

УДК 616.5-001/-002-06:616.352/.62-008.222/.223]-08.

І. Й. КОГУТ, С. О. ГАЛНИКІНА

/ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського МОЗ України», Тернопіль, Україна/

Застосування оцінювальних інструментів IADS та IAD-IT при дерматиті, асоційованому з нетриманням відправлень

Резюме

Дерматит, асоційований з нетриманням відправлень (ДАНВ) – це запалення шкіри внаслідок тривалого або повторного контакту з сечею та / або калом.

Мета роботи – за допомогою діагностичних інструментів IADS та IAD-IT провести визначення ступеня тяжкості захворювання та дослідити ефективність топічного застосування препарату Камфорна олія у хворих на ДАНВ.

Матеріали та методи. Під спостереженням перебували 104 хворих на ДАНВ, у яких для очищення і захисту шкіри від дії сечі і калу використовували препарат Камфорна олія. Визначення ступеня і стадії ДАНВ проводили за допомогою діагностичних інструментів IAD-IT та IADS.

Результати. Внаслідок топічного застосування препарату Камфорна олія у хворих на ДАНВ відбулося зниження бала IADS з $20,2 \pm 6,6$ до $9,9 \pm 5,1$ ($p < 0,05$) та збільшилась кількість пацієнтів з ранньою формою IAD-IT з 15 (14,4 %) до 28 (26,9 %) ($p < 0,0281$).

Висновки. Місцеве застосування препарату камфорної олії у хворих на ДАНВ привело до зменшення числа ділянок ураження шкіри, зниження інтенсивності еритеми і кількості висипу та сприяло загальному покращенню перебігу захворювання за показниками оцінювальних інструментів IADS та IAD-IT.

Ключові слова: дерматит, асоційований з нетриманням відправлень, IAD, діагностичні інструменти, IADS, IAD-IT, камфорна олія

Дерматит, асоційований з нетриманням відправлень (ДАНВ) – це запалення шкіри внаслідок тривалого або повторного контакту з сечею та / або калом [8]. Характерними клінічними симптомами ДАНВ є гіперемія, набряк, ерозії на шкірі, шкірний висип у вигляді везикул, пухирів і пустул, які типово розташовані на шкірі сідниць, періанальної ділянки, ділянки геніталій, у пахових складках, на крижах та інших суміжних ділянках тіла [2, 8].

Для встановлення ступеня тяжкості захворювання, стадії патологічного процесу, а також для вибору лікувальної тактики ДАНВ використовують спеціально розроблені оцінювальні інструменти [6]. Верифікацію у клінічних дослідженнях отримали декілька з них, серед останніх – «Дерматит, асоційований з нетриманням, та інструмент для визначення його тяжкості» (The Incontinence Associated Dermatitis And Its Severity Instrument, IADS) запропонований у 2010 р. Borchert K., Bliss D. Z., Savik K., Radosevich D. M., та «Інтервенційний інструмент для оцінки дерматиту, асоційованого з нетриманням» (Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool, IAD-IT), опублікований у 2012 р. за авторством Junkin J. [4–6]. Окрім наведених, для оцінки ДАНВ також використовували «Інструмент для оцінки промежини» (Perineal Assessment Tool) та «Інструмент для оцінки периректальної шкіри» (Perirectal Skin Assessment Tool). На сьогодні групою міжнародних експертів у складі Vebeckman D., Van den Bussche K. та ін. розроблено спрощений для практичного використання «Гентівський глобальний категоризаційний інструмент для ДАНВ» (Ghent Global IAD Categorisation Tool, GLOBIAD) [1, 8, 9].

