

Медицинские технологии ПАУЛЬ ХАРТМАНН

Лечение ран

Паллиативный уход за ранами
М. Кисс, клиника г. Хайденхайм

- Использование терапии ран отрицательным давлением (NPWT) для подготовки лучевых язв к трансплантации кожи. Michaela Knestele Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren – Клиника Марктобердорф, Германия)

Уход за пациентом

Профилактика инфекций при ежедневном уходе "PflegeDienst"
3-4 /2012, стр. 8-9)

Профилактика ИСМП

Инфекции мочевыводящих путей у пожилых людей "PflegeDienst"
3-4 /2012, стр. 12 - 13)

- Обучающий интернет курс "5 моментов гигиены рук"



Уважаемый коллега!

Перед Вами первый номер профессионального репринтного журнала для медицинского сообщества и сотрудников компании «ПАУЛЬ ХАРТМАНН». Журнал представляет собой реферативный обзор статей наших зарубежных коллег из журналов WundForum, PflegeDienst, OP News, DesinFacts, которые издаются в Германии. Для российского издания журнала отбираются наиболее интересные материалы из последних номеров корпоративных журналов, которые сопровождаются комментариями ведущих зарубежных специалистов.

Цель выпуска журнала – повышать непрерывное профессиональное развитие медицинских кадров в современных условиях. На страницах журнала, выходящего 4 раза в год, вы найдете актуальную и интересную информацию о современных технологиях ухода за пациентом, консервативном и хирургическом лечении хронических ран, а также профилактике инфекций.

Медицина в целом развивается в условиях информационного поля, увеличивается информационный поток, касающийся вопросов профилактики, диагностики, лечения. На смену традиционным подходам, скрупулезно описанным в учебниках, приходят новые технологии, современные алгоритмы, которые позволяют значительно повысить качество предоставления помощи. В таких условиях опыт зарубежных коллег даст возможность внедрять в свою практику инновационные технологии в лечении и уходе.

Хочется нам всем пожелать, чтобы журнал «Медицинские технологии ПАУЛЬ ХАРТМАНН» оставался знаковым авторитетным журналом в будущем. Надеемся, читатели, получившие это нерядовое издание, станут нашими партнёрами. А мы будем делать все, чтобы журнал был высоко профессиональным, чтобы его любили и уважали читатели.

Научно - методологические центры компании ПАУЛЬ ХАРТМАНН



М. Кисс, клиника г. Хайденхайм

Паллиативный уход за ранами

Паллиативная медицина и паллиативный уход зачастую требуют внимания к хроническим язвенным поражениям кожи, которые уже не поддаются исцелению. При этом основные усилия направляются на то, чтобы облегчить страдания неизлечимо больного человека путём эффективного контроля симптоматической картины. Поскольку при невозможности предотвратить близкую смерть целью является уже не выздоровление, а улучшение качества жизни пациента.

Паллиативный уход (в международной литературе используется термин «паллиативная помощь») является опорным столбом паллиативной медицины. Согласно определению ВОЗ, его цель – «улучшение качества жизни пациентов и членов их семей, столкнувшихся с проблемой опасного для жизни заболевания, а именно – путём устранения и облегчения страданий, а также заблаговременного распознавания, качественной диагностики и лечения болей и других симптомов, ухудшающих физическое, психическое и психосоциальное состояние человека». Термин «паллиативный» произошёл от латинского слова «pallium», т.е. «покрывало», «оболочка», что символизирует всеобъемлющую поддержку пациента, его «защитный покров».

Паллиативная помощь возникла как специальный вид обслуживания онкологических пациентов на терминальной стадии заболевания. В настоящее время прогресс паллиативной медицины и паллиативного ухода позволяет оказывать помощь не только онкологическим больным, но и другим категориям пациентов. Прежде всего, в паллиативном уходе нуждаются пожилые пациенты с множественными хроническими заболеваниями. Идеальным вариантом было бы обеспечение всех пожилых, тяжелобольных людей паллиативной помощью, причём независимо от того, где они находятся: в больнице, в доме престарелых или у себя дома.

Распространение паллиативной медицины и паллиативного ухода на пожилых пациентов способствовало тому, что расширился и спектр разновидностей ран, которые требуют ухода при паллиативных ситуациях. Хотя раны, возникшие вследствие опухоли, со своими комплексными проблемами по-прежнему стоят на переднем плане, у пожилых пациентов зачастую приходится иметь дело с ранами, вызванными хроническими заболеваниями сосудов, болезнями обмена веществ или механическим сдавливанием,

которые нередко образуются вместе с «опухолевыми» ранами. Таким образом, уход за раной в паллиативных ситуациях нередко ставит сложные задачи перед медицинским персоналом, требуя высокого профессионализма, а также умения сопереживать и большой самоотдачи в работе.

Причины возникновения и методы ухода за раной у паллиативных пациентов

Раны при злокачественных новообразованиях

Раны вследствие опухолей чаще всего возникают только в предтерминальной или терминальной стадии заболевания приблизительно у 5-10% всех онкологических пациентов. Причиной злокачественных язв преимущественно являются первичные опухоли кожи (например, меланома или базалиома), либо кожные метастазы из другой первичной опухоли.

Разновидностями опухолей, которые быстро разрушают ткани и вызывают изъязвления, являются, например, опухоли молочной железы, лёгких, слюнных желез или брюшной полости.

Однако длительно существующие язвы, прежде всего, язвы нижних конечностей, также могут переродиться в злокачественный процесс. Причиной этого являются лежащие в их основе онкологические заболевания, такие как базалиома, веретеноклеточная карцинома, саркома мягких тканей, либо злокачественная лимфома и меланома. Поэтому при устойчивых к лечению язвах необходимо проводить диагностические гистологические исследования, и в этой связи следует отметить важность заблаговременного исследования биоптатов тканей. При этом биоматериал должен забираться из нескольких точек – как на периферии, так и в центре язвы.

Уход за изъязвленными ранами, образовавшимися вследствие опухоли, связан с целым рядом проблем,



Автор: Манфред Кисс, медбрат, консультант по уходу за ранами в академии, специализирующейся на уходе за пациентами, имеющими раны; заведующий отделением диабетологии клиники г. Хайденхайм, Шлоссхаустрассе, 100, 89522, Хайденхайм, E-Mail: manfred.kiss@kliniken-heidenheim.de

Хосписное движение как фундамент паллиативного ухода

Основанные на религиозных побуждениях общественные усилия по созданию приютов для больных и обездоленных, где о них будут заботиться, прослеживались на протяжении многих столетий. И хотя такие Хосписы (название происходит от латинского слова «hospes» - «гость», «гостеприимный») не создавались специально для приёма неизлечимых больных, всё же считается, что здесь ухаживали и за умирающими людьми. В 1842 году мадам Джейн Гарнье основала учреждение для обслуживания и опеки терминальных больных, при этом название «Хоспис» было впервые использовано в современном понимании этого слова. Однако основателем «современного» хосписного движения считается британский врач Сесилия Сандерс, которая благодаря своей модели Хосписа Св. Христофера в Сиденгаме (предместье Лондона)

придала решающий импульс этому движению. В частности, благодаря ей и коллективу её сотрудников обезболивающая терапия и контроль симптоматической картины стали одним из основных принципов паллиативного лечения. Однако в такой же мере уделялось внимание психологическим и духовным потребностям умирающих людей и их родственников, что было заложено в концепцию сопровождения умирающих больных.

На сегодняшний день хосписному движению в Германии также удалось создать инициативные центры и привлечь к сотрудничеству многих людей. После того, как паллиативный уход вошёл в сферу медицинского страхования, можно ожидать, что популярность амбулаторных и стационарных паллиативных услуг будет быстро возрастать.





Рис. 1



Рис. 2



Рис. 3



Рис. 4

Рис. 1: изъязвленная карцинома молочной железы

Рис. 2: язва нижней конечности, вызванная базалиомой

Рис. 3: язва нижней конечности, развившаяся вследствие веретеноклеточной карциномы

Рис. 4: лучевая язва

которые у медицинского персонала при недостаточной подготовке зачастую вызывают неуверенность в своих действиях. Поэтому на странице 10 изложены важные аспекты практической работы с такими пациентами.

