

## ПРОЛЕЖНИ

С.Г. Горелик

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, Москва

E-mail: sggorelik@mail.ru

**Рассмотрены вопросы профилактики пролежней, представлены основные принципы их местного лечения. Представлено специальное оборудование для перемещения пациентов с пролежнями.**

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, пролежни, профилактика, лечение, уход.

Пролежень – хроническая язва, возникающая на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующаяся вследствие нейротрофических нарушений у ослабленных, длительно лежащих больных. Пролежень возникает в результате локальной недостаточности кровоснабжения (ишемии) и обусловленной этим смерти клеток (некроза).

По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных больных находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их. Согласно данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях пролежни образуются у 15–20% пациентов [1]. Пролежни уже давно стали большой медицинской, социальной и экономической проблемой. Они появляются у более полумиллиона людей в год; при этом увеличивается не только продолжительность госпитализации пациента, но и потребность в адекватных перевязочных и лекарственных средствах. Качество жизни пациента ухудшается, так как он испытывает тяжелые физические и моральные страдания. А если принять во внимание семью больного, то число людей, которых касается эта проблема, увеличится в несколько раз.

Доказано, что адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев. При этом не только повышается качество жизни больных, но и снижаются расходы на лечение [2].

В РФ профилактика пролежней отражена в Приказе №123 от 17.04.02 «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» [1]. Согласно данному приказу, эффективная профилактика пролежней предусматривает:

- выявление риска развития пролежней;
- наблюдение за состоянием кожи;

- уменьшение локального давления на ткани;
- обеспечение подвижности;
- интенсивный уход за кожей.

**Выявление риска развития пролежней.** Здесь действует простое правило: чем сильнее ограничена подвижность больного, тем выше риск образования пролежней. Для выявления риска развития пролежней предложено много оценочных шкал; наиболее применяемой в России является шкала Waterlow (1985), в которой учитываются такие параметры, как пол, возраст, тип кожи, мобильность, питание пациента, наличие или отсутствие недержания мочи и кала, тяжелая сопутствующая патология. При появлении риска развития пролежней необходимо начинать противопролежневые мероприятия. У тяжелых и лежащих больных шкала заполняется ежедневно.

**Наблюдение за состоянием кожи.** Кожу пациента следует ежедневно осматривать на предмет наличия возможных признаков локального сдавления тканей; особенно тщательно надо осматривать классические места появления пролежней. К первым признакам пролежней относится побледнение или покраснение участков кожи с резкими границами.

Немецкий национальный стандарт рекомендует в качестве критерия для планируемых временных интервалов так называемый простой «тест пальцем». Чтобы определить, нарушена ли микроциркуляция, достаточно простого нажатия пальцем на опасное место. Не проходящее после нажатия покраснение, особенно в положении на боку в области костных выступов, показывает, что циркуляция в венах нарушена и лимфатическая зона, возможно, уже повреждена, что при невнимательности может привести к повреждению тканей и появлению пролежней [3].

Специальные исследования показали, 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. Поэтому одна из эффективных мер профилактики пролежней – *уложить больного так, чтобы не допустить локального давления.* Это достигается путем перекалывания больного на мягкий матрас. Для большей надеж-

ности можно сочетать разные меры. Например, мягкость обеспечивают с помощью специальных подушек, в которые больной может глубоко погрузиться. При этом давление снижается благодаря его более равномерному распределению по всей поверхности тела. Можно использовать также специальные противопролежневые средства: резиновый круг, матрас, плотно свернутые полотенца, простыни и т.д. Изменение положения тела лежащего больного каждые 2 ч, включая ночное время, – обязательное условие профилактики образования и развития пролежней. Однако временной интервал можно устанавливать в индивидуальном порядке, так как изменение положения каждые 2 ч едва ли выполнимо на практике. От 2-часового интервала можно отказаться, если не появилось покраснения на типичных локальных местах и «тест пальцем» для определения нарушения микроциркуляции был отрицательным.

*Обеспечение подвижности.* Так как неподвижность – самый большой фактор риска, следует сделать все возможное, чтобы как можно быстрее восстановить подвижность пациента или сохранить имеющуюся (например, путем пассивных или активных двигательных упражнений в постели).

