

ПРОЛЕЖНИ: НОВОЕ В ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ

В.В. Кулабухов, канд. мед. наук, **И.В. Животнева**, главная медсестра
Клиника гнойно-септической хирургии им. В.Ф. Войно-Ясенецкого
Национальный медико-хирургический центр им. Н.И. Пирогова
E-mail: info@pirogov-center.ru

Приведены результаты лечения и профилактики пролежней у пациентов, находящихся длительное время в лечебно-профилактических учреждениях.

Ключевые слова: пролежни, стадии развития, пациенты, система для отведения каловых масс.

Одна из самых актуальных проблем для пациентов, находящихся длительное время в вынужденном положении, – появление пролежней. Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях (ЛПУ) России практически отсутствуют. Но, согласно исследованиям английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15–20% пациентов.

По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их. Пролежни – одна из главных причин возникновения инфекций у пациентов, длительно находящихся в ЛПУ.

Пролежни могут появляться в любой части тела, но наиболее подвержены им крестец, большой вертел, пятки, наружные лодыжки. Длительное действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия и далее – пролежни.

Различают 4 стадии развития пролежней:

I – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены;

II – стойкая гиперемия кожи, нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку;

III – некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу;

IV – некроз всех мягких тканей, наличие полости с гнойным отделяемым.

Опасность возникновения пролежней усугубляют:

- неподвижность или ограничение подвижности пациента (паралич);
- плохое питание и низкая масса тела;
- анемия;
- недостаточное потребление белка и аскорбиновой кислоты;
- обезвоживание;

- гипотония;
- неврологические расстройства;
- связанные с возрастом изменения кожи;
- сахарный диабет;
- отеки;
- травмы позвоночника, костей таза;
- плохой уход;
- недержание мочи / кала;
- частый жидкий или полужидкий стул.

Пациенты, страдающие недержанием мочи и кала, составляют особую группу риска, так как вероятность инфицирования пролежней у них возрастает. Инфицированные пролежни иногда приводят к развитию таких системных осложнений, как бактериемия, септический тромбофлебит, остеомиелит.

В клинических исследованиях у пациентов с бактериемией и инфицированными пролежнями последние явились источником бактериемии в половине случаев. Общая частота летальных исходов оказалась равной 55%, показатель атрибутивной летальности – приблизительно 25%. Таким образом, пролежни следует рассматривать как потенциальный источник нозокомиальной бактериемии.

Основными мерами профилактики пролежней являются:

- изменение положения тела пациента каждые 2 ч;
- обеспечение пациента полноценным питанием и питьем;
- подбор адекватной терапии;
- своевременная и правильная замена постельного и нательного белья;
- использование закрытых систем для отведения мочи и жидкого стула.

Если пролежни уже развились, необходимо продуманное применение современных повязок, способствующих созданию в ране влажной окружающей среды при условии надежной герметичной изоляции раневой поверхности от жидких фекальных масс. Оклюзионные повязки (гидроколлоидные) создают необходимую герметизацию раневой (пролежневой) зоны. В то же время, необходимость проведения частой гигиенической обработки промежностной области крестца и ягодич, повреждающее действие агрессивной среды жидких фекалий неизбежно приводит к нежелательным сдвигам, смещениям, сползаниям повязки. Следствием таких

смещений является более частая смена дорогостоящих повязок, которые просто «не успевают» отработать свой ресурс.

В настоящее время на медицинском рынке России появилась система для эффективного отведения и герметизации фекальных масс «Флекси-Сил», при использовании которой риск инфицирования пролежней значительно снижается благодаря поддержанию поврежденных кожных покровов в чистом, сухом и не контактированном фекалиями состоянии.

Залогом успешного комплексного решения проблемы профилактики и лечения пролежней у обездвиженных пациентов в области крестца, ягодич и седалищных бугров является надежное разобщение потока фекальных масс и пролежня путем отведения жидких фекалий в систему «Флекси-Сил» и одновременного применения гидроколлоидных повязок в режиме длительной защиты и редких перевязок, создающих оптимальные условия для заживления пролежня.

Рассмотрим клинический случай.