Хронические лучевые поражения

Лучевая терапия злокачественных новообразований неизбежно приводит к поражению кожи и подлежащих тканей. Кожа и подкожная клетчатка после определённой дозы излучения кровоснабжается хуже и впоследствии атрофируется. С нарастающим ухудшением доставки питательных веществ и усиливающимся фиброзированием тканей в дальнейшем может сформироваться незаживающая язва. В самом неблагоприятном случае эти язвы могут малигнизироваться, т.е. озлокачествляться с латентным периодом от 4 до 40 лет. Причинами этого могут быть рецидив первичной опухоли или развитие злокачественного новообразования вследствие облучения.

Поражения кожи вследствие затруднения оттока лимфы

Симптомами некоторых системных и локальных заболеваний являются нарушения лимфооттока с образованием отёков, а иногда и экзем. Вторичные лимфедемы могут быть вызваны ятрогенным путём вследствие хирургических операций, зачастую после удаления местных лимфоузлов, либо после облучения, проводимого в рамках противоопухолевого лечения. Кроме того, частыми причинами вторичных лимфедем в области нижних конечностей являются сердечный застой, дефицит белка в организме, почечная недостаточность или недостаточно излеченная хроническая венозная недостаточность, иногда с острой язвой. Таким же частым симптомом в паллиативной медицине выступает злокачественная лимфедема, которая приводит к ещё большему снижению качества жизни пациентов.

Для лечения и смягчения симптомов показана непрерывная противоотёчная терапия, гигиенический

уход за кожей, ручной лимфодренаж, в некоторых случаях компрессионная терапия (только после определения лодыжечно-плечевого индекса!) и направленная на борьбу с отёками механотерапия.

Осложненные послеоперационные раны

Риск развития послеоперационных осложнений в ране с возрастом пациентов всё больше увеличивается, точно так же, как количество и тяжесть существующих основных заболеваний (заболевания артерий, сахарный диабет, онкологические заболевания и т.д.), поэтому в паллиативных ситуациях могут встречаться даже раны с некрозом мягких тканей и раны в виде глубоких трещин. До тех пор, пока возможно, осуществляется их местное лечение с соблюдением принципов хирургической обработки ран. В качестве консервативной терапии показано лечение раны во влажной среде с помощью гидроактивной повязки, которая при известных условиях может обеспечить оптимальное течение раневого процесса и сделать лечение раны менее мучительным для пациента.

Пролежни

Пролежнем называется повреждение кожи вследствие длительного локального сдавливания. Однако главные причинные факторы – давление и его продолжительность – именно у паллиативных пациентов увеличивают своё негативное влияние при наличии многочисленных вторичных факторов риска, таких как абсолютный постельный режим, недостаточное кровообращение в сосудах кожи, высокая температура тела, недержание, общее тяжелое состояние вследствие хронического или тяжёлого заболевания, злокачественные новообразования, недостаточное питание, обезвоживание или истощение. Предотвращение пролежней в этой ситуации является настоящей проблемой, которая от добросовестного персонала требует, например, периодически проводить необходимую смену положения тела пациента.

Однако предотвратить пролежни удаётся не всегда, и нередко паллиативный уход за пациентами начинается уже при наличии пролежня, который образовался, например, после предшествующей операции.

Лечение пролежня даже в этой ситуации должно как можно дольше носить лечебный характер, т.е. осуществляться с целью заживления пролежня. Это означает, что с помощью влажной обработки раны нужно пытаться проводить её очищение от некротических и фибриновых отложений и максимально предохранять её от инфицирования. Иногда с раневыми инфекциями можно бороться с помощью серебросодержащих атравматических мазевых повязок, таких как «Atrauman Ag». Также следует продолжать мероприятия по уменьшению механического сдавливающего фактора путём регулярного изменения положения тела. Если же очевидно, что жить больному осталось очень мало, либо изменение положения тела причиняет пациенту сильную боль, можно, взвесив все «за» и «против», принять решение: нужно ли продолжать эти меры, или их следует прекратить.

Хронические язвы нижних конечностей

Хронические язвы голеней и стоп в большинстве случаев развиваются медленно, на протяжении нескольких лет как результат заболеваний вен, об-

литерирующих болезней периферических артерий (ОБПА) или сахарного диабета, что объясняет, почему эти раны, как правило, поражают пожилых людей. Таким образом, хронические язвы нижних конечностей представляют собой проблему не только в гериатрической практике, но и при осуществлении паллиативного ухода, требуя комплексного решения вместе с остальными актуальными задачами.

И в данном случае одним из принципов терапии считается направленность лечения на причину (в зависимости от происхождения язвы), причём осуществлять такое лечение следует как можно дольше, например, накладывая компрессионные биндажи при венозных язвах, восстанавливая или улучшая кровообращение при артериальных язвах, либо нормализуя уровень сахара в крови при диабетических язвах. Местная терапия язвы соответствует принципам лечения хронических ран, при этом осуществляется хирургическая санация раны, предотвращение развития раневой инфекции и увлажнение раны с целью её очищения, стимуляции развития грануляционной ткани и эпителизации.

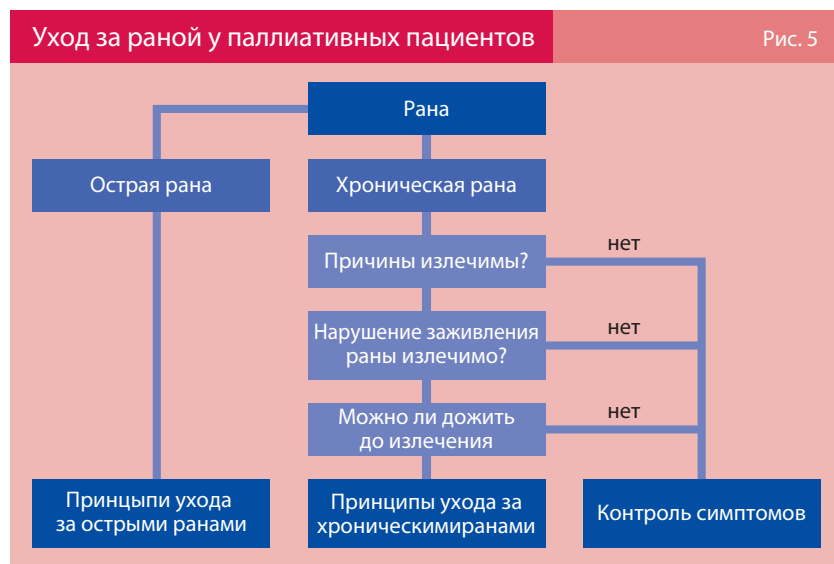
Однако при паллиативном уходе спектр возможных мероприятий, предусмотренных этой общей концепцией, зачастую следует сужать. И тогда чаще всего остаётся только влажная обработка раны – с одной стороны, чтобы сдерживать ухудшение состояния язвы, с другой стороны, чтобы облегчить боли. Очень полезными при стандартном проведении увлажняющей терапии являются гидроактивные повязки, такие как «TenderWet plus» с антисептиком полигексанидом (которую можно оставлять на ране до 72 часов), раневая повязка «Sorbalgon» из волокон кальция альгината или гидроактивная мазевая атравматическая повязка «Hydrotüll». В деле профилактики и борьбы с раневой инфекцией высокую клиническую эффективность демонстрирует серебросодержащая атравматическая повязка «Atrauman Ag».

Острые травматические раны

В паллиативных ситуациях острые раны возникают, прежде всего, при падении пациентов. В зависимости от предполагаемой продолжительности жизни, прогнозируемой индивидуально для каждого пациента, в отношении полученной травмы проводится тот или иной объём хирургической обработки. Если это уже невозможно, следует обратить внимание на проведение в достаточном объёме обезболивающей терапии, для чего можно использовать атравматические повязки для лечения ран во влажной среде. При отслаивании поверхностных участков кожи можно применять, например, повязку из волокон альгината кальция («Sorbalgon») или гидроактивную мазевую атравматическую повязку («Hydrotüll»). Повреждённые участки кожи с небольшой кровоточивостью можно безболезненно закрыть на несколько дней гидрогелевой повязкой («Hydrosorb»).

