



Без пролежней
магазин www.prolejni.ru

Искусство быть ближним



Лечение пролежней (краткое руководство)

Разработано европейской консультативной группой по пролежням и национальной американской консультативной группой по пролежням

Перевод на русский язык, подготовка и верстка материалов - магазин «Без пролежней»

www.prolejni.ru



Введение

Это краткое руководство суммирует доказанные способы профилактики и лечения пролежней. Они были разработаны в результате четырехлетней совместной работы европейской консультативной группы по пролежням и национальной консультативной группы США по пролежням.

Более полная версия руководства содержит детальный анализ и обсуждение имеющихся исследований, критические оценки причин и знаний о предмете, описание методологии, использованной для разработки данного руководства, а также благодарности редакторов, авторов и других участников.

Этот краткий справочник содержит выдержки из практического клинического руководства. Тем не менее, пользователи не должны применять эти указания отдельно. Печатные экземпляры английского издания обоих документов доступны на сайте www.npuar.org. Краткий Справочник переведен на несколько языков; переводы доступны на веб-сайте www.epuar.org.

Результатом этого международного сотрудничества явилась разработка научно-обоснованных рекомендаций для профилактики и лечения пролежней, которые могут быть использованы профессионалами здравоохранения во всем мире.

Для оценки существующих исследований были использованы проверенные научные методики. При отсутствии убедительных доказательств в создании рекомендаций использовались экспертные заключения, часто поддерживаемые косвенными доказательствами и сформированные с помощью других принципов.

В формировании данных рекомендаций участвовали более 903 146 лиц, в том числе из сообществ и организаций, зарегистрированных в качестве заинтересованных сторон в 63 странах на 6 континентах. Окончательное руководство основывается на результатах имеющихся научных исследований и накопленной базы знаний EPUAR, NPUAR и международных заинтересованных сторон.

Рекомендуемая ссылка

Европейская и Национальная консультативные группы по пролежням разрешают использовать материалы данного руководства на национальном или местном уровне. Тем не менее, мы рекомендуем ссылаться на источник, используя следующий формат.



Европейская консультативная группа по пролежням и Национальная консультативная группа по пролежням. Руководство по лечению пролежней, краткое руководство. Вашингтон ДС. Национальная консультативная группа по пролежням, 2009.

Ограничения и рекомендации по использованию данного руководства

Руководство представляет собой набор систематизированных утверждений, которые предназначены помочь врачам и больным принимать правильные медицинские решения в конкретных клинических условиях. Рекомендации могут не подходить для использования во всех обстоятельствах.

Решение об использовании какой-либо конкретной рекомендации должно быть принято врачом на основании имеющихся ресурсов и обстоятельств, и также индивидуальных особенностей пациента.

Ничто, содержащееся в настоящем руководстве, не может быть расценено как медицинские рекомендации для конкретных случаев. NPUAP и EPUAP использовали строгую методологию оценки исследований и разработки данного руководства, а следовательно гарантируют достоверность и точность подтверждающих исследований. Тем не менее, достоверность и точность отдельных исследований, упомянутых в этом руководстве, не гарантирована.

- Данное руководство и рекомендации данного руководства предназначены только для образовательных и информационных целей.
- Данное руководство содержит информацию, которая была точной на момент публикации. Исследования и технологии быстро меняются, и рекомендации, содержащиеся в настоящем руководстве, могут оказаться несоответствующими будущим открытиям. Медицинский работник должен сам учитывать соответствие научно-технической базы рекомендуемым решениям.
- В данном руководстве использованы химические названия препаратов. В данном руководстве не содержится никаких одобрений конкретного продукта.
- Никакая информация этого руководства не предназначена для оценки стандартов лечения или процедур возмещения убытков.



Содержание

Назначение и область применения.	5
Методы.	5
Развитие международной системы классификации пролежней.	6
Рекомендации по лечению пролежней. Классификация пролежней.	7
Оценка и наблюдение за заживлением.	11
Роль питания в заживлении пролежней.	14
Оценка и управление болью.	16
Обработка поверхностей для лечения пролежней.	18
Очищение.	28
Хирургическая обработка раны.	29
Повязки.	31
Диагностика и лечение инфекции.	36
Биофизические агенты в лечении пролежней.	41
Хирургия пролежней.	45
Терапия пролежней у лиц, получающих паллиативную помощь.	48



Назначение и область применения

Главной целью этого международного сотрудничества стала разработка научно-обоснованных рекомендаций для профилактики и лечения пролежней, которые могут быть использованы профессионалами здравоохранения во всем мире.

Совместная группа по разработке рекомендаций с участием представителей NPUAP и EPUAP распланировала процесс разработки руководящих принципов и рассмотрела всю документацию. Однако для упрощения обмена информацией, EPUAP больше участвовала в разработке рекомендаций по профилактике пролежней, а NPUAP разрабатывало рекомендации по их лечению.

Назначение руководства по ведению пролежней - дать научно обоснованные рекомендации для лечения пациентов с существующими пролежнями. Рекомендации по лечению пролежней подходят для всех категорий пациентов с пролежнями, независимо от деталей.

Руководство предназначено для использования медицинскими работниками, которые участвуют в оказании медицинской помощи больным с наличием пролежней. Они также рекомендованы для пациентов и персонала, осуществляющего уход.

Пациенты с пролежнями имеют риск развития дополнительных пролежней, следовательно, у них должны применяться и принципы профилактики.

Основанные на результатах анализа недостатков существующих принципов лечения пролежней, рекомендации были разработаны также и для особых групп пациентов.

Эта группа включает в себя лиц с травмами позвоночника, младенцев и детей, тяжелобольных пациентов, бариатрических пациентов, а также лиц, получающих паллиативную помощь.

Методы

При разработке данных руководящих принципов была использована строгая и ясная методология (см. клинические рекомендации в более подробной версии). Все доказательства были проверены. Отдельные исследования были классифицированы по дизайну и качеству (см. таблицу 1). Каждое подтверждение и доказательство было оценено согласно критериям «силы доказательств», приведенным в таблице 2.



Таблица 1. Уровень доказательности для отдельных исследований.

Уровень	
1	Крупное рандомизированное исследование с ясными результатами (и низким риском ошибки).
2	Небольшие рандомизированные исследования с неопределенными результатами (умеренный и высокий риск ошибки).
3	Не рандомизированные исследования с параллельным или совпадающим во времени контролем.
4	Не рандомизированное исследование с контролем истории.
5	Серии случаев без контроля. Небольшое число исследуемых.

Адаптировано из: Sackett, 1989. Для обсуждения руководящих принципов и методологии обратитесь к полной версии клинического руководства.

Таблица 2. Сила доказательств, рейтинг по каждой рекомендации.

Сила доказательств	
A	Эта рекомендация основана на прямых научных доказательствах, полученных в контролируемых исследованиях у людей с пролежнями или высоким риском их развития. При этом исследования были надлежащим образом спроектированы и реализованы, а данные были статистически обработаны (уровень 1 исследования).
B	Эта рекомендация основана на прямых научных доказательствах исследований у людей с пролежнями или высоким риском их развития, которые были надлежащим образом спроектированы и реализованы, с предоставлением статистических результатов. (Уровень 2, 3, 4, 5 исследований)
C	Рекомендация основана на косвенных доказательствах, например при исследовании здоровых людей, на людях с другими хроническими заболеваниями, а также на животных, или на основе экспертного заключения.

Данное практическое клиническое руководство основано на результатах текущих исследований, и возможно потребует пересмотра по мере публикации новых доказательств. Будущие исследования следует проводить в тех областях, где доказательства отсутствуют или являются неполными.



Разработка Интернациональной системы классификации пролежней

Как часть процесса разработки рекомендаций, в NPUAP и EPUAP были разработаны общепринятое международное определение и система классификации пролежней. В течение последних нескольких лет члены обеих организаций проводили постоянные дискуссии о системе классификации пролежней и установлении диагноза. Поскольку мы выпускаем основные положения профилактики и лечения пролежней, мы считаем этот момент удачным для разработки общей классификации, которая может быть использована международным сообществом.

Классификация по стадиям подразумевает поступательное движение от I к III или IV, при том, что это не всегда так. Мы пытались найти общее слово для описания степени или ранга, и не смогли этого сделать. Термин “категория” был предложен как нейтральный, заменяющий слово “этап” или “класс”. Несколько непривычное слово «категория» имеет своим преимуществом отсутствие иерархии, что позволяет освободить нас от неправильных представлений о прогрессировании заболевания от I до IV и исцеления от IV к I.

Мы признаем, что привычнее употребление слов «стадия» или «уровень», и поэтому мы предлагаем использовать любое слово (например, стадия, класс или категория), наиболее ясное и понятное. Тем не менее, очевидная польза от нашего сотрудничества заключается в том, что независимо от того, каким словом вы называете выраженность повреждения кожи или пролежня, стадия, уровень, или категория, речь идет об одинаково выраженных проявлениях повреждения.

Мы пришли к согласию о четырех уровнях повреждения. Также мы определили, что к IV стадии как правило относятся и неклассифицированные и глубокие повреждения, и это отмечено отдельно в тексте этого руководства. Этот момент создал некоторые проблемы в сравнении данных между странами.

Общее определение пролежней

Пролежни – это локализованное повреждение кожи и/или подкожной клетчатки, обычно над костным выступом, которое образуется в результате сдавления или сдавления в сочетании со сдвигом. С пролежнями также связан ряд способствующих илиотягощающих факторов, значение которых предстоит выяснить.



Международная система классификации пролежней NPUAP – EPUAP

Категория/стадия I: не бледнеющее покраснение неповрежденной кожи

Покрасневшая неповрежденная кожа, не бледнеющая при нажатии, как правило локализована в области над костным выступом. Могут присутствовать: изменение цвета кожи, увеличение локальной температуры, отек, уплотнение или боль. Темная пигментация кожи может скрывать видимые покраснения.

Дополнительное описание: область может быть болезненной, твердой, мягкой, более теплой или более холодной, чем окружающие ткани. Категория/стадия I трудно обнаруживается у людей с темными тонами кожи. Может появляться у лиц “группы риска”.

Категория/стадия II: стадия волдыря или частичной утраты кожного покрова

Наблюдается частичная утрата толщины кожи, в результате образуется неглубокая открытая язва с красно-розовым раневым ложем, без воспаления. Может также быть представлена в виде неповрежденного или вскрытого пузыря с серозным или серозно-геморрагическим содержимым.

Дополнительное описание: представлена в виде блестящей или сухой неглубокой язвы без отторгающихся некротических масс или кровоизлияния. Эта категория/стадия не должна использоваться, чтобы описать разрывы кожи, ожоги, дерматиты, связанные с недержанием мочи, мацерацией или эксфолиацией.

Категория/стадия III: некроз всех слоев кожи (с обнажением жировой клетчатки)

Некроз всей толщи кожи. Может быть видимым подкожный жир, но кости, сухожилия и мышцы не вовлекаются. Может присутствовать воспаление. Могут наблюдаться подрывтые края или образование «карманов».

Дополнительное описание: глубина пролежней категории/стадии III зависит от анатомического расположения. Спинка носа, уха, затылка и лодыжки не имеет выраженной подкожной клетчатки, пролежни на этой стадии могут быть неглубокими. В тех областях, где много подкожного жира, а также у лиц со значительным ожирением, пролежни могут быть чрезвычайно глубокими. Кости/сухожилия не видны или доступны пальпации.



