

# ПРОЛЕЖНИ: ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

**Т.А. Ржановская, Н.С. Кутырева**

Российский научно-исследовательский нейрохирургический институт им. проф. А.Л. Поленова, Санкт-Петербург  
Email: info@rnsi.ru

**Приводится характеристика пролежней – одного из самых частых осложнений, возникающих при нарушении у больных функции движения и правил личной гигиены.**

**Ключевые слова:** пролежни, характеристика, клинические проявления, сестринский уход.



В тяжелых случаях при полной неподвижности тела и конечностей частота развития пролежней (П) может достигать 90%. Различают экзогенные и эндогенные П. В развитии экзогенных П главную роль играет фактор интенсивного длительного сдавливания мягких тканей. Экзогенные П подразделяют на наружные и внутренние. Наружные П чаще возникают в местах, где между кожей, подвергающейся давлению, и подлежащей костью нет мышц (например, в области затылка, лопаток, мышечков бедра, локтевого отростка, крестца и др.). Как правило, такие П наблюдаются у оперированных или травматологических больных, длительно находящихся в вынужденном положении.

Непосредственные причины экзогенных П – 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 П образуются под жесткими дренажами, катетерами и другими устройствами, длительно пребывающими в ране, полости или органе.

Эндогенные П развиваются при выраженных нейротрофических расстройствах и нарушении кровообращения. Условно выделяют смешанные и нейротрофические эндогенные П. Смешанные эндогенные П 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 П 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 – в коже. Для образования нейротрофических пролежней достаточно воздействие массы кожи над костными выступами (например, над верхними передними остями подвздошных костей, над реберными дугами и др.).

В динамике процессов при наружных П различают 3 стадии. Стадия циркуляторных расстройств (I) характеризуется локальным побледнением кожи, которое сменяется синюшностью, ткани становятся отечными и холодными на ощупь. Затем

появляются пузырьки, которые, сливаясь, приводят к отслойке эпидермиса.

В стадии некротических изменений и нагноения (II) происходит некроз кожи и подлежащих тканей (клетчатки, фасции и др.). При экзогенных II чаще образуется сухой некроз, а при эндогенных обычно развивается влажная гангрена с прогрессирующим некрозом окружающих тканей.

В стадии заживления (III) при благоприятном развитии процесса рана очищается от некротических тканей, покрывается грануляциями с последующим рубцеванием или эпителизацией.

Клинические проявления II 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 II по типу сухого некроза состояние больного заметно не ухудшается, так как интоксикация не выражена. Мумифицированный участок ограничивается демаркационной линией, поскольку сухой некроз не имеет тенденции к распространению. Иная клиническая картина наблюдается при развитии II 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 и др. Тяжелейшая интоксикация сопровождается пиурией, протеинурией, прогрессирующей диспротеинемией и анемией. В крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом, увеличение СОЭ.

II нередко приводят к осложнениям, наиболее серьезное из которых – сепсис. Во многих случаях развивается гнилостная и анаэробная неклостридиальная инфекция мягких тканей (некротический целлюлит, некротический фасциит, некротический миозит). Возможны флегмона, абсцесс, артрит, кортикальный остеомиелит и др.

Лечение II должно быть комплексным. Оно состоит из 3 основных компонентов: прекращения постоянного давления на область II, 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 влажных и мажевых повязок. После отторжения струпа и заполнения раны грануляциями применяют мажевые повязки или по показаниям производят аутодермопластику.

При пролежнях, протекающих по типу влажного некроза, основной целью местного лечения является достижение по возможности быстрого 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. В дополнение к хирургическим методам назначают местно УФЧ-терапию, электрофорез протеолитических ферментов, антибиотиков, ультрафиолетовое облучение (УФО), 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, необходимы интенсивное лечение основного заболевания, а также дезинтоксикационная и стимулирующая терапия. С этой целью переливают препараты крови, растворы кровезаменителей (гемодез, реополиглюкин и др.), применяют иммунные препараты, проводят витаминотерапию, назначают лечебное высококалорийное питание и др. Проблема становится особенно актуальной при нарастающем недостатке квалифицированного персонала, обеспечивающего уход за пациентами, что обусловлено ежегодным сокращением численности сестринских кадров.

