

## Пролежни, их предупреждение и лечение

Канд. мед. наук Л. Я. Шостак

Публикуем статью из журнала «Медицинская сестра» за 1942 год.

Пролежни, развивающиеся у ослабленных больных, вынужденных долгое время лежать неподвижно, являются грозным осложнением болезни; они очень часто ухудшают течение основного заболевания, вызывают у больных развитие сепсиса со смертельным исходом. Специфические условия современной войны являются причиной развития этого тяжелого осложнения у очень большого количества раненых.

Большие кровопотери, ослабление деятельности сердца, почек и пр., психическая и физическая усталость, истощение, длительная транспортировка, наложенные на продолжительное время повязки являются предрасполагающими моментами развития пролежней у слабых больных.

Пролежни разделяются по своему происхождению на две группы: пролежни, возникающие в связи с изменениями внутренних органов (эндогенные пролежни), и пролежни, развивающиеся у сравнительно здоровых людей от внешних причин (экзогенные пролежни). Передко оба фактора наблюдаются одновременно.

Пролежни эндогенного происхождения развиваются у больных при повреждениях или заболевании центральной нервной системы, при интоксикация организма, так как при этом происходят глубокие нарушения в нервах, вызывающие быстрое развитие некроза кожи и подлежащих тканей. Присоединяющаяся инфекция (рожа, сепсис, газовая флегмона) быстро ведет к смерти больного.

Длительное нахождение больного в одном положении, давление туго наложенной неподвижной повязки на тот или другой участок кожи, особенно на местах, где мало подкожной клетчатки, влекут за собой сдавливание кровеносных сосудов, нарушают питание тканей, что ведет к пролежням. Наиболее частые места развития пролежней — область крестца, крылья подвздошных костей, область лопаток, пятки, позвоночник, особенно крестец.

Опасность пролежней заключается в том, что они легко служат источником внедрения инфекции, а пролежни на крестце загрязняются мочой и испражнениями, что еще больше ухудшает течение болезни. Одним из предрасполагающих моментов развития пролежней является именно эта мацерация кожи в области промежности и крестца мочой.

При образовании пролежня вначале появляется небольшое покраснение и легкий отек кожи, которая начинает шелушиться и слегка уплотняется в этом месте (I степень). Вскоре, если не будут приняты меры, здесь образуются пузыри, поверхностные язвочки, быстро углубляющиеся и расширяющиеся (II степень). Развившееся омертвление подлежащих тканей сопровождается тяжелой инфекцией с некротическим распадом тканей (III степень). В значительной части случаев этот процесс развития пролежней происходит в течении 24—48 часов. Получается как бы порочный круг: слабость больного, его неподвижное положение вызывают развитие пролежня; образование пролежня вызывает вокруг воспалительный процесс, ускоряющий процесс распада; распад и инфекция еще больше ослабляют больного, мучительные боли в месте пролежня лишают его сна, усиливается общая интоксикация, ухудшается как состояние пролежня, так и течение болезни.

Основным мероприятием в борьбе с этим грозным осложнением является профилактика. Тщательным уходом за больным и за его кожей надо предупредить образование пролежней, так как развитие их ставит больного в тяжелое положение.

Первым и основным правилом профилактики является тщательная, достаточно частая (3—4 раза в день) обработка кожи в областях, подвергающихся давлению: обтирание кожи камфорным спиртом, обтирание спиртом или растирание ру-



Снятие давления с пролежней по методу Л. Я. Шостак. Гипсово-металлический мост на таз при пролежне крестца

кой; необходимо наблюдать за тем, чтобы не происходило смачивания в этих местах кожи мочой или гноем из повязки. Надо обеспечить хорошее проветривание постели, отсутствие складок на простыне. Необходимо укладывать больного на воздушные подкладные круги или на резиновые матрацы, мешочки или круги, в которые насыпано льняное семя или просо, часто переворачивать больного. В руках опытной, внимательной сестры это дает прекрасный результат: резко снижает процент развития пролежней, связанных с внешними причинами, и значительно уменьшает процент пролежней эндогенного происхождения. Поэтому там, где медицинский персонал внимателен при уходе за тяжелым больным, строго и педагогично выполняет все правила по предупреждению пролежней, это осложнение встречается реже, чем в отделениях, где уходу уделяется мало внимания.

