

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
ДЕКУБИТУСИ ВО ГЕРИЈАТРИЈАТА, ДЕРМАТОЛОГИЈАТА И
ПЛАСТИЧНАТА И РЕКОНСТРУКТИВНА ХИРУРГИЈА

Член 1

Со ова упатство се пропишува начинот на превенција и третман на декубитуси во геријатријата, дерматологијата и пластичната и реконструктивна хирургија.

Член 2

Начинот на превенција и третман на декубитуси во геријатријата, дерматологијата и пластичната и реконструктивна хирургија е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на превенција и третман на декубитуси во геријатријата, дерматологијата и пластичната и реконструктивна хирургија по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на превенцијата и третманот, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-5241/2
3 декември 2012 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

ПРЕВЕНЦИЈА И ТРЕТМАН НА ДЕКУБИТУСИ

МЗД Упатство
13.2.2012

- Основни податоци
- Зачестеност и значење
- Дефиниција и класификација
- Развој на декубитуси
- Процена на ризик
- Превенција
- Третман
- Поврзани извори
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Декубитусот вообичаено се развива над коскено истакнување.
- Во најголемиот број случаи декубитусот се развива во тек на првите две недели од хоспитализацијата. Ризикот е најголем кај пациенти со ограничена подвижност или со нарушувања на сензорите.
- Точноста на процената на ризик може да се подобри со комбинирање вкупна клиничка евалуација со валидна алатка за проценка на ризикот.
- Превенцијата и третманот мора да се фокусираат на намалување на минимум или на прераспределба на притисокот што се врши на ризичните делови (преместување, посебни душеци и перници).
- Третманот ги следи стандардните водачи за неа на хронични улцери (рани).
- Превенцијата на декубитуси игра значајна улога во квалитетот на живот на пациентот.

ЗАЧЕСТЕНОСТ И ЗНАЧЕЊЕ

- Преваленцијата на декубитуси меѓу пациенти во различни здравствени објекти е 5-25 проценти во зависност од опфатената група пациенти (4).
- Значителен дел декубитуси останува недијагностициран, додека другите рани/улцери често се погрешно дијагностицирани како декубитуси.
- Развојот на декубитуси потенцијално може да се смета за показател за медицинска небрежност.

ДЕФИНИЦИЈА И КЛАСИФИКАЦИЈА

- Декубитус означува локализирана рана на кожата и/или на поткожните ткива. Вообичаено се развива над коскени истакнувања и е предизвикан од притисок или од комбинација на притисок и на свлечување.
 - Декубитусите се поврзани со мноштво потпомагачки и придонесувачки фактори. Како и да е, значењето на овие фактори останува да биде разјаснето (1)
- Класификацијата на декубитусите е претставена во табела 1
- Длабочината на трет и на четврт степен зависи од нивната анатомска локализација. Колку што е потенок слојот на супкутаното масно ткиво толку побрзо улцерацијата ќе достигне трет и четврт степен.

Табела 1 Класификација на декубитуси

Степен	Опис
Оваа скала не може да се употреби за преобратување на степенот на длабок декубитус, кој со заздравување станува површен; на пр., четврт степен на декубитус не може да стане трет степен или втор со заздравување на декубитусот.	
Степен 1	Интактна кожа со еритем што не бледнее вообичаено сместен над коскено истакнување
Степен 2	Кожното нарушување се протега делумно до дермисот со плитко розово или црвено лежиште на раната, без свлечување (одвојување на епидермисот)
Степен 3	Загуба на целиот слој кожа. Може да се гледа супкутаното кожно ткиво, но коските, тетивите или мускулите не се видливи
Степен 4	Загуба на целиот слој на ткиво што се протега до коските, тетивите или мускулите.
Некласификуван	<ul style="list-style-type: none"> • Непозната длабочина; загуба на целото ткиво со потемнето лежиште на раната од краста или од некроза • Сомнителна длабокоткивна рана: локализирана виолетова или бордо површина од кожата или меур исполнет со крв, предизвикан од повреда на подлабокото меко ткиво предизвикано од притисок или притисок поврзан со свлечување / триење

