

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

8 октября 2024 г. № 146

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХП «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8, подпункта 9.1 пункта 9 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика, лечение и профилактика пролежней у пациентов (взрослое население)» (прилагается).

2. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным ситуациям
Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
08.10.2024 № 146

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика, лечение и профилактика пролежней у пациентов
(взрослое население)»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол устанавливает общие требования к оказанию медицинской помощи пациентам с пролежнями (взрослое население) в стационарных, амбулаторных условиях и вне организации здравоохранения (шифр по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – L89 Декубитальная язва).

2. Требования настоящего клинического протокола являются обязательными для юридических лиц и индивидуальных предпринимателей, осуществляющих медицинскую деятельность в порядке, установленном законодательством о здравоохранении.

3. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующий термин и его определение:

пролежень – язвенно-некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных малоподвижных пациентов с нарушенной микроциркуляцией на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.

4. Направление пациентов с пролежнями для оказания им медицинской помощи в стационарных условиях осуществляется в соответствии с порядком, установленным Министерством здравоохранения.

5. Лечение пациентов с пролежнями осуществляется в соответствии с настоящим клиническим протоколом и включает основные лекарственные препараты (далее – ЛП), которые представлены в соответствии с международными непатентованными наименованиями, а при их отсутствии – по химическим наименованиям по систематической или заместительной номенклатуре, с указанием лекарственной формы и дозировки.

6. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листочком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не указанным в инструкции по медицинскому применению (off-label), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

7. В каждой конкретной ситуации в интересах пациента решением врачебного консилиума объем диагностики и лечения может быть расширен с использованием иных утвержденных Министерством здравоохранения методов оказания медицинской помощи, не включенных в настоящий клинический протокол.

ГЛАВА 2 КЛАССИФИКАЦИЯ, КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ДИАГНОСТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

8. Классификация и клинические проявления пролежней:

I стадия – появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;

II стадия – появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение

целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку;

III стадия – разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны;

IV стадия – поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и (или) костные образования.

9. При формулировке диагноза необходимо указывать:

распространение процесса (распространенный или единичный);

локализацию;

стадию пролежня (I–IV);

фазу пролежневого процесса (воспаление/некроз, грануляция, эпителизация/рубцевание) для пролежней II–IV стадий;

хирургические вмешательства (названия и даты вмешательств);

осложнения (при наличии).

Если имеется несколько пролежней разной локализации и стадии, в диагнозе необходимо указать все в порядке убывания стадии. При наличии некроза необходимо указать его форму – сухой или влажный.

Примеры формулировки диагноза:

«Распространенный пролежневый процесс: пролежень крестцовой области IV стадии, влажный некроз с карманом, пролежень области правого седалищного бугра III стадии, эпителизация.»;

«Пролежень левой пяточной области II стадии, грануляция, пролежень правой пяточной области I стадии.».

Данные о локализации, размере, стадии пролежней регистрируются в медицинских документах в листе оценки дефектов кожных покровов по форме, указанной в приложении 1.

10. Диагностика пролежней включает:

медицинский осмотр;

общий (клинический) анализ крови развернутый, однократно;

биохимический анализ крови, однократно;

при пролежнях III и IV стадий – консультация врача-хирурга;

при присоединении вторичной инфекции и (или) неэффективности лечения – бактериологическое исследование образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны с определением чувствительности к антибактериальным ЛП.

ГЛАВА 3 ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ

11. Местное (консервативное) лечение:

11.1. устранение длительного (непрерывного) давления на пораженные участки тела – использование противопролежневых матрасов, валиков, подкладных кругов;

11.2. антисептические ЛП (далее – антисептики):

хлоргексидин (хлоргексидина биглюконат), раствор для наружного (местного) применения 0,5 мг/мл;

мирамистин (бензилдиметил-миристоиламинопропил-аммония хлорид), раствор 0,1 мг/мл;

полигексаметиленбигуанид гидрохлорид/феноксиэтанол, раствор для наружного и местного применения 100 мл, 500 мл, 1000 мл;

нитрофурал, раствор для наружного применения 0,2 мг/мл;

борная кислота, раствор для наружного применения (порошок для приготовления раствора для наружного применения) 30 мг/мл;

натрия гипохлорит, раствор для местного и наружного применения 0,6 мг/мл.

Антисептики применяют для обработки пролежней в виде протираний или орошений, при наличии инфицирования допускается наложение на пораженную поверхность кожи салфеток, пропитанных антисептическим раствором, на 10 минут с последующим удалением гнойного отделяемого. Обработка проводится 1–2 раза в сутки для ран,

не закрытых повязками, при наличии повязок – при каждой их смене, но не реже 1 раза в 1–2 суток;

11.3. ЛП-стимуляторы регенерации тканей:

декспантенол, гель (крем) для наружного применения 40 мг/г;

метилурацил, мазь для наружного применения 100 мг/г.

