**ВВЕДЕНИЕ**

Актуальность данного исследования предопределена изменениями, которые происходят в современном мире в целом и системе сестринского дела в частности. С одной стороны возрастает потребность в новых знаниях и умениях в уходе за пролежнями, но с другой стороны, не смотря на неблагоприятные обстановки на фоне экономики остается незаменимым оказание моральной поддержки пациенту и его родственникам, когда она действительно нужна. Кроме того, при несомненной важности четкого выполнения врачебных назначений, медицинский брат становиться более активным участником врачебного процесса, из-за постоянного контакта с пациентом. Эти факторы, определенным образом взаимодействуя, оказывают влияние на личность, психологию и мировоззрение медицинской сестры на её отношение к происходящему, в конечном счете - на трудоспособность и возможность выполнения своих должностных обязанностей.

Лечение и профилактика пролежней неразрывно связаны с целым комплексом мер по уходу за больным человеком.

Материальные затраты на профилактику пролежней всегда меньше, чем на их лечение.

Организацией ухода и наблюдением за больным должен заниматься один человек. У него могут быть помощники - специалисты, с которыми можно посоветоваться; но принимать окончательное решение должен именно тот, кто организует уход и имеет более всего возможностей наблюдать за больным человеком. Работа медицинской сестры по профилактике пролежней фиксируется в карте сестринского наблюдения и ухода за больным, основными разделами которой являются: паспортная часть, план ухода за пациентом, лист сестринского наблюдения и ухода. Объем и организация работы по профилактике пролежней соответствует требованиям стандарта.

Обязательным элементом профилактики пролежней является обучение пациента и его родственников процедуре ухода. Задача медсестры - в максимально сжатые сроки, обучить их основным принципам профилактики и особенностям ухода за пациентом. Постоянно общаясь с родственниками, медсестра помогает им понять проблему больного, чтобы после выписки из стационара обеспечить пациенту правильный уход на дому.

Пролежни представляют собой повреждения кожных покровов и мягких тканей, вследствии длительного давления костей на поверхность кровати. Из-за длительного сдавливания кожного покрова нарушается циркуляция крови и обогащение кожных покровов кислородом, вследствии чего мягкие ткани начинают отмирать, образуя язву называемую - пролежень. Пролежни могут быть поверхностными, вызванными местным раздражением кожи, и глубокими, когда происходят изменения в подлежащих тканях. Глубокие пролежни часто остаются незамеченными, пока не затронут верхних слоев кожи. Причина большинства пролежней - давление, особенно на участках тела, где кожа прилегает к костным выступам. При этом нарушается циркуляция крови. Тяжесть поражения зависит от интенсивности и длительности воздействия. Повреждения кожи и маленьких кровеносных сосудов постепенно приводят к гибели клеток. В свою очередь мертвые клетки становятся добычей бактерий и источниками инфекции. Любой человек, длительное время прикованный к постели или инвалидной коляске, подвергается опасности образования пролежней. Опасность возрастает при большой ограниченности движений и нарушении ощущений. Пролежни чаще образуются на тех участках тела, где больше давление тела или постоянное трение о постельное белье (например, на локтях, коленях, лопатках, спине и ягодицах). Развитию пролежней способствует плохое питание (уменьшение массы тела, объема мягких тканей и мышц), отеки, повышенная температура, тучность и другие заболевания.

В профилактических мероприятиях нуждаются больные, пользующиеся креслом-каталкой, лежачие больные, больные, страдающие частичной неподвижностью (отельных частей тела), недержанием мочи и/или кала, истощенные больные, больные с ожирением, страдающие сахарным диабетом, последствиями перенесенного инсульта.

Основной целью данной работы является на основе различных источников информации выявить главные причины возникновения пролежней у пациентов и найти менее болезненные пути решения этих проблем:

раскрыть понятие пролежней и выявить причины их возникновения;

дать характеристику стадиям пролежней;

рассмотреть меры профилактики пролежней;

выявить осложнения пролежней;

Предметом исследования является уход и профилактика пролежней у пациентов в деятельности медицинского брата.

Объектом исследования - профессиональные навыки медицинских работников в уходе за пациентами.

**1. ПРОЛЕЖНИ**

Что такое Пролежни?

Пролежни - язвенно-некротические и дистрофические изменения тканей, возникающие на участках тела, которые подвергаются систематическому давлению, или образующиеся вследствие нейротрофических нарушений у ослабленных, длительно лежащих больных.

**1.1 Классификация пролежней**

Различают экзогенные и эндогенные пролежни.

В развитии экзогенных пролежней главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Различают наружные и внутренние экзогенные пролежни.

Наружные пролежни чаще возникают в местах, где между кожей, подвергающейся давлению, и подлежащей костью нет мышц (например, в области затылка, лопаток, мыщелков бедра, локтевого отростка, крестца и др.). Как правило, такие пролежни наблюдаются у оперированных или травматологических больных, длительно находящихся в вынужденном положении. Непосредственными причинами экзогенных пролежней являются неправильно наложенные гипсовые повязки или шины, неточно подогнанные протезы, корсеты и лечебные ортопедические аппараты, а также складки одежды и простыни, тугие повязки и др.

