

М.Д. ДИБИРОВ, д.м.н., профессор, МГМСУ им. А.И. Евдокимова, кафедра хирургических болезней и клинической ангиологии

Пролежни: профилактика и лечение

Распространенность пролежней у пациентов в развитых странах примерно одинакова и составляет 16% осложнений других заболеваний (США и Великобритания). При этом по результатам специального исследования в США (Brandeis G.H., Morris J.N., 1990), если уходом за больными занимались специально обученные санитарки и сиделки, распространенность пролежней снижается в 2—3 раза [1]. Летальность у больных с пролежневыми язвами, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (21—88,1%). Больные погибают от раневого сепсиса [1].

Ключевые слова: пролежни, классификация, симптомы, профилактика, лечение, улучшение трофики тканей, препарат Актовегин®

Профилактика и лечение пролежней, особенно обширных и глубоких, является чрезвычайно важной и трудной проблемой медицины. Пролежни возникают исподволь, когда нарушается кровоснабжение и микроциркуляция в тех областях, которые плотно соприкасаются с постелью.

Основной причиной является механическое сдавливание кожи между поверхностью постели и костными выступами: крестцовой кости, затылочной кости, пяточной кости, локтей, большого вертела бедренной кости. Нередко пролежни отмечаются не только при нарушениях кровоснабжения, но и при неврологических нарушениях: травме спинного мозга, инсульте, расстройстве функций тазовых органов [4]. Особенности течения пролежней являются:

- быстрое распространение в ширину и в глубину;
- крайне медленное очищение от некротических тканей;
- медленная репарация и регенерация;
- частое развитие инфекционных осложнений: системного воспалительного ответа и сепсиса;
- отсутствие запасов кожи для наложения вторичных швов, из-за чего в большинстве случаев при-

ходится пересаживать свободные кожные лоскуты;

- необходимость нахождения и удержания больных на боку до полного приживления кожных лоскутов;
- частое высеивание из пролежней устойчивых к антибиотикам форм микроорганизмов;
- развитие пролежней на фоне вторичного иммунодефицита и сниженной сопротивляемости у больных пожилого и старческого возраста, истощенных больных;
- наличие у больных сосудистых окклюзионно-стенотических изменений, особенно при сахарном диабете;
- трудности ухода.

Этиология и патогенез

На сегодняшний день установлено, что наиболее важными факторами, способствующими образованию пролежневых язв, являются: длительное механическое давление, трение и влажность белья. Большую роль в развитии пролежневых язв также играют ограниченная двигательная активность больных, недостаточное питание и уход, неддержание мочи и кала. Кроме того, существенными факторами риска являются такие сопутствующие заболевания, как диабет, болезнь

Паркинсона, паралич и истощение. Из социальных факторов риска следует отметить принадлежность к мужскому полу (Spector W.D., 1994), возраст больных старше 70 лет и нехватку обслуживающего персонала в больницах [1]. Продолжительное воздействие непрерывного давления приводит к локальной гипоксии и ишемии тканей. Для определения риска образования пролежневых язв предпринимались многочисленные попытки количественной оценки сдавливающего действия внешних факторов (индекс давления по Meijer и др.) [1]. В результате специальных исследований продемонстрировано, что непрерывное давление 70 мм рт. ст. в течение 2 ч вызывает необратимые изменения в тканях. В то же время при прекращении давления каждые 5 мин в тканях возникают минимальные изменения без каких-либо последствий (Kosiak M., 1961) [1].

Мышечные волокна более чувствительны к ишемическому фактору, чем кожа, из-за чего изменения в ответ на давление развиваются прежде всего в мышечном слое над костным выступом. Впоследствии они распространяются по направлению к коже. Решающую роль в образовании язв играют

силы смещения давления. При поднятом изголовье кровати, когда туловище больного сползает вниз, давление перемещается на крестец и глубокую фасцию. Силы смещения при этом приводят к натяжению и сгибанию сосудов, вызывая их тромбоз и повреждение кожи. Совокупное действие сил смещения и непрерывного давления приводит к развитию пролежневых язв даже при низком внешнем давлении. Трение также играет важную роль, так как оно приводит к сдвиганию защитного внешнего рогового слоя кожи. J.A. Witkowski и L.C. Parish (1982), а также R.A. Allman и J.F. Desforges (1989) провели ряд экспериментальных и клинических исследований и научно доказали высокую степень риска влажности кожи и окружающей среды в формировании пролежневых язв [1].

