

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Республиканский центр развития здравоохранения

Жетмекова Ж.Т., Танат З.Х., Ниязова Б.К., Шарапиева А.М.

«ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ»

АДАптированное клиническое сестринское руководство

Нур-Султан – 2020

УДК 616

ББК 53.5

П-71

Рецензенты:

Дюсупов Алмас Ахметкалиевич- д.м.н., профессор, врач-ортопед высшей категории, заведующий кафедрой неотложной медицины НАО МУС
Саякова Баян Ариновна- старшая медицинская сестра КОАРИТ университетского госпиталя НАО МУС

Под редакцией:

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

П-71 Профилактика и лечение пролежней / Жетмекова Ж.Т., Танат З.Х., Ниязова Б.К., Шарапиева А.М.-Нур-Султан: 2019. –71 с.

ISBN 978-601-7606-21-3

В данном руководстве рассмотрены рекомендации, основанные на имеющихся доказательствах с учетом практического опыта, предназначенные для медицинских работников во всех медицинских учреждениях, вовлеченных в мероприятия по профилактике, лечению или уходу за пациентами с имеющимися пролежнями.

УДК 616

ББК 53.5

Руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 11 от 17 июля 2020 г.)

ISBN 978-601-7606-21-3

© Жетмекова Ж.Т., Танат З.Х., Ниязова Б.К., Шарапиева А.М.

Содержание

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ВВЕДЕНИЕ.....	13
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ.....	16
2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	21
3. МЕТОДЫ.....	24
4.РЕКОМЕНДАЦИИ.....	25
5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ	65
6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА.....	65
7. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА.....	66
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	67
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	72

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

RNAO	Registered nurses association
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
СОП	Стандартная операционная процедура

ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

Аналитические исследования – исследования, проверяющие гипотезы о взаимосвязи воздействия и результата. Исследователи не назначают вмешательства, воздействие или лечение, но измеряют связь между воздействием и исходом с течением времени, используя группу сравнения.

Антибиотик – природное или синтетическое вещество, вводимое системно или местно, которое обладает способностью разрушать или ингибировать рост бактерий.

Антимикробное вещество – вещество, которое действует непосредственно на микроорганизм, чтобы уничтожить бактерии и предотвратить развитие новых бактериальных колоний. Термин "антимикробный" — это широкий термин, включающий антисептики, дезинфицирующие средства и антибиотики.

Антисептики — агенты, которые разрушают или ингибируют рост и развитие микроорганизмов в живых тканях или на них.

Антропометрические измерения — набор не инвазивных количественных методов для определения состава жира в организме человека путем измерения, регистрации и анализа конкретных размеров тела, таких как рост и вес; толщина кожных складок; окружность тела на талии, бедрах и груди.

Аргинин — незаменимая аминокислота, способствующая заживлению пролежней в периоды стресса.

Аутолитическая обработка — высокоселективная форма медленной обработки, которая естественным образом возникает при пролежнях и поддерживается использованием влагоудерживающих повязок.

Баланс влаги — сохранение нормального уровня влажности кожи, имеет решающее значение для заживления пролежней.

Биопленка — полисахаридная матрица, в которой прикрепляются, живут и размножаются организмы на раневых поверхностях.

Бледнеющая эритема — покрасневший участок кожи, который временно становится белым или бледным, когда на кожу оказывается давление.

Валидный — в отношении инструмента оценки, связанного с успехом исследования в измерении того, что исследователи намереваются измерить.

Внешние факторы риска — факторы риска, обусловленные окружающей средой которые предрасполагают человека к пролежням.

Внутренние факторы риска — физические, психосоциальные или медицинские состояния человека (например, такие факторы риска, как повышенная подвижность), которые предрасполагают его к развитию пролежней.

Воспаление— местная реакция на повреждение клеток, которая характеризуется расширением капилляров, инфильтрацией лейкоцитов, покраснением, жаром и болью и которая служит механизмом, инициирующим элиминацию вредных агентов и поврежденных тканей.

Доказательная база для принятия решения - это многочисленные формы доказательств, объединенные для того, чтобы уравновесить строгость с целесообразностью, отдавая предпочтение первым по сравнению со вторыми.

Заболеваемость — число новых случаев состояния в популяции за определенный период времени, например число случаев заболевания в стране за один год.

Загрязнение (контаминация)— проникновение бактерий, других микроорганизмов или инородного материала в ранее чистую или стерильную рану или кожу.

Заживление — термин, используемый для обозначения классификации раны в соответствии с ее способностью к заживлению—то есть заживлению, хроническому течению или не излечимостью.

Застойная рана — когда заживающая рана не прогрессирует с ожидаемой скоростью, возникает хроническая и застойная рана.

Излечимые пролежни —относятся к пролежням, которые обладают способностью заживать.

Изменение положения — смена положения тела человека с целью перераспределения давления на костные точки, которые были в контакте с поверхностью, поддерживающее тело.

Голеностопно-плечевой индекс давления — сравнение систолического давления в плечевом суставе и систолического давления в голеностопном суставе. Это дает представление об артериальной перфузии. Нормальное давление покоя равно 1,0.

Индекс давления на пальцы ног — оценивает наличие или тяжесть заболевания периферических артерий (ПВД) нижней конечности.

Индурация — ткань, которая твердая на ощупь.

Инфекция — наличие бактерий или других микроорганизмов в достаточном количестве для повреждения тканей или ухудшения заживления.

Исследование случай-контроль — исследование, в котором сравниваются люди с конкретным заболеванием или исходом, представляющим интерес (случаи), с людьми из той же популяции, но без этого заболевания или исхода (контроль).

Когортное исследование — наблюдательное исследование, в котором определенная группа людей (когорты) отслеживается с течением времени, либо проспективно, либо ретроспективно.

Колонизация — присутствие и рост бактерий на поверхности кожи без какого-либо очевидного повреждения тканей.

Консервативная хирургическая обработка раны — удаление нежизнеспособных тканей с помощью острого инструмента (например, скальпеля, ножниц или кюретки).

Контролируемое исследование — клиническое исследование, в котором исследователь назначает вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые не были случайным образом распределены в экспериментальную и сравнительную или контрольную группы.

Критическая колонизация — термин, используемый для обозначения раны, которая имеет растущую бактериальную нагрузку, и которая является промежуточной между категорией колонизации и инфекцией переходящей в жизнеспособные ткани.

Лазер — когерентный и монохроматический свет; фототерапевтический агент, являющийся частью электромагнитного спектра.

Мацерация — акт размягчения в следствии смачивания или замачивания.

Межпрофессиональная команда — команда, состоящая из людей разных профессий, работающих вместе для достижения общей цели и совместно принимающих решения для достижения этой цели.

Местный уход за раной — три компонента местного ухода за ранами - это обработка, контроль воспаления/ инфекции и управление балансом влажности.

Метаанализ — систематический обзор рандомизированных контролируемых исследований, использующих статистические методы для анализа и обобщения результатов включенных исследований.

Микроклимат — температура, влажность (повышенная влажность может привести к мацерации и повышенной восприимчивости к трению или сдвиговым силам) наряду с воздушным потоком.

Незаживающая рана — рана у которой отсутствует заживление.

Небледнеющая эритема — покраснение, которое сохраняется после приложения давления кончиком пальца, обычно над костным выступом. Темнопигментированная кожа может не иметь видимого побеления. Это признак пролежней 1 стадии.

Неизлечимые пролежни — пролежни которые не поддаются лечению. Это может быть связано с недостаточным кровоснабжением, неспособностью лечить причину и / или обостряющими пролежни факторами, которые невозможно устранить.

Обработка пролежневых язв — неселективное удаление омертвевших тканей физическим воздействием.

Обратная стадия пролежней — использование клиницистами систем стадирования пролежней в обратном порядке для описания улучшения при пролежнях из-за отсутствия научно обоснованных инструментов для измерения заживления пролежней (NPUAP, 2012).

Окрашивание гемосидерином — окрашивание, которое вызывает потемнение кожи; изменения цвета видны вокруг острых (воспаление—красное или фиолетовое) и хронических открытых ран (пигментация—темно-коричневая).

Описательные исследования — исследования, которые генерируют гипотезы и описывают характеристики выборки индивидов в определенный момент времени. Исследователи не назначают вмешательство, воздействие или лечение для проверки гипотезы, а просто описывают кто, где и когда в отношении результата.

Опорная поверхность — специализированное устройство для перераспределения давления, предназначенное для управления тканевыми нагрузками, микроклиматом и/или другими терапевтическими функциями. Опорные поверхности включают, но не ограничиваются ими, матрасы, интегрированные

системы кроватей, замены матрасов или накладки, а также подушки сидений и накладки подушек сидений.

Остеомиелит — воспаление костей и костного мозга, обычно вызываемое патогенами, которые проникают в кость во время травмы или операции (WOCN, 2010).

Отображение давления — системы отображения давления, которые состоят из матрицы датчиков в гибком коврик, измеряют давление на границе раздела между корпусом и опорной поверхностью. Датчики давления соединены с компьютеризированной системой, которая отображает давление, измеренное на каждом датчике, используя цветное кодированное изображение и номер.

Очистка раны — удаление нежизнеспособной ткани из раны или области, прилегающей к ране.

Перераспределение давления — способность опорной поверхности распределять нагрузку по контактным точкам человеческого тела для снижения общего давления и избежания зон фокального давления.

Пери-рана — область, непосредственно прилегающая к краю раны и расширяющаяся до тех пор, пока не изменится цвет и консистенция ткани.

Подрыв — область разрушения тканей, простирающаяся под неповрежденной кожей по периферии раны. От свища его можно отличить тем, что он вовлекает значительную часть края раны.

Полуколичественная культура раны — стандартная процедура определения относительного количества организмов, колонизирующих ткани раны. Это похоже на количественный мазок раны, за исключением того, что обработка не так сложна. Результаты бактериальной колонизации представлены как минимальные, умеренные или обширные.

Поперечное исследование — исследование, измеряющее распределение некоторых характеристик популяции в конкретный момент времени (также называемый обзором).

Практические рекомендации — заявления о наилучшей практике, направленные на практику поставщиков медицинских услуг, которые в идеале основаны на доказательствах.

Пролежни — пролежни локализованные повреждение кожи и / или лежащих под ней мягких тканей, обычно над костным выступом или связанное с давлением тела или медицинским или другим устройством.

Пролежни на слизистой оболочке — обнаруживаются на слизистых оболочках в результате использования медицинского устройства на месте повреждения.

Пролежни связанные с медицинскими устройствами — возникают в результате использования устройств, разработанных и применяемых в диагностических или терапевтических целях. пролежень обычно соответствует шаблону или форме устройства.

Рандомизированное контролируемое исследование (РКИ) — эксперимент, в котором исследователь назначает вмешательство, воздействие или лечение участникам, которые случайным образом распределяются либо в экспериментальную группу (получают вмешательство) и группу сравнения (обычное лечение), либо в контрольную группу (без вмешательства или плацебо).

Распространенность — доля населения, имеющего определенное состояние или характеристику.

Рекомендации по обучению — формулировки образовательных требований и образовательных подходов / стратегий для введения, внедрения и устойчивого развития руководства по наилучшей практике.

Самоменеджмент — задачи, которые люди должны выполнять, чтобы хорошо жить с одним или несколькими хроническими заболеваниями. Эти задачи включают в себя медицинское управление, управление ролями и управление своим эмоциональным состоянием.

Самостоятельные сестринские вмешательства — группа научно обоснованных вмешательств, специфичных для области сестринского дела; они назначаются медсестрами независимо (т.е. без подписи врача) для стандартизации медицинской помощи, предоставляемой для конкретного клинического состояния или ситуации.

Сдвиг — сила трения в связи со скольжением параллельно поверхности кожи.

Свищ — туннель разрушения тканей, происходящий в любом направлении от поверхности или края раны приводящий к образованию мертвого пространства с возможностью образования абсцесса. Также иногда называют “туннелированием ”

(его можно отличить от подрыва тем, что свищ охватывает небольшую часть края раны, а подрыв - значительную часть края раны).

Систематический обзор — обзор четко сформулированного вопроса, который использует систематические и явные методы для выявления, отбора и критической оценки соответствующих исследований, а также для сбора и анализа данных исследований, включенных в обзор.

Стандартный матрас — термин, используемый для описания стандартного матраса, предоставляемого в рамках объекта и обычно используемого в качестве сравнительного вмешательства в исследовательских испытаниях, исследующих эффективность перераспределения давления опорных поверхностей.

Струп — мягкие, влажные, бессосудистые (омертвевшие) ткани; может быть белый, желтый, коричневый или зеленый; может быть рыхлый или прочно прилегающий.

Лечение пролежней отрицательным давлением (NPWT)-метод лечения ран, способствующий заживлению за счет устранения отека в третьем пространстве, тем самым улучшая доставку питательных веществ и кислорода; удаление раневого экссудата (среда для бактериальной колонизации); продвижение грануляционной ткани; продвижение ангиогенеза; и устранение факторов, ингибирующих рану.

Трение (сила трения) — сопротивление движению в параллельном направлении относительно общей границы двух поверхностей.

Ультразвук — механическая вибрация (акустическая энергия), передаваемая в виде волны на частотах, выходящих за пределы верхнего предела человеческого слуха. Его вибрационное свойство влияет на клетки биологических тканей и может быть использовано для оценки и лечения мягких тканей.

Ультрафиолетовый свет — форма светотерапии, которая использует невидимый свет, который является частью электромагнитного спектра и может быть использован в качестве фототерапевтического агента.

Ферментативная обработка — удаление девитализированной ткани путем нанесения экзогенных протеолитических или фибринолитических ферментов на рану

Хирургическая обработка ран — быстрая обработка ран, при которой из раны удаляют омертвевшие ткани с помощью скальпеля и / или ножниц под общим или местным наркозом.

Экссудат — любая жидкость, которая была вытеснена из ткани или ее капилляров, такие как жидкость, клетки или клеточный мусор, которая вышла из кровеносных сосудов и была отложена на поверхности ткани.

Электростимуляция — использование электрического тока для передачи энергии, контролируемой электрическим источником. В профилактике и лечении пролежней электростимуляция используется как ранозаживляющая терапия.

Эритема — покраснение кожи вследствие расширения поверхностных капилляров.

ВВЕДЕНИЕ

Как использовать данное клиническое сестринское руководство

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Использование клинических сестринских руководств гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Клиническое сестринское руководство может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей. Качественно разработанное руководство улучшает результаты для пациента.

Клинические сестринские руководства - это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры. При применении клинического сестринского руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Важно отметить, что соблюдение данных рекомендаций не обязательно приводит к улучшению состояния пациента. Клиническое сестринское руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации. В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки клинического сестринского руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. При использовании данного клинического

сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное клиническое сестринское руководство разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2) [1].

Краткое содержание

Оказание эффективного ухода людям с пролежнями требует координации действий между медицинскими работниками, а также открытого общения между медицинскими работниками и людьми с пролежнями. Кроме того, следует признавать индивидуальные потребности и предпочтения людей, учитывать имеющиеся личные и экологические ресурсы.

В данном руководстве предусмотрены основанные на имеющихся доказательствах рекомендации с учетом практического опыта для медицинских работников во всех медицинских учреждениях, вовлеченных в мероприятия по профилактике, лечению или уходу за людьми с имеющимися пролежнями. Руководство может быть применено во всех медицинских учреждениях: больницы, реабилитационные отделения, отделения длительного пребывания, домах престарелых и интернатах. Основное внимание уделяется основным компетенциям и стратегиям, основанным на доказательствах при ведении пациентов с имеющимися пролежнями.

Кроме того, руководство может быть использован для людей, которые подвергаются риску развития или уже пролежни, чтобы обеспечить осведомленность о спектре доступных профилактических и лечебных стратегий. Профилактика и лечение пролежней слизистой оболочки не рассмотрены в данном руководстве.