РАЗВОЈ НА ДЕКУБИТУСИ

- Фактори што придонесуваат за развој на декубитуси
 - Фактори на стрес во ткивото предизвикани од притисок, вклучувајќи ја големината и карактерот на механичкото оптоварување (триење, свлечување) и траењето на оптоварувањето, карактерот и геометријата на површината, свитливоста и еластичноста на ткивата
 - Личниот праг за повреди, т.н лична „ткивна толеранција”, психолошките и хемиските промени во ткивата што настануваат како резултат на стресната реакција
- Пациенти со највисок ризик се тие со долготрајно ограничување на движењата, како и пациенти со нарушувања на осетите како резултат на болест или на терапија со лекови.
- Може да постои значителен период на одложување меѓу појавата на декубитус и актуелната поттикнувачка ситуација и декубитусот често не се забележува сè додека пациентот не е веќе во различни прифатилишта (домови) или здравствени установи.
 - Во најголемиот број случаи декубитусот се развива во тек на првите две недели од хоспитализацијата
 - Петнаесет проценти од постарите пациенти развиваат декубитус во тек на првата недела од третманот.
 - Доколку декубитот се развие во тек на интензивната нега, тој се развива во тек на првите три дена од третманот.
 - Жителите/пациентите во центрите за доживотна нега често развиваат декубитус во тек на првите четири недели од негата.
- Од пациентите со декубитус, 70 проценти се повозрасни од 70 години.

ПРОЦЕНА НА РИЗИК

- Процената на ризик за појава на декубитус направена со помош на валидна скала за проценка на ризикот е поточна отколку кога е направена само врз основа на клиничка проценка.
- Патофизиологијата на декубитуси е сложена и ниту една скала за проценка на ризик не може да биде целосно сигурна. Резултатот добиен со скала за проценка треба секогаш да биде дополнета со сеопфатна клиничка проценка.

- Пациент со историја на декубитуси секогаш припаѓа на високоризични групи.
- Развиени се неколку скали за предвидување на ризикот за развој на декубитус; скали што се препорачани за употреба кај рутински пациенти се скалата Braden и скалата Sharp Risk (SRS).
- Кај посебна група пациенти, вклучувајќи мали деца (< од пет години) и пациенти во единици за интензивна нега, се препорачува употреба на специјално дизајнирани скали
- Процената на ризикот треба да се направи колку што е можно поскоро по приемот на пациентот, но не подоцна од еден до два дена. Повторна проценка треба да се направи доколку се променат околностите кај пациентот. Резултатите и времето на проценка на ризикот треба да се документираат во историјата на пациентот.

ПРЕВЕНЦИЈА

- Режим на преместување на секои два часа се смета дека е основа за превенција на декубитуси; превенцијата на декубитусите има за цел да ја намали изложеноста на притисок. Како и да е, не постои научен доказ кој го поддржува двочасовниот режим.
- Пациентот мора да биде сместен на површина за поддршка што одговара на неговата категорија на ризик (ннд¹-А) (2).
 - Пациент со декубитус треба да биде сместен на душек/подлога/кревет дизајниран за високоризични пациенти.
- Табелата 2 ги прикажува душеците/облогите/креветите според нивниот механизам на дејство и нивната соодветност за различните групи пациенти. Ако е неопходно треба да биде консултирана сестра за нега на рани / ткивна виталност за соодветната површина за поддршка.
- Просторот меѓу површината за поддршка и кожата на пациентот треба да биде колку што е можно поослободена од постелнината на креветот / чаршафи за инконтиненција / опрема за ракување со оглед на тоа што овие, обично, се вмешуваат во својството на површината за поддршка да врши прераспределба на притисокот.
- Уште повеќе, прераспределбата на притисокот може да се обезбеди со употреба на полнети перници, како со и перници со заглавје и други позиционирачки перници (да се осигури дека полнетите перници немаат површини што вршат насочување на притисокот) и вистинска овча кожа (вообичаено кај домашната нега).
- Употребата на различни справи во облик на крофна е контраиндицирана

Табела 2. Класификација на душеци/облоги/кревети и нивната соодветност за различни групи со ризик