Тактика ухода за пациентами с «онкологическими» ранами

Открывшаяся опухолевая рана является для пациента очевидным признаком того, что его раковое заболевание вступило в свою завершающую и самую тяжёлую стадию. Его реакция на этот факт, как и реак-



ция родственников пациента, может быть самой различной: от отрицания, (отчаянного) нежелания признать свершившейся факт реальностью до чрезмерно повышенного внимания к ране.

К тому же опухолевые раны на этой стадии в большинстве случаев сопровождаются выраженными болями, сильным неприятным запахом и зачастую выделением значительного количества экссудата. У пациента изменяется и разрушается привычное представление о своём теле, нередко он даже испытывает отвращение к самому себе, что приводит к уединению и самоизоляции.

В этой ситуации найти правильный подход необыкновенно сложно даже родственникам. Как следствие, часто возникают повышенная напряжённость в отношениях и конфликты. Поскольку, с одной стороны, родственники видят тяжёлые страдания и чувствуют внутренний страх своего близкого человека, но ничем не могут ему помочь. С другой стороны, слишком хорошо заметно, какие ощущения они испытывают, глядя на язву, и насколько им неприятен исходящий от нее запах.

Точно так же врачи и сестринский медицинский персонал не лишены негативных чувств, таких как беспомощность перед лицом неотвратимой ситуации, огромная жалость к пациенту и даже боязнь прикоснуться, что не в последнюю очередь связано с состоянием и внешним видом опухолевой раны. Чтобы избежать синдрома перенапряжения у медицинского персонала, для осуществления паллиативного ухода должна быть подготовлена сработанная, ответственная команда специалистов, которая путём наблюдения за каждым своим сотрудником в состоянии уберечь персонал клиники от физических и психических перегрузок.

Характеристика «онкологических» ран

Инвазивный и метастазирующий рост злокачественных опухолей характеризуется отделением опухолевых клеток от клеточного слоя, их внедрением в соединительную ткань и, наконец, разрушением матрикса соединительной ткани. При этом термин «интравасация» означает проникновение опухолевых клеток в лимфатические сосуды, капилляры или вены; «экстравазация» подразумевает выход опухолевых клеток из сосудов.



Рис. 6



Рис. 7



Рис. 8



Рис. 9

Рис. 6: Лимфатический отек с изменениями кожи вследствие развития опухоли

Рис. 7: Множественные пролежни у пациентки в терминальной стадии заболевания

Рис. 8: Некроз кожи послеоперационной раны культи, развившийся в области швов

Рис. 9: Смешанная артерио-венозная язва голени, образовавшаяся вследствие хронической венозной недостаточности и облитерации периферических артерий

Увеличение опухолевой массы и инвазивный рост приводят к инфильтрации опухоли в кожные покровы. Следствием этого могут быть изъязвления, острые или хронические кровотечения, а также системные инфекционные заболевания, которые чаще всего проявляются лишь в прогрессирующей стадии.

Это агрессивное воздействие опухоли и необратимое разрушение тканей и сосудов объясняет, почему опухолевые раны не исцеляются. Нет достаточного притока крови, и отсутствует достаточное количество кислорода, необходимое организму для осуществления естественных аутолитических процессов очищения и последующего восстановления тканей. Токсины некротических тканей и бактерии, как в порочном кругу, способствуют дальнейшему омертвлению тканей и образованию неприятного запаха. Поскольку иссечение зон некроза и удаление патологического очага в пределах здоровых тканей на прогрессирующей стадии фактически невозможно, в конце концов, остаётся только уход с использованием соответствующих повязок.

Особую проблему представляют также обусловленные опухолью болевые ощущения. Они не только вызываются раздражением болевых рецепторов, как при острых травмах, но и вследствие изменений в нервной системе приводят к появлению необратимых болей нейропатического характера.

Цели, стоящие при осуществлении ухода за «онкологическими» ранами

В паллиативных ситуациях приоритет имеет уменьшение выраженности симптомов и количества жалоб, что в отдельных случаях не исключает лечебного характера проводимых мероприятий по уходу. При этом необходимо учитывать как индивидуальные потребности пациента, так и разновидность опухоли и вызванной ею инфильтрации кожи.

При наличии изъязвленных ран в качестве первого мероприятия большое значение имеет точная диагностика и детальная оценка состояния раны.

С одной стороны, это даёт возможность проверить, все ли методы лечения уже использованы, с другой стороны, помогает сделать прогноз. Не в последнюю очередь благодаря этому можно оценить характер и масштабы ожидаемых осложнений, чтобы суметь щадящим образом подготовить к ним пациента.

Если лечение уже не может обеспечить временного улучшения связанной с раной клинической картины, останавливаются на уходе. Он может иметь превентивный характер, например, если кожные инфильтраты пока ещё не трансформировались в язвы, либо направляют внимание на облегчение болей, контроль кровотечений, борьбу с неприятным запахом и т.д.

Превентивные мероприятия заключаются в том, чтобы защитить от внешнего травматического воздействия поражённые опухолью, пока ещё целостные снаружи, но очень чувствительные участки кожи. Здесь очень важным является тщательный, щадящий уход за кожей, при этом нужно избегать механического сдавливания и трения, а также исключить раздражения одеждой (жёсткий материал, стиральные средства, заживающие изделия женской галантереи, пояса и т.д.). В дополнение к этому коже, прежде всего, очень уязвимые участки тела (например, складки тела), можно защитить от механического раздражения с помощью соответствующих мягких повязок или защитных подушек.

Поскольку пока не изъязвленные инфильтраты кожи, по определению, представляют собой «закрытые раны», лечение и уход за ними должны оформляться в виде письменной документации, по возможности с приложением фото. В целом же обязанность ведения документации при уходе за пациентами, имеющими раны, имеет место и в паллиативных ситуациях, независимо от того, обусловлено ли образование раны опухолевым процессом, или речь идёт о хронической язве какого-либо другого происхождения.

Лечебно-профилактические мероприятия у пациентов, имеющих раны

Обезболивающая терапия

Критерием качества паллиативного ухода за раной может быть то, насколько хорошо удаётся облегчить стойкие боли и избежать их обострения при смене повязок. В процессе длительного медикаментозного лечения болей в области раны или опухоли при организации ухода за раной одной из задач, входящих в число лечебных протоколов и методических рекомендаций (как для врачебного, так и для сестринского персонала), является обеспечение как можно менее болезненной перевязки. Смена повязок для пациентов представляет собой чрезвычайный стресс, который обязательно необходимо устранить. Для этого рекомендуется следующее:

- По мере возможности осуществлять смену повязки в плановом порядке. Пациента заблаговременно информируют об этом и проводят с ним разъяснительную работу, касающуюся планируемых мероприятий.
- При этом особого внимания требуют пациенты с проявлениями деменции, которые не способны в достаточной мере описать свои болевые ощу-

щения. В некоторых случаях интенсивность боли можно определить с помощью болевой шкалы, при этом хорошие результаты даёт, прежде всего, аналоговая шкала Smiley (SAS).

- Не менее чем за 30 минут до смены повязки для профилактики боли следует дать обезболивающий препарат (таб. 1), поскольку почти всем медикаментам, предназначенным для предотвращения прорывной боли, именно столько времени требуется для развития эффекта.
- Для локальной профилактики болевого синдрома можно воспользоваться местными анестетиками в виде крема («Эмла»), который наносится не менее чем за 30 минут до запланированной смены повязки, например, для очищения раны. Однако с целью долгосрочной терапии местные анестетики не применяются.
- Возможно также применение геля на основе морфина (1 мг морфина на 1 г гидрогеля) или раствора морфина на альгинатной основе.
- перевязочные материалы не должны прилипать к раневой поверхности. Подходят атравматические мажевые повязки (например, «Hydrotüll» или «Atrauman Ag»), в сочетании с неадгезивными сорбционными повязками (например, «Zetuvit plus»). Приклеивающаяся повязка при снятии причиняет не только сильную боль, но и в случае изъязвленной опухолевой раны может вызвать кровотечения.
- Приклеившиеся к раневому ложу повязки перед удалением следует отмачивать не менее 20 минут. Для отмачивания подходит подогретый раствор Рингера или физиологический раствор хлорида натрия.
- Также боли можно уменьшить или предотвратить, если, сосредоточив всё внимание на смене повязки, быстро осуществить её с помощью ещё одного специалиста.
- Дополнительными возможностями облегчения боли являются, к примеру, применение холода и тепла, акупунктура, специфическое положение тела, расслабляющие упражнения или лимфодренаж для устранения отёков. Что именно подходит в каждом конкретном случае, определяется исходя из предпочтений и потребностей пациента.

