Что такое пролежни

Пролежень, или декубитальная язва (от лат. Decubare, - лежать) - участок ишемии или некроза кожи и мягких тканей, возникающий в результате их длительного сдавления или смещения. Являясь в большинстве своем серьезным дефектом ухода за тяжелобольными, пролежни оказывают отрицательное влияние на общее состояние пациента, приводят к тяжелым физическим и моральным страданиям. Пролежни часто сопровождаются выраженным болевым синдромом, депрессией и инфекционными осложнениями и нередко бывают непосредственной причиной летального исхода.

Причины возникновения пролежней

К образованию пролежней приводят три основных фактора. Первый из них - давление. Хорошо известно, что ткани человеческого организма функционируют, получая необходимые питательные вещества из крови. У любого сидячего или лежачего больного происходит сдавление мягких тканей и сдавление кровеносных сосудов, следствием чего является недостаточный приток крови к тканям. Если это состояние длится более 2 ч, то наступает ишемия, а затем и некроз мягких тканей. Сдавление тканей еще больше усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды и обуви у пациентов, сидящих неподвижно. Ввиду этого надо помнить, что длительное неподвижное лежание или сидение небезопасно.

Второй фактор - сдвиг тканей. Сдвиг тканей наблюдается у слабых лежачих пациентов, которые, не имея упора в ногах, начинают медленно сползать в постели вниз при поднятом изголовье кровати, что едва заметно глазу, но очень ощутимо для мягких тканей. В это время происходит значительное смещение поверхностных слоев мягких тканей по отношению к глубоко расположенным слоям, в результате чего мелкие кровеносные сосуды натягиваются, сгибаются и тромбируются, и кровоснабжение этих отделов нарушается. В более серьезных случаях происходит даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем глубокие повреждения могут стать заметными лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ними кожа в течение 2 недель может оставаться неповрежденной.

Третий фактор - сила трения. При трении происходит отслаивание защитного внешнего рогового слоя кожи и изъязвление ее поверхности. Подобная ситуация возникает в тех случаях, когда из-под пациента вытягивают мокрое белье, пытаются подпихнуть под него судно. Трение возрастает при увлажнении кожи и соприкосновении ее с грубой поверхностью. Риск развития пролежней выше при недержании мочи, повышенном потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья, а также при использовании не впитывающих влагу клеенок и подстилок.

Наиболее чувствительными к ишемии являются мышечные ткани. Патологические изменения развиваются прежде всего в мышцах, расположенных над костными выступами, и только затем они распространяются наружу с последовательным поражением подкожной клетчатки и кожи. Образовавшаяся кожная язва в большинстве случаев является лишь вершиной «айсберга», тогда как 70% всего некроза расположено под кожей. Присоединение инфекции усугубляет тяжесть ишемического поражения тканей и способствует быстрому прогрессированию и расширению зоны некроза.

кожный пластика пролежень повязка

Факторы риска возникновения пролежней

Факторами, ослабляющими способность кожи к восстановлению и способствующими развитию пролежней, являются:

* недержание мочи и кала;
* сниженное питание и недостаток питья;
* избыточная масса тела и истощение;
* травмы и заболевания спинного и головного мозга;
* сахарный диабет;
* заболевания периферических сосудов;
* анемия;
* крошки и мелкие предметы в постели;
* складки, швы, пуговицы на белье;
* грязная кожа.

Места образования пролежней

Потенциальными местами образования пролежней могут быть все места над костными выступами на теле, которые сдавливаются при лежании или сидении. В этих местах слабее всего выражена подкожно-жировая клетчатка, давление костных выступов выражено сильнее всего. Точки максимального давления на кожу зависят от занимаемого больным положения тела.

• В положении «на спине» пролежни возникают на крестце, в области лопаток, локтей, пяток, затылка и на пальцах ног, если давит тяжелое одеяло.

