

## Декубитус. Профилактика и лечение на декубитални рани при инсултно болни

Светла Петрова

**Introduction:** Decubitus is a hot topic of health care professionals and primary objective for implementing health care quality and patient safety. They are a dangerous complication of many diseases and preventing their proper and timely treatment of medical professionals can substantially reduce their frequency. Congress of the European Association regularly exporting reports from nurses specialized in this field. Their professionalism is very high and practically qualified.

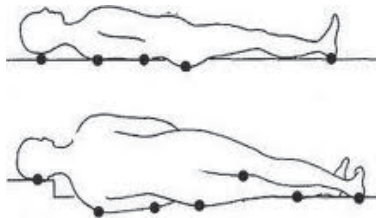
**Keywords:** decubitus, decubitus location, degrees of decubitus prevention, treatment, types of bandages, ointments types.

### ИЗЛОЖЕНИЕ

Пациентите изискват все повече по отношение на качествени здравни грижи и хуманно отношение за тяхното здраве. С повишената си компетентност, креативност и образование медицинските специалисти доказват целта си за достигане на високо ниво на човешко здраве.

При болни страдащи от тежки и изтощителни заболявания, които ги принуждават към принудително залежаване в едно и също положение се създава опасност от разраняване на кожата и подлежащите под нея тъкани. Това разраняване се нарича декубитус (пролежка).

Локализацията на декубитуса зависи от положението на болния в леглото. Преди всичко тежко болните лежат по гръб. Затова тези области са застрашени от декубитус. Местата на локализация са показани на (фиг.1). Най-често това са кръстната и седалищната област. Когато положението е странично, декубитуса се появява в областта на тазобедрената става, външната и вътрешната част на бедрата. Също се получава декубитус в областта на лактите, тила и петите. На всички места по тялото, където кожата продължително се притиска върху подлежащата кост. Това притискане на кожата води до намален приток на кръв и нарушава изхранването на тъканите.



Фиг.1. Места на локализация на декубитус.

Освен продължителното принудително положение на болния в леглото е предпоставка за декубитус има и редица други предпоставки предразполагащи появянето му.

- Рязко отслабване и изтощение след тежко боледуване
- Болни с заболявания на ЦНС на които е нарушена трофичната функция,
- Диабетици.
- Скелетни аномалии (сколиоза, костни тумори и други).
- Сепсис и повишена температура.

- Анемия, венозен застой, отоци, уремия, недоимъчно хранене, лъчелечение.

За появата на декубитус са още неудобното и нечистото легло, неравностите по дюшека, гънките на чаршафа и пижамата, лоша хигиена на кожата. Също така се среща и декубитус при болни с неправилно сложени гипсови превръзки, ортопедични шини, протези и други.

**В своето развитие декубитуса преминава през 3 степени:**

**I степен** – зачервяване на кожата;

**II степен** – почерняване на кожата и повърхностно разраняване;

**III степен** – дълбоко некротизиране и разраняване на тъканите с навлизане на бактериална инфекция.

В тежките случаи раните могат да стигнат до костите с които могат да бъдат обхванати от възпалителен процес. Инфекцията може да се разпространи из целия организъм и се развива сепсис: висока температура, чести втрисания и обикновено болните загиват.

### **Профилактика на декубитус.**

Най-важното правило при профилактика е грижите за болния да бъдат навременни и постоянни. Основните мерки за профилактика на декубитуса:

- недопускане на продължителен натиск и подобряване на кръвната циркулация в застрашените зони.
- грижа за леглото на болния – равен и гладък дюшек, чисто постелно бельо и винаги добре изпънато;
- редовно обръщане на залежалите се болни (поне на 2 часа), ако състоянието на болния позволява това;
- разтриване с ревулсивни средства;
- за намаляване риска под застрашените места от декубитус да се поставят гумени кръгове, напълнени с въздух и облечени в калъфка или специални пневматични възглавници за лакти, колени и пети. Могат да се приготвят малки кръгове от памук и бинт, поставяне на антидекубитални дюшеци (фиг.1.2).



Фиг. 1.2 Антидекубитален дюшек

### **Лечение на декубитуса:**

При I степен – болният да не лежи върху него, ако е възможно на обратната страна. Мястото се маже с епителизиращи унгвенти, отгоре се поставя стерилна марля. Добър ефект дава поставянето на антибиотични пудри.

При получена рана лечението се води от принципа на вторично заздравяване на раните и се третира по стерилен начин; околността се обработва с йод-бензин (йодасепт), мястото с антибиотици шпрее и след това се слага стерилна превръзка.

При некроза - се прави хирургична обработка с изрязване на некротичните участъци. Добър резултат дава открития способ, ако болният може да лежи на здравата страна. Това дава възможност за гранулиране на здрава тъкан; понякога се налага дренаж. Добри резултати дава кварцовото облъчване.

При гипсови превръзки – гипсът се сваля! При –гноене се взема материал за микробиологично изследване и се лекува целенасочено.