Категория/IV стадия: глубокий некроз (видны мышцы/кости)

Полный некроз толщи кожи с обнажением костей, сухожилий или мышц. Может присутствовать отторжение некротических масс или струпа. Часто наблюдаются подрытые края или «карманы».

Дополнительное описание: глубина пролежней IV категории/стадии пролежней зависит от анатомического расположения. Пролежни на спинке носа, ухе, затылке и лодыжках, которые не содержат большого количества подкожной клетчатки, могут быть неглубокими. Пролежни категории/стадии IV может распространяться на мышечную ткань, сухожилия или кости, что делает вероятным развитие воспаления кости. Открытые кости/мышцы видны или доступны пальпации.

Дополнительные категории для США

Неклассифицированные: Толщина повреждения кожи или подлежащих тканей неизвестна

Некроз захватывает все слои кожи, в которых фактическая глубина язвенного дефекта полностью закрыта некротическими массами (имеющими желтый, серый, зеленый или коричневый цвет) и/или струпом (имеющим цвет загара, коричневый или черный).

Дополнительное описание: невозможно определить истинную глубину повреждения, пока не удалены некротические массы или струп. Предположительно это III или IV стадия.

Стабильный струп, сухой, плотный, неповрежденный, без эритемы или флюктуации, выступает в качестве “естественного (биологического) покрытия” и удаляться не должен.

Подозрение на повреждение глубоких тканей с неизвестной глубиной

Фиолетовый или темно-бордовый участок кожи или содержащий кровь пузырь, образовавшийся в связи с повреждением подлежащих мягких тканей от давления и/или травмы сдвига.

Дополнительное описание: эта область может отличаться от окружающей ткани, быть более болезненной, твердой, мягкой, теплее или прохладнее на ощупь, чем окружающие ткани.

Глубокое повреждение тканей может быть затруднительно обнаружить у людей с темными тонами кожи. Повреждение может представлять собой небольшой волдырь над темным раневым ложем. Рана может развиваться дальше, и покрываться тонким струпом. Развитие пролежня может быть быстрым, с повреждением дополнительных слоев ткани, даже на фоне лечения.



Классификация пролежней

1. Использовать проверенную систему классификации пролежней, по степени утраты тканей. (Сила доказательств = С).
2. Не использовать для классификации пролежней другие системы классификации утраты тканей, предназначенные для других видов ран. (Сила доказательств = С).
3. Обучить профессионалов специальным критериям диагностики, которые используются у темнокожих пациентов. (Сила доказательств = В)
 - 3.1. Неповрежденная кожа. Выявление пролежней категории/стадии I пролежней и подозрение на глубокое повреждение тканей при визуальном осмотре темнокожих пациентов затруднено. Следует оценить различия в температуре кожи, цвете кожи, консистенции (т. е., наличие уплотнения или размягчения) и боли между пострадавшей областью и нормальными тканями, если целостность кожи не нарушена. (Сила доказательств = В).
 - 3.2. Открытые пролежни: воспалительное покраснение из-за воспаления жировой клетчатки и глубокие повреждения тканей сложно обнаружить при темной коже. Оцените кожу на предмет потепления, боли, уплотнения или изменения консистенции для определения степени воспаления и возможности наличия флегмоны и/или «кармана» в открытых пролежнях (т. е. у пролежней категории/стадии III, IV и неклассифицированных). (Сила доказательств = С).
4. Обучить специалистов дифференциальной диагностике пролежней от других типов ран, таких как трофические язвы, артериальные язвы, нейропатические язвы, дерматит связанный с недержанием мочи, разрывы кожи и опрелости. (Сила доказательств = С).
5. Ознакомить сотрудников о надлежащем использовании системы классификации вовлечения разных типов тканей в процесс формирования пролежня. (Сила доказательств = Б).
6. Подтверждение достоверности классификации среди специалистов, ответственных за классификацию пролежней. (Сила доказательств = В).
7. Не классифицировать пролежни на слизистых оболочках. (Сила доказательств = С).



Диагностика и мониторинг заживления

Определение индивидуального лечения пролежней

1. Провести первоначальную оценку пациента с пролежнями, в том числе:

Цель лечения, индивидуальная или семейная. Если физическое лицо не может участвовать в обсуждении, посоветоваться с близкими и/или значимыми другими.

Полная оценка здоровья, медицинская и социальная история.

Целенаправленное физикальное обследование, включающее:

- Выявление факторов, которые могут повлиять на заживление (например, нарушение перфузии, нарушение чувствительности, наличие системной инфекции).
- Оценка состояния сосудов, в случае язвы конечности (физический осмотр, история хромоты, и определение лодыжечно-плечевого индекса давления или пульсового наполнения)
- Лабораторные анализы и рентгеновские снимки по мере необходимости.

Оценка питания (см. раздел «питание» настоящего руководства).

Боли, связанные с пролежнями (см. раздел «боль» настоящего руководства).

Риск развития дополнительных пролежней (см. раздел «профилактика» настоящего руководства).

Психологическое здоровье, поведение и когнитивная сфера.

Системы социальной и финансовой поддержки.

Функциональные возможности, особенно в отношении возможности передвижения и вертикального положения, необходимость вспомогательного оборудования и персонала.

Объем мероприятий, направленных на снижение давления.

Выполнение освобождающих от давления мероприятий.

Целостность постели и поверхности кровати (износ).

Оценка знаний и убеждений пациента или родственника о происхождении и лечении пролежней. (Сила доказательств = C).

2. Пересмотр индивидуальных рекомендаций, если нет ожидаемых признаков заживления, несмотря на адекватный местный уход за раной, перераспределение давления и питание. (Сила доказательств = C).



2.1. Ожидаемое появление признаков заживления в большинстве случаев в пределах двух недель. (Сила доказательств = В).

2.2. Ожидания требуют корректировки при наличии множественных факторов (особенно не поддающихся изменению), например, постоянные недоедания, плохая перфузия, сопутствующие заболевания, которые достоверно ухудшают заживление ран. (Сила доказательств = В).

2.3. Обучить пациента и членов семьи признакам распознавания нормального процесса заживления и информировать их о прогрессе (или отсутствии прогресса) в сторону исцеления, включая признаки и симптомы, на которые следует обратить профессиональное внимание. (Сила доказательств = С).

Оценка пролежней

1. Оценить пролежень первоначально, затем повторно оценивать его как минимум раз в неделю, с документированием результатов. (Сила доказательств = С).

Для оценки прогресса излечения рекомендуется использовать двухнедельный период. Однако, еженедельная оценка дает медицинскому работнику возможность раннего выявления осложнений и внесения необходимых изменений в план лечения.

2. При каждой перевязке обследовать пролежень на наличие изменений, требующих изменения в лечении. (Например, улучшение или ухудшение состояния раны, увеличение или уменьшение экссудата, признаки инфекции или другие осложнения). (Сила доказательств = С).

3. Оценить и документально зафиксировать физические характеристики, такие как местоположение, категория/стадия, размер, тип вовлеченных тканей, состояние раневого ложа и окружающих рану тканей, состояние краев раны, наличие свищевых ходов и «карманов», затеки, качество и количество экссудата, объем некротизированных тканей, запах, наличие/отсутствие грануляционной ткани и эпителизации. (Сила доказательств = С).

3.1. Измерение раны в удобном для пациента нейтральном положении. (Сила доказательств = С).

3.2. Длина и ширина: выбрать единый согласованный метод измерения длины и ширины пролежня, чтобы облегчить оценку динамики размеров пролежня во времени. (Сила доказательств = В).



3.3. Глубокая рана, образовавшиеся свищи и «карманы» требуют одного метода для измерения глубины. Следует проявлять осторожность, чтобы избежать причинения травмы при зондировании глубины раневого ложа или определения степени проникновения некротического процесса в окружающие области. (Сила доказательств = С).

3.4. Использовать оценку и выводы, полученные при исследовании пролежней, для планирования мероприятий, которые наилучшим образом способствуют заживлению. (Сила доказательств = С).

Состояние пролежней может меняться как в сторону ухудшения, так и в сторону улучшения. На основании текущего состояния пролежневого дефекта должна постоянно переоцениваться стратегия лечения.

Методы контроля заживления

1. Оценка заживления производится с помощью одного или более из следующих методов:

1.1. Следует использовать проверенные средства, такие как шкала заживления пролежней, или шкала оценки Бейтс-Дженсена (BWAT), которая была раньше известна как шкала оценки состояния пролежня. (ТСС). (Сила доказательств = В).

1.2. Для оценки признаков заживления, таких как уменьшение количества экссудата, уменьшение размеров раны и улучшение состояния тканей раневого ложа, рекомендуется использовать суждения, основанные на клинике. (Сила доказательств = С).

1.3. Можно ориентироваться на одиночные и серийные фотографии для контроля за заживлением пролежней в течение длительного периода. Рекомендовано использование стандартных фотографических методов. (Сила доказательств = С).

1.4. Рассмотреть возможность использования электронных устройств по сбору данных. (Сила доказательств = С).

2. Переоценка пролежней, коррекция плана ухода у лиц с пролежнями, не показывающими тенденцию к заживлению в течение двух недель, или в течение других ожидаемых сроков для данного больного с учетом общего состояния. (Сила доказательств = С)

2.1. Настоящая рекомендация применяется к ситуациям, когда целью является заживление пролежней. (Сила доказательств = С).

2.2. Признаки ухудшения должны быть оценены немедленно. (Сила доказательств = С).



Значение питания в заживлении пролежней

Наблюдение и оценка за питанием пациента с пролежнями особенно должна производиться в том случае, если нет тенденции к заживлению. (Сила доказательств = С).

1.1. Для ранней оценки и коррекции проблем питания всем лицам с пролежнями показана консультация диетолога. (Сила доказательств = С).

1.2. Оценить тяжесть состояния для каждого пациента, историю изменения веса, особенно значительную потерю веса от обычной массы тела. Значительным снижением считается снижение более 5% массы тела за 30 дней и более 10% за 180 дней. (Сила доказательств = С).

1.3. Оценить индивидуальную способность питаться самостоятельно. (Сила доказательств = С).

1.4. Оценить соответствие общей питательности рациона состоянию пациента, включая твердую пищу, жидкости, пищевые энтеральное или парентеральное питание. (Сила доказательств = С).

2. Обеспечить достаточное количество калорий. (Сила доказательств = В).

2.1. Обеспечить энергетическую ценность 30-35 ккал/кг массы тела для лиц, имеющих пролежни. Корректировать формулу расчета на основании снижения веса, увеличения массы тела или в соответствии с уровнем ожирения. Для лиц, у которых наблюдается недостаточный вес, а также в прошлом имелись значительные непреднамеренные потери массы тела, может потребоваться увеличение калорийности, вследствие прекращения потери веса и восстановления потерянного веса. (Сила доказательств = С).

2.2. Пересмотреть и изменить ограничения в диете, если ограничения приводят к снижению пищи и жидкости. Эти корректировки должны производиться с помощью диетолога или медицинского работника. (Сила доказательств = С).

2.3. Обеспечить потребление улучшенных продуктов или пищевых добавок между приемами пищи, если это необходимо. (Сила доказательств = В).

2.4. Рассмотреть возможность нутритивной поддержки, энтерального или парентерального питания, в том случае, когда традиционное питание не обеспечивает потребностей пациента. ([Сухие смеси Ресур-оптимум](#), [Модулен IBD](#), [Нутризон](#)). Такие мероприятия производятся в соответствии с индивидуальными



целями. (Сила доказательств = С).