* В положении «на боку» пролежни могут образовываться в области ушной раковины, на бедре в области большого вертела, по бокам лодыжек и коленей. Необходимо также внимательно осматривать места, где суставные выступы соприкасаются друг с другом, в частности в области внутренних поверхностей колен и лодыжек.
* В положении «сидя» пролежни появляются в области копчика и седалищных бугров, лопаток, пяток, пальцев стопы.
* В положении «на животе» пролежни возникают в области скулы, груди, костей таза, на коленях и пальцах стопы.

Наиболее типичным местом образования пролежней (в 60% случаев) являются крестец и седалищные бугры. Множественные пролежни возникают примерно в четверти случаев.

Места образования пролежней:



Классификация пролежней

Существует несколько классификаций пролежней, но в настоящее время наибольшее распространение получила принятая в 1992 г. классификация Agency for Health Care Policy and Research (США), в которой наиболее четко отражена динамика местных изменений в области пролежня:

* I стадия - повреждение, предшествующее образованию кожного дефекта. В проблемной зоне появляется устойчивая локальная гиперемия, которая не прекращается в течение 3-5 мин после прекращения давления. Целостность кожных покровов не нарушена. На пятках образование пролежня может протекать незаметно из-за толстого слоя кожи. Сигнал начала образования пролежня - наличие белого пятна.
* II стадия - частичная утрата кожного покрова, связанная с повреждением эпидермиса или дермы. Отмечается образование и вскрытие болезненного, подверженного инфицированию пузыря. Образуется поверхностный дефект в виде ссадины или неглубокого кратера.
* III стадия - повреждение всех слоев кожи. Происходит разрушение кожных покровов и подкожной клетчатки до мышеч ного слоя с образованием сине-черных некротических тканей Некроз может быть сухим или выделять раневой секрет.
* IV стадия - полное разрушение кожи с обширными некро зами тканей и повреждением подлежащих мышц, сухожилий связок, капсул суставов и костей.

Классификация пролежней в зависимости от размеров:

* небольшой пролежень - диаметр менее 5 см;
* средний пролежень - диаметр от 5 до 10 см;
* большой пролежень - диаметр от 10 до 15 см;
* гигантский пролежень - диаметр более 15 см.

Бывают также пролежни свищевой формы. В этом случае в области образования пролежневой язвы имеется отверстие со сформированным свищевым ходом, и минимальный по площади дефект кожного покрова сочетается с максимальной глубиной поражения тканей. При этом в области наружного отверстия свища нередко имеются рубцовые изменения, а в подлежащих мягких тканях можно обнаружить инфицированную полость. Пролежневый свищ часто сопровождается остеомиелитом подлежащей кости.

Клиническая картина пролежней

В начале развития пролежня появляется локальная бледность, цианоз и отечность кожи. Больные жалуются на чувство онемения и незначительную болезненность. Позже наступает отслойка эпидермиса с образованием пузырей, заполненных мутным серозно-геморрагическим экссудатом, возникает некроз кожи и глубжележащих тканей. Инфицирование усугубляет тяжесть некротического поражения тканей.

Клинически пролежни протекают по типу сухого или влажного некроза. При развитии пролежня по типу сухого некроза рана выглядит как плотный некротический струп с более или менее отчетливой линией демаркации нежизнеспособных тканей. Ввиду слабого болевого синдрома и невыраженной интоксикации общее состояние больного сильно не ухудшается.

Более тяжелую клиническую картину наблюдают при развитии пролежней по типу влажного некроза. Зона глубокой необратимой ишемии тканей не имеет четкой границы, быстро прогрессирует, распространяясь не только на подкожную клетчатку, но и на фасции, мышцы, костные структуры. Окружающие ткани отечны, гиперемированы или цианотичны, резко болезненны при пальпации. Из-под некрозов обильно поступает гнойное отделяемое серого цвета с резким неприятным запахом. Отмечаются симптомы выраженной интоксикации с подъемом температуры тела до 38-39°С и выше, сопровождающейся ознобами, тахикардией, одышкой и гипотензией. Больной становится сонливым, апатичным, отказывается от еды, бредит. При лабораторных исследованиях определяют лейкоцитоз, повышение СОЭ, прогрессирующую гипопротеинемию и анемию.

