

Союз реабилитологов России
Всероссийское общество неврологов
Ассоциация нейрохирургов России
Российское общество урологов
Российская ассоциация по спортивной медицине
и реабилитации больных и инвалидов
Российская ассоциация специалистов по хирургическим инфекциям
АО «Реабилитационный центр для инвалидов «Преодоление»
ГАУ г. Москвы «Научно-практический центр медико-социальной
реабилитации инвалидов им. Л.И.Швецовой»

Ведение больных с последствиями позвоночно- спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико- социальной реабилитации

Клинические рекомендации

(Репринт)

Москва
2017

Рабочая группа по подготовке текста рекомендаций

Г.Е.Иванова – д.м.н., профессор (Москва), С.А.Воловец – д.м.н., профессор (Москва), И.Н.Новоселова – к.м.н., доцент (Москва), И.Н.Морозов – д.м.н., профессор (Нижний Новгород), А.Н.Бойко – д.м.н., профессор (Москва), А.А.Гринь – д.м.н., профессор (Москва), М.Д.Дибиров – д.м.н., профессор (Москва), Р.У.Гаджимурадов – д.м.н., профессор (Москва), Д.Р.Хасанова – д.м.н., профессор (Казань), Р.А.Бодрова – д.м.н., профессор (Казань), А.Ю.Суворов – к.м.н., доцент (Москва), А.Н.Комаров – к.м.н., доцент (Москва), Л.П.Кезина – академик РАО (Москва), Р.В.Салюков – к.м.н., доцент (Москва), Е.В.Силина – д.м.н., профессор (Москва).

Утверждено профильной комиссией по медицинской реабилитации Экспертного совета Минздрава России. Председатель – Г.Е.Иванова.

Научные редакторы

Г.Е.Иванова – д.м.н., профессор; С.А.Воловец – д.м.н., профессор; И.Н.Морозов – д.м.н., профессор.

Клинические рекомендации «Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации» согласованы и утверждены:

Председатель Общероссийской общественной организации «Союз реабилитологов России», главный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, профессор, д.м.н. Г.Е.Иванова

25 января 2017 г.

Ведение больных с последствиями позвоночно-спинномозговой травмы на втором и третьем этапах медицинской и медико-социальной реабилитации. Клинические рекомендации. – М., 2017. – 326 с.

ISBN 978-5-9908601-6-2

УДК 616-001
ББК 54.58

ISBN 978-5-9908601-6-2

Декубитальные трофические язвы

Одним из наиболее тяжелых и частых трофических осложнений являются декубитальные трофические язвы, возникающие у 43–90% взрослых пациентов с ПСМТ. Очаги декубитальных трофических язв значительно затрудняют проведение реабилитационных мероприятий, увеличивают материальные затраты на уход, лечение и реабилитацию пациентов. Риск развития декубитальных трофических язв оценивается по шкале Ватерлоу (Waterlow; см. табл. 5 Приложения 7).

Условия для образования декубитальных трофических язв создаются двигательными, чувствительными расстройствами, нарушениями тазовых функций и нейротрофики, характерными для ПСМТ. Снижение иммунного статуса способствует инфицированию декубитальных трофических язв и вызывает у 20–40% взрослых пациентов развитие тяжелого септического состояния, сопровождающегося выраженной интоксикацией, анемией, гипопроотеинемией.

В 7–9% случаев такие больные погибают от раневого сепсиса. Очаги декубитальных трофических язв значительно затрудняют проведение реабилитационных мероприятий, увеличивают материальные затраты на уход, лечение и реабилитацию в целом. По данным зарубежных авторов, примерно четвертая часть средств, расходуемых на лечение больных с повреждением спинного мозга, тратится именно на лечение декубитальных трофических язв. Поэтому изучение возможностей современных альтернативных технологий, способных изменить клиническую, медико-социальную и экономическую составляющую лечения и реабилитации пациентов после спинальных травм с

декубитальными трофическими язвами, имеет ключевое значение для здравоохранения РФ.

Для лечения декубитальных трофических язв применяется биопластический материал на основе нативного коллагена I типа (вариант выбора – «Коллост») (УД «2++», СР «В») [31, 288, 289]. В первые сутки после госпитализации выполняют хирургическую обработку дефекта (подготовка раневой поверхности для последующего введения материала) и аллергопробу биоматериала. При отрицательном результате аллергопробы и готовности раны (отсутствие некрозов, гнойного отделяемого) приступают к самому ведению материала в область раневого дефекта с применением следующей техники:

1. Введение 7% геля (предварительно подогретого до 38°C в термостатируемых условиях в течение 15 мин) в количестве 0,1 мл за 1 вкол в область краев и дна раневого дефекта с технологией «на выходе иглы» (расход геля: 0,1 мл на 1 см²).

