Министерство здравоохранения Республики Бурятия

Государственное автономное образовательное учреждение среднего профессионального образования

Байкальский базовый медицинский колледж

Специальность «Лечебное дело»

Квалификация «Фельдшер»

КУРСОВАЯ РАБОТА

дисциплина: Деятельность по уходу

Тема: Профилактика пролежней

Выполнила: Романцева А.

Студентка 2 курса, 121 группы

Руководитель: преп. Ермакова Н.И.

Селенгинск - 2014 г.

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

Введение

Глава 1. Понятие пролежни

1.1 Классификация пролежней

1.2 Стадии пролежней

Глава 2. Возникновение пролежней

.1 Места возникновения пролежней

.2 Причины возникновения пролежней

.3 Факторы риска пролежней

.4 Клинические проявления

.5 Осложнения пролежней

Глава 3. Уход

.1 Осмотр и диагностика пролежней

.2 Профилактика пролежней

.3 Лечение пролежней

Заключение

Список используемой литературы

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.

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.

Глава 1. Понятие пролежней

Пролежни (decúbiti) - 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, надверхнимипередними остями подвздошных костей, над реберными дугами и др.).

1.2 Стадии пролежней

Пролежни принято разделять на несколько стадий в зависимости от тяжести заболевания. Американские специалисты из NPUAP, занимающиеся изучением пролежней, предлагают выделять стадии:

Стадия I.Начальная стадия пролежней характеризуется следующими признаками:

1. Кожа больного интактна (не повреждена).

2. 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.

2. 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.

2. 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.

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

Глава 2. Возникновение пролежней

.1 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

2. Плечи

. Спина

. Задняя часть рук

. Задняя часть ног

.2 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.

2. 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.

.3 Факторы риска возникновения пролежней

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

1. Параличи

2. 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.

2. 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.

.4 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. Развившаяся декубитальная 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.

.5 Осложнения

Пролежни нередко приводят к осложнениям

При правильном и своевременном лечении риск осложнений невелик, но иногда могут возникать следующие проблемы:

1. Сепсис. Это опасное осложнение возникает, когда бактерии попадают из раны в кровоток, разносятся по всему организму и вызывают очаги инфекции. Сепсис может привести к интоксикации, отказу жизненно важных органов и смерти.

2. Целлюлит. Острая инфекция подкожных тканей вызывает боль, покраснение и отек. Целлюлит приводит к угрожающим жизни осложнениям, включая сепсис и менингит.

. Инфекции суставов и костей. Если микробы из раны попадают достаточно глубоко, может развиться инфекция костей (остеомиелит) и поражение суставного хряща.

. Рак. При хронических, долгое время не заживающих ранах может развиваться рак, который бывает очень агрессивным и требует срочного хирургического лечения.

пролежень клинический риск уход

Глава 3. Уход

.1 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:

1. Определяет точные размеры и глубину раны.

2. 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:

ь Когда пролежни появились впервые?

ь Насколько рана болезненная?

ь Возникали пролежни ранее?

ь Если да, как их лечили и чем они закончились?

ь Кто ухаживает за больным?

ь Какими еще заболеваниями страдает пациент?

ь Какое лечение он получает?

ь Каков рацион питания больного?

ь Меняет ли больной позы в кровати, и как часто?

ь 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.

2. 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.

.2 Профилактика пролежней

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.

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.

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.

2. 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).

.3 Лечение пролежней

Лечение должно быть комплексным. Оно состоит из трехосновных компонентов: прекращения постоянного давления на область пролежни, местного лечения и 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.

При возникновении участков некроза местное лечение направлено на высушивание некротизированных тканей и предотвращение перехода сухого некроза во влажный некроз. С этой целью используют 1% раствор перманганата калия, 0,5% водно-спиртовой раствор хлоргексидина, 1% раствор бриллиантового зеленого. Область закрывают сухой асептической повязкой. На этой стадии недопустимо использование важных и мазевых повязок.

После отторжения струпа и заполнения раны грануляциями применяют мазевые повязки или по показаниям производят аутодермопластику.

При П., протекающих по типу влажного некроза, основной целью местного лечения является достижение по возможности быстрейшего отторжения некротизированных тканей. Наиболее эффективны в этом отношении протеолитические ферменты, особенно иммобилизованные протеазы пролонгированного действия и мази на гидрофильной основе (левосин, левомеколь, диоксиколь). Можно использовать и повязки с гипертоническим раствором. При необходимости выполняют некрэктомию, что значительно сокращает сроки лечения пролежней. При декубитальной гангрене и других гнойных осложнениях показано их хирургическое лечение - некрэктомия, вскрытие флегмон, гнойных затеков и др. с последующим дренированием и проведением лечения в соответствии с принципами лечения гнойных ран. Применяют различные методы пластического закрытия дефектов, образовавшихся после иссечения некротических тканей, и язвенной поверхности пролежня. Для закрытия раны используют местные ткани или свободную аутодермопластику расщепленным кожным лоскутом. Кожную пластику осуществляют также при больших гранулирующих ранах на, заключительной стадии местного лечения.

В дополнение к хирургическим методам назначают местно УВЧ-терапию, антибиотиков, аэроионизацию, дарсонвализацию и др. в зависимости от этапа гнойно-некротического и раневого процесса. Антибактериальную терапию проводят с учетом чувствительности к ней патогенной микрофлоры.

Помимо местного необходимо интенсивное лечение основного заболевания, а также проведение дезинтоксикационной и стимулирующей терапии. С этой целью переливают препараты крови, растворы кровезаменителей (Гемодез, реополиглюкин), применяют иммунные препараты, проводят витаминотерапию, назначают лечебное высококалорийное питание.