Внутренние экзогенные пролежни образуются под жесткими дренажами, катетерами, длительно пребывающими в ране, полости или органе.

Эндогенные пролежни развиваются при выраженных нейротрофических расстройствах и нарушениях кровообращения. Условно выделяют смешанные и нейротрофические эндогенные пролежни.

Смешанные пролежни встречаются у ослабленных истощенных больных, которые не в состоянии самостоятельно изменить положение тела или конечности. Длительная неподвижность приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии кожи в области костных выступов и образованию пролежней.

Эндогенные нейротрофические пролежни возникают у больных с повреждением спинного мозга или крупных нервов, инсультом или опухолью головного мозга. В связи с нарушением иннервации развиваются резкие нейротрофические расстройства в тканях, в том числе и в коже. Для образования нейротрофических пролежней оказывается достаточным массы собственной кожи над костными выступами (например, над верхними передними остями подвздошных костей, над реберными дугами и др.).

**1.2 Стадии пролежней**

Стадия I. Начальная стадия пролежней характеризуется следующими признаками:

. Кожа больного интактна (не повреждена).

. Кожа кажется красной у людей со светлым оттенком кожи. При кратковременном нажатии она не бледнеет, как у здоровых людей.

. У лиц с темной кожей может не быть заметных изменений цвета. Иногда кожа становится пепельной, синеватой или пурпурной.

. Место пролежня может быть болезненным, твердым или мягким, теплым или прохладным по сравнению с окружающей кожей.

Стадия II. Пролежни представляют собой открытые раны:

. Внешний слой кожи (эпидермис) и часть внутреннего слоя (дермы) повреждена или полностью утрачена.

. Пролежень выглядит как небольшая углубленная рана розовато-красного цвета. Раны могут быть разных размеров.

. Пролежень также может выглядеть как интактный или порванный волдырь, наполненный жидкостью (экссудатом).

Стадия III. Пролежень представляет собой глубокую рану:

. Под утраченной кожей видна жировая прослойка.

. Рана по форме напоминает глубокий кратер.

. Дно раны иногда заполняется желтоватыми мертвыми тканями.

. Повреждение может распространяться вдали от первичной раны.

Стадия IV. Характеризуется масштабной потерей тканей:

. Рана затрагивает мышцы, сухожилия и кости.

. Дно раны содержит слой темной мертвой ткани в виде корки.

**1.3 Причины пролежней**

Основными причинами образования пролежней являются блокирование кровообращения и недостаток движения больного. Кровоток, в основном, блокируется тяжестью тела в области костных выступов, которые сдавливают и прижимают мягкие ткани к поверхности кровати или кресла, тем самым перекрывая кровеносные сосуды.

Иногда мягкие ткани сдавливаются, когда тело больного упирается в санитарное или медицинское оборудование. Неудачно расположенные повязки, шины, катетеры, подкладные судна могут способствовать образованию пролежней. Практически любой твердый предмет, давящий на кожу, может быть опасным, если пациент не может нормально двигаться. Такие вещи, как пуговицы, узлы на одежде, булавки и прочие мелкие предметы, в постели могут, попав под тело пациента, создавать области сильного давления, где движение крови перекрывается.

Давление, а также силы сдвига являются важнейшими причинами того, что кровообращение блокируется, и в результате этого образуются пролежни. Поврежденная кожа и мягкие ткани более, чем здоровые, подвержены опасности возникновения пролежней при нарушении нормального кровообращения. К повреждению кожи могут приводить многие причины.

Когда внешние слои кожи оцарапаны или потерты, возникает ссадина. Обычно это явление сопровождается зудом и почесыванием. Больные, у которых кожа по каким-либо причинам зудит, могут и расчесать ее. Иногда ссадина так мала, что ее еле видно, но она может быть опасной, так как поверхность кожи уже повреждена. Все вы видели, что бывает с коленками у детей, когда они падают. То же происходит с пациентом в постели, когда он упирается локтями и пятками в поверхность постели, пытаясь сдвинуться. Он скользит, натирая локти и пятки о простыню так, что получается как бы "ожог" от трения. Это также случается, когда неподвижного больного тянут по кровати, при этом кожа натирается о простыню. Если простыня из грубого полотна и накрахмалена, то вероятность получения "ожога" от трения еще больше.

Те же движения, которые бывают причиной "ожога" от трения, могут создавать силы сдвига, способные повредить мягкие ткани под кожей, если натяжение будет таким сильным, что разорвет ткани.

Обыкновенный лейкопластырь может быть опасен для кожи пациентов. При неровном наложении пластырь будет растягивать или сжимать кожу, образуя складки. При удалении пластыря с поверхности кожи отрывается верхний слой кожи, что делает ее тонкой и легко повреждаемой. Кожа некоторых пациентов обладает повышенной чувствительностью к пластырю и, таким образом, может подвергаться аллергической реакции.

Слишком сухая кожа может шелушиться, облезать или трескаться с нарушением целостности внутренних слоев. Сквозь трещины могут проникать бактерии и размножаться на поверхности кожи и внутри тканей.

