

LIETUVOS SVEIKATOS MOKSLŲ UNIVERSITETAS
PLASTINĖS IR REKONSTRUKCINĖS CHIRURGIJOS KLINIKA
RESPUBLIKINĖ PANEVĖŽIO LIGONINĖ



LIETUVOS SVEIKATOS
MOKSLŲ UNIVERSITETAS



Mokslinė – praktinė konferencija

ŽAIZDŲ GYDYMAS IR KLINIKINĖ MITYBA

2013 m. balandžio 12 d.

SANTRAUKŲ KNYGA

RESPUBLIKINĖ PANEVĖŽIO LIGONINĖ,
DIDŽIOJI SALĖ, SMĖLYNĖS G.25, PANEVĖŽYS

Mieli kolegos,

Lietuvos žaizdų gydymo asociacija (LŽGA) siekia suburti įvairių specialybių gydytojus ir slaugytojas profesiniam bendradarbiavimui žaizdų gydymo srityje. Vieni svarbiausių asociacijos tikslų organizuoti konferencijas ir suvažiavimus aktualiais profesiniais klausimais, kelti gydytojų ir slaugytojų profesinę kvalifikaciją, informuoti apie žaizdų gydymo naujienas.

Šią konferenciją aktualia klinikinės mitybos tema LŽGA rengia su Lietuvos sveikatos mokslų universitetu ir Panevėžio ligonine. Konferencija skirta chirurgams, ortopedams traumatologams, vaikų chirurgams, kraujagyslių chirurgams, plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos gydytojams, akušeriams ginekologams, šeimos gydytojams, dermatovenerologams, operacinės ir bendrosios praktikos slaugytojoms.

**Organizatorių vardu,
prof. dr. Rytis Rimdeika
LSMU Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos klinikos vadovas
LŽGA prezidentas**

© Lietuvos žaizdų gydymo asociacija
www.lzga.lt
ISBN 978-609-95505-0-3

PROGRAMA

09:00–10:00 Dalyvių registracija

10:00–10:30 Konferencijos atidarymas

Panevėžio ligoninės vyr. gydytojas Česlovas Gutauskas

LŽGA prezidentas prof. Rytis Rimdeika

10:30–11:15 Sesija „Klinikinė mityba ir žaizdų gydymas“

Pirmininkauja prof. R. Rimdeika, R. Samuolis

Prof. J. Ruolia, VULSK

Fitoterapija onkologinių žaizdų gydyme

D. Ringaitienė, VULSK

Klinikinės mitybos reikšmė

Prof. V. Pilvinis, LSMUL KK

Traumas patyrusių pacientų klinikinė mityba reanimacijoje

L. Pilipaitytė, LSMUL KK

Mitybos svarba žaizdų gydymui

11:45–13:00 Sesija „Žaizdų diferencinė diagnostika ir gydymo ypatumai“

Pirmininkauja dr. I. Ašakienė, dr. D. Kubilius

I. Guogienė, LSMUL KK

Minkštųjų audinių kalcinozės kompleksinis gydymas

L. Mikalauskiene, LSMUL KK

Pyoderma gangrenosum

Dr. I. Ašakienė, VULSK

Kojų išopėjimų diferencinė diagnostika. Gydymo ypatumai.

A. Šomka, Panevėžio ligoninė
Kojų opos.

A. Venclauskiene, LSMUL KK

Lazerinės doplerografijos reikšmė nudegimo žaizdų gydymui

14:00–15:30 Sesija „Chirurginė žaizdų prevencija ir rekonstrukcija“

Pirmininkauja dr. V. Kaikaris, dr. A. Pamerneckas Dr.

