Министерство образования Российской Федерации

Пензенский Государственный Университет

Медицинский Институт

Кафедра Терапии

Зав. кафедрой д. м. н.

Реферат

на тему:

"Средства для улучшения прогноза заболевания"

Выполнила: студентка V курса

Проверил: к. м. н., доцент

Пенза

2008

План

1. Гипербарическая оксигенация

2. Иглорефлексотерапия

3. Принципы ухода за больными

Литература

## 1. Гипербарическая оксигенация

Использование гипербарической оксигенации с лечебной целью обусловлено тем, что с помощью физического насыщения жидкостных сред организма кислородом, существенно увеличивается его транспорт к клеткам. При избыточном давлении в 3 ата например, возросшая кислородная емкость плазмы может удовлетворить потребности организма в кислороде без участия гемоглобина.

Позитивные эффекты гипербарии являются результатом устранения не только самой гипоксии, но и во многом обусловлены влиянием гипербарического кислорода на нейрогуморальную регуляцию органов и систем организма. Прослеживается связь гипероксии с метаболической активностью, и, в первую очередь, с внутриклеточным потреблением кислорода. В условиях гипероксии облегчается диффузия кислорода в клетку, активируется окислительное фосфорилирование с увеличением синтезирующих макроэргов, стимулируется микросомальное окисление, повышается утилизация токсических продуктов, ускоряется окисление глюкозы и снижается уровень лактозы, что свидетельствует об активизации цикла Кребса.

В условиях гипероксии системы организма переходят на более низкий и экономичный уровень функционирования: урежается дыхание и частота сердечных сокращений, уменьшается сердечный выброс и минутный объем кровообращения, функционируют плазматические капилляры, улучшается координирующее действие коры головного мозга.

Действие гипербарического кислорода не заканчивается по окончании сеанса. Обусловлено это тем, что после гипербарической оксигенации тканевое рО2 не возвращается к исходному уровню в течение часа и более, в то время как напряжение кислорода в крови падает до начального уровня через 20-30 мин. Таким образом, основанием к лечебному применению гипербарии является изменение параметров кислородного режима организма и возникающие при этом клинико-физиологические эффекты. Основные из них:

антигипоксический (увеличение сниженного рО2);

биоэнергетический (нормализация энергетического баланса клетки);

дезинтоксикационный (предупреждение образования токсических метаболитов и активирование их разрушения);

регулирование метаболической активности;

биосинтетический (ускорение синтеза белка);

морфорепарационный (активация репарационных процессов);

иммуннокоррегирующий (стимуляция или, в зависимости от дозы кислорода, подавление иммунной системы);

антибактериальный (подавление жизнедеятельности микроорганизмов);

фармакологический (усиление или ослабление действия лекарственных средств);

деблокирующий (деблокирование инактивированного гемоглобина и цитохромоцидазы);

радиомодифицирующий (повышение радиочувствительности злокачественных опухолей);

вазопрессорный (увеличение спазма артериол, уменьшение внутричерепного давления, противоотечное действие);

компрессионный (уменьшение объема газов кишечника, пузырьков свободного газа в кровеносных сосудах при декомпенсационной болезни, баротравме легких и посттравматической эмболии);

экономизирующий (снижение уровня функционирования органов и систем организма);

микроциркуляторный (увеличение количества функционирующих сосудов за счет плазменных капилляров).

Сеансы гипербарической оксигенации проводят в одноместных и многоместных барокамерах. Принципиальное отличие их состоит в том, что больной в одноместной барокамере находится в среде кислорода, который подается непосредственно в камеру. В многоместных бароаппаратах избыточное давление создается за счет воздуха, а дыхание осуществляется с помощью маски, подсоединенной к системе подачи кислорода. Многоместные лечебные барокамеры бывают специальной постройки или переоборудованные из водолазных декомпрессионных барокамер. В них создаются условия для работы медицинского персонала, в том числе и для проведения реанимационных мероприятий. Несмотря на то, что область применения многоместных барокамер более широка, чем одноместных, последние обладают рядом существенных преимуществ: они относительно недороги и более просты в эксплуатации. Наибольшее распространение из них получили "Ока-МТ", "БЛКС" в разных модификациях, "Енисей МТ" и другие.