*Интенсивный уход за кожей.* Развитие пролежней в пожилом и старческом возрасте связано не только с тяжелым соматическим статусом, но и с возрастными изменениями кожи. С возрастом снижается продукция сальных и потовых желез, замедляются метаболизм клеток, регенерация кожи, защитный роговый слой становится тоньше, ослабевает кислотная защитная мантия кожи, уменьшается увлажненность кожи. В итоге кожа становится более чувствительной к внешним воздействиям, более проницаемой, сухой, зудящей и хрупкой. А если зрелая кожа подвергается еще и воздействию таких факторов, как моча, кал и давление, риск возникновения пролежней увеличивается в несколько раз. Поэтому при уходе за зрелой кожей нельзя допускать еще большего ее высушивания после мытья; после ее очистки моющими средствами необходимо использовать защитные средства на жировой основе. Мытье следует производить без трения, не использовать кусковое мыло, а только очищающую пену или лосьон [4].

В целях профилактики пролежней следует избегать 2 крайних состояний: чрезмерного иссушения кожных покровов и чрезмерного их увлажнения. Опасность чрезмерного иссушения кожных покровов состоит в том, что при этом отшелушивается защитный кератиновый слой, обнажая дерму, которая является наиболее ранимой и чувствительной к любым внешним воздействиям. А высокая влажность также способствует разбуханию и мацерированию (повреждению) защитного слоя,

что повышает возможность инфицирования. Следует отметить, что при высокой сухости кожи категорически запрещено применять мыло, бриллиантовую зелень (зеленка), камфорный спирт. Непромокаемые пеленки и подгузники позволяют уменьшить влажность кожи.

С профилактической целью для улучшения кровообращения в неповрежденной коже можно применять легкий массаж, растирания; в местах, подверженных наивысшему риску образования пролежней, использовать тонизирующие гели и жидкости.

*Лечение пролежней.* Лечение пролежней – процесс долгий, требующий большой тщательности, особого усердия. Основные принципы лечения: максимально восстановить кровообращение в месте повреждения; способствовать отторжению некротических масс, быстрейшему появлению грануляционной ткани и заживлению очистившейся раны; лечение основного заболевания. Местная терапия пролежней у пожилых людей существенно затруднена значительной растянутостью во времени фаз раневого процесса и неоднородностью местных изменений в пролежневых язвах. Так, нередко можно одновременно наблюдать участки некротической и грануляционной ткани с краевой эпителизацией. Поэтому использования таких антисептических средств, как перекись водорода, лучше избегать, поскольку они не только уничтожают микрофлору, но и повреждают нормальную ткань. Полезнее промывать пролежневую язву стерильным изотоническим раствором натрия хлорида. Промывание под давлением и вихревая терапия могут способствовать проникновению микрофлоры внутрь заживающей ткани и не должны применяться в лечении пролежней. Наиболее перспективны в лечении пролежней у лиц пожилого и старческого возраста перевязочные средства нового поколения – интерактивные и атравматические повязки. Последние не содержат активных химических, цитотоксичных, биостимулирующих добавок и позволяют создать и поддерживать в ране сбалансированную влажную среду, что обеспечивает ее своевременное очищение и нормализацию репаративно-регенераторных процессов. Эти повязки, как правило, обладают низкой адгезией к раневой поверхности. При этом они способны поддерживать постоянство газового состава и оптимальный уровень pH тканей раны [3].

Прогноз и исход лечения пролежней тесно связаны с основным заболеванием, на фоне которого появилась хроническая язва. Спонтанно пролежни заживают крайне редко. При хорошем уходе и адекватном лечении состояние больных с пролежнями в 60% случаев улучшается, а у 40% паци-

ентов они полностью излечиваются. Тем не менее следует помнить, что развитие местных и общих инфекционных раневых осложнений уменьшает шансы на благоприятный исход.

Использование приведенных методов профилактики пролежней позволяет предупредить их развитие более чем у 80% больных. При местном лечении пролежней, особенно у больных пожилого и старческого возраста, учитывая особенности их кожи, наиболее приемлемы современные перевязочные средства.

### Помощь при перемещении пациентов с пролежнями в кровати с применением специального оборудования – скользящих рукавов

Скользящий рукав (рис. 1) – это оборудование для перемещения в постели, представляющее собой рукав из ткани со специальной пропиткой, которая делает ткань скользкой и минимизирует силу трения между 2 ее лепестками. Пациент располагается на рукаве (рукав подкладывается под пациента, как при смене простыни). При перемещении пациента на рукаве его не надо приподнимать над кроватью. Верхний лепесток рукава тянут в сторону перемещения; он скользит по нижнему, а пациент перемещается без значительных усилий. Такой метод перемещения предохраняет кожу пациента от трения. Рассмотрим основные виды перемещения взрослого человека в постели: перекалывание к изголовью и выкалывание на бок с использованием скользящего рукава размером 140×110 см. Такой размер рукава позволяет разместить на нем тяжелые части тела больного, в каком бы направлении мы ни подложили рукав.