L. Venclauskas, LSMUL KK

Pooperacinių žaizdų ir eventracijų prevencija ir gydymas

Prof. R. Rimdeika, LSMUL KK

Krūtinkaulio defektų rekonstrukcija

J. Kyguolis, Panevėžio ligoninė

Kaukolės defekto plastika Codubix CT protezu

Dr. V. Kaikaris, LSMUL KK

Chirurginis limfedemos gydymas

L. Šuško, LSMUL KK

Pleuros liekamosios ertmės priežiūra ir gydymas

Dr. A. Pamerneckas, RVUL

Atvirų lūžių gydymo ypatumai

D. Rainys, LSMUL KK

Didelės energijos sąlygoti traiškyti audinių sužalojimai

E. Zacharevskij, LSMUL KK

Odos transplantatų fiksavimo ypatybės

16:00–17:00 Sesija „Žaizdų rizikos populiacijų pacientų priežiūra“

Pirmininkauja doc. K. Maslauskas, D. Geležauskas

D. Geležauskas, VULSK

Vakuuminė žaizdų terapija

Dr. S. Švagždys, LSMUL KK

Stomų priežiūra, dažniausiai pasitaikančios komplikacijos

L. Petrauskienė, Panevėžio ligoninė

Diabetinės pėdos priežiūra

B. Siparytė, LSMUL KK

Ilgalaikio gulėjimo pasekmės

S. Rimkuvienė, Kėdainių PSPC

Slaugytojos vaidmuo pragulų profilaktikoje

Dr. D. Kubilius, LSMUL KK

Pragulų prevencija, tvarsčių reikšmė

17:00–17:15 Konferencijos uždarymas. Sertifikatų įteikimas

TRAUMAS PATYRUSIŲ PACIENTŲ KLINIKINĖ MITYBA REANIMACIJOJE

V. Pilvinis

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Modernioji kultūra ir pažangios technologijos lemia vis labiau greitėjantį gyvenimo tempą ir atveria naujas galimybes, mažina laiko sąnaudas, tačiau dėl streso, neatsargumo, skubos, darbo taisyklių pažeidimų, traumatizmas išlieka aktuali visuomenės sergamumo problema. Į intensyviosios terapijos skyrius patenka pacientai, kuriems patyrus sunkias traumas, sutrinka gyvybinės funkcijos. Pagrindinės indikacijos gydymui intensyviosios terapijos skyriuose yra šokas, kvėpavimo funkcijos nepakankamumas, komos, organizmo vidinės terpės sutrikimai, dauginis organų funkcijos nepakankamumo sindromas. Šiuolaikinės medicininės technologijos, dirbtinė plaučių ventiliacija, pakaitinė inkstų terapija, vazoaktyvių medžiagų vartojimas, infuzoterapija kristaloidais, koloidais, kraujo komponentais, antibakterinis gydymas leidžia ilgai užtikrinti pacientų gyvybines funkcijas. Intensyviosios terapijos skyriuose taikomas gydymas siekia užtikrinti deguonies ir energinių medžiagų poreikį, būtiną metabolinėms organų audinių reikmėms tenkinti, gerinant deguonies ir energinių medžiagų tiekimą audiniams. Tačiau kritinių būklių traumas patyrusių pacientų išeitys itin priklauso nuo komplikacijų prevencijos. Kritinių būklių pacientų mityba yra vienas iš svarbių sveikimą lemiančių veiksnių. Patyrus sunkią traumą padidėja energijos suvartojimas, todėl stingant maistinių medžiagų vystosi gyvybei pavojingos komplikacijos (sepsis, dauginis organų disfunkcijos sindromas). Dėl patirtų traumų, chirurginių intervencijų, sutrikusios virškinimo veiklos pacientams ne visuomet galimas natūralus enterinis maitinimo būdas, todėl pacientai tokiais atvejais maitinami parenteraliai. Šiuolaikinės klinikinės studijos demonstruoja klinikinės mitybos svarbą traumas patyrusiems kritinių būklių pacientams. Ankstyva, subalansuota enterinė ir parenterinė mityba neabejotinai daro įtaką gydymo išeitims, gerina pasveikimo galimybes, gali trumpinti paciento gydymo trukmę ir dėl to yra ekonomiškai naudinga.

MITYBOS SVARBA ŽAIZDŲ GIJIMUI

L. Pilipaitytė, D. Rainys

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Pilnavertis maitinimas skatina žaizdų gijimą ir paciento sveikimą. Neabejojama, kad tik pakankamas angliavandenių, riebalų ir baltymų kiekio suvartojimas ir įsisavinimas yra reikalingas sklandžiam žaizdų gijimui po audinių sužalojimo, chirurginės intervencijos, esant lėtinėms opoms. Moksliniai tyrimai įrodė, kad be pagrindinių maisto medžiagų svarbų teigiamą poveikį organizmui turi tam tikri maisto papildai: vitaminai, mikroelementai. Maisto medžiagos kartu su vitaminais ir mikroelementais svarbūs visose žaizdos gijimo stadijose: ląstelėse vykstantiems biocheminiams procesams; naujų audinių atsistatymui; imuninės sistemos veiklai.

Pranešimo tikslas yra apžvelgti: nepakankamos mitybos poveikį žaizdų gijimui; pagrindinių ir papildomų maisto medžiagų reikšmę audinių atsistatymui skirtingų žaizdos gijimo stadijų metu.