Для всех типов барокамер необходимо выполнение определенных требований к оборудованию помещений, в которых они устанавливаются. Основным принципом применения кислородных бароаппаратов является принцип безопасности и, прежде всего, - пожаро- и взрывоопасности. Поэтому непременным условием проведения сеансов ГБО должно быть строгое соблюдение правил техники безопасности всеми сотрудниками отделения.

Показания к проведению гипербарической оксигенации вытекают из ее многочисленных клинико-функциональных эффектов. При некоторых тяжелых патологических состояниях: отравлении окисью углерода, развитии клостридиальной инфекции, баротравме легких, полученной в аварийной ситуации водолазом под водой, гипербария превосходит все имеющиеся способы лечения и является методом выбора. При лечении многих заболеваний, когда трудно ожидать положительного результата от одного метода лечения, ГБО используется в комплексе с другими лечебными мероприятиями.

В благоприятных ситуациях состояние больных улучшается, стабилизируются показатели дыхания и гемодинамики, возрастает активность, разрешается гемоконцентрация, увеличивается масса циркулирующей крови. При определении показаний к проведению сеансов гипербаротерапии у больных реанимационного профиля необходимо учитывать и действие ряда неблагоприятных факторов.

Известно, что различные по этиологии критические состояния вызывают истощение антиоксидантной системы. Проведение сеансов ГБО в этих условиях приводит к еще большему ослаблению антиоксидантной защиты, возникает опасность токсического действия кислорода. Назначение в этих случаях прямых антиоксидантов и актопротекторов позволяет предупредить эти нежелательные явления. Важно, чтобы возможные последствия не превышали пользы от ГБО-терапии.

Противопоказаниями к проведению гипербарической терапии являются: клаустрофобия, эпилепсия, тяжелые формы гипертонической болезни, нарушения проходимости слуховых труб, острые респираторные заболевания, сливная двусторонняя пневмония, пневмоторакс, повышенная чувствительность к кислороду. Следует отметить, что при наличии абсолютных жизненных показаний к ГБО, большинство противопоказаний может быть устранено (введение седуксена при эпилепсии, парацентез барабанных перепонок, назначение гипотензивных средств при гипертонической болезни и т.д.).

Перед проведением сеанса ГБО необходимо оценить состояние больного, уточнить, нет ли продолжающегося кровотечения, клинически и рентгенологически исследовать состояние легких. По показаниям выполнить санационную бронхоскопию, оценить возможности спонтанного дыхания у больного в условиях гипербарии, если он находится на вспомогательной вентиляции легких, заменить воздух в раздуваемых манжетах эндотрахеальной или трахеотомической трубок стерильным изотоническим раствором. Следует проверить и укрепить все дренажи и катетеры. При необходимости ввести мочевой катетер и дренировать желудок. Предшествует сеансу ГБО снятие повязок, удаление мазей с кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Производится смена одежды на хлопчатобумажную, удаляются все посторонние предметы.

С транспортных носилок на ложе барокамеры пациента перекладывают на простынях. По показаниям фиксируют руки и ноги больного, открывают дренажи, концы их опускают в соответствующие сосуды.

Во время выполнения сеанса проводится постоянное наблюдение за больным и динамикой его клинико-физиологических параметров. Компрессию лучше вести "ступенчатым" способом (через 0,3-0,4 ата), останавливаясь на каждой "ступеньке" 3-5 мин и проверяя реакцию больного на гипербарический кислород. Отсутствие двигательного беспокойства, урежение пульса и дыхания, порозовение кожи и слизистых, нормализация ЭКГ, свидетельствуют о благоприятном действии гипербарии. И, наоборот, учащение пульса и дыхания, углубление интервала S-T на ЭКГ говорят об отрицательном влиянии всего комплекса факторов, действующих на больного в барокамере. Нередко в начале компенсации у пациентов возникают боли в ушах. В этих случаях снижение давления, а затем вновь его увеличение обычно позволяет пройти "болевой барьер" и выполнить сеанс на расчетном режиме.