Уровень доказательности в рекомендациях руководства

Таблица 1 - Уровни доказательности, используемые при разработке данных рекомендаций.

Уровень	Источник доказательств
Ia	Доказательства, полученные из мета-анализа или систематических обзоров рандомизированных контролируемых исследований и / или синтез нескольких исследований, прежде всего количественных исследований.
Iб	Доказательства получены как минимум из одного рандомизированного контролируемого исследования.
IIa	Данные получены по крайней мере из одного хорошо спланированного контролируемого исследования без рандомизации.
IIб	Свидетельство, полученное по крайней мере от одного хорошо разработанного квази экспериментального исследования без рандомизации.
III	Синтез множественных исследований в первую очередь качественных исследований.
IV	Доказательства, полученные из хорошо разработанных не экспериментальных наблюдательных исследований, таких как аналитические исследования или описательные исследования, и / или качественные исследования.
V	Доказательства, полученные из заключения экспертов или отчетов комитета, и / или клинического опыта экспертов

Сила доказательных данных

A	Рекомендация подтверждается прямыми научными данными, разработанными и реализованными надлежащим образом. (требуются исследования уровня Ia Ib).
B	Рекомендация подтверждается прямыми научными данными, разработанными и реализованными надлежащим образом, обеспечивающие статистические

	результаты, которые последовательно поддерживают рекомендацию. (Уровень исследований IIa, IIb, III, IV, V)
C	Рекомендация подтверждается косвенными данными (например, исследования на здоровых людях, людях с другими типами хронических ран, модели на животных) и / или мнение экспертов

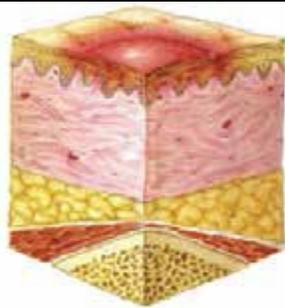
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

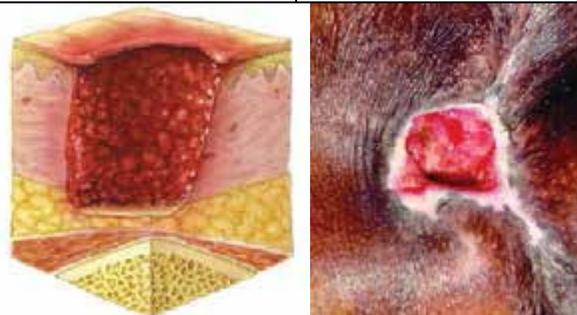
1.1. Краткое описание заболевания

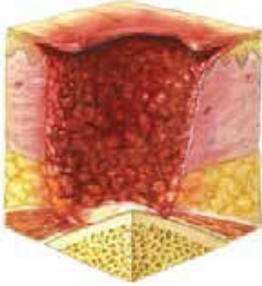
Пролежни — это локализованное поражение кожи и подкожных тканей, обычно образующееся над костными выступами, как результат давления или давления сопровождающегося трением [4]. Национальная консультативная комиссия по вопросам пролежней/Европейская консультативная комиссия по вопросам пролежней (NPUAP/EPUAP) в 2014 году предложила следующую классификацию данного заболевания см. Таблица 1

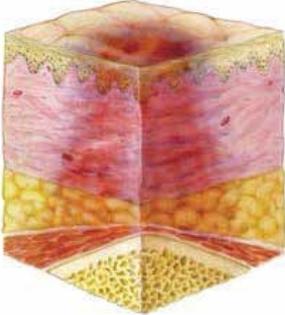
Таблица 1

Классификация пролежней по NPUAP/EPUAP

<p>I стадия</p> <p>Ограниченный участок неповрежденной кожи над костным выступом с бледнеющей эритемой/покраснением. На темной коже бледность может и неопределяться, но цвет может отличаться от здоровой кожи располагающейся вокруг.</p> <p>Участок может быть болезненным, уплотненным, мягким, температура кожи сравнении со</p>		
---	--	---

<p>здоровыми участками может быть холоднее или теплее. I стадию труднее определить у людей с темным цветом кожи. Может определиться у людей в группе риска (признак «предвестник» риска).</p>		
<p>II стадия Частичное поражение дермиса, представляющее собой поверхностную открытую язву с красно-розовой раневой поверхностью без корки. Так же может быть в виде неповрежденного или раскрытого/разорванного, наполненного серозной жидкостью волдыря. Описание блестящая или сухая поверхностная язва без корки или кровоподтеков. Эта стадия не должна быть использована для описания мокнущей кожи, ожогов, дерматита промежности, мацерации или эксфолиации. Кровоподтеки указывают на поражение глубоких тканей</p>		
<p>III стадия Полное поражение слоев кожи. Подкожно жировой слой может быть виден, но кости, сухожилия или мышцы не обнажены. Возможно образование корки, хотя он и не застилает глубь повреждения. Так же присутствуют разрушение и тунелирование участка. Глубина пролежней в III стадии различна в связи с анатомической локализацией. Переносица, уши, затылок и лодыжки не имеют подкожно жирового слоя, и в этих местах пролежни III стадии поверхностные. В сравнении, участки со значительным подкожножировым слоем</p>		

<p>могут развиваться более глубокие язвы в III стадии пролежней. Кости/сухожилия не видны и не пальпируемы в данной стадии.</p>		
<p>IV стадии Полное поражение слоев кожи с обнаженными костями, сухожилиями или мышцами. Образуются корки или струпа на определенных участках раневой поверхности. Часто сопутствуется разрушением и тунелированием участка. Глубина пролежней в IV стадии различна в связи с анатомической локализацией. Переносица, уши, затылок и лодыжки не имеют подкожно жирового слоя, и в этих местах пролежни IV стадии поверхностные. Пролежни IV стадии могут быть распространены на мышцы и поддерживающие ткани (фасции, сухожилия и суставные капсулы) увеличивая возможность развития остеомиелита. Обнаженные кости сухожилия видны и пальпируемы в данной стадии.</p>		
<p>Неклассифицируемая стадия Полное поражение слоев кожи, при котором основа язвы покрыта коркой (желтой, серой, желтовато-коричневой, зеленой или коричневой) и/или струпом (желтовато-коричневой, коричневой или черной). До полного удаления корки и/или струпа до основания раны истинная глубина поражения, а также стадия не могут быть определены. Стабильные струпы (сухие, плотно прилегающие к коже, не поврежденные, без эритемы и изменений) на пятках служат</p>		

<p>природной(биологической) оболочкой тела и не должны удаляться.</p>		
<p>Глубокий пролежень</p> <p>Полное поражение слоев кожи, при котором основа язвы покрыта коркой(желтой,серой, желтовато-коричневой,зеленой или коричневой) и/или струпом(желтовато-коричневой, коричневой или черной). До полного удаления корки и/или струпа до основания раны истинная глубина поражения, а так же стадия не могут быть определены. Стабильные струпы (сухие,плотно прилегающие к коже, не поврежденные, без эритемы и изменении) на пятках служат природной(биологической) оболочкой тела и не должны удаляться.</p>		

Очевидно, что основные звенья патогенеза пролежней – компрессия кожи, подлежащих жировых и мышечных прослоек, нарушения микроциркуляции, трофики и чувствительности тканей, обуславливают высокие эпидемиологические показатели у маломобильных категорий населения. Достаточно большое количество исследований посвящено диагностике, оценке факторов риска, вмешательствам по профилактике и лечению пролежней среди лиц пожилого и старческого возраста, пациентов с повреждением спинного мозга и лиц, получающих медицинскую помощь в условиях отделений интенсивной терапии.[2]

Популяция в группе риска пролежней включает в себя пациентов с травмами спинного мозга и иммобилизованных или ограниченных в движении пациентов, как острая или хронические состояния которые могут ограничивать движение и/или иннервацию [6]. Проведение исследований по изучению

эпидемиологических аспектов пролежней значительно упрощается при применении национальных регистров, государственных и локальных баз данных. Подобный подход позволяет изучить кумулятивные параметры с охватом большого количества пациентов на протяжении длительного периода времени. Так, американское исследование, проведенное на базе данных национального регистра Агентства по исследованиям и качеству здоровья – National Inpatient Sample с 2008 по 2012 годы, позволило продемонстрировать роль возраста пациента в развитии пролежней. Среднегодовое количество пациентов, у которых были пролежни хотя бы одной локализации, составило 670767 человек, составляя 1,8% от количества всех зарегистрированных в базе случаев. [2] В результате исследования проведенных с применением методологии разработанной EPUAP в Ирландии, Грузии, Швеции и Норвегии общий показатель распространенности пролежней (не включая пролежни на стадии I) составил 7.0% – 10.5% [5].

Данных по распространенности и заболеваемости пролежнями в Республике Казахстан не найдено.

1.2 Цель руководства

Цель данного руководства обеспечить доказательные рекомендации для профилактики и лечения пролежней, которые могут быть использованы медицинскими работниками.

В руководстве представлены рекомендации о мероприятиях по профилактике развития пролежней и наиболее эффективных вмешательствах по лечению и уходу за пролежнями, основанных на доказательствах.

1.3 Целевые пользователи- медицинские работники, лица, оказывающие уход пациентам с имеющимися пролежнями или подверженным факторам риска развития пролежней.

1.4 Целевая популяция: пациенты с имеющимися пролежнями, а так же пациенты групп высокого и среднего уровня риска развития пролежней.

1.5 Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве: Руководство охватывает области оценки риска развития , основных вмешательств по профилактике, уходу и лечению пролежней (питание, переворачивание и перемещение, чистка и перевязка пролежневых язв, мониторинг заживления пролежневых язв). Профилактика и лечение пролежней слизистой оболочки не рассмотрены в данном руководстве.

2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

Практические рекомендации	Уровень доказатель ств
1.Оценка	
Рекомендация 1.1 Оценивайте и документируйте риск развития пролежней (в том числе и риск развития дополнительных пролежней) и оценку кожных покровов при первоначальном осмотре не позднее 8 часов после поступления, а также, при значительном изменении состояния здоровья человека с использованием эффективного и надежного средства оценки риска развития пролежней (шкала Бредена или Нортон).	V
Рекомендация 1.2 Оценивайте состояние пролежней, включая оценку на наличие инфекции и документируйте результаты оценки используя одно и то же эффективное и надежное средство для оценки при	V

первоначальном осмотре, последующем осмотре не реже 1 раза в неделю и во всех случаях значительного изменения состояния пациента.	
Рекомендация 1.3 Оценивайте риск недостаточности или нарушения питания, боль в области пролежней, состояние сосудов нижних конечностей, опорной поверхности используя эффективные и надежные средства оценки при первичном осмотре и в случае долгого заживления пролежня.	V
2.Планирование	
Рекомендация 2.1: Следует запланировать направление или консультации специалистов, необходимых для планирования и координирования плана ухода за пролежнями.	V
Рекомендация 2.2: Разработайте план ухода за пролежнями, основанный на результатах комплексной оценки, который будет включать цели, взаимно согласованные с пациентом и/или лицами по уходу за ним.	Ia
3.Реализация	
Рекомендация 3.1: Проводите профилактический уход за кожей пациента с учетом рисков, связанных с его состоянием здоровья.	V
Рекомендация 3.2: Меняйте положение человека через равные промежутки времени (т.е., каждые два-четыре часа) с учетом рисков, связанных с его	V

состоянием здоровья. В сидячем положении, следует менять положение человека каждые 15 минут.	
<p>Рекомендация 3.3:</p> <p>Следует всегда размещать людей с пролежнями на опорной поверхности для перераспределения давления.</p>	V
<p>Рекомендация 3.4:</p> <p>Реализуйте индивидуальный план лечебного питания совместно с пациентом и лицами по уходу за ним, в котором рассматриваются вопросы удовлетворения потребностей в питании и предусматривается достаточное количество белка, калорий, жидкости, а также соответствующих витаминов и минеральных добавок, чтобы содействовать излечению пролежней.</p>	V
<p>Рекомендация 3.5:</p> <p>Обеспечьте местное лечение пролежня совместно меж профессиональной командой специалистов, состоящее из следующих процедур, в соответствующих случаях:</p> <ul style="list-style-type: none"> • очищение • баланс влажности (излечимый пролежень) или уменьшение влажности (неизлечимый пролежень, сохраняемый пролежень) • инфекционный контроль (т.е., поверхностная колонизация/локализованная инфекция и/или глубокая и окружающая инфекция/системная инфекция) • санация раневой полости 	la, lb, V
<p>Рекомендация 3.6:</p> <p>Сотрудничайте с пациентом и кругом лиц по уходу за ним для реализации плана самоконтроля при лечении пролежней</p>	la
<p>Рекомендация 3.7:</p> <p>Реализуйте план лечения боли, ориентированный на пациента, с использованием фармакологических и не фармакологических интервенционных мер (различных видах манипуляций).</p>	V

4.0 Оценка эффективности	
<p>Рекомендация 4.1: Используйте средство первичной оценки риска для пересмотра риска развития у человека дополнительных пролежней на регулярной основе и всякий раз, когда происходит изменение состояния здоровья человека</p>	V
<p>Рекомендация 4.2: Используйте средство первичной оценки ран для постоянного контроля пролежней у человека, с целью достижения целей, ориентированных на человека, на регулярной основе и при смене повязки</p>	V

3. МЕТОДЫ

Методы, используемые для сбора и выбора доказательств

Оригинальное руководство было разработано в соответствии с методологией GRADE (классификация рекомендаций, оценка, развитие и оценка). Методология GRADE включает в себя четыре фактора, которыми следует руководствоваться при разработке рекомендации и определяющих силу этой рекомендации:

Баланс между желательными и нежелательными последствиями.

Уверенность в оценках эффекта (качество доказательств).

Уверенность в ценностях и предпочтениях и их изменчивости (клинические и потребительские предпочтения).

Использование ресурсов (стоимость и соображения реализации).

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения -

оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека.

Сила рекомендаций

В процессе GRADE используются только две категории силы рекомендаций, основанные на том, насколько уверенно руководство, что «желательные эффекты вмешательства перевешивают нежелательные эффекты для диапазона пациентов, для которых рекомендация предназначена» (Руководство GRADE).

Группой разработчиков руководства рассматривается совокупность доказательств по каждому клиническому вопросу. Перед принятием решения о включении данных исследования в руководство проводится оценка найденных доказательств. Основное внимание уделяется качеству имеющихся данных, а не выводам.

4.РЕКОМЕНДАЦИИ

1.0 ОЦЕНКА

По мнению группы экспертов, крайне важно, проведение первичной и последовательной всесторонней оценки совместно с лицом/ами, осуществляющим/ими уход за пациентом с пролежнями, в целях определения возможности лечения, выявления внутренних и внешних факторов риска, которые могут способствовать прогрессированию пролежней и/или препятствовать заживлению пораженной поверхности.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.1

Оценивайте и документируйте риск развития пролежней (в том числе и риск развития дополнительных пролежней) и оценку кожных покровов при первоначальном осмотре не позднее 8 часов после поступления, а также, при

значительном изменении состояния здоровья человека с использованием эффективного и надежного средства оценки риска развития пролежней.

Пациенты могут быть предрасположены к пролежням под воздействием как внутренних, так и внешних факторов. Внутренние факторы риска являются результатом физического, психосоциального состояния человека или его заболевания, в то время как внешние факторы риска являются производными из окружающей среды [8]. Необходимо помнить, что наиболее важным внутренним фактором риска развития пролежней является неподвижность, в то время как наиболее важный внешний фактор риска — это травма, полученная в результате трения.