Осложнения пролежней:

* контактный остеомиелит подлежащей кости;
* гнойный артрит и тендинит;
* аррозивное кровотечение;
* малигнизация;
* флегмона;
* сепсис.

Осложнения пролежней утяжеляют состояние больных, ухудшают прогноз заболевания, представляют реальную угрозу для жизни пациента и нередко являются одной из основных причин летального исхода.

Принципы профилактики пролежней

Лечение пролежня - длительный, трудоемкий, а иногда и безуспешный процесс. Вот почему главным в решении проблемы про лежней является их планомерная профилактика у пациентов группы риска. Профилактические мероприятия и особенности ухода за пациентом регламентированы приказом Минздрава России от 17.04.2002 № 123 («Протокол ведения больных. Пролежни»).

Принципы профилактики пролежней:

* выявление пациентов, находящихся в зоне риска развития пролежней;
* уменьшение сдавления, трения или сдвига тканей;
* активизация местного кровообращения в проблемных зонах;
* очищение и защита кожи в типичных местах образования пролежней;
* снижение влажности кожи;
* полноценное питание и личная гигиена;
* лечение основного заболевания и коррекция сопутствующих нарушений.

Определение риска образования пролежней

Чтобы выбрать методы профилактики пролежней, необходимо определить степень риска развития этого осложнения. Для этой цели разработано множество оценочных шкал. Благодаря простоте и быстроте оценки степени риска наиболее популярной среди медицинского персонала стала шкала Norton. В ее основе лежат пять критериев: физическое состояние, психическое состояние, активность, подвижность и недержание мочи и кала.

Таблица Шкала Norton

|  |  |
| --- | --- |
| Критерий | Баллы |
| Физическое состояние |
| Хорошее | 4 |
| Удовлетворительное | 3 |
| Тяжелое | 2 |
| Очень тяжелое | 1 |
| Психическое состояние |
| Сознание ясное | 4 |
| Апатия | 3 |
| Спутанность сознания | 2 |
| Ступор | 1 |
| Активность |
| Ходит без посторонней помощи | 4 |
| Ходит с посторонней помощью | 3 |
| Сидячий больной | 2 |
| Лежачий больной | 1 |
| Подвижность |
| Полная | 4 |
| Несколько ограничена | 3 |
| Очень ограничена | 2 |
| Отсутствует | 1 |
| Недержание |
| Нет | 4 |
| Иногда | 3 |
| Мочи | 2 |
| Мочи и кала | 1 |

Согласно шкале Norton, состояние больного оценивают по 4-балльной системе по 5 критериям. Сумма баллов указывает на величину индивидуального риска. При общем числе баллов ниже 14 возникает риск развития пролежней, а при числе баллов менее 12 риск развития пролежня становится высоким. Такие пациенты нуждаются в активной профилактике пролежней.

Методы профилактики пролежней

Индивидуальная тактика профилактики зависит от степени риска возникновения пролежней у конкретного пациента. Рассматривают три степени риска развития пролежней: низкую, умеренную и высокую.

Выбор метода профилактики пролежней

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Степень риска | Сумма баллов | Метод профилактики |
| Низкая | 15-20 | Общие гигиенические мероприятия, мягкая кровать. |
| Умеренная | 12-14 | Общие гигиенические мероприятия, мягкая кровать, защита кожи проблемных зон, приспособления для разгрузки отдельных областей. |
| Высокая | Менее 12 | Общие гигиенические мероприятия, защита кожи проблемных зон, противопролежневый матрац, регулярная смена положения тела. |

Уменьшение сдавления. Обязательным условием профилактики образования пролежней является уменьшение давления на кожу и мягкие ткани. Снижение давления на кожу в местах костных выступов достигается укладыванием больного на мягкую, но упругую поверхность. При этом матрац принимает форму тела, увеличивается площадь соприкосновения и уменьшается локальное давление на выступающие части тела. Выбор вида матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраца толщиной 15 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий используют специальные противопролежневые матрацы. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещают поролоновые подушки толщиной 10 см, а под стопы подкладывают поролоновые прокладки толщиной не менее 3 см.