Среди множества факторов, способствующих развитию II, необходимо выделить те, влияние которых можно свести к минимуму с помощью сестринских технологий, включая риски, возникающие при неправильном уходе за лежачими больными.

Эффективная профилактика позволяет снизить частоту повреждений кожи в тяжелых случаях в 3 раза, а в более легких предупредить их появление.

К факторам риска относятся:

- неподвижность тела и его частей;
- постоянное давление на определенные части тела;
- несоблюдение в должном объеме правил ухода за кожей;
- недостаточное и несбалансированное питание;
- нарушение персоналом технологии изменения положения тела пациента и его перемещения.

Технологии ухода за лежачими больными:

- тщательно ухаживайте за кожей, регулярно проверяйте ее, следите, чтобы она была сухой и чистой;
- каждые 2 ч меняйте положение больного в постели ;
- постельное белье должно быть чистым, сухим и без складок;
- используйте противопролежневый матрас, а также подушки для локтевых, коленных, голеностопных суставов, специальные валики и подкладки из поролона, наполненные гречишной шелухой, крупой ;
- обеспечьте больному правильное питание (в ежедневном рационе должна преобладать пища, богатая белками);
- следите за регулярностью и правильностью физиологических отпавлений;
- ухаживайте за кожей и кожными складками, за волосами, ногтями, полостью рта.

Особого внимания заслуживают часто встречающиеся нарушения медицинским персоналом технологий изменения положения тела пациента, его перемещения и ухода за кожей больных. Это в наибольшей мере способствует развитию П.

Не менее опасно для лежачего больного и нарушение технологий ухода за кожей. В условиях малой подвижности, микроклимата внутри кроватного пространства, контакта с мочой и калом требуются особая тактика ухода, использование специальных перевязочных и лекарственных средств. Пациенты с ограниченной подвижностью нуждаются в тщательном уходе за кожей. Наиболее часто возникают такие дерматологические проблемы, как: опрелость, зуд, пигментация в промежности, ягодичной области, на внутренней поверхности бедер. Чем больше ограничена подвижность и больше сопутствующих заболеваний (кожи, опорно-двигательного аппарата, иммунной и пищеварительной систем), тем выше риск развития пролежней.

Ежедневные мероприятия по поддержанию личной гигиены с помощью средств по уходу за кожей обеспечивают пациенту:

- хорошее психологическое состояние;
- удаление с поверхности кожи загрязнений;
- поддержание кожи в здоровом состоянии (увлажнение, питание, смягчение);
- восстановление барьерной, защитной функции кожи;
- отсутствие неприятного запаха;
- защиту от трения и других внешних раздражающих факторов;
- ограничение контакта кожи с жидкостью.

Если профилактические меры были недостаточно эффективными и П все же появились, необходимо немедленно начать курс лечения. В нашей клинике курс лечения П предусматривает:

- при обнаружении на поверхности П гноя необходимо убрать инфекцию из раны, для чего участок кожи обрабатывается перекисью водорода, раствором хлоргексидина, мирамистином;
- в дополнение к хирургическим методам назначают местно УВЧ-терапию, электрофорез, УФО, аэроионизацию, дарсонвализацию и др. в зависимости от этапа гнойно-некротического и раневого процесса;
- для очищения и заживления ран применяют специальные противопролежневые повязки, тип которых зависит от того, на какой стадии развития находится П.

Исходя из анатомофизиологических особенностей строения и функционирования кожи, необходимо индивидуально подбирать каждому пациенту систему и средства ухода. Уход за лежачими больными должен включать комплексный подход с применением современных технологий.

#### DECUBITUS ULCERS: THEIR PREVENTION AND TREATMENT

T.A. Rzhanovskaya, N.S. Kutryeva

Prof. A.L. Polenov Russian Research Institute of Neurosurgery, Saint Petersburg

**The paper characterizes decubitus ulcers, one of the most common complications occurring in patients who had motor dysfunction or who violate personal hygiene rules.**

*Key words:* decubitus ulcer, characteristics, clinical manifestations, nursing care.