Пациентка А. длительное время страдает сахарным диабетом (СД), получала инсулинотерапию. Состояние ухудшилось с декабря 2008 г., когда появились одышка, выраженные отеки на ногах, заметно увеличился в объеме живот, прекратилось мочеотделение. Находилась с декабря на стационарном лечении по месту жительства (в Ереване). На протяжении 3 мес получала программный гемодиализ. В течение последнего месяца отмечались ежедневные эпизоды гипертермии до 38–39°C и пролежни на пяточных областях и крестце. Без положительного эффекта проводились перевязки с препаратом «Левомеколь». В посеве отделяемого из ран – кишечная палочка. Получала системную антибактериальную терапию. Гипертермия сохранялась. Переведена в отделение реанимации Клиники гнойно-септической хирургии им. В.Ф. Войно-Ясенецкого в связи с наличием обширных некротических пролежней пяточных областей, крестца и копчика, осложнившихся развитием сепсиса на фоне тяжелого инсулинзависимого СД в стадии декомпенсации.

Основной диагноз: СД типа 2 тяжелого течения, декомпенсация.

Осложнения: тяжелый сепсис, септический шок 13.03.09., 25.04.09; полиорганная недостаточность: дыхательная, сердечно-сосудистая, энцефалопатия, печеночная, почечная недостаточность; двусторонняя полисегментарная пневмония; синдром диабетической стопы, нейропатическая форма; некротические пролежни обеих стоп в области пяток, обеих голеней; некротические пролежни в области крестца и копчика с формированием гнойных затеков; диабетическая микро-макроангиопатия; диабетическая нефропатия; хроническая почечная недостаточность, терминальная стадия; нефротический синдром; анасарка; серозно-фибринозный асцит; эрозивно-язвенный проктосигмоидит; анемия смешанного генеза средней тяжести.

Сопутствующие заболевания: мочекаменная болезнь, камни обеих почек; желчнокаменная болезнь; хронический калькулезный холецистит; гипотиреоз; полип анального канала.

Операции: пункционно-дилатационная трахеостомия от 03.04.09; лапароцентез от 07.04.09.

Status localis: голени отечны, явления лимфостаза, гиперемированы, мацерированы, с эрозиями. Раны на пяточных областях некротизированы, с гнилостным запахом. На крестце и копчике – обширные пролежни (площадь – >400 см², глубина поражения – до крестца), в зоне копчика – раневый дефект с некрозом и флюктуацией. Выполнена некрэктомия.

Послеоперационный период осложнился развитием госпитальной диареи с частотой более 6 раз в сутки, что требовало частой смены повязок на пораженной зоне. Состояние пролежня – без улучшения. Неблагоприятное течение раневого процесса связано с поступлением жидких фекальных масс в область поражения. Применение отграничивающих лечебных повязок неэффективно по той же причине, кроме того, частая смена дорогостоящих повязок значительно увеличивала стоимость лечения. Через 5 сут принято решение об установке системы отведения «Флекси-Сил». Основная цель ее применения в данном случае – разобщение потока фекальных масс и раны в области крестца и копчика.

Установка системы «Флекси-Сил» произведена в отделении реанимации. Процедура не составляла труда, интуитивно понятна и эстетична. Длительность применения – 17 сут, за этот период состояние пролежня значительно улучшилось. В схеме лечения использовались повязки «Грануфлекс», «Версива». К 6 сут отмечена положительная динамика, появились активные грануляции, рана очистилась. К 14 сут частота стула нормализовалась. К 17 сут клиническая ситуация позволила перевести пациентку в отделение для ее активизации, «Флекси-Сил» удален. При осмотре прямой кишки в зеркалах никаких изменений со стороны слизистой не выявлено. В настоящий момент пациентка выписана из стационара в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, только использование системы для отведения фекальных масс и раневых покрытий позволило изолировать раневую поверхность, в короткие сроки добиться положительного результата при лечении обширного пролежня и сократить срок госпитализации в отделении реанимации.

NOVELTY IN THE TREATMENT AND PREVENTION OF BEDSORES

V.V. Kulabukhov, cand. of Med. Sci, I.V. Zhivotneva, Head Nurse
N.I. Pirogov National Medical and Surgical Center, V.F. Voynov-Yasenetskiy Clinic of purulently septic end Surgical, Moscow

The paper gives the results of treatment and prevention of bedsores in patients who long stay in health care facilities.

Key words: bedsores, developmental stages, patients, fecal diversion systems.