За допомогою IAD-IT можливо встановити ризик розвитку ДАНВ, оцінити тяжкість захворювання, виявити ознаки грибкового ураження та визначити обсяг лікувального втручання [4, 5]. У свою

чергу, застосування IADS забезпечує оцінювання ступеня еритеми шкіри, виявлення характерних висипань і пошкоджень цілісності шкіри на тринадцяти ділянках тіла, котрі найчастіше зазнають дії сечі та калу. Остаточний результат оцінювання IADS виражається найбільшою сумою балів, визначених для кожної ділянки. Діапазон можливих значень знаходиться в межах від 0 до 52 балів. З покращенням стану хворого бал знижується. Широкий діапазон такої шкали балів дозволяє слідувати за динамікою перебігу захворювання та визначати ефективність лікування [2, 3, 7].

Мета роботи – за допомогою оцінювальних інструментів IADS та IAD-IT провести визначення ступеня тяжкості захворювання та дослідити ефективність топічного застосування препарату Камфорна олія у хворих на ДАНВ.





Матеріали та методи дослідження

Під спостереженням перебували 134 хворих на ДАНВ у віці від 36 до 92 років, у тому числі 83 (61,9 %) жінки. У всіх пацієнтів було нетримання сечі, котре у 48 (35,8 %) осіб поєднувалось з нетриманням калу. Досліджувану групу склали 104 хворих, в яких для забезпечення очищення і захисту шкіри від дії сечі і калу використовували препарат для зовнішнього застосування Камфорна олія. Діючою речовиною лікарського засобу є камфора рацемічна у концентрації 0,1 г в 1 мл олії соняшникової. У контрольній групі, яку склали 30 хворих на ДАНВ, застосовували місцеві гігієнічні засоби для догляду за шкірою, спеціально розроблені для осіб з нетриманням. Пацієнтам обох груп проводили відповідні заходи з очищення та захисту шкіри тричі на добу із наступною заміною підгузків.

Інтервенційний інструмент для оцінки дерматиту, асоційованого з нетриманням Incontinence-associated dermatitis intervention tool (iad-it)

ДОГЛЯД ЗА ШКІРОЮ В ОСІБ З НЕТРИМАННЯМ

1. Очистити шкіру від випорожнень якнайшвидше та нанести бар'єрний засіб.
2. Задokumentувати стан шкіри щонайменше один раз за зміну у медсестринському журналі.
3. Повідомити надавача первинної допомоги про виникнення пошкодження шкіри та узгодити план допомоги.
4. Розглянути використання зовнішнього катетера або фекального колектора.
5. Розглянути необхідність короткотривалого використання сечового катетера.