Очищение раны

При онкологических ранах очищение раневой поверхности уже не направлено на поддержание естественных механизмов заживления, а имеет своей целью удаление некротической ткани и, насколько это возможно, сдерживание процессов некроза. Если данные мероприятия успешны, то это в значительной мере способствует уменьшению запаха, образующегося при разрушении тканей. Одновременно с этим благодаря тщательному очищению можно добиться уменьшения количества микроорганизмов в ране, что также способствует борьбе с запахом и при определённых условиях позволяет взять под контроль течение раневой инфекции. При очищении раны необходимо учитывать следующее:

- Чтобы избежать спонтанного кровотечения из опухолевой ткани, все мероприятия по очищению раны от детрита должны проводиться крайне осторожно.
- Из-за высокой опасности кровотечений хирургическая обработка раны противопоказана, однако в исключительных случаях в условиях операцион-

Медикаментозные препараты при болях в области раны		Табл. 1
Максимальное обезболивание	через	
Трамадол в каплях	60 мин.	
Тилидин в каплях	25 – 50 мин.	
Метамизол в каплях	30 – 60 мин.	
По мере необходимости опиаты при трудно купируемых болях		
При трудно купируемых болях		
Базовая терапия	быстро действия	начало действия
Морфин	Ораморф Морфин в каплях	30 – 60 мин. 30 мин.
Палладон	Капсулы	30 мин.
Оксигезик	Капсулы или таблетки	30 мин.
Дюрогезик	Под язык Назальный спрей	15 мин. 5 мин.
Транстек	Темгезик	30 мин.

ной она может быть полезной. Для этой цели в каждом случае следует знать и учитывать актуальные показатели свёртываемости крови пациента.

- Промывание раны должно проводиться под небольшим давлением. Высокое давление струи может причинить ещё большие повреждения и вызвать кровотечение.
- Растворы для промывания раны необходимо предварительно подогреть. В качестве промывных растворов подходят раствор Рингера или физиологический раствор хлорида натрия.
- Для борьбы с инфекциями можно использовать антисептические растворы, например, октенидин или полигексанид, либо – вопреки одному из существующих научных мнений – местно применять для промывания ран растворы антибиотиков, например, раствор метронидазола.
- Ещё одним методом промывания и очищения ран является влажная терапия раны с использованием «TenderWet plus». В результате сорбционно-промывающего действия повязки «TenderWet plus» некротические ткани быстро размягчаются и без ущерба для здоровых тканей отделяются от раневого ложа. Антисептик полигексанид, функционирующий в составе повязки «TenderWet plus», способствует инактивации микроорганизмов и предупреждает повторную контаминацию раны.

Уход за пациентами с экссудирующими ранами

Раны, образованные распадающейся опухолью, продуцируют большое количество экссудата – по литературным данным в тяжёлых случаях до одного литра в день, что означает для пациента дополнительное и, к тому же, высокое физическое и психическое напряжение. При хорошей организации ухода за такими пациентами, который в основном заключается в использовании абсорбирующих перевязочных средств, можно существенно снизить это напряжение.

- Для этой цели хорошо подходят суперабсорбирующие впитывающие повязки, такие как «Zetuvit plus». Преимущество «Zetuvit plus» заключается в чрезвычайно высокой сорбционной ёмкости, обеспечивающей поглощение жидкости благодаря частицам суперабсорбента, интегрированным в область активной абсорбции повязки. Наряду с этим благодаря поглощению экссудата абсорбирующей повязкой уменьшается и запах.
- Если экссудат образуется в большом количестве, можно использовать повязки из волокон альгината кальция, например, «Sorbalgon». Эта повязка хорошо приспособляется к раневой поверхности, поглощает большой объём экссудата и не травмирует рану при ее удалении.
- Подходят также губчатые повязки, которые не приклеиваются к раневой поверхности, например, такие как губчатая повязка «HydroTas», защищенная гидроактивным увлажняющим рану покрытием.

Кровотечения

Изявлённые опухолевые раны чрезвычайно предрасположены к кровотечениям. При этом кровотечения могут быть вызваны прорастанием опухоли в кровеносные сосуды, но чаще открываются вследствие различных манипуляций в ране. Используемые для остановки кровотечения мероприятия зависят от масштаба и интенсивности кровотечений. Однако всегда нужно учитывать, что для пациента и его родственников кровотечение представляется очень опасным симптомом, который вызывает тем больший страх, чем сильнее кровотечение. Поэтому основные рекомендации по предотвращению кровотечений таковы:

- Смену повязок осуществлять не чаще, чем это необходимо. Если есть сомнения, что интенсивные манипуляции могут иметь отрицательные последствия, к их проведению следует подключить наиболее опытный медицинский персонал.

- Приклеившаяся к раневому ложу повязка при удалении неминуемо вызовет кровотечение. Поэтому непосредственно на раневую поверхность нужно накладывать атравматический, т.е. не имеющий адгезии к раневой поверхности перевязочный материал, такой, например, как атравматические мазевые повязки.
- При слабых кровотечениях можно накладывать повязки с гемостатическим действием из альгината кальция. Дополнительным методом остановки раневого кровотечения является местное применение циклоапрона – системного препарата для лечения кровотечений, который можно накапать, например, на альгинат.
- При сильных кровотечениях из опухолевой раны можно использовать гемостатики, назальные капли с вяжущим действием или пропитанные разбавленным адреналином (0,1 %) компрессы. Для применения медикаментов требуется соответствующее назначение врача.
- Если есть риск интенсивного артериального кровотечения, которое возникает, прежде всего, в шейной области или вблизи крупных сосудов, то пациента и его родственников нужно подготовить к такой экстренной ситуации посредством проведения соответствующей беседы.
- По чисто психологическим соображениям для предотвращения панической реакции следует держать наготове фиксирующий материал тёмного цвета, так как на тёмной материи кровь менее заметна, чем на светлой.
- При сильном кровотечении пациент в большинстве случаев быстро теряет сознание. Если же он при этой опасной ситуации остаётся в сознании, для его успокоения следует иметь под рукой седативные средства. Если паническую реакцию удаётся предотвратить, то зачастую и родственники гораздо лучше справляются с ситуацией.

При смене повязки избегать болей в ране и не мешать её заживлению Рис. 10



TenderWet plus
Пропитанная раствором Рингера раневая повязка с суперабсорбентом и полигексанидом во впитывающей подушечке. Быстрое, активное очищение раны благодаря абсорбирующему и промывающему эффекту, при этом поглощаются и микроорганизмы, которые погибают внутри повязки. Может оставаться на ране до трёх дней и аккуратно отделяется от раны благодаря незначительной склонности к склеиванию.



Sorbalgon
Тампонирующий компресс из волокон альгината кальция, который при контакте с раневым экссудатом превращается во влажный гель, причём в ходе этого процесса в гелевой структуре надёжно блокируются и микроорганизмы. Высокая сорбционная способность с эффективным очищающим действием и отличной тампонирующей способностью идеально подходит для ухода за глубокими и растрескавшимися ранами.



Atrauman Ag
Серебросодержащая мазевая повязка, обладающая антибактериальным действием при непосредственном контакте с раневым экссудатом и насыщенная химически нейтральной мазевой основой. Предназначена для лечения инфицированных ран или ран, имеющих риск инфицирования. Доказана ее хорошая переносимость тканями и низкая цитотоксичность. Мазевая основа обеспечивает надлежащий уход за краями раневой поверхности.



Hydrotüll
Гидроактивная мазевая повязка с интегрированными гидроколлоидными частицами и химически нейтральной мазевой основой. Благодаря достаточной ширине ячеек обеспечивается беспрепятственный отток экссудата. Не приклеивается к раневому ложу, не травмирует его при смене повязки, безболезненно удаляется, обеспечивает надлежащий уход за краями раневой поверхности и предотвращает мацерацию.



