

Особливості ведення пацієнтів із пролежнями в практиці сімейного лікаря

Відповідно до визначення Національної дорадчої групи з питань пролежнів, пролежні – це локалізовані ураження шкіри та підлеглих м'яких тканин, що зазвичай виникають над кістковими виступами або під тиском певних пристроїв, у тому числі медичного призначення. Ушкодження може маніфестувати у вигляді інтактної шкіри або відкритої рани та супроводжуватися боєм. На стійкість шкіри та м'яких тканин до ушкоджувальної дії тривалого тиску впливає мікроклімат у приміщенні, в якому перебуває хворий, стан пацієнта, активність кровообігу, наявність коморбідних захворювань, вихідні характеристики шкіри та м'яких тканин (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016).

Пролежні характеризуються значною болючістю та повільним загоєнням (Institute for Healthcare Improvement, 2012). Факторами ризику появи пролежнів є старечий вік, тривала іммобілізація, недостатня фізична активність, тривале перебування на стаціонарному лікуванні, нетримання сечі або калу, недостатність харчування і питного режиму, нейро-сенсорний дефіцит, хірургічні втручання або переломи в недавньому анамнезі, порушення кровообігу і такі супутні коморбідні стани, як цукровий діабет, артеріальна гіпотензія тощо (Institute for Healthcare Improvement, 2012; National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance; 2014; Coleman S. et al., 2014; Gedamu H. et al., 2014; Beredec D.T. et al., 2018; Nayak D. et al., 2008).

Окрім страждань і погіршення якості життя, наявність у пацієнта пролежнів значно збільшує фінансові витрати на догляд за ним. P. Potter і співавт. (2013) називають пролежні третім за рівнем грошових витрат захворюванням після ракових пухлин і кардіо-васкулярної патології. Вартість лікування пролежнів зростає пропорційно збільшенню площі ураження шкіри та ступеня тяжкості (Andrade C.S.D. et al., 2016). Згідно з даними різних авторів, витрати варіюють у межах від 1,71 до 470,49 євро на день (Demarre L. et al., 2015), у зв'язку із чим надзвичайно важливо виділяти групи ризику розвитку пролежнів, проводити профілактику порушень цілісності шкіри та запобігати появі ускладнень.

Хоча американські статистичні дані відзначають тенденцію до зниження частоти розвитку пролежнів (He J. et al., 2013; Van Gilder C. et al., 2010), поширеність цих уражень у дорослих залишається досить високою і становить 0-12% у відділеннях невідкладної допомоги, 24,3-53,4% у відділеннях інтенсивної терапії та 1,9-59% у закладах догляду за особами старечого віку (National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance; 2014). G.H. Brandeis і співавт. (1990) проаналізували дані 19889 мешканців таких закладів і з'ясували, що в 11,3% із них наявні пролежні різного ступеня тяжкості. Діагноз пролежнів асоціювався із підвищеним показником смертності, однак динамічне спостереження за хворими дозволило встановити, що за умов належного догляду та лікування більшість пролежнів загоюється протягом 1 року. Слід також зазначити, що за допомогою адекватних профілактичних заходів у 95% випадків пролежнів можна уникнути (Downie F. et al., 2013; National Institute for Health and Care Excellence, 2015).

У патогенезі пролежнів провідні місця посідають тиск та ішемія. Тертя і хронічна вологість погіршують стан епідермісу та дерми, а також створюють сприятливі умови для колонізації шкіри патогенними бактеріями, переважно анаеробними (Kosiak M., 1959; Daniel R.K. et al., 1981). Важливу роль відіграють також певні характеристики анатомії людини. Так, шкіра і м'які тканини над кістковими виступами характеризуються досить слабким кровопостачанням. У цих ділянках тонкостінні пенетруючі артерії виходять із кісток, проходять крізь м'язи і формують анастомози в підшкірній жировій клітковині та дермі. Гілки цих артерій постачають і верхні шари шкіри. У разі тривалого лежання на твердій поверхні ці артерії стискаються

між поверхнею та кістковим виступом, що спричиняє ішемію. Більшість не надто тяжких пацієнтів часто змінюють положення тіла, звільняючи артерії від надмірного стискання, натомість значно ослаблені, парализовані хворі, особи без свідомості та пацієнти, які підлягають штучній вентиляції легень, часто перебувають в однаковій позі настільки довго, що розвивається критичний рівень ішемії тканин із формуванням дефекту (Daniel R.K. et al., 1981).