Непременным условием достижения максимального лечебного эффекта баротерапии является правильный выбор режимов, их последовательность и периодичность. При определении этих параметров основываются на клинических показаниях состояния пациента, характере и тяжести заболевания, а также на опыте лечения больных с аналогичными заболеваниями. При этом необходимо учитывать сниженную толерантность этих пациентов к значительным режимам ГБО, что может вызвать перенапряжение адаптации и компенсации функций. Первый сеанс всегда проводится в пробном режиме при компрессии не более 1 ата и с продолжительностью 30 мин. При удовлетворительной переносимости гипербарической оксигенации в малых дозах появляется возможность постепенно наращивать величину давления кислорода. Известно, что диапазон действия между терапевтическим и токсическим действием кислорода достаточно велик. Обычно ГБО применяют в виде курса, состоящего из 5-20 сеансов с периодичностью от 1 до 6 сеансов в сутки и продолжительностью 60-90 мин.

При неотягощенном анамнезе пациенты хорошо переносят давление в 2 ата в течение 30-60 мин. Больным пожилого возраста с сопутствующими заболеваниями показаны более низкие режимы. Продолжительность курса лечения 10-15 сеансов. При выполнении короткого курса (5-7 сеансов) возможно его повторение через 3-5 дней.

Применение гипербарической оксигенации при острых нарушениях мозгового кровообращения и травматических повреждениях центральной нервной системы основано на том, что в условиях гипербарии продолжительность жизни мозга при нарушениях мозгового кровотока увеличивается в 1,5-2 раза. Гипербарическая оксигенация позволяет повысить парциальное давление в поврежденных тканях, предотвратить развитие необратимых процессов, выиграть время развития компенсаторных реакций организма. Гипероксия улучшает кровообращение в ишемизированной зоне, способствует повышению тонуса мозговых сосудов, уменьшению венозного застоя и снижению внутричерепного давления.

При относительно нетяжелой нейротравме ГБО предотвращает развитие менингита и менингоэнцефалита, предупреждает развитие пневмоний и снижает возникновение пролежней, улучшает показатели энцефалографии.

Иначе рассматриваются случаи с тяжелыми повреждениями головного мозга, особенно сочетанными. Пациенты переносят лечение гипербарическим кислородом тяжело. Выполнение сеансов у этой категории пострадавших мало оправдано и связано с большим риском. Гипербаротерапия будет эффективна тогда, когда будут устранены повреждения, вызывающие расстройства дыхания и кровообращения. По восстановлении основных клинико-физиологических показателей ГБО-терапия является важным фактором в регрессе неврологической симптоматики.

В целом при гипоксических повреждениях мозга более предпочтительны "мягкие" режимы (1,5-2 ата).

Гипербарический кислород, корригируя функции жизнеобеспечивающих систем, повышает устойчивость организма к инфекциям. Бактериостатическое и, в меньшей степени, бактерицидное действие на возбудителя инфекционного процесса создали предпосылки для применения гипербарии в комплексе лечебных средств при лечении хирургической инфекции. Клинические наблюдения показывают, что ГБО усиливает антибактериальную терапию. Антибиотики начинают действовать более эффективно. Одновременно гипербария оказывает стимулирующее влияние на систему иммунной защиты. Нарастает бактерицидная активность крови, нормализуется содержание иммуноглобулинов основных классов, повышается титр антител к стафилококку.

Наиболее демонстративна роль ГБО в отношении анаэробных возбудителей. Это связано с отсутствием у них антиоксидантных ферментов.

Гипербарический кислород уже с первых сеансов позволяет уменьшить уровень токсемии и темпы тканевой деструкции. Гипероксия препятствует развитию инфекционно-токсического шока, а также токсическому поражению печени и почек. Раннее применение ГБО-терапии часто позволяет избежать таких хирургических вмешательств, как ампутация конечностей, обширные некрэктомии, лампасные разрезы и др., которые приводят к инвалидизации пострадавших.

Выбор режимов при лечении газовой гангрены принципиально не отличается от изложенных ранее положений. В начале лечения обычно давление в барокамере поднимают до 2-3 ата, экспозиция составляет 30-90 мин, интервалы между сеансами 6-8 ч. В дальнейшем идет постепенное снижение режимов.