Zetuvit plus
Эффективная нетканая сорбирующая повязка с суперабсорбентом. По поглощающей способности более чем в 2 раза превышает возможности традиционных сорбирующих повязок. Благодаря суперабсорбенту надёжно удерживает экссудат. Внешняя гидрофобная поверхность из нетканого материала уменьшает склонность к адгезии, а водоотталкивающая ткань обеспечивает высокую защиту от микробной контаминации.

Борьба с неприятным запахом

Из-за колонизации раны анаэробными бактериями и в связи с распадом опухолевой ткани образуется крайне неприятный запах, который является серьёзной проблемой при уходе за раной, угнетающе воздействуя как на самого пациента, так и на его родственников и медицинский персонал. Однако для решения этой проблемы может быть реализован целый ряд мероприятий, которые позволяют вполне удовлетворительно с ней справиться.

- Очень важной является борьба с инфекцией для элиминации образующих запах анаэробных бактерий. С этой целью используется промывание раны антисептиками («Октенисепт», «Лавасепт») или местно применяются антимикробные серебросодержащие повязки.
- Для элиминации микроорганизмов можно использовать также метронидазол – местно в виде геля или раствора.
- Следующим мероприятием является применение повязок с активированным углём, которые обладают связывающим запахи эффектом. При их использовании необходимо обратить внимание на то, чтобы повязки перед наложением на рану не увлажнились, и чтобы слой активированного угля не соприкасался непосредственно с раневой поверхностью, так как быстрое увлажнение нарушит его фильтрационную способность.
- Очень полезно также применять синтетический нейтрализатор запахов «Nilodor», который используется перед наложением окклюзирующей повязки (никогда не наносится непосредственно на рану). При этом чаще всего достаточно нескольких капель.
- Также может уменьшить запах наложение стерильной адгезивной плёнки на раневую повязку. При этом плёнка также никогда не накладывается непосредственно на рану.

Основные принципы использования раневых повязок

Раневая повязка в паллиативной ситуации предназначена преимущественно для очищения раны с целью борьбы с инфекциями и, как следствие, уменьшения запахов, а также для обеспечения полноценного ухода за пациентами с наличием экссудата. Кроме того, при смене повязок она не должна травмировать рану и должна аккуратно отделяться от раневого ложа, предотвращая боли и кровотечения.

- В паллиативных ситуациях смена повязки также проводится в асептических условиях, позволяя избежать вторичного инфицирования раны и распространения микроорганизмов. Это касается всех учреждений, в которых осуществляется паллиативный уход: больниц, домов для инвалидов и престарелых, а также домашних условий.
- Необходимо строго следовать правилам асептики, т.е. никогда не прикасаться голыми руками к ране или повязке.
- Правильно проведённая дезинфекция рук до и после смены повязки, а также ношение перчаток во время перевязки тоже являются одними из важнейших гигиенических мероприятий при паллиативном уходе.

■ Все материалы, которые вступают в непосредственный контакт с раной или служат для обеспечения асептики в процессе смены повязки, должны быть стерильными.

■ Абсорбирующий перевязочный материал, необходимый в качестве вторичной повязки для поглощения экссудата и накладываемый поверх первичной раневой повязки, также должен быть стерильным. При больших объёмах экссудата вместе с частой сменой повязок можно дополнительно использовать гигиенически чистый впитывающий материал, например, одноразовые пелёнки.

■ Материал для фиксации повязки не должен пациента ни стеснять, ни причинять ему ещё больших повреждений, к тому же он должен безболезненно удаляться. Поэтому фиксирующая лейкопластырная повязка для этой цели не подходит. Зато с помощью манжетных или сетчатых повязок можно обеспечить надёжную и не сдавливающую фиксацию. Особенно практичными являются высокоэластичные сетчатые трубчатые бинты, которые достаточно лишь приподнять, чтобы произвести перевязку.

Общие выводы

При проведении любых мероприятий, связанных с уходом за паллиативными пациентами, во главе угла всегда должна находиться польза для пациента. Устранение или контрольотягающих состояние симптомов, таких как боль, запах из раны и экссудация при лечении и уходе имеют абсолютный приоритет, что помогает пациенту в максимально возможной степени улучшить качество жизни.

При уходе за раной от обслуживающего персонала в значительной мере требуется способность к сопереживанию и высокая коммуникабельность как с пациентом, так и с его родственниками. Кроме того, применение повязок требует индивидуального подхода, который определяется потребностями пациента, а также в значительной мере творческим подходом к фиксации повязок.

Использование терапии ран отрицательным давлением (NPWT) для подготовки лучевых язв к трансплантации кожи

Michaela Knestele

Kliniken Ostallgäu-Kaufbeuren – Клиника Марктобердорф (Марктобердорф, Германия)

Введение

Лучевые язвы обычно обусловлены воздействием ионизирующего излучения, примененного в течение лучевой терапии. Воздействие ионизирующего излучения состоит в прямом поражении клетки, что может привести к злокачественному течению болезни, проявляющейся в хронических или даже незаживающих язвах (1). Пациенты, имеющие сопутствующие заболевания, находятся в группе повышенного риска по необычно интенсивным кожным реакциям и поздним тканевым реакциям, требующим продолжительного интенсивного лечения, иногда длящегося годами (2, 3).

Целью применения методики NPWT было ускорение образования грануляционной ткани на лучевых язвах для подготовки заживляющихся язв к трансплантации кожи.

Данные о пациенте

Пациент – мужчина 80 лет, имеющий в анамнезе гипертонию, хроническое обструктивное заболевание легких и сопровождающее их хроническое лучевое изъязвление, обусловленное удалением и облучением лейомиосаркомы на внешней стороне правой голени. Раневая поверхность обрабатывалась до настоящего времени абсорбирующей повязкой без заметного результата и характеризовалась значительным кровавым экссудатом.

В качестве терапии была выбрана трансплантация кожи, что подразумевало тщательный бактериологический контроль для предотвращения скопления раневого экссудата под кожным лоскутом.

Заключение

С помощью NPWT была подготовлена раневая поверхность, и поддерживался тесный контакт с кожным лоскутом путем предотвращения накопления серозных выделений под перфорированным кожным лоскутом, таким образом улучшая процесс приживления.

Ссылки

- 1) Matthews M. & Williams H. D. (2009) «Radiation Ulcers». eMedicine Plastic Surgery.
- 2) Koenig T. R., Wolff D.; Mettler F. A.; Wagner L. K. (2001) Skin Injuries from Fluoroscopically Guided Procedures: Part 1; Characteristics of radiation Injury. AJR:177.
- 3) Wagner L. K.; McNeese M. D.; Marx M. V.; Siegel E. L. (1999) Severe Skin Reactions from Interventional Fluoroscopy: Case Report and Review of the Literature. Radiology, 213:773–776.
- 4) Loos B.; Kopp J.; Hohenberge W.; Horch R. E. (2007) Post-malignancy irradiation ulcers with exposed alloplastic materials can be salvaged with topical negative pressure therapy (TNP). Eur J Surg Oncol. 33(7):920–925.



А: Лучевая язва на 3-й день лечения NPWT. После тщательной хирургической санации было начато лечение по методике NPWT* с непрерывной эвакуацией экссудата при 125 мм рт. ст. и сменой повязки каждые 2–3 дня.



Пропитанная неадгезивная повязка**

В: Повязка, пропитанная гидроактивным веществом**, использовалась в качестве контактного слоя между раневой поверхностью и полиуретановой губкой***, которая затем была герметизирована пленкой****.

- *) Vivano
- **) Hydrotüll
- ***) губка VivanoMed
- ****) Hydrofilm

полиуретановая губка***



С: День 7, раневой экссудат незначительный, серозного характера, раневая поверхность представляет собой в основном красную грануляционную ткань, достаточно подготовленную для наложения перфорированного кожного лоскута.



Д: Процесс приживления лоскута поддерживался отрицательным давлением системой Vivano до 12 дня лечения. Лечение по методике NPWT было прекращено.



Е: Состояние раны на 44 день.