LĒTINIŲ OPŲ NEGYJANIČIŲ DĒL AUDINIŲ KALCINOZĖS KOMPLEKSINIS GYDYMAS

I. Guogienė, L. Pilipaitytė, K. Venslauskaitė, R. Rimdeika

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Ivadas: 47 m. pacientė skundėsi negyjančiomis opomis blauzdoje, stipriu skausmu. Stacionarizuota į Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos kliniką stacionariniam gydymui. Serga sisteminė raudonąja vilklige apie 15 metų (dermatitas, poliartritas, antifosfolipidinis sindromas, Raynaud sindromas, vaskulitas), (gydoma gliukokortikoidais). Pastaraisiais metais vargina atsirandantys išopėjimai rankų, kojų pirštų srityse, ties sąnariais; trapi oda, dažnos odos-poodžio infekcinės komplikacijos. K. blauzdos nugariniame paviršiuje – didžiulės, gilios opos, kurių dugne – uždegimo pakenkta derma, yra nekrozių audinių. Aplinkui žaizdas – paraudimas, patinimas, palpuojant skausminga, infiltracija - infekcijos požymiai, blauzda edemiška.

Venų varikozės ir lėtinio veninio nepakankamumo požymių nėra, pulsai a.poplitea ir a.dorsalis pedis čiuopiamas gerai abipus, pėdos rausvos, šiltos. Magistralinės kraujotakos sutrikimo požymių kojose nėra.

Plaštakų ir pėdų sąnarių deformacijos būdingos artritui.

Metodai: Taikytas stacionarizavus medikamentinis gydymas: Prednizolonas (6mg/p), Naklofenas (50 mg/p), Ketoprofenas (30 mg), Gabapentinas 300mg 2xp, Pentoksifilinas (400 mg/2xp), Infuzoterapija. Antibiotikoterapija: Sulbaktamas + Cefoperazonas 2g x2/p . Lokalus žaizdų gydymas: žaizdos tvarstytos su Sidabro sulfadiazino tepalu, vėliau su antiseptiniais tirpalais, taikyta kompresoterapija. Sumažėjus infekcijos požymiams taikytas chirurginis gydymas: atliktos nekrektomijos, autodermoplastika. Sugijus žaizdoms taikytas reabilitacinis gydymas: kineziterapija, fizioterapija.

Rezultatai ir išvados: Po metų medikamentinio, chirurginio, reabilitacinio gydymo - visos opos buvo išgydytos, edemos, infekcijos požymių neliko, žaizdos blaudose padengtos dalies odos storio transplantatais, kurie prigijo gerai; donorinės žaizdos epitelizavosi.

Tinkamai ir laiku paskirtas kompleksinis gydymas pasiteisino - pacientei lėtinės opos dėl audinių kalcinozės sugijo, pagerėjo pacientės gyvenimo kokybė.

PYODERMA GANGRENOSUM.

L. Mikalauskiene, A. Petkevičius, J. Makštienė, S. Valiukevičienė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Įvadas: Pyoderma gangrenosum (PG) yra reta neaiškios etiologijos neutrofilinė dermatozė, pasireiškianti lėtinių pasikartojančių opų formavimusi. Liga diagnozuojama remiantis klinika ir odos histologiniais pokyčiais. PG dažniau serga 25-50 metų moterys nei vyrai. Apie 50 proc. atvejų nustatoma asocijuotų ligų (Krono liga, opinis kolitas, reumatoidinis artritas, paraproteinemija ir kt.). PG diferencijuojama nuo kitų lėtinės eigos opų, kurias sukelia periferinių kraujagyslių ir nervų trofikos pažeidimai, jungiamojo audinio ir uždegiminės odos ligos bei odos infekcijos.

Klinikinis atvejis: 50m. pacientas kreipėsi dėl 2m. trukmės pūliuojančių bėrimų sėdmenų ir dešinės šlaunies srityse. Pūliniai sėdmenų srityje buvo atverti chirurgiškai ir praveistas gydymas sisteminiais antibiotikais. Gydymo efekto nebuvo. Objektiviai: sėdmenų odoje neaiškių ribų rausvos spalvos infiltratai, kuriuos paspaudus teka pūliai, daugybiniai randai; dešinės šlaunies užpakaliniame paviršiuje pilkšvai rausvos spalvos išopėjusi plokštelė padengta pūlingu ir fibrininiu apnašu; padidėję kraujo uždegimo rodikliai (leukocitozė, CRP 40mg/l, ESR 59 mm/h). Odos biopsijos histologinis tyrimas (netaisyklinga akantozė, hiperkeratozė, dermos infiltracija plazmocitais, neutrofilais, limfocitais, smulkiose kraujagyslėse fibrino sankaupos, dermos sklerozė. Išvada: Pyoderma gangrenosum). Asocijuotų vidaus organų ligų nenustatyta, išskyrus neaiškios kilmės paraproteinemiją.