Классификация пролежневых язв и оценка риска их образования

В настоящее время известно множество классификаций пролежневых язв отдельных авторов, а также классификаций, утвержденных медицинскими форумами. Рациональной с точки зрения клинического применения является такая классификация, в которой совместимы критерии эпидемиологических исследований, клинической оценки и оценки эффективности методов лечения больного. В отечественной литературе и медицинской практике длительное время широко применялась классификация, предложенная В.П. Балич и О.Г. Коган.

Она включает 5 стадий:

- поверхностный пролежень;
- глубокий пролежень;
- глубокий пролежень с боковыми карманами;
- глубокий пролежень с остеомиелитом подлежащих костей;
- пролежень рубца.

Данная классификация хотя и соответствует этапам клинического течения, однако не отвечает всем вышеуказанным требованиям и не может быть руководством к определению тактики в лечении пролежневых язв.

Различают экзогенные и эндогенные пролежни. Пролежни могут быть поверхностными, вызванными местным раздражением кожи, и глубокими, когда происходят изменения и некроз в подлежащих тканях [3]. Глубокие пролежни часто остаются незамеченными, пока не затронут верхних слоев кожи. В развитии экзогенных пролежней главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Различают наружные и внутренние экзогенные пролежни. Наружные пролежни чаще возникают в местах, где между кожей, подвергающейся давлению, и подлежащей костью нет мышц (например, в области затылка, лопаток, мыщелков бедра, локтевого отростка, крестца и др.). Как правило, такие пролежни наблюдаются у оперированных или травматологических больных, длительно находящихся в вынужденном положении. Непосредственными причинами экзогенных пролежней являются неправильно наложенные гипсовые повязки или шины, неточно подогнанные протезы, корсеты и лечебные ортопедические аппараты, а также складки одежды и простыни, тугие повязки и др. [3]. Внутренние экзогенные пролежни образуются в зоне жестких дренажей, катетеров и других инородных тел, длительно пребывающих в ране, полости или органе. Эндогенные пролежни развиваются при выраженных нейротрофических расстройствах (повреждение спинного мозга или крупных нервов, инсульт или опухоль головного мозга) и нарушениях кровообращения. Условно выделяют смешанные и нейротрофические эндогенные пролежни.

Смешанные пролежни встречаются у ослабленных истощенных больных, которые не в состоянии самостоятельно изменить положение тела или конечности. Длительная неподвижность приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии кожи в области костных выступов и образованию пролежней.

В динамике процессов образования наружных пролежней различают три стадии:

I стадия. Стадия циркуляторных расстройств. Характеризуется локальным побледнением кожи, которое сменяется синюшностью, ткани становятся отечными и холодными на ощупь. Затем появляются пузырьки, которые, сливаясь, приводят к отслойке эпидермиса.

II стадия. Стадия некротических изменений и нагноения. На этой стадии происходит некроз кожи и подлежащих тканей (клетчатки, фасции и др.). При экзогенных пролежнях чаще образуется сухой некроз, а при эндогенных пролежнях обычно развивается влажный некроз с прогрессирующим некрозом и отеком окружающих тканей.

III стадия. Стадия заживления. При благоприятном развитии процесса рана очищается от некротических тканей, покрывается грануляциями с последующим рубцеванием или эпителизацией.

Клинические проявления пролежней развиваются на фоне основного, часто очень тяжелого заболевания и зависят от вида патогенной микрофлоры и характера некроза. В I стадии отмечают слабую локальную болезненность и чувство онемения. При повреждении спинного мозга участки некроза могут появиться уже через 20—24 ч, в других случаях переход во II стадию процесса происходит медленнее [4].