	ВИЗНАЧЕННЯ	ВТРУЧАННЯ
ВИСОКИЙ РИЗИК	<p>Вологість і колір шкіри не відрізняються від навколишньої шкіри, проте можуть бути наявними рубці чи дисколорація після попередніх випадків ДАНВ і загоєних виразок.</p> <p>Пацієнт не здатний на самостійний адекватний догляд чи висловлення потреб та має нетримання рідкого калу не менше 3 разів за добу.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Використовувати одноразову бар'єрну салфетку, яка містить очищувач, зволожувач і протектант. 2. Якщо бар'єрна салфетка недоступна, слід використати очищувач з кислим рН (менше 6,5), але не мило (створює надмірно лужне середовище). Очищувати шкіру потрібно ніжно (промокати протягом 1–2 хвилин, але не терти). Нанести протектант (диметикон, рідкий шкірний бар'єр або вазелін). 3. При використанні підгузків або підкладок слід проводити повітряні ванни. Підтримуючі трусики слід використовувати для сидіння чи прогулянок, але не для перебування у ліжку. 4. Лікувати причину нетримання: <ol style="list-style-type: none"> а) визначити причину нетримання, перевірити наявність урогенітальної інфекції; б) запровадити час випорожнень, запрограмувати роботу сечового міхура та кишечника; в) при відсутності ефекту звернутися до спеціаліста з нетримання.
РАННІЙ ДАНВ 	<p>Шкіра, яка піддається дії калу та/або сечі є сухою, інтактною, без пухирців, але дифузно рожевою або червоною без чітких меж, часто з нерівним краєм.</p> <p>На темній шкірі зміни кольору помітні складніше, тому ефективнішою буде пальпація, за допомогою якої можливо виявити підвищення температури шкіри у порівнянні з неураженою шкірою.</p> <p>Пацієнти, у яких немає порушення чутливості і комунікативних розладів, можуть висловлювати відчуття печії, жалення, чи іншого болю.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 5. Додатково до пунктів, викладених вище: 5. Застосовувати засоби на основі оксиду цинку на мокнучі та кровоточиві ділянки 3 рази на добу та після кожної дефекації. 6. Використовувати мазь для неадгезивних пов'язок, які слід обережно прикладати до ураженої шкіри, щоб уникнути розтирання. Не використовувати лейкопластир чи інші адгезивні перев'язувальні матеріали. 7. Після застосування пасти з оксидом цинку її не слід витирати повністю при черговому очищенні шкіри. З ураженої ділянки слід ніжно промокати кал, після чого наново наносити пасту. 8. Для лікування денудованих ділянок шкіри, які залишаються після зменшення ознак запалення, використовується мазь ВТС (бальзам Перу, трипсин, рицинова олія), проте слід пам'ятати, що бальзам Перу має прозапальні властивості. 9. Проконсультуйтеся у спеціаліста WOCN (спеціаліст з ран, стом і нетримання), якщо такий є.
ПОМІРНИЙ ДАНВ 	<p>Уражена шкіра яскраво чи надмірно червоного кольору, ураження на темній шкірі може бути білим або жовтим.</p> <p>Шкіра, переважно, блискуча та вогка, з мокнуттям чи точковими кровоточивими ділянками.</p> <p>Можуть відмічатися припідняті ділянки чи малі пухирці.</p> <p>Невеликі ділянки втрати цілості поверхні шкіри (розміром у монету в 10 центів або 10 копійок)</p> <p>Вони є болючими, навіть якщо пацієнт не може спілкуватися.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 10. Додатково до пунктів, викладених вище: 10. Надавати напівлежачого положення двічі на добу для проведення повітряних ванн уражених ділянок. 11. Застосовувати заходи для зменшення мацерації: матраці і покриття з низькою втрапою повітря, часті повертання тулуба, застосування в'язких примочок (Domeboro з ацетатом алюмінію, розчин Бурова). 12. Застосовувати дихаючі, повітропроникні підкладки (без пластикового покриву).
ВИРАЖЕНИЙ ДАНВ 	<p>Уражена шкіра почервоніла, з денудованими ділянками, мокнуттям або кровоточивістю.</p> <p>На темній шкірі ураження може набувати білого або жовтого кольору.</p> <p>При мокнутті можуть віддіратися поверхні шари шкіри, бо мокнучий протеїн прилипає до контактуючої сухої поверхні.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порошок слід наносити на уражену шкіру тонким шаром. Для попередження утворення грудочок рекомендовано наносити поверх порошку мазь чи рідкий шкірний бар'єр. 2. Продовжувати лікування відповідно до ступеня ДАНВ. 3. Визначити наявність ознак грибкової інфекції та забезпечити її лікування. 4. У жінок слід перевірити наявність вагінального кандидозу. 5. Оцінити стан шкірних складок, особливо під молочними залозами, животом та у пахвині. 6. За відсутності покращення провести бактеріологічне дослідження для виявлення ймовірної бактерійної інфекції.
ВИРАЖЕНИЙ ДАНВ 	<p>Стан виникає при будь-якому ступені ураження ДАНВ.</p> <p>По краях почервонілих (побілілих або пожовклих на темній шкірі) ділянок визначаються плями або папули, котрі можуть свербіти, деколи досить інтенсивно.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Порошок слід наносити на уражену шкіру тонким шаром. Для попередження утворення грудочок рекомендовано наносити поверх порошку мазь чи рідкий шкірний бар'єр. 2. Продовжувати лікування відповідно до ступеня ДАНВ. 3. Визначити наявність ознак грибкової інфекції та забезпечити її лікування. 4. У жінок слід перевірити наявність вагінального кандидозу. 5. Оцінити стан шкірних складок, особливо під молочними залозами, животом та у пахвині. 6. За відсутності покращення провести бактеріологічне дослідження для виявлення ймовірної бактерійної інфекції.