Тип душек/ облога/кревет	Група пациенти со ризик
Стандарден полиуретански (пена) душек	Пациенти со низок ризик
Статична (не зацврстена) површина за поддршка	Пациенти со низок до среден ризик (одредени високоризични пациенти)
Динамична (зацврстена) со наизменичен притисок површина за поддршка	Пациенти со среден до висок ризик (одредени многу високоризични пациенти)
Динамична (зацврстена) површина за поддршка, која ги менува своите својства за распределба на оптоварувањето според тежината на пациентот и телесните контури	Пациенти со висок до многу висок ризик (во практиката единствен избор кај одредена посебна група пациенти, на пр. пациенти со екстремна болка, фрактури на 'рбетот/ вратниот 'рбет, терапија на хипотермија)
Површини за поддршка со ниска загуба на воздух/ флуидизиран воздух	Речиси и не се употребуваат повеќе

¹ ннд = ниво на доказ

ТРЕТМАН

НЕГА НА РАНИ

- Кај сите декубитуси, независно од нивниот степен, основна задача е да се намали на минимум / прераспредели притисокот (преместување, посебни душеци, перници)
- Степен 1
 - Зацрвенетите површини мора да се масираат/тријат. Триењето може да предизвика умерено оштетување на ткивото
 - Површината треба да биде покриена со едноставни лепливи премачкувања, како на пример прозирен полиуретански филм или премачкување со хидроколоидна / пилоуретанска пена.
 - Треба да се консултира сестра за нега на рани
- Степен 2-4
 - Кожата мора да се заштити од триење, влажност и од инфекција
 - Индицирана е консултација со сестра за нега на рани и со пластичен хирург
 - Конзервативниот третман на отворена рана може да се одреди во согласност со бојата на раната: види табела 3.

Табела 3. Конзервативен третман на отворена рана според бојата на раната?

Боја	Површина на раната	Цели на третманот
Розова	Епително ткиво	Улцерот мора да се заштити од механички стрес и од свлечување
Црвена	Гранулациско ткиво	Улцерот мора да се заштити (премачкување што одржува влажност и поттикнува формација на ново ткиво).
Жолта	Скрама	Мора да се направи дебридман на скрамата (премачкување што го поттикнува процесот на автолитички дебридман)
Црна	Некротичко ткиво	Некротичкото ткиво мора да се отстрани; најбрз метод е хируршки дебридман. Премачкувањето го поттикнува процесот на автолитички дебридман.

Позиционирање и режим на преместување

- Додека е в кревет, пациентот треба да се преместува или неговата тежина малку да се префрлува на секои два (до три) часа (почесто ако е индицирано) земајќи ги предвид поединечните фактори. Додека седи во столче, тежината на пациентот треба да се префрла на секои 15 минути.
- За време на одморање в кревет, позицијата на пациентот треба да се менува или тежината да се префрлува така што:
 - нема да се врши директен притисок или свлечување над коскените истакнувања
 - екстремитетите не се потпираат еден врз друг
- Треба да се избегнува пренесувањето на пациентите со влечење спротивно на површината за поддршка затоа што ова може да направи свлечување и триење на кожата ина ткивата.
- Употреба на помагала
 - На располагање се лесни дигалки или помагала за држење, кои помагаат при преместувањето, вклучително и лизгачки чаршафи и посебни чаршафи за преместување со рачки и со заштитен горен слој што ја апсорбира влажноста од кожата.
- Уште повеќе, режимот на преместување мора да ги земе предвид и посебните душеци, перници и помагала за преместување.

Нега на кожата

- Добрата хигиена го унапредува инегритетот на кожата
- Сувата кожа може да се негува и заштити со влажнење на кожата. Здравата кожа треба да се навлажнува само доколку е индицирано.
- Со цел да се заштитат истканувањата на коските и зацрвенетите кожни површини, како и со цел да се намали триењето и да се спречи пукањето на кожата, може да се нанесуваат едноставни лепливи премачкувања, на пр. прозирни филмови или тенко хидроколоидно/полиуретанско премачкување.