Аналогичные принципы положены в основу лечения гипербарическим кислородом гнойных ран, длительно не заживающих пролежней, радиационных поражений. ГБО на первых этапах приводит к быстрому отторжению некротических участков, усиливает раневое отделяемое, восстанавливая микроциркуляцию, способствует ликвидации отека тканей и является важной мерой в профилактике раневой инфекции.

Отмечены положительные эффекты гипероксии при лечении инфекционных деструкций легких.

Режимы для проведения сеансов ГБО при сепсисе определяются индивидуально. Наиболее рационально выполнять первые сеансы каждые 18 ч в течение 3-4 дней и в последующие дни - 1 раз в сутки.

В основу применения ГБО при перитонитах и паралитической кишечной непроходимости положена необходимость нейтрализации гипоксии кишечной стенки. Отсутствие улучшения состояния больного после проведения 5-6 сеансов ГБО нередко свидетельствует о недостаточной санации брюшной полости, требующей повторного оперативного вмешательства.

Первые сеансы гипербарии при тяжелых формах перитонита начинают с компрессии 2-2,5 ата через 12 ч в течение 2-3 суток. В последующем по мере улучшения состояния больного сеансы проводятся один раз в сутки.

Включение гипербарической оксигенации в терапию ожоговой болезни обусловлено тяжелыми нарушениями различных функциональных систем организма, и в первую очередь, формированием тяжелой смешанной гипоксии. В проведении ГБО у обожженных, однако, существуют большие трудности, связанные с помещением их в барокамеру и удалением мази с пораженных участков тела.

Лечение проводится под давлением 2-3 ата 2 раза в сутки в период ожогового шока, в последующие дни - 1 раз в сутки.

Лечение сеансами повышенного давления кислорода приводит к улучшению показателей метаболизма и способствует восстановлению водно-электролитного баланса. Уменьшается отек тканей, быстрее происходит отторжение струпа и развитие эпителизации.

Полученные экспериментальным путем положительные результаты лечения острого инфаркта миокарда не были подтверждены клиническими наблюдениями. Это связано с тем, что влияние гипербарического кислорода на миокард является результатом не только прямого воздействия гипероксии, но и опосредованными изменениями других систем. В большей степени это касается системы нейроэндокринной регуляции сердечной деятельности, сложности при определении показаний и выборе оптимальных режимов гипербарии, а также организационно-технические трудности не позволяют широко использовать гипербаротерапию в комплексе лечебных средств.

Гипербарическая оксигенация абсолютно показана при лечении отравлений окисью углерода. Попадая в организм, СО образует карбоксигемоглобин, неспособный транспортировать кислород. Блокируя одновременно дыхательные ферменты в тканях и нарушая кислородосвязующие функции гемоглобина, угарный газ вызывает в организме изменения, приводящие к глубокому кислородному голоданию тканей.

Высокое парциальное давление кислорода способствует быстрому насыщению плазмы кислородом и его транспорту к митохондриям клеток. Гипоксия блокирует гемоглобин, активизирует выведение окиси углерода из организма. Другие средства без ГБО оказываются по существу неэффективными. Чрезвычайно важно начинать лечение в токсикогенной фазе отравления. Это поможет избежать гипоксических повреждений тканей и в первую очередь головного мозга. При определении режимов исходят из того, что для выполнения заместительной антигипоксической терапии требуются более "жесткие" режимы. Для этой цели больше подходит изопрессия в течение часа при давлении в 2,5-3 ата. Временные интервалы между сеансами зависят от тяжести состояния больного при общем количестве сеансов 10-12.

Накопленные в последние годы данные экспериментальных исследований и клинических наблюдений позволяют придти к заключению, что гипербарическая оксигенация в комплексе с антидотной терапией является высоко эффективным средством при лечении отравлений метгемоглобинообразователями и цианидами.

Раннее применение гипербарии при лечении больных ботулизмом приводит к сокращению числа пациентов, нуждающихся в переводе на искусственную вентиляцию легких.