Gydymas: prednizolonas 60 mg /d., vietinio poveikio antiseptikai ir kortikosteroidai. Po 1 mėn. gydymo išopėjimai baigė epitelizuotis. Tęstas sisteminis palaikomasis gydymas prednizolonu (5mg/d) apie 6 mėn., vėliau atlikta ADP sėdmenų srityje.

Išvados: Vieningų gydymo gairių nėra. Vietinio poveikio gliukokortikosteroidai, imunomodulatoriai - taikomi lengvų formų atvejais. Sunkesnės eigos PG gydymui pirmo pasirinkimo vaistai yra sisteminiai gliukokortikoidai ir ciklosporinas A, rečiau imunosupresantai (azatioprinas, ciklofosfamidas, chlorambucilas, metotrekatas) ar intraveninis imunoglobulinas. Pastebėta, kad infliksimabu gydant Krono ligą ar opinį kolitą greitai gyja PG sukeltos opos. Vieningo sutarimo dėl chirurginio gydymo nėra. Daugelio autorių nuomone chirurginiai metodai gali būti taikomi tuo atveju, kai opos yra neprogresuojančios ir kartu taikomas konservatyvus imunosupresinis gydymas.

KOJŲ IŠOPĖJIMŲ DIFERENCINĖ DIAGNOSTIKA, GYDYMO YPATUMAI

I. Ašakienė, U. Jarilinaite

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

Darbo tikslas: Pateikti kojų išopėjimų priežastis.

Kojų opos – viena iš sunkiausiai sprendžiamų šiuolaikinės medicinos problemų. Šimtai įvairių vaistų ir mechaninių būdų taikomų opoms gydyti, ryškiau nepagerino nei žaizdų gijimo, nei socialinės sergančiųjų padėties. Žmonija opas žino jau nuo seniausių laikų. Hipokratas (460 - 377 m. pr. Kr.) nustatė ryšį tarp blauzdos varikozinių venų ir trofinių opų. Oreibasios (324 m.) aprašė kompleksinį opų gydymą, pabrėždamas, kad ne tik chirurginis gydymas, bet ir kompresinė terapija greitina opų užgijimą. Richard Wiseman (1622 - 1676 m.) nustatė, jog venų plėtimąsi sąlygoja vožtuvų nepakankamumas.

Kojų išopėjimų dažnis suaugusių žmonių (> 18 metų) tarpe siekia iki 1 proc. (Vokietija, Anglija). Vyresniems kaip 65 metai opų dažnis – 3,5 - 7,3 proc. Trofinių opų dėl kojų veninės kraujotakos sutrikimo dažnis 73 proc. Dėl šios ligos Europos valstybių biudžetas kasmet patiria milžiniškus nuostolius: vienam sergančiajam sunkiai gijančia opa gydyti išleidžiama nuo 5 iki 8 tūkstančių eurų. Veninių kojų opų diagnostikai ir gydymui išleidžiama apie 2 proc. sveikatos apsaugai skirto biudžeto lėšų (Didžioji Britanija). Švedijoje - 1 proc. bendrojo valstybės biudžeto. Pirminės sveikatos priežiūros slaugytojai trofinių opų priežiūrai skiria 10 – 30 proc. slaugyti skirto laiko. Diagnozuojant kojų opas svarbiausia: anamnezė, klinika, specifiniai tyrimai: kraujagyslių dvigubas skenavimas, doplerometrinis tyrimas. Kojų išopėjimų priežastys: veninės kojų opos (varikozė, potrombozinė liga) - 70 proc.; išeminės opos (aterosklerozė, Martorelio sindromas) – 15 proc.; kitos opos (infekcinės, vėžinės, neurotrofinės, dėl sisteminių ligų ir kt.) -15 proc. Veninės opos išsivysto 1-2 proc. ligonių su lėtiniu venų nepakankamumu (LVN). LVN priežastys: venų varikozė, potrombozinis sindromas, kitos ligos. 90 proc. arterinių opų priežastis - periferinių arterijų okliuzinė liga. Arterinėms opoms būdingas protarpinis šlubavimas, arterijų pulsacijos nebuvimas. Opos dažniausiai būna ties lateraline kulkšnimi, blauzdos priekiniame paviršiuje, pirštuose. Opos sergant padidėjusiu kraujo spaudimu. Opos vystosi dėl ilgalaikio sistolinio kraujo spaudimo padidėjimo >95mmHg. Prieš išopėjimą - livido dėmės, aplinkui- stiprus odos uždegimas.