Отже, місця типової локалізації пролежнів добре вивчені (рис. 1) і зазвичай характеризуються близьким розташуванням кісткового виступу чи горбистості. Згідно з даними M. Stolt і співавт. (2019), пролежні найчастіше розташовуються на п'ятах (38%), стегнах (13%), сідницях (10%) і латеральних кісточках (9,5%). Основними стадіями пролежнів є стійка еритема інтактної шкіри (I); часткова втрата шкіри з оголенням дерми (II); втрата всіх шарів шкіри (III); втрата шкіри та м'яких тканин (IV) (рис. 2). Деякі пролежні не підлягають стадіюванню у зв'язку із значною некролізацією тканин і формуванням струпів, що зберігають істинний об'єм ураження (National Pressure Ulcer Advisory Panel, 2016).

Наразі є понад 40 шкал для визначення тяжкості пролежнів. Найчастіше використовуваною та найкраще вивченою є шкала Бранден (1987), що оцінює сенсорне сприйняття (повністю відсутнє – 1, значно обмежене – 2, дещо обмежене – 3, не порушене – 4), вологість шкіри (постійно волога – 1, волога – 2, іноді волога – 3, рідко волога – 4), рухомість пацієнта (повністю знерухомлений – 1, значно обмежена рухомість – 2, дещо обмежена рухомість – 3, не обмежена рухомість – 4), активність пацієнта (лежачий – 1, користується візком – 2, іноді ходить – 3, часто ходить – 4), харчування (дуже погане – 1, імовірно недостатнє – 2, адекватне – 3, відмінне – 4), тертя і зсув тіла по поверхні ліжка (існує проблема – 1, існує потенційна проблема – 2, явна проблема відсутня – 3). Показник <12 балів свідчить про

високий ризик пролежнів, 13-14 балів – помірний, 15-16 балів – низький.

Ведення хворих з інфікованими пролежнями досить складне, оскільки за відсутності своєчасного адекватного лікування імовірність приєднання інфекції та розвитку системних ускладнень є високою. Ознаками інфікування пролежня є пухке яскраво-червоне дно рани з наявністю грануляцій; чітко локалізований біль; збільшення розміру дефекту шкіри; чутливість, відчуття жару й еритема на навколишній шкірі; поява неприємного запаху та зростання кількості ексудату (Romanelli M. et al., 2003). Подальший розвиток процесу в таких випадках залежить від балансу між факторами захисту й агресивними факторами інфекції. Особливої уваги, контролю та швидкого втручання потребують інфіковані пролежні в осіб похилого та старечого віку, оскільки вплив цього розладу на психологічний, функціональний і загально-медичний статус таких пацієнтів є найбільш вираженим. Вибір оптимального препарату та тривалості антибактеріальної терапії залежить від виду інфекційного агента, розташування та глибини пролежня, стану імунної системи хворого. Відповідно до сучасних рекомендацій, лікування слід розпочинати з топічних антибіотиків, а в разі невдачі такої терапії призначати пероральні засоби (тривалість курсу – 2-4 тиж) (Romanelli M. et al., 2003).

Застосування системних антибіотиків, хоча і є дієвим засобом запобігання подальшим інфекційним ускладненням (целюліт, остеомієліт, сепсис, бактеріальний ендокардит), супроводжується низкою обмежень. Відомо, що значна тривалість перорального прийому антибіотиків асоціюється з істотним зростанням ризику формування резистентності мікроорганізмів. Що стосується парентеральних антибактеріальних препаратів, вони призначаються лише у крайніх тяжких випадках і також характеризуються певними ризиками, зокрема розвитком катетер-асоційованих інфекцій (Romanelli M. et al., 2003). У зв'язку

із цим провідні позиції в лікуванні пролежнів посідають топічні препарати, метою призначення яких є запобігання інфекційним ускладненням та активація репаративних процесів (Lipsky V.A., Hoey C., 2009).