Безопасное перемещение обеспечивается не только применением специального оборудования, но и соблюдением золотых правил перемещения:

- подготовьте площадку: поставьте оборудование на тормоза, уберите все предметы, которые могут помешать (кресло-каталку, тапки и др.);
- объясните пациенту смысл движения и его участие в перемещении; даже если вам кажется, что он вас не слышит, не пренебрегайте правилом; возможно, пациент не реагирует на слова, потому что слишком слаб, но понимает происходящее и не будет напуган неожиданным движением;
- если вы перемещаете пациента вдвоем, договоритесь о деталях перемещения, согласуйте команду (например, двигать начинайте по команде: «На старт – внимание – вверх»);
- создайте устойчивую опору; расставьте ноги вдоль направления перемещения (при пере-

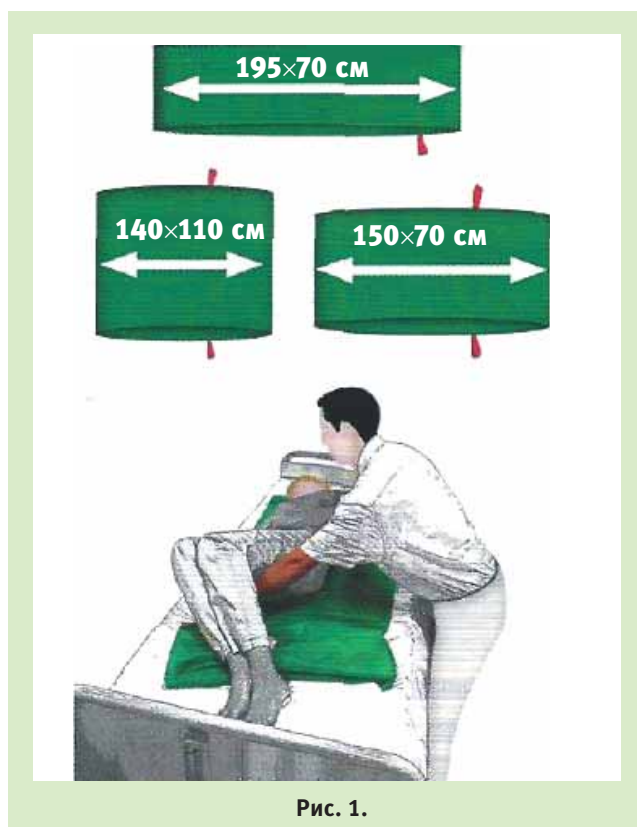


Рис. 1.

кладывании пациента к изголовью ноги надо поставить широко вдоль кровати, при повороте на бок – перпендикулярно к кровати);

- захватывайте верхний лепесток рукава напротив самых тяжелых частей тела пациента – на уровне плеч и таза;
- примите правильную позу: наклонитесь вперед, сгибая колени и сохраняя спину прямой; перед началом перемещения поднимите голову; во время перемещения сгибайте ноги, а не спину и не делайте разворотов туловища.

Рассмотрим подробнее перемещение пациента к изголовью (для последующего его выкалывания на возвышенное изголовье, например для кормления). Алгоритм перемещения к изголовью пациента, находящегося в кровати в положении лежа на спине (рис. 2), состоит из последовательных шагов:

- поворот пациента на бок;
- подкладывание скользящего рукава, собранного в гармошку, под половину спины и таза; рукав подкладывается так, чтобы отверстия были направлены к боковым сторонам кровати;
- возвращение пациента в положение на спине (рис. 3);
- поворот пациента на другой бок;
- расправление рукава;
- поворот пациента на спину;



Рис. 2.



Рис. 5.



Рис. 3.



Рис. 6.



Рис. 4.

- ухаживающие подтягивают пациента к изголовью, держа верхний лепесток рукава ближе к пациенту; спина прямая, ноги согнуты в коленях, стопы стоят широко и создают широкую площадь опоры по направлению движения; пациент может участвовать в движении, отталкиваясь ногой/ногами от поверхности постели (рис. 4); во время перемещения ухаживающие не сгибают и не скручивают спину, стоят с согнутыми ногами и, перенося вес с одной ноги на другую, действуют крупными, сильными мышцами ног и туловища, что уменьшает нагрузку на более слабые мышцы верхнего пояса конечностей; перед тем как поднять изголовье, из-под пациента вынимают рукав, протергивая нижний лепесток вверх,

и подкладывают под колени треугольный валик (сложенные горкой подушки); затем, поднимают изголовье (рис. 5).