ЛП-стимуляторы регенерации тканей наносят на пораженные участки кожи 1–2 раза в день после предварительной обработки раствором антисептика. Продолжительность их применения определяется врачом-специалистом с учетом особенностей заболевания и достигнутого эффекта;

11.4. при вторичном инфицировании на пролежни после предварительной обработки антисептиками и удаления гнойного отделяемого наносят антибактериальные ЛП, ЛП с йодом, ионами серебра до купирования процесса:

повидон-йод, мазь для наружного применения 100 мг/г;

сульфадиазин серебра, крем (мазь) для наружного применения 10 мг/г, 20 мг/г.

ЛП наносят тонким слоем, не втирая, на пораженную поверхность кожи или на стерильную марлевую салфетку и накладывают на раневую поверхность. Кратность применения – 1–2 раза в сутки. Продолжительность применения определяется врачом-специалистом с учетом особенностей заболевания и достигнутого эффекта;

хлорамфеникол, линимент для наружного применения 50 мг/г, 100 мг/г;

хлорамфеникол/метилурацил, мазь для наружного применения (7,5 мг + 40 мг)/г;

бетаметазон/гентамицин, мазь для наружного применения (0,5 мг + 1000 МЕ)/г или (0,5 мг + 1 г)/1 г;

гидрокортизон/окситетрациклин, мазь для местного и наружного применения (10 мг + 30 мг)/г или аэрозоль для применения на кожу, суспензия (3,1 мг + 9,3 мг)/г в баллонах 32,25 г.

ЛП пропитываются стерильные салфетки и накладываются на пораженные участки 1–2 раза в сутки. ЛП, содержащие глюкокортикостероиды, не накладываются под окклюзионные повязки. Лечение не следует применять без перерыва дольше 14 дней;

11.5. дополнительно могут применяться (по медицинским показаниям) раневые покрытия (повязки):

атравматические;

абсорбирующие;

антимикробные;

гидроколлоидные;

гидрогелевые;

пленочные;

губчатые;

коллагеновые;

комбинированные.

12. Системную антибактериальную терапию проводят при вторичном инфицировании пролежней. Назначение антибактериальных ЛП широкого спектра действия проводится после выполнения бактериологического исследования образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны на чувствительность к антибактериальным ЛП.

13. Хирургическое лечение пролежней проводится в стационарных условиях профильными врачами-специалистами.

Пролежни III и IV стадии требуют хирургического лечения – выполнения удаления некротических тканей (некрэктомии) в стационарных условиях.

Пластическое закрытие раневого дефекта при пролежнях III и IV стадии показано и выполняется врачами-специалистами хирургических отделений больничных организаций только пациентам с высоким реабилитационным потенциалом.

14. Пациентам с низким реабилитационным потенциалом (обездвиженным пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи) хирургическое лечение по пластическому закрытию раневых дефектов не показано.

15. Контроль эффективности лечения пролежней оценивают по следующим признакам: уменьшение количества экссудата, уменьшение размеров раны, улучшение

состояния тканей раневого ложа (уменьшение отека, гиперемии, местной гипертермии, болевого синдрома). При длительном лечении пролежня оценивать его динамику помогают серийные фотографии, сделанные до, в процессе и после лечения.

ГЛАВА 4 ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

16. Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми и необратимыми, внутренними и внешними.

Обратимые факторы риска:

внутренние:

нарушение подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность);

нарушение психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство);

анемия;

сердечная недостаточность;

обезвоживание;

гипотензия;

недержание мочи и (или) кала;

нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного)

и микроциркуляции;

изменение в психологическом состоянии;

бессонница;

боль;

курение;

внешние:

плохой гигиенический уход;

неправильно подобранные методы и средства по уходу;

неправильная техника массажа и подбор средств для массажа;

складки на постельном или нательном белье;

недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты (плохой аппетит, отказ от еды, неправильный режим питания, диета);

применение цитостатических ЛП, гормонов, нестероидных противовоспалительных средств;

отсутствие поручней у кровати;

неправильная техника перемещения пациента в кровати;

нарушение техники расположения пациента в кровати или на кресле;

нарушение технологии применения противопролежневых систем (матрасы, подушки и другие);

изменения микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость).

Необратимые факторы риска:

внутренние:

возраст 75 лет и старше;

терминальное состояние;

дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная);

неврологические расстройства (сенсорные, двигательные);

изменения сознания (спутанное сознание, кома);

внешние:

предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более двух часов;

травма позвоночника, костей таза, органов брюшной полости;

повреждение головного и спинного мозга.