При развитии пролежней по типу сухого некроза состояние больного заметно не ухудшается. Интоксикация нарастает. Мумифицированный участок ограничивается демарка-

ционной линией, т. к. сухой некроз не имеет тенденции к распространению. Иная клиническая картина наблюдается при развитии пролежней по типу влажного некроза. В результате бурного размножения пиогенной и гнилостной флоры из-под некротических тканей выделяется зловонная жидкость. Быстро распространяется некротический процесс. Отмечаются гнойно-резорбтивная лихорадка и выраженная интоксикация. Отмечаются подъем температуры тела до 39—40 °С, угнетение сознания, бред, озноб, поверхностное дыхание, тахикардия, снижение АД, увеличение печени и др. Тяжелейшая интоксикация сопровождается пиурией, протеинурией, прогрессирующей диспротеинемией и анемией. В крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом, увеличение СОЭ. Пролежни нередко приводят к осложнениям. Наиболее серьезным из них является сепсис. Во многих случаях развивается гнилостная и анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей (некротический целлюлит, некротический фасциит, некротический миозит). Возможны развитие флегмоны, абсцесса, гнойного тендовагинита, артрита, кортикального остеомиелита и др.

Ранние симптомы

Ранним признаком поверхностных пролежней является блестящая, покрасневшая кожа на участках тела, испытывающих давление. Позднее на покрасневших участках появляются маленькие волдыри или эрозии, в конечном итоге развивается некроз (гибель клеток и тканей) и образуются язвы.

Основные принципы профилактики [7]

1. У всех больных групп повышенного риска необходимо по крайней мере раз в день проверять со-

стояние кожных покровов; результаты обследования должны документироваться.

2. Кожу нужно протирать каждый раз после ее загрязнения, а также через определенные интервалы времени. Частота гигиенических протираний зависит от состояния больного и/или проводится по его требованию. Избегайте горячей воды; используйте мягкие очищающие агенты, которые не вызывают раздражения или сухости кожи. Очищая кожу, старайтесь не слишком сильно надавливать на нее.

3. Сведите до минимума влияние внешних факторов, приводящих к сухости кожи, таких как низкая влажность воздуха (менее 40%) или низкая температура. Сухую кожу следует смазывать мазями и кремами, улучшающими трофику тканей (препарат Актовегин® мазь 5%-ная, крем 5%-ный), увлажняющими кремами.

4. Избегайте массажа тех участков тела, где костные выступы расположены близко к коже.

5. Избегайте воздействия влаги на кожу в результате недержания мочи, потливости или попадания раневого отделяемого. Если вы не имеете возможности контролировать перечисленные факторы, используйте подкладки из материала, хорошо впитывающего воду.

Более подробная информация по данному вопросу содержится в брошюре «Недержание мочи у взрослых больных. Рекомендации по ведению медицинской практики в больнице» (публикация АПИЗ). Можно также использовать специальные агенты, играющие роль барьера на пути влаги.

6. Повреждения кожных покровов в результате механического давления и трения можно предотвратить, следя за правильным положением тела больного и периодически его изменяя, а также правильно транспортируя больного. Кроме того, для уменьшения трения можно использовать специ-

альные смазывающие соединения, мази и кремы, защитные пленки, повязки и подкладки.

7. Если при видимой адекватности питания у больного появляются признаки белковой и энергетической недостаточности, нужно выявить факторы или привычки больного, приведшие к такой ситуации, и скорректировать рацион. Если после изменения диеты признаки белковой и энергетической недостаточности не исчезают, возможно применение более интенсивных мер, таких как зондовое или парентеральное питание (если такие меры не противоречат основным целям лечения). Для больных с нарушением приема пищи можно разработать индивидуальную диету, которая соответствовала бы как потребностям больного, так и общим целям лечения.

8. Необходимо поддерживать физическую активность и адекватную подвижность больного. Если у него есть потенциал для повышения физической активности и подвижности, его нужно использовать и начать программу реабилитации.

9. Все процедуры и их результаты должны документироваться.

Ликвидация факторов риска (рис.)

1. Больные, прикованные к постели и подвергающиеся наибольшей опасности возникновения пролежней, должны изменять положение тела, по крайней мере каждые 2 ч, если это не противоречит основным целям лечения. Целесообразно написать расписание с указанием точного времени поворота или изменения положения тела больного в постели.

