Пролежень (декубитальная язва)

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2026 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: L89 · Союз педиатров России, Ассоциация профессиональных участников хосписной помощи, Национальная ассоциация детских реабилитологов

Пролежень (декубитальная язва) — воспалительно-дистрофическое повреждение мягких тканей из-за длительного давления, часто в сочетании со сдвигом, трением и влажностью. Рекомендация посвящена детям с пролежнями или риском их развития: ключевые элементы — стадирование, оценка риска, уход и разгрузка давления, нутритивная поддержка, местное лечение, контроль инфекции и показания к хирургии.

Главное

- Главные причины пролежней — непрерывное давление, сдвиг тканей, трение и влажность; риск повышают неподвижность, медицинские устройства, загрязнение кожи мочой/калом/потом, недостаточность питания, глюкокортикоиды, нарушение перфузии и оксигенации.
- Стадии: I — стойкая гиперемия/побледнение без дефекта кожи; II — поверхностная язва/ссадина/пузырь; III — разрушение кожи и подкожной клетчатки до мышц, не глубже фасции; IV — некроз с поражением мышц, костей или других опорных структур, возможны свищи и полости.
- У детей с факторами риска регулярно используют шкалу Брадена QD для оценки риска развития пролежней. УУР В, УДД 3.
- Всем детям с пролежнями нужен развернутый общий анализ крови; лейкоциты >15 тыс./нл могут указывать на инфекционные осложнения. УУР С, УДД 4.
- Системные антибиотики не назначают при локально-ограниченных пролежнях; они показаны при лейкоцитозе, нейтрофилезе, повышении СРБ/прокальцитонина или клинически вероятной инфекции. УУР В, УДД 1.
- При пролежнях IV стадии всем пациентам показано хирургическое лечение; после удаления некроза может применяться вакуум-терапия с последующей кожной пластикой. УУР С, УДД 4 для вакуумной повязки.
- Профилактика строится на снижении давления на костные выступы, предупреждении трения и сдвига, наблюдении за кожей, поддержании чистоты и умеренной влажности, достаточном питании и обучении семьи.

Диагностика

1. Сначала подтвердить диагноз клинически: найти типичные изменения кожи/мягких тканей и определить стадию по глубине поражения.
2. Собрать анамнез факторов риска: длительное лежачее или сидячее положение, невозможность самостоятельно менять позу, медицинские устройства на коже, влажность от выделений, недостаточность питания, глюкокортикоиды, нарушения перфузии/оксигенации.
3. Осмотреть типичные зоны давления с учетом возраста: у детей до 3 лет часто страдают затылок, уши и околоушная область; к 6–10 годам локализация становится ближе к взрослой.
4. Оценить риск по шкале Брадена QD у ребенка с факторами риска; профилактику и лечение направлять на пункты, где получен ≥1 балл, а общий балл ≥13 трактовать как риск госпитальных пролежней.
5. Оценить питание: антропометрия, ИМТ, окружность плеча, кожно-жировые складки, окружность мышц плеча; у детей ориентироваться на Z-score, недостаточность питания вероятна при Z-score массы к росту/ИМТ к возрасту ‹ −2 SD или снижении Z-score на ≥1 SD.
6. Назначить лабораторный минимум: общий анализ крови всем; при III–IV стадии или подозрении на инфекцию — СРБ, диагностически значимо повышение 30–40 мг/л; при II–IV стадии селективно выполнить посев материала из пролежня с чувствительностью к антимикробным препаратам.
7. При II–IV стадии или риске поражения селективно использовать УЗИ кожи/допплерографию сосудов; при III–IV стадии и подозрении на свищи, поражение кости, сепсис или планируемую операцию — рентгенографию и/или МРТ, при необходимости КТ.