При правилна преценка от голямо значение са готовите превръзки за декубитални рани. Много е важно да се спомене, че всички тези превръзки са много различни и имат различен механизъм на действие. Използването им без да се направи оценка на раната и да се подбере подходящата за съответната рана и пациент, обикновено води до разочароващи резултати. Въпросът не е просто да се влезе в аптеката и да се купи някаква превръзка за декубитални рани. Какъв тип превръзки, кога, как, за колко време и в каква последователност да се използват - тази преценка задължително се извършва от медицински специалист, който инспектира раната и прави съответната обработка поне веднъж седмично. След като медицинският специалист определи алгоритъма на лечение, самата смяна на отделните типове превръзки може да се извършва както от самият пациент/ако той може да се обслужва сам/, така и от близките/немедицински лица, тъй като боравенето с тях е изключително улеснено.

Превръзките за лечение на декубитални рани са изключително многообразни - "хидроколоидни", "полиуретанови/пенести", "силиконови", "алгинатни", "сребърни", "полиакрилатни активирани с р-р на Рингер", "с активен въглен", "комбинирани за инфектирани рани", "импрегнирани", "мазеви", "парафинови", "вторични покривни" и т.н. показани на (фиг. 1.3а;б). Ето защо е важно да се познава техният механизъм на действие и кога и как да се използват. Да се прави случаен избор на превръзка или в зависимост от цената е гаранция за неуспешно лечение.

Фиг.1.3 Видове превръзки – а).



1. Хидроколоидна превръзка



2. Полуоклозивна превръзка

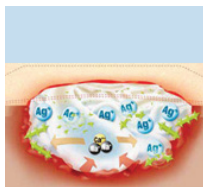


3. Превръзка с активен въглен.

Фиг.1.3 Видове превръзки – б).



1. Превръзка с калциев алгинат



2. Превръзка с калциев алгинат и сребро



3. Полиуретанова превръзка

Ето само малка част от най-често използваните: "CombiDERM", "Granuflex", "Aquacel", "Allevyn", "Algisite M", "Bactigras", "Acticoat"; "Sorbalgon", "Hydrocoll", "Atrauman/Ag", "TenderWet", "HydroSorb"; "Coloplast Biatain"; "Kendall AMD" и т.н. Готовите превръзки за лечение на декубитални рани са изключително удобни и с много добър комбиниран ефект - както за почистването на раната, така и за баланса

на влажността. Те поемат излишния ексудат и секрети, като в същото време "пазят" от изсушаване и възникване на инфекции. При правилна преценка, могат да останат дълго време върху декубитуса /понякога до 7 дни/ - ето защо често дори са ценено по-изгодни от ежедневната смяна на обикновени превръзки.

Можем да споменем и някои други утвърдени в практиката локални средства подпомагачи регенерацията на тъканите/цикатризианти - "Hialuricht"; "Actovegin"; "Cadesorb"; "Granuflex paste"; "Cicatridina"; "Bionect"; "Post Neprol"

Споменават се много добри резултати при употреба и на алтернативни продукти – природни /билкови мази напр. емулсия на базата на прополис + вит.А и други средства на апитерапията; мехлем "Календула" с невен; крем "Родопско Чудо"; мехлем "Унимед", "ДжинДжира", "Судокрем", крем "Витасин", мехлем "Спасател", митичният мехлем от Костинброд, който все още никой не знае как се казва и откъде точно може да се купи и др. Хомеопатични средства - Арника; Ледум; Хиперика и т.н. Изброените медикаменти имат своето място в лечението и профилактиката, но САМО след като медицински специалист прецени ползата и рисковете от използване на подобни алтернативни продукти, върху конкретния тип рана.

За подобряване регенерацията на тъкани и околното кръвоснабдяване се използват и физиотерапевтични методи - галваничен ток, СВЧ, ултразвук, лазер и т.н.

#### **ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Това е темата, която е изключително актуална, комплексна и достъпна информация липсва. Въпреки че факторите за появата на декубитални рани са много, честотата им може да бъде значително намалена чрез подобряване на грижите, с които се отстраняват опасните действия на тези фактори. Декубиталните рани могат да бъдат опасно усложнение - лечението им е упорито и отнема много време - при всички случаи е необходимо много търпение и периодична оценка и специфична терапия от медицински специалист.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

- [1] „Общи и специални сестрински грижи” Желева Е. – Ст. Загора 2007год.
- [2] Лекционен курс по сестрински грижи – Ст. Загора
- [3] Интернет сайт -[www.zdravenforum.com/viewtopic.php?](http://www.zdravenforum.com/viewtopic.php?)
- [4] [www.bulnoso.org](http://www.bulnoso.org) - д-р Й. Петер -болница Швейцария.

#### **За контакти:**

Светла Ганчева Петрова –мед. сестра в ООСН при МБАЛ-АД-Русе, Тел./GSM: 0899412613, e-mail: [svetla2petrova@abv.bg](mailto:svetla2petrova@abv.bg)

**Докладът е рецензиран.**