Гентасепт (ПАТ «Борщагівський ХФЗ») містить гентаміцин, L-триптофан, цинк і метоксан. Головним активним агентом Гентасепту є гентаміцин – бактерицидний антибіотик, що перешкоджає синтезу білка рибосомами бактерій (Anderson R.J. et al., 2012) та сприяє деструкції мембран бактеріальних клітин (Nguyen L.T. et al., 2011; Zhang L., Gallo R.L., 2016). Спектр дії гентаміцину надзвичайно широкий і включає *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus*, *Mycobacterium spp.*, грамнегативні мікроорганізми (*Pseudomonas aeruginosa*, *Aerobacter aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Proteus spp.*, *Klebsiella spp.*, *Serratia spp.*, *Shigella spp.*, *Salmonella spp.*, *Citrobacter spp.*, *Providenta spp.*, *Yersinia spp.*). J.M. Stafiej та M.T. Szewczyk (2012) описали клінічний випадок лікування гентаміцином тяжких (стадія III та IV) пролежнів, що становили загрозу для життя, у 94-річної жінки. Автори відзначають, що це лікування було ефективним і не супроводжувалося жодними побічними реакціями.

Своєю чергою, інші складники Гентасепту (L-триптофан, цинк і метоксан) активують реепітелізацію дефекту шкіри, протидіють запаленню та запобігають всмоктуванню продуктів некрозу тканин. Так, цинк пришвидшує загоєння ран за рахунок протизапального та власного антибактеріального ефектів, а також здатності стимулювати епітелізацію (Agren M.S., 1990); L-триптофан бере участь у заживленні дефектів шкіри будь-якого генезу та чинить певну знеболювальну дію (Barouti N. et al., 2015); метоксан формує на поверхні шкіри захисний бар'єр і забезпечує антиоксидантний захист (Yawata M. et al., 2015).

Гентасепт слід застосовувати місцево протягом усього часу лікування пролежнів до повного загоєння. На початковій стадії лікування (з 1-ї по 5-ту добу) пов'язки слід міняти 1-2 р/добу, а після зменшення запальних процесів, ліквідації гнійно-некротичних мас, появи грануляцій та епітелізації рани – 1 раз на 1-2 доби. Гентасепт наносять на поверхню пролежня через пробку-крапельницю таким чином, щоб засіб покривав дефект шкіри рівномірним шаром товщиною 0,5-1 мм. Потім накладають пов'язку.

Отже, пролежні є актуальною проблемою сучасної медицини як на амбулаторному, так і на стаціонарному етапі. Для лікування інфікованих пролежнів доцільно застосовувати препарат Гентасепт (ПАТ «Борщагівський ХФЗ»). Основними перевагами Гентасепту є комбінований склад (антибіотик широкого спектра дії в поєднанні з речовинами, що пришвидшують загоєння, протидіють запаленню й оксидативному стресу), зручна лікарська форма, значна тривалість дії та відсутність аналогів на вітчизняному фармацевтичному ринку.