Для разгрузки проблемных зон все реже применяют надутые подкладные круги, так как они ухудшают кровообращение в зоне их использования. Вместо них для более равномерного распределения массы тела и уменьшения давления на кожу рекомендуют чистую овечью шкурку с крупными завитками, которую подкладывают под пятки, локти и область крестца. Для разгрузки пяток также предложены специальные приспособления. Изменять точки соприкосновения тела больного с постелью и равномерно распределять давление на кожу лучше всего позволяют специальные противопролежневые матрацы, за счет регулярного наполнения воздухом разных секций они оказывают попеременное давление на различные участки тела.

Необходимо часто менять положение тела пациента, чтобы кожа испытывала минимальное трение, а мягкие ткани - минимальное смещение. Это необходимо делать не реже, чем каждые 2-3 ч, в том числе и в ночное время. Самые распространенные положения: на спине, на правом боку, на левом боку, в полуобороте направо, в полуобороте налево. В последних 2 положениях тело фиксируется с помощью подушек, подложенных под голову, руку и ногу (положение Симса).



Не подтягивайте пациента в одиночку, если он не может вам помочь. Для ухода за больным есть несложные приемы, основной смысл которых в том, что сначала больного надо приподнять, а только потом двигать или подкладывать под него что-либо. Не оставляйте пациента в неудобном положении, а слабых пациентов не пытайтесь усадить или придать им полусидячее положение, так как у них не хватит сил на удержание тела. Обеспечивайте таких пациентов любым приспособлением для упора в ногах.

Активизация кровообращения

Для активизации локального кровообращения используют:

* ежедневный троекратный массаж кожи с использованием специальных средств (масло для кожи, тонизирующая жидкость, лосьон для тела);
* специальную гимнастику со сменой активных и пассивных движений;
* физиотерапию.

Покрасневшие участки кожи ни в коем случае не массируйте, а вот легкий регулярный массаж вокруг этих мест весьма полезен

Очищение и защита кожи

При уходе за кожей не допускайте ее загрязнения, чрезмерной сухости и влажности, потому что такая кожа менее всего способна сопротивляться внешним воздействиям. Пациента следует мыть в ванне или под душем не реже одного раза в неделю. Если пациент неподвижен и ванна или душ ему противопоказаны, то кроме ежедневного умывания, подмывания, мытья рук перед каждым приемом пищи и после туалета необходимо ежедневно мыть его по частям. После мытья следует высушить кожу и нанести питательный крем (особенно на проблемные зоны). При высушивании кожи не вытирайте ее, а промокайте, чтобы не повредить эпидермис. Обязательно устраивайте для кожи воздушные ванны.

Питательные и защитные средства следует наносить только на чистую кожу, иначе они не принесут ожидаемого эффекта. Специальные аэрозольные протекторы для кожи создают сетчатую пленку, которая защищает кожу на протяжении 6 ч от агрессивного воздействия мочи и кала. Правильный рациональный уход за кожей тяжелобольного пациента с использованием современных косметических средств, таких как «Молисистема» и «Мена-линд профешнл», является основой профилактики пролежней и значительно облегчает труд медицинского персонала.

При недержании мочи и кала используют впитывающие подгузники для взрослых или впитывающие и поглощающие запах подушки, которые содержат суперабсорбент, превращающий жидкость в гель. Современные прокладки, как правило, снабжают индикатором наполнения, который указывает на необходимость ее замены. Тяжелобольным подгузники необходимо заменять каждые 4 ч и сразу же после дефекации.

Сбалансированное питание

Питье и питание больных должны быть полноценными с учетом ограничений, если таковые имеются. Для снижения риска развития пролежней используют сбалансированное питание с повышенным содержанием белка, кроме того, должен быть обеспечен прием достаточного количества жидкости, витаминов и минеральных веществ. Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500- 1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки. Суточный рацион должен быть достаточно калорийным, нужно выбирать продукты, в которых содержится много микроэлементов - железа и цинка, а также аскорбиновая кислота (Витамин С\*). Используйте кисломолочные продукты, зелень, овощи, фрукты. Для тяжелых больных мясо - грудная пища, поэтому, чтобы обеспечить их потребности в белке, рекомендуется давать им куриный бульон, рыбу, бобы, крупы и молочные продукты. Пить следует не менее 1,5 л жидкости в сутки, если нет ограничений. Не нужно употреблять сладких и газированных напитков, а также сублимированных продуктов.

