

**федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России)**

**Реферат на тему:
«Уход для профилактики возникновения пролежней»**

Выполнил:
Студент 1 курса 119 группы
Брусянин Владислав Васильевич

Содержание

Введение.....	3
Этиология и патогенез.....	4
Стадии образования пролежневых язв.....	5
Профилактика и лечение пролежневых язв.....	6
Хирургическое лечение пролежневых язв.....	8
Заключение.....	9
Литература.....	10

Введение.

Пролежни являются серьезным осложнением у больных с нарушенным питанием тканей как под воздействием внешнего сдавления, так и в результате различных системных заболеваний.

Пролежни могут развиваться в результате любого сдавления извне, особенно на месте костных выступов, а также у пациентов с нарушенной иннервацией тканей в результате повреждений или заболевания спинного мозга. Клинически более правильным является обозначение данного патологического процесса как язвы, образующейся вследствие давления.

Этиология и патогенез.

Пролежень – это некроз мягких тканей в следствие:

- **сдавливания** тканей между костью и находящейся снаружи твердой поверхностью (кровать, инвалидное кресло и т.п.), приводящему к местному малокровию (ишемии). Из-за кислородного голодания клетки отмирают, а повторяющиеся периоды сдавливания приводят к развитию воспалительных процессов, которые очень скоро могут переродиться в пролежень;
- **трения** – кожа, подвергаясь трению о другие поверхности, становится слабой, утрачивает эпидермис и может получить повреждения. Разные повреждения кожи и ее раздражение способствуют образованию пролежней;
- **мацерации**, или размягчения кожи и снижения ее сопротивляемости из-за постоянного контакта с влагой:
 1. потом
 2. мочой
 3. выпотом из ран

Большую роль в развитии язв также играют ограниченная двигательная активность больных, недостаточное питание и уход, недержание мочи и кала. Кроме того, существенными факторами риска являются такие сопутствующие заболевания, как диабет, болезнь Паркинсона, параплегия и истощение. Продолжительное воздействие непрерывного давления приводит к локальной ишемии тканей. Для определения риска образования пролежневых язв предпринимались многочисленные попытки количественной оценки сдавливающего действия внешних факторов. В результате специальных исследований продемонстрировано, что непрерывное давление 70 мм рт.ст. в течение 2 часов вызывает необратимые изменения в тканях. В то же время при прекращении давления каждые 5 минут в тканях возникают минимальные изменения без каких-либо последствий. Мышечные волокна более чувствительны к ишемическому фактору, чем кожа. Изменения в ответ на давление развиваются прежде всего в мышечном слое над костным выступом. Впоследствии они распространяются по направлению к коже. Решающую роль в образовании язв играют силы смещения. При поднятом изголовье кровати, когда туловище больного сползает вниз, давление перемещается на крестец и глубокую фасцию. Силы смещения при этом приводят к натяжению и сгибанию сосудов, вызывая их тромбоз и повреждение кожи. Совокупное действие сил смещения и непрерывного давления может привести к развитию пролежневых язв и при низком внешнем давлении. Трение также играет важную роль, так как оно приводит к сдвиганию защитного внешнего рогового слоя кожи.

Стадии и оценка риска образования пролежневых язв.

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.
3. У лиц с темной кожей может не быть заметных изменений цвета. Иногда кожа становится пепельной, синеватой или пурпурной.
4. Место пролежня может быть болезненным, твердым или мягким, теплым или прохладным по сравнению с окружающей кожей.

Стадия II. Пролежни представляют собой открытые раны:

1. 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.
3. Пролежень также может выглядеть как интактный или порванный волдырь, наполненный жидкостью (экссудатом).

Стадия III. Пролежень представляет собой глубокую рану:

1. Под утраченной кожей видна жировая прослойка.
2. Рана по форме напоминает глубокий кратер.
3. Дно раны иногда заполняется желтоватыми мертвыми тканями.
4. Повреждение может распространяться вдали от первичной раны.

Стадия IV. Характеризуется масштабной потерей тканей:

1. Рана затрагивает мышцы, сухожилия и кости.
2. Дно раны содержит слой темной мертвой ткани в виде корки.

