

Этиология, патогенез, классификации пролежневых ран

В настоящее время достаточно сложно с уверенностью судить о частоте возникновения пролежней. Этому вопросу посвящено большое число работ, в которых приведены данные разных лечебных учреждений, хосписов, реабилитационных центров. Однако их анализ показывает, что частота появления пролежневых ран не только исключительно высока, но и крайне вариабельна, причем не только в разных странах, но и в разных клиниках. По данным отечественных авторов, пролежни появляются в 62,4-90 % всех наблюдений, а летальность, связанная с ними, достигает 20 %. В США у неврологических больных частота возникновения пролежней составляет от 2,7 % до 29 %, достигая 40-60 % у пациентов с ТБСМ.

Пролежни являются следствием любого сдавления тканей извне, особенно на месте костных выступов. В связи с этим существует мнение о том, что более точным является характеристика данного патологического процесса как язвы, образующейся вследствие давления – «pressure sores» или «pressure ulcer». В настоящее время не вызывает сомнения важная роль в формировании пролежневого процесса таких факторов, как непрерывное давление на ткани, трение и влажность. В качестве этиологических факторов отмечают роль ограничений двигательной активности больных, недостаточное питание, дефекты ухода за больным, а среди факторов содействующих возникновению пролежней – принадлежность к мужскому полу, возраст старше 70 лет, нехватка и недостаточная квалификация обслуживающего персонала.

Риск развития осложнения оценивается по шкалам Norton (1962), Waterlow (1985), Braden (1987), Medley (1991). Наиболее популярной стала шкала Нортон (таблица 2).

А		Б		В		Д		Е	
Физическое состояние		Умственные способности		Активность		Подвижность		Недержание	
Хорошее	4	Ясное	4	Ходит без помощи	4	Полная	4	Нет	4
Удовлетворительное	3	Апатия	3	Ходит с помощью	3	Слегка ограниченная	3	Иногда	3
Плохое	2	В замешательстве	2	Прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаще отмечается недержание мочи	2
Очень плохое	1	Тупоумие	1	Лежачий	1	Полностью неподвижен	1	Чаще отмечается недержание мочи и кала	1



При оценке степени риска суммарное количество баллов, равное 20, указывает на низкую вероятность образования пролежней. 5 баллов говорят о высокой вероятности осложнений.

В работах, посвященных профилактике и лечению пролежней, используются различные классификации.

Существует международная классификация Shea, в соответствии с которой, в зависимости от глубины пораженных тканей оценивается степень тяжести:

I степень – пролежни с глубиной поражения, соответствующей толщине кожи;

II степень – пролежни с глубиной поражения до подкожной клетчатки;

III степень – с глубиной поражения до глубокой фасции;

IV степень – с глубиной поражения до кости;

V степень – закрытые пролежни с анатомической глубиной поражения до фасции или кости.

Широко используется классификация пролежней Agency for Health Care Policy and Research:

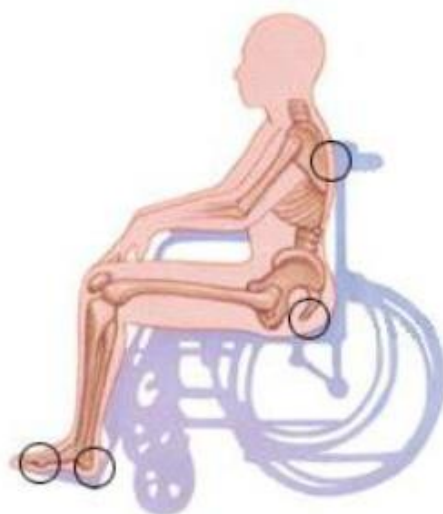
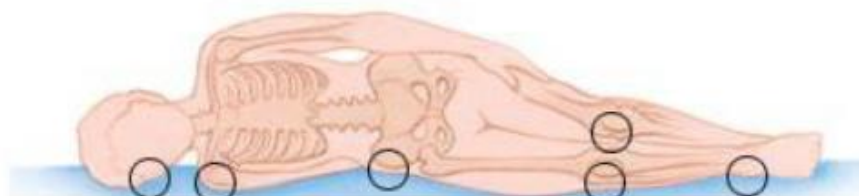
1 стадия – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления, кожные покровы не нарушены;

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.

Чаще пролежневые раны локализуются в области седалищного бугра, в области большого вертела бедренной кости, в области крестца, в пяточных областях.



Лечение пролежней I и II степеней обычно не требует хирургического лечения. Наличие таких пролежневых ран должно насторожить и мобилизовать медицинский персонал на профилактику прогрессирования пролежневого процесса. Основной задачей лечения на этих стадиях является защита раны от инфицирования и воздействия различных повреждающих факторов.

Первоочередной задачей в профилактике и консервативном лечении пролежневых ран является устранение факторов давления. Частое переворачивание пациента может полностью предупредить возникновение пролежневых ран. Большое внимание уделяется средствам, направленным на снижение силы и времени давления, а также обеспечивающим его прерывность (ортезы и шины, специализированные кровати и матрацы, подушки и различные демпферные устройства).

При уходе за лежачими больными следует сконцентрироваться на мероприятиях по:

- уменьшению давления зоны риска образования пролежней;
- обеспечению удобной позы без сползания с подушек;
- регулярному переворачиванию пациента;
- наблюдению за кожей;
- поддержанию чистоты тела и постели пациента;
- поддержанию нормальной влажности кожных покровов (обсушивание при необходимости или обработка увлажняющими кремами);
- обеспечению полноценного рациона, богатого белковой пищей, железосодержащими овощами.