Opa atsiranda net po minimalios traumos. Opos ties išorine kulkšnimi, ypatingai skausmingos, būdingas simetriškumas. Vaskulitines opas dažniausiai sukelia Wegenerio granuliomatozė, Mazginis poliarterititas, Mikroskopinis poliarterititas. Odos leukocitoklastinis vaskulitas: pažeidžiamos postkapiliarinės venulės, pagrindinis simptomas - palpuojamoji purpura apatinėse galūnėse, vėlesnėse stadijose vezikulės/ bulos, hemoraginės plokštelės, retais atvejais- išopėjimai. Kojų išopėjimai sergant reumatoidiniu artritu išsivysto >10 proc. Dažniausios priežastys LVN, periferinių arterijų okliuzinė liga. Daugelis RA gydyti vartojamų vaistų stabdo žaizdų gijimą ar inicijuoja vaskulitus. Livedo vaskulopatija yra trombotinė vaskulopatija.

Pagrindiniai simptomai - livedo racemosa, baltoji atrofija, opos, kurios dažniausiai lokalizuojasi kulkšnies srityje. Gangreninė pioderma yra neinfekcinė neutrofilinė dermatozė, ligos anamnezėje būdinga trauma. Opos policiklinės, tamsios, livido spalvos Liga negydoma praeina po kelių savaičių - mėnesių, būdinga asociacija su kitomis lėtinėmis ligomis: opiniu kolitu, Krono liga ir kt. Išopėjimus gali sukelti ir metabolinės ligos: hiperhomocisteinemija, kalcifilaksija. Hiperhomocisteinemija - metiotino apykaitos sutrikimas, kuris sukelia kraujagyslių endotelio pažeidimą. Ligoniams būdingas didesnis sergamumas venų tromboze, arterijų embolijomis, opos dažniausiai vystosi po potrombozinio sindromo. Kalcifilaksija - lalcio fosfato apykaitos sutrikimas 1 - 4 proc. dializuojamų ligonių išsivysto kalcifilaksija. Kraujagyslių kalcifikacija sukelia audinių išemiją, tuomet odoje atsiranda livido - eriteminės sritys, kurios vėliau išopėja. Alerginė kontaktinė egzema (AKD) dažna pacientams su kojų opomis. Hiperjautrumas randamas 40 - 82,5 proc. pacientų. Retais atvejais AKD gali sukelti kojų opas. Opinė pioderma (ecthyma) atsiranda po odos barjerinės funkcijos pažeidimo (įdrėskimo, įkandimo). Pažeidimo vietoje būdinga bakterinė infekcija: eritema, pastulė ir vėliau pustulės nekrozė. Opos sunkiai gyjančios, daugybinės. Lėtinės vegetacinės piodermos priežastis - netinkamos vietinės odos gydymo priemonės. Opa būna apsupta papiliomatoziniu ar karpiniu kraštu, pakilę kraštai kartais suformuoja iki kelių centimetrų mazgelius, kurie linkę formuoti fistules. Genetiniai defektai - Klainfelterio sindromas (47XXY), 1:590 naujagimių vyrų, 20 kartų dažnesnė, flebotrombozių tikimybė 6 -13 proc. kojų opų priežastis - potrombozinis sindromas.

Išvados: 1. Dažniausia kojų išopėjimų priežastis - kraujagyslių ligos; 2. Kojų opų diferencinei diagnostikai svarbiausia: anamnezė, klinika, specifiniai tyrimai (doplerometrinis ir dvigubo skenavimo).

KOJŲ OPOS : DIAGNOSTIKA IR GYDYMAS GYDYTOJO PRAKTIKO POŽIŪRIU

A. Milašauskas , A. Šomka

Respublikinė Panevėžio ligoninė

Kojų opa - tai ilgai gyjantis odos defektas, lydymas antrinės infekcijos, atsiradęs dėl endogeninių faktorių, sąlygotų įvairių organizmo veiklos sutrikimų, arba dėl įvairių žalojančių išorės faktorių poveikio.