Слишком влажная кожа также имеет меньшую сопротивляемость к повреждению. Кожа, находящаяся во влажном состоянии слишком долго, опухает, становится мягкой и легко травмируется от почесывания или трения. Пациенты, которые не могут контролировать деятельность мочевого пузыря или кишечника, нуждаются в дополнительном сестринском уходе. Важно не допускать длительного намокания кожи, обеспечивая смену чистого постельного белья. Обильное потовыделение в жаркую погоду или при повышенной температуре тела тоже является проблемой, требующей разрешения. Выделения из открытых ран, иногда из самих пролежней, могут размягчать и вызывать воспаление окружающей кожи.

Инфицирование кожи и мягких тканей ведет к их повреждению и затрагивает глубжележащие ткани. Особенно подвержена инфицированию грязная, слишком сухая или чрезмерно влажная кожа.

Медицинские препараты, наносимые на кожу, нередко могут вызывать повреждения кожи. Одни из них, будучи сильными химикатами, непосредственно причиняют вред коже; другие - вызывают аллергическую реакцию. Даже мыло, используемое для мытья тела, может служить причиной раздражения и воспаления кожи, если оно слишком шероховатое или не полностью смывается.

Плохое питание наносит вред здоровью любого человека. Если пациент получает недостаточное количество воды, белков и других необходимых элементов, включая определенные витамины и минералы, то его ткани не смогут сопротивляться возникновению повреждений и восстанавливаться после них.

**1.4 Места возникновения пролежней**

Пролежни образуется в большей степени в области крестца, лопаток, пяток, коленей, ребер, пальцев ног, больших вертелов бедренной кости, стоп, седалищной кости, гребней подвздошной кости и локтевых суставов. В мировой практике известны также случаи локализации пролежней на пальцах рук, а также на голове и ушах; поражаются кожа (поверхностный пролежень) и подкожная клетчатка с мышцами (глубокий пролежень, который опасен образованием инфицированной раны).

Пролежень на коже может возникнуть и от давления гипсовой повязки при переломах или на слизистой оболочке рта -- от давления зубного протеза и т.д. Основные причины локализации пролежней это давление и время. Если наружное давление на протяжении длительного времени (более двух часов) будет выше, чем давление внутри капилляров, то образование пролежней практически неизбежно.

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. Если больной лежит на спине - этими местами являются крестец, пятки, седалищные бугры, локти, лопатки, затылок. Если на боку - на бедре сбоку (область большого вертела), по бокам лодыжек и коленей. Если пациент лежит на животе - область лобка и скулы.

Обычные места возникновения пролежней:

. Ягодицы.

. Плечи.

. Спина.

. Задняя часть рук.

. Задняя часть ног.

**1.5 Причины возникновения пролежней**

Хорошо известно, что ткани человеческого организма функционируют, получая необходимые питательные вещества из крови. Доставляют кровь во все органы и ткани человеческого тела кровеносные сосуды, которые в бесчисленном количестве пронизывают все ткани человека и представляют собой мягкие эластичные трубки. Самые мелкие из них - капилляры - особенно важны для нормального обмена в тканях. Движение жидкости по таким трубкам несложно замедлить или совсем прекратить путем их сдавливания. У любого сидячего или лежачего человека происходит сдавливание мягких тканей и сдавливание кровеносных сосудов, следствием чего является недостаточный приток крови к тканям. Если это состояние длится более 2 часов, то наступает нарушение питания (ишемия), а затем и омертвение (некроз) мягких тканей. Развивается пролежень. Поэтому надо помнить, что длительное неподвижное лежание или сидение - небезопасно!

Вторая причина, из-за которой могут образоваться пролежни - это, например, когда пациента тянут по постели, вытягивают из-под него мокрое белье, пытаются подпихнуть под него судно. В это время происходит значительное смещение поверхностных слоев мягких тканей по отношению к глубоко расположенным слоям, в результате чего мелкие кровеносные сосуды рвутся, и кровоснабжение этих отделов нарушается. Аналогичным образом пролежни могут образовываться и у слабых лежачих пациентов, которые, не имея упора в ногах, начинают медленно сползать по стулу или кровати из положения сидя или полусидя, что едва заметно глазу, но очень ощутимо для мягких тканей.

Основные причины возникновения пролежней:

. Длительное сдавливание. Когда кожа и мягкие ткани оказываются зажатыми между костью и поверхностью кресла (постели), то кровообращение в тканях ухудшается. Клеткам недостаточно кислорода и питательных веществ, из-за чего они начинают отмирать - образуются пролежни.

. Трение. Когда больной меняет положение тела, трение о постель или другие предметы может повреждать кожу. Особенно легко это происходит, если кожа чрезвычайно сухая и чувствительная.

. Сдвиг мышц. Такой незначительный сдвиг может повреждать кровеносные сосуды и ткани, делая это место более уязвимым для пролежней.

**1.6 Факторы риска возникновения пролежней**

Любой человек с ограниченной подвижностью находится в группе риска. Нарушение подвижности может возникать при таких заболеваниях:

. Параличи.

. Общая слабость.

. Последствия травм.

. Выздоровление после операций.

. Длительное пребывание в коме.

Основные факторы риска возникновения пролежней:

. Возраст. Пожилые люди имеют более чувствительную и недостаточно эластичную кожу. Клетки у них регенерируют не так быстро, как у молодых. Все это делает стариков подверженными пролежням.