## 2. Иглорефлексотерапия

Метод иглорефлексотерапии (акупунктуры) заключается в воздействии на организм с лечебной целью различных по силе, характеру, интенсивности и продолжительности раздражений, наносимых в строго определенные точечные участки (биологически активные точки), расположенные в области кожной поверхности головы, лица, туловища и конечностей посредством специальных металлических игл.

Сочетание воздействия в биологически активные точки иглоукалыванием и электрическим током получило название электроаккупунктуры; при этом электродом служит введенная игла.

Методы иглорефлексотерапии применяют в различных областях медицины, в том числе и в анестезиологии и реаниматологии. Сначала их использовали лишь для целей обезболивания. Традиционные способы устранения болевого синдрома, несмотря на их постоянное совершенствование, не всегда могут полностью устроить анестезиологов в силу ряда причин. Во-первых, медикаментозное обезболивание иногда бывает недостаточно эффективным при ряде болезней и состояний (послеоперационные и фантомные боли, каузалгии, дискогенные радикулиты и пр.). Во-вторых, в связи с возрастающей аллергизацией населения и нежелательными побочными эффектами лекарственных препаратов, ограничивается контингент больных, у которых возможна фармакотерапия боли. В-третьих, возникающее привыкание и пристрастие к анальгетикам при лечении хронического болевого синдрома заставляет искать другие способы его устранения.

К достоинствам иглорефлексотерапии можно отнести отсутствие необходимости в специальной громоздкой аппаратуре, редкость осложнений и опасных последствий, а также экономичность.

В анестезиологической практике в настоящее время методы иглорефлексотерапии используются в качестве компонента общей анестезии, с целью обезболивания и коррекции функциональных расстройств в ближайшем послеоперационном периоде, а также для лечения острых и хронических болевых синдромов.

Поскольку адекватной аналгезии с помощью электроакупунктуры без дополнительного применения анальгетиков добиться трудно, использование этого направления при операциях не находит широкого применения.

Чаще к иглорефлексотерапии обращаются при устранении болевого синдрома в ближайшем послеоперационном периоде. Этот метод не только удачно дополняет фармакологические аналгезирующие препараты, но и может быть применен в "чистом виде". Иглорефлексотерапию обычно начинают через 2-4 ч. после операции, когда заканчивается действие средств, применявшихся для анестезии, и возникает болевой синдром. В зависимости от его выраженности, процедуры могут повторяться 3-4 раза в сутки. Аналгетический эффект может быть усилен при электростимуляции точек через введенные иглы с помощью аппаратов "Электроника", "Элита-4", "Элита-5" и др.

Наиболее эффективна иглорефлексотерапия после операций на голове, шее, конечностях и грудной клетке. Меньший эффект наблюдается после обширных абдоминальных операций, особенно на органах верхнего этажа брюшной полости.

Применение иглорефлексотерапии позволяет не только устранить боль, но и уменьшить некоторые функциональные расстройства. Хорошо зарекомендовал себя этот метод при лечении таких распространенных осложнений рефлекторного генеза, как парезы кишечника и мочевого пузыря, нарушение дренажной функции бронхов. Накоплен положительный опыт применения иглорефлексотерапии при межреберной невралгии после торакальных операций, постинтубационных ларинготрахеитах.

Успешно используется этот метод в качестве существенного дополнения интенсивной терапии вне связи с операцией (астматическое состояние, обмороки).

Применять методы рефлексотерапии для лечения больных хирургического профиля в отделениях анестезиологии, реанимации и интенсивной терапии следует не врачу-иглотерапевту, а анестезиологу-реаниматологу, прошедшему специальную подготовку по рефлексотерапии.

## 3. Принципы ухода за больными

Уход за больными является обязательной составной частью всего процесса лечения, в немалой степени влияющей на его эффективность, особенно у больных в тяжелом и критическом состоянии. Выполнение мероприятий ухода возложено на средний и младший медицинский персонал операционных и палат интенсивной терапии, однако контроль за его организацией и реализацией всех мероприятий осуществляется лечащим врачом, так как он несет персональную ответственность за исход лечения.