Положение больного на изголовье под углом  $30^\circ$  – поза отдыха с хорошими возможностями дыхания и обзора. Выкладывание на изголовье под углом  $45^\circ$  и выше позволяет создать позу комфортного и безопасного глотания при приеме пищи.

Выкладывание пациента на бок показано на рис. 6.

Положение лежа на боку позволяет поддерживать полноценное дыхание: обеспечивает дренажную функцию бронхов «верхнего легкого» и лучшую вентиляцию нижних отделов легких. Спина пациента при этом находится в физиологическом положении – поддерживаются физиологические изгибы. В такой позе лучше обзор помещения, благодаря чему пациент может участвовать в событиях вокруг него. В положении лежа на боку больному легче осуществить дефекацию в подгузнике. Существует золотое правило ухода: «на любом боку, но не на спине», т.е. положения пациента на спине следует по возможности избегать.

Сложность выкладывания пациента на бок состоит в том, что надо не только повернуть туловище, но и сместить его в центр кровати с согнутыми конечностями и поддерживающими подушками.

Алгоритм выкладывания пациента на бок (из исходного положения лежа на спине) состоит из следующих шагов:

- поворот пациента на бок (если больной может, он делает это сам);

- подкладывание скользящего рукава, собранного в гармошку, под половину спины и таза; рукав подкладывается так, чтобы отверстия были направлены к изголовью и изножью кровати;
- возвращение пациента в положение на спине;
- поворот пациента на другой бок;
- расправление рукава;
- поворот пациента на спину;
- 1 ухаживающий подтягивает пациента ближе к своему краю кровати, натягивая на себя верхний лепесток рукава; его помощник с противоположной стороны помогает, слегка подталкивая пациента в том же направлении; ноги ухаживающих имеют устойчивую опору – расположены в положении шага по направлению движения (1 нога впереди другой); работают крупные, сильные мышцы туловища и ног, так как во время перемещения вес ухаживающего переносится с ноги, расположенной впереди, на ногу, расположенную сзади;
- поворот пациента на бок, если необходимо, перемещение его уже в положении на боку;
- вынимание рукава и подкладывание подушек/валиков для стабилизации позы и уменьшения сдавления кожных покровов, прилегающих к поверхности кровати.

Если состояние пациента требует частых поворотов, а подкладывание рукава затрудни-

тельно, можно оставить пациента лежать на рукаве. В этом случае рукав находится под простыней, на которой лежит пациент, а перемещение осуществляется на рукаве и простыне.

Таким образом, снизить риск повреждения спины ухаживающих можно, обучив их правильной технике перемещения и соблюдению правил безопасного перемещения.

#### Литература

1. Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролезни» (ОСТ 91500.11.0001-2002).
2. Воробьев П.А, Краснова ЛС. Пролезни. Экономика и профилактика. – М.: НЬЮДИАМЕД, 2012. – 99 с.
3. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы. Учебное пособие. – Белгород, 2012. – 228 с.
4. Неймарк А.И., Раздорская М.В. Недержание мочи у женщин. Руководство. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2013. – 128 с.

#### BEDSORES

S.G. Gorelik

Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

**The paper considers the effective prevention of bedsores and gives the basic principles of their topical treatment.**

*Key words:* elderly and senile age, bedsores, prevention, treatment, care.

#### ИНФОРМАЦИЯ

### «Три молочных продукта в день»



Так называется информационно-образовательный проект Национального союза производителей молока, стартовавший при поддержке Министерства сельского хозяйства Российской Федерации, Института питания РАМН и активном участии крупнейших игроков молочной отрасли. Его основная задача – развеять существующие мифы о необязательности потребления молочных продуктов и повысить осведомленность жителей нашей страны о пользе их ежедневного употребления.

Молочные продукты – одна из фундаментальных составляющих сбалансированного питания человека. Но за последние 20 лет уровень потребления молока и молочной продукции в России снизился до 240 кг при минимальной рекомендованной медицинской норме в 330 кг на человека в год. Дефицит молочных продуктов приводит к тому, что организм недополучает около 250 полезных элементов, содержащихся в молоке, в первую очередь – кальция. Потребление кальция в России почти в 2 раза ниже рекомендованной нормы, о чем свидетельствуют данные ВОЗ и Института питания РАМН. Особенно сильно этот недостаток сказывается на здоровье беременных женщин, детей и пожилых людей. Именно поэтому Национальный союз производителей молока «Союзмолоко» организовал некоммерческую социальную кампанию, направленную на стимулирование потребления молока и популяризацию молочных продуктов среди населения России. Почему «Три молочных продукта в день»? Именно 3 порции молочных продуктов содержат рекомендованную медицинскую норму потребления кальция и именно столько должны потреблять все россияне ежедневно.