. Потеря чувствительности. Повреждения спинного мозга, нейродегенеративные заболевания, инсульт и другие болезни могут нарушать чувствительность. Неспособность чувствовать дискомфорт благоприятствует развитию пролежней.

. Потеря массы тела. Потеря веса - обычное явление при длительной тяжелой болезни. Мышечная атрофия быстро развивается у людей с параличом. Меньшая прослойка тканей между костями и кожей - большая вероятность пролежней.

. Плохое питание и недостаток жидкости. Адекватный прием жидкости, белков, жиров, витаминов и минералов - важное условие поддержания здоровья кожи.

. Недержание мочи или кала. Проблемы с мочевым пузырем и кишечником могут значительно увеличить риск пролежней. Это происходит из-за того, что выделения скапливаются в промежности и под ягодицами, раздражая кожу и благоприятствуя инфекции.

. Избыточная сухость или влажность. Потная и влажная кожа - это так же плохо, как пересушенная и чувствительная кожа. Чтобы сохранять кожу здоровой, нужен регулярный правильный уход за лежачим больным.

. Заболевания, нарушающие циркуляцию крови. Сахарный диабет и болезни сосудов могут нарушать кровообращение в тканях, повышая риск пролежней и инфекций.

. Курение. Никотин очень плохо влияет на циркуляцию крови, табачный дым снижает количество кислорода в крови. Курильщики склонны к развитию тяжелых пролежней, а раны у них заживают медленно.

. Умственные нарушения. Больные с умственными нарушениями, вызванными болезнями, наркотиками или травмами, могут лишиться способности следить за собой. Они нуждаются в специальном уходе, чтобы не возникли пролежни.

. Мышечные спазмы. Люди с мышечными спазмами и непроизвольными движениями подвергаются постоянному трению, поэтому пролежни у них развиваются чаще.

**1.7 Клинические проявления**

Клинические проявления пролежней развиваются на фоне основного, часто очень тяжелого заболевания и зависят от вида патогенной микрофлоры и характера некроза. В I стадии отмечают слабую локальную болезненность и чувство онемения. При повреждении спинного мозга участки некроза могут появиться уже через 20--24 ч, в других случаях переход во II стадию процесса происходит медленнее.

При развитии пролежней по типу сухого некроза состояние больного заметно не отягощается, так как интоксикация не выражена.

Мумифицированный участок ограничивается демаркационной линией, так как сухой некроз не имеет тенденции к распространению. Иная клиническая картина наблюдается при развитии пролежни по типу влажного некроза. Из-под некротических тканей выделяется зловонная жидкость, в результате бурного размножения пиогенной и гнилостной флоры быстро распространяется гнойно-некротический процесс. Развившаясядекубитальная гангрена вызывает гнойно-резорбтивную лихорадку и выраженную интоксикацию. Отмечаются подъем температуры тела до 39--40°, угнетение сознания, бред, озноб, поверхностное дыхание, тахикардия, снижение артериального давления, увеличение печени. Тяжелейшая интоксикация сопровождается пиурией, протеинурией, прогрессирующей диспротеинемией и анемией. В крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом, увеличение СОЭ.

**1.8 Осмотр и диагностика**

Внимательный осмотр кожи должен быть неотъемлемой частью ежедневного ухода за лежачим или прикованным к инвалидному креслу больным. При первых признаках ранней стадии пролежней, нужно обратится к врачу. Особенно опасными являются признаки инфекции, такие как жар, выделения или неприятный запах из раны, покраснение и отечность окружающих тканей.

Диагностика врача заключается в следующем.

При обследовании врач:

. Определяет точные размеры и глубину раны.

. Проверяет на наличие кровотечения, жидкости и мертвых тканей.

. Определяет специфический запах, который может указывать на инфекцию.

. Осматривает кожу вокруг раны на признаки распространения инфекции.

. Проверяет другие участки тела на наличие пролежней.

. Составляет анамнез из вопросов:

А) Когда пролежни появились впервые?

б) Насколько рана болезненная?

В) Возникали пролежни ранее?

Г) Если да, как их лечили и чем они закончились?

Д) Кто ухаживает за больным?

Е) Какими еще заболеваниями страдает пациент?

ё) Какое лечение он получает?

ж) Каков рацион питания больного?

З) Меняет ли больной позы в кровати, и как часто?

И) Сколько жидкости выпивает больной ежедневно?

Исходя из осмотра и, составленного анамнеза врач направляет на анализы:

. Анализы крови, для определения содержания нутриентов, витаминов, а также общего состояния здоровья.

. Посев для определения бактериальной или грибковой инфекции в ране, которая не поддается лечению или уже дошла до IV стадии.

. Микроскопия, чтобы проверить на наличие злокачественных (раковых) клеток, если имеется хроническая, не поддающаяся лечению рана.