Неподвижность и/или ограничение движения являются главной причиной развития пролежней, в случае нормальной активности, даже при наличии других факторов риска начало заболевания невозможно. Лежачие пациенты и пациенты вынужденные находится в сидячем положении относятся к группе людей подверженных риску развития пролежней, в виду неподвижности и/или ограничения движения.

Рекомендуется использовать средства оценки риска развития пролежней для оценки следующих факторов риска

- кровообращение и оксигенация
- плохое питание
- повышенную влажность кожи

В качестве дополнительных факторов риска рассматриваются следующие состояния

- повышенная температура тела
- престарелый и старческий возраст

- нарушения чувствительности
- гематологические процедуры
- общее состояние здоровья

Прогрессирование пролежней, развитие дополнительных пролежней, ухудшение или улучшение сопутствующего функционального или психосоциального заболевания(й) являются существенными изменениями состояния пациента при которых, следует проводить вне очередную оценку риска развития пролежней. Стоит отметить, что у пациентов с уже имеющимися пролежнями существует риск прогрессирования и/или развития дополнительных пролежней, поэтому данным пациентам следует проводить ежедневную оценку риска развития пролежней с последующей документацией результатов оценки. [9].

Для получения дополнительной информации и перечня предлагаемых утвержденных средств оценки риска развития пролежней, см. Приложение 1.

В качестве дополнения к оценке риска развития пролежней должна проводиться оценка кожи у всех пациентов с головы до пят, так как оценка кожных покровов является важным компонентом оценки при профилактике, классификации и лечении пролежней. Пациентам с риском повреждений кожных покровов оценка должна проводиться не позднее 8 часов после поступления с тщательным осмотром уязвимых мест, например, костных выступов(включая крестец,выступы седалищной кости, большой вертел, пятки).

Следует осматривать кожу на присутствие эритемы (покраснения кожи) и определить причину покраснения путем оценки на бледность/синюшность эритемы. Оценка на бледность проводится следующими двумя методами:

- Пальцевое нажатие-проводится путем нажатия пальца на место покраснения в течении трех секунд с последующей оценкой синюшности при удалении пальца.
- Наложение прозрачного диска-проводится путем наложения на место покраснения прозрачного диска с последующим равномерным нажатием на кожу и оценкой синюшности через прозрачный диск.

В результате надавливания, отсутствие бледности в месте покраснения рассматривается как симптом 1 стадии пролежней и пациент относится к группе высокого риска развития пролежней.

Необходимо так же учитывать следующие факторы при каждом осмотре кожных покровов(эти же факторы могут быть основными у людей с темным цветом кожи, ввиду трудности выявления и оценки покраснений/эритем):

- температура кожи
- отеки
- изменение консистенции тканей в сравнении с окружающими тканями

В качестве дополнения к оценке кожных покровов рекомендуется проводить оценку боли, так как боль является одним из основных симптомов развития пролежня(подробнее см. в рекомендации 1. настоящего руководства).

Стоит отметить, что документирование оценки риска развития, осмотра кожных покровов и медицинского анамнеза (состоящий из заболевания человека, психосоциального состояния, сопутствующих заболеваний, аллергических реакций, лекарств, употребления психоактивных веществ, результатов диагностических тестов) важно для составления индивидуального плана ухода и лечения пациента.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.2

Оценивайте состояние пролежней, включая оценку на наличие инфекции и документируйте результаты оценки используя одно и то же эффективное и надежное средство для оценки при первоначальном осмотре, последующем осмотре не реже 1 раза в неделю и во всех случаях значительного изменения состояния пациента.

Оценка состояния пролежня и документация результатов оценки необходимы для определения стадии пролежней и присутствия положительной или отрицательной динамики заживления пролежня, что в свою очередь позволяет планировать последующие уход и лечение. Периодичность оценки может варьировать в зависимости от условий оказания медицинской помощи (т.е., от доступных ресурсов, организационной политики), однако следует проводить еженедельные осмотры для мониторинга заживления, обеспечивающие своевременную коррекцию плана ухода и лечения.

Оценка начинается с определения стадии пролежня/ей (т.е., пролежни стадии I, II, III и IV; не классифицируемые пролежни, и глубокие пролежни) и его/их локализации [10,13]. Для определения тяжести пролежней по стадиям, рекомендовано использование классификации пролежней Национальной Консультативной Комиссии по вопросам пролежней -NPUAP (см. Таблицу 1, текста данного руководства). Необходимо так же учитывать, что данная система определения стадий пролежней подходит для первоначальных оценок и описания ухудшения состояния пролежня, но не используется для постоянного мониторинга заживления пролежней. [9,14]

Оценка пролежней II-IV стадии включает в себя следующие критерии:

- Размер раневой поверхности пролежня (длина, ширина, глубина, туннелирование и края раны) [10].
- Площадь раневой поверхности пролежня (длина x ширина; мм², см²) [11].
- Качество и количество ткани на поверхности раневой поверхности пролежня [12].
- Целостность тканей окружающих раневую поверхность пролежня [12].
- Экссудат (тип, количество и запах). [12].

У лиц с темно пигментированной кожей воспаление характеризуется потемнением кожи пурпурного или фиолетового цвета. Для того, чтобы отличить воспаленную кожу от микрососудистого кровоизлияния (т.е., окрашивания гемосидерином) у людей с темной пигментацией кожи, Суссман и Бейтс-Йенсон предлагают следующие клинические рекомендации:

- Проводите оценку при естественном или галогенном освещении, так как флуоресцентный свет придаст коже голубые тона.
- Оценивайте дополнительные клинические признаки пролежней, такие как ощущение (боль) и напряжение ткани (отек/уплотнение).
- Обратите внимание на изменение цвета кожи, сравнивая между собой пораженную и здоровую кожу человека.
- Оценивайте, присутствует ли сужение сосудов кожных покровов из-за воздействия холода (бледность) или тепла (покраснение) в результате воздействия на кожу над костным выступом. Проводите оценку 5–10 минут при комнатной температуре.
- Помните о цвете краев пролежней во время оценки- окрашивание гемосидерином на краях пролежня является признаком хронического

состояния, в то время как окрашивание за пределами пролежня связано с травмой [15].

Физическая оценка пролежней в таких случаях должна включать оценку по следующим критериям:

- Температура кожи (повышенная или пониженная температура) [9,14]
- Отек или уплотнение [9,14]
- Состояние кожи [9]
- Изменения консистенции тканей [9]
- Наличия боли [9].

Для получения дополнительной информации о предлагаемых средствах оценки пролежней и оценки эффективности их лечения см. Приложение 2.

При осмотрах или перевязках следует обращать внимание на такие признаки как расширение или углубление пролежневой язвы, изменения в объеме выделяемого экссудата (больше или меньше выделений), инфицирование пролежня и другие осложнения.

Оценка на предмет инфицирования пролежня (т.е., поверхностной критической колонизации/локализованной инфекции и/или более глубокой и окружающей инфекции/системной инфекции) является важной составляющей комплексной оценки пролежней. Бактериальная биопленка вызывает хроническое воспаление и может замедлить заживление пролежней [9]. Следует заподозрить наличие бактериальной биопленки на поверхности пролежня, если:

- пролежень появился более четырех недель назад,
- отсутствуют какие либо признаки заживления в предыдущие две недели,
- присутствуют клинические признаки и симптомы воспаления и/или нет ответа на противомикробную терапию.

Для получения дополнительной информации о предлагаемых средствах оценки пролежней на наличие инфекции, см. Приложение 3.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.3

Оценивайте риск недостаточности или нарушения питания, боль в области пролежней, состояние сосудов нижних конечностей, опорной поверхности используя эффективные и надежные средства оценки при первичном осмотре и в случае долгого заживления пролежня.

Оценка риска недостаточности или нарушения питания.

Плохой пищевой рацион и повышенные потребности обмена веществ могут привести к недостаточности или нарушению питания, которое является фактором риска как для развития пролежней, так и для заживления пролежней [8]. Поэтому важно обследовать людей с пролежнями на наличие риска недостаточности или нарушения питания, а также обеспечить достаточное дополнительное питание для восприимчивых людей и круга лиц по уходу за ними, чтобы способствовать заживлению ран, поддерживать состояние системы иммунитета и снижать риск заражения [17].

Дипломированный диетолог или медицинская сестра соответствующей квалификации может проводить оценку всех пациентов с пролежнями на наличие риска недостаточности или нарушения питания, состояния питания в течении 72 часов после первичного осмотра, используя эффективное и надежное средство. Комплексная оценка питания обычно проводится дипломированным врачом-диетологом; таким образом, следует направлять человека с пролежнями и плохим

состоянием питания к дипломированному врачу-диетологу для дальнейшей оценки и составления плана ухода за правильным питанием.

Для рассмотрения факторов, способствующих недостаточности или нарушению питания, см. Таблицу 2.

Таблица 2: Факторы, способствующие недостаточности или нарушению питания

№	СПОСОБСТВУЮЩИЕ ФАКТОРЫ			
	Функциональные факторы	Медицинские факторы	Психосоциальные факторы	Организационные факторы
1.	Проблемы с жеванием	Диабет	Доступность еды (возможность позволить себе покупать еду и пищевые добавки)	Перерывы во время принятия пищи (голодания)
2.	Проблемы с глотанием	Лечение почечной недостаточности [18]	Необходимость полагаться на других при покупке еды.	Беспокойство из-за различной деятельности, шума, неприятных запахов
3.	Уровень самостоятельности приема пищи	Желудочно-кишечные симптомы (напр., тошнота, рвота, запор)	Умение готовить еду	Неспособность открыть пакеты с едой [19]
4.	Когнитивная дисфункция (т.е., неспособность питаться самостоятельно)	Медицинские/хирургические вмешательства, которые влияют на потребление, всасывание или поглощение питательных веществ	Культурные предпочтения в еде [16]	
5.	Изменения уровня активности [18]	Побочные эффекты от лекарств	Наличие/отсутствие социальной поддержки	

6.	Проблемы с зубами (напр. незакрепленные протезы) [16]	Преклонный возраст [16]	Жизнь в одиночестве	
7.		Депрессия [14]		
		Боль		

Для получения дополнительной информации о предлагаемом средстве оценки с целью определения состояния питания и оценки риска, связанного с питанием, см. Приложение 4.

Оценка боли в области пролежней.

Оценку боли следует проводить при каждом посещении (напр., при первичном осмотре и во время повторных осмотров), в том числе до и после вмешательства, связанного с уходом за раневой поверхностью пролежня (напр., перевязки, санация раневой полости), чтобы обеспечить надлежащее лечение боли человека [9,18].

Необходимо, чтобы оценка боли включала следующее:

- Локализацию боли [14]
- Периодичность, продолжительность и тяжесть боли [9,14]
- Характеристику боли [14]
- Подробный анамнез боли (напр., предыдущее восприятие боли и интервенционные меры для лечения боли) [14].
- Факторы, которые вызывают и облегчают боль [14]
- Диагностику типа и причины боли [9]
- Предвидение боли человеком, основанное на его предыдущем восприятии боли в определенных ситуациях (напр., во время лечения или в состоянии покоя) [21]
- Функциональное ограничение(я) в результате появления у человека боли.

В Таблице 3 перечислены различные факторы, которые, влияют на восприятие и ощущение боли у пациентов с пролежнями. Их следует рассматривать в сочетании с результатами, полученными при использовании средства оценки боли.

Таблица 3: Факторы, которые усиливают или облегчают боль.

ФАКТОРЫ, УСИЛИВАЮЩИЕ БОЛЬ	ФАКТОРЫ, ОБЛЕГЧАЮЩИЕ БОЛЬ
Прогрессирование боли связано с прогрессирование стадии пролежней [14].	Раневые повязки: силикон, гидрогели, альгинаты, полимерные мембранные пены и пенные повязки требуют менее частых смен повязок и вызывают меньше боли и травмы при их снятии [9].
Интервенционные меры (напр., смена повязки, санация раневой полости, местные процедуры лечения) сопровождаются более сильной болью, в сравнении с состоянием покоя [14]	Топические анальгетики (напр., повязки, пропитанные ибупрофеном, топический морфин) и системная аналгезия облегчает боль [9].
Раневые повязки: гидроколлоидные повязки с агрессивными клейкими пленочными повязками и влажно-высыхающими повязками являются болезненными [22]	Изменение положения в кровати/кресле в соответствии с пожеланиями человека [9]
Боязнь и предчувствие боли [22]	Подходящие опорные поверхности.

См. Приложение 5 для ознакомления с перечнем рекомендуемых средств оценки боли с целью использования для взрослых пациентов с когнитивно-интактным состоянием.

Оценка состояния сосудов.

Для лиц с пролежнями нижних конечностей сосудистая оценка нижних конечностей позволяет выявлять препятствия заживлению и определять соответствующие варианты выбора ухода и лечения. Очень важно надлежащим образом оценивать артериальное кровоснабжение к нижним конечностям человека перед выполнением любого типа обработки нижних конечностей, чтобы определить, достаточно ли артериального кровоснабжения для излечения пролежня и заживления обработанной раны [9].

У пациента плохое кровообращение к нижним конечностям если:

1. Медицинский анамнез

- Пролежни нижних конечностей в анамнезе, включая осуществленные интервенционные меры и реакция человека на лечение.
- Факторы риска, которые способствуют артериальной недостаточности, такие как повышенные липиды, диабет, семейный анамнез васкулярных нарушений, курение и сердечно-сосудистые заболевания в анамнезе (напр., инсульт, инфаркт или операция на сердце, либо сосудистая хирургия) [9, 18].
- Усиление боли в нижних конечностях в состоянии покоя и при движении (напр., перемежающаяся хромота) [9].

2. Физическое обследование

- Слабый пульс стопы (проверьте заднюю больше берцовую кость и спинную мышцу). [8].

- Наличие зависимого покраснения и бледности на возвышении нижних конечностей.
- Пораженная нижняя конечность холоднее, выглядит синюшнее, на ней нет волос, а ногти - дистрофические.
- Неинвазивные исследования артерий (напр., лодыжечно-плечевой показатель давления, показатель давления на пальцах ног (показатель пальцевого давления) [9, 18]. В пораженной конечности, лодыжечно-плечевой показатель давления менее 0.6 или пальцевый показатель давления менее 0.65 служит признаком плохого кровообращения в нижних конечностях.

Оценка опорных поверхностей.

Всех лиц с пролежнями следует оценивать на наличие источников давления и трения во всех положениях и при смене положения, в целях оптимизации перераспределения давления и лечения пролежней. Однако, людям с дыхательными аппаратами, кормлением через трубку, проблемами с дыханием (напр., хронической обструктивной болезнью легких), затрудненным глотанием и хронической сердечной недостаточностью) необходимо возвышение головы, превышающие 30 градусов, что оказывает большее давление на костные выступы [18]. В таких случаях повышенный риск осложнений (таких как риск застойная пневмония) перевешивает риск развития пролежней.

Следует оценить приспособления и девайсы используемые человеком, чтобы исключить неправильное использование, настройку, эргономику, неисправность оборудования/приспособления как причину или фактор, способствующий пролежням.

В целом, группа экспертов рекомендует, чтобы оценка оборудования включала оценку

- кровати человека или другой опорной поверхности,
- кресла-каталки/сидения,
- спортивного снаряжения,
- оборудования ванной,
- оборудования для перемещения и любой другой поверхности, на которой человек сидит или лежит (напр., сиденье автомобиля, кушетка и т.д.),
- подставки для ног/одежды для ног;
- опоры для обслуживания оборудования (напр., ручная проверка правильности накачки воздухом воздушных подушек).

Технология составления карты давления является дополнительным средством, часто используемым для оценки опорных поверхностей и сиденья инвалидных колясок. При визуальном выводе данных, технология составления карты давления может использоваться для обучения людей с пролежнями в отношении стратегий смещения веса в креслах-колясках и на подушках сидений [23].