2. Закрытие раневого дефекта мембраной 60×50×1,5 мм, которая будет предварительно выдержана в теплом (38°C) водном растворе хлоргексидина биглюконата 0,05% в течение 15 мин и смоделирована по размеру раны. При необходимости дополнительной фиксации (при раневом дефекте более 5 см² и/или рельефности дна и краев) мембрана подшивается к краям дефекта отдельными узловыми швами атравматической иглой с рассасывающимся шовным материалом.

Затем накладывается гидроколлоидная/гидрогелевая повязка, которая дополнительно фиксируется лейкопластырем на тканевой основе с плотным прижатием к кожным покровам краев собственно гидроколлоидной/гидрогелевой повязки. Для дополнительной фиксации используются бинтовые повязки.

Перевязки проводятся следующим образом: первая перевязка – в среднем через 72 ч (при инактивации указанной выше повязки) после введения биоматериала, последующие перевязки – в среднем 1 раз в 3–5 дней, при постоянном поддержании раны во влажной среде по вышеуказанной методике.

Для суждения о динамике заживления ран используют фотографический инструмент для оценки состояния ран PWAT – Photographic wound assessment tool (см. Приложение 3). PWAT включает шесть параметров, которые могут быть определены только по фотографии и не требуют прикроватной оценки. Эти шесть параметров включают состояние краев раны, тип и количество некротической ткани, цвет кожи вокруг раны, тип грануляционной ткани и степень эпителизации. При оценке присваиваются баллы от 0 до 4 для каждого из шести параметров. Общий балл PWAT для каждой фотографии раны рассчитывается путем суммирования баллов, присвоенных каждому из шести параметров. Таким образом, диапазон возможных результатов PWAT может составлять от 0 до 24, при этом 0 баллов соответствует полностью зажившей ране [141].

Приложение 3. Фотографический метод оценки состояния ран

Фотографический инструмент оценки ран		
Параметры	Характеристика параметров	Балл
1. Края раны	0 – нечеткие, размытые, неясно видимые 1 – четкие, отчетливо видимые, прикрепленные ко дну раны 2 – четко определенные, не прикрепленные ко дну раны 3 – четко определенные, не прикреплены ко дну, завернувшиеся внутрь, утолщенные 4 – четкие, фиброзные, рубцы или гиперкератоз	
2. Тип некротических тканей	0 – нет в поле зрения 1 – белые/серые нежизнеспособные ткани и/или не прикрепленный желтый струп 2 – свободно прикрепленный желтый струп 3 – прикрепленный мягкий черный струп 4 – плотно прикрепленный твердый черный струп	

Фотографический инструмент оценки ран		
Параметры	Характеристика параметров	Балл
3. Количество некротических тканей	0 – нет в поле зрения 1 – <25% дна раны покрыто 2 – 25–50% раны покрыто 3 – >50% и <75% раны покрыто 4 – 75–100% раны покрыто	
4. Цвет кожи и тканей, окружающих рану	0 – розовый или обычный для этнической группы 1 – ярко-красный 2 – белый/бледный или гипопигментированный 3 – темно-красный или фиолетовый 4 – черный или гиперпигментированный	
5. Грануляционная ткань	0 – верхний слой интактный или частично утолщен (0 – данный балл присваивается в том числе при полной эпителизации раны) 1 – яркая, мясисто-красная; от 75 до 100% раны заполнено и/или гипертрофия ткани 2 – яркая, мясисто-красная; <75% и >25% раны заполнено 3 – розовая и/или бледная, красноватая и/или заполняет ≤25% раны 4 – нет грануляционной ткани (4 – данный балл присваивается в случае нарушения образования грануляционной ткани, а именно в случае ее полного отсутствия)	

Фотографический инструмент оценки ран		
Параметры	Характеристика параметров	Балл
6. Эпителизация	0 – 100% раны покрыты, поверхность не тронута 1 – от 75 до <100% раны покрыты и/или эпителиальная ткань распространяется >0,5 см в раневом ложе 2 – от 50 до <75% раны покрыты и/или эпителиальная ткань распространяется >0,5 см в раневом ложе 3 – от 25 до <50% раны покрыты 4 – <25% раны покрыты	
Общий балл		
Подпись		

Таблица 5. Шкала Ватерлоу

Параметр	Характеристика	Балл
Телосложение, масса тела относительно роста	Среднее	0
	Выше среднего	1
	Ожирение	2
	Ниже среднего	3
Тип кожи, зоны визуального риска	Здоровая	0
	«Папиросная бумага»	1
	Сухая	1
	Отечная	1
	Липкая (повышенная температура)	1
Изменение цвета	Изменение цвета	2
	Трещины, пятна	3
Пол	Мужской	1
	Женский	2
Возраст	14–49	1
	50–64	2
	65–74	3
	75–81	4
	>81	5
Особые факторы риска (нарушения питания кожи)	Терминальная кахексия	8
	Сердечная недостаточность	5
	Болезни периферических сосудов	5
	Анемия	2
	Курение (10 сигарет в день)	1