**1.9 Профилактика пролежней**

Принципы профилактики:

) Уменьшение сдавливания, трения или сдвига. Необходим мягкий, но упругий матрас. Для этого подходит поролоновый матрас, толщина которого должна быть не менее 15 см. Ложе должно быть ровное без бугорков и ямок. Можно приобрести специальный противопролежневый матрас, но он не панацея от пролежней, при недостатке других мер у больного, лежащего на нем, все равно могут образовываться пролежни. Ежедневно осматривать кожу, особенно в местах костных выступов, так как именно, там и образуются пролежни. 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 часа, в том числе и в ночное время. Под места костных выступов дополнительно подкладывают валики, например, мягкие подушки из пера или поролона. Под неподвижные конечности можно сшить мешочки, наполненные круглым зерном, например, пшеном. Под крестец подкладывают резиновый круг. Смысл применения разнообразных валиков и противопролежневых матрасов в том, что они увеличивают площадь соприкосновения тела и поверхности, на которой лежит пациент, а значит, уменьшается давление на каждый участок тела, уменьшается нарушение кровообращения и таким образом снижается риск возникновения пролежней. Не тащить и не выдергивать белье из-под пациента, особенно мокрое. Не подпихивать под него судно. Для всего этого есть несложные приемы, основной смысл которых состоит в том, что больного надо сначала приподнять, а только потом двигать или подкладывать под него что-либо. Не оставлять пациента в неудобном положении, а слабых пациентов не пытайтесь усадить или придать им полусидящее положение, так как их мышечной активности не хватает на удержание в этом положении, и они начинают сползать. Обеспечивайте таких пациентов упором (любым приспособлением для упора) в ногах.

) Полноценное питание. Питье и питание должны быть полноценными с учетом ограничений, если таковые имеются. Пища должна содержать не менее 20% белка, продукты, в которых содержится много микроэлементов - железа и цинка, а также витамина С. Использовать кисломолочные продукты, зелень, овощи, фрукты. Для тяжелых больных мясо - трудная пища. Использовать куриный бульон, рыбу, бобы, крупы и молочные продукты для покрытия потребностей в белке. Питье не менее 1,5 л, если нет ограничений. Не употреблять сладких и газированных напитков, а также сублимированных продуктов, то есть быстрого приготовления из сухих веществ путем растворения в воде.

) Уменьшение раздражения кожи. Стелить мягкое белье; следить, чтобы на белье не было грубых швов, пуговиц, заплаток; регулярно и часто оправлять постель, чтобы под пациентом не было складок и мелких предметов. Использовать для ухода за кожей низкоаллергенные, проверенные средства. Избегать ярких по цвету и сильных по запаху веществ. Чаще проводить туалет промежности, так как частицы кала и мочи являются сильными раздражителями. Коротко стричь ногти себе и пациенту: себе - чтобы случайно не поцарапать пациента, а пациенту - чтобы он не расчесывал кожу, так как при длительном лежании или сидении сдавленные участки зудят. Следить за тем, чтобы пациент был одет и закрыт одеялом соответственно температурным условиям комнаты. При перегреве пациента усиливается потение и увеличивается риск развития пролежней.

) Правила ухода за кожей. Правила достаточно просты: не допускать загрязнения кожи, чрезмерной сухости и влажности; использовать обычную воду, мыло, мочалку из хлопчатобумажной ткани или натуральной губки, питательные и увлажняющие кремы, подсушивающие мази, присыпку. Внимательно наблюдайте за кожей, и Вам станет ясно, в какой момент что применять. Общее правило такое: влажную кожу нужно подсушивать, а сухую - увлажнять. Не использовать антибактериальное мыло, так как вместе с вредными бактериями уничтожаются и полезные микроорганизмы; кожа после прекращения использования такого мыла становится малоспособной сопротивляться даже незначительной инфекции. Спиртосодержащие средства, такие как лосьоны и камфорный спирт, можно использовать только для пациентов с жирной кожей. Кожу в местах сдавливания не тереть при мытье. Употреблять мягкие губки и пользоваться ими очень деликатно, чтобы не травмировать верхние слои кожи. При высушивании кожи не вытирать ее, а промачивать полотенцем. Покрасневшие участки кожи ни в коем случае не массировать, а вот легкий регулярный массаж вокруг этих мест весьма желателен. Обязательно устраивать для кожи воздушные ванны.

) Личная гигиена. На состояние кожи значительно влияет влага, в основном, моча и пот. При недержании мочи лучше использовать подкладки или памперсы, хотя некоторым пациента достаточно лишь чаще давать судно. За неимением средств на подкладки и памперсы стараться использовать подгузники из белья. При недержании мочи у мужчин можно использовать специальную мочеприемную систему (мочеприемник). Повышенное потоотделение наблюдается у температурящих пациентов. Для того чтобы уменьшить потоотделение, нужно, прежде всего, лечить основное заболевание. Для обтирания больного лучше использовать не мыло и воду, а слабый раствор уксуса (1 ст. ложка столового уксуса на 1 стакан воды).

**1.10 Факторы риска**

Любой человек с ограниченной подвижностью относится к группе риска возникновения пролежней. Неподвижность может возникать вследствие:

Общего плохого самочувствия и слабости;

Параличей;

Травм или заболеваний которые требуют постельного режима или применения инвалидного кресла;

Оперативных вмешательств;

Комы.

Другие факторы, которые повышают риск развития пролежней:

Возраст. Кожа у пожилых людей обычно более чувствительная, тонкая, менее эластичная и намного суше, чем у молодых. Также она хуже восстанавливается. Все это делает кожу пожилых более уязвимой для пролежней.