3. Обеспечить адекватное потребление белка для положительного азотистого баланса, особенно важного при пролежнях. (Сила доказательств = Б)

3.1. Рекомендуемая норма для человека с пролежнями 1,25 до 1,5 грамма белка/кг массы тела в сутки. Следует рассмотреть изменение количества белка в рационе в соответствии с индивидуальными целями. (Сила доказательств = С). ([Нутридринк готовая смесь с различными вкусами](#)).

3.2. Оценить функцию почек, с целью предупреждения осложнений, связанных с высоким потреблением белка. (Сила доказательств = С).

4. Обеспечивать и поощрять адекватное ежедневное потребление жидкости для гидратации. (Сила доказательств = С).

4.1. Наблюдение пациента с целью раннего выявления признаков обезвоживания - снижения веса, изменения тургора кожи, диуреза, повышенного содержания натрия в крови или повышенной осмоляльности сыворотки крови. (Сила доказательств = С).

4.2. Обеспечить дополнительное поступление жидкости для пациентов с обезвоживанием организма, повышением температуры, при наличии рвоты, обильного потоотделения, поноса, или при выраженной экссудации раны. (Сила доказательств = С).

5. Обеспечить достаточное поступление витаминов и минералов. (Сила доказательств = В).

5.1. Стимулировать употребление сбалансированного рациона, который содержит хорошие источники витаминов и минералов. (Сила доказательств = В).

5.2. Предложить витаминно-минеральные добавки, в случае скудости рациона, а также при подтвержденных или предполагаемых недостатках питания. (Сила доказательств = В).



Оценка и управление болью

Для оценки боли:

1. Оценивать индивидуально боли пациента, связанные с пролежнем и его лечением. (Сила доказательств = В).
2. Оценивать болевые ощущения связанные с пролежнями у взрослых, используя проверенные шкалы. (Сила доказательств = В).
3. Оценивать боли у новорожденных и детей, используя проверенные шкалы. (Сила доказательств = С).
 - 3.1. Используйте шкалу FLACC (Лицо, Ноги, Активность, Плач, Способность успокаиваться) для детей от 2 месяцев до 7 лет. (Сила доказательств = С).
 - 3.2. Используйте шкалу оценки CRIES (плач, необходимость насыщения кислородом >95%, увеличение признаков жизни, подвижность, потеря сна) для детей до 6 месяцев. (Сила доказательств = С).
4. Оценка боли должна включать оценку языка тела и невербальных сигналов (например, изменения в активности, потеря аппетита, защитные движения, мимические движения и постанывания). (Сила доказательств = С).

Предотвращение боли

1. Использование специальных приспособлений для минимизации трения или сдвига при репозиции пациента, сохранение постельного белья гладким, без единой складочки. (Сила доказательств = С).
 2. Частое изменение положения пациента, если это возможно, в том числе с помощью опорных поверхностей и путем перемещения секций функциональной кровати. (Сила доказательств = С). ([Функциональные медицинские кровати, как с ручным, так и с электрическим управлением, опоры под спину.](#))
 3. Избегайте поз, усиливающих давление. Рекомендуется положение Фаулера, с поднятием головного конца на величину от 30 до 90 градусов, положение лежа на боку или в полу-лежащем положении. (Сила доказательств = С).
- Минимизировать боли при обработке раны, производить обработку бережно, при промывании не тереть, а также стараться бережно обращаться с кожей вокруг пролежня. (Сила доказательств = С).



Управление общей болью

1. Организовать при необходимости в перечне оказываемых медицинских услуг оптимальный режим обезболивания, в зависимости от целей и приоритетов лечения. (Сила доказательств = С).

2. Позволять перерыв в манипуляциях, вызывающих болезненные ощущения. (Сила доказательств = С).

3. Снизить боль в пролежневой ране путем сохранения раневого ложа влажным и закрытым, в том числе с помощью перевязочного материала. (Примечание: стабильный сухой струп обычно не смачивают). (Сила доказательств = В).

4. Использование перевязочных материалов, которые с меньшей вероятностью вызывают боль и/или тех, которые возможно требуют менее частой смены повязок, например гидроколлоиды, гидрогели, альгинаты, полимерные пенные мембраны, пены, мягкие силиконовые повязки, повязки, пропитанные лекарственными веществами.

Примечание. Обыкновенные марлевые повязки обладают способностью присыхать и причиняют боль при перевязке. (Сила доказательств = С).

Атравматичные повязки: [Гидросорб-комфорт](#), [Гидротак](#), [Пурилон-гель](#), Гидроколл, [Комифил-плюс с альгинатом](#), Эмалан, Гелепан, [Комифил плюс](#), Литацвет-2, АППОЛО, [повязки Biatain](#).

5. Иногда при болях, связанных с пролежнями, можно использовать отвлечение, например музыку, медитацию, разговоры или управляемое воображение. (Сила доказательств = С).

6. Придайте поверхности щадящее положение. (Сила доказательств = С).

7. Оценивать целесообразность и функциональность опорных поверхностей при каждом осмотре. (Сила доказательств = С).

8. Убедитесь, что поверхность и опорные предметы соответствуют предъявляемым требованиям, прежде чем использовать их у пациента с пролежнями. (Сила доказательств = С).

9. Выявить и предотвратить возможные осложнения при использовании опорной поверхности. Обратитесь к более полной версии клинического руководства. (Сила доказательств = С).

10. Выбрать такое положение устройств и урологических прокладок, которое совместимо с опорной поверхностью. Ограничьте размещение белья и прокладок на кровати. (Сила доказательств = С).



Перемещения пациента и выбор поверхности

1. Не кладите пациента на пролежни. (Сила доказательств = С).
 2. Продолжайте использовать повороты и перемещения пациента, независимо от наличия дополнительных опорных приспособлений. Установите частоту поворотов в зависимости от характеристик опорной поверхности и реакции человека. (Сила доказательств = С).
 3. Осмотрите кожу для оценки повреждений при каждом повороте или перемещении пациента в постели. Не поворачивайте пациента на те части тела, которые повреждены, были сдавлены ранее, или имеют покраснения без повреждения кожи или волдыря. (т. е. пролежни I категории/стадии). (Сила доказательств = С).
 4. Ограничить подъем головы пациента на постельном режиме до 30 градусов, при отсутствии противопоказаний. Побуждать людей спать в положении с поднятым на 30-40 градусов головным концом, в положении лежа на боку или в горизонтальном положении, если нет противопоказаний. (Сила доказательств = С).
 5. Используйте вспомогательные средства для вращения, с целью уменьшения трения и сдвига. При репозиции пациента следует поднимать, а не тянуть. Не оставляйте вспомогательные средства для перемещения под больным после использования. (Сила доказательств = С).
 6. Увеличивайте активность в соответствии с индивидуальной переносимостью. (Сила доказательств = С).
 7. Не оставляйте пациента на подкладном судне дольше необходимого времени. (Сила доказательств = С).
 8. Не используйте кольца или пончико-образные устройства. (Сила доказательств = С).
 9. Не применять согревающие приспособления (например, бутылки с горячей водой, грелки, встроенные в кровать грелки) непосредственно на пролежнях. (Сила доказательств = С).
- Тепло увеличивает скорость метаболизма, вызывает потоотделение и снижает устойчивость тканей к сдавлению. При нарушении локального теплообмена увеличивается риск мацерации кожи и создаются препятствия к заживлению.



Пролежни I и II категории/стадии

Примечание: выбор опорных поверхностей является сложным и не может проводиться исключительно на основе категории/стадии язвенного дефекта.

В постели

1. Рассмотреть в качестве опорных поверхностей пенопласт с высокими техническими характеристиками или аналогичные поверхности снижающие давление и обладающих способностью к его перераспределению для пациентов с пролежнями I и II категории/стадии.

[\(Противопролежневые надувные матрасы VCM 202, VCM 502, EFFECT 2500, EFFECT 5000, MT 302, MT 303, Easy Air 250 EL, Easy Air 418 EL.](#)

[Поролоновая подушка-матрас для ног и надувная подушка «Венотекс»\).](#)

2. Избегайте длительного подъема головного конца кровати с целью предотвращения давления и сдвига в области копчика и крестца. (Сила доказательств = C).

В кресле

1. Используйте подушку со свойствами перераспределения давления для лиц с пролежнями I или II категории или стадии. (Сила доказательств = C). [\(Подушка противопролежневая надувная, подушка противопролежневая надувная с запоминанием формы CQD-J-T, и CQD-J-P. Подушки противопролежневые WC-G-C, WC-A-C гелевые с запоминанием формы.\)](#)

2. Минимизировать время нахождения в сидячем положении. Проконсультируйтесь со специалистом, если пролежни расположены на поверхности, соприкасающейся с сидением. (Сила доказательств = C).

3. Убедитесь в правильном положении ног. В сидячем положении на кресле или прикроватном стуле они должны опираться, и находиться на полу, на табурете или подножке. (Сила доказательств = C).

4. У лиц с пролежнями на копчике, которым необходимо находиться в сидячем положении, следует ограничить пребывание в сидячем положении до 60 минут в три приема за день.

Проконсультируйтесь со специалистом для выбора наилучшего положения или использования дополнительных приспособлений с целью минимизации давления на пролежни. (Сила доказательств = C).



5. Избегать сидячего положения у лиц с пролежнями на седалищных буграх, предпочитая выпрямленное положение в кресле или кровати. (Сила доказательств = С).

6. Изменить время нахождения в сидячем положении, уровень наклона корпуса и поверхность сидения в связи с динамикой пролежней. (Сила доказательств = С).

Пролежни категории/стадии I и II

Примечание: выбор опорных поверхностей является сложным и не может быть определен исключительно на основе категории/стадии пролежня.

Рекомендуется уменьшить давление на пятку при пролежнях I или II степени, поставив пятки на подушку – поплавок или с помощью создания подвеса. (Сила доказательств = В).

[\(Подушки для ног Venotex или поролоновая, подушки-валики.\)](#)

Глубокое повреждение тканей

Примечание: выбор опорных поверхностей является сложным и не проводится исключительно на основе категории/стадии язвенного дефекта.

Положение пациента должно быть таким, чтобы глубокие повреждения оставались на весу, а опора приходилась на неповрежденную кожу.

Если полное снижение давления на поврежденную область не может быть осуществлено путем перемены положения, то стоит использовать способы перераспределения давления, уменьшение сдвигов и контроль микроклимата, с учетом индивидуальных особенностей. При этом надо добиться максимальной разгрузки поврежденных поверхностей пациента. (Сила доказательств = С)

Пролежни категории/стадии III, IV и неопределенной

Примечание: выбор опорных поверхностей является сложным и не может проводиться исключительно на основе категории/стадии язвенного дефекта.

Положение пациента должно оставлять свободными участки пролежней категории/стадии III, IV и неопределенной. Если снижение давления над областью не может быть достигнута путем перемещения тела, или есть несколько точечных пролежней, то следует использовать



способы перераспределения давления, уменьшение возможности сдвига и контроль микроклимата, которые соответствуют потребностям пациента. При этом надо добиться максимальной разгрузки поврежденных поверхностей пациента. (Сила доказательств = В).