Copyright © 2018 Joan Junkin. All rights reserved. Please send request for permissions to IADIT@medbiopub.com.

Bliss D2, Zehrer C, Savik K, et al. Incontinence-Associated Skin Damage in Nursing Home Residents A Secondary Analysis of a Prospective, Multicenter Study. Ost/Wound Mgmt. 2016;52:46-55 2. Institute for Healthcare Improvement Prevent Pressure Ulcers: How-To Guide. May 2007.

Available at: <http://www.ihl.org/nr./rdonlyres-5ababb51-93b3-4d88-ae19-be88b7d96858/0/pressureulcerhowtguide.doc>. accessec 10. *21/07 3. Gray M, Bliss DB, Ermer-Selun J, et al. Incontinence-associated Dermatitis: A Consensus JWOCN. 2007;34:45-64

Переклад на українську мову Корут І.Й. Переклад і друк з дозволу Joan Junkin 2 *317.

Рис 1. Оцінка тяжкості дерматиту, асоційованого з нетриманням, за допомогою інтервенційного інструменту Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool, IAD-IT

Визначення ступеня і стадії ДАНВ проводили за допомогою оцінювальних інструментів: «Інтервенційний інструмент для оцінки дерматиту, асоційованого з нетриманням» (Incontinence Associated Dermatitis Intervention Tool, IAD-IT) (рис. 1) і «Дерматит, асоційований з нетриманням, та інструмент для визначення його тяжкості» (The Incontinence Associated Dermatitis And Its Severity Instrument, IADS) (рис. 2).

Статистичну обробку результатів виконували за допомогою програмного забезпечення Microsoft Excel® 2016 та MedCalc® шляхом визначення відношення шансів (OR) та 95 % довірчого інтервалу (95 % CI), регресійного аналізу, точного критерію Фішера, проведення тесту Мак Немара та парного t-критерію Стьюдента. Зміну показників вважали достовірною при рівні значимості не менше $p < 0,05$. Порівнювали показники, визначені перед початком лікування та через один місяць після проведеного курсу лікування.

Результати та їх обговорення

Показник IADS до початку лікування у досліджуваній групі становив $20,2 \pm 6,6$ балів, а у контрольній групі – $19,0 \pm 5,4$ балів. Через 1 місяць лікування в обох групах відбулося достовірне зниження бала IADS, який у досліджуваній групі склав $9,9 \pm 5,1$ балів ($p < 0,05$), а у контрольній групі – $8,1 \pm 4,3$ балів ($p < 0,05$).

У досліджуваній групі перед початком лікування симптоми ДАНВ спостерігали у середньому на 7 різних ділянках тіла. Після курсу лікування поширеність симптомів захворювання зменшилась до 5 ділянок, проте така зміна не була достовірною ($P = 0,4333$).

Найчастіше, а саме більш ніж у двох третин обстежених обох груп, симптоми ДАНВ визначалися на нижніх частинах сідниць, міжсідничній складці, геніталіях та періанальній ділянці.

Після проведеного курсу лікування у досліджуваній групі (табл. 1) відмічено достовірне зменшення частоти ураження періанальної ділянки (55,8 %), міжсідничної складки (64,4 %), верхніх частин сідниць (28,8 %), геніталій (40,4 %), низу живота (12,5 %) та стегон (33,7 %). Недостатнім виявився лікувальний ефект тільки на нижніх частинах сідниць та у пахових складках, що можна пояснити ймовірним негативним впливом ізолюючих облямівок підгузків, які тісно прилягають у цих місцях. У контрольній групі (табл. 2) достовірне зменшення частоти ураження після отриманого курсу лікування встановлено тільки у міжсідничній складці та на внутрішній поверхні лівого стегна, в ділянках інших локалізацій воно було недостатнім.