Ухудшение чувствительности. Повреждения спинного мозга, неврологические заболевания, и другие заболевания могут привести к расстройствам чувствительности. Невозможность ощущать боль и дискомфорт могут привести к длительному пребыванию в одном положении и значительному повышению риска развития пролежней.

Потеря веса. Потеря веса часто наблюдается при тяжелых болезнях, а у пациентов с параличом к этому добавляется и мышечная атрофия. Потеря жира и мышц приводит к исчезновению естественных амортизаторов между кожей и костными выступами.

Плохое питание, и недостаточный прием жидкости. Адекватное количество жидкости, калорий, белков, витаминов и минералов в рационе очень важны для поддержания нормального состояния кожи и профилактики повреждения тканей.

Недержание мочи или кала. Проблемы контроля функции мочевого пузыря могут значительно повысить риск развития пролежней, так как кожа часто будет влажной и более предрасположенной к травмам. Бактерии из каловых масс могут вызывать тяжелые местные инфекционные процессы, вплоть до жизнеугрожающих септических состояний.

Слишком влажная или сухая кожа. Кожа становится влажной от пота, или чрезмерно сухой при высокой температуре, что в целом повышает чувствительность к повреждающим факторам.

Заболевания, влияющие на кровообращение. При некоторых болезнях, например, диабете и сосудистой патологии, ухудшается кровообращение, коже не получает адекватного кровоснабжения, что увеличивает риск ее повреждения.

Курение. Курение ухудшает кровообращение, и снижает содержание кислорода в крови, в результате чего у курильщиков хуже и медленнее заживают любые раны.

Нарушения сознания. Люди с нарушениями сознания вследствие какого-либо заболевания, травмы или применения лекарственных средств, не могут адекватно оценить свое состояние и часто у них быстро развиваются тяжелые пролежни.

Спазмы мышц. Люди, у которых имеются мышечные спазмы, или другие непроизвольные движения, находятся в группе риска по пролежням вследствие выраженного трения кожи о простыни и другие поверхности.

**1.11 Осложнения**

Осложнения пролежней включают:

Сепсис. Сепсис возникает, когда бактерии оказываются в кровотоке, проникая через поврежденную кожу, и распространяются по всему организму, это быстропрогрессирующее и жизнеугрожающее состояние, которое может привести к полиорганной недостаточности.

Целлюлит. Это острая инфекция подкожной жировой клетчатки, которая вызывает боль, покраснение, и отеки, все эти симптомы могут быть сильно выраженными. Целлюлит также имеет опасные для жизни осложнения - например, сепсис и менингит.

Инфекции костей и суставов. Они развиваются, когда инфекция с пролежня проникает в сустав или в кость.

Рак кожи. Он развивается в стенке хронических, длительно незаживающих ран, этот тип рака агрессивен и часто требует хирургического лечения.

**1.12 Лечение пролежней**

Лечение пролежней должно быть комплексным. Оно состоит из трех основных компонентов:

) прекращения постоянного давления на область пролежней;

) местного лечения;

) лечения основного заболевания.

При изменении окраски кожи прекращают любое давление на этот участок путем изменения положения тела, подкладывания надувного резинового круга, кожу обрабатывают камфорным спиртом, обмывают холодной водой.

Пациенты с пролежневыми язвами в I стадии не нуждаются в хирургическом лечении, но наличие таких язв должно мобилизовать медицинский персонал на профилактику прогрессирования процесса. Необходимо при этом произвести повторную оценку состояния здоровья пациента, обращая особое внимание на выявление или исключение различных внешних и внутренних факторов риска развития пролежней. Главной задачей лечения на этой стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов. Помимо специальных мер профилактики необходимо обязательное лечение любых сопутствующих заболеваний и синдромов, способствующих формированию пролежней различной локализации (сахарный диабет, окклюзионные заболевания артерий, адекватное обезболивание и коррекция водно-электролитного баланса). Ведущим фактором в успешном консервативном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного давления. Переворачивание пациента в кровати через каждые 2 часа может полностью предупредить образование пролежней, но это представляет большие трудности из-за загруженности медицинского персонала. В связи с этим в настоящее время большое распространение получили средства, направленные на снижение силы давления, а также обеспечивающие его прерывность (пластиковые шины, специальные кровати, а также матрацы, подушки и прокладки, которые заполняются пеной, водой, гелем, воздухом или комбинацией этих материалов). Прерывность фактора давления с успехом обеспечивается системами с регулируемым давлением и вибрацией, которые уменьшают локальное давление на кожу. Местное лечение формирующейся пролежневой язвы включает тщательный туалет области измененной кожи. Гексахлорофен, хлоргексидин, повидон-йод - это препараты, нарушающие проницаемость клеточных мембран и подавляющие способность клеток противостоять инвазии бактерий. Иногда, убивая в ране лейкоциты, они создают благоприятные условия для развития микрофлоры. Поэтому при наличии чистой пролежневой язвы или воспаленной поверхности кожи туалет производят физиологическим раствором или препаратами, не обладающими ионообменными свойствами. После туалета при ненарушенной целостности кожи осуществляют тщательное просушивание ее поверхности и обработку средствами, улучшающими местное кровообращение. С целью защиты воспаленной кожи от бактериального фактора накладывают приклеивающиеся полиуретановые пленочные повязки (прозрачные пленки), которые обеспечивают доступ кислорода из атмосферы в язву 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.