Лечение основного заболевания и сопутствующих нарушений

Помимо тщательного ухода, для избавления от пролежней необходимо адекватное лечение основного заболевания, вызвавшего общее тяжелое состояние больного, местные нарушения кровообращения и нейротрофические расстройства. Вместе с тем необходимо понимать, что повреждение кожных покровов может возникнуть и при безупречном уходе и адекватном лечении, так как этому может способствовать целый комплекс неустранимых причин (травмы и заболевания спинного и головного мозга, недержание мочи и кала, заболевания периферических сосудов, сахарный диабет).

Лечение пролежней

Принципы лечения пролежней.

Устранение причин, вызвавших пролежни, обычно способствует развитию репаративных процессов и заживлению. Лечение пролежней не будет эффективным, если не освободить пораженные места от сдавления и таким образом не восстановить кровообращение в месте повреждения. Это приведет к отторжению образовавшегося некроза и постепенному заживлению раны через грануляцию и эпителизацию. Однако нужно помнить, что любое, даже двухминутное, давление снова вызывает повреждение кожи.

Местное лечение пролежней, таким образом, сводится к 3 принципам:

1. максимально восстановить кровообращение в месте повреждения;
2. способствовать отторжению некротических масс;

3) способствовать быстрейшему заживлению очистившейся раны.
 Для восстановления кровообращения необходимо использовать весь комплекс профилактических мер. Очищения пролежня достигают хирургическим удалением некротических масс и препаратами, ускоряющими отторжение некрозов. Затем рану на всю глубину рыхло заполняют специальными интерактивными перевязочными материалами, обеспечивающими оптимальные условия для очищения и заживления. Большие по площади и трудно заживающие пролежни иногда удается вылечить только хирургическим путем - пересадкой тканей.

Помимо специальных мер воздействия на поврежденные ткани, необходимо обязательное лечение всех сопутствующих заболеваний и синдромов, способствующих формированию пролежней (сахарный диабет, облитерирующие заболевания артерий), а также адекватное обезболивание и коррекция водно-электролитного баланса. В комплексе с противопролежневыми мероприятиями и местной терапией хороший эффект могут дать физиотерапевтическое лечение, общеукрепляющая терапия, полноценное энтеральное и парентеральное питание.

Тактика лечения пролежней

Тактика лечения пролежней определяется стадией процесса.

I стадия. Очень важно распознать пролежень именно в I стадии, когда целостность кожи больного не нарушена и имеется возможность устранения повреждения простыми методами. Пациенты в начальной стадии не нуждаются в перевязках и хирургическом лечении. Однако наличие трофических нарушений должно мобилизовать медицинский персонал на принятие мер профилактики. Главной задачей на этой стадии является защита кожи и прекращение дальнейшего воздействия повреждающих факторов. Местное лечение предполагает тщательный туалет области измененной кожи, после чего при ненарушенной целостности кожи ее тщательно высушивают и обрабатывают средствами, улучшающими местное кровообращение (профессиональная продукция по уходу серии «Меналинд»).

II стадия является переходной и характеризуется небольшими по площади поверхностными кожными повреждениями. Главной задачей лечения на этой стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов. С целью защиты воспаленной кожи от вторичной бактериальной инфекции накладывают самоклеящиеся окклюзионные полиуретановые или пленочные повязки (адгезивные полупроницаемые пленки), которые обеспечивают доступ кислорода из атмосферы к язве и испарение влаги с язвенной поверхности. Вместе с тем достаточно маленькие поры повязки препятствуют попаданию в язву бактериальной флоры, а прозрачность повязки позволяет осуществлять визуальный контроль состояния кожи. За язвой следует тщательно наблюдать до восстановления эпителиального слоя. При появлении признаков воспаления больному следует назначить антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки.