Следует направлять пациентов с пролежнями к специалисту по трудотерапии, физиотерапевту или в специализированную клинику с целью определения аппаратов/оборудования для сидения с целью проведения более тщательной оценки.

Для получения дополнительной информации о том, как выполнить оценку оборудования для сидения, см. Приложение 6.

2. ПЛАНИРОВАНИЕ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.1

Следует запланировать направление или консультации специалистов, необходимых для планирования и координирования плана ухода за пролежнями.

Медицинская сестра на основе постоянного сотрудничества с пациентом и/или лицами по уходу за пациентом с пролежнем, должна запланировать процесс медицинского ухода надлежащим образом. [24]. По возможности, следует консультироваться с соответствующими специалистами при разработке плана ухода за пролежнями, а при отсутствии такого доступа, следует обосновывать уход и методы лечения пролежней на передовой практике и принципах доказательного сестринского дела [25]:

1. практический опыт в сфере ухода за пролежнями (убедитесь в том, что те лица, которые выдвигают предложения об уходе, имеют соответствующую подготовку);
2. совместные полномочия (т. е., совместный контроль, ответственность);
3. совместное лидерство (совместное проявление лидерских качеств);
4. оптимизация профессии, роли и сферы практической деятельности каждого человека;
5. совместное принятие решений;
6. эффективное групповое выполнение функций.

Для обеспечения всестороннего, скоординированного и качественного клинического ухода за людьми, у которых имеются пролежни, может потребоваться консультирование и сотрудничество со следующими медицинскими работниками:

- подолог (для специализированного лечения пролежней в нижних конечностях);

- специалист по инфекционному контролю/микробиолог (для пациентов с невосприимчивой, не поддающейся лечению или рецидивирующей инфекцией)[14]
- медсестра расширенной практики (для оценки и лечения пролежней и перераспределения давления, оценки подвижности, повседневной деятельности);
- лицо осуществляющий уход за пациентом с пролежнем (ответственное лицо по уходу, друзья, семья, замещающее лицо по принятию решений);
- физиотерапевт (для ухода за лицами с повреждениями позвоночника и работы с реабилитационным персоналом);
- врач (напр., семейный врач, специалисты-медики - для оценки и лечения пролежней, в зависимости от знаний, подготовки, набора навыков и роли в межпрофессиональной группе отдельно взятого практикующего специалиста);
- дипломированный специалист (медицинская сестра) в области диетотерапии (для оценки состояния питания и лечения);
- дипломированная медсестра, дипломированная младшая медицинская сестра (для оценки и лечения пролежней, в зависимости от знаний, подготовки, набора навыков и роли в межпрофессиональной группе отдельно взятого практикующего специалиста);
- социальный работник (для психосоциальной, духовной помощи, психосоциальной оценки/социальной поддержки и планирования оценки предрасположенности);
- хирург (для хирургического вмешательства, хирургической обработки, закрытия ран и оценки состояния сосудов).

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.2

Разработайте план ухода за пролежнями, который будет включать цели, взаимно согласованные с человеком, кругом лиц по уходу за ним.

Стратегии лечения пролежней следует адаптировать с учетом отношения человека, его убеждений, культуры, жизненных потребностей и личных предпочтений. План ухода разрабатывается совместно с пациентом и меж профессиональной командой после завершения первоначальной оценки, при этом его следует обновлять всякий раз, когда происходит изменение состояния здоровья человека, или когда не отмечается положительная динамика лечения. Постановка взаимосогласованных целей переносит контроль и право на самостоятельное принятие решений от медицинской сестры к пациенту и/или кругу лиц по уходу за пациентом [26]. Цели клинического лечения, как правило, направлены на заживление и закрытие ран от пролежней. Однако, когда заживления не происходит, межпрофессиональной группе следует изучить альтернативные варианты лечения вместе с пациентом и кругом лиц по уходу за ним [30]. Например, при паллиативном лечении, симптоматическая терапия (т.е., контроль боли, дренирования и запаха) представляет собой типичные цели, когда раны не реагируют на лечение, и когда интервенционные меры влияют на качество жизни человека [18]. *Для рассмотрения примера о том, как определить цели симптоматической терапии у людей, для которых заживление ран не является клиническим ожиданием, и где поддержание чувства комфорта человека имеет первостепенное значение, см. Приложение 7*

3. РЕАЛИЗАЦИЯ

Комплексный план лечения и ухода должен включать вмешательства,

направленные на устранение всех изменяемых препятствий с целью излечения у людей пролежней I, II, III или IV стадий, пролежней, стадии которых не могут быть определены, или глубоких пролежней. Основные изменяемые факторы риска нарушения заживления ран включают (1) недостаточность или нарушение питания, (2) влажность, (3) давление, и (4) смещение/трение [31].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.1

Проводите профилактический уход за кожей пациента с учетом рисков, связанных с его состоянием здоровья.

Уход за кожей является одним из основных мероприятий осуществляемых как при профилактике, так и при лечении и уходе за уже образовавшимися пролежнями. Согласно рекомендациям кожа должна быть чистой и сухой. Для этого необходимо запланировать и осуществлять следующее:

- используйте для очищения кожи pH сбалансированные средства ухода[14]
- не следует массажировать и/или тереть покраснения или пролежни I стадии[14]
- запланируйте и реализуйте менеджмент недержания(если имеется) и проводите уход за кожей после каждого эпизода недержания[14]
- защитите кожу от избыточной влажности барьерными средствами [14]
- увлажняйте кожу в случае излишней сухости, избегайте применение диметилсульфоксида для борьбы с сухостью при профилактике пролежней [14]

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.2

Меняйте положение человека через равные промежутки времени (т.е., каждые два-четыре часа) с учетом рисков, связанных с его состоянием здоровья. В сидячем положении, следует менять положение человека каждые 15 минут.

Пониженная подвижность и активность являются двумя важными факторами риска развития пролежней. Частое изменение положения важно для того, чтобы

уменьшить давление на уязвимые участки тела, пока человек находится в неподвижном состоянии [9].

Индивидуальный план ухода в отношении изменения положения человека должен включать все лежачие и сидячие поверхности, в том числе подставки для рук и педалей, которые человек использует в течение дня (напр., кровати, кресла-коляски, кресла для пожилых людей, сиденья для автомобиля, поверхности носилок-каталок, операционные столы, подставки для ног и обувь).

При перемещении или изменении положения человека с пролежнем на любых опорных поверхностях или между ними, следует соблюдать следующие руководящие рекомендации:

- Установите и следуйте графику смены положения тела, независимо от используемой опорной поверхности.
- Проинформируйте человека и ответственное лицо по уходу за ним, в зависимости от ситуации, о плане смены положения тела и отслеживайте на регулярной основе.
- Используйте надлежащую технику перемещений. Не поднимайте и не тащите человека по поверхностям [9].

Смена положения в кровати

- Избегайте положения человека, лежа на части тела, где имеются покраснения, эритемы, пролежни или на костных выступах [9].
- Используйте приспособления для принятия положения, такие как подушка или валик в форме клина, для сохранения положения и выравнивания тела, а также для перераспределения давления, чтобы избежать давления на костные выступы [16,18].
- Используйте вспомогательные приспособления (напр., опорные рейки кровати, трапецию, переносную доску и т. д.), чтобы человек мог менять положение и перемещаться самостоятельно.

- Если состояние здоровья человека позволяет, ограничьте количество времени, в течение которого изголовье кровати приподнято, и ограничьте высоту до 30 градусов (положение полу-Фаулера); убедитесь, что человек находится в положении полу-Фаулера, чтобы не допустить скольжения [9].

Изменение положения на стуле/в кресле-коляске

- После оценки кресла-коляски/сиденья специалистом по определению сидячего положения (т.е., специалистом по трудотерапии или физиотерапевтом), установите график смены положений сидения для людей с пролежнями на седалищном бугре, копчике, или крестцовых участках тела [9].
- Не используйте приспособление в виде кольцеобразного валика [18].
- При необходимости, используйте механизм наклона для облегчения установления правильного положения и предотвращения скольжения [9].
- Позаботьтесь о том, чтобы ноги человека поддерживались должным образом в сидячем положении (т.е., на полу или при помощи подставки для ног) [9].
- Обучите человека правильной технике переноса веса согласно плану ухода.

Перемещения от кровати к стулу (или от стула к кровати)

- Направьте человека к специалисту по трудотерапии или физиотерапевту для получения рекомендаций относительно безопасной техники перемещений, чтобы свести к минимуму трение и сдвигающую силу и разработать план поддержания сил и выносливости человека.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.3

Следует всегда размещать людей с пролежнями на опорной поверхности для перераспределения давления.

Согласно рекомендациям относительно лечения пролежневых язв/пролежней, следует всегда использовать опорные поверхности (напр., матрасы, накладки и подушки кресел-колясок), которые помогают перераспределять давление от уязвимых участков на теле, для людей с имеющимися пролежнями, а также для тех, кто подвержен риску развития пролежней [9,16,18,33].

При использовании опорной поверхности, по-прежнему требуется регулярная смена положения [9]. В Таблице 4 приводятся в обобщенном виде различные категории опорных поверхностей.

Таблица 4: Категории опорных поверхностей

ТЕРМИН	ОПРЕДЕЛЕНИЕ
Регулирующая опорная поверхность	Опорная поверхность с силовым приводом или без силового привода с возможностью изменять свои свойства распределения нагрузки только в ответ на примененную нагрузку.
Активная опорная поверхность	Опорная поверхность с силовым приводом с возможностью изменять свои свойства распределения нагрузки, с примененной нагрузкой или без нее.
Интегрированная кроватная система	Каркас кровати и опорная поверхность, которые объединены в одно приспособление, в результате чего поверхность не может функционировать отдельно.
Поверхность без использования силового привода	Любая опорная поверхность, не требующая и не использующая внешние источники электропитания для функционирования. (Электропитание = постоянный ток или переменный ток)
Поверхность с использованием силового привода	Любая опорная поверхность, требующая или использующая внешние источники электропитания

	для функционирования. (Электропитание = постоянный ток или переменный ток)
Накладка	Дополнительная опорная поверхность, предназначенная для размещения непосредственно сверху на имеющейся поверхности.
Матрац	Опорная поверхность, предназначенная для размещения непосредственно на имеющемся каркасе кровати.

Выбор опорной поверхности

Следует всегда принимать во внимание выбор оптимальной опорной поверхности для облегчения заживления пролежневых язв для людей с имеющимися пролежнями, а также для тех, кто подвержен риску развития пролежней [35].

Рекомендуется принять во внимание следующее при выборе опорной поверхности:

- Соответствие общему плану ухода и целям лечения человека [9]
- Функциональную подвижность человека и уровень его активности [9]
- Необходимость контроля микроклимата (т.е., способности поверхности контролировать влагу от дренирования ран, пота и недержания мочи) [9].
- Способность контролировать температуру опорной поверхности;
- Белье и прокладки, используемые на опорной поверхности, а также контроль за сдвигом (следует избегать использования нескольких слоев; текстура ткани может влиять на контроль за давлением во время перемещений и изменения положения) [9]
- требуемый срок службы, гарантию и техобслуживание, а также необходимость проведения повторной оценки опорной поверхности; [9]
- размер и вес человека [9]

- предпочтения человека, сопротивляемость его организма и комфортные условия для человека;
- риск получения новых травм в результате воздействия давления, а также тяжесть, количество и расположение имеющихся пролежней [9]
- простоту использования опорной поверхности человеком и ответственным лицом (лицами) по уходу за ним;
- наличие и совместимость опорной поверхности со средой ухода или с домашней обстановкой [9]
- финансовые расходы и доступность для человека.

После того, как будет выбрана и установлена соответствующая опорная поверхность, рекомендуется продолжить контролировать опорную поверхность на предмет ее эффективности. Человек должен быть переведен с имеющейся опорной поверхности на опорную поверхность более высокого уровня, когда [9]:

- качество поверхности ухудшилось и уже неэффективно для облегчения заживления пролежней;
- поверхность рассматривается как возможный фактор, способствующий/вызывающий ухудшение состояния пролежня или невозможность его излечения;
- человека невозможно разместить таким образом, чтобы избежать оказания давления на имеющиеся пролежни;
- пролежни у человека находятся на двух и более поверхностях, которые ограничивают смену положения в постели;
- человек подвержен высокому риску развития пролежней;

- человек страдает ожирением и ему требуется бариатрическая опорная поверхность, которая обеспечивает достаточное перераспределение давления;
- кровать «достигает нижнего предела» на имеющейся опорной поверхности.

Не рекомендуется полный постельный режим для лечения пролежней из-за связанных с ним физических и психологических осложнений, включая депрессию, бред, пневмонию и функциональное снижение (т.е., нарушение способности осуществлять повседневную деятельность).

Снятие нагрузки с пятки во время положения на кровати или кресла-каталке

Пятки подвержены разрушению кожных покровов из-за тонкого слоя подкожной основы, покрывающей пяточную кость, формы пяточной кости, и риска ишемии при минимальной силе давления и силе смещения [45].

Помимо местного ухода за раной, лечение пролежней на пятке должно быть сосредоточено:

- На устранении давления и смещения путем подвешивания пятки с опорной поверхности с помощью приспособления в виде подушки или приспособления для подвешивания пятки. Некоторые приспособления для подвешивания пятки также помогают предотвратить свисание стопы (т.е., затруднение подъема передней части стопы) [9]. Несмотря на отсутствие исследований, демонстрирующих эффективность приспособлений для подвешивания/защиты пяток с целью излечения пролежней [46] группа экспертов поддерживает полное снятие нагрузки^G с пяток.

- На выборе приспособления для подвешивания/защиты пяток, при котором учитывается уровень активности человека, цели ухода и создания комфортных условий.
- На обеспечении регулярного осмотра кожи под приспособлением для предотвращения дальнейшего разрушения кожных покровов [9].
- На минимизации подошвенного давления путем оценки обуви человека. Если человек находится на амбулаторном лечении, целесообразно направить его к подологу.

См. Приложение 8 для ознакомления со средствами выбора лечебной опорной поверхности, чтобы выбрать наиболее подходящую опорную поверхность для людей с имеющимися пролежнями.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.4

Реализуйте индивидуальный план лечебного питания совместно с пациентом и кругом лиц по уходу за ним, в котором рассматриваются вопросы удовлетворения потребностей в питании и предусматривается достаточное количество белка, калорий, жидкости, а также соответствующих витаминов и минеральных добавок, чтобы содействовать излечению пролежней.