Риски развития пролежней возрастают, когда не соблюдаются правила личной гигиены больного. Необходимо следить, чтобы кожные покровы не были загрязнены, особое внимание уделяется гигиене промежности. Все косметические и моющие средства должны быть гипоаллергенными. Постельное белье и одежда должны быть из натуральных мягких тканей. На них не должно быть грубых строчек и пуговиц. Постель нужно постоянно оправлять во избежание заломов. В противном случае высока вероятность травматизации тканей пациента и появления пролежней. При правильном уходе за больным риски возникновения пролежней сводятся к минимальным. Лучше, если организацией надлежащего ухода будет заниматься специалист в условиях стационара больницы либо дома.

Профилактика и лечение пролежневых язв.

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. Местное лечение формирующейся пролежневой язвы включает тщательный туалет области измененной кожи. 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.

II 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. 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.

III стадия характеризуется некротическим поражением кожи на всю глубину с вовлечением подкожной жировой клетчатки до фасции. Вследствие коагуляционных процессов в центре пролежень выглядит, как кратер иногда темного цвета с отечными и гиперемизированными окружающими тканями. 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. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием

местных антисептиков и других препаратов. Комплексное применение этих препаратов с антибактериальной терапией позволяет добиться стабилизации состояния больного, купирования септического состояния и быстрого очищения язвы. Для язв с минимальным отделяемым применяются гидрогелевые повязки, которые позволяют реже перевязывать больных, меняя повязки 1 раз в 3-5 дней.

IV 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 удастся определить границы омертвления 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.

Хирургическое лечение пролежневых язв.

Спонтанное закрытие пролежневых язв происходит лишь у незначительной части больных и в большинстве случаев с неудовлетворительными результатами. 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. В значительной части случаев отмечается частичное приживление трансплантата и возникает необходимость в повторных пересадках, которые в конечном результате в преобладающем большинстве наблюдений приводят к полному заживлению. Активное дренирование сочетается с орошением раны антисептическими растворами в течение 6-7 дней, до нормализации температуры, прекращения выделения гноя с промывными водами и купирования местных признаков воспаления. Пластика местными тканями осуществляется перемещенными кожными, кожно-фасциальными и кожно-мышечными лоскутами. Перемещение кожных лоскутов является методом выбора при большом кожном дефекте, рубцовых изменениях окружающих дефект тканей и близком к линии швов расположении костных образований. В зависимости от анатомических особенностей расположения пролежневой язвы кожный лоскут может быть мобилизован вместе с фасцией, фасцией и мышцей или только с мышцей. Основным принципом хирургического лечения пролежней является отсутствие инфекционного процесса вообще и в области пролежня, в частности. При операции больного следует располагать так, чтобы натяжение при закрытии дефекта было максимальным. Все инфицированные, некротизированные и рубцовые участки тканей в области пролежня должны быть иссечены. В тех случаях, когда в пролежень вовлечена инфицированная кость или наложение швов предполагается над костными выступами, должна быть произведена остеотомия. После иссечения пролежня остаточный дефект должен быть закрыт хорошо васкуляризированной тканью. При остеотомиях по поводу распространения пролежня на кость максимально удаляют некротизированную костную ткань и только после заполнения дефекта грануляциями проводят пластическую операцию.

Заключение.

Защита кожи и отслеживание ее состояния позволяют эффективно предупреждать пролежни и выявлять их на ранней стадии до появления осложнений. Кожу следует очищать мягким мыльным раствором и теплой водой, потом осторожно высушивать. Также можно использовать несмываемые очистители. Защищать кожу, уязвимую к избыточной влаге, можно обрабатывая тальком. На сухую кожу наносят увлажняющий лосьон. Чтобы своевременно выявить ранние признаки пролежней необходимы ежедневные проверки состояния кожи больного. Те, кто может немного двигаться, могут осмотреть свою кожу самостоятельно. Недержание мочи или кала должны устраняться сразу же, так как в этом случае кожа подвергается воздействию влаги и бактерий.

Список литературы.

1. Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т. «Уход за хирургическими больными.» 2011 г.
2. Климиашвили А. Д. «Профилактика и лечение пролежней» 2004 г.
3. Барышина Н.В., Зарянская В.Г. «Сестринское дело в хирургии» 2014 г.