С точки зрения хирургического вмешательства на этой стадии достаточно ограничиться туалетом раны в условиях перевязочной. При этом удаляют эпидермис в местах образования пузырей и очищают рану. Участки кожи, лишенные эпидермиса, не следует обрабатывать ионообменными антисептиками, достаточно промыть их изотоническим раствором хлорида натрия. стадия характеризуется некротическим поражением кожи на всю глубину с вовлечением подкожной жировой клетчатки до фасции. Вследствие коагуляционных процессов в центре пролежень выглядит, как кратер, иногда темного цвета с отечными и гиперемированными окружающими тканями. Задачей лечения является удаление некроза, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания. Своевременная некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей позволяют быстрее очистить пролежень и уменьшить интоксикацию.

Формирующийся при пролежнях влажный некроз не имеет отграничения и быстро распространяется на соседние, плохо кровоснабжаемые ткани. В этих условиях нельзя ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей, целесообразно производить иссечение тканей до появления капиллярного кровотечения. Даже при внешней картине сухого некроза преобладает смешанная форма, когда под струпом выявляется влажный некроз и гнойное расплавление. При смешанных формах оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия, предполагающая послойное иссечение некротических тканей до подкожной жировой клетчатки включительно. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы с использованием местных антисептиков и интерактивных повязок. стадия характеризуется не только обширным поражением кожи и подкожной клетчатки, но и некрозом глубжележащих тканей: мышц, костей, сухожилий и суставных капсул. Задачей лечения в этой стадии после иссечения некроза является абсорбция отделяемого и правильное увлажнение заживающей язвы. Полное иссечение всех некротизированных тканей при хирургической обработке пролежневых язв невозможно и в ряде случаев нецелесообразно (так как не всегда удается точно определить границы омертвения тканей). Особенно важно максимально сохранить жизнеспособные ткани в зоне сосудисто-нервных пучков и суставных сумок. Помимо применяемых в III стадии медикаментозных средств, при хирургической обработке и стимуляции процессов заживления целесообразно использовать различные методы физического воздействия. Если размер глубокой пролежневой язвы при проводимом консервативном лечении в течение 2 нед не сократился на 30%, следует пересмотреть методику лечения. Если острая фаза течения язвенного процесса купирована, то, чтобы ускорить заживление, имеет смысл рассмотреть вопрос о пластическом закрытии пролежневой язвы.

Кожно-пластические вмешательства

Кожно-пластические вмешательства выполняют после полного очищения пролежня от некротических тканей и достижения низкого уровня микробной контаминации раны.

Показания к кожно-пластическим вмешательствам при пролежнях:

* обширные размеры пролежней, не позволяющие ожидать их спонтанного заживления;
* отсутствие положительной динамики в заживлении пролежня (сокращение размеров на 30%) при проведении адекватной консервативной терапии в течение 6 мес и более.

Кожно-пластические вмешательства возможны при следующих условиях:

* стабильное общее состояние больного;
* стойкий переход раневого процесса во вторую фазу;
* возможность закрытия пролежневой язвы без чрезмерного на-тяжения тканей;
* возможность проведения адекватного послеоперационного лечения и ухода за больным.

Противопоказания к кожной пластике тесно связаны с общим состоянием пациента и особенностями течения местного раневого процесса:

* отсутствие достаточного количества пластического материала, позволяющего беспрепятственно закрыть пролежневый дефект;
* облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (при локализации пролежня ниже пояса);
* наличие заболеваний и состояний с прогнозируемой продолжительностью жизни менее 1 года (онкологические заболевания, тяжелые инсульты).

Особенности местного лечения пролежней

Существенное влияние на нормальное течение репаративных процессов в ране оказывают местные физико-химические условия, при которых происходит заживление. Поддержание оптимальной раневой среды необходимо для нормального функционирования клеток и протекания восстановительных процессов. Избыточная влажность приводит к гибели клеток эпителия, а недостаточная - к высыханию и замедлению процесса эпителизации. Грубые нарушения газового состава и кислотности среды также неблагоприятно сказываются на функциональной клеточной активности, а в определенных случаях создают условия для активизации микрофлоры.