Еритему шкіри до початку лікування спостерігали у всіх пацієнтів. У досліджуваній групі вона була легкою або помірною у 31 (29,8 %) хворого та вираженою у 73 (70,2 %) осіб. Після проведеного курсу лікування кількість випадків вираженої гіперемії достовірно знизилася до 6 (5,8 %) випадків (OR 0,14; 95 % CI, 0,06–0,36; $P < 0,0001$), тоді як число пацієнтів з легкою або помірною гіперемією достовірно збільшилась до 98 (94,2 %) осіб (OR 38,5; 95 % CI 15,2–97,0; $P < 0,0001$).

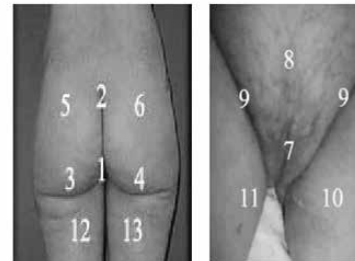
Дерматит, асоційований з нетриманням, та інструмент для визначення його тяжкості

The Incontinence Associated Dermatitis And Its Severity Instrument (IADS)
Borchert K., Bliss D. Z., Savik K., & Radosevich D. M. (2010)

ЛОКАЛІЗАЦІЯ

13 ділянок локалізації ДАНВ

1. Періанальна шкіра
2. Міжсіднична складка
3. Нижня частина лівої сідниці
4. Нижня частина правої сідниці
5. Верхня частина лівої сідниці
6. Верхня частина правої сідниці
7. Геніталії (губи/калітка)
8. Низ живота/надлобкова ділянка
9. Пахова складка
10. Внутрішня поверхня лівого стегна
11. Внутрішня поверхня правого стегна
12. Задня поверхня лівого стегна

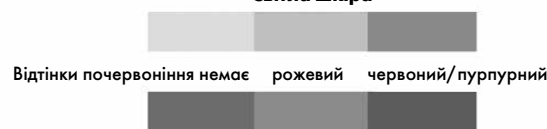


ПОЧЕРВОНІННЯ

Ступені: відсутнє, рожеве, червоне.

На темній шкірі замість червоного забарвлення може бути пурпурове.

Світла шкіра



Темна шкіра

ПОРУШЕННЯ ЦІЛОСТІ ПОВЕРХНІ ШКІРИ

Шкіра волога внаслідок втрати верхнього шару (ерозована)



Ерозія наявна

або



Ерозії немає



Пролежнева виразка, не ДАНВ

ВИСИПАННЯ

На почервонілій ділянці з нерівними межами визначаються точкові висипання, підняті над поверхню шкіри.



Вірно



або

Не вірно

10/1/10 Розробники інструменту для ДАНВ надають дозвіл на використання методики та форми для підрахунку балів. Версія цієї методики для ДАНВ подана згідно посилання на Borchert, K., Bliss, D. Z., Savik, K., & Radosevich, D. M. (2010). The Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity Instrument. *Journal of Wound, Ostomy, and Continence Nursing*, 37(5), 527-535. Переклад на українську мову Корут І.Ю., 2018.

Рис. 2. Визначення тяжкості дерматиту, асоційованого з нетриманням, за допомогою The Incontinence Associated Dermatitis And Its Severity Instrument, IADS

У ділянках, уражених ДАНВ, окрім гіперемії, визначалися й інші первинні елементи висипу, зокрема папули, везикули, пухирі і пустули. У досліджуваній групі за період спостереження відбулося достовірне зменшення числа висипу у вигляді везикул і пухирів – кількість пацієнтів з везикулами зменшилась з 45 (43,3 %) до 29 (27,9 %), а кількість хворих з висипом у вигляді пухирів зменшилась з 17 (16,3 %) до 7 (6,7 %) (табл. 3). У контрольній групі зменшення кількості первинних елементів висипу було незначним і не досягло достовірного рівня (табл. 4).