Таблица 5 (окончание)

Параметр	Характеристика	Балл
Удержание мочи и кала	Полный контроль/катетер	0
	Периодическое недержание	1
	Недержание кала без недержания мочи (или мочевого катетер)	2
	Недержание кала и мочи	3
Подвижность	Полная	0
	Беспокойный, суетливый	1
	Апатичный	2
	Ограниченная подвижность	3
	Инертный	4
	Прикованный к креслу	5
Аппетит	Средний	0
	Плохой	1
	Питательный зонд/только жидкость	2
	Парентерально/анорексия	3
Неврологические расстройства	Например, диабетическая невропатия, рассеянный склероз, инсульт; моторные, сенсорные параплегии	4–6
Обширное хирургическое вмешательство, травма	Ортопедическое (ниже пояса, позвоночник)	5
	Более 2 ч на столе	5
Лекарственная терапия	Цитостатики, высокие дозы стероидов, противовоспалительные средства	4

Итоговые значения: 10–14 – в зоне риска; 15–19 – в зоне высокого риска; ≥ 20 – в зоне очень высокого риска.

КОЛЛАГЕНОВЫЙ РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ

КОЛЛОСТ®



МЕМБРАНА

15 × 15 × 0,2 мм
30 × 20 × 0,2 мм
30 × 20 × 0,7 мм



МЕМБРАНА

60 × 50 × 1,5 мм
100 × 60 × 1,5 мм



ШАРИК

8 мм (2 шт. во флаконе)
8 мм (4 шт. во флаконе)



ПОРОШОК

0,2 г / 0,5 г / 0,7 г / 1,0 г / 2,0 г



ЖГУТ

50 × 5 мм



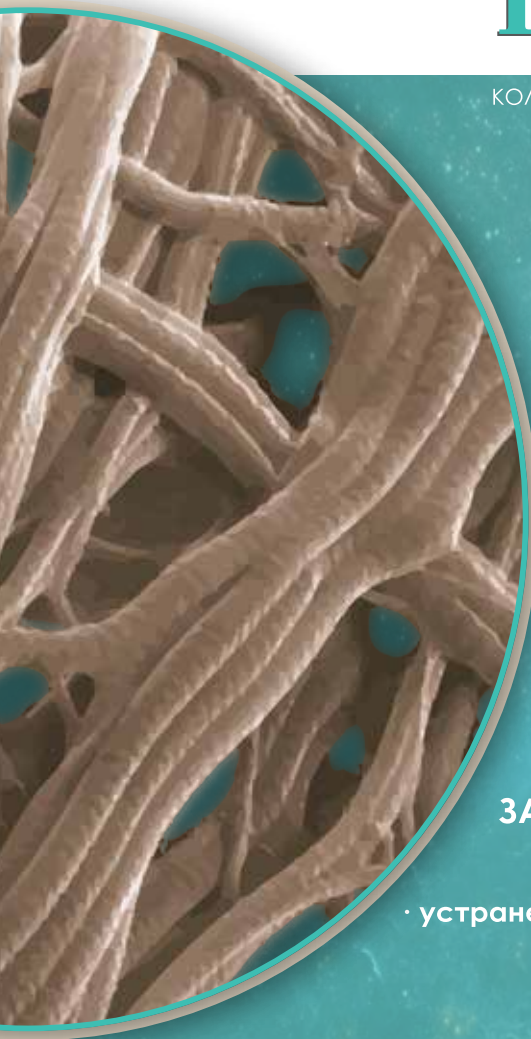
ГЕЛЬ

7% – 2,0 см³

www.collostmed.ru

КОЛЛОСТ®

КОЛЛАГЕНОВЫЙ РАССАСЫВАЮЩИЙСЯ МАТЕРИАЛ



ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ РАН:

- плохо заживающие
диабетические
и венозные язвы
- трофические язвы
- пролежни

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРЫХ РАН:

- рваные, колотые, резаные
- хирургические

ЗАПОЛНЕНИЕ ДЕФЕКТОВ КОСТИ И КОСТНАЯ ПЛАСТИКА:

- устранение врожденных и приобретенных
дефектов костной и мягких тканей

ООО «НИАРМЕДИК ПЛЮС»

Тел.: +7 (495) 741 49 89

Факс: +7 (499) 193 43 50

125252, Москва, ул. Авиаконструктора Микояна,
д. 12, корп. А, БЦ «Линкор»