Трансуретральная катетеризация мочевого пузыря

Даже если при трансуретральной катетеризации мочевого пузыря используется мочеиспускательный канал как «естественный» доступ для введения катетера внутрь тела, это ещё не означает, что опасности инфицирования нет. Более того, первый серьёзный риск возникает уже при установке катетера, когда микроорганизмы заносятся с катетером в мочевой пузырь из окружающей среды (например, с рук проводящего катетеризацию персонала, из зараженного материала) или из мест скопления микрофлоры на наружных половых органах и в дистальном отделе мочеиспускательного канала. Неправильно проведённая катетеризация и не подходящие для этой цели материалы, как и длительное нахождение катетера внутри, ещё больше увеличивает риск инфицирования. Поэтому катетер должен устанавливаться только по строгим медицинским показаниям при обязательном соблюдении асептических условий и должен как можно раньше удаляться из мочевого пузыря. Персонал, проводящий данные процедуры, должен не только владеть сложной техникой катетеризации, но и хорошо знать приёмы по уходу за катетеризированными пациентами с соблюдением условий асептики.

Чрескожная эндоскопическая гастростомия (ЧЭГ)

При данном способе энтерального питания доступ осуществляется через брюшную стенку, установка зонда выполняется в хирургических условиях и под эндоскопическим контролем. При наличии соответствующих показаний всё чаще и чаще отдаётся предпочтение именно ЧЭГ (главным образом, в долгосрочном лечении), поскольку этот метод даёт ряд важных преимуществ: через зонд пациент получает питание, минуя верхние отделы пищеварительного тракта, а желудок и кишечник по-прежнему остаются задействованными в пищеварении. Кроме того, пациент может свободно передвигаться, и не возникает неприятных рвотных позывов, как при использовании назогастрального зонда.

Но и ЧЭГ имеет свои осложнения, одним из главных возможных осложнений является инфицирование места выхода зонда, которое, по сути, представляет собой раневую поверхность. После установки зонда в первые 7 – 10 дней производится ежедневная смена стерильной повязки, так как в этот период из свежей раны усиленно выделяется экссудат. Ежедневная смена повязки необходима также в тех случаях, когда наблюдаются признаки инфекции. Если же место выхода зонда по прошествии этого периода не имеет признаков раздражения или других патологических изменений, то смену стерильной повязки, как правило, достаточно производить один раз в 2 – 3 дня.

Надлобковый постоянный катетер (НПК)

При установке НПК доступ осуществляется через брюшную стенку, которая пунктируется вместе с мочевым пузырём, поэтому, как и при ЧЭГ, существует опасность инфицирования раны. Таким образом, в данном случае действует то же правило, что и при уходе за ЧЭГ: после установки НПК ежедневная смена стерильной повязки в течение первых 7 – 10 дней, точно так же, как и при наличии экссудата или признаков инфи-

Профилактика инфекций при ежедневном уходе

При проведении инвазивных лечебных мероприятий в процессе оказания медицинской помощи пациентам: установка катетера или обработка раны - очень высок риск инфицирования. Однако даже выполнение повседневных процедур, таких как смена подгузников у пациентов с недержанием, может привести к массивному распространению микроорганизмов, если не обеспечить соответствующие гигиенические условия.



цирования в зоне выхода зонда, позднее – при нормальном состоянии раны – смена стерильной повязки один раз в 2 – 3 дня.

Стерильные наборы помогают обеспечить асептические условия

Даже при простой, казалось бы процедуре, как смена повязки, можно создать множество предпосылок для нарушения в обеспечении асептических условий. Тем более это может случиться при наложении трансуретрального катетера мочевого пузыря, которое, в принципе, аналогично оперативному вмешательству должно проводиться с использованием стерильного материала.

При этом неоценимую помощь в обеспечении стерильных условий при установке ЧЭГ и НПК оказывают готовые к использованию стерильные наборы «Peha Katheter – Sets» и «MediSets». Применяемые по показаниям наборы включают, гарантированно, стерильные перевязочные средства. Нет необходимости терять время на поиск всех требуемых перевязочных материалов по отдельности, которые, к тому же, не всегда гарантированно стерильны. Некоторые варианты комплектации наборов «Peha Katheter-Sets» дополнительно содержат одноразовые перчатки, дезинфицирующее средство для кожных покровов, гель-смазку для увлажнения мочеиспускательного канала у мужчин и (или) шприц с дистиллированной водой для промывания постоянного катетера.

Все наборы просты и надёжны в обращении и при этом упакованы так, чтобы манипуляции при проведении катетеризации или смены повязок всегда осуществлялись по одному и тому же алгоритму. Это помогает ещё в самом начале избежать неправильных действий.

Обеспечить постоянный асептический режим работы при ЧЭГ и НПК в значительной мере помогают готовые к использованию стерильные наборы катетеров «Peha Katheter-Sets» и перевязочных материалов «MediSet».

Лечение ран и смена повязок

Осуществляемая в процессе лечения ран смена повязок является процедурой, при которой рана, а вместе с ней и пациент подвергаются крайне высокому риску инфицирования. Дело в том, что открытые раны представляют собой идеальные входные ворота для бактерий, которые либо во время проникновения в рану уже являются болезнетворными (патогенными), либо проявляют свой патогенный потенциал, оказавшись внутри раны. Если рана уже была инфицированной, то вследствие присоединения вторичной инфекции увеличивается риск того, что инфекция, которая до этого была локализованной, быстро распространится через кровеносные и лимфатические пути по всему организму, при этом может развиваться острый, опасный для жизни сепсис.

Поэтому смена повязок должна проводиться исключительно в асептических условиях, причём правильная дезинфекция рук до и после смены повязки (после снятия перчаток) – это одно из важнейших требований для предотвращения инфекции. Кроме

того, ношение нестерильных перчаток защищает от микробов при удалении перевязочного материала, а стерильных перчаток – при последующей обработке раны (при этом речь идёт о защите как пациента, так и персонала). Эти обязательные гигиенические правила касаются всех сфер, где осуществляется медицинская деятельность и уход за людьми, в том числе домов для престарелых и инвалидов. С точки зрения риска инфекционной опасности большую роль играет также наличие раны. Так, пациенты с артериальной и диабетической язвой, а также с пролежневой язвой имеют значительно более высокий риск, который можно снизить только благодаря дисциплинированному соблюдению правил гигиены при смене повязки. Ещё одна опасность, которая угрожает пациентом с наличием ран – устойчивость микроорганизмов к антибиотикам. По оценкам специалистов, на территории Германии в домах инвалидов и престарелых уже более десяти процентов жильцов обсеменены метициллин - резистентным золотистым стафилококком (MRSA).

Шаг за шагом: гигиенический уход за пациентами, страдающими недержанием

	1 	2 	3 	4
 30 секунд дезинфекция рук	Надеть водонепроницаемый одно-разовый фартук и перчатки. Совет: Использовать высококачественные нитриловые перчатки. Они прочны и обладают гораздо меньшим аллергическим потенциалом, чем латексные перчатки. Руки должны быть сухими.	Использованные перчатки снять согласно алгоритма и утилизировать Совет: Не допускать контакта использованного изделия с незащищённой кожей, так как в противном случае это может привести к распространению возбудителей.	Надеть новые перчатки и очистить интимную область. Совет: Чтобы предотвратить проникновение кишечных бактерий в мочеиспускательный канал, ягодицы следует мыть по направлению спереди назад. Каждое соприкосновение с кожей пациента в процессе мытья должно осуществляться неиспользованной частью перчаток.	Снять перчатки, утилизировать Совет: Избегайте соприкосновения рук с наружной поверхностью перчаток. Это сводит к минимуму опасность заражения.
	5 	6 	7 	8
 30 секунд дезинфекция рук	Надеть новые перчатки. Нанести на кожу защитный крем. Совет: Существуют специальные защитные крема, которые учитывают особенности кожи людей, страдающих недержанием, и не ограничивают гигроскопичность изделий, применяемых при недержании.	Взять новое изделие, применяемое при недержании, и сложить его «лодочкой». Наложить изделие на пациента по направлению спереди назад, чтобы избежать микробного загрязнения. Совет: Инновационные изделия, применяемые при недержании, благотворно влияют на кожу, очень комфортны при ношении и удобны в использовании.	Снять перчатки, утилизировать Совет: Избегайте соприкосновения рук с наружной поверхностью перчаток. Это сводит к минимуму опасность заражения.	 30 секунд дезинфекция рук

Образование и выделение мочи – жизненно важные для организма процессы, которые обеспечивают выведение отфильтрованных из крови продуктов распада, таких как мочевины и соли, регулируют водный баланс и поддерживают кислотно-щелочное равновесие организма. Моча (или *urina*) образуется в почках и транспортируется по мочеточникам (*ureter*) в мочевой пузырь (*vesica urinaria*), где накапливается и при определённой степени наполнения выделяется через мочеиспускательный канал (*urethra*). Почка и мочеточники называются верхним отделом мочевыводящих путей, мочевой пузырь и мочеиспускательный канал – нижним отделом мочевыводящих путей.