Порушення цілісності шкіри при ДАНВ проявлялося у вигляді ерозій або денудацій. У досліджуваній групі до початку лікування ерозії спостерігали у 52 (50,0 %) осіб, після курсу лікування часто-

Таблиця 1. Число уражених ДАНВ ділянок у пацієнтів досліджуваної групи

Ділянка ураження	До лікування, (осіб)	Після лікування, (осіб)	OR	95 % CI	P
Періанальна шкіра	78	58	0,42	0,23–0,76	0,0039*
Міжсіднична складка	80	67	0,54	0,29–0,99	0,0490*
Нижня частина лівої сідниці	84	79	0,75	0,39–1,46	0,4006
Нижня частина правої сідниці	86	78	0,63	0,32–1,23	0,1764
Верхня частина лівої сідниці	47	30	0,49	0,28–0,87	0,0153*
Верхня частина правої сідниці	43	24	0,42	0,23–0,78	0,0053*
Геніталії (губи / калитка)	79	42	0,21	0,12–0,39	0,0001*
Низ живота / надлобкова ділянка	27	13	0,41	0,19–0,84	0,0156*
Пахова складка	31	21	0,60	0,32–1,13	0,1153
Внутрішня поверхня лівого стегна	54	35	0,47	0,27–0,82	0,0081*
Внутрішня поверхня правого стегна	52	33	0,46	0,26–0,82	0,0078*
Задня поверхня лівого стегна	39	22	0,44	0,24–0,83	0,0104*
Задня поверхня правого стегна	34	19	0,46	0,24–0,88	0,0183*

Примітка. P – рівень достовірності; * – достовірна зміна.

Таблиця 3. Число пацієнтів з первинним висипом у досліджуваній групі

Елемент висипу	До лікування, (осіб)	Після лікування, (осіб)	OR	95 % CI	P
Папули	75	73	0,91	0,50–1,66	0,7596
Везикули	45	29	0,51	0,28–0,90	0,0213*
Пухирі	17	7	0,37	0,15–0,93	0,0351*
Пустули	24	17	0,65	0,33–1,30	0,2243

Примітка. P – рівень достовірності; * – достовірна зміна.

та їх виявлення достовірно знизилася до 35 (33,7 %) випадків (OR 0,51; 95% CI 0,29–0,89; P<0,0174). У контрольній групі через місяць спостереження також відбулося зменшення кількості ерозій з 15 (50 %) до 10 (30 %) випадків, проте таке покращення виявилось недостовірним (OR 0,5; 95% CI 0,18–1,42; P<0,198).

За допомогою IAD-IT у досліджуваній групі рання форма ДАНВ була виявлена у 15 (14,4 %) пацієнтів, помірна – у 63 (60,6 %) і тяжка – у 26 (25,0 %) хворих. Після курсу лікування у досліджуваній групі численність пацієнтів з ранньою формою ДАНВ достовірно збільшилась до 28 (26,9 %) осіб (OR 2,19; 95 % CI 1,09–4,39; P<0,0281). Кількість випадків помірної форми зменшилась незначно – до 59 (56,7 %), а тяжкої форми – до 17 (16,3 %) хворих. У контрольній групі, відповідно, рання форма ДАНВ була визначена у 5 (17,0 %) пацієнтів, помірна – у 12 (40,0 %), тяжка – у 13 хворих (43,0 %). Через 1 місяць спостереження, за даними IAD-IT, у групі контролю не відбулося достовірного покращення перебігу захворювання, а ранній ДАНВ виявлено у 8 (27,0 %) хворих, помірного ступеня – у 15 (50,0 %), тяжкого – у 7 (23,0 %) хворих.