Pagal etiologiją kojų opos skirstomos į venostazines, išemines, diabetines, mišrias ir kitos kilmės.

Dažniausia opų priežastis – venostazė, kai kojų opos atsiveria sergant lėtiniu veniniu nepakankamumu (LVN), dekompensuotos varikozės ar potrombozinio sindromo pasekoje. Išeminės kojų opos išsivysto sutrikus arterinei kraujotakai (obliteruojanti aterosklerozė, endarteriitas). Diabetinės pėdų opos – dažna cukraligės komplikacija. Kitų etiologijų opos (trauminės, cheminės, terminės, kolagenozinės, navikinės, mikrobinės, grybelinės) sutinkamos žymiai rečiau. Apie 5 % opų priežasties nepavyksta nustatyti. Sėkmingo opos gydymo pagrindą sudaro tikslus priežasties nustatymas ir jos šalinimas.

Diagnostikai svarbūs nusiskundimai, anamnezė, opos lokalizacija, aplinkinių audinių būklė, vertinama veninė ir arterinė kraujotaka, instrumentinių ir laboratorinių tyrimų rezultatai. Venostazinės opos gydomos pagal veninių opų gydymo algoritmą. Jo esmę sudaro antirefluksinio, vietinio opos ir pagalbinio medikamentinio gydymo kompleksas. Antirefluksinis gydymas – tai išsiplėtusių venų šalinimas, dekompensuotų perforančių perrišimas, skleroterapija arba ilgalaikė kompresinė terapija bintais, kojineimis, cinko - želatinos tvarsčiais. Vietinis gydymas susideda iš opos apvalymo nuo negyvybingų audinių mechaninėmis priemonėmis, fermentais, ar hidrokolidiniais tvarsčiais, fiziologinės opos priežiūros, užtikrinančios būtinas gijimui sąlygas: drėgmės balansą, apsaugą nuo išorinės traumatizacijos bei antrinės infekcijos ir odos persodinimo. Pagalbiniam medikamentiniam gydymui naudojami mikrocirkuliaciją, limfos drenažą gerinantys medikamentai, analgetikai, rečiau sisteminiai antibiotikai, hormoniniai preparatai. Išeminės kojų opos sėkmingai gydomos likviduojančios arterinės kraujotakos nepakankamumą – atliekant arterijų šuntavimą, PTA, simpatektomiją. Kitose etiologijose opų atvejais irgi būtina, kiek tai įmanoma, šalinti opą sukėlusias priežastis. Net ir sėkmingai nustačius ir pašalinus opos priežastį, ji iš karto neužgyja, todėl labai svarbus išlieka teisingas vietinis opos gydymas. Remiantis literatūros duomenimis ir asmenine patirtimi galima teigti, jog šiuolaikiniam opų gydymui tinkamiausi yra hidrokolidiniai tvarsčiai, užtikrinantys maksimaliai palankias sąlygas opoms gyti.

LAZERINĖS DOPLEROGRAFIJOS REIKŠMĖ NUDEGIMO ŽAIZDŲ GYDYMUI

A. Venclauskienė¹, A. Basevičius¹, S. Lukoševičius¹, E. Zacharevskij¹, V. Vaičekauskas², R. Rimdeika¹

1 Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

2 LSMU, Medicinos akademija, Anatomijos institutas

Raktažodžiai: lazerinė doplerografija, klinikinis nudegimo vertinimas, perfuzijos greitis

Įvadas: Gydant gilius nudegimus yra svarbu kuo anksčiau atlikti negyvų audinių eksciziją ir odos persodinimą, taip sumažinant antibiotikų poreikį, sutrumpinant gydymosi ligoninėje laiką, rečiau susidaro hipertrofinis randas ir sumažėja gydymo išlaidos. Tikslus nudegimo žaizdos gylis vertinimas ankstyvoje stadijoje yra vis labiau svarbus priimant klinikinius sprendimus.

Darbo tikslas: Lazerinės doplerografijos (LDG) duomenų palyginimas su klinikinio nudegimo žaizdos vertinimu (KNV) ir biopsijos rezultatais, siekiant įvertinti nudegusių žaizdų savaiminio sugijimo galimybes.