17. Профилактика пролежней направлена на решение следующих задач:

предотвращение возникновения повреждений;

предотвращение дальнейшего прогрессирования процесса при уже имеющихся пролежнях и предупреждение возникновения новых повреждений.

Противопролежневые мероприятия у малоподвижных и (или) неподвижных пациентов начинают незамедлительно.

18. Основные способы профилактики пролежней:

своевременная оценка риска развития пролежней (ежедневное наблюдение за состоянием кожи, заполнение шкалы Нортон для прогнозирования риска развития пролежней согласно приложению 2).

Грамотный уход за пациентом, имеющим ограничения в движении:

адекватный гигиенический уход, регулярная санитарная обработка, мытье с использованием специальных моющих кремов, пенек, лосьонов, салфеток;

проведение мытья кожи без трения, с использованием жидкого мыла. Тщательное удаление влаги с поверхности кожи промокающими движениями;

качественный уход за кожей с использованием косметических средств;

устранение неровностей и складок на нательном и постельном белье;

использование нательного белья из натуральных тканей (желательно швами наружу);

использование постельного белья из натуральных тканей (желательно простыня на резинке для лучшего натяжения на матрасе);

предупреждение воздействия влаги на кожу в результате недержания мочи, потливости или попадания раневого отделяемого, использование подкладки из материала, хорошо впитывающего воду;

смена подгузников не реже 3 раз в сутки, при необходимости – чаще, подкладных пеленок – по мере загрязнения, нанесение на неповрежденную кожу защитных лосьонов;

использование мочеприемников и калоприемников.

Контроль положения тела пациента:

смена положения тела не реже 1 раза в 2 часа, в том числе в ночное время, соблюдая очередность и отсутствие ограничений для того или иного положения: низкое полусидячее положение, положение на боку, положение на спине, положение на животе. Низкое полусидячее положение должно совпадать со временем приема пищи. При каждом перемещении осматривать участки риска. Не подвергать их трению;

позиционирование пациента в кровати в положении, обеспечивающем комфортное пребывание, используя приспособления для удержания тела в оптимальном положении, уменьшающем давление на кожу и области костных выступов.

Соблюдение правил перемещения пациента – для поворотов пациента используются скользящие простыни, рукава, поворотные диски, вспомогательные пояса.

Позиционирование малоподвижных и (или) неподвижных пациентов схематически указано в приложении 3.

19. Активизация пациента:

комплекс физических упражнений или пассивная гимнастика;

массаж всего тела, в том числе около участков риска в радиусе не менее 5 см от костного выступа (проводить после обильного нанесения питательного крема на кожу).

20. Использование вспомогательных средств для уменьшения давления:

противопролежневые системы с переменным давлением – противопролежневый матрас;

матрас из латекса;

матрас из овечьей шкуры – овчины;

противопролежневые подушки;

держатели стопы;

гелевые подушечки.

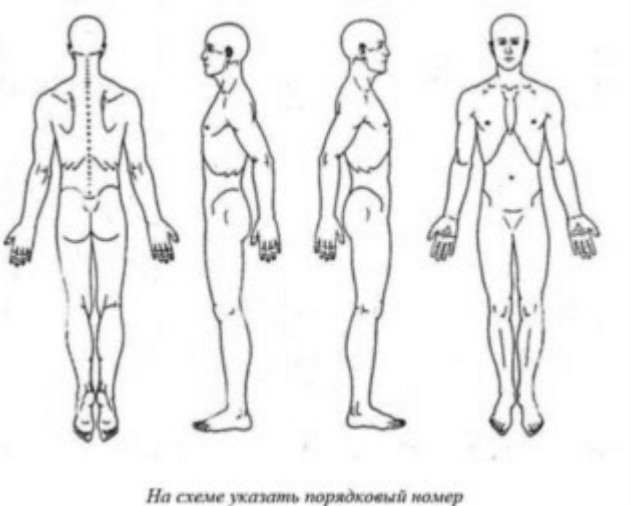
21. Рациональное питание, богатое белком и витаминами, в том числе энтеральное питание, адекватный питьевой режим.

22. Информирование и обучение родственников, ухаживающих за пациентом, о факторах риска пролежней и методах предотвращения их появления.