Пролежни нередко приводят к осложнениям. Наиболее серьезным из них является сепсис. Во многих случаях развивается гнилостная и анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей (некротический целлюлит, некротический фасциит, некротический миозит).стадия является переходной и характеризуется небольшими по площади поверхностными кожными повреждениями. С точки зрения хирургического вмешательства при второй стадии достаточно ограничиться туалетом раны в условиях перевязочной. При этом удаляют эпидермис в местах образования пузырей, а также общее загрязнение. Участки кожи, лишенные эпидермиса, не следует обрабатывать ионообменными антисептиками, для закрытия измененных участков кожи применяются специальные повязки. Для заживления поверхностных повреждений кожи также могут быть использованы: - прозрачные приклеивающиеся пленочные повязки; вафельные гидроколлоидные или гидрогелевые повязки; полупроницаемые пенопластовые повязки.Следует отдавать предпочтение пенистым полупроницаемым повязкам, поскольку они отвечают всем требованиям лечения пролежневых язв. За язвой следует тщательно наблюдать до восстановления эпителиального слоя. В случае появления каких-либо признаков воспаления больному следует немедленно назначить антибактериальную терапию в сочетании с более частой сменой повязки.стадия характеризуется некротическим поражением кожи на всю глубину с вовлечением подкожной жировой клетчатки до фасции. Задачей лечения является удаление некроза хирургическим путем, 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 кровоснабжающиеся ткани. В этих условиях ожидать самостоятельного отторжения некротических тканей ошибочно, поэтому 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. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. Кроме антибактериальных препаратов для местного лечения пролежней (бактерицидные и фунгицидные средства), применяют:

а) некролитические препараты (коллагеназа, дезоксирибонуклеаза, трипсин, химотрипсин, террилитин);

б) дегидратирующие - гиперосмолярные препараты;

в) средства, улучшающие микроциркуляцию и функцию эндотелия (Актовегин, формы для в/в инъекции и формы для местного применения - Актовегин 20% гель, 5% крем и 5% мазь);

г) противовоспалительные средства (дексаметазон, гидрокортизон, преднизолон);

д) стимуляторы репаративных процессов (Актовегин, метилурацил).

Комплексное применение этих препаратов с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы. Особенно эффективны мази на водорастворимой основе (Актовегин 5% мазь), поскольку позволяют обеспечить выраженный дегидратационный эффект и положительно влияют на процессы заживления. При обильном отделяемом из язвы используют пенопластовые повязки, как и во II стадии. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки (Актовегин 20% гель), которые позволяют реже перевязывать больных, меняя повязки 1 раз в 3-5 дней.стадия характеризуется не только обширным поражением кожи и подкожной клетчатки, но и некрозом глубже лежащих 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 (не всегда удается 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 используют различные методы физического воздействия. Для максимального снижения микробной обсемененности производят УЗ обработку язвы, воздействие УВЧ в тепловой дозе, фонофорез с антисептиками и электрофорез антибиотиков. С целью стимуляции репаративных процессов воздействуют на ткани низкоинтенсивным лазерным излучением, проводят дорсанвализацию окружности пролежня, стимуляцию раневой поверхности постоянным током, грязевые аппликации и электроакупунктуру. Если размер глубокой пролежневой язвы при проводимом консервативном лечении в течение 2 недель не сокращается на 30%, следует рассматривать вопрос о повторной оценке состояния больного и об изменении первоначально принятой методики лечения.

Пациенты с пролежневыми язвами в I стадии не нуждаются в хирургическом лечении, но наличие таких язв должно мобилизовать медицинский персонал на профилактику прогрессирования процесса.

**2. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕВЫХ ЯЗВ**

Хирургическое лечение пролежневых язв определяется стадией и размерами пролежня. Неправильно проведенное хирургическое вмешательство может лишь увеличить площадь язвы. Поэтому чрезвычайно важной является предварительная оценка эффективности различных хирургических вмешательств в лечении пролежневых язв. Такая оценка позволяет избежать осложнений у большей части больных. Применяют различные способы неинвазивной и инвазивной оценок состояния кровообращения в коже при различном давлении извне. Одним из наиболее простых и эффективных методов является плетизмография кожного давления, определяющая величину кожного кровотока при различном давлении. При этом датчик кожного кровотока может быть установлен на любом участке кожи.

Оценка жизнеспособности тканей во время операции является удовлетворительным методом, однако лишена возможности количественной характеристики. Более эффективным методом является осмотр с лампой Wood через 10 мин после введения ампулы флюоресцеина.