После предписания лечебного питания врачом-диетологом, медсестра совместно с пациентом и кругом лиц по уходу за ним, реализует и оценивает индивидуальный план лечебного питания для удовлетворения потребностей человека в энергии и питании для заживления пролежней.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.5

Обеспечьте местное лечение пролежня совместно меж профессиональной командой специалистов, состоящее из следующих процедур, в соответствующих случаях:

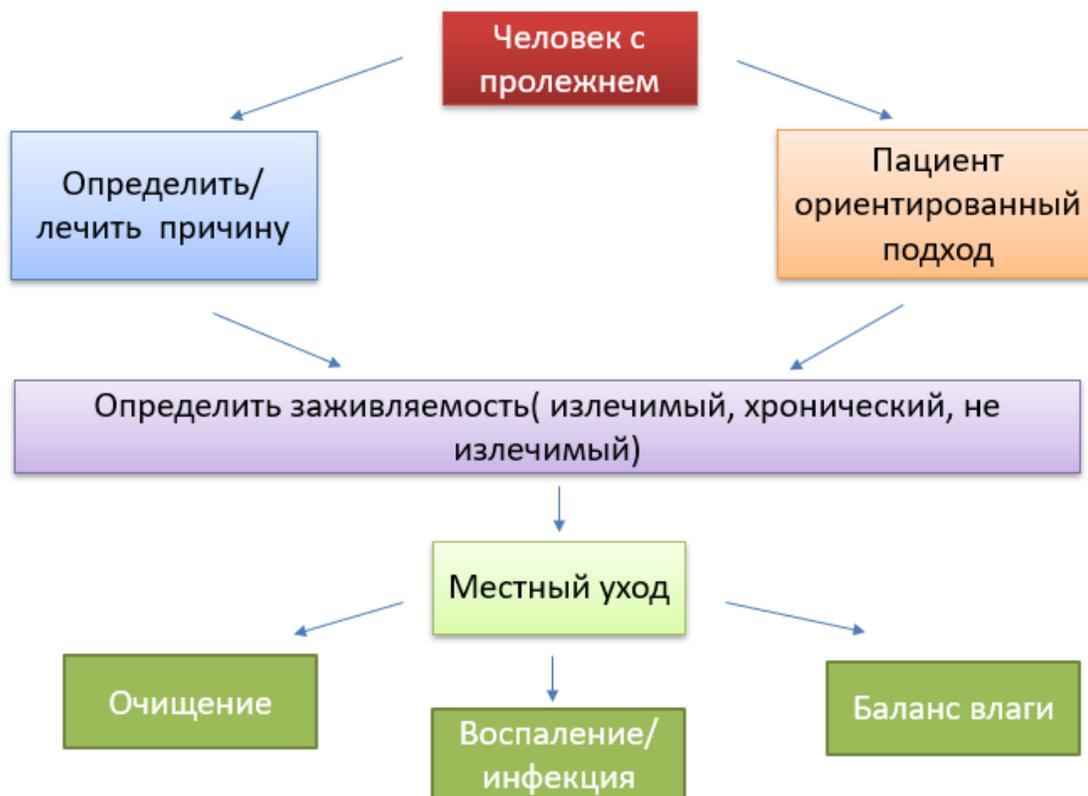
- *очищение*
- *баланс влажности (излечимый пролежень) или уменьшение влажности (неизлечимый пролежень, хронический пролежень)*

- *инфекционный контроль (т.е., поверхностная колонизация/локализованная инфекция и/или глубокая и окружающая инфекция/системная инфекция)*
- *санация раневой полости*

Целесообразность очищения раневой поверхности пролежня, обеспечения баланса влаги, инфекционного контроля и санации раневой полости зависит от того, излечим ли пролежень или нет. План ухода за излечимыми пролежнями обычно выполняется с различными вариантами выбора лечения (т.е., всестороннее рассмотрение причины, очищение, баланс влажности, инфекционный контроль и/или санация раневой полости) для того, чтобы закрылась раневая поверхность пролежня.

В случае неизлечимых пролежней - то есть, при недостаточном кровоснабжении, и/или если причина или факторы, обостряющие пролежень, не могут быть устранены - план ухода за пролежнем является более консервативным, при этом интервенционные меры направлены, главным образом, на обеспечение комфорта и качества жизни человека (напр., снижение дренирования раны и уменьшение бактериальной нагрузки с помощью антисептики) [47].

Схема 1. Алгоритм взаимозависимых и зависимых процедур при лечении и местном уходе за пациентом с пролежнями



Очищение раны

Очищение раны позволяет удалять инородные вещества или остатки органических веществ, бактерии и фибриновый материал из пролежней, что способствует заживлению ран [9]. Очищение раны является необходимым первым шагом для оптимизации визуального осмотра пролежня, защиты заживления раны и подготовки раны для дальнейшего вмешательства [9, 18]. Рекомендуется очищать пролежни, а также кожу вокруг раны (т.е., пери-раны) при каждой смене повязки для облегчения заживления раны [9,14,16].

1. Для очищения раны, используйте физиологический раствор, питьевую или стерильную воду или не цитотоксические средства для очищения ран [9,14,18]. Для ран с инородными веществами и/или остатками органических веществ, высокой бактериальной колонизацией и предполагаемой инфекцией рекомендуется

использование очищающих растворов с поверхностно-активными соединениями (сурфактантами) или противомикробными препаратами (напр., повидон-йодом) [9].

2. Перед процедурой очищения, разогрейте жидкости до комнатной температуры.

3. Используйте достаточное давление для промывания, следя за тем, чтобы поверхность раны не была повреждена. Давление должно быть достаточным для удаления отторгающихся некротических масс или отмирающих тканей, обеспечивая, тем самым, надлежащее очищение, однако, оно не должно повредить поверхность раны; поврежденная раневая ткань более восприимчива к инфекции и задержке заживления раны [18]. Рекомендуется очищение путем осторожного нанесения теплых, пропитанных физиологическим раствором марлевых компрессов на пролежень на 30 секунд перед ее заменой на другую марлю, пропитанную физиологическим раствором.

4. Осторожно промойте рану, используя как минимум, 100-150 мл. раствора. Промывание раны уменьшает количество бактерий на поверхности и повреждении ткани. Для полного промывания всей раневой поверхности требуется достаточное количество средства [18]

5. Рассмотрите цели, ориентированные на пациента. Промывание излечимых пролежней может отличаться от промывания неизлечимых пролежней или для поддерживаемых пролежней. Как правило у человека с неизлечимыми пролежнями и цели ухода ориентированы на создание комфорта (напр., как при симптоматической терапии (паллиативном лечении), а процедура обширного промывания будет излишней.

Перечень растворов для промывания приведен в Приложении 9.

Баланс влажности (излечимые пролежни) или уменьшение влажности (неизлечимые пролежни, поддерживаемые пролежни)

Повязки на раны являются важной частью лечения пролежней, при этом на рынке имеется много повязок, которые способствуют излечению и закрытию раны при пролежнях. Повязки также можно пропитывать анальгетиками, противовоспалительными и противомикробными средствами, кроме того, они могут помочь при санации раневой полости. При выборе повязки медицинские работники должны убедиться в том, что их выбор:

- (a) направлен на всестороннюю клиническую оценку,
- (b) направлен на соответствующее лечение для выявленной стадии раны, и (c) опирается на предпочтения и цели, ориентированные на человека [9,16,48].

Выбор повязки

Имеющиеся доказательства не подтверждают преимущества одного типа повязок над другими, поэтому следует выбирать повязку, которая соответствует следующим критериям:

- Соответствует объему раневого экссудата, так что поверхность раны сохраняется влажной, а окружающие ткани - сухими и нетронутыми [8].
- Соответствует размеру, глубине и локализации язвы [9,14,16]
- Свободно заполняет полость раны [8]
- Позволяет снизить периодичность смены повязок [33]
- Удобна и косметически приемлема для человека [8]
- Используется в сочетании с дополнительными лечебными мероприятиями [8]
- Поддерживает влажную раневую среду [9]
- Позволяет контролировать экссудаты и поддерживает сухость [9,14,16]

- Обеспечивает теплоизоляцию и устойчивость температуры раны [8]
- Защищает от загрязнения внешними микроорганизмами [8]
- Может способствовать устранению бактерии [9]
- Сохраняет свою целостность на ране и не оставляет волокон или инородного материала при снятии [8]
- Минимизирует боль и повреждение на поверхности раны, особенно при наложении и снятии повязки [8,14,16]
- Является экономически эффективным средством для пациента и/или ответственного лиц(а) по уходу за ним, а также для системы здравоохранения [8,14,16]
- Удовлетворяет предпочтения, ориентированные на пациента, и в то же время, подходит для стадии раны [8].
- По мере заживления раны, тип используемой повязки может изменяться, чтобы она по-прежнему подходила для раны [9,18] .

Для излечимых ран рекомендуется использовать повязки, удерживающие влагу, для пролежней на Стадиях II, III и IV [33]. Повязки помогают поддерживать влажную среду для ран и способствуют реэпителизации и закрытию раны [9]. Важным исключением в данной рекомендации являются язвы на пятках. На пятке может развиваться черный струп, защищающий язву на пятке путем отделения жизнеспособной ткани от мертвой ткани [9]. При его наличии, его следует оставить сухим, при этом необходимо следить за его постоянной устойчивостью.

Таким образом, поскольку при пролежнях требуется обеспечить влажную среду для заживления ран рекомендуется использовать влажные марлевые повязки/способы воздействия. В отношении использования влаго удерживающих повязок при пролежнях, рекомендуется следующее:

Повязки следует менять, по мере необходимости, в зависимости от количества экссудата и жидкости, которые повязка может удержать.

- Смена повязки и изменения повязки должны основываться на текущих результатах оценках раны (т.е., характеристиках раны) и, в разумных пределах, на предпочтениях самого человека [9,16].
- Сведите к минимуму боль во время смены раневой повязки, принимая во внимание интервенционные меры по устранению боли, в том числе лекарственные и использование гидрогелевых и пенных повязок [18].
- Заполняйте глубокие раны, туннели и свищи перевязочным материалом, не причиняя травмы и не закупоривая рану. При этом следует позаботиться о том, чтобы перевязочный материал обладал достаточной прочностью на растяжение настолько, чтобы его можно было снять с раны целиком без нарушения целостности.
- Следите за тем, чтобы повязка обладала надлежащим слипанием и соответствовала анатомическому расположению пролежня во избежание последующего трения и смещения к ране.

Лечение поверхностной критической колонизации (локализованной инфекции) и глубокой и окружающей инфекции (системной инфекции).

Инфекция задерживает заживление ран. Все предполагаемые и подтвержденные раневые инфекции следует лечить очищением. Предпочтительным лечением для ран, с признаками поверхностной колонизации, являются локальные (топические) противомикробные средства, тогда как системные антибиотики и санацию раневой полости следует учитывать для более глубоких и окружающих бактериальных инфекций, чтобы облегчить заживление ран [49].

В целом, решение использовать местные противомикробные препараты, антисептики или системные антибиотики для врачебного вмешательства при пролежне основано:

- на том, является ли пролежень поверхностно колонизированной (локализованной) инфекцией или существует более глубокая и окружающая инфекция (системная инфекция);
- на том, является ли пролежень излечимым, хроническим или неизлечимым;
- на целях по уходу (которые были определены совместно с лицом, у которого возник пролежень, лица по уходу за ним и межпрофессиональной группой).

Для ознакомления с топическими противомикробными средствами для их использования при хронических ранах (включая пролежни), см. Приложение 10

Санация раневой полости

Рекомендуется проводить санацию раневой полости для излечимых пролежней. Важно удалить отмирающую ткань как часть подготовки поверхности раны перед лечением, поскольку такая ткань может быть источником инфекции, воспаления и замедленного заживления ран [9].

Типы санации раневой полости включают хирургическую/ острую, консервативную острую, аутолитическую, ферментативную, личиночную и механическую обработку раны [9].

В целом, на использование процедуры санации раневой полости влияет наличие более глубокой и окружающей инфекции, а также целей, ориентированных на человека (напр., излечимые, хронические или не излечимые раны).

<i>РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.6</i>

Сотрудничайте с пациентом и кругом лиц по уходу за ним для реализации плана самоконтроля при лечении пролежней .

Согласно данным систематического обзора/мета-синтеза, проведенного Горецким и др.[26] люди с пролежнями обычно не обладают полными знаниями и пониманием относительно развития и профилактики пролежней. Рекомендуется, чтобы человек и лица по уходу за ним сотрудничали с межпрофессиональной группой для обмена и формирования знаний и навыков, необходимых для эффективного участия в самоконтроле при ухода за ранами.

Термин «самоконтроль» относится к «задачам, которые люди должны выполнять, чтобы хорошо жить с одним или несколькими хроническими заболеваниями. Эти задачи включают создание ощущения уверенности, чтобы справиться с медицинским лечением, с управлением ролью и эмоциональным контролем своего состояния» [50]. Чтобы облегчить самоконтроль, межпрофессиональной группе необходимо сотрудничать с человеком и кругом лиц по уходу за ним, поскольку они «продвигаются» через систему здравоохранения, чтобы у них были знания, необходимые для своего положения, и уверенность и способность принимать активное участие в процессе лечения[50]. По мнению Горецкого и др. (2009 г.), люди хотят быть независимым и принимать активное участие в принятии решений, влияющих на их благополучие и хорошее самочувствие [26]. Таким образом, обучение самоконтролю должно предоставлять людям возможность приобретения независимости, самостоятельности и участия в процессе своего медицинского ухода. В конечном счете, принятие человеком своих пролежней оказывает положительное влияние на психологическое благополучие. Горецкий и др. предлагают различные способы повышения знаний пациентов и

лиц, осуществляющих уход за ними, включая создание групп взаимной поддержки в сообществе для людей с пролежнями [26]

Группа экспертов рекомендует межпрофессиональной группе, совместно с человеком и кругом лиц по уходу за ним, использовать несколько возможностей обучения (напр., буклеты, брошюры, онлайн-программы, программы самоконтроля в сообществе, направления к сайтам, пользующимся хорошей репутацией), которые предоставляют различные стили обучения и способности к обучению.

Согласно действующим рекомендациям по лечению пролежневых язв/пролежней и с учетом мнения группы экспертов, при соответствующем обучении человека и круга лиц по уходу за ним, межпрофессиональной группе следует рассмотреть составляющие модели подготовки поверхности раны, включая следующее:

1. Риски возникновения пролежней:

- Причины возникновения пролежней [8]
- Стратегии снижения риска возникновения дополнительных пролежней [9]

2. Оценка пролежней:

- Определение стадии пролежня [33]
- Осмотр раны [16]

3. Лечение пролежней:

- Стратегии по устранению причин возникновения пролежней (напр., расположение, опорные поверхности, подвижность и режим питания) [9]
- Уход за ранами (напр., очищение, наложение повязок) [16]
- Варианты выбора лечения [8]
- Лечение боли [26]
- Возможность практиковаться с оборудованием, устройствами и приспособлениями, используемыми при лечении пролежней [33]

- Информация о том, как решать психосоциальные проблемы (напр., образ тела) [18]

4. Ресурсы для лечения пролежней:

- Информация относительно заслуживающих доверия источниках информации о лечении пролежней [9]
- Информация об имеющихся и доступных услугах поддержки в сообществе (напр., группы взаимной поддержки) [9]
- Информация о наличии и способах доступа к оборудованию, устройствам и приспособлениям, используемым при лечении травм, которые способствуют лечению пролежней;
- Информация о финансовой помощи, если требуется [18]
- Информация об услугах поддержки, которые можно использовать, чтобы помочь человеку управлять повседневной деятельностью [18]

Межпрофессиональной группе следует приспособить стратегии обучения к уникальным потребностям человека с пролежнем, включая следующее: дегенеративное состояние, нарушение подвижности, неврологические нарушения, когнитивное нарушение и нарушенная перфузия тканей (напр., заболевание периферических артерий) [33].

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.7

Реализуйте план лечения боли, ориентированный на человека, с использованием фармакологических и не фармакологических интервенционных мер.

Согласно исследованию, проведенному Горецким и др. боль представляет собой самую существенную проблему, о которой сообщают люди с пролежнями. Боль влияет на многие аспекты жизни человека. Например, боль от пролежня

вызывает чувство расстройств, гнева, раздражения и неудобства из-за своего «вмешательства» в повседневную жизнь, комфорт, сон и аппетит. Более того, боль от пролежня оказывает влияние на социальное взаимодействие и личные отношения человека [26].

Несмотря на ограниченные доказательства по результатам проведенных исследований относительно лечения боли у людей с пролежнями, из-за его значительного влияния на качество жизни, достигнуто общее согласие между группой экспертов, различными группами по выработке руководящих положений и рекомендаций, и клиническими экспертами в отношении методов передовой практики лечения боли при пролежнях.