Однако в специфических условиях современной войны заложены предпосылки того, что пролежни как осложнение все-таки встречаются у значительной группы раненых и особенно часто у септической группы больных.

Что нужно делать, когда у больных развиваются пролежни?

При пролежнях I степени (краснота, припухлость в местах давления) меры лечения в основном те же, что и меры профилактики: частые, по 4—6 раз в день, обтирания камфорным спиртом, переворачивания больного, предоставление ему подкладного круга или резинового матраца, смазывание образовавшегося пролежня спиртовым раствором бриллиантовой зелени и др. При пролежнях II и III степени к этим мероприятиям добавляется наложение асептических повязок с цинковой мазью, пастой Лассара, подсушивание висмутовой мазью, мазью Микулича, перувианским бальзамом, мазью Вишневекого и т. д. Однако здесь мазевое лечение в большинстве случаев не даст хорошего эффекта, если основным мероприятиям не уделяется должного внимания.

В последнее время применяется сульфидин местно на пролежни (особенно при пролежнях III степени) путем насыпания его в количестве 2—3 г: язвы очень быстро очищаются, покрываются свежими грануляциями, болевые ощущения быстро проходят (при условии снятия давления с места образовавшегося пролежня). Не надо также забывать, что сульфидин, частично всасываясь через раневую поверхность, оказывает благотворное действие и на основной септический

процесс. С той же целью и с теми же результатами можно применять и белый стрептоцид. Хороший эффект дает общее облучение кварцевой лампой Баха или облучение места поражения, проводимое систематически в течение 2—3 недель. Очень хорошо соединять облучение кварцевой лампой с облучением лампой соллюкс.

Для борьбы с обширными пролежнями III степени ряд авторов предлагает применять новокаиновую блокаду по Вишневскому, в основном проводя обкалывание 0,25% раствором новокаина (100—150 г) вокруг пролежня. Неплохой результат получается при применении на гранулирующую поверхность пролежня липкого пластыря, накладываемого на 10—12 дней. Под этой повязкой происходит достаточно быстрая эпителизация. С хорошим результатом некоторыми применяется обработка пролежня (как это делается при ожогах) по методу Бетмана — путем обмывания 0,25% раствором нашатырного спирта, смачивание мацерированной поверхности 5% спиртовым раствором танина с последующим смазыванием 10% раствором ляписа, после чего образуется черная плотная корка, под которой постепенно происходит эпителизация.

Эти методы местного лечения пролежней часто не дают благотворного результата у тяжелых, резко истощенных больных, у которых основное заболевание является превалирующим. Кроме того, подкладные круги часто не в полной мере выполняют свою функцию вследствие обширности и множественности образовавшихся язв. Мацерация кожи мочой, испражнениями и гноем при применении кругов несколько не уменьшается, так как затекание мочи остается возможным. Все это также является причиной частых неудач.

Несколько месяцев назад мы начали применять в борьбе с пролежнями, при одновременном наличии у этих больных гипсовых повязок на нижних конечностях, особые металлические дуги, которые вгипсовываем в повязку в области крыльев таза. Благодаря этому с поверхности пролежня почти полностью снимается давление; больной лежит как бы подвешенный в люльке. Боли немедленно стихают, мацерация кожи мочой исключается, место пролежня все время как бы

проветривается, и при применении кварца, сульфидина, той или другой мази на месте пролежня мы получаем быстрое заживление последнего.