Прогноз при наружных экзогенных пролежней благоприятный, так как после прекращения давления на ткани и соответствующей терапии удается сравнительно быстро добиться излечения.

Более опасны внутренние экзогенные пролежни из-за возможности повреждения стенок крупных сосудов, полых органов с возникновением тяжелых осложнений. Прогноз при эндогенных пролежнях обычно серьезный, так как состояние больного в значительной степени отягощено основным заболеванием и присоединение гнойно-некротического процесса уменьшает шансы на благоприятный исход.

Пролежни на первой или второй стадии обычно хорошо поддаются лечению и полностью излечиваются за несколько недель или месяцев при консервативном лечении и правильном уходе. Запущенные раны на третьей и четвертой стадии тяжело лечить. У больных на конечной стадии какой-либо смертельной болезни лечение пролежней направлено в основном на облегчение боли, а не на полное излечение раны.

Специалисты, которые должны принимать участие в комплексном лечении пролежней:

. Врач, специализирующийся на лечении ран (хирург).

2. Медицинский персонал, который занимается регулярной обработкой ран и уходом за лежачим больным, а также обучением членов его семьи.

. Специалист по физиотерапии, который может помочь больному хотя бы частично восстановить подвижность.

. Диетолог, который должен разработать для больного оптимальный рацион питания.

. Нейрохирург, хирург-ортопед и пластический хирург, чья помощь может понадобиться при восстановлении тканей после пролежней.

. Социальные работники, которые должны оказать больному и членам его семьи психологическую, а при необходимости и материальную помощь.

Лечение, направленное на облегчение давления на ткани:

. Изменение положения тела. Лежачий больной должен регулярно менять положение, причем он должен лежать правильно. Люди в инвалидной коляске должны менять позу каждые 15-20 минут, самостоятельно или с чьей-то помощью. Правильные положения тела в том или ином случае должен показать медицинский персонал.

2. Поддерживающие поверхности. Специальные подкладные приспособления, подушки и матрацы помогут больному поддерживать тело в правильном положении, а также облегчат давление на опасные участки.

Лечение, направленное на удаление поврежденных тканей из раны:

. Хирургическая очистка раны заключается в вырезании мертвых тканей.

2. Механическая очистка раны. Используется множество методов, такие как орошение под давлением, специальные ванны.

. Ферментная очистка. Метод основан на использовании природных ферментов, которые расщепляют мертвые ткани.

Другие направления лечения пролежней включают:

. Облегчение боли. Внутрь больным могут быть назначены обезболивающие препараты из группы нестероидных противовоспалительных средств, или НПВС. Среди них ибупрофен, напроксен, диклофенак, нимесулид и другие. Местно можно наносить спреи, которые содержат лидокаин, что особенно необходимо перед процедурами.

2. Антибиотики. Пролежни, которые инфицированы и плохо поддаются лечению, можно лечить с применением антибиотиков (как внутрь, так и наружно).

. Средства, стимулирующие заживление ран. Среди таких средств можно отметить знаменитые препараты Актовегин и Солкосерил. Они стимулируют репаративные процессы в тканях. Используются в форме мазей, гелей, кремов.

. Здоровая диета. Правильное питание и достаточное употребление жидкости способствует заживлению ран. Рацион больного должен быть богат белками, витаминами и минералами. Врач может дополнительно прописать поливитаминные комплексы с повышенным содержанием витамина С и цинка.

. Облегчение мышечных спазмов. Мышечные релаксанты, такие как диазепам (Валиум), тизанидин, дантролен и баклофен, могут облегчить спазмы. Это предотвратит ухудшение у больных, которые повреждают свои раны при мышечных подергиваниях.

Заключение

Пролежни - омертвение кожи и мягких тканей - возникают в результате длительного сдавливания. Пролежни чаще всего появляются на тех участках кожи, которые покрывают выступающие кости - плечи, лодыжки, ягодицы и др. Наибольший риск развития пролежней у людей, которые в результате болезни надолго прикованы к постели и редко меняют положение тела. Пролежни развиваются быстро и порой трудно поддаются лечению.

Результаты убедительно показывают, что можно достичь измеряемого значительного улучшения, применяя качественные программы ухода за пациентами. Не менее важным стал факт возможности обмена опытом между врачами и специалистами в рамках данной программы. В результате, в 48 медицинских учреждениях из 150 не было отмечено ни одного нового случая развития пролежней у лежачих больных! Это внушительный результат.

Основные методы, которые позволили достичь таких внушительных результатов, просты: полная оценка состояния кожи больного каждые 8 часов, оценка риска нарушения кожных покровов, применение профилактических мер, таких как правильное положение тела больного в кровати или в кресле, и применение специальных приспособлений. Также особое внимание уделялось гигиене кожи участков тела, наиболее подверженных риску развития пролежней.

Список использованной литературы

1. Базилевская З.В. Профилактика и лечение прилежней, М., 1972;

2. Попкиров С. Гнойно-септическая хирургия, пер. с болг., София, 1977;

. Раны и раневая инфекция, под ред. М.И. Кузина и Б.М. Костюченок, М., 1981;

. Стручков В.И., Гостищев Ю. В и Стручков Ю.В. Руководство по гнойной хирургии, М., 1984.

5. Бакулев А.Н., Брусиловский Л.Я., Тимаков В.Д., Шабанов А.Н. Большая медицинская Энциклопедия М., 1959.

6. Хлябич Г., Жданов В. СПИД: знать и бороться. “Медицинская газета” 22 апреля 1987г.

. Кудрявцева Е., СПИД с 1981 года по “Наука и жизнь”№10, 1987 г.

. В.М. Покровский В.М., Коротько Г.Ф., Физиология человека М, 1992.