Местный уход за раной и лечение боли:

- Следует учитывать температуру средств для очищения ран, чтобы обеспечить комфорт для человека.
- Следует рассматривать поверхностную критическую колонизацию (локализованную инфекцию) или более глубокую и окружающую инфекцию (системную инфекцию) как источник боли, при этом необходимо устранить инфекцию соответствующим образом.
- Смачивайте повязки, которые прилипают к краям раны, перед их снятием, чтобы минимизировать боль.
- Следите за тем, чтобы поверхность раны была влажной, а пролежень покрыт соответствующей не прилипающей повязкой, чтобы помочь минимизировать боль [9,18].
- Выбирайте повязки, которые уменьшают потребность в их смене (напр.,

пена, альгинаты, гидроколлоиды и гидрогели) или которые можно накладывать с препаратом для анальгезии или противовоспалительным препаратом, включая топические опиоиды, топические болеутоляющие средства или ибупрофен [9,14,18].

- Выбирайте повязки, которые не оказывают излишнего давления на рану [14].
- Разрешайте человеку объявлять периоды «перерыва» во время болезненных процедур [9]
- Вводите дополнительные лекарства перед тем, как приступить к выполнению болезненных процедур (напр., смена повязки, санация раневой полости) [9,16,18].
- Поощряйте человека к смене положения, тем самым, помогая минимизировать боль [9,16,18].
- Используйте соответствующие опорные поверхности, чтобы минимизировать боль [16]
- Устраняйте предварительное беспокойство, боязнь, и другие психосоциальные проблемы до выполнения местных процедур по уходу за раной.

Фармакологическое и не фармакологическое лечение боли

Если человек желает получить обезболивающее средство (напр., до смены повязки или санации раневой полости), после консультации и назначения лечащего врача, возможно введение обезболивающих средств с использованием шкалы дозирования препаратов для устранения боли Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) [9,14].

■ Применяйте не фармакологические стратегии лечения боли в соответствии с желаниями человека (напр., слушание музыки, прогрессивная релаксация, чрескожная электрическая стимуляция нервов, способы визуализации, формирование мысленных образов, лечебная пальпация и другие виды целостного

лечебного воздействия) [9,14,18].

Ресурсы для лечения боли

■ Направьте человека в отделение лечения боли или в клинику обезболивания с учетом других клинических ресурсов, если требуется дополнительное лечение боли [9,16].

■ Передайте человеку и ответственным лицам, осуществляющим уход за ним, информацию о стратегиях оценки и лечения боли [9]

■ Направьте человека к его семейному врачу с целью устранения боли, связанной с раной (напр., после выписки домой).

Лечение боли является важной составляющей процесса ухода, ориентированного на человека. Достаточные меры по устранению или снятию боли улучшают все аспекты качества жизни человека, в том числе его настроение (напр., стресс, беспокойство, гнев), сон, познавательную способность (когнитивную деятельность), умение справляться и способность выполнять повседневную деятельность [21].

4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.1

Используйте средство первоначальной оценки риска для пересмотра риска развития у человека дополнительных пролежней на регулярной основе и всякий раз, когда происходит изменение состояния здоровья человека.

Так как человек с одним пролежнем подвержен риску развития дополнительных пролежней одобряется практика повторной оценки всех людей с имеющимися пролежнями на регулярной основе, как определено межпрофессиональной группой, и *всякий раз, когда происходят изменения в состоянии здоровья человека*. Регулярное отслеживание риска развития пролежней

должно способствовать выявлению нерешенных или новых факторов риска, которые могут предотвратить развитие дополнительных пролежней. То же самое средство, которое использовалось для первоначальной оценки риска, следует использовать последовательно с целью проведения текущих оценок риска развития у человека дополнительных пролежней. Данная практика помогает межпрофессиональной группе, совместно с человеком и кругом лиц по уходу за ним, последовательно отслеживать изменения риска с тем, чтобы с течением времени можно было сравнивать полученные результаты.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.2

Используйте средство первоначальной оценки ран для постоянного контроля пролежней у человека с тем, чтобы достичь целей, ориентированных на человека, на регулярной основе и при смене повязки.

Процесс заживления пролежней следует регулярно контролировать (в порядке, определенном межпрофессиональной группой), а также во время смены повязки с использованием одного и того же средства оценки ран, которое использовалось при первоначальном осмотре, как это определено руководящими положениями и рекомендациями относительно деятельности медицинских учреждений [9]. Периодическая оценка заживления ран помогает межпрофессиональной группе, человеку и круг лиц по его уходу определить (1) кривую заживления раны, и (2) требуется ли непрерывное оперативное вмешательство или изменения в курсе лечения [52].

Признаки заживления ран включают:

- улучшение размеров и глубины пролежня,
- уменьшение экссудата и положительную динамику устранения инфекции,
- уменьшение количества нежизнеспособной ткани на поверхности раны, и
- появление здоровой ткани (т.е., грануляция и реэпителизация) [9].

На скорость заживления пролежня могут влиять факторы, в том числе изменение первоначального размера и стадии раны, степень заражения (инфекции), сопутствующие заболевания человека (если таковые имеются), состояние питания человека и целесообразность первоначального плана принятия интервенционных мер [9]. Также, рана может не заживать, несмотря на соответствующий местный уход за раной и принятие интервенционных мер, направленных на устранение причин пролежней [9].

Из-за риска осложнений, включая плоскоклеточный рак (т.е., язву Маржолина), целлюлит, сепсис, остеомиелит, образование абсцесса, фистулу и гетеротопическое костеобразование, - важно определять и лечить незаживающие пролежни [16]. Когда не происходит прогресса в заживлении раны, межпрофессиональной группе следует провести повторную оценку человека в отношении дополнительных факторов, допускающих корректировку, и изменить план интервенционных мер.

Если заживление ран не является осуществимой целью, межпрофессиональной группе, совместно с человеком и кругом лиц по уходу за ним, следует сосредоточиться на ограничении влияния пролежня на качество жизни человека. Это может означать обеспечение лечения для предотвращения увеличения пролежня, инфекционный контроль, и стремление ограничить количество экссудатов и запаха, которые выделяются из раны. Очень важно разработать и пересматривать план и цели ухода за раной во время данного процесса.

См. таблицу в Приложении 11, в которой приводится перечень и описание средств оценки, которые предлагаются для постоянного контроля за излечением пролежня (т.е. средства оценки).

5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ

5.1 Данное клиническое сестринское руководство прошло оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности рекомендаций и их применимости в условиях Республики Казахстан. Вовлечение заинтересованных сторон обеспечило надлежащее качество руководства и приемлемость рекомендаций. Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов.

5.2 Внешняя оценка и процесс консультирования, использование обратной связи:

Список рецензентов:

№ п/п	ФИО	Должность, место работы
1	Дюсупов Алмас Ахметкалиевич	Д.м.н., профессор, врач-ортопед высшей категории, заведующий кафедрой неотложной медицины НАО МУС
2	Саякова Баян Ариновна	Старшая медицинская сестра КОАРИТ университетского госпиталя НАО МУС

5.3 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом

Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP-Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Сари Ярвинен, RN, PhD, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА

6.1 Стратегия внедрения.

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На основании клинических

сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

6.2. Предложения по внедрению

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

7. РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА

7.1 Группа по разработке

1.Руководитель группы: Жетмекова Жулдыз Турехановна НАО Медицинский Университет Семей ассистент кафедры Сестринское дело магистр здравоохранения по специальности «Сестринское дело»

2.Танат Зияда Хапбасқызы – руководитель Центра непрерывного образования и симуляционного обучения КГП на ПХВ «Павлодарский медицинский высший колледж», детский хирург 1 категории

3.Ниязова Бибигуль Кайргелдықызы-старшая медсестра отдела детской хирургии ННЦМД КФ «УМС» г. Нур - Султан

4.Шарапиева Алуа Муратбековна- ассистент кафедры сестринского дела НАО «Медицинский университет Семей »

Было получено официальное разрешение от руководства RegisteredNurses' Association of Ontario (Toronto, ON) на адаптацию клинического руководства.

6.2 Руководящая группа (члены группы, место их работы и должности)

1. Жетмекова Жулдыз Турехановна НАО Медицинский Университет Семей ассистент кафедры Сестринское дело магистр здравоохранения по специальности «Сестринское дело»
2. Жунусова Динара Кайргельдиновна- к.м.н., доцент кафедры ОВП с курсом ДМ, НАО МУА
3. Бекбергенова Жанагуль Боранбаевна-магистр, ассистент кафедры ОВП с курсом ДМ, НАО МУА

6.3 Конфликт интересов

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

6.4 Финансирование и другие источники

Адаптация данного руководства происходила при финансовом участии Всемирного банка реконструкции и развития в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана- SHIP-Путь к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

6.5 Процесс обновления и рассмотрения

Адаптированное руководство рекомендуется пересматривать и обновлять по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем один раз в 5 лет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации Epidemiology of pressure ulcers among the patients in high risk group. Наука и здравоохранение ./Zhetmekova Zh.T. ,Kassym L.T. ,Akhmetova A.K.,.
2. NPUAP/EPUAP/ PPIA, 2014 <https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2010/10/NPUAP-EPUAP-PPIA-Quick-Reference-Guide-2014-DIGITAL.pdf>
3. Bredesen, Ida Marie, Bjoro, Karen, Gunningberg, Lena, Hofoss, Dag The prevalence, prevention and multilevel variance of pressure ulcers in Norwegian hospitals: a cross-sectional study. International journal of nursing studies, 2015.
4. Baath, Carina Idvall, Ewa Gunningberg, Lena Hommel, Ami Pressure-reducing interventions among persons with pressure ulcers: results from the first three national pressure ulcer prevalence surveys in Sweden, Journal of evaluation in clinical practice, 2014
5. Tubaishat, Ahmad Anthony, Denis Saleh, Mohammad Pressure ulcers in Jordan: a point prevalence study. Journal of tissue viability. 2011

6. Allman RM Pressure ulcer prevalence, incidence, risk factors, and impact. *Clin Geriatr Med.* 1997 Aug;13(3):421-36.
7. Berlowitz DR(1), Wilking SV The short-term outcome of pressure sores. *J Am Geriatr Soc.* 1990 Jul;38(7):748-52.
8. Bergstrom, N., Braden, B., Kemp, M., Champagne, M., & Ruby, E. (1998). Predicting pressure ulcers risk: A multi-site study of the predictive validity of the Braden Scale. *Nursing Research*, 47(5), 261–269.
9. Houghton, Pamela E Campbell, Karen E CPG Panel Canadian Best Practice Guidelines for the Prevention and Management of Pressure Ulcers in People with Spinal Cord Injury 2013
10. Registered Nurses' Association of Ontario Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2016
11. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide 2014
12. Registered Nurses' Association of Ontario Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2016
13. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide 2014
14. Australian Wound Management Association. (2012). Pan Pacific clinical practice guideline for the prevention and management of pressure ulcers. Cambridge Media Osborne Park, WA: Author. Retrieved from http://www.awma.com.au/publications/2012_AWMA_Pan_Pacific_Abridged_Guideline.pdf
15. Sussman, C., Bates-Jensen, B. (2007). *Wound care* (3rd ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
16. Registered Nurses' Association of Ontario Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2016
17. Allard, J. P., Keller, H., Jeejeebhoy, K. N., Laporte, M., Duerksen, D. R., Gramlich, L., ... Lou, W. (2015). Malnutrition at hospital admission: contributors and effect on length of stay: A prospective cohort study from the Canadian practice

18. Perry, D., Borchert, K., Burke, S., Chick, K., Johnson, K., Kraft, W., ... Thompson, S. (2014). Pressure ulcers prevention and treatment protocol. Bloomington, MN: Institute for Clinical Systems Improvement.
19. Keller, H., Allard, E., Vesnaver, M., Laporte, M., Gramlich, L., Bernier, P., ... Payette, H. (2015). Barriers to food intake in acute care hospitals: A report of the Canadian Malnutrition Task Force. *Journal of Human Nutrition and Dietetics*, 28(6), 546–557.
20. Malnutrition Task Force, *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25623481>
21. Solowiej, K., Mason, V., & Upton, D. (2010). Psychological stress and pain in wound care, part 2: A review of pain and stress assessment tools. *Journal of Wound Care*, 19(3), 110–115.
22. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide 2014*
23. Chapman, B., Mills, K., Pearce, L., & Crowe, T. (2011). Use of an arginine-enriched oral nutrition supplement in the healing of pressure ulcers in patients with spinal cord injuries: An observational study. *Nutrition & Dietetics*, 68(3), 208–213.
24. Registered Nurses' Association of Ontario *Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2016*
25. Gorecki, C., Brown, J. M., Nelson, E. A., Briggs, M., Schoonhoven, L., Dealey, C., ... European Quality of Life Pressure Ulcer Project Group. (2009). Impact of pressure ulcers on quality of life in older patients: A systematic review. *Journal of the American Geriatrics Society*, 57(7), 1175–1183.
26. Registered Nurses' Association of Ontario *Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2015*
27. Registered Nurses' Association of Ontario *Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2013*
28. O'Tuathail, C. & Taqi, R. (2011). Evaluation of three commonly used pressure ulcers risk assessment scales. *British Journal of Nursing*, 20(6), S27–S34.
29. Bergstrom, N., Horn, S.D., Rapp, M., Stern, A., Barrett, R., Watkiss, M., & Krahn, M. (2014). Preventing pressure ulcers: A multisite controlled trial in nursing homes. *Ontario Health Technology Series*, 14(11), 1-32.

30. Agency for Healthcare Research and Quality. (2016). Preventing pressure ulcers in hospitals. Retrieved: <http://www.ahrq.gov/professionals/systems/hospital/pressureulcertoolkit/putool7a.html>
31. National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. Prevention and Treatment of Pressure Ulcers : Quick Reference Guide 2014
32. Chapman, B., Mills, K., Pearce, L., & Crowe, T. (2011). Use of an arginine-enriched oral nutrition supplement in the healing of pressure ulcers in patients with spinal cord injuries: An observational study. *Nutrition & Dietetics*, 68(3), 208–213.
33. Nixon, J., Nelson, E. A., Cranny, G., Iglesias, C. P., Hawkins, K., Cullum, N. A., ... PRESSURE Trial Group. (2006). Pressure relieving support surfaces: A randomised evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(22), iii-iv.
34. Cassino, R., Ippolito, A. M., Cuffaro, C., Corsi, A., & Ricci, E. (2013). A controlled, randomised study on the efficacy of two overlays in the treatment of decubitus ulcers. *Minerva Chirurgica*, 68(1), 105–116.
35. Malbrain, M., Hendriks, B., Wijnands, P., Denie, D., Jans, A., Vanpellicom, J., ... De Keulenaer, B. (2010). A pilot randomised controlled trial comparing reactive air and active alternating pressure mattresses in the prevention and treatment of pressure ulcers among medical ICU patients. *Journal of Tissue Viability*, 19(1), 7–15.
36. Nixon, J., Nelson, E. A., Cranny, G., Iglesias, C. P., Hawkins, K., Cullum, N. A., ... PRESSURE Trial Group. (2006). Pressure relieving support surfaces: A randomised evaluation. *Health Technology Assessment*, 10(22), iii-iv.
37. Reddy, M. (2011). pressure ulcers. *BMJ Clinical Evidence*, 5(1901), 1–43.
38. Reddy, M., Gill, S. S., Kalkar, S. R., Wu, W., Anderson, P. J., & Rochon, P. A. (2008). Treatment of pressure ulcers: A systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 300(22), 2647–2662.
39. Levine, S. M., Sinno, S., Levine, J. P., & Saadeh, P. B. (2013). Current thoughts for the prevention and treatment of pressure ulcers: Using the evidence to determine fact or fiction. *Annals of Surgery*, 257(4), 603–608.

40. Smith, M. E. B., Totten, A., Hickam, D. H., Fu, R., Wasson, N., Rahman, B., ... Saha, S. (2013). Pressure ulcers treatment strategies: A systematic comparative effectiveness review. *Annals of Internal Medicine*, 159(1), 39–50.
41. Norton, L. (2010). Support surface selection guide. Toronto, ON: Shoppers Home Health Care.
42. Registered Nurses' Association of Ontario Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition, 2011.
43. McGinnis, E., & Stubbs, N. (2014). Pressure-relieving devices for treating heel pressure ulcers. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2. doi: 10.1002/14651858.CD005485.pub3
- Meesterberends, E., Halfens, R. J. G., Lohrmann, C., Schols, J. M. G. A., & de Wit, R. (2011). Evaluation of the dissemination and implementation of pressure ulcers guidelines in Dutch nursing homes. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), 705–712. Medical Advisory Secretariat. (2009). Management of chronic pressure ulcers: An evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series, 9(3), 1–203.
44. Sibbald, R. G., Goodman, L., Woo, K. Y., Krasner, D. L., Smart, H., Tariq, G., ... Salcido, R. S. (2011). Special considerations in wound bed preparation 2011: An update. *Advances in Skin and Wound Care*, 24(9), 415–436.
45. Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Vanwalleghem, G., Van Houdt, S., Gryson, L., ... Van Den Heede, K.(2013). A national guideline for the treatment of pressure ulcers—Synthesis. Brussels, Belgium: Belgian Health Care Knowledge Centre.
46. Sibbald, R. G., Woo, K., & Ayello, E. A. (2007). Increased bacterial burden and infection: NERDS and STONES. *Wounds UK*, 3(2), 25–46.
47. Registered Nurses' Association of Ontario Assessment and management of pressure injuries for the interprofessional team, third edition 2010 r.
48. World Health Organization. (2016). WHO's cancer pain ladder for adults. Retrieved from <http://www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/>
49. Pillen, H., Miller, M., Thomas, J., Puckridge, P., Sandison, S., & Spark, J. I. (2009). Assessment of wound healing: Validity, reliability and sensitivity of available instruments. *Wound Practice & Research*, 17(4), 208–217.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Средства оценки риска

Шкала Брейден для прогнозирования риска развития пролежней.

Примечание: лица, имеющие нарушения двигательной активности и привязанны к кровати и/или инвалидному креслу, должны быть оценены при поступлении на предмет риска развития пролежня. Пациенты с установленными язвами давления должны периодически подвергаться переоценке.

Оценку пациента производят в 6 категориях: чувственное восприятие, наличие влажности, активность, подвижность, питание, а также трение и смещение. Риск пролежней возрастает со снижением баллов: 15-16 = незначительный риск; 12-14 = умеренный риск; < 12 = серьезный риск. По материалам Braden B, Bergstrom N: Pressure ulcers in adults: Prediction and prevention. Руководство к клинической практике (Clinical Practice Guideline,) № 3, стр 14-17, май 1992 г. Министерство здравоохранения и социальных служб США.

ФИО пациента		ФИО специалиста			Дата осмотра
_____		_____			_____
Чувствительность	<i>1. Полное отсутствие</i>	<i>2. Грубое нарушение</i>	<i>3. Частичное нарушение</i>	<i>4. Нормальная чувствительность</i>	
Способность реагировать на дискомфорт	(отсутствие ответа на любое болевое раздражение или отсутствие	(слабая реакция на болевое раздражение или отсутствие болевой чувствительно	(имеется ответ только на сильное болевое раздражение или имеется некоторый дефицит	(нормальная реакция на болевые раздражения или отсутствие выпадений	

	болевым чувствительности практически на всем теле)	сти более чем на половине тела)	болевым чувствительности в одной или обеих конечностях)	чувствительности)
Влажность кожи Степень, с которой кожа подвержена намоканию	<i>1. Постоянно влажная (кожа постоянно влажная из-за пота, мочи и т. д., каждый раз при изменениях положения тела необходима смена белья)</i>	<i>2. Очень влажная (не всегда кожа влажная, необходимость в достаточной частой смене белья по мере необходимости)</i>	<i>3. Случайное намокание (кожа влажная из-за случайного намокания, необходимость в смене белья не больше чем 1 раз в день)</i>	<i>4. Редкое намокание (кожа обычно сухая, нет необходимости в дополнительной смене белья)</i>
Активность Степень физической активности	<i>1. Постель (не может вставать с кровати)</i>	<i>2. Кресло (объем ходьбы резко ограничен или отсутствует, не может выдержать вес собственного тела, нуждается в кресле или кресле-коляске)</i>	<i>3. Ходьба по необходимости (в течение дня ходит редко на небольшие расстояния, большую часть дня находится в кресле или кровати)</i>	<i>4. Ходьба (ходит за пределы палаты не меньше 2 раз в день и внутри палаты не меньше 1 ч через каждые 2 ч)</i>
Подвижность Способность к контролю и	<i>1. Абсолютно неподвижен</i>	<i>2. Значительное</i>	<i>3. Частичное ограничение движений</i>	<i>4. Без ограничений</i>

изменениям позиции тела	(при любом изменении положения тела или конечности и необходима помощь)	<i>ограничение движений</i> (может незначительно менять положение тела и конечностей, но объем и частота движений резко ограничены)	(делает небольшие, но частые изменения положения тела или двигает самостоятельно конечностями)	(частые изменения положения тела без посторонней помощи)
Питание Обычный прием пищи	<i>1. Резко сниженное питание</i> (никогда не съедает порцию полностью, обычно съедает третью часть предоставле нной пищи. Съедает 2 рациона мясных и молочных продуктов или меньше. Пьет мало. Не принимает жидких пищевых	<i>2. Сниженное питание</i> (может однократно съесть одну порцию полностью, но обычно съедает только половину предлагаемой еды. В день получает 3 рациона мясных и молочных продуктов. В ряде случаев имеет дополнительн ое кормление или получает оптимальную жидкую диету	<i>3.</i> <i>Удовлетворите льное питание</i> (съедает более половины при каждом кормлении. Съедает 4 рациона белков (мясо, молочные продукты) в день. Иногда может пропустить кормление, но в большинстве случаев имеет дополнительно е питание или зондовое питание либо полноценное сбалансирован ное	<i>4. Хорошее питание</i> (съедает практически все при каждом кормлении. Никогда не пропускает кормление. Обычно съедает всего 4 рациона мяса или молочных продуктов или больше. Иногда имеет дополнительное питание между кормлениями)

	<p>добавок или не получает ничего через рот и / или используется внутривенное введение жидкостей более 5 дней)</p>	<p>или кормление через зонд)</p>	<p>парентеральное питание)</p>	
<p>Трение и потертости</p>	<p><i>1. Реальная проблема</i> (абсолютная потребность в помощи для изменения положения тела. Встать с постели для смены белья не может. Постоянно соскальзывает с постели или кресла, нуждается в частых поворотах с посторонней помощью. Спастика, контрактуры и</p>	<p><i>2. Потенциальная проблема</i> (ослабление движений или потребность в минимальной помощи, во время движения возможно трение кожи о простыни, кресло и другие приспособления. Способен к поддержанию удобной позы в кресле или постели некоторое время)</p>	<p><i>3. Отсутствие проблем</i> (самостоятельные движения в постели и кресле, достаточная мышечная сила для вставания с них во время смены белья. Удержание удобной позы в кресле и кровати в любое время)</p>	

	беспокойств во, приводящие к постоянному у трению кожи)			
--	---	--	--	--

Оценка результатов:

9 и менее баллов – очень высокий риск.

10-12 баллов – высокий риск.

13-14 баллов – умеренный риск.

15-18 баллов – есть риск.

19-23 – нет риска.

Шкала Нортон для прогнозирования риска развития пролежней*

Шкала оценки Нортон, показанная ниже и созданная в Англии в 1962 году, была создана еще в 1962 году для прогнозирования оценки риска развития пролежней. Чтобы оценить рейтинг Нортон для определенного пациента, посмотрите параметры приведенные в таблице ниже и сложите значения рядом с каждым из них. Общая сумма составляет рейтинг Нортон (NR) для данного пациента и может варьироваться от 20 (минимальный риск) до 5 (максимальный риск).

Критерий	Баллы
Физическое состояние	4 = Хорошее
	3 = Удовлетворительное
	2 = Плохое

Критерий	Баллы
	1 = Очень плохое
Психическое состояние	4 = Ясное сознание 3 = Апатия 2 = Спутанное сознание 1 = Ступор
Активность	4 = Свободно передвигается 3 = Передвигается с помощью 2 = Передвигается на инвалидном кресле 1 = Лежачий больной
Подвижность	4 = Полная 3 = Незначительно ограничена 2 = Значительно ограничена 1 = Полная неподвижность
Недержание	4 = Нет 3 = Иногда 2 = Обычно/Мочи 1 = Мочи и кала

*Рассчитывается как сумма баллов для всех 5 категорий. Количество баллов < 14 свидетельствует о высоком риске развития пролежней. По материалам

Критерий	Баллы
Norton, D: Calculating the risk: Reflections on the Norton Scale. Decubitus 2:24, 1989.	

Оценка результатов:

ниже 9 - очень высокий риск

10 - 13 - высокий риск

14 – 17 - средний риск

выше 18 - низкий риск

Приложение 2

Оценка и мониторинг заживления пролежней

В соответствии с консенсусом экспертов и текущими рекомендациями по уходу за пролежнями, наиболее распространенными, действительными и надежными инструментами оценки пролежней для использования у взрослых следующие:

- 1. Шкала заживления пролежней (The Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH))**
- 2. Фотографическая шкала оценки ран The Photographic Wound Assessment Tool (PWAT)**

Шкала заживления пролежней (The Pressure Ulcer Scale for Healing (PUSH))

длинна х ширин а	0	1	2	3	4	5	Значен ие
	0	<0.3	0.3-0.6	0.7-1.0	1.1 – 2.0	2.1 – 3.0	

(см ²)		6 3.1 – 4.0	7 4.1 – 8.0	8 8.1 – 12.0	9 12.1 – 24.0	10 > 24. 0	
Кол-во экссуда та	0 Нет	1 В малом количестве	2 Умеренн ое количест во	3 В большо м количест ве			Значен ие
Тип ткани	0 закры та	1 Эпителиза ция	2 Грануляц ия	3 Рыхлени е	4 Некротиза ция		Значен ие
							Итого

Длина x Ширина: измерьте наибольшую длину (от начала до конца) и наибольшую ширину (из стороны в сторону), используя сантиметровую линейку . Умножьте эти два измерения (длина x ширина), чтобы получить оценку площади поверхности в квадратных сантиметрах (см²).

Предостережение: нельзя оценивать наугад! Всегда используйте сантиметровую линейку и всегда используйте один и тот же метод при каждом измерении пролежневой раны.

Количество экссудата: Оцените количество экссудата (дренажа), присутствующего после удаления повязки и до применения любого средства к пролежню.

Тип ткани: относится к типам тканей, которые присутствуют в ложе раны (язвы).

Фотографическая шкала оценки ран The Photographic Wound Assessment Tool (PWAT)

Критерий	Оценка	Балл
1. Размер	0 = рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см 2) 1 = 0,5 - 2,0 см 2 2 = 2,0 - 10,0 см 2 3 = 10,0 - 20,0 см 2 4 > 20,0 см 2	
2. Глубина	0. рана зажила (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см 2) 1. полная утолщение 2. не может судить, потому что большая часть основания раны покрыта желтым / черным струпом 3. полное утолщение с участием нижележащих слоев ткани 4. видимая / присутствующая в основании раны сухожилие, суставная капсула, кость,	
3. Некротическая ткань	0 = ничего не видно или рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см 2) 1 = большая часть некротической ткани тонкая белая / серая или желтая слизь 2 = большая часть некротической ткани является толстой, прилипший белой желтойслизью или фибрин 3 - большая часть некротической ткани представляет собой белую / серую девитализированную ткань или струп 4 = большая часть некротической ткани твердый серый к черному струп	

<p>4. Общее количество некротической ткани</p>	<p>0 = нет видимых в открытой ране или рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (0,3 см²) 1 = <25% пролежня закрыта 2 = от 25% до 50% пролежня закрыта 3 => 50% и <75% пролежня закрыта 4 = от 75% до 100% пролежня закрыта</p>	
<p>5. Грануляционная ткань</p>	<p>0 = рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см²) 1 = большинство (> 50%) грануляционной ткани выглядят здоровыми (даже ярко-красного цвета) 2 = большая часть грануляционной ткани нездорова (например, бледная, тусклая, темная, гипергрануляция) 3 = большая часть грануляционной ткани повреждена, рыхлая 4 = нет грануляционной ткани в основании открытой раны (все некротические)</p>	
<p>6. Общее количество грануляционной ткани</p>	<p>0 = рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см²) 1 = от 75% до 100% открытой раны покрыто грануляционной тканью 2 => 50% и <75% открытой раны покрыто грануляционной тканью 3 = от 25% до 50% раневого слоя покрыто грануляционной тканью 4 = < 25% раневого ложа покрыто грануляционной тканью</p>	
<p>7. Края (непосредственно касаются и в пределах)</p>	<p>0 = рана закрыта (неповрежденная кожа) или почти закрыта (<0,3 см²) или края нечеткие, диффузные, плохо видны из-за повторной эпителизации 1 = большинство (> 50%) краев прикреплены с продвигающейся границей эпителия 2 = большинство краев прикреплено даже к основанию раны (не продвигается)</p>	

0,5 см от края раны)	3 = большинство краев не прикреплены и / или подорваны 4 = большинство краев катятся е г, утолщенный или фиброзные не включают образование костной мозоли)			
8. Жизнеспособность кожи вокруг пролежневой язвы (рассмотрите кожу, видимую на фотографии или в пределах 10 см от края раны)	Количество затронутых факторов 0 = нет 1 = один только 2 = два или три 3 = четыре или пять 4 = шесть или более	- мозоль - дерматит - мацерация - высыхание или растрескивание - ярко-красный, эритемический	- отек - экскориация - Разрыв кожи / раздражение р / т раневой повязки или ленты - гипо / гиперпигментация - Другое:	
Всего				

Максимльный балл составляет 32 балла, снижение баллов показатель заживления

Приложение 3
Оценка на предмет инфекции

1.NERDS©

Этот метод был утвержден для оценки бактериальной нагрузки на раны. Пациент должен соответствовать как минимум трем из следующих критериев, которые следует учитывать при лечении поверхностной раневой инфекции:

Незаживающая рана при пролежнях	Это относится к ранам, которые не заживают, несмотря на реализацию соответствующих мероприятий по уходу (например, была устранена причина раны).
Экссудат	Увеличение экссудата от пролежня указывает на бактериальный дисбаланс (при отсутствии аутолитического процесса очистки), что, в свою очередь, может вызвать мацерацию окружающих тканей раны.
Гиперемированная и кровоточащая рана	Кровоточащая раневая поверхность красного цвета и грануляционная ткань свидетельствуют о бактериальном дисбалансе.
Загрязнения	Желтые или черные некротические ткани на поверхности раны стимулируют инфекцию, выступая в качестве пищи для бактерий.
Запах.	Неприятный запах от пролежня обычно возникает из-за бактериального дисбаланса, воспаления тканей и выделения бактериальных побочных продуктов от некротизированных тканей. Различные бактерии выделяют разные запахи - например, <i>pseudomonas</i>

	распространяет сладкий запах, в то время как анаэробы распространяют гнилостный запах.
--	--

2.STONEES©

Это метод для систематической оценки глубоких и окружающих раневых инфекций (системных инфекций). Этот метод был подтвержден для оценки бактериальной нагрузки на раны (Woo and Sibbald, 2009). Пациент должен соответствовать как минимум трем из следующих критериев, которые следует учитывать для вмешательства при глубокой и окружающей ране:

Размер	Увеличение размера раны может быть связано с 1. более глубоким повреждением окружающей ткани, вызванным бактериями 2. отсутствием обработки раны 3. местной или системной причиной, которая препятствует заживлению раны
Температура	Подозрение на инфекцию может быть, если разница температур между здоровым и пораженным участком превышает 3 градуса
Костная ткань	Подозрение на остеомиелит возможно если медицинский работник может визуально увидеть кость на дне раны либо ощущает кость инструментом(во время перевязки)(Sibbald et al., 2007).
новые зоны распада тканей	Распад тканей относится к областям разрушения кожи, которые отделены от пролежня. Это может произойти, когда (1) причина раны не была обработана (2) местное повреждение в настоящее время (3) имеется инфекция
Экссудат	Увеличение экссудата свидетельствует о повышенном бактериальном бремени и повреждении

Эритема и / или отек (целлюлит).	Эритема и / или отек указывают на увеличение бактериальной нагрузки и бактериальную инфекцию. Бактериальное бремя и повреждение в свою очередь вызывают воспаление, вазодилатацию (то есть эритему) и утечка жидкости в ткани (то есть отек)
Запах	Бактерии, которые проникают в ткани, вызывают «неприятный» запах

Приложение 4

Оценка питания и инструменты для оценки питания

Оценка питания

Проводится если пациент во время поступления и переоценки ответил да на следующие вопросы:

Снизился ли ваш вес в последние 6 месяцев без внешних вмешательств?

Стали ли вы меньше есть в последние 2 недели?

Медицинский анамнез
ФИО пациента
Дата
Питание 1. Без изменений/правильное 2. Неправильное/ длительность неправильного питания _____ Субоптимальная твердая диета Полные жидкости или только оральные пищевые добавки Минимальное потребление, прозрачные жидкости или голодание 3. Потребление питательных веществ за последние 2 недели(подчеркнуть)

3. Симптомы в последние 2 недели		
Исчезли изменений	Снизилась	нет
Функциональные изменения		
1. Нет дисфункции		
2. Снижена функция, продолжительность _____		
Проблемы с активностью положении	Прикован к постели/находится в сидячем	
3. Функциональные изменения в последние 2 недели		
Улучшились	без изменений	ухудшились
Метаболические потребности		
Высокая метаболическая потребность	Нет	Да
Физикальное обследование		
Потеря подкожного жира	Нет Среднее Сильное	
Потеря мышечной массы	Нет Среднее Сильное	
Отеки	Нет Среднее Сильное	

Приложение 5

Оценка боли

Люди с нормальной когнитивной функцией	<p>Могут использоваться следующие шкалы оценки боли:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Шкала визуального аналога • Нумерическая оценка боли • Вербальная шкала боли • FACES шкала Вонг Бейкера • Анкета оценки боли МакГилла
--	--

Люди с когнитивными нарушениями	<p>В зависимости от степени выраженности когнитивных нарушений, эксперт Группа рекомендует несколько инструментов для самостоятельной оценки боли, которые были использованы в этой группе населения, в том числе:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Айовский болевой термометр(Iowa Pain Thermometer) • Вербальная шкала оценки боли <p>Следующие дополнительные инструменты оценки боли в наблюдениях могут рассматриваться: Оценка дискомфорта при деменции Оценка боли Абби</p>
<p>Подробнее см. В руководстве по оценке боли</p>	

Приложение 6

Оценка приспособлений для сидячих пациентов.

Оценка места и мобильности требует специальной экспертизы. Все пациенты подолгу находящиеся в сидячем положении или пациенты у которых уже существуют пролежни подвержены риску развития пролежней должны быть направлены к физиотерапевтам для оценки и обучения сидения и мобильности. Оценка сидений должна проводиться каждые два-три года, когда меняется статус пациента или существует риск развития пролежня.

Существуют другие действия, которые члены межпрофессиональной команды могут сделать, чтобы максимизировать снижение давления, трения и сдвига, при сидячем положении. К ним относятся:

- Если пациент использует инвалидную коляску, убедитесь, что инвалидная коляска и подушка для сиденья были предназначены для этого пациента

то есть, проверить не используется ли инвалидное кресло, которое было предписано для другого родственника или оно куплено без участия терапевта. В этих ситуациях посадка стула может быть не идеальной. В таких случаях у пациента должно быть обеспечено новое оборудование.

- Убедитесь, что в инвалидной коляске нет посторонних предметов.
- Поощряйте пациентов к поведению по смещению веса. В зависимости от способностей клиента это может включать перемещение из стороны в сторону, наклоны вперед или использование функции наклона на своем стуле.
- Помогите клиентам менять положение в инвалидной коляске как минимум каждые 2 часа
- Всегда используйте специальную подушку-кушон для инвалидной коляски, предписанную профессиональным или физиотерапевтом. Убедитесь, что эта подушка-кушон правильно расположен в инвалидной коляске. Многие подушки имеют контуры посередине с одной стороны и эта сторона должна быть расположена сверху в передней части кресла-коляски, так как он предназначен для выравнивания ног.
- Проверьте, кресло-коляску на предмет надлежащей эксплуатации-оно не должно быть изношено или опущено. В связи с весом пациента седушка ближе к концу эксплуатации просаживается и не может вернуться к своей первоначальной форме, следовательно есть риск разрыва седушки или неспособности распределить давление.
- Надувные подушки-кушоны. Необходимо проверять воздушные подушки, чтобы убедиться, что они надуваются правильно и еженедельно. Единственный способ проверить надувание воздушной подушки

заключается в том, чтобы положить руку между клиентом и подушкой, когда клиент обычно сидит на стуле (Примечание: во время этой процедуры наденьте перчатки.). Должно быть приблизительно 1-2 см воздуха между самым выступающим костяным выступом клиента и нижней частью подушки (см. схему ниже).



Приложение 7

Пример плана ухода за пациентом с пролежнями.

Мнемоник SPECIAL:

S - стабилизировать рану. Сотрудничать с человеком или кругом лиц по уходу, чтобы предотвратить осложнения и / или дальнейшее ухудшение пролежней.

P - предотвратить новые пролежни. Сотрудничать с человеком или кругом лиц для оценки и управления рисками развития дополнительных пролежней.

Предотвращение дополнительных пролежней поможет избежать дальнейшего физического дискомфорта.

Е - устранить неприятный запах. Сотрудничать с человеком или кругом лиц, занимающихся уходом, чтобы уменьшить или устранить неприятные запахи от пролежня, чтобы улучшить его / ее качество жизни.

С - контроль боли. Частые повороты и изменение положения могут быть невозможны из-за сопутствующей боли. В таких случаях, важно уважать предпочтения и цели человека в отношении индивидуального графика репозиции. Кроме того, нужно сотрудничать с лицом или кругом лиц, о которых идет речь, для рассмотрения методов и стратегии нефармакологического, фармакологического обезболивания, чтобы помочь человеку чувствовать себя комфортно.

І - профилактика инфекций. Сотрудничать с человеком или кругом лиц по уходу, чтобы предотвратить инфекции. Предотвращение инфекции помогают избежать дальнейшего физического дискомфорта и осложнений.

А - усовершенствованная абсорбирующая повязка на пролежни. Сотрудничать с человеком или кругом лиц, чтобы использовать повязки это помогает контролировать дренаж пролежневой раны и контроль запаха.

L - уменьшить смену повязок при паллиативной помощи. Частые смены повязок или одежды могут быть болезненными и выходить за рамки того, что человек может терпеть.

Приложение 8

Выбор опорной поверхности.

Используйте следующий подтвержденный инструменты оценки риска должны быть использованы, чтобы определить тип опорной поверхности который требуется для отдельного пациента.

	Результат оценки риска развития пролежней или описание пролежня			
	Способность смены положения в постели	В группе риска или присутствует покраснение, которое быстро исчезает при удалении давления	Относительный риск или пролежневая язва (исключая пролежни пяток) и пациент не может быть расположен на области пролежня	Высокий риск Или пролежневая язва (исключая пролежни пяток) и покраснение другой области
Полная зависимость в смене положения в постели	Реактивная опорная поверхность(без электропитания) т.е. с наполнением геля, пены или воздуха.	Реактивная опорная поверхность т.е. с наполнением геля, пены или воздуха.	Активная опорная поверхность. Многозонная поверхность (например, чередующийся надувной матрас,	Активная опорная поверхность. Многозонная поверхность (например, чередующийся

				сменные опорные поверхности) или реактивная опорная поверхность (например, наполнение воздуха)	надувной матрас, сменные опорные поверхности)
Относительная зависимость в смене положения в постели	Реактивная опорная поверхность (без электропитания) т.е. с наполнением геля, пены или воздуха или пенные матрасы высокой плотности	Реактивная опорная поверхность (пенная поверхность с открытой секцией для пролежневой раны	Реактивная опорная поверхность (пенная поверхность с открытой секцией для пролежневой раны	Активная опорная поверхность. Многозонная поверхность (например, чередующийся надувной матрас, сменные опорные поверхности)	
Пациент не требует помощи при смене положения в постели	Реактивная опорная поверхность - пенные матрасы высокой плотности	Реактивная опорная поверхность (пенная поверхность с открытой секцией для пролежневой раны	Реактивная опорная поверхность т.е. с наполнением геля, пены или воздуха.	Активная опорная поверхность.	

<p>Реактивные опорные поверхности. опорная поверхность с возможностью изменить распределение нагрузки только в ответ на ручную нагрузку.</p>	<p>без электропитания Любая опорная поверхность не требующая или не использующая внешние источники энергии для работы. (энергия = A / C или D / C)”¹</p> <p>Преимущества:</p> <ul style="list-style-type: none"> • менее шумно, чем поверхности с электропитанием. • Может быть менее сложным в работе. • Может занимать меньше места (не нужна комната для насоса). • Может потребовать меньше поддержки. • Не требует заземленной розетки или 	<p>Покрытие</p> <p>Дополнительная опорная поверхность предназначена для размещения поверх существующей поверхности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Нестандартный размер больничной койки. • Меньше скользит во время сна. 	<p>Односегментные</p> <p>Приспособление с возможностью перераспределения одной зоны</p> <ul style="list-style-type: none"> • Прост в использовании, обычно не требует корректировки
		<p>Замена матраса</p> <p>«Опорная поверхность разработана для размещения непосредственно на существующий каркас кровати.</p>	<p>Мульти сегментные</p> <p>Поверхность, в которой разные сегменты могут иметь разные возможности перераспределения</p> <ul style="list-style-type: none"> • необходимо определить, действительно ли тело клиента вписывается в соответствующие зоны

	<p>другие электрические шнуры.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Не добавляет высоту от пола до матраса. • Проверьте совместимость со старым каркасом кровати. 	<p>Мульти сегментные Поверхность, в которой разные сегменты могут иметь разные возможности перераспределения</p> <ul style="list-style-type: none"> • необходимо определить, действительно ли тело клиента вписывается в соответствующие зоны
	<p>с электропитанием Любая опорная поверхность не требующая или не использующая внешние источники энергии для работы. (энергия = A / C или D / C) ”1</p>	<p>Покрытие Дополнительная опорная поверхность предназначена для размещения поверх существующей поверхности.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Может быть применена при нестандартном размере больничной койки. • Меньше скользит во время сна. 	<p>Низкий уровень подачи воздуха</p> <ul style="list-style-type: none"> • Используйте только для людей, у которых влажность является выявленной проблемой. <p>Нужно следить за пациентом для профилактики обезвоживания.</p>
		<p>Замена матраса Опорная поверхность разработана для Размещения непосредственно на существующий каркас кровати.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Не добавляет высоту от пола до матраса. 	<p>Низкий уровень подачи воздуха</p>
			<p>Без подачи воздуха</p>

		<ul style="list-style-type: none"> Проверьте совместимость со старым каркасом кровати. 	
Активные опорные поверхности Требующая электропитания опорная поверхность с возможностью изменить распределение нагрузки с или без применения силы	<p>Покрытие Дополнительная опорная поверхность предназначена для размещения поверх существующей поверхности.</p> <ul style="list-style-type: none"> Может быть применена при нестандартном размере больничной койки. <p>Добавляет высоту кровати</p>	<p>Низкий уровень подачи воздуха Особая опорная поверхность, которая обеспечивает поток воздуха, чтобы помочь в управлении тепла и влажности кожи.</p> <p>«Особенность поддержки поверхность, которая обеспечивает поток воздуха, чтобы помочь в управлении тепло и влажность (микроклимат) кожи».</p> <p>Соображения</p> <ul style="list-style-type: none"> Используйте только для клиентов, где влажность является идентифицированной проблема. Надо следить пациент для обезвоживания 	<p>Вращающийся Особенная опорная поверхность, вращающаяся вокруг продольной оси по степени, продолжительность и частоте смены положения пациента.</p> <p>Переменный воздух Особенная опорная поверхность, обеспечивает перераспределение давления с помощью циклического изменения в соответствии с характеристиками по частоте, продолжительности, амплитуде.</p>

		Без подачи воздуха	-
	Замена матраса Опорная поверхность разработана для размещения непосредственно на существующий каркас кровати. • Не добавляет высоту от пола до матраса. • Проверьте совместимость со старым каркасом кровати.	Низкий уровень подачи воздуха	Вращающийся Переменный воздух
		Без подачи воздуха	-

Приложение 9

Перечень средств для промывания пролежневых ран

№	Название	Эффект
1.	Гипохлорид натрия	Высокий рН вызывает раздражение кожи. Раствор Дакенса и Eusol могут быть использованы против грамотрицательные микроорганизмы.

2.	Перекись водорода	Можно повредить здоровую грануляционную ткань и может сформировать воздушную эмболию, если применять в глубокие пазухи.
3.	Хлорид ртути Кристаллвиолет Профлавин	Бактериостатические средства, активные только против грамположительных бактерий. Могут иметь системную токсичность.
4.	Цетавлон	Хорошее промывающее средство, активное против грамположительных и -отрицательных организмов, но отличается высокой токсичностью для ткани.
5.	Хлоргексидин	активное против грамположительных и -отрицательных организмов, низкой токсичностью для ткани.
6.	Уксусная кислота (0,5)	Низкий PH активен против <i>Pseudomonas</i> и может выявить <i>S. aureus</i> .
7.	Повидон йод	Широкий спектр деятельности, хотя уменьшается при наличии гноя или экссудата. Токсичен при длительном применении или на больших площадях.

Приложение 10

Местные антимикробные вещества.

Вещество	S. aureus	MRSA	Streptococcus	Pseudomonas	Анаэробы	Комментарии	Выводы
Кадексомер-йод	+	+	+	+	+	Также очищает рану. Низкая вероятность резистентности. Применять осторожно пациентам с болезнями щитовидной железы.	риск низкий
Серебро	+	+	+	+	+	Не применять с физ.раствором. Низкая вероятность резистентности.	и
Серебряный сульфадиазин	+	+	+	+	+	Применять осторожно пациентам чувствительным к сульфанамидам.	Эффективны осложнений
Полимиксин В сульфат/бацитрацин-цинк	+	+	+	+	+	Бацитрацин в форме мази- бацитрацин цинковый; Состав крема содержит сенсibiliзирующий грамицидин.	Используются выборочно
Мупироцин		+				Подходит против МРС и других грамм положительных микроорганизмов	
Метронидазол					+	Подходит для борьбы с анаэробами и против неприятного запаха. Низкая	

						резистентность при местном применении.	
Бензоилпероксид	слабо	слабо	слабо	слабо	слабо	Обширные раны. Вызывает аллергию и раздражение.	
Гентамицин	+		+	+		Наилучший метод ведения в.в или перорально. Местное применение вызывает резистентность.	с Использовать осторожно
Фуцидин-мазь	+		+			В составе есть ланолин.	
Сульфат полимиксина В / бацитрацин цинк неомицин	+	+	+	+	+	Компоненты неомицина вызывают аллергию.	