Если у больного нет перелома, мы делаем обычную гипсовую кровать. На местах, где имеются пролежни, вырезаются окна. Под нижнюю поверхность гипсовой кровати в области лопаток и в области крестца мы вгипсовываем полукруглые металлические дуги (их тоже лучше обернуть гипсовым бинтом). Благодаря наличию этих дуг больной не прикасается пролежнем к кровати, и мы можем легко применить любой метод лечения с гораздо большим эффектом. Под ноги, для того чтобы не было перегиба в области ягодичных складок, там, где кончается кровать, подкладываются под простыни короткие матрасы.

Значительно проще обстоит дело, когда у больного уже имеется круговая гипсовая повязка, наложенная по поводу перелома бедра или ранения коленного или тазобедренного сустава. В этих случаях одну дугу мы вгипсовываем в гипсовую повязку в области крыльев таза, а вторую дугу — в области нижней трети голени. Если гипсовая повязка тонка, то под колено подгипсовываем третью дугу. Под колено здоровой ноги подкладываем валик или попушку (см. рисунок).

При применении наших дуг давление, распространяющееся более или менее равномерно на всю поверхность гипсовой повязки, наибольшим является всё-таки в области крыльев таза. Ввиду этого необходимо тщательно подкладывать вату в области верхних остей подвздошных костей во избежание образования пролежней.

Применив этот метод у ряда тяжелейших больных, мы в большинстве случаев получили прекрасный результат. Эти дуги полностью снимают давление с пролежня, резко уменьшают возможность мацерации кожи мочой, а следовательно, и опасность последующей инфекции. Происходит как бы постепенное проветривание места пролежня, не касающегося простыни. Дополнительным преимуществом является и то, что с этого момента любая методика дальнейшего лечения становится более эффективной, что в конечном итоге должно снизить и процент смертности у этой группы больных.

## ИНФОРМАЦИЯ

### Алгоритмы доврачебной помощи

(Окончание. Начало — см. с. 35)

#### 3. Оценка достигнутого:

- полное прекращение болевых ощущений;
- состояние не улучшилось - дальнейшее выполнение мероприятий по назначению врача.

#### 4. Необходимое оснащение:

- шприцы и иглы для инъекций, система для внутривенного вливания, жгут, мешок Амбу, электрокардиограф, дефибриллятор, кардиомонитор.

#### Алгоритм и правила оказания доврачебной помощи при гипертоническом кризе

Гипертонический криз - кратковременное повышение АД при гипертонической болезни с появлением ряда общих нарушений. Возникает обычно после психических травм, волнений, отрицательных эмоций, в особенности нервных напряжений, а также при резких перепадах атмосферного давления, влажности воздуха, температуры.

#### 1. Симптомы, позволяющие медицинской сестре поставить предварительный диагноз - гипертонический криз:

- резкие головные боли, головокружение, приливы к голове, ухудшение зрения, появление «мушек» или пелены перед глазами, шум в ушах, боли, замиранье в области сердца, чувство нехватки воздуха, одышка, тошнота, рвота, нарушение координации;
- общее нервное возбуждение, повышенная раздражительность, потливость, парестезии (чувство ползания мурашек), общая дрожь;
- лицо красное, на коже шеи и груди красные пятна;

— АД, по сравнению с привычным, значительно выше нормы (у каждого пациента индивидуально).

#### 2. Тактика медицинской сестры

Действия	Обоснования
1. Вызвать врача	
2. Измерить АД, пульс, ЧД	Контроль состояния
3. Уложить с высокоподнятым изголовьем, при рвоте повернуть голову набок	Профилактика асфиксии
4. Доступ к вене	Для введения лекарственных средств и инфузионной терапии
5. Горчичник на заднюю поверхность шеи	

#### 3. Оценка достигнутого:

— уменьшение жалоб, постепенное (за 1 - 2 часа) снижение АД до обычного.

#### 4. Необходимое оснащение:

- тонометр, фонендоскоп, система для внутривенной инфузии, шприцы и иглы для инъекций, жгут.

#### ПОМНИ!

Все лечебные мероприятия проводятся под постоянным контролем за уровнем АД, ЧСС.