Принципы хирургического лечения пролежней:

) необходимо отсутствие острого инфекционного процесса вообще и в области пролежня в частности;

) воспаление в области пролежня должно быть минимальным;

) при хирургической операции больного следует располагать таким образом, чтобы натяжение при закрытии дефекта было максимальным;

) все инфицированные участки пролежня, некротические, плохо васкуляризированная и рубцовая ткань должны быть иссечены;

) резекция мягких тканей должна быть минимально достаточной с оставлением анатомически важных образований;

) резекция кости применяется для удаления инфицированных участков и уменьшения натяжения кожи над выступающими отделами;

) при наличии остеомиелита после удаления измененных костных тканей необходимо использовать дренажную систему с постоянным промыванием раны растворами антисептиков;

) после иссечения пролежня при наличии большого тканевого дефекта он должен быть заполнен хорошо васкуляризованной тканью. Для этого лучше всего использовать мышечный лоскут;

) при выкраивании лоскутов необходимо помнить о максимальном сохранении магистральных сосудов и сосудистых коллатералий;

) натяжение кожи в области иссечения пролежня должно быть минимальным;

) область швов не должна находиться над выступающими костными образованиями;

) в послеоперационном периоде не следует допускать скопления жидкости под лоскутом;

) некроз лоскутов можно предотвратить путем правильного положения больного и используя специальные кровати;

) во время операции и в раннем послеоперационном периоде должны быть использованы антибиотики;

) швы необходимо держать до полного заживления раны - не меньше 14-15 дней.

**3. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ИХ ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

К ранним осложнениям относят:

) скопление жидкости под кожным лоскутом,

) несостоятельность швов,

) образование краевого некроза лоскута,

) нагноение раны и кровотечение.

К поздним - образование свища с формированием полости и рецидив пролежня. Последние являются результатом недостаточно эффективной или неудавшейся по различным причинам операции.

Если ранние осложнения проявляются сразу и, как правило, ликвидируются в результате дополнительных терапевтических мер воздействия в течение 1-2 месяцев, то «поздние» - являются продолжением ранних осложнений, не поддающихся лечению. Скопление жидкости чаще всего возникает под перемещенным лоскутом при недостаточном оттоке промывных вод или экссудата в результате неполноценного дренирования пространства под перемещенным лоскутом. Промывание дренажа и периодические пункции после удаления дренажа приводят к ликвидации данного скопления. Кровотечение при закрытии пролежневых язв возникает достаточно редко. Гемостаз предпочтительно проводить методом электрокоагуляции. При перевязкесосудов используется только рассасывающийся шовный материал, т.к. использование нерассасывающегося материала приводит к формированию лигатурных свищей. Высокий риск дальнейшего нагноения раны представляет тампонада подлоскутного пространства кровяным сгустком. Для профилактики нагноения необходимы: бережное отношение к тканям во время операции, тщательная некрэктомия, использование для гемостаза электрокоагуляции и широкое использование резервных антисептиков как во время операции, так и после нее. Несостоятельность швов возникает в результате чрезмерного натяжения краев раны. Профилактика основана на применении специальных швов, уменьшающих риск прорезывания тканей, достаточной мобилизации краев раны, резекции костных выступов в зоне пролежневой язвы и применении препаратов, уменьшающих спазм мышц. Некроз кожного лоскута развивается при пластике пролежня перемещенным лоскутом в результате нарушения его кровоснабжения. Чаще возникает небольшой по протяженности краевой некроз. Профилактика краевого некроза перемещенного лоскута - использование в послеоперационном периоде препаратов, улучшающих процессы микроциркуляции. Наиболее эффективным препаратом, улучшающим трофику тканей и способствующим приживлению кожных лоскутов и заживлению пролежней, является в/в введение Актовегина р-р для инфузий 250-500 мл (1 000 мг-2 000 мг) или в/м 5 мл Актовегина (200 мг) в течение 30 суток до и после операции.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Стадии пролежней | Симптомы | Тактика медсестры при развитии пролежней  |
| Первая стадия | Устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления, кожные покровы не нарушены | Биоокклюзивные повязки с мазью Актовегин или мазью Бетадин Укладка на противопролежневый матрас, смена положения, уход, частое протирание одеколоном, водкой |
| Вторая стадия | Стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, поверхностное нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку | 1. Перед обработкой пролежня: дезодорирование раны при помощи салфеток с активированным углем или стерильным порошком гипса. 2. Воздушные фильтры для освежения воздуха. Промывание пролежня большим количеством физраствора, раствором хлорофиллипта или йодопироном. |
| Третья стадия | Некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу, могут быть жидкие выделения из раны. | Лечение хирургическое: вскрытие полости с последующей дезинфекцией и удалением омертвевших тканей. Для удаления некротических тканей применять ферментативное очищение раны (ируксол). После некрэктомии применяют препараты, ускоряющие регенерацию тканей, ускоряющие обменные процессы и улучшающие микроциркуляцию - Актовегин (по назначению врача) в/в 250-500 мл (1 000-2 000 мг) или в/м 5 мл (200 мг) до 4-х недель, местно (Актовегин 20% гель, 5% мазь или 5% крем). Повязка на рану (для предупреждения инфекции): • в последние слои повязки можно помещать пластины с активированным углем; • можно использовать готовые повязки, содержащие хлорофилл; • по возможности закреплять повязку бумажной липкой лентой (она не так сильно стягивает, сдвигает слои тканей, легче снимается, позволяет коже дышать). |
| Четвертая стадия | Некроз всех мягких тканей, наличие полости, в которой видны сухожилия и/или кости | Хирургическая санация - радикальная некрэктомия, затем пересадка искусственной кожи или аутопластика расщепленным или цельным лоскутом кожи. |

**4. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ**

**4.1 Особенности ухода за пациентом**

.