Таблиця 2. Число уражених ДАНВ ділянок у пацієнтів контрольної групи

Ділянка ураження	До лікування, (осіб)	Після лікування, (осіб)	OR	95 % CI	P
Періанальна шкіра	21	15	0,43	0,15–1,24	0,1169
Міжсіднична складка	21	11	0,25	0,08–0,73	0,0112*
Нижня частина лівої сідниці	23	16	0,35	0,11–1,05	0,0620
Нижня частина правої сідниці	22	18	0,55	0,18–1,62	0,2758
Верхня частина лівої сідниці	14	8	0,42	0,14–1,23	0,1082
Верхня частина правої сідниці	11	7	0,53	0,17–1,62	0,2629
Геніталії (губи / калитка)	22	22	1,00	0,32–3,14	1,0000
Низ живота / надлобкова ділянка	9	5	0,47	0,14–1,61	0,2274
Пахова складка	11	6	0,43	0,14–1,38	0,1569
Внутрішня поверхня лівого стегна	15	7	0,30	0,10–0,92	0,0354*
Внутрішня поверхня правого стегна	17	10	0,38	0,13–1,09	0,0721
Задня поверхня лівого стегна	7	3	0,37	0,08–1,58	0,1769
Задня поверхня правого стегна	8	3	0,31	0,07–1,29	0,1069

Примітка. P – рівень достовірності; * – достовірна зміна.

Таблиця 4. Число пацієнтів з первинним висипом у контрольній групі

Елемент висипу	До лікування, (осіб)	Після лікування, (осіб)	OR	95 % CI	P
Папули	18	17	0,87	0,31–2,44	0,7935
Везикули	12	7	0,46	0,15–1,40	0,1691
Пухирі	4	4	1,00	0,23–4,43	1,0000
Пустули	6	4	0,62	0,15–2,45	0,4909

Примітка. P – рівень достовірності; * – достовірна зміна.

Висновки

Місцеве застосування препарату Камфорна олія у хворих на ДАНВ привело до зменшення числа ділянок ураження шкіри, зниження інтенсивності еритеми і кількості висипу та сприяло загальному покращенню перебігу захворювання за показниками інструментів IADS і IAD-IT.

Список використаної літератури

1. Towards an international language for incontinence-associated dermatitis (IAD) : design and evaluation of psychometric properties of the Ghent Global IAD Categorisation Tool (GLOBIAD) in 30 countries / D. Beeckman, K. Van den Bussche, P. Alves [et al.] // British Journal of Dermatology. – 2018. – URL: <http://dx.doi.org/10.1111/bjd.16327>.
2. Behairy A. S. Effect of Skin Intervention Protocol on Incontinence-Associated Dermatitis among Patients with Fecal Incontinent / A. S. Behairy, N. M. El-Mokadem // IOSR Journal of Nursing and Health Science. – 2015. – Vol. 4, № 6. – P. 24–31.
3. The incontinence-associated dermatitis and its severity instrument: development and validation / K. Borchert, D. Bliss, K. Savik, D. Radosevich // J. Wound. Ostomy. Continence. Nurs. – 2010. – № 37 (5). – P. 527–535.