2. Во избежание контакта между теми участками тела, где костные выступы расположены близко к коже (например, колени или голеностопные области), необходимо помещать между ними подушечки или подкладки.

3. Для полностью иммобилизованных больных составляют план, предполагающий применение приспособлений, исключающих механическое давление на пятки, часто приподнимающих их над поверхностью постели. Избегайте использования кругов или колец.

4. Если больной постоянно лежит на боку, следите за тем, чтобы область большого вертела бедренной кости не подвергалась прямому давлению.

5. Следите за тем, чтобы изголовье койки находилось в максимально низком положении (если это не противоречит основным целям лечения). Время, в течение которого изголовье постели приподнято, должно быть ограничено.



ТАБЛИЦА 1. Этапы ухода для профилактики пролежней

Этап	Обоснование
1. Изменение положения тела пациента в постели каждые 2 часа в течение суток; использование приспособлений, уменьшающих давление на кожу, при их наличии (противопролежневый матрас, валики, подушки, поручни, поролон)	Снижение продолжительности времени давления
2. Протирание 2 раза в сутки (утром и вечером) мест возможного образования пролежней теплой водой с использованием мыла	Уход за кожей — сохранение ее целостности
3. Вытирание насухо полотенцем (делаются промокательные движения), затем обработка салфеткой, смоченной в теплом 10%-ном камфорном спирте или этиловом спирте пополам с водой или 1%-ным раствором салицилового спирта	Предупреждение инфицирования; улучшение микроциркуляционных процессов в коже
4. Нанесение защитной мази	Исключается трение кожи; улучшение трофических процессов (препарат Актовегин®)
5. Растирание мягких тканей в местах возможного образования пролежней приемами массажа; массаж не делается в области выступающих костных участков	Улучшение процессов микроциркуляции
6. Немедленная смена мокрого или загрязненного белья; использование непромокаемых пеленок или подгузников	Предупреждение инфицирования
7. Устранение неровностей, складок на постельном и нательном белье; стряхивание крошек с простыни после кормления пациента	Предупреждение трения и повреждения кожи
8. Осуществление правильного питания и приема жидкости	Поступление необходимых питательных веществ в кожу
9. Улучшение трофической функции тканей введением в/в инфузий 20%-ного препарата Актовегин® совместно с использованием топических форм препарата Актовегин® (гель, мазь, крем)	Способствует заживлению, предупреждает развитие пролежней

6. Во избежание трения кожных покровов больного о поверхность постели при перемещении или транспортировке всегда приподнимайте больного, используя простыню.

7. Использование препаратов с комплексным метаболическим, антигипоксическим и антиоксидантным действием, например препарат Актовегин®, позволит избежать развития пролежней у лежачих пациентов с высоким риском и ускорит процессы репарации тканей у пациентов с уже имеющимися трофическими нарушениями.

8. Больные, прикованные к креслу, не должны находиться в одном и том же положении слишком долго. Если это не противоречит основным целям лечения, нужно изменять положение тела больного не реже 1 раза в час, перемещая центр максимального давления, или периодически класть больного обратно в постель. У способных двигаться пациентов следует перемещать центр наибольшего давления каждые 15 мин.

9. Для профилактики пролежней у больных, постоянно сидящих в инвалидных креслах, можно использовать снижающие механическое давление приспособления, содержащие пену, гель, воздух или их сочетание. Избегайте применения кольцеобразных подушек.

10. Положение тела больного, сидящего в кресле, должно обеспечивать равномерное распределение веса тела и устойчивость.

11. Для сидячих больных целесообразно разработать письменный план, включающий расписание изменения положения тела и использования приспособлений, снижающих механическое давление.

Наилучшая профилактика образования пролежней — это частое изменение положения больного, прикованного к постели или инвалидной коляске. Его кожу следует регулярно и тщательно осматри-

вать, чтобы не упустить начало процесса появления пролежней (рис., табл. 1) [5].

Воспаленная кожа может быть первым признаком глубокого повреждения тканей, оказавшихся под давлением. На участке давления активизируются бактерии, вызывая воспаление, а позднее — тяжелую инфекцию, которая приводит к некрозу. Из язвочек, глубоко проникающих в кожу, могут сочиться дурно пахнущие гнойные выделения.