Обратитесь к практическому клиническому руководству на основе исследований по изучению применения различных вспомогательных поверхностей для создания благоприятных условий для заживления пролежней категории/стадии III, IV и неопределенной.

Обязанность профессионала в обеспечении наиболее подходящей опорной поверхности для перераспределения давления, контроля микроклимата и создания комфорта с учетом индивидуальных потребностей.

Пролежни пятки категории/стадии III стадии, IV и неопределенной степени

Примечание: выбор опорных поверхностей является сложным и не может производиться на основе категории/стадии язвенного дефекта.

1. Поместите ногу в устройство, которое поднимает пятку от поверхности кровати, полностью разгружая пролежень. (Сила доказательств = С).
2. Применять приспособления в соответствии с инструкциями производителя. (Сила доказательств = С).
3. Убедитесь, что устройство не крепится слишком туго и не создает дополнительного давления. Проверяйте устройство для подъема чаще у лиц с нейропатией, болезнью периферических артерий, отеком нижних конечностей, или тех, которые склонны к развитию отека. (Сила доказательств = С).
4. Периодически снимать устройство для оценки целостности кожи. (Сила доказательств = С).

Особые группы населения

В большинстве предыдущих руководств были предоставлены общие рекомендации, которые не учитывают особые потребности тяжелобольных, с травмами спинного мозга и ожирением.

Эти рекомендации учитывают уникальные потребности таких пациентов в отношении перераспределения давления, предупреждения сдвига, и контроля микроклимата.



Тяжелобольные лица

1. Рассмотреть необходимость изменения поддержки поверхностей для лиц с низкой локальной и системной оксигенацией и перфузией для перераспределения давления, уменьшения сдвига и контроля микроклимата, а также использовать дополнительные возможности, например повороты и перкуссии, по мере необходимости. (Сила доказательств = C).

2. Рассмотреть необходимость изменения поддержки поверхностей для людей, у которых присутствует нестабильность позвоночника, нарушения гемодинамики и другие медицинские противопоказания. Проводить рутинное репозиционирование сразу после стабилизации этих условий. (Сила доказательств = C).

3. Рассмотреть проведение медленных и плавных поворотов, которые обеспечивают достаточное время для стабилизации гемодинамики и оксигенации. (Сила доказательств = C).
Некоторые люди действительно слишком нестабильны для поворотов. Однако повороты отдельных частей медленно или небольшими шагами предоставляют достаточно времени для стабилизации жизненных функций, и должны проводиться по мере необходимости.

4. Рассмотреть возможность небольших, но частых перемещений у тех пациентов, которые не переносят частых значительных изменений положения тела. Небольшие сдвиги не заменяют способов разгрузки поверхностей при необходимости, или поворотов, когда это возможно. (Сила доказательств = C).

5. Предотвращение сдвига и травмирования при боковых поворотах. Оценивать состояние кожи при поворотах на предмет травмирования. (Сила доказательств = C).

Повороты на бок у лиц без пролежней

6. Защита пациента с помощью отдельных подкладок с накладками, предусмотренными производителями, для предотвращения повреждений из-за сдвига при боковом вращении, является вариантом выбора у лиц без пролежней. Индивид должен быть выровнен должным образом в центре поверхности. (Сила доказательств = C).

7. При вращении оценивайте кожу для оценки сдавления и сдвиговых повреждений. Прекратить боковое вращение при первых признаках повреждения тканей, и провести повторную оценку пациента и опорной поверхности. (Сила доказательств = C).



8. Замена бокового вращения на использование приспособлений для перераспределения давления, контроля микроклимата для профилактики травмы сдвига, или в ее присутствии. Обеспечивать максимальную разгрузку поврежденной поверхности. (Сила доказательств = С).

Боковое вращение у лиц, имеющих пролежни

9. Рассмотреть альтернативные методы перераспределения давления и избегать боковых поворотов в постели у пациентов с пролежнями на крестце или ягодицах. (Сила доказательств = С).

10. Разгрузка пролежней у пациентов, которым производятся лечебные боковые повороты. (Сила доказательств = С).

11. Осматривать пролежни и окружающую кожу на предмет сдвиговой травмы при каждой перевязке. Сдвиговая травма может проявляться как ухудшение состояния края язвенного дефекта, подрыв края, увеличение выраженности воспаления ткани вокруг пролежня или в нем. (Сила доказательств = С)

Дальнейшее использование бокового вращения может быть необходимо для пациентов с респираторным дистресс-синдромом. Во всех случаях, у пациентов с пролежнями должны быть оценены риски и преимущества продолжения проведения поворотов.

Пациенты с повреждениями спинного мозга

В идеале, пролежни должны заживать в таких условиях, где они свободны от давления и других механических воздействий.

Полный постельный режим может создавать давление постели на ткани и пролежни. Он обладает также потенциалом развития соматических осложнений, например, атрофии мышц, нестабильности, застойных явлениях в легких, а также приносит психологический вред, сопровождается социальной изоляцией и финансовыми трудностями для пациента и его/ее семьи.

Соблюдение баланса между физическими, социальными и психологическими потребностями при необходимости разгрузки при полном постельном режиме создает сложную дилемму для пациента и медработника.

Использование инвалидного кресла является необходимым для пациентов с повреждениями спинного мозга. Время нахождения в кресле может быть сокращено при наличии пролежней на поверхности для сидения.



Подушки для сидения должны быть высокого погружения и равномерно распределены по поверхности сидения. Для дополнительной информации обратитесь к руководству медицинского консорциума по травме спинного мозга.

Нахождение в коляске

1. Проконсультируйтесь со специалистами по коляскам, если пребывание в коляске необходимо. (Сила доказательств = С).

2. Выберите подушку, которая эффективно перераспределяет давление под область с пролежнями. (Сила доказательств = С).

(Подушка п/пролежневая надувная, подушка п/пролежневая с запоминанием формы CQD-J-T, и CQD-J-P. Подушки п/пролежневые WC-G-C, WC-A-C гелевые с запоминанием формы.)

3. Подобрать индивидуально инвалидную коляску и опорную поверхность для сидения и связанного с ними оборудования для достижения осанки и перераспределения давления. (Сила доказательств = С).

3.1. Подобрать систему для сидения в соответствии с размерами тела. (Сила доказательств = С).

3.2. Определить влияние осанки и ее деформации на распределение давления. (Сила доказательств = С).

3.3. Обсуждаемая мобильность и стиль жизни нуждаются в выборе поддерживающей поверхности. (Сила доказательств = С).

3.4. Выбор и периодические замены инвалидного кресла и приспособлений для сидения должны подбираться с учетом антропометрических данных, эргономики и принципов функциональности. (Сила доказательств = С).

Характеристики и техническое обслуживание инвалидного кресла и подушки

1. Посадка пациентов с травмой позвоночника и пролежнями должна производиться на специальную поверхность, которая принимает форму тела, увеличивая его погруженность, в результате чего происходит перераспределение давления и снятие напряжения. (Сила доказательств = В).

2. Разумное использование сидений с перемежающимся давлением для пациентов с пролежнями. Оценка преимуществ снижения давления.



Следует взвесить преимущества от использования подушки, такие как разгрузка, и потенциальный риск сдвигового повреждения, вызванный конструкцией и особенностями эксплуатации. (Сила доказательств = С). [Надувные подушки](#) и [надувные противопролежневые матрасы](#).

Устройства для сидения с перемежающимся давлением успешно используются в различных клинических условиях. Однако, индивидуальный ответ на фазу высокого давления может быть различным.

Поскольку существует возможность для сдвигового повреждения в результате движения ячеек, при использовании таких устройств нужно быть внимательными.

3. Использование растягивающегося чехла на подушку, который немного свободнее на лицевой поверхности подушки, придает ей возможность повторять контуры тела. (Сила доказательств = С).

4. Оценить подушку и покрытие на предмет теплообмена. Выбирать такие подушки и покрытия, которые обеспечивают свободную циркуляцию воздуха и снижение температуры и влаги на ягодичной поверхности. (Сила доказательств = С).

5. Проверять и поддерживать все аспекты сидения инвалидного кресла через соответствующие регулярные интервалы для обеспечения должного функционирования и соответствия индивидуальным нуждам. (Сила доказательств = С).

6. Провести полную и точную тренировку по использованию и эксплуатации предоставленного пациенту инвалидного кресла. (Сила доказательств = С).

Важные моменты для пациентов с пролежнями на ягодичной поверхности

1. Взвесить риски и преимущества использования поддерживающего сидения и состояние физического и эмоционального здоровья. (Сила доказательств = С).

2. В период постельного режима обратить внимание на содействие заживлению седалищных или крестцовых пролежней. (Сила доказательств = С).

3. Ограничить время нахождения в сидячем положении с травмой позвоночника с седалищными пролежнями в соответствии с устойчивостью кожи и реакцией пролежней. (Сила доказательств = С).



4. Разработать график наращивания времени нахождения в сидячем положении в соответствии с индивидуальной устойчивостью и реакцией пролежней. (Сила доказательств = С).

5. Контроль должной позиции и контроль осанки. (Сила доказательств = С).

5.1. Обеспечить в инвалидном кресле адекватный наклон сидения для предотвращения сползания вперед, и регулировку подножки и подлокотников для опоры для поддержания правильной осанки и перераспределение давления. (Сила доказательств = С).

5.2. Избегать использования подъемников для ног, если человек имеет недостаточную длину подколенного сухожилия. (Сила доказательств = С).

6. Установить для снижения давления график, описывающие частоту и длительность мероприятий. (Сила доказательств = С).

6.1. Научить пациентов делать «снижающий давление подъем» или другие маневры по мере необходимости. (Сила доказательств = С).

6.2. Использовать инвалидные коляски с переменной положения тела, в которых спинка может стоять прямо или откидываться, с ручным или электрическим управлением, чтобы перераспределить нагрузку на поверхности сидения. (Сила доказательств = С).

6.3. Определить эффективные методы для сброса давления методы и просвещать людей об эффективности методов, которые соответствуют возможностям индивида. (Сила доказательств = С).

7. Используйте механический подъемник типа сплит-слинг для переноса человека в инвалидную коляску или стул у постели, когда человек в этом нуждается. Необходимо удалить слинг сразу после передачи. (Сила доказательств = С).

Пациенты с ожирением

Выбор кровати

1. Подбор кровати пациенту с начала поступления. (Сила доказательств = С).

1.1. Использовать кровати, которые выдерживают вес человека. (Сила доказательств = С).

1.2. Проверить поверхность матраса. (Сила доказательств = С).

1.3. Убедитесь, что поверхность кровати достаточно широкая, чтобы позволить перемещения пациента. (Сила доказательств = С).



1.4. Убедитесь, что ширина пациента с ожирением при поворотах из стороны в сторону не достигает боковых поручней кровати. (Сила доказательств = С).

2. Рассмотрите возможность использования обеспечивающих движение воздуха над поверхностью кожи приспособлений, для регуляции влажности кожи. (Сила доказательств = С).

Подбор оборудования

1. Используйте достаточно широкие кресло-коляску и кресло с учетом индивидуального обхвата. (Сила доказательств = С).

2. Обеспечить наличие ходунков, накладных трапеций на кровати, и других устройств, чтобы поддерживать постоянную подвижность и независимость. (Сила доказательств = С).

Оценка и положение

1. С адекватной помощью других лиц полностью осмотреть все кожные складки. (Сила доказательств = С).

- Пролежни могут развиваться в таких местах, как под складками кожи или там, где между складками были сжаты трубки или другие приборы.
- Пролежни развиваются на костных выступах, но могут также возникнуть в результате давления на ягодицы и другие области с высокой концентрацией жировой ткани.

2. Избегать давления на кожу трубок и других медицинских приспособлений. (Сила доказательств = С).

3. Для разгрузки давления в складках кожи использовать подушки или другие устройства придания нужного положения. (Сила доказательств = С).

Уход за пролежнями

1. Тщательно оценить пролежни на предмет инфекции и задержки исцеления, которые более распространены у лиц с ожирением. (Сила доказательств = С).

2. Тщательно заполнить открытые раны перевязочным материалом, чтобы уменьшить риск потери повязки в ране. Документировать количество перевязочных материалов, которые используются при заполнении больших ран и убедиться, что все повязки удаляются при очередной перевязке. (Сила доказательств = С).



3. Обеспечить полноценное питание для поддержания заживления. (Сила доказательств = С).

У лиц, страдающих ожирением, несмотря на их размеры, может наблюдаться недостаток питательных веществ для заживления пролежней. Вероятно, процесс снижения веса должен быть отложен или изменен, для того чтобы процесс исцеления получал достаточное количество питательных веществ. (см. раздел «питание»).

Очищение

1. Очищение пролежней и окружающей кожи во время каждой смены повязок. (Сила доказательств = С).

1.1. Очищать заживающие, чистые пролежни физиологическим раствором или питьевой водой. (Сила доказательств = С).

1.2. Рекомендовано использование моющих растворов с поверхностно-активными веществами и/или противомикробными препаратами для очистки пролежней с загрязнением, подтвержденной инфекцией, подозрением на инфекцию, или подозрением на высокий уровень бактериальной колонизации. (Сила доказательств = С).

1.3. Очищать кожу вокруг пролежня. (Сила доказательств = В).

2. Очищение пролежней с помощью полива раствором под давлением, подобранном так, чтобы очищать раневую поверхность не повреждая ткани и не внося бактерий в рану. (Сила доказательств = С). Давление воды от 0,25 до 1,1 кг на квадратный сантиметр вполне достаточно, чтобы очистить поверхность пролежня, не вызывая травмирования ложа раны.

3. Надлежащим образом хранить и утилизировать использованные растворы для уменьшения перекрестного загрязнения. (Сила доказательств = С).



Хирургическая обработка раны

1. Убирать нежизнеспособные ткани в пределах здоровых тканей раневого ложа или края пролежней, в соответствии с целями пациента и общими целями ухода. (Сила доказательств = С).

2. Выбрать наиболее целесообразные методы санации для отдельных состояний, целей ухода, состояния пролежня и кожи вокруг него, оценить тип, количество, и расположение некротизированных тканей, мероприятия профилактики, доступность и возможность профессиональной помощи. (Сила доказательств = С).

Потенциальные методы включают в себя использование хирургических инструментов, аутолиза ([гидрогель Пурилон](#)), ферментативной обработки ([Протеокс-Т](#), [Протеокс-ТМ](#), [ПАМ-Т](#)), механической обработки, и биохирургической обработки раны (с использованием личинок).

Обратитесь к руководству по клинической практике для получения информации о каждом методе, а также показаниях и противопоказаниях.

3. Использовать механические, аутолитические, ферментативные, и/или биохирургические методы хирургической обработки, когда нет острой клинической необходимости дренирования раны или удаления некротизированных тканей. (Сила доказательств = С).

4. Выполнить хирургическую обработку в случае развития флегмоны, крепитации, флюктуации, и/или вторичном сепсисе, вызванном нагноением раны. (Сила доказательств = С).

5. Хирургическая обработка раны должна производиться только специально обученным, компетентным, квалифицированным, и лицензированным специалистом в области здравоохранения в соответствии с местными правовыми и нормативно-правовыми актами. (Сила доказательств = С).

6. Использовать стерильные инструменты для иссечения нежизнеспособных тканей хирургическим путем. (Сила доказательств = С).

7. Используйте хирургическую обработку раны с осторожностью в присутствии: сниженного иммунитета, нарушения кровоснабжения в сосудах, при отсутствии антибактериального лечения и при системном сепсисе. Относительные противопоказания включают наличие антикоагулянтной терапии и нарушения свертываемости крови. (Сила доказательств = С).



8. Обсудите возможность хирургической обработки у лиц с пролежнями категории/стадии III или IV с подрывными краями, туннелированием, формированием свищевых ходов или с обширными зонами некроза, которые не могут быть легко удалены путем хирургической обработки и другими методами, в зависимости от состояния и целей пациента. (Сила доказательств = C).

9. Уменьшение болей, связанных с санацией. (Сила доказательств = C).

10. Выполнение тщательной оценки расположения сосудов перед удалением некротических тканей пролежней нижних конечностей. (Например, с целью исключить артериальную недостаточность). (Сила доказательств = C).

11. Не следует удалять стабильный, жесткий, сухой струп в ишемизированной конечности. (Сила доказательств = C).

11.1. Оценивать рану ежедневно на предмет таких признаков инфекции, как гиперемия, болезненность, отек, нагноение, флюктуация, крепитация, и/или неприятный запах. (Сила доказательств = C).

11.2. Консультация сосудистого хирурга в срочном порядке при появлении вышеперечисленных симптомов. (Сила доказательств = C).

11.3. Срочная хирургическая обработка в присутствии вышеперечисленных симптомов, в соответствии с индивидуальными пожеланиями и общими целями ухода. (Сила доказательств = C).

12. Хирургическая обработка раны при хронических пролежнях проводится до тех пор, пока ложе раны не станет свободно от некротических тканей и не покроется грануляциями. (Сила доказательств = C).



Повязки

Повязки являются центральным компонентом ухода за пролежнями. Выбор повязки должен проводиться на основании содержимого пролежня, состояния окружающей кожи и целей пациента.

Идеальным вариантом является поддержание раневого ложа во влажном состоянии, при чистой язве и наличии грануляций. Существуют варианты повязок, удерживающих влагу.

Однако состояние пролежня может меняться со временем. Обратитесь к клиническому практическому руководству для более полной информации о существующих типах перевязочного материала, а также для обсуждения показаний и противопоказаний их использования.

Общие рекомендации

1. Оценивать состояние пролежней при каждой перевязке для подтверждения целесообразности текущего режима наложения повязок. (Сила доказательств = С).
2. Следовать рекомендациям производителя, особенно связанным с частотой перевязок. (Сила доказательств = С).
3. Рекомендуется использовать одноразовые повязки, и включать в план ухода замену повязок по мере необходимости из-за сильного загрязнения, промокания и так далее. (Сила доказательств = С).
4. Выбрать повязку, чтобы держать ложе раны влажным. (Сила доказательств = С).
5. Выбрать повязку, которая остается в контакте с раневым ложем и краем раны для сохранения сухой зоны вокруг раны и предотвращения мацерации. (Сила доказательств = С).

Гидроколлоидные повязки (Комифил Плюс с альгинатом) и гели (Пурилон, Эмалан)

1. Рекомендовано использовать гидроколлоидные повязки для чистых пролежней II категории/стадии в тех частях тела, где они не будут скатываться или раздавливаться. (Сила доказательств = В).
2. Рекомендовано использование гидроколлоидных перевязочных материалов при неинфицированных неглубоких пролежнях III категории/стадии. (Сила доказательств = В).
3. Заменять гидроколлоидные повязки, если фекалии просачиваются под повязку. (Сила доказательств = С).



4. Рассмотрите возможность использования гелевого наполнителя под гидроколлоидными повязками в глубоких язвах, чтобы заполнить мертвое пространство. (Сила доказательств = Б).

5. Рассмотреть вопрос об использовании гидроколлоидных повязок для защиты участков тела с риском травмы трения или травмы сдвига. (Сила доказательств = С).

6. Аккуратно снимайте гидроколлоидные повязки с нежной кожи для уменьшения травмирования. (Сила доказательств = Б).

Прозрачные пленочные повязки (Комифил, Гидрофилм)

1. Рекомендовано использование пленочных повязок для защиты участков тела с риском травмы трения или травмы сдвига. (Сила доказательств = С).

2. Рекомендовано использование пленочных повязок при аутолитической хирургической обработке раны и при сохраненном иммунитете пациента. (Сила доказательств = С).

3. Рекомендовано использование пленочных повязок в качестве вторичной повязки на пролежнях обработанных альгинатами или другими наполнителями, в повязках, наложенных на долгий срок, например на 3-5 дней. (Сила доказательств = С).

4. Тщательно удалить пленочную повязку с нежной кожи во избежание травм. Сила доказательств = С).

5. Не используйте пленочные повязки в пролежнях с умеренной или сильной экссудацией. (Сила доказательств = С).

6. Не используйте пленочные повязки как покрытие над повязками с ферментативной активностью, гелями или мазями. (Сила доказательств = С).

Гидрогелевые повязки (Пурилон гель, Гидросорб-комфорт, Гидротак)

1. Рекомендовано использование гидрогелевых повязок при неглубоких пролежнях с минимальной экссудацией. (Сила доказательств = В).

2. Рекомендовано использование гидрогелевых повязок с целью увлажнения сухого раневого ложа. (Сила доказательств = С).

3. Рекомендовано использование гидрогелевых повязок для перевязки болезненных пролежней. (Сила доказательств = С).

4. Рекомендовано применение гидрогелевых повязок для



неглубоких пролежней без четких контуров или на определенных частях тела, которые подвергаются риску смещения повязок. (Сила доказательств = С).

5. Рекомендовано использование аморфного гидрогеля для глубоких пролежней с краями или на определенных частях тела с высоким риском сдвига повязки. (Сила доказательств = С).

6. Рекомендовано использование аморфного гидрогеля для неинфицированных пролежней, и пролежней с грануляциями. (Сила доказательств = В).

Повязки с альгинатом

1. Рекомендовано применение повязок с альгинатом для лечения пролежней с умеренной и сильной экссудацией. (Сила доказательств = В).

2. Рекомендовано применение повязок при инфицированных пролежнях с одновременным лечением инфекции. (Сила доказательств = С).

3. Аккуратно снимайте повязки с альгинатом, при необходимости смачивая или орошая их для легкого удаления. (Сила доказательств = С).

4. Рекомендовано продление срока нахождения повязки с альгинатом на ране, если повязка остается сухой к моменту плановой перевязки. (Сила доказательств = С).

Повязки - пористые губки (Полиуретановые губки Biatain)

1. Рекомендовано использование повязок из пористых губок при наличии пролежней II категории/стадии и мелких пролежней III категории/стадии. (Сила доказательств = В)

2. Избегать попадания небольших кусочков пористой губки в полость пролежня с экссудацией. (Сила доказательств = С).

3. Рекомендовано использование пористых повязок при болезненных пролежнях. (Сила доказательств = С).

4. Рекомендовано размещение пористых повязок на участки тела и пролежни в зоне риска травмы сдвига. (Сила доказательств = В).

Полимерные мембраны

5. Рассмотреть использование полимерных мембран для пролежней II категории/стадии и мелких пролежнях III категории/стадии. (Сила доказательств = С).



Повязки с ионами серебра (Аргогель, Атрауман Аг, Биатен АГ, Витаргол-спрей, Аргокрем)

1. Рекомендовано использование серебра для перевязки инфицированных или сильно колонизированных бактериями ран. (Сила доказательств = В).
2. Рекомендовано использование серебра для перевязки пролежней с высоким риском инфицирования. (Сила доказательств = В).
3. Следует избегать длительного применения повязок из серебра, рекомендуется прекратить их использование когда инфекция находится под контролем. (Сила доказательств = С).
4. Рекомендовано применение сульфадиазина серебра (Silvadene®) в сильно загрязненных или инфицированных пролежнях пока не будет проведена хирургическая обработка раны. (Сила доказательств = С).

Повязки с продуктами пчеловодства (ВоскоПран, Воскосорб)

5. Рекомендовано применение повязок с содержанием продуктов пчеловодства для лечения пролежней категории/стадии II и III. (Сила доказательств = С).

Повязки с соединениями йода

1. Рекомендовано использование перевязочных материалов с соединениями йода для пролежней с умеренной и выраженной экссудацией. (Сила доказательств = С).
2. Избегать использования производных йода у пациентов с заболеваниями щитовидной железы и повышенной чувствительностью к йоду. (Сила доказательств = С).
3. Избегать использования соединений йода в пролежнях с большой полостью, которые требуют частой (ежедневной) перевязки. (Сила доказательств = С).

Простые марлевые повязки (стерильная медицинская марля)

1. Избегайте использования марлевых повязок на чистых открытых пролежнях, потому что они трудоемки в использовании, могут причинять болезненные ощущения при удалении или в сухом виде, а также привести к высушиванию жизнеспособных тканей. (Сила доказательств = С).
2. При недоступности других форм повязок, удерживающих влагу, можно использовать влажную марлевую повязку. (Сила доказательств = С).



3. Разрешено использовать марлевые повязки как верхнее покрытие для уменьшения испарения влаги из нижележащей влажной повязки. (Сила доказательств = С).

4. Рекомендуется использовать марлю рыхлого плетения для пролежня с выраженной экссудацией, использовать марлю с плотным плетением для пролежня с минимальной экссудацией. (Сила доказательств = С).

5. При недоступности других форм повязок удерживающих влагу, пролежни с большими дефектами тканей должно быть свободно наполнены марлей, смоченной в физиологическом растворе. При этом она не должна быть плотно упакована для избежания создания лишнего давления на раневое ложе. (Сила доказательств = С).

6. Частая смена марлевых повязок способствует абсорбции экссудата. (Сила доказательств = С).

7. Использовать одну марлевую прокладку для заполнения дефекта. Не использовать сочетание нескольких марлевых повязок в ране, поскольку забытая в ране марля может привести к инфицированию. (Сила доказательств = С).

8. Рассмотрите возможность использования перевязочных материалов из пропитанной марли, чтобы предотвратить испарение влаги из постоянно влажных марлевых повязок. (Сила доказательств = С).

Применение марлевых повязок на практике весьма спорно. Повышенный риск инфицирования, проникновения испражнений и болезненность привели к тому, что специалисты в некоторых регионах мира отказались от применения марлевых повязок в лечении открытых хронических ран, таких как пролежни, в пользу современных раневых покрытий.

Применение марлевых повязок сегодня носит достаточно ограниченный характер, в основном они используются в качестве хирургических повязок.

Из-за необходимости частой замены они могут оказаться слишком дорогими для профессионального использования. Впрочем, другие необходимые повязки также являются дорогостоящими и не всегда доступны.

Таким образом использовать смоченную в физиологическом растворе марлю для защиты пролежня от высыхания все же лучше, чем просто позволить пролежню высохнуть.



Силиконовые повязки

1. Рекомендуется использовать силикон в повязке в качестве контактирующего с раной слоя, что позволяет сделать смену повязки менее травматичной. (Сила доказательств = В). 2. Рекомендуется использование силиконовых повязок, чтобы предотвратить повреждение тканей при пролежнях или нежных и рыхлых тканях вокруг раны. (Сила доказательств = Б).

Повязки на коллагеновой основе

Рассмотрим использование повязки на коллагеновой основе при длительно незаживающих пролежнях категории/стадии III и IV. (Сила доказательств = С).

Композитные повязки

Многие варианты перевязочного материала, перечисленные ранее, изготавливаются в различных комбинациях. Пожалуйста, обратитесь к отчетности об отдельных составляющих при рассмотрении вопроса об использовании композитов.

Оценка и лечение инфекции.

Бактерии присутствуют на всей поверхности кожи. Когда первичная защита, предоставляемая неповрежденной кожей, теряется, бактерии оказываются на поверхности раны. Инфекция развивается при повышении вирулентности или числа бактерий.

Ослабленный участок обладает пониженной способностью бороться с бактериями. Количество бактерий и их влияние на рану могут быть классифицированы как стадии контаминации, колонизации, критической колонизации или инфекции.

Инфекция не особенно характерна для пролежней I или II категории/стадии, поэтому пристальное внимание в диагностике инфицирования следует уделить пролежням III и IV категории/стадии. Инфекция может распространиться за пределы пролежней, в результате чего возможно развитие серьезных системных инфекций, таких как целлюлит, фасцит, остеомиелит, синдром системного воспалительного ответа (ССВО) или сепсис.

Чтобы избежать таких серьезных последствий, профессионал должен сосредоточиться на выявлении пациентов, подверженных высокому риску инфицирования, проводить профилактику, раннее выявление и оперативное эффективное лечение пролежней и их инфекции.



Системное рассмотрение

Соблюдайте политику местного контроля инфекции для предотвращения самостоятельного заражения и перекрестного заражения у лиц, имеющих пролежни. (Сила доказательств = С).

Оценка пациентов с высоким риском инфицирования пролежней

1. Имеют высокий индекс вероятности инфицирования пролежней пациенты с наличием некротических тканей или инородных тел, особенно присутствующих в течение длительного времени, больших по размеру, или с риском повторного загрязнения (расположенных близко к анусу). (Сила доказательств = С).

2. Имеют высокий индекс подозрений на местную раневую инфекцию лица с сахарным диабетом, белково-калорийной недостаточностью питания, гипоксией или плохой тканевой перфузией, аутоиммунными заболеваниями или подавлением иммунитета. (Сила доказательств = В).

3. Высоко подозрительны на местное инфицирование пролежни при отсутствии признаков заживления в течение двух недель, а также:

- при наличии рыхлых грануляций,
- при неприятном запахе,
- повышенной болезненности в области пролежня,
- повышении температуры тканей вокруг раны,
- увеличении отделяемого из раны,
- изменении характера раневого дренажа, например при появлении сукровичного или гнойного отделяемого,
- усилении образования некротических тканей в ране,
- в присутствии карманов и перемычек. (Сила доказательств = В).

Диагноз

1. Провести диагностику распространения острой инфекции пролежней. Признаки острой инфекции пролежня это покраснение, расходящееся от краев язвы, индурация, появление или усиление боли, ощущение тепла или гнойное отделяемое.

Пролежни с острой инфекцией могут увеличиваться в размерах, в них могут появляться крепитация, флюктуация, а также бледность окружающей кожи. Человек может также иметь системные признаки инфекции, такие как лихорадка, недомогание и увеличение



лимфатических узлов. У пожилых людей может возникнуть спутанность сознания и анорексия. (Сила доказательств = С).

2. Определить количество и качество бактериальной микрофлоры пролежня с помощью биопсии ткани или взятия мазка при помощи количественной методики. (Сила доказательств = В).

Золотой стандарт способа для изучения микробной нагрузки - это количественная оценка микробной культуры, содержащейся в жизнеспособных тканях раны. Мазок с поверхности может не отражать всей глубины инфицирования тканей.

Как альтернативный метод может использоваться количественной оценкой мазка по Левине.

- Очистить рану физиологическим раствором. Промокнуть сухой стерильной марлей.
- Выбрать участок самых здоровых на вид тканей в ложе раны.
- Не выбирать тот участок, где присутствует экссудат, гной, струп, или распространена фиброзная ткань.
- Вращать конец стерильного аппликатора по поверхности 1 см x 1 см в течение пяти секунд.
- Умеренно нажать на тампон для выделения тканевой жидкости.
- Использовать стерильное приспособление, чтобы отломить кончик аппликатора в емкость, предназначенную для дальнейшего исследования.

3. Инфекция пролежней диагностируется в случае наличия бактериальной микрофлоры в количестве $> 10^5$ кое/г ткани и/или при наличии бета-гемолитических стрептококков. (Сила доказательств = В).

Управление

1. Оптимизировать состояние пациента. (Сила доказательств = С).

2. Принять меры по предотвращению загрязнения пролежней. (Сила доказательств = С).

3. Снижения бактериальной нагрузки в пролежнях. (см. рекомендации по чистке и хирургической обработке раны). (Сила доказательств = С).

Наличие некротических тканей и корочек способствуют росту бактерий (см. разделы по хирургической обработке, чистке и хирургическому лечению). Очищение удаляет загрязнение и свободно плавающие бактерии.



Хирургическая обработка раны часто требуется, чтобы удалить прилипшие корочки и струп, которые можно назвать биологическими пленками. После удаления биопленки имеют тенденцию появляться снова. Противомикробные препараты могут помочь замедлить темпы роста биологических пленок. Для выбора на практике лучших диагностических и лечебных мероприятий при наличии биопленок в пролежнях и других хронических ранах могут потребоваться дополнительные исследования.

4. Рекомендуется применение местных антисептиков, подходящих для пролежней и правильно разведенных. Антисептики должны быть использованы в течение ограниченного периода времени.

Они контролируют бактериальную микрофлору, приводят к очищению язвы, уменьшают воспаление окружающих тканей. Специалист должен быть осведомлен о правилах разведения, риске токсического действия и побочных реакций. (Сила доказательств = В). Для получения дополнительной информации смотрите полное практическое клиническое руководство.

5. Рекомендуется применение местных антисептиков для пролежней, которые критически колонизированы и не заживают в ожидаемые сроки. (Сила доказательств = С). **(Парапран с хлоргексидином, Гелепран с мирамистином, Протекос-Т для удаления некротических тканей – источника бактерий).**

6. Рекомендуется использование местных антимикробных повязок с серебром или повязок с ферментами для пролежней с сочетанной инфекцией. (Сила доказательств = С). **(Протеокс-Т, ПАМ-Т, Воскопран, Воскосорб, Биатен Аг, Атрауман Аг.).**

7. Ограничить использование антибиотиков местного действия при инфицированных пролежнях, за исключением особых ситуаций. (Сила доказательств = С).

В общем, местные антибиотики не рекомендуются для лечения пролежней. Причиной этого является недостаточное проникновение в глубину инфицированных тканей, развитие устойчивости к антибиотикам, аллергические реакции, системная абсорбция при нанесении на большие раны, местное раздражающее действие, которое может привести к задержке в заживлении ран.

Тем не менее, короткие курсы местного нанесения сульфадиазина серебра или метронидазола могут быть полезны в определенных



обстоятельствах, например на обработанные и очищенные раны, в которых содержание бактерий не превышает 10⁵ кое/г ткани и/или при наличии бета-гемолитических стрептококков. Также актуально применение метронидазола для лечения неприятного запаха при грибковых ранах или ран с анаэробной инфекцией.

8. Использование системных антибиотиков для пациентами с клиническими признаками системной инфекции, например обнаружение бактерий в посевах крови, целлюлит, фасцит, остеомиелит, синдром системного воспалительного ответа (ССВО) или сепсис, в соответствии с индивидуальными целями. (Сила доказательств = С).

9. Вскрыть и очистить местные абсцессы. (Сила доказательств = С).

10. Оценить пациента на предмет остеомиелита, если в рану вовлечена кость, изменена ее консистенция, грубая или мягкая, а также если язвы не заживают на фоне лечения. (Сила доказательств = С).



Применение биофизических агентов для лечения пролежней

Для лечения пролежней изучались несколько форм энергии, включая акустические, механические и кинетические энергии, а также энергии электромагнитного спектра (ЭМС), инфракрасное (тепловое) излучение, ультрафиолетовый свет (невидимый свет), и лазер (когерентный и монохроматический свет), электрические и электромагнитные стимуляции. Биофизические агенты могут быть использованы для доставки специфического лечебного вещества в раневое ложе.

Все эти биофизические энергии могут быть использованы в зависимости от состояния здоровья и состояния раны при помощи специальных одобренных медицинских устройств. Использование биофизических агентов должно проводиться по назначению и под наблюдением опытного лицензированного профессионала, который прошел обучение и стажировку по безопасности и эффективности методов, по выбору воздействия, соответствующего потребностям пациента, а также способу применения и мониторингу положительных и неблагоприятных влияний.

Обратитесь к клиническому практическому руководству для получения дополнительных клинических рекомендаций и обсуждения поддерживающих исследований.

Электростимуляция

Рекомендовано применение прямого контакта (емкостного типа) электрической стимуляции (ЭС) в лечении стойких II пролежней категории/стадии, а также для облегчения заживления пролежней III и IV категории/стадии. (Сила доказательств = B).

Электромагнитные агенты

Рекомендовано использование импульсного электромагнитного поля (PEMF) для лечения стойких пролежней II, III и IV категории/стадии. (Сила доказательств = C).

Фототерапия (Лазер, инфракрасное и ультрафиолетовое излучение)

Инфракрасная терапия

Нет достаточных данных по исследованию пролежней и других типов хронических ран, чтобы рекомендовать использование инфракрасной терапии для лечения пролежней.



Лазер

Нет достаточных данных по исследованию пролежней и других типов хронических ран с целью рекомендовать использование лазерной терапии для лечения пролежней.

Терапия ультрафиолетом

1. Возможно краткосрочное применение ультрафиолета С (УФ-С), при отсутствии эффекта от традиционных методов лечения. (Сила доказательств = С).

Эта рекомендация основана преимущественно на мнении экспертов. Доказательная база слабовата.

2. Возможен курс ультрафиолетового облучения в качестве дополнительной терапии для уменьшения бактериальной нагрузки в не воспаленных, но критически колонизированных пролежнях III и IV категории/стадии. (Сила доказательств = С).

Эта рекомендация основана преимущественно на мнении экспертов. Доказательная база слабовата. Ультрафиолетовый свет может рассматриваться в качестве дополнительной терапии, но не должен быть использован вместо других рекомендуемых методов лечения для снижения бактериальной нагрузки (см. раздел инфекции).

Акустическая энергия (ультразвук)

1. Возможно использование бесконтактных источников ультразвука (НК-LFUS) низкой частоты (40 кГц) для лечения стойких незагрязненных пролежней III и IV категории/стадии. (Сила доказательств = С).

Эта рекомендация основана преимущественно на мнении экспертов. Нет исследований действия на пролежни. В исследованиях других хронических ран имеются данные о смешанных результатах и некоторых побочных эффектах.

2. Рекомендовано использование низкочастотных ультразвуковых волн (22.5, 25, 35 кГц) для хирургической обработки некротических мягких тканей (Сила доказательств = С). Эта рекомендация основана на мнении экспертов.

3. Рекомендовано использование ультразвука высокой частоты (МГц) в качестве вспомогательного средства для лечения инфицированных пролежней. (Сила доказательств = С).

Эта рекомендация основана преимущественно на мнении экспертов. Доказательная база слабовата. Высокочастотный ультразвук может рассматриваться в качестве дополнительной терапии, но не должен



быть использован вместо других рекомендуемых методов лечения для снижения бактериальной нагрузки (см. раздел инфекции).

Лечение ран отрицательным давлением. (ТПС)

1. Рекомендовано ТПС в качестве раннего вспомогательного средства для лечения глубоких пролежней III и IV категории/стадии. (Сила доказательств = B).
2. Очистить пролежни от инородных тел и от некротических тканей масс до использования ТПС. (Сила доказательств = C).
3. Соблюдать безопасный режим наложения и снятия системы ТПС. (Сила доказательств = B). Для получения дополнительной информации смотреть практическое клиническое руководство и инструкции производителя.
4. Оценить состояние пролежней при каждой перевязке. (Сила доказательств = C).
5. Если процедура вызывает боль, то можно расположить на раневом ложе неадгезивную повязку, снизить давление или поменять его тип (прерывистый или непрерывный). (Сила доказательств = C).
6. Обучить пациента и его/ее семью использованию ТПС в домашних условиях. (Сила доказательств = C).

Гидротерапия: джакузи и пульсирующее промывание с отсасыванием

Джакузи

1. Возможно применение джакузи как вспомогательного средства для очищения раны и облегчения заживления. (Сила доказательств = C).
2. Рассмотреть использование джакузи для уменьшения раневой микрофлоры и инфекции. (Сила доказательств = C).

Пульсирующее промывание с отсасыванием

Возможно применение пульсирующего промывания с отсасыванием для очищения и хирургической обработки раны. (Сила доказательств = C). Эта рекомендация основана преимущественно на мнении экспертов.

Кислород для лечения хронических ран **Гипербарическая оксигенация**

Недостаточно доказательств для рекомендации применения гипербарической оксигенации для лечения пролежней.



Местная кислородная терапия

Нет достаточных доказательств для рекомендации проведения местной кислородной терапии при лечении пролежней.

Биологические повязки для лечения пролежней

Нет достаточных доказательств для рекомендации использования биологических повязок в лечении пролежней. Тем не менее, существуют доказательства того, что применение биологических повязок в лечении диабетической (нейротрофической) язвы стопы сопровождалось большим процентом заживления по сравнению с контрольной группой.

Факторы роста для лечения пролежней

В результатах комбинированных клинических исследований фактора роста (PDGF) говорится о том, что PDGF-BB может улучшить заживление пролежней. Однако, доказательств недостаточно, чтобы рекомендовать этот метод лечения для рутинного использования. (Сила доказательств = B).



Хирургия пролежней

Эти рекомендации предназначены для ухода за пациентом в предоперационном периоде, интраоперационно и в послеоперационном периоде. Они не предписывают конкретные хирургические методы, такие решения лучше доверить опытному хирургу, который понимает индивидуальные потребности пациента.

Предоперационные рекомендации

1. Оценить необходимость хирургической консультации для оперативного ремонта у лиц, имеющих пролежни III или IV категории/стадии, не отвергая консервативного лечения или для лиц, которые желают более быстрого закрытия язвенного дефекта. (Сила доказательств = C).
2. Учитывать пожелания пациента, особенно в терминальной стадии, перед планированием хирургии. (Сила доказательств = C).
3. Получить консультацию хирурга о возможности срочного дренирования и/или хирургической обработки раны, если пролежень сочетается с флегмоной или является предполагаемым источником сепсиса. (Сила доказательств = C).
4. Перед операцией оптимизировать физические факторы, которые могут ухудшить заживление после хирургии. (Сила доказательств = C).
5. До операции оптимизировать социально-психологические факторы, которые часто ухудшают заживление после хирургии. (Сила доказательств = B).
6. В случае остеомиелита зараженная кость должна быть резецирована до или во время хирургического вмешательства. (Сила доказательств = B).

Интраоперационные рекомендации

1. Позиция пациента на операционном столе должно быть с особым вниманием к защите точек давления и дыхательных путей. (Сила доказательств = C).
2. Существование пролежня, осложненного аномалиями кожи, грануляций и некротическими тканями, свищами, формированием сумок и поражением кости требует максимально возможного хирургического закрытия. (Сила доказательств = C).
3. Конструировать лоскут кожи из разных участков для повышения



прочности. При возможности в качестве лоскута выбирают участок, который не нарушает целостность ближайших к пролежню территорий. (Сила доказательств = С).

4. Использовать лоскут кожи как можно большего размера, поместив линии шва на расстоянии от области давления. Минимизируйте напряжение в области разрезов в момент закрытия. Рассмотрите возможные функциональные потери и потребности в реабилитации, особенно у амбулаторных пациентов. (Сила доказательств = С).

5. Перемещать пациентов с операционного стола с адекватной помощью, чтобы избежать отделения или повреждения пришитого кожного лоскута. (Сила доказательств = С).

Послеоперационные рекомендации

1. Положить пациента на системы с интенсивным перераспределением давления, которые уменьшают сдвиг и давление на место операции, ограничивают напряжение в области швов и обеспечивают контроль микроклимата.

Не поднимать изголовье кровати и не перемещать пациента в кровати без прямого указания хирурга. (Сила доказательств = С).

2. Защитить сосуды питающие лоскут от давления и вытягивания. (Сила доказательств = С).

3. Немедленно сообщать хирургу признаки недостаточности кровоснабжения и другие изменения кожного лоскута. (Сила доказательств = В). Для получения дополнительной информации обратитесь к практическому клиническому руководству.

4. Мониторинг за дренированием раны, убедитесь что трубки дренажа не перекручены или не засорены. (Сила доказательств = С).

5. Профилактика осложнений неподвижности. (Сила доказательств = С).

6. Поворачивать пациента с помощью поворотных приспособлений для предотвращения появления новых пролежней. (Сила доказательств = С).

7. Наравивать время нахождения в сидячем положении по указаниям хирурга. (Сила доказательств = С). После разрешения оказывать давление опорой на место операции, это давление должно наращиваться постепенно.

Разрешается увеличивать время нахождения в сидячем положении при отсутствии покраснения в несущих областях. Устойчивость кожи



к давлению на рану должна оцениваться после каждого периода сидения.

8. Положение сидя в инвалидном кресле возможно только при наличии систем распределяющих давление. (Сила доказательств = С). Смотрите информацию в разделе о выборе опорных приспособлений для колясок в лечении пролежней.

9. Одевать пациента в соответствующую одежду для предотвращения повреждения лоскута при использовании слайд-доски. (Сила доказательств = С).

Больничные халаты, которые открыты на спине, открывают кожу бедер и ягодиц при перемещении на пересадочных устройствах или слайд-доске. Пациент должен быть надлежащим образом одет для защиты кожи во время перемещения. Нельзя использовать одежду с молниями, пуговицами или кнопками, особенно их расположение в местах хирургической операции или в области точки давления.

10. Убедиться в наличии положительной социальной обстановки на дому, перед выпиской пациента. (Сила доказательств = В).

11. Убедиться в возможностях пациента купить необходимое оборудование и соблюдать рекомендации послеоперационного периода. (Сила доказательств = С).

Лечение пролежней у лиц, получающих



паллиативную помощь.

Оценка пациента и рисков

1. Провести комплексную оценку пациента. (Сила доказательств = С).

2. Оценивать риск развития новых пролежней, используя структурированный, последовательный подход, который включает в себя проверенные инструменты оценки риска и комплексную оценку кожи, с использованием клинического мышления и информации об основных факторах риска. (см. раздел «Оценка риска»). (Сила доказательств = С).

2.1. Использовать общие проверочные инструменты, такие как шкала Брейдена, шкала Нортон, шкала Ватерлоу, опросник Брейдена для больных детей, или другие соответствующие возрасту инструменты в сочетании с клиническим опытом. (Сила доказательств = С).

2.2. Используйте шкалу Мари Кюри Центра Хантерс-Хилл для оценки специфических рисков лиц, получающих паллиативную помощь, в сочетании с клинической оценкой для взрослого пациента. (Сила доказательств = С).

Перераспределение давления

1. Перемещайте и поворачивайте пациента через определенные промежутки времени, в соответствии с пожеланиями пациента и переносимостью. (Сила доказательств = С).

1.1. Создание гибкого расписания на основе индивидуальных предпочтений и переносимости, а также характеристик поверхности. перераспределяющей давление. (Сила доказательств = С).

1.2. Используйте предварительное обезболивание, за 20-30 минут до запланированных перемещений у пациентов, которые при перемещении испытывают значительные болевые ощущения. (Сила доказательств = С).

1.3. Соблюдать требования и выбор пациента при перемещениях, а также ощущение комфорта, в том числе разъясняя и обосновывая необходимость поворотов. (Сила доказательств = С).

1.4. Комфорт имеет первостепенное значение и может заменять профилактику и уход за пролежнями для людей в терминальном состоянии или в том случае, если комфортна единственная позиция. (Сила доказательств = С).

1.5. Рекомендовано изменение опорной поверхности для комфорта и перераспределения давления. (Сила доказательств = С)



(Противопролежневые матрасы).

1.6. Стремиться к тому, чтобы перемещения получающего паллиативную помощь пациента проводились каждые четыре часа при наличии перераспределяющего давление матраса или вязкоупругих пен, или каждые два часа при обычном матрасе. (Сила доказательств = В).

1.7. Создать персональный график перемещений и поворотов, обеспечивая его соответствие с целями и желаниями пациента, текущим клиническим статусом, а также с учетом сопутствующих заболеваний, если это осуществимо с медицинской точки зрения. (Сила доказательств = С).

1.8. Документировать повороты и смены положения, а также факторы, влияющие на эти решения, например, индивидуальные пожелания или медицинские нужды. (Сила доказательств = С).

2. Учитывать важные факторы перемещений:

2.1. Защитить крестец, локти, и больше вертелы бедренных костей, которые особенно подвержены давлению. (Сила доказательств = С).

2.2. По мере необходимости использовать устройства для придания позы, такие как пена или подушки, чтобы предотвратить прямой контакт костных выступов и ослабить локальное давление на область пролежней. (Если это позиция наименьшего дискомфорта и с учетом предпочтений пациента). (Сила доказательств = С).

2.3. Использовать повязки на пятки, подушки или свернутое одеяло, для содержания пяток на весу. (Сила доказательств = С).

2.4. Использовать для кресла специальную подушку, которая перераспределяет давление на костные выступы и увеличивает комфорт для человека, который сидит. (Сила доказательств = С).

(Подушки с пеной и гидрогелем.)

Питание и потребление воды

1. Стремиться сохранить достаточное питание и увлажнение, совместимое с индивидуальным состоянием здоровья и пожеланиями. Адекватная нутритивная поддержка часто не достижима, когда человек не может или отказывается есть вследствие определенных болезненных состояний. (Сила доказательств = С).

2. Разрешать пациенту есть пищу или жидкость по выбору. (Сила доказательств = С).

3. Предлагать несколько небольших приемов пищи в день. (Сила



доказательств = С).

4. Предлагать [пищевые протеиновые добавки](#), особенно если целью является заживление пролежня. (Сила доказательств = С).

Уход за кожей

1. Поддержание целостности кожи настолько, насколько это возможно. (Сила доказательств = С).

1.1. Наносить на кожу [специальные кремы и лосьоны, содержащие смягчающие вещества](#), в соответствии с рекомендациями по применению, для поддержания достаточной влажности кожи и предотвращения сухости. (Сила доказательств = С).

1.2. Сведение к минимуму потенциального негативного воздействия мочи на кожу. См. раздел «Профилактика».

Уход за пролежнями

Обезболивание, контроль запаха, и контроль экссудата – вот аспекты ухода за пролежнями, которые тесно связаны с поддержанием комфорта.

1. Установить цели лечения, которые согласуются с ценностями и целями личности, с учетом семейных установок. (Сила доказательств = С).

1.1. Поставить цель повысить качество жизни, если пролежни не могут быть вылечены, или лечение не эффективно. (Сила доказательств = С).

1.2. Оценить влияние пролежней на качество жизни индивида и его/ее семьи. (Сила доказательств = С).

1.3. Оценивать пациента первоначально и пересматривать план ухода, учитывая любое значительное изменение в состоянии. (Сила доказательств = С).

2. Оценивать пролежни исходно и при каждом перестилании, но как минимум раз в неделю в случае терминального состояния, и документировать результаты. (Сила доказательств = С).

2.1. Посмотреть оценку и мониторинг лечения в разделе для общей оценки информации.

2.2. Наблюдать пролежни в целях дальнейшего достижения целей комфорта и уменьшения в боли ране, обращая внимание на такие симптомы, как неприятный запах и экссудат. (Сила доказательств = С).

3. Ухаживать за пролежнями и областями вокруг пролежней на регулярной основе в соответствии с индивидуальными пожеланиями. (Сила доказательств = С).



3.1. Промывать рану при каждой перевязке с использованием питьевой воды, физиологического раствора или очищающих средств без цитотоксичности для снижения травматизации раны и контроля запаха. (Сила доказательств = С).

3.2. Освобождать пролежни от инородных тел и нежизнеспособных тканей, чтобы контролировать инфекцию и запах. (Сила доказательств = С).

3.2.1. Удалять нежизнеспособные ткани из раневого ложа или на краях пролежней в сочетании с состоянием пациента и общими целями ухода. (Сила доказательств = С).

3.2.2. Избегать грубой хирургической обработки пролежней при коже, которая легко повреждается и кровоточит, использовать вместо этого [средства на основе ферментов](#). (Сила доказательств = С).

3.3. Выбрать повязку, которая может впитать необходимое количество экссудата, контролировать запах и предотвращать высыхание пролежня при сохранении сухости окружающих тканей. (Сила доказательств = С) ([Биатен](#)).

3.3.1. Используйте повязку, которая поддерживает влажную ранозаживляющую среду и является комфортной для человека. (Сила доказательств = С).

3.3.2. Используйте повязки, которые могут сохраняться в течение более длительных периодов времени и обеспечивать комфорт при уходе за пролежнями. (Сила доказательств = С) ([Комфил Плюс](#)).

3.3.3. Используйте повязку, которая отвечает потребностям пациента для достижения общего комфорта и ухода за пролежнем. См. раздел «Перевязочные материалы». (Сила доказательств = С).

3.3.3.1. Рекомендуются использование антимикробных повязок для контроля микрофлоры и неприятного запаха. (Сила доказательств = С).

3.3.3.2. Рекомендуются применение [гидрогеля](#) для успокоения болезненных язв. (Сила доказательств = С).

3.3.3.3. Рекомендуются использование [пористых губок](#) и [альгинатных повязок](#) для контроля ран с выраженной экссудацией и удлинением времени износа. (Сила доказательств = В).

3.3.3.4. Рекомендуются использования пенистых полимерных мембран для контроля за экссудацией и очисткой. (Сила доказательств = С).

3.3.3.5. Рекомендуются использование силиконовой повязки для уменьшения боли при снятии повязки. (Сила доказательств = В).



3.3.4. Защитить кожу вокруг пролежня с помощью барьерного вещества или повязки. (Сила доказательств = С).

4. Контроль запаха из раны. (Сила доказательств = С)

4.1. Очищать пролежень и кожу вокруг пролежня, используя уход для удаления нежизнеспособных тканей. (Сила доказательств = С).

4.2. Контролировать признаки раневой инфекции: усиление боли, рыхлая, отечная, бледная, потемневшая грануляционная ткань, запах гноя и кровотечение, образование карманов, а также задержка заживления. (Сила доказательств = В).

4.3. Использование антимикробных препаратов в качестве надлежащего контроля при подтвержденной инфекции или при критической колонизации. См. раздел «Инфекции». (Сила доказательств = С).

4.3.1. Рекомендуется использование правильно разбавленных растворов антисептиков в течение ограниченного периода времени для борьбы с запахом. (Сила доказательств = С)

4.3.2. Рекомендовано местное использование метронидазола для эффективного контролирования запаха пролежней, связанных с анаэробными бактериями и протозойными инфекциями. (Сила доказательств = С).

4.3.3. Рекомендовано применение повязок, пропитанных антимикробными препаратами (например, серебро, соединения йода, медицинский мед) для контроля бактериальной нагрузки и запаха. (Сила доказательств = С).

4.4. Рекомендовано использование повязок с древесным углем или активированным углем, которые помогают контролировать запах. (Сила доказательств = С).

4.5. Рекомендовано использование внешних поглотителей запаха для помещения, таких как активированный уголь, наполнитель для кошачьего туалета, уксус, ваниль, кофе в зернах, горящая свеча, и другие. (Сила доказательств = С.).

Оценка и терапия боли

1. Проводить регулярный осмотр пролежней при каждой перевязке



и с периодичностью, соответствующей индивидуальному состоянию. (Сила доказательств = В).

2. Оценивать возникновение боли в пролежнях при процедурах и без них еженедельно или с каждой перевязкой. (Сила доказательств = С).

3. Обеспечивать систематическое лечение болей при пролежнях. (см. раздел «Управление болью»). (Сила доказательств = С).

4. В соответствии с планом лечения, обеспечить получение пациентом опиоидов и/или нестероидных противовоспалительных препаратов за 30 минут до перевязок и после. (Сила доказательств = С).

5. Обеспечить локальное местное лечение при боли в пролежнях.

- Повязки, пропитанные ибупрофеном могут помочь снизить боль в пролежнях, но они не доступны во всех странах.
- Препараты с лидокаином помогают снизить боль в области пролежня.
- Гидрогель с диаморфином является эффективным анальгетиком для лечения открытых пролежней в условиях паллиативной помощи. (Сила доказательств = В).

6. Для уменьшения боли, связанной с частой смены повязки, выберите повязку, которую можно держать ее на ране длительное время. (Сила доказательств = С).

7. Разрешать людям просить перерывы во время проведения болезненных процедур. (Сила доказательств = С).

8. Для человека с болезненными пролежнями могут оказаться полезными музыка, отдых, изменение положения, медитация, управляемое воображение, а также чрескожное электрическое стимулирование нерва (TENS). (Сила доказательств = С).

Оценка ресурсов

1. Оценивать психосоциальные ресурсы изначально и регулярно в последующий период времени (Психосоциальное консультирование, социальная работа и др.). (Сила доказательств = С).

2. Оценка экологических ресурсов (например, вентиляция, электронные воздушные фильтры и др.) изначально и регулярно в последующий период времени. (Сила доказательств = С).

3. Проверка понимания плана и целей ухода лицами, осуществляющими уход. (Сила доказательств = С).



Перевод на русский язык, подготовка и верстка материалов - магазин «Без пролежней» www.prolejni.ru

Материал основан на многолетнем опыте международной группы специалистов и обобщает только доказанные методы профилактики и лечения пролежней.

Материал предназначен для медицинских специалистов, осуществляющих наблюдение и уход за лежачими пациентами, а также для ухаживающих родственников.