Підготувала Лариса Стрільчук

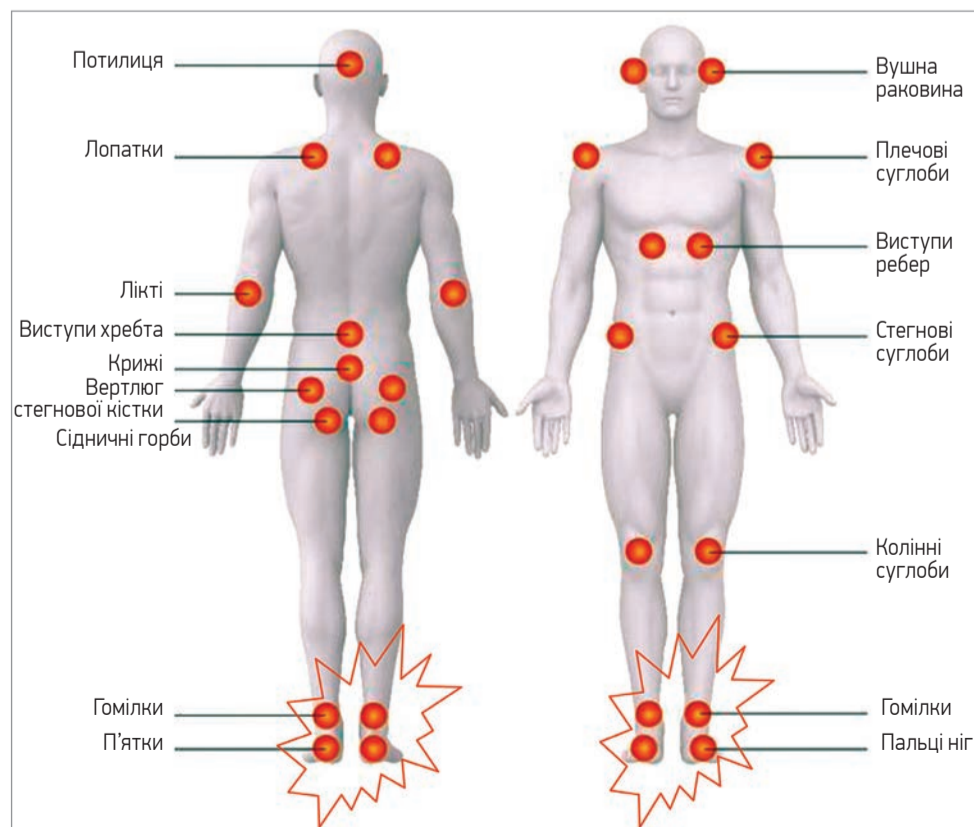


Рис. 1. Типова локалізація пролежнів

Примітка: в положенні на боці також уражаються місця дотику нижніх кінцівок, кісточки.

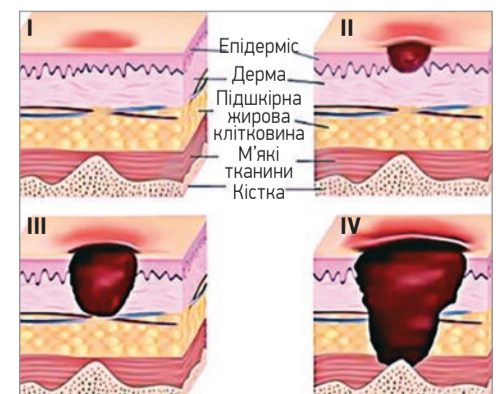


Рис. 2. Стадії пролежнів

НАУКА ЛІКУВАННЯ РАН РІЗНОГО ГЕНЕЗУ



✓ ТРАВМАТИЧНІ РАНИ (ПОБУТОВІ)

✓ ХІРУРГІЧНІ РАНИ

✓ ТРОФІЧНІ ВИРАЗКИ

✓ ОПІКИ II ТА III СТУПЕНІВ

✓ БЕШИХОВЕ ЗАПАЛЕННЯ ШКІРИ (РОЖА)

✓ ПРОЛЕЖНІ

КОМБІНОВАНИЙ АНТИМІКРОБНИЙ ПРЕПАРАТ ПРОЛОНГОВАНОЇ ДІЇ ДЛЯ МІСЦЕВОГО ЗАСТОСУВАННЯ

- Виявляє активність до багатьох Gr+ і Gr- бактерій, зокрема *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*
- Справляє пролонговану антимікробну та сорбційно-дезінтоксикаційну дію
- Має комплексний вплив на всі фази ранового процесу
- Забезпечує швидке загоєння ранової поверхні



ЗАСТОСОВУЄТЬСЯ ПРИ ЛІКУВАННІ ДІТЕЙ ВСІХ ВІКОВИХ КАТЕГОРІЙ

БХФЗ  БСРР
www.bcpp.com.ua

Коротка інформація про лікарський засіб ГЕНТАСЕПТ. Склад: 1 флакон 2 г містить: гентаміцину сульфату - 48 мг, L-триптофану - 28 мг, цинку сульфату - 20 мг, метоксану - кількість для одержання маси вмісту флакона 2 г; 1 флакон 5 г містить: гентаміцину сульфату 120 мг, L-триптофану - 70 мг, цинку сульфату 50 мг, метоксану - кількість для одержання маси вмісту флакона 5 г. Лікарська форма. Порошок для зовнішнього застосування. Фармакотерапевтична група. Антибіотики в комбінації з хіміотерапевтичними препаратами. Код АТХ D 06 C. Фармакологічні властивості. Гентасепт - комбінований антимікробний препарат пролонгованої дії для місцевого застосування. Показання. Лікування ран, інфікованих збудниками, чутливими до препарату. Протиіпоказання. Підвищена чутливість до гентаміцину сульфату та інших компонентів, які входять до складу препарату. Побічні реакції. Можливе виникнення побічних реакцій, зумовлених наявністю гентаміцину сульфату у складі препарату: алергічні реакції, включаючи еритему, кропив'янку, контактний дерматит, свербіж. Упаковка. По 2 г або 5 г у пластиковому флаконі. Категорія відпуску. Без рецепта. Повна інформація про лікарський засіб в інструкції для медичного застосування. Р.П.МОЗ України № UA/1279/01/01 від 26.04.2019. Інформація для професійної діяльності медичних та фармацевтичних працівників.

Виробник: ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ» 03134, Київ, вул. Миру, 17 (044) 205-41-23