Лечение пролежней должно быть максимально атравматичным и соответствовать принципу, принятому современными хирургами: «Не вводите в рану то, что не ввели бы в собственный глаз». Использования антисептических средств типа йод-повидона, пероксида водорода и гипохлорита натрия лучше избегать, поскольку они не только уничтожают микрофлору, но и повреждают нормальную ткань. Полезнее промывать пролежневую язву стерильным изотоническим раствором натрия хлорида. Промывание под давлением и вихревая терапия могут приводить к проникновению микрофлоры внутрь заживающей ткани. Роль хирургической обработки также ограничена вследствие потенциальной возможности избыточного повреждения местных тканей, нарушения локального кровообращения и увеличения раневого дефекта. В связи с этим наилучшие перспективы в лечении пролежней связаны с использованием раневых повязок нового поколения.

При местном лечении и уходе за пролежнями хорошо зарекомендовали себя интерактивные повязки, не содержащие активных химических и цитотоксичных добавок. Это повязки комплексного действия, способные в течение продолжительного срока создавать и поддерживать в патологическом очаге оптимальную для заживления раневую среду со сбалансированным уровнем влажности и сорбции раневого отделяемого. При этом они способны поддерживать постоянство газового состава и уровня рН тканей раны. Эти повязки, как правило, характеризуются низкой адгезией к раневой поверхности.

Выбор вида повязки при лечении пролежней

Современная концепция применения перевязочных средств в лечении пролежней требует обязательного учета фазы течения раневого процесса, степени экссудации раны и состояния окружающей кожи. Так, повязки, применяемые в лечении пролежней при наличии некротических тканей и воспаления, должны поглощать и необратимо удерживать в своей структуре раневой экссудат, способствуя элиминации микроорганизмов, токсинов и тканевого детрита, а также стимулировать процессы отторжения некротизированных тканей.

При лечении «чистых» заживающих пролежней повязки должны поддерживать необходимую влажность и аэрацию, обеспечивать надежную защиту от механических повреждений и вторичной контаминации и стимулировать репаративные процессы.

Смена повязки

Частота смены повязки во всех случаях определяется двумя факторами: состоянием раны и свойствами самой повязки. Для современных перевязочных средств частота смены составляет от одних суток до 7 дней в зависимости от фазы течения раневого процесса, степени экссудации, состояния окружающей кожи и свойств, применяемой повязки. В среднем, при правильном подборе, кратность смены повязки составляет один раз в 3-5 дней. Исключение составляют случаи, когда в качестве основного раневого явления выступает некроз или имеется высокая степень микробной обсе-мененности раны, в том числе, с наличием обильной экссудации. В таких случаях целесообразна перевязка не реже, чем один раз в 24 ч с обязательным осмотром области раны. Вместе с тем лишние необоснованные перевязки приносят вред, а не пользу, так как хронической ране необходимо обеспечить максимальный покой. Внеплановые перевязки требуются при появлении болевого синдрома,признаков раневых осложнений, а также при загрязнении и нарушении фиксации повязки.

Прогноз

Прогноз и исходы лечения пролежней тесно связаны с основным заболеванием, на фоне которого развилась декубитальная язва. Спонтанное заживление пролежней происходит очень редко. При хорошем уходе и адекватном лечении состояние больных с пролежнями в 80% случаев улучшается, а у 40% пациентов они полностью излечиваются. Развитие раневой инфекции снижает шансы благоприятного исхода.

Заключение

Как показывает практика ухода за пациентами, применение дорогостоящих препаратов для лечения пролежней не всегда оправданно. Именно поэтому необходимо приложить максимум усилий для профилактики пролежней, используя большой арсенал гигиенических средств и предметов, помогающих в профилактике пролежней.

Список литературы

1. Уход за хирургическим больным В.Н. Чернов, А. И. Маслов, И. И. Таранов Москва 2012г.

. Уход за хирургическим больным Н. А. Кузнецов, А. Т. Бронтвейн Москва 2011г.

 Сестринское дело в хирургии Н. В. Барышина, В. Г. Зарянская здание 2014г.