Приложение 1
к клиническому протоколу
«Диагностика, лечение
и профилактика пролежней
у пациентов (взрослое население)»

Форма

Лист оценки дефектов кожного покрова

_____		Адрес/Палата № _____	Дата проведения осмотра _____
(фамилия, инициалы пациента)			
Осмотр первичный _____ повторный _____ плановый _____ внеплановый _____			
 <p>На схеме указать порядковый номер</p>		№ на схеме	Status localis (описание пролежней, трофических язв, гематом, опухоли, раны, п/о швы, рубцы, стомы и т.п.)
Перевязочные ЛП на ране			

_____ (фамилия, инициалы врача)

_____ (подпись)

_____ (фамилия, инициалы медицинской сестры/медицинского брата)

_____ (подпись)

Примечание. Периодичность заполнения листа оценки дефектов кожного покрова:
в стационарных условиях – при поступлении пациента и выписке; перед и после перевода пациента
из или в другое отделение (подразделение), при нахождении на постельном режиме – ежедневно;
вне организаций здравоохранения (на дому) – при первичном осмотре врачом-специалистом;
для обездвиженных пациентов – при каждом патронаже медицинским работником.

Приложение 2
к клиническому протоколу
«Диагностика, лечение
и профилактика пролежней
у пациентов (взрослое население)»

Шкала Нортон для прогнозирования риска развития пролежней

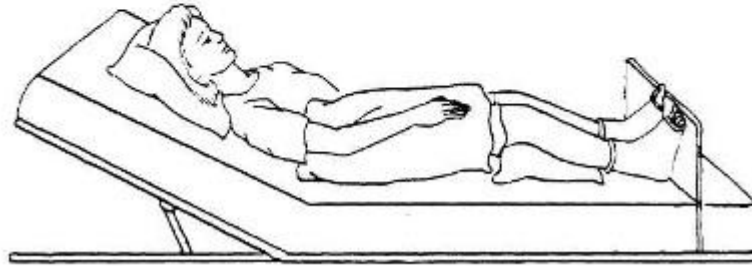
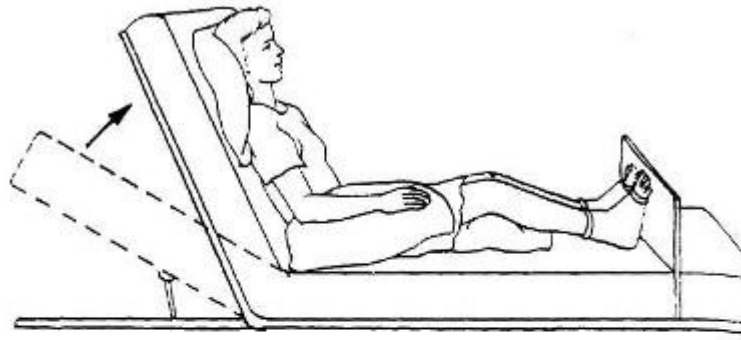
№ пункта	Критерий	Баллы
1	Физическое состояние	4 – Хорошее 3 – Удовлетворительное 2 – Плохое 1 – Очень плохое
2	Психическое состояние	4 – Ясное состояние 3 – Апатия 2 – Спутанное сознание 1 – Ступор
3	Активность	4 – Свободно передвигается 3 – Передвигается с помощью 2 – Передвигается на инвалидном кресле 1 – Лежачий пациент
4	Подвижность	4 – Полная 3 – Незначительно ограничена 2 – Значительно ограничена 1 – Полная неподвижность
5	Недержание	4 – Нет 3 – Иногда 2 – Недержание мочи 1 – Недержание мочи и кала

Примечание. Оценка результатов при суммировании баллов:
12 баллов и менее – высокий риск возникновения пролежней;
12–14 баллов – средний риск возникновения пролежней;
более 14 баллов – низкий риск возникновения пролежней.

Приложение 3
к клиническому протоколу
«Диагностика, лечение
и профилактика пролежней
у пациентов (взрослое население)»

Позиционирование малоподвижных и (или) неподвижных пациентов

1. Положение Фаулера



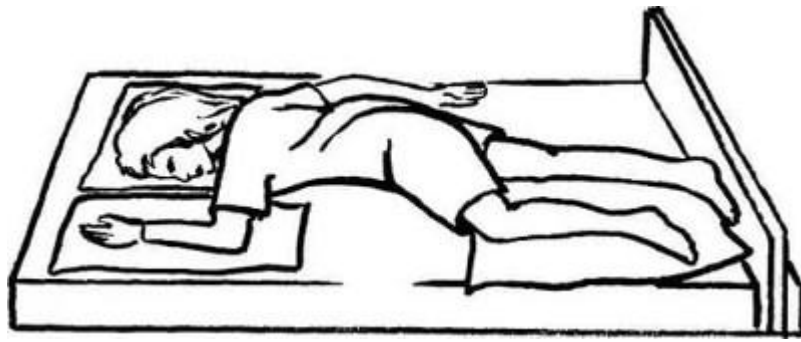
2. Положение «лежа на боку»



3. Положение «лежа на животе»



4. Положение Симса



5. Положение «лежа на спине»