Tyrimo medžiaga ir metodika: Perspektyvinis atsitiktinių imčių klinikinis tyrimas. Nudegę ligoniai pagal nudegimo vertinimą suskirstyti į dvi grupes: I gr. – KNV; II gr. – LDG. Nudegę ligoniai vertinti praėjus 72 val., 7d. ir 14 d. po nudegimo. Visiems nudegusiems ligoniams buvo atliekama nudegusių audinių biopsija tikslu nustatyti KNV ir LDG tyrimų tikslumą. Tarp grupių vertintas ir lygintas amžius, lytis, nudegusių ligonių stacionarizavimo trukmė, gydymo kaina. Vertintas abiejų tyrimų tikslumas, jautrumas ir specifiskumas. Analizuotas LDG tyrimo metu nudegusių audinių perfuzijos greitis. Roc kreivių pagalba vertinta ar LDG tyrimas turi įtakos prognozuojant nudegusių audinių savaiminės epitelizacijos tikimybę.

Rezultatai: Į klinikinį tyrimą įtraukti 68 nudegę ligoniai (KNV gr. – 37 lig.; LDG gr. – 31 lig.). Statistiškai

reikšmingo skirtumo tarp grupių nebuvo lyginant nudegusių ligočių amžių, lyti, nudegimo plotą, gylį ir nudegimo priežastis. Dažniausia nudegimo priežastis buvo ugnis. Didžioji dalis nudegusių ligočių buvo rūkaliai. KNV tyrimo jautrumas ir specifiškumas buvo mažesnis nei LDG tyrimo (jautrumas: 74% vs. 91,1%; specifiškumas: 66,7% vs. 91,3%). LDG grupės ligočiai buvo operuojami anksčiau. Stacionarizavimo trukmė LDG grupės ligočių buvo reikšmingai trumpesnė nei KNV grupės ligočių ($44,4 \pm 33,1$ d. vs. $25,8 \pm 11,9$ d. $p=0,004$). Nudegusių ligočių gydymo kaina buvo statistiškai reikšmingai mažesnė LDG grupėje ($13535,19$ Lt vs. $6212,42$ Lt; $p=0,006$). Paviršinių nudegimų perfuzijos greitis buvo didesnis per visą tyrimo laikotarpį nei gilių nudegimų. Roc kreivių analizė parodė, kad kritinė nudegusių audinių perfuzijos greičio riba buvo ≤ 120 PV (jautrumas ir specifiškumas 100%). Tai rodo, kad esant didesniai nudegusių audinių perfuzijos greičiui, didelė tikimybė savaiminei nudegusių audinių epitelizacijai.

Išvados: LDG tyrimas nudegimų vertinime yra tikslesnis nei KNV. LDG tyrimo dėka nudegusiems ligočiams tiksliau ir anksčiau buvo nustatomi gilūs nudegimai, ko pasekoje jie greičiau buvo operuojami. Tai leido sumažinti ligočių gydymo trukmę ir išlaidas. LDG tyrimo dėka galima prognozuoti nudegusių audinių savaiminės epitelizacijos tikimybę.

POOPERACINIŲ ŽAIZDŲ EVENTRACIJŲ PREVENCIJA IR GYDYMAS

L. Venclauskas

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoinė Kauno klinikos

Raktažodžiai: laparotomijos užsiuvimas, žaizdos eventracija, RTL siūlė

Įvadas: pooperacinių žaizdų eventracijų dažnis po vidurinių laparotomijų siekia 1 – 3%. Po urgentinių operacijų eventracijų dažnis gali padidėti iki 38%. Yra daug pooperacinių žaizdų eventracijų rizikos veiksnių (amžius > 60 metų, hipoproteinemija, gliukokortikoidų vartojimas, vėžiniai susirgimai, LOPL ir kt.). Daugelį veiksnių mes negalime įtakoti, tačiau taisyklingas operacinės žaizdos susiuvimas leistų sumažinti pooperacinių žaizdų eventracijų ir pooperacinių išvaržų susiformavimo dažnį.

Darbo tikslas: palyginti įprastinę operacinės žaizdos siūlę su tempimą atplaiduojančia siūle (RTL siūlė – reinforced tension line).

Tyrimo medžiaga ir metodai: eksperimentinis darbas su kadaverine medžiaga. Gautas Kauno regioninio bioetikos komisijos leidimas atlikti tyrimą. Viso buvo atlikta 60 laparotomijų. 30 laparotomijų buvo susiūtos įprastine siūle, kitos 30 laparotomijų susiūtos panaudojant RTL siūlę. Susiūvus vidurinę laparotomiją matuotas siūlės stiprumas Niutonais (N). Siūlės stiprumas lygintas tarp dviejų skirtingų laparotomijos susiūvimo metodų. Siūlės stiprumas lygintas skirtinguose pilvo aukštuose (viršutiniame, viduriniame ir apatiniame).