Пациенти со инконтиненција

- Уринарната инконтиненција води кон мацерација на кожата, што треба да се спречи со користење влошки / панталони за инконтиненција и други производи за инконтиненција, кои ќе ѝ овозможат на кожата да остане сува.
- Мора да се забележи дека:
 - потребно е внимание кога се користат и менуваат производите за инконтиненција затоа што нивното отстранување може да ја растегне влажната кожа
 - атхезивните прицврстувања може да ја вдлабнат кожата
 - доколку кожата е мацерирана или може да се скине, заздравувањето на кожата ќе го унапреди вметнување супрапубичен уринарен катетер или привремен уринарен катетер

Исхрана

- Урамнотежена исхрана го одржува ткивото здраво
 - Треба да се процени нутритивниот статус на пациентот
 - Треба да се следат калориските и нутритивните барања и нивното внесување
- Исхраната на пациенти со ризик треба да вклучува:
 - енергетска вредност: 30-35 kkal/kg/дневно
 - протеини: 1,25-1,5 g/kg
 - течности: 1 ml/kkal/дневно
- Кај пациенти со ризик од декубитуси, исто така, може да се дадат и додатоци на исхраната (ннд -C).

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

4.8.2008

Кохранови прегледи

- Терапевтскиот ултразвук, најверојатно, не е ефикасен за декубитуси (ннд -C).
- Не постојат доволно докази за да покажат дали електромагнетната терапија помага или пречи во заздравувањето на декубитусите (ннд -D).
- Не постои добар доказ од клиничко испитување за да ја поддржи употребата на некој посебен раствор за чистење на раните или техника за декубитуси (ннд -D).

Други извори од интернет

1. Salcido R, Popescu A. Pressure ulcers and wound care. eMedicine.

Литература

1. Medical Advisory Secretariat. Pressure ulcer prevention: an evidence-based analysis. Ontario Health Technology Assessment Series 2009;9(2). 2 [[Tiivistelmä suomeksi](#)]
2. Reddy M, Gill SS, Kalkar SR et al. Treatment of pressure ulcers: a systematic review. JAMA 2008;300(22):2647-62. PubMed

3. Nixon J, Nelson EA, Cranny G, Iglesias CP, Hawkins K, Cullum NA, et al. Pressure relieving support surfaces: a randomised evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(22). 3 [*Tiivistelmä suomeksi*]
4. Eberhardt S, Heinemann A, Kulp W, et al. Dekubitusprophylaxe und -therapie [Decubital prophylaxis and therapy]. Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, HTA-Bericht 128, 2005. 4 [*Tiivistelmä suomeksi*]
5. Reddy M, Gill SS, Rochon PA. Preventing pressure ulcers: a systematic review. *JAMA* 2006;296(8):974-84. PubMed
6. Cullum N, Nelson EA, Flemming K, Sheldon T. Systematic reviews of wound care management: (5) beds; (6) compression; (7) laser therapy, therapeutic ultrasound, electrotherapy and electromagnetic therapy. *Health Technol Assess* 2001;5(9) 5

Автори:

This article is created and updated by the EBMG Editorial Team Article ID: rel00133 (013.083)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

РЕФЕРЕНЦИ

1. National Pressure Ulcer Advisory Panel and European Pressure Ulcer Advisory Panel. Pressure ulcer. Prevention & treatment: Clinical practice guideline. Washinton DC: National Pressure Ulcer Advisory Panel; 2009. 1
2. Nixon J, Nelson EA, Cranny G ym. Pressure relieving support surfaces: a randomised evaluation. *Health Technol Assess* 2006;10(22):iii-iv, ix-x, 1-163. PubMed
3. Takala J, Varmavuori S, Soppi E. Prevention of pressure sores in acute respiratory failure: a randomized, controlled trial. *Clinical Intensive Care* 1996;7:228-35.
4. Vangilder C, Macfarlane GD, Meyer S. Results of nine international pressure ulcer prevalence surveys: 1989 to 2005. *Ostomy Wound Manage* 2008;54(2):40-54. PubMed

Автори:

Esa Soppi Претходни автори: Heli Majamaa Article ID: ebm00292 (013.083)© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, 13.02.2012, www.ebm-guidelines.com**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 4 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање до февруари 2016 година.**