Для профилактики возникновения и развития пролежней требуется адекватная организация сестринской и санитарской работы. Следует своевременно выявлять риск и сразу же начинать профилактические мероприятия. При уходе целесообразно использовать современные гигиенические и профилактические мероприятия [5].

Средства ухода позволяют производить мягкое очищение сухой и чувствительной кожи, поддерживают pH-баланс, улучшают регенерацию кожи и кровотока, обменные процессы, усиливают мышечный тонус, снимают раздражение, оказывают антисептическое действие, защищают кожу от трения и давления.

Выбор методов лечения пролежней по стадиям (табл. 2)

Пациенты с пролежневыми язвами в **I стадии** не нуждаются в хирургическом лечении, но наличие таких язв должно мобилизовать медицинский персонал на профилактику прогрессирования процесса. Необходимо при этом произвести повторную оценку состояния здоровья пациента, обращая особое внимание на выявление или исключение различных внешних и внутренних факторов риска развития пролежней. Главной задачей лечения на этой стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия поврежда-

ющих факторов. Помимо специальных мер профилактики, необходимо обязательное лечение любых сопутствующих заболеваний и синдромов, способствующих формированию пролежней различной локализации (сахарный диабет, окклюзионные заболевания артерий, адекватное обезболивание и коррекция водно-электролитного баланса).

Ведущим фактором в успешном консервативном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного давления. Переворачивание пациента в кровати через каждые 2 ч может полностью предупредить образование пролежней, но это представляет большие трудности из-за загруженности медицинского персонала. В связи с этим в настоящее время большое распространение получили средства, направленные на снижение силы давления, а также обеспечивающие его прерывность (пластиковые шины, специальные кровати, а также матрасы, подушки и прокладки, которые заполняются пеной, водой, гелем, воздухом или комбинацией этих материалов). Прерывность фактора давления с успехом обеспечивается системами с регулируемым давлением и вибрацией, которые уменьшают локальное давление на кожу. Местное лечение формирующейся пролежневой язвы включает тщательный туалет области измененной кожи.

Гексахлорофен, хлоргексидин, повидон-йод — это препараты, нарушающие проницаемость клеточных мембран и подавляющие способность клеток противостоять инвазии бактерий. Иногда, убивая в ране лейкоциты, они создают благоприятные условия для развития микрофлоры. Поэтому при наличии чистой пролежневой язвы или воспаленной поверхности кожи туалет производят физиологическим раствором, мазью или маслами: левосин®, левомиколь®, препарат Актовегин®

ТАБЛИЦА 2. Алгоритм лечения пролежней по стадиям

Стадии пролежней	Симптомы	Тактика медсестры при развитии пролежней
I стадия	Устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления, кожные покровы не нарушены	Биоокклюзивные повязки с препаратом Актовегин® мазь или мазью Бетадин. Укладка на противопролежневый матрас, смена положения, уход, частое протирание одеколоном, водкой
II стадия	Стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, поверхностное нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку	1. Перед обработкой пролежня: дезодорирование раны при помощи салфеток с активированным углем или стерильным порошком гипса 2. Воздушные фильтры для освежения воздуха 3. Промывание пролежня большим количеством физраствора, раствором хлорофиллипта или йодопироном
III стадия	Некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя, с проникновением в мышцу (могут быть жидкие выделения из раны)	1. Лечение хирургическое: вскрытие полости с последующей дезинфекцией и удалением омертвевших тканей. Для удаления некротических тканей применять ферментативное очищение раны (ируксол), Актовегин® инфузии в/в, Актовегин® мазь местно для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей. Повязка на рану (для предупреждения инфекции): — в последние слои повязки можно помещать пластины с активированным углем; — можно использовать готовые повязки, содержащие хлорофилл; — по возможности, закреплять повязку бумажной липкой лентой (она не так сильно стягивает, сдвигает слои тканей, легче снимается, позволяет коже дышать). (При неэффективности обезболивания консультация врача. Психологическая поддержка пациента и его близких)
IV стадия	Некроз всех мягких тканей, наличие полости, в которой видны сухожилия и/или кости	1, 2, 3. Хирургическая санация — радикальная некрэктомия, затем пересадка искусственной кожи или аутопластика расщепленным или цельным лоскутом кожи