Resultatai: RTL siūlė buvo tvirtesnė nei įprastinė ($113 \pm 16,6$ N vs. $86,3 \pm 16,8$ N $p<0,001$). RTL siūlės stiprumas padidėjo 31%. RTL siūlė buvo tvirtesnė už įprastinę visuose pilvo aukštuose: viršutiniame ($80 \pm 15,7$ N vs. $106,6 \pm 14$ N $p<0,001$) viduriniame ($86,2 \pm 16$ N vs. $112,9 \pm 14,8$ N $p<0,001$) ir apatiniame ($93,7 \pm 17,2$ N vs. $120,7 \pm 18,1$ N $p<0,001$).

Išvados: RTL siūlė yra stipresnė už įprastinę vidurinės laparotomijos siūlę. Šią siūlę rekomenduojama naudoti padidintos rizikos operuojamiems ligočiams.

KAUKOLĖS DEFEKTO PLASTIKA CODUBIX CT PROTEZU.

G. Miliūnas, V. Janušonis, J. Kyguolis.

Respublikinė Panevėžio ligoninė

Raktiniai žodžiai: codubix CT, individualūs kauliniai protezai.

Ižanga: atliekant didelės apimties kraniektomijas, vėlesniu periodu, reikia padengti kaukolės defektą, t.y atlikti kranioplastiką. Yra sudėtinga tobulai kosmetiškai atstatyti didelio ploto kaukolės vientisumą. Mūsų tikslas buvo atlikti kranioplastiką, panaudojant individualiai pagamintą protezą.

Metodai: 43 metų moteriai, po hemoraginio insulto, buvo atlikta plati galvos smegenų dekompresija. Po 9 mėnesių atlikta kranioplastika, panaudojant Codubix CT individualų protezą.

Rezultatai: atstatytas kaukolės defektas, neurologinis deficitas neparyškėjo. Ankstyvųjų atmetimo ar infekcijos požymių nestebėta.

Išvada: esant dideliems kaukolės defektams ir norint gero kosmetinio vaizdo, reikėtų apsvarstyti, individualaus kaulinio protezo taikymo galimybę.

CHIRURGINIS LIMFEDEMOS GYDYMAS

V. Kaikaris, D. Samsanavičius

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Limfedema -tai galūnės tinimas, atsirandantis dėl limfos nuotekio sutrikimo bei limfostazės. Skiriama pirminė (įgimta) bei antrinė limfedemos. Dažniausios antrinės limfedemos priežastys: chirurginės intervencijos, limfmazgių pašalinimas, radioterapija, infekcija (celiulitas), trauma. Limfedemos gydymas kompleksinis: kompresinė terapija (Kompresinės kojinės, kompresinės rankovės), limfodrenažinis masažas, medikamentinis gydymas, benzopironai (vit. P grupės dariniai: kumarinas, rutinas, piridoksinas, vit. B6.), limfos nutekėjimą gerinanti galūnės padėtis bei operacinis gydymas. Chirurginis gydymas dažniausiai taikomas gyvenimo kokybei gerinti.

PLEUROS LIEKAMOSIOS ERTMĖS PRIEŽIŪRA IR GYDYMAS

L. Šuško

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Pleuros ertmės infekcinių-uždegiminių ligų gydymo aspektai. Pleurostomos taikymas liekamosios pleuros ertmės gydymui. Indikacijos pleurostomijai; pleurostomos suformavimo metodika, priežiūros ypatumai. Liekamosios pleuros ertmės plastika. Klinikinis pavyzdys.

ATVIRŲ LŪŽIŲ GYDYMO YPATUMAI

A. Pamerneckas

Lietuvos traumų draugija

Terminologija. Traumos mechanizmo svarba. Pirminė žaizdos apžiūra. Ankstyvas antibakterinis gydymas. Atviro kaulų lūžio klasifikavimas. Gydymo strategijos parinkimas. Žaizdos pasėlio svarba. Indikacijos etapiniam gydymui. Žaizdos pradinis chirurginis gydymas. Etapinio atvirų kaulų lūžių gydymo ypatumai. Lūžusių kaulų stabilumo svarba. Aktyvaus žaizdos gydymo ypatumai. Slaugytojos vