

## Лечение и профилактика пролежней

Филатов Е.В.

В последние годы в стране наблюдается устойчивый рост числа спинальных травм, достигая 10 тысяч случаев в год. Свыше 90 % выживших после спинальной травмы становятся инвалидами, как правило, наиболее тяжёлой первой группы. В большинстве случаев пациент утрачивает способность к самостоятельному передвижению и контроль за функцией тазовых органов. Лечение спинальных пациентов на ранних стадиях заболевания требует организации тщательного ухода, что не всегда реализуется на практике. В результате уже в раннем периоде формируются основные проблемы позднего периода травматической болезни спинного мозга (ТБСМ): хроническое воспаление органов мочевыделительной системы, нейрогенные контрактуры и деформации, пролежневые раны.

Пролежневые раны, по данным различных авторов, встречаются с частотой от 28 % до 90 % случаев и являются одним из основных факторов, препятствующих проведению реабилитационных мероприятий. Кроме того, пролежневый сепсис является одной из основных причин смерти пациентов в отдалённые сроки после спинальной травмы.

Лечение пролежневых ран, в большинстве случаев, проводится консервативными методами. Поверхностный пролежневый дефект эпителизируется в течение нескольких недель, и даже глубокая пролежневая рана в течение ряда месяцев рубцуются. Тем не менее, нередко пролежневые раны существуют годами и не имеют тенденции к заживлению, несмотря на местное лечение с применением современных перевязочных средств.

За последние десятилетия разработаны различные методы хирургического и консервативного лечения пролежней у спинальных больных. Успехи реаниматологии и анестезиологии способствуют повышению выживаемости пациентов с ТБСМ с наличием пролежней, а также дают возможность проводить обширные оперативные вмешательства по пластике пролежневых ран.

Как хирургическое, так и консервативное лечение пролежней существенно увеличивает затраты на лечение и общий уход. Хирургическое лечение требует длительной госпитализации и не во всех случаях позволяет добиться заживления пролежня.

Анализ показал, что: основная масса пролежневых ран возникает в стационаре первичной госпитализации, чаще встречается у пациентов мужского пола; оперативный метод лечения пролежневых ран более эффективен, чем консервативные способы лечения, но снижает возможности двигательной реабилитации; наличие пролежневых

ран не является препятствием для проведения реабилитационных мероприятий и восстановления локомоторных навыков; для снижения риска образования пролежневых дефектов у пациентов в позднем периоде травматической болезни спинного мозга необходимо работать по формированию неспецифической чувствительности от частей тела ниже уровня поражения.

### **Классификации пролежней**

1 стадия – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления, кожные покровы не нарушены; 2 стадия – стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку; 3 стадия – разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу, могут быть жидкие выделения из раны; 4 стадия – поражение (некроз) всех мягких тканей, наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Пролежни в своем развитии проходят следующие стадии: 1) некроза; 2) гранулирования очистившейся от некроза трофической раны; 3) эпителизации; 4) рубцевания или образования трофической язвы.

### **Профилактика и лечение пролежней**

Лечение пролежневых ран, в большинстве случаев, проводится консервативными методами. Поверхностный пролежневый дефект эпителизируется в течение нескольких недель, и даже глубокая пролежневая рана в течение ряда месяцев рубцуются. Тем не менее, нередко пролежневые раны существуют годами и не имеют тенденции к заживлению, несмотря на местное лечение с применением современных перевязочных средств.

Лечение пролежней I и II степеней обычно не требует оперативного лечения. Наличие таких пролежневых ран должно мобилизовать медицинский персонал на профилактику прогрессирования процесса. Необходимо при этом произвести повторную оценку состояния здоровья пациента, обращая особое внимание на выявление или исключение различных внешних и внутренних факторов риска развития пролежней. Главной задачей лечения на этой стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов. Помимо специальных мер профилактики необходимо обязательное лечение любых сопутствующих заболеваний и синдромов, способствующих формированию пролежней различной локализации (сахарный диабет, окклюзионные заболевания артерий, адекватное обезболивание и коррекция водно-электролитного баланса). Ведущим фактором в профилактике и успешном консервативном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного дав-

ления. Переворачивание пациента в кровати через каждые 2 часа может полностью предупредить образование пролежней, но это представляет большие трудности из-за загруженности медицинского персонала. В связи с этим в настоящее время большое распространение получили средства, направленные на снижение силы давления, а также обеспечивающие его прерывность (пластиковые шины, специальные кровати, а также матрасы, подушки и прокладки, которые заполняются пеной, водой, гелем, воздухом или комбинацией этих материалов). Прерывность фактора давления с успехом обеспечивается системами с регулируемым давлением и вибрацией, которые уменьшают локальное давление на кожу. Местное лечение формирующейся пролежневой язвы включает тщательный туалет области измененной кожи. Поэтому при наличии чистой пролежневой язвы или воспаленной поверхности кожи туалет производят физиологическим раствором или препаратами, не обладающими ионообменными свойствами. После туалета при ненарушенной целостности кожи осуществляют тщательное просушивание ее поверхности и обработку средствами, улучшающими местное кровообращение. С целью защиты воспаленной кожи от бактериального фактора накладывают приклеивающиеся полиуретановые пленочные повязки (прозрачные пленки), которые обеспечивают доступ кислорода из атмосферы в язву и испарение влаги с язвенной поверхности. Вместе с тем достаточно маленькие поры повязки препятствуют попаданию в язву бактериальной флоры, а прозрачность повязки позволяет осуществлять визуальный контроль состояния кожи. С точки зрения хирургического вмешательства при этих стадиях достаточно ограничиться туалетом раны в условиях перевязочной. При этом удаляют эпидермис в местах образования пузырей, а также общее загрязнение. Участки кожи, лишенные эпидермиса, не следует обрабатывать ионообменными антисептиками, для закрытия измененных участков кожи применяются специальные повязки. Для заживления поверхностных повреждений кожи также могут быть использованы: прозрачные приклеивающиеся пленочные повязки; вафельные гидроколлоидные или гидрогелевые повязки; полупроницаемые пенопластовые повязки. Следует отдавать предпочтение пенистым полупроницаемым повязкам, поскольку они отвечают всем требованиям лечения пролежневых язв. За язвой следует тщательно наблюдать до восстановления эпителиального слоя. В случае появления каких-либо признаков воспаления больному следует немедленно назначить антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки. Оперативному лечению в основном подвергаются пролежни III, IV и V степеней (по различным классификациям). Предоперационная подготовка включает в себя этапы, используемые для лечения и профилактики пролежней I и II степеней. Для пролежней III, IV, V стадий характерно наличие

некрозов. В связи с этим задачей лечения является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Своевременная некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию. Формирующийся при пролежнях влажный некроз не имеет отграничения и быстро распространяется на соседние, плохо кровоснабжающиеся ткани. В этих условиях ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей ошибочно, поэтому целесообразно производить иссечение тканей до появления капиллярного кровотечения. Даже при внешней картине сухого некроза преобладает смешанная форма, когда под струпом выявляется влажный некроз и гнойное расплавление. При смешанных формах оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. Кроме антибактериальных препаратов для местного лечения пролежней (бактерицидные и фунгицидные средства), применяют:

- а) некролитические препараты (коллагеназа, дезокси-рибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин);
- б) дегидратирующие – гиперосмолярные препараты;
- в) средства, улучшающие микроциркуляцию (пирикарбат, трибенозид);
- г) противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон);
- д) стимуляторы репаративных процессов (метилурацил, винилин, мазь каланхоэ и др.).

Комплексное применение этих препаратов с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы. Немаловажной задачей лечения в этих стадиях после иссечения некроза является абсорбция отделяемого и правильное увлажнение заживающей язвы. Помимо применяемых в этих стадиях медикаментозных средств, при хирургической обработке и стимуляции процессов заживления используют различные методы физического воздействия. Для максимального снижения микробной обсемененности производят УЗ кавитацию язвы, воздействие УВЧ в тепловой дозе, фонофорез с антисептиками и электрофорез антибиотиков. С целью стимуляции репаративных процессов воздействуют на ткани низкоинтенсивным лазерным излучением, проводят дорсанализацию окружности пролежня, стимуляцию раневой поверхности постоянным током, грязевые аппликации и электроакупунктуру.

Наряду с проводимыми общепринятыми лечебными мероприятиями, направленными на коррекцию нарушений гомеостаза и иммунного статуса пациента, необходимо проводить и местное лечение: тщательное дренирование пролежневой раны и применение повязок в зависимости от стадии раневого процесса. Обязательным является периодический бактериологический контроль за состоянием пролежня. Сокращению сроков местной подготовки раны к операции способствует проведение ультразвуковой кавитации с различными лекарственными средствами (протеолитические ферменты, антисептики и др.). Для улучшения абсорбции применялся гипертонический раствор хлорида натрия. Рекомендуется деликатное отношение к некротическим тканям, которые часто располагаются на дне и стенках пролежня, так как активные некрэктомии часто ведут к углублению некроза. Некрэктомии проводятся только при условии хорошо отграниченного некроза с тенденцией к sluциванию. В качестве некролитического средства широко применяется 15-30 % салициловую мазь. Необходимо уделять большое внимание психологической подготовке к операции, подробно разъясняется суть и необходимость операции, так как часть больных до этого уже подвергалась операциям на пролежнях, и они не привели к успеху, а часть пациентов просто считает, что у таких больных пролежни обычно не заживают. Важнейшим компонентом предоперационной подготовки является тренировка больного положением. Часть больных трудно переносят или совсем не переносят положение, которое необходимо (иногда весьма длительно) занимать в послеоперационном периоде. Больных требуется не просто обучить длительному пребыванию в вынужденном положении, но и обучить элементам самообслуживания в этом положении, профилактике новых пролежней, а главное – обучить отправлению физиологических надобностей в таком положении.

### **Оперативное лечение пролежневых ран**

В основном для хирургического лечения используются следующие методики оперативных вмешательств, направленных на закрытие раневой поверхности: 1) свободная кожная пластика; 2) иссечение пролежня с последующей пластикой местными тканями; 3) иссечение пролежня с последующей пластикой перемещенным кожным, кожно-фасциальным и кожно-мышечными лоскутами; 4) иссечение пролежня с последующей пластикой перемещенным кожным или кожно-мышечным лоскутом на ножке.

Свободная кожная пластика применяется в основном при пролежнях II, III степеней. Используются методики Ревердена, Тирша, Девиса, Humby. Использование данных методик приводило к эпителизации пролежней в течение 2-3 недель. Однако в дальнейшем, образовавшиеся тонкие рубцы и перемещенная эпидермальная ткань, легко травмируется, изъязвляется и приводит к рецидиву пролежневой раны, что тре-

бует повторного радикального хирургического вмешательства. Следует отметить, что во всей доступной нам литературе рекомендуется взятие кожного трансплантата в зоне с сохранной чувствительностью.

Наиболее часто в хирургическом лечении пролежней используется методика иссечения пролежневой раны и пластика образовавшегося дефекта местными тканями. В основном данное оперативное лечение применяется при пролежнях IV степени. По данным различных авторов первичное заживление при выполнении данной операции достигает 43-83,5 %. При операциях, выполненных с использованием перемещенного кожного лоскута первичное заживление достигается в 55,8-71 % случаев.

Ведущим методом оперативного лечения пролежневых ран в отделении является закрытие пролежневых дефектов путем пластики местными тканями. Нами так же применяется свободная кожная пластика пролежней, но показания к использованию данной техники ограничено – это небольшие поверхностные раневые дефекты, или же наоборот обширные пролежневые раны на фоне тяжелого общего состояния, когда невозможна пластика раны полноценным кожнофасциальным или кожномышечным лоскутом. Данная практика сложилась за долгие годы работы и накопленного нами положительного опыта лечения этой патологии. Ранее в отделении так же использовались методы закрытия пролежневых ран путем пластики раневых дефектов перемещенными тканями: мостовидная пластика, пластика пролежней седалищной области лоскутом на питающей ножке из мошонки.

Следует отметить, что длительность пребывания этих больных в стационаре колебалась от 4 месяцев до 1 года. В связи с большим количеством осложнений мы не используем в настоящее время данные виды оперативного лечения.

Результаты нашего исследования позволяют сделать вывод, что оперативное лечение пролежневых ран более эффективно (полноценное заживление, сроки лечения), чем консервативное.