мазь или гель, облепиховое масло или масло шиповника. После туалета при ненарушенной целостности кожи осуществляют тщательное просушивание ее поверхности и обработку средствами, улучшающими местное кровообращение. С целью защиты воспаленной кожи от бактериального фактора накла-

дывают приклеивающиеся полиуретановые пленочные повязки (прозрачные пленки), которые обеспечивают доступ кислорода из атмосферы в язву и испарение влаги с язвенной поверхности. Вместе с тем достаточно маленькие поры повязки препятствуют попаданию в язву бактериальной

флоры, а прозрачность повязки позволяет осуществлять визуальный контроль состояния кожи.

II стадия является переходной и характеризуется небольшими по площади поверхностными кожными повреждениями. С точки зрения хирургического вмешательства при второй стадии достаточно

ограничиться туалетом раны в условиях перевязочной. При этом удаляют эпидермис в местах образования пузырей, а также общее загрязнение.

Участки кожи, лишенные эпидермиса, не следует обрабатывать ионообменными антисептиками, для закрытия измененных участков кожи применяются специальные повязки. Для заживления поверхностных повреждений кожи также могут быть использованы: 1) прозрачные приклеивающиеся пленочные повязки; 2) вафельные гидроколлоидные или гидрогелевые повязки; 3) полупроницаемые пенопластовые повязки. Следует отдавать предпочтение пенистым полупроницаемым повязкам, поскольку они отвечают всем требованиям лечения пролежневых язв. За язвой следует тщательно наблюдать до восстановления эпителиального слоя. В случае появления каких-либо признаков воспаления больному следует немедленно назначить антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки.

III стадия характеризуется некротическим поражением кожи на всю глубину с вовлечением подкожной жировой клетчатки до фасции. Вследствие коагуляционных процессов в центре пролежень выглядит как кратер, иногда темного цвета с отечными и гиперемизированными окружающими тканями. Задачей лечения является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Своевременная некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию. Формирующийся при пролежнях влажный некроз не имеет отграничения и быстро распространяется на соседние, плохо кро-

воснабжающиеся, ткани. В этих условиях ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей ошибочно, поэтому целесообразно производить иссечение тканей до появления капиллярного кровотечения. Даже при внешней картине сухого некроза преобладает смешанная форма, когда под струпом выявляется влажный некроз и гнойное расплавление. При смешанных формах оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия.

Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. Кроме антибактериальных препаратов, для местного лечения пролежней (бактерицидные и фунгицидные средства) применяют: а) неополитические препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин); б) дегидратирующие — гиперосмолярные препараты; в) средства, улучшающие микроциркуляцию (препарата Актовегин® 5%-ная мазь, гель 20%-ный, крем 5%-ный); г) противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон); д) стимуляторы репаративных процессов (препарат Актовегин® мазь). Комплексное применение этих препаратов совместно с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы. Особенно эффективны мази на водорастворимой основе, поскольку позволяют обеспечить выраженный дегидратационный эффект и положительно влияют на процессы заживления. Эффективным средством является препарат Актовегин® мазь, которая улучшает микроциркуляцию и трофику тканей, а также способствует заживлению, обеспечивает эффективную защиту от инфицирования, купирует

боль и жжение, сокращает время лечения. Значительное ослабление неприятного запаха из пролежневых язв достигается применением в качестве перевязочного материала 0,75%-ного метронидазол геля. При обильном отделяемом из язвы используют повязки, как и при лечении II-ой стадии. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки, которые позволяют реже перевязывать больных, меняя повязки 1 раз в 3—5 дней.