Особенности ухода за больными во время анестезии и интенсивной терапии обусловлены рядом факторов. Во-первых, психологическим дискомфортом, связанным как с заболеванием, так и с применяемыми лечебно-диагностическими мероприятиями, что приводит к истощению ЦНС. Во-вторых, вынужденное положение больных и их низкая физическая активность (нередко обездвиженность) способствует локальному нарушению кровообращения в различных зонах. В-третьих, угнетение сознания и защитных рефлексов повышает риск аспирации, обструкции дыхательных путей, способствует высыханию слизистых, переохлаждению тела вследствие избыточных теплопотерь через кожу и открытые полости, нарушению кашля и отхождения мокроты, что приводит к развитию застойных явлений в легких и пневмонии. Системная и локальная иммунодепрессия вследствие основного заболевания и применения многих лекарственных препаратов снижает сопротивляемость к патогенным и условно-патогенным микроорганизмам. Открытость входных путей для перекрестной инфекции, как через естественные пути, так и через раневые каналы способствует развитию инфекционных осложнений. Интоксикация, нарушения системной и регионарной гемодинамики, расстройства ВЭБ и КОС могут приводить к развитию энцефалопатии, психозов. Гиперкатаболизм, характерный для критического состояния, усугубляет потерю массы тела, нарушение энергозатратных и репаративных процессов.

Важную роль в организации ухода за больными в операционной и палатах интенсивной терапии играет оборудование самих помещений, которые должны соответствовать санитарным нормам по площадям и другим параметрам, а также оснащение операционных, перевязочных, палат интенсивной терапии и подсобных помещений (для обработки инструментов и многоразовых медицинских изделий и инвентаря, для хранения чистого белья, для грязного белья, комнаты для приема пищи и отдыха персонала). Пренебрежение этими требованиями неизбежно снижает качество ухода за больными.

Перекладывание больных, особенно с депрессией сознания и/или находящихся под влиянием остаточного действия препаратов для анестезии, должно быть бережным, действия бригады во избежание травм (в т. ч. различных отделов позвоночника) - согласованными. Таких пациентов нельзя ни на минуту оставлять без присмотра, должны быть приняты меры во избежание случайного удаления катетеров, дренажей, интубационной трубки и т.д., а также падения пациента с каталки (кровати) при непроизвольных движениях.

Работа в операционной должна быть организована таким образом, чтобы период ожидания пациента на операционном столе до начала анестезии не превышал 5-7 мин, а начало операции происходило сразу по достижении соответствующей глубины анестезии.

Необходимость придания тяжелобольному удобного положения в постели обусловливает ряд определенных требований к устройству кровати. Им лучше всего соответствует так называемая функциональная кровать, головной и ножной конец которой можно быстро перевести в нужное положение. С этой целью в кроватной сетке предусматривается несколько секций, положение которых меняется поворотом соответствующей ручки. Больным с повреждениями позвоночника под матрац подкладывают твердый щит. Детские кровати, а также кровати для беспокойных больных оборудуют боковыми сетками. Кровати в палатах устанавливают таким образом, чтобы к ним легко можно было подойти со всех сторон.

Правильное приготовление постели и контроль за ее состоянием является существенным элементом ухода, особенно для тяжелобольных пациентов. Матрац должен быть достаточной длины и ширины, с ровной поверхностью. Для больных, страдающих недержанием мочи и кала, желательно использовать многосекционный матрац, средняя часть которого имеет соответствующее углубление для судна. Матрацы таких пациентов обшиваются клеенкой. Наличие на постельном белье складок способствует образованию пролежней. Простыню тщательно расправляют, края ее со всех сторон подвертывают под матрац. Наличие складок способствует возникновению пролежней. Постель больного и его нательное белье должны содержаться в чистоте и опрятности. Смену постельного и нательного белья проводят не реже 1 раза сутки или по мере его загрязнения. Смену постельного и нательного белья нужно проводить умело, не создавая больному неудобств и стараясь не причинять ему болезненных ощущений.

При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели либо поворачивают на бок, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистое белье. После этого больного перекладывают на чистую половину койки, убирают грязное белье и полностью расправляют свежее.