4. Is it Feasible to Use Incontinence-Associated Dermatitis Assessment Tools in Routine Clinical Practice in the Long-term Care Setting? / S. Clarke-O'Neill, A. Farbroth, M-L. Lagerstedt Eidrup, [et al.] // J. Wound. Ostomy. Continence. Nurs. – 2015. – № 42 (4). – P. 379–388.
5. Incontinence-Associated Dermatitis Consensus Statements, Evidence-Based Guidelines for Prevention and Treatment, and Current Challenges / D. Doughty, J. Junkin, P. Kurz [et al.] // J. Wound Ostomy Continence Nurs. – 2012. – Vol. 39, No. 3. – P. 303–315.
6. Ousey K. IAD made easy / K. Ousey, L. O'Connor // Wounds UK. – 2017. – № 13 (1). – P. 1–6.
7. Park K. H. Prospective study on Incontinence-Associated Dermatitis and its Severity instrument for verifying its ability to predict the development of pressure ulcers in patients with fecal incontinence / K. H. Park, H. Choi // Int. Wound. J. – 2016. – № 13, suppl. s1. – P. 20–25.
8. Independent risk factors for the development of skin erosion due to incontinence (incontinence-associated dermatitis category 2) in nursing home residents : results from a multivariate binary regression analysis / N. Van Damme, K. Van den Bussche, D. De Meyer [et al.] // International Wound Journal. – 2017. – № 14 (5). – P. 801–810.
9. Woo K. Y. Management of Moisture-Associated Skin Damage: A Scoping Review / K. Y. Woo, D. Beeckman, D. Chakravarthy // Advances In Skin & Wound Care. – 2017. – Vol. 30, № 11. – P. 494–501.

Резюме

Применение оценочных инструментов IADS и IAD-IT при дерматите, ассоциированном с недержанием отпавлений

И. О. Когут, С. А. Галникина

ГБУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И. Я. Горбачевского МОЗ Украины», Тернополь, Украина

Дерматит, ассоциированный с недержанием испражнений (ДАНИ) – это воспаление кожи вследствие продолжительного или повторяющегося контакта с мочой и / или калом.

Цель работы – с помощью оценочных инструментов IADS и IAD-IT определить степень тяжести заболевания и исследовать эффективность топического использования препарата Камфорное масло у больных с ДАНИ.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 104 больных с ДАНИ, у которых для очищения и защиты кожи от действия мочи и кала использовали препарат Камфорное масло. Определение степени и стадии ДАНИ производилось с помощью диагностических инструментов IADS и IAD-IT.

Результаты. В результате топического использования препарата Камфорное масло у больных с ДАНИ произошло снижение балла IADS с $20,2 \pm 6,6$ до $9,9 \pm 5,1$ баллов ($p < 0,05$) и увеличилось число пациентов с ранней формой IAD-IT с 15 (14,4 %) до 28 (26,9 %) ($p < 0,0281$).

Выводы. Местное использование препарата Камфорное масло у больных с ДАНИ привело к уменьшению числа зон поражения кожи, снижению интенсивности эритемы и количества высыпаний, а также способствовало общему улучшению течения заболевания по показателям оценочных инструментов IADS и IAD-IT.

Ключевые слова: дерматит, ассоциированный с недержанием испражнений, IAD, оценочные инструменты, IADS, IAD-IT, камфорное масло

Summary

Application of IADS and IAD-IT evaluation tools for Incontinence-Associated Dermatitis

I. Y. Kohut, S. O. Galnykina

I. Horbachevsky Ternopil State Medical University, Ternopil, Ukraine

Introduction. Incontinence-associated dermatitis (IAD) is an inflammation of the skin due to prolonged or repeated contact with urine and/or stool.

Objective. To assess the severity of disease and to evaluate the effectiveness of topical application of medication Camphor Oil in patients with IAD.

Materials and Methods. A total 104 patients with IAD were under a supervision who had been treated with medication camphor Oil to clean and protect the skin from urine and / or stool. Severity and grade of IAD were assessed by diagnostic tools IAD-IT and IADS.

Results. In result of topical application of medication Camphor Oil in patients with IAD the total IADS score have decreased from $20,2 \pm 6,6$ to $9,9 \pm 5,1$ ($p < 0,05$) and the number of patients with Early stage on IAD-IT have increased from 15 (14,4 %) 28 (26,9 %) observations ($p < 0,0281$).

Conclusions. Topical application of medication Camphor Oil in patients with IAD resulted in decreased amount of involved body locations, lowering of redness intensity, decreasing of skin rash and had contributed to the overall improvement of the disease by means of assessment tools IADS and IAD-IT.

Key words: Incontinence-associated dermatitis, IAD, assessment tools, IADS, IAD-IT, Camphor oil