IV стадия характеризуется не только обширным поражением кожи и подкожной клетчатки, но и некрозом глубже лежащих тканей: мышц, костей, сухожилий и суставных капсул. Задачей лечения в этой стадии после иссечения некроза является абсорбция отделяемого и правильное увлажнение заживающей язвы. Полное иссечение всех некротизированных тканей при хирургической обработке пролежневых язв невозможно и в ряде случаев нецелесообразно (не всегда удается определить границы омертвления тканей). Особенно важно максимально сохранить жизнеспособные ткани в зоне сосудисто-нервных пучков и суставных сумок. Помимо применяемых в III стадии медикаментозных средств, при хирургической обработке и стимуляции процессов заживления используют различные методы физического воздействия. Для максимального снижения микробной обсемененности производят УЗ-обработку язвы, воздействие УВЧ в тепловой дозе, фонофорез с антисептиками и электрофорез антибиотиков. С целью стимуляции репаративных процессов воздействуют на ткани низкоинтенсивным лазерным излучением, проводят дарсонвализацию окружности пролежня, стимуляцию раневой поверхности постоянным током, грязевые аппликации и электроакупунктуру. Если размер глубокой пролежневой язвы при про-

водимом консервативном лечении в течение 2 нед. не сокращается на 30%, следует рассматривать вопрос о повторной оценке состояния больного и об изменении первоначально принятой методики лечения.

Большинство пролежней лечатся консервативно. Пролежни I и II степени обычно заживают в короткие сроки, необходимо лишь подобрать адекватную терапию. Пролежни III и IV степени тоже можно закрыть, применяя консервативную терапию, однако на это может быть затрачено очень много времени. Чаще всего, особенно при остеомиелите, этот период растягивается на многие месяцы, а иногда и годы. Причем, даже добившись заживления, нельзя быть уверенным, что пролежень не рецидивирует. Поэтому плохо заживающие, часто рецидивирующие пролежни лучше оперировать. Операция — некрэктомия и пересадка кожи — позволяет полноценно закрыть раневой дефект, устранить гнойное поражение глубоких тканей и таким образом избежать рецидивов пролежня. Во многих случаях пластическая операция способствует улучшению чувствительности в пораженной зоне [2, 3].

Наиболее часто пролежни, нуждающиеся в хирургическом лечении, располагаются в области крестца, седалищных бугров, больших вер-

телов бедренных костей [2].

В дополнение к хирургическим методам назначают местно УФЧ-терапию, электрофорез протеолитических ферментов, антибиотиков, ультрафиолетовое облучение, аэроионизацию, дарсонвализацию и др. в зависимости от этапа гнойно-некротического и раневого процесса. Антибактериальную терапию проводят с учетом чувствительности к ней патогенной микрофлоры [6, 7].

Помимо местного, необходимо интенсивное лечение основного заболевания, а также проведение дезинтоксикационной и стимулирующей терапии. С этой целью переливают препараты крови, растворы кровезаменителей (гемодез, реополиглюкин и др.), инфузионно используют антигипоксантами и антиоксидантными метаболитическими препаратами (Актовегин® 10—20 мл в/в 2—4 нед. в зависимости от

тяжести процесса), применяют иммунные препараты, проводят витаминотерапию, назначают лечебное высококалорийное питание и др.

При наружных экзогенных пролежнях прогноз, как правило, благоприятный, т. к. после прекращения давления на ткани и соответствующей терапии удастся сравнительно быстро добиться излечения. Более опасны внутренние экзогенные пролежни из-за возможности повреждения стенок крупных сосудов, полых органов и т. п. с возникновением тяжелых осложнений. Прогноз при эндогенных пролежнях часто неблагоприятный, т. к. состояние больного в значительной степени отягощено основным заболеванием, и присоединение гнойно-некротического процесса уменьшает шансы на благоприятный исход.



ИСТОЧНИКИ

1. Климиашвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней. *РМЖ*, 2004, 12.
2. Горюнов С.В., Ромашев Д.В., Бутищенко И.А. Гнойная хирургия. Глава II — Хирургическое лечение пролежней. М.: БИНОМ, 2004. С. 405–417.
3. Гостищев В.К. Общая хирургия. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. С. 646–647.
4. Ковалев А.И., Чадаев А.П. Пропедевтика хирургической патологии. М.: Медицинская книга, 2006. С. 546–547.
5. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 368 с.
6. О пролежнях. Библиотека сестры милосердия. М.: Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 2001. 48 с.
7. Базилевская З.В. Профилактика и лечение пролежней. М.: Медицина, 1972.