Больным, находящимся на постельном режиме и вынужденным совершать лежа свои физиологические отправления, подают подкладное судно (специальное приспособление для сбора испражнений) и мочеприемник (сосуд для сбора мочи).

Тщательный уход за кожей имеет большое значение, особенно для больных, вынужденных длительное время находиться лежачем положении. Кожу больных ежедневно обтирают ватными тампонами, смоченными камфорным спиртом либо кипяченой водой с добавлением спирта, одеколона или столового уксуса. Особенно тщательно при этом следует обмывать, а затем и высушивать те места, где могут скапливаться выделения потовых желез (складки под молочными железами, пахово-бедренные складки и т.д.).

Кожу половых органов и промежности необходимо обмывать ежедневно. У тяжелых больных с этой целью следует регулярно (не менее двух раз в день, а иногда и чаще) проводить туалет половых органов с помощью подмывания теплой водой или слабым раствором перманганата калия. Ватным тампоном при этом производят несколько движений в направлении от половых органов к заднему проходу. Другим ватным тампоном таким же образом осушают кожу промежности. При наличии у женщины выделений из влагалища применяют спринцевание кипяченой водой, слабым раствором гидрокарбоната натрия, перманганата калия или изотоническим раствором хлорида натрия.

При уходе за истощенными и ослабленными больными необходимо проводить комплексные мероприятия по профилактике пролежней, которые представляют собой глубокие поражения кожи с исходом в ее некроз, возникающие при длительном сдавливании мягких тканей между костными образованиями и внешними предметами, например поверхностью матраца, гипсовой лангетой и др. Пролежни особенно часто развиваются в тех областях, где нет или имеется очень небольшая прослойка мышечной ткани - в области крестца, копчика, лодыжек, бугра пяточной кости, мыщелков и вертела бедра.

К развитию пролежней предрасполагают глубокие нарушения метаболизма и трофических процессов в организме, тяжелые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы. Во многих случаях, однако, образованию пролежней способствует плохой уход за больным - небрежный уход за кожными покровами, несвоевременное перестилание постели, недостаточная активизация пациента и т.д.

Профилактика пролежней сводится к постоянному контролю за состоянием постели тяжелобольного и его нательным бельем (своевременное устранение неровностей, грубых швов, разглаживание складок). Применяются также специальные подкладные резиновые круги, которые помещают под области тела, подвергающиеся длительному давлению (например, под крестец). Подкладной круг должен быть надут довольно слабо, чтобы он изменял свою форму при движениях больного. Могут использоваться специальные прорезиненные противопролежневые матрацы, состоящие из многих воздушных камер, наполнения воздухом которых периодически автоматически изменяется.

Эффективными мерами по профилактике пневмонии и пролежней являются массаж и дыхательная гимнастика, систематическое изменение положения тела больного путем поворачивания его в постели минимум 8-10 раз в сутки.

Учитывая, что пролежни чаще образуются на загрязненной коже, кожные покровы в соответствующих местах (крестец, углы лопаток, остистые отростки позвонков и др.) необходимо обмывать холодной водой с мылом, протирая затем салфетками, смоченными камфорным спиртом, и припудривая тальком.

Среди правил личной гигиены важное место занимает уход за полостью рта. Больные должны регулярно не реже 2 раз в день чистить зубы, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным промывают полость рта 0,5% раствором гидрокарбоната натрия, изотоническим раствором хлорида натрия, слабым раствором перманганата калия.

## Литература

1. "Неотложная медицинская помощь", под ред. Дж.Э. Тинтиналли, Рл. Кроума, Э. Руиза, перевод с английского д-ра мед. наук В.И. Кандрора, д.м.н. М.В. Неверовой, д-ра мед. наук А.В. Сучкова, к.м.н. А.В. Низового, Ю.Л. Амченкова; под ред. д.м.н. В.Т. Ивашкина, д.м.н. П.Г. Брюсова; Москва "Медицина" 2001.
2. Интенсивная терапия. Реанимация. Первая помощь: Учебное пособие / Под ред. В.Д. Малышева. - М.: Медицина. - 2000. - 464 с.: ил. - Учеб. лит. для слушателей системы последипломного образования. - ISBN 5-225-04560-Х.