Возникновение ИМП

Чаще всего инфекция мочевыводящих путей формируется в результате поднимающегося (восходящего) инфицирования. При этом бактерии – очень часто ими могут быть кишечные палочки, входящие в состав естественной кишечной микрофлоры – попадают из окружающей среды в мочеиспускательный канал и поднимаются в мочевой пузырь.

При тяжёлых инфекциях они могут продолжить своё восхождение, проникая через мочевой пузырь в мочеточники и почечную лоханку. Реже инфекции проникают через кровь (гематогенный путь) или лимфатическую систему (лимфогенный путь), например, при повреждении мочеиспускательного канала вследствие некачественной катетеризации.

Чтобы проявить свою патогенность, возбудители сначала должны преодолеть защитные механизмы человеческого организма. При этом первым неспецифическим барьером выступают слизистые оболочки урогенитальных органов, кислая реакция которых защищает организм от проникновения инфекции. Однако не менее важным является и «вымывание» бактерий потоком мочи. В дополнение к этому мочевыводящие пути выстланы специфическим эпителием – уротелием, который препятствует прикреплению бактерий к слизистым оболочкам. Если эти защитные механизмы нарушаются, например, вследствие естественных возрастных изменений, то опасность возникновения инфекций мочевыводящих путей увеличивается.

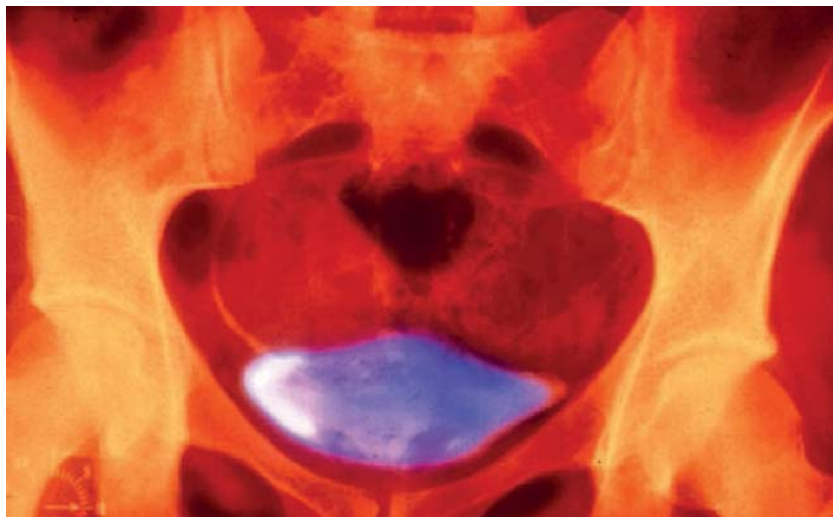
Инфекции мочевыводящих путей подразделяются на разные виды, в зависимости от того, какой участок мочевыводящего тракта поражён возбудителем:

- Инфекции нижних отделов мочевыводящих путей – это воспаление мочеиспускательного канала (уретрит) и (или) мочевого пузыря (цистит).
- Инфекции верхних отделов мочевыводящих путей – это воспаление почечной лоханки с вовлечением паренхимы (пиелонефрит).

Кроме того, в зависимости от пути проникновения различают «поднимающиеся» (восходящие) и «спускающиеся» (нисходящие) инфекции, а в зависимости от длительности болезни – острые и хронические инфекции мочевыводящих путей.

Факторы риска развития ИМП в пожилом возрасте

Инфекции мочевыводящих путей, которые могут возникнуть в любом возрасте – от грудных и малолетних детей до людей преклонного возраста – и не зависят от пола, распространены довольно широко. Однако в первую очередь они поражают женщин, поскольку близкое расположение друг к другу аналь-

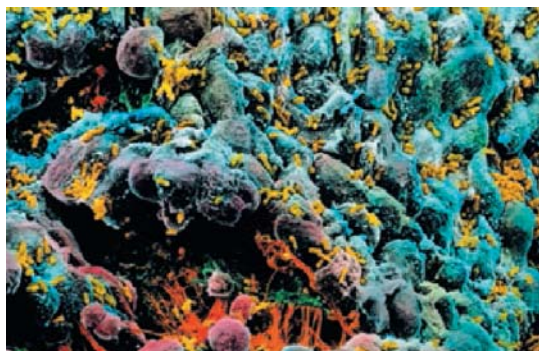


Инфекции мочевыводящих путей у пожилых людей

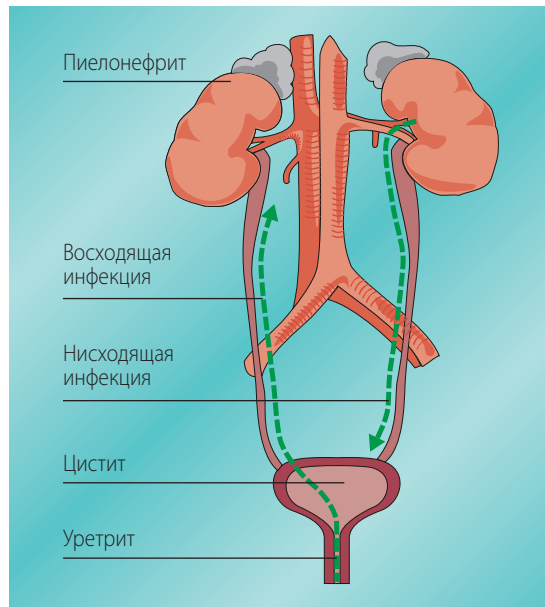
Инфекции мочевыводящих путей (ИМП) – это инфекционные заболевания мочевыводящего тракта, вызываемые в основном бактериями и часто протекающие без осложнений. Однако если они распространяются на почки, то вследствие этого с возрастом может развиться тяжёлая и грозная патологическая картина.

ного отверстия и отверстия мочеиспускательного канала, а также более короткий мочеиспускательный канал благоприятствуют восходящему проникновению бактерий. С возрастом по причине возрастных и различных патологических изменений риск развития этих инфекций и у мужчин, и у женщин становится одинаково высоким.

Существует несколько причин, объясняющих, почему пожилые люди, особенно с расстройствами мочевого пузыря, такими как задержка мочи или недержание мочи, имеют повышенный риск развития инфекций мочевыводящих путей. Так, у них очень часто наблюдается остаточная моча, поскольку с возрастом способность к полному опорожнению мочевого пузыря зачастую ухудшается. У женщин причиной этого может быть так называемый гипотонический мочевой пузырь, т.е. мышцы мочевого пузыря уже не обладают той силой и эластичностью, необходимой для нормального выделения мочи. У мужчин остаточная моча очень часто формируется при сужении мочеиспускательного канала вследствие доброкачественного роста простаты. С одной стороны, остаточная



Цистит – воспаление слизистой оболочки мочевого пузыря, как правило, вызывается бактериями и очень часто кишечной палочкой (палочки жёлтого цвета) – бактерией, которая входит в состав кишечной микрофлоры человека.



моча в мочевом пузыре представляет собой потенциально опасный резервуар с накоплением микробов, которые способны вызвать цистит. С другой стороны, остаточная моча нарушает процессы естественного самоочищения организма: это означает, что бактерии при опорожнении мочевого пузыря больше не вымываются из нижнего отдела мочевыводящего тракта.

Ослабление иммунной системы, болезни обмена веществ (такие как сахарный диабет и подагра), или на-

растающая недостаточность эстрогенов в климактерический период и после него также могут способствовать возникновению инфекций мочевыводящих путей.

Помимо возрастных и различных патологических изменений, вызвать хронические инфекции мочевыводящих путей могут, в первую очередь, наложение трансуретрального постоянного катетера при недержании мочи. При трансуретральном отведении мочи катетер становится той магистралью, по которой осуществляется восхождение патогенных микроорганизмов (см. также страницу 11). При недержании мочи у женщин в области анального отверстия и вульвы образуются значительные скопления микроорганизмов, при этом, как уже упоминалось, более короткий у женщин мочеиспускательный канал благоприятствует восходящему проникновению инфекции. Но и у мужчин при недержании мочи в случае недостаточного ухода микроорганизмы восходящим путём могут вызвать инфекцию мочевыводящих путей. Каким образом изделия линейки «Moli», предназначенные для использования при недержании, способствуют уменьшению количества микробов и предотвращают новое инфицирование в случае наличия мочевой инфекции, изложено в информационном блоке.

Диагностика и лечение ИМП

Симптомами инфекции мочевыводящих путей могут быть: боли и жжение при мочеиспускании, частые позывы к опорожнению мочевого пузыря, чувство неполного опорожнения мочевого пузыря, боли внизу живота или в области почек, иногда повышенная температура тела и озноб. У людей пожилого возраста зачастую трудно диагностировать инфекции мочевыводящих путей, поскольку симптоматическая картина может быть менее выраженной или нетипичной, либо из-за деменциальных расстройств пациенты не могут в достаточной мере описать свои жалобы. Поэтому при наличии неспецифических симптомов всегда следует принимать во внимание возможность инфекции мочевыводящих путей, чтобы избежать тяжёлого течения болезни. Нелеченная инфекция мочевыводящего тракта может привести к стойким нарушениям почечной деятельности.

Диагноз (предварительный диагноз) подтверждается данными анамнеза, клиническими исследованиями и результатами специальных анализов мочи (например: для определения наличия остаточной мочи можно провести исследование – сонография мочевого пузыря).

Для медикаментозного лечения инфекции мочевыводящих путей, как правило, используют антибиотики, выбранные в соответствии с результатами исследования уринокультуры.

Большое влияние на лечение и профилактику инфекций мочевыводящих путей оказывают мероприятия по уходу и гигиене интимных зон. Пожилые женщины с ограниченной подвижностью нуждаются в посторонней помощи, чтобы избежать возникновения контактных инфекций в уходе.

Благотворное влияние оказывает усиленное потребление жидкости (в том числе при наличии недержания мочи), а также регулярное, осуществляемое через короткие промежутки времени опорожнение мочевого пузыря, поскольку это равносильно «вымыванию» бактерий из организма.

Линейка изделий «Moli» для активной защиты кожи



В одном из тестов было доказано, что прозрачный защитный крем для кожи «Menalind professional» не нарушает поглощательную способность изделий, используемых при недержании, и даже уменьшает выход уже адсорбированной жидкости.

Лишь неповреждённая кожа обеспечивает полноценную защиту от инфекционных заболеваний. В первую очередь это относится к коже урогенитальной зоны, на которую при недержании сильно воздействуют агрессивные продукты разложения мочи и сама моча. Кроме того, высокий риск развития восходящих инфекций мочевыводящих путей существует в связи с большим скоплением бактерий в этой зоне, причём данному риску подвергаются не только женщины, но и мужчины. Чтобы эффективно противостоять такой угрозе, «MoliForm Premium soft» и «MoliCare Premium soft» предлагают ряд изделий, которые обеспечивают активную защиту кожи, а значит, и эффективную защиту от инфекций.

- Усовершенствованный процесс впитывания и надёжная абсорбция выделений в области промежности защищает кожу даже под давлением. Кожа остаётся сухой и менее подверженной раздражению.
- Верхний слой впитывающей подушки, имеет нейтральный для кожи pH около 5,5, тем самым сохраняя естественный защитный верхний слой кожи.
- Одновременно с этим верхний слой впитывающей подушки с нейтральной для кожи pH обеспечивает и антибактериальный эффект, который препятствует росту 99,9 % бактерий. Это было подтверждено лабораторными тестами. Таким образом, чувствительная кожа пожилых людей остаётся защищённой от раздражений, что может предотвратить возникновение восходящих инфекций.



Обучающий интернет курс "5 моментов гигиены рук"

Конкретные процедуры по уходу, великолепные анимации, фундированные фоновые данные и обратная связь: учебный инструмент Научного Центра БОДЕ к «5 моментов» мотивирует и квалифицирует правильные моменты дезинфекции рук.

Обучающие программы высоко ценятся. Преимущества заключаются в гибкости и быстрой доступности. Достижение стабильного учебного эффекта обеспечивают инструменты, стимулирующие реальные ситуации применения, вовлекающие обучающихся в интерактивное общение, работающие с квалифицированными методами обратной связи, а также доступны для простого и интуитивного обращения. Именно это является знаковым в Обучающем курсе "5 Моментов гигиены рук" Научного Центра БОДЕ, который наряду с дезинфекцией рук обучает также правильному мытью рук и использованию перчаток.

Стабильный эффект

Данная программа работает не только с высококачественными компьютерными анимациями и была разработана на основе рекомендаций организаций здравоохранения WHO, CDC, RKI и акции «АКЦИЯ Чистые Руки», а также в соответствии с актуальными данными из сферы исследования обучения и мотивации.

В результате этого обучающая программа стала великолепным дополнением к традиционным методам обучения и повышает стойкость их эффекта.

С помощью таких модулей, как, например «измерение кровяного давления» и «установка периферического венозного катетера» производится стимуляция конкретных процедур по уходу, и участники принимают решение непосредственно в течение процесса о том, когда будет необходима дезинфекция рук, использование перчаток или мытье рук.

Участвующие учреждения приобретают одновременно двойную пользу: мотивируют сотрудников с высокой степенью готовности к обеспечению гигиены рук и для достижения качества оказываемой помощи.

Учебный инструмент "5 Моментов гигиены рук" с учебными пособиями предоставляется всем заинтересованным лицам незамедлительно по адресу: www.bode-science.de



**Каждый
момент
на счету**

**5 Ваших
моментов гигиены рук**

Один курс правильных моментов: Обзор обучающих модулей

Модуль 1: запущен 15.01.2013 г.



Измерение кровяного давления



Установка периферического венозного катетера

Модуль 2: запущен 15.04.2013 г.



Мытье пациентов



Перевязка

Модуль 3: запущен 15.07.2013 г.



Присоединение устройства для переливания



Установка катетера для мочевых путей

Модуль 4: запущен 15.10.2013 г.



Измерение пульса



Санация трахеостомы

VivanoTec / S 042 NPWT

Аппарат для лечения ран отрицательным давлением

НОВИНКА

Лечение ран отрицательным давлением – это инновационная методика, которая приводит к ускорению заживления ран и позволяет успешно лечить раны, которые невозможно вылечить другими методами. Данный вид лечения имеет множество показаний и особенно эффективен при лечении острых и хронических ран.



Эргономично

Легкость, компактность и эргономичный дизайн делают использование аппарата очень удобным. Он подходит как для лежачих, так и для подвижных пациентов.

Удобно

Сенсорный дисплей с понятной навигацией по меню обеспечивает быстрый доступ ко всем рабочим функциям.

Надежно

Применение надежных высококачественных технологий обеспечивает длительную бесперебойную работу аппарата.

Цели лечения

- Снижение уровня микробной обсемененности тканей раны
- Уменьшение отека
- Усиление местного кровообращения
- Стимуляция заживления, посредством поддержания влажной раневой среды
- Ускорение роста грануляционной ткани
- Профилактика распространения раневой инфекции
- Защита раны от экзогенного инфицирования



Преимущества VivanoTec / S 042 NPWT:

- Один аппарат для различных показаний
- Компактный аппарат как для лежачих, так и для подвижных пациентов
- Эффективное поддержание заданного уровня давления в области раны
- Простое меню на русском языке