Лечение

- Базовая тактика для любой стадии: лечение по стадии процесса, асептика, частая смена положения, противопролежневые матрасы/приспособления, защита грануляций от травмы, полноценное питание с белком и витаминами, гигиенический уход.
- Нутритивная поддержка обязательна: индивидуально рассчитать калорийность, при невозможности калориметрии использовать формулы Schofield, Харриса–Бенедикта и др.; при пролежнях увеличить калорийность и белок до 20% от индивидуальной нормы под контролем мочевины. УУР С, УДД 5.
- Белок в рационе увеличивают до 2,5–3,0 г/кг/сут или 3,0–4,0 г/кг/сут в зависимости от возраста, стадии пролежня и сопутствующей патологии; перерасчет калорийности проводить не реже 1 раза в месяц.
- Предпочтителен энтеральный путь питания; при дисфагии, оромоторных нарушениях, отказе от еды или невозможности достаточного приема показан назогастральный зонд, а если зондовое питание нужно более 6 недель — гастростома. УУР С, УДД 5.
- При I стадии используют пленочную повязку до 7 суток, гидрогелевую с заменой через 1–3 суток или 5–7 суток под пленку, атравматическую сетчатую на 1–2 суток. УУР С, УДД 5.
- При II стадии выбор повязки зависит от фазы: гидрогелевая, пленочная, гидроколлоидная на 3–5 суток, атравматическая сетчатая на 1–2 суток, ранозаживляющая/антисептическая на 1–3 суток; для очищения применяют 0,9% натрия хлорид, сложный раствор натрия хлорида, хлоргексидин 0,05% или бензилдиметил-миристоиламино-пропиламмоний 0,01%. УУР С, УДД 5.
- При III стадии применяют повязки по фазе раневого процесса: гидрогелевые, пленочные, альгинатные на 1–3 суток, губчатые на 3–5 суток, абсорбенты/суперпоглотители на 1–3 суток, ранозаживляющие и антисептические; вакуумная повязка возможна опционально. УУР С, УДД 4–5; для вакуум-терапии при III стадии в фазе эпителизации УУР В, УДД 3.
- Хирургия показана при III–IV стадии по показаниям: неэффективность комплексной консервативной терапии, длительный пролежень площадью >60 см², трофическая язва; I–II стадии хирургически не лечат. УУР С, УДД 4–5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализировать при пролежнях III–IV стадии.
- Госпитализировать при присоединении инфекционного синдрома по лабораторным данным или клиническим симптомам, включая детей с риском сепсиса, если нужна стационарная помощь.
- Госпитализировать, если необходимый объем помощи невозможно обеспечить амбулаторно.
- При подозрении или выявлении пролежня начиная с III стадии ребенка направляют к детскому хирургу.
- Признаки хронической раневой инфекции у амбулаторного пациента — повод для госпитализации: нет улучшения 2 недели на стандартной помощи, измененные или рыхлые кровоточащие грануляции, карманы у основания раны, неприятный запах, распад раны, усиление боли.

Частые вопросы

Как быстро стадировать пролежень?

Оцените целостность кожи и глубину дефекта: I — кожа цела, но есть стойкая гиперемия/побледнение; II — поверхностный дефект; III — некроз до мышечного слоя без фасции; IV — поражение всех мягких тканей с видимыми сухожилиями и/или костью.

Когда нужны системные антибиотики при пролежне?

Не при локально-ограниченном пролежне. Они показаны при лейкоцитозе, нейтрофилезе, повышении СРБ или прокальцитонина и/или клинически вероятном инфицировании; старт эмпирический с коррекцией по посеву.

Какие анализы обязательны ребенку с пролежнем?

Всем детям выполняют развернутый общий анализ крови для оценки гемоглобина и лейкоцитов. При III–IV стадии или подозрении на инфекцию добавляют СРБ; при II–IV стадии селективно проводят микробиологическое исследование материала из раны с чувствительностью.

Сколько белка нужно ребенку с пролежнем?

В тексте указано увеличение белка до 2,5–3,0 г/кг/сут или 3,0–4,0 г/кг/сут в зависимости от возраста, стадии пролежня и сопутствующей патологии. Контроль — уровень мочевины в крови и регулярный пересчет рациона.

Когда думать о кожной пластике или смене тактики?

После некрэктомии возможна свободная кожная пластика или пластика местными/перемещенными лоскутами. Если глубокий пролежень на фоне консервативного лечения за 2 недели не уменьшается на 30%, нужно повторно оценить пациента и изменить тактику.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/1079-prolezhen-dekubitalnaya-yazva. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/1079_1