**1. Уход за кожей у хирургических больных**

больной гигиенический кожа пролежень

Особенности ухода за больными хирургического профиля определяются прежде всего тем, что функции органов и систем этих больных претерпевают изменения из-за заболевания (патологического очага), обезболивания и операции.

Уход за кожей направлен на содержание ее в чистоте, профилактику образования опрелостей и пролежней, развития грибковых заболеваний кожи, около раневого дерматита и пиодермии.

Загрязнение кожных покровов происходит секретом сальных и потовых желез, выделениями из мочеполовых органов и кишечника, раневым отделяемым. Загрязнение кожи приводит к зуду, появлению расчесов кожи с последующим ее инфицированием. В подмышечных ямках, пахово-бедренных складках, под молочными железами у женщин, в межпальцевых промежутках ног образуется опрелость. В межпальцевых складках ног могут развиваться грибковые заболевания кожи. Раневое отделяемое, особенно содержимое свищей желудка и начального отдела тощей кишки, попадая на кожу, приводят к развитию ферментативного дерматита. В местах длительного сдавливания тканей образуются пролежни.

Гигиенические мероприятия по уходу за кожей

ежедневное мытье рук и лица;

мытье рук перед приемом пищи;

мытье тела /под душем, в ванне, в постели по частям;

профилактика пролежней;

профилактика опрелостей;

профилактика гнойничковых заболеваний кожи;

профилактика около раневой пиодермии;

ежедневное мытье ног на ночь;

мытье головы, упорядоченное содержание волос;

бритье усов и бороды;

регулярное обрезание ногтей.

Не реже 1 раза в 7 дней, а при выраженной потливости и чаще, проводят гигиеническое мытье больного под душем или в ванне со сменой нательного и постельного белья. Больному выдается индивидуальное мыло и мочалка, которая затем дезинфицируется и хранится в закрытой посуде.

Кожу больных с длительным постельным режимом ежедневно обтирают ватным тампоном или полотенцем, смоченных теплой водой с добавлением спирта, столового уксуса или одеколона. Для профилактики гнойничковых заболеваний кожи у пожилых, тучных и истощенных больных для обтирания тела целесообразно использовать дезинфицирующие растворы: 40% этиловый спирт, 2% салициловый спирт, камфорный спирт, и др.

Последовательно обтирают кожу за ушами, затем шеи, спины, передней поверхности грудной клетки, в подмышечных ямках, под молочными железами у женщин, в пахово-бедренных складках. Сухим концом полотенца или сухим ватным тампоном сразу после обтирания в той же последовательности кожу вытирают насухо, что предупреждает переохлаждение тела больного.

Кожу промежности и наружных половых органов следует подмывать ежедневно, особенно у женщин. Ходячие больные это делают в гигиенической комнате, где установлена биде-раковина, по форме напоминающая унитаз, с вертикальной струей теплой воды. Больных с постельным режимом, а так же пациентов с недержанием кала и мочи, подмывают после каждого акта дефекации и мочеиспускания. В противном случае в области пахово-бедренных складок и промежности кожа мацерируется. Для подмывания больную укладывают на спину, ноги слега сгибают в коленных суставах и разводят. Под таз больного стелят клеенку, на которую ставят судно. Из кувшина на половые органы поливают теплую воду или слабый раствор марганцовокислого калия. При этом длинным зажимом /корнцангом/ с салфеткой или с ватным тампоном производят движения сверху вниз - от половых органов к заднему проходу. Другим сухим тампоном или салфеткой кожу просушивают в том же направлении.

Больным с наличием обширных слабо гранулирующих ран в области живота, не сообщающихся со свободной брюшной полостью, показано применение теплых ванн (30-35°С) со слабым раствором марганцовокислого калия продолжительностью не более 15 мин. Такие ванны (1-2 раза в неделю) стимулируют репаративные процессы и предупреждают развитие около раневой пиодермии. На ночь постельным больным санитарка моет ноги.

У больных длительное время находящихся на постельном режиме на подошвах ног иногда образуются толстые роговые наслоения - чешуйчатая форма грибкового заболевания кожи эпидермофитии. В этих случаях необходимо механическое удаление роговых наслоений с последующей обработкой кожи противогрибковыми препаратами.

**2. Профилактика и лечение пролежней**

Пролежни представляют трофическое расстройство, располагающееся главным образом на крестце, ягодицах, лопатках, локтях, пятках и отличающееся гангренозными изменениями, значительным распространением по периферии и глубоким охватом прилежащих тканей. При развитии заболевания соответствующий участок кожи сначала начинает бледнеть, затем становится цианотичным, появляются шелушение (сухая гангрена), экскориация и изъязвление. Благодаря присоединяющейся инфекции (от постели, белья, испражнений и т.п.) процесс довольно быстро принимает гангренозный характер (влажная гангрена). Хотя пролежень не представляет самостоятельной болезни, а является лишь сопутствующим процессом при различных заболеваниях, однако в некоторых случаях он может все же привести к летальному исходу.

По своему происхождению пролежни могут быть разделены на два вида:

) экзогенные, происходящие от механических причин местного характера (давление, сжатие, ущемление и т.п.)

) эндогенные, механизм развития которых связан с локализацией заболевания в нервной системе или с общим ослаблением трофических функций.

**2.1 Экзогенные пролежни**

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. В этих случаях под влиянием давления или сжатия сначала развивается местная ишемия, расстройство питания и наконец омертвение ткани. Обычно при применении аппаратов и протезов пролежни развиваются на тыле стопы, на пятке, над Ахилловым сухожилием, на трохантере, на гребне большой берцовой кости, на головке малой берцовой кости и т.п. местах.

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

Так из слизистых оболочек подвергается опасности возникновения пролежня слизистая оболочка трахеи после трахеотомии и слизистая оболочка мочеиспускательного канала вследствие давления металлического катетера. Хотя при небрежном уходе развитие пролежня может дойти до значительного разрушения тканей, тем не менее, пролежни экзогенного происхождения не так опасны для жизни и поддаются лечению.

Профилактика экзогенных пролежней:

необходимо исключить длительное давление на ткани неправильно наложенной повязкой, гипсовой лонгетой, лечебной шиной, ортопедическим аппаратом и т.п. Находящиеся в ране или полостях дренажные трубки надо своевременно менять или перемещать.

**2.2 Эндогенные пролежни**

Делятся на два вида:

) пролежни, образующиеся вследствие общего ослабления организма на почве инфекционного или иного страдания у тяжелых больных, которые принуждены лежать в одном положении или же от слабости не в состоянии его изменить. В этом случае механический фактор в виде давления дает толчок к образованию пролежня, развивающегося в дальнейшем вследствие отсутствия сопротивляемости и общей ослабленности организма, в том числе трофических импульсов, под влиянием общей инфекции, интоксикации и др.

) невротический пролежень, в образовании и развитии которого играет непосредственную роль поражение самой нервной ткани и который может развиться не только на местах, подвергающихся давлению. Самуель, описавший этот вид пролежня в 1860 г. является автором теории трофической функции нервной системы, отстаивая существование самостоятельных трофических нервов, воздействующих центробежным путем на ткани и регулирующих их нутритивные процессы. 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 т.ч. 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.).

**2.3 Стадии развития пролежней**

В динамике процессов при наружных пролежнях различают три стадии:

I стадия. Стадия циркуляторных расстройств

Характеризуется локальным побледнением кожи, которое сменяется синюшностью, ткани становятся отечными и холодными на ощупь. Затем появляются пузырьки, которые, сливаясь, приводят к отслойке эпидермиса.

II стадия. Стадия некротических изменений и нагноения

Происходит некроз кожи и подлежащих тканей (клетчатки, фасции и др.). При экзогенных пролежнях чаще образуется сухой некроз, а при эндогенных пролежнях обычно развивается влажная гангрена с прогрессирующим некрозом окружающих тканей.

III стадия. Стадия заживления

При благоприятном развитии процесса рана очищается от некротических тканей, покрывается грануляциями с последующий рубцеванием или эпителизацией.

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, т.к. интоксикация не выражена. Мумифицированный участок ограничивается демаркационной линией, т.к. сухой некроз не имеет тенденции к распространению. Иная клиническая картина наблюдается при развитии пролежней 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 АД, увеличение печени и др. Тяжелейшая интоксикация сопровождается пиурией, протеинурией, прогрессирующей диспротеинемией и анемией. В крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом, увеличение СОЭ.

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). Возможны флегмона, абсцесс, гнойный тендовагинит, артрит, кортикальный остеомиелит и др.

**2.4 Лечение пролежней**

Лечение пролежней должно быть комплексным. Оно состоит из трех основных компонентов: прекращения постоянного давления на область пролежней, 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. С этой целью используют 1% раствор перманганата калия, 0,5% водно-спиртовой раствор хлоргексидина, 1% раствор бриллиантового зеленого. Область пролежней 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 пролежнях, 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 (s-образная пластика, ротационная пластика лоскутом на ножке и др.) 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, электрофорез протеолитических ферментов, антибиотиков, Уф-облучение, 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 и др.), применяют иммунные препараты, проводят витаминотерапию, назначают лечебное высококалорийное питание и др.

Прогнозпри наружных экзогенных пролежнях благоприятный, т.к. 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 и т.п. с возникновением тяжелых осложнений. Прогноз при эндогенных пролежни обычно серьезный, т.к. состояние больного в значительной степени отягощено основным заболеванием и присоединение гнойно-некротического процесса уменьшает шансы на благоприятный исход.

**2.5 Профилактика пролежней**

Зависит от квалифицированного лечения и тщательного ухода за больными. Для профилактики экзогенных пролежней необходимо исключить длительное давление на ткани неправильно наложенной повязкой, гипсовой лонгетой, лечебной шиной, ортопедическим аппаратом и т.п. Находящиеся в ране или полостях дренажные трубки надо своевременно менять или перемещать. Профилактику эндогенных пролежней осуществлять сложнее, т.к. больные, как правило, истощены и в значительной степени или полностью обездвижены. В этих условиях необходимо поворачивать больного 8-10 раз в сутки, что облегчается при использовании специальной кровати. Для уменьшения давления на ткани в наиболее уязвимых у данного больного областях используют резиновые круги, подушки, поролоновые подкладки и др. Необходимо следить, чтобы простыни не собирались в складки, а нательное белье было без грубых швов. Важной профилактической мерой является поддержание чистоты кожи. Для этого участки тела, подверженные давлению, два - три раза в день обмывают холодной водой, протирают тампонами со спиртом или одеколоном и затем вытирают досуха. Целям профилактики пролежней служат адекватное лечение основного заболевания, вызвавшего общее тяжелое состояние больного и местные нейротрофические расстройства.

**Список литературы**

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

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

. М.И. Кузин, Б.М. Костюченок // Раны и раневая инфекция. - М., 1981;

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

5. Мошков В.Н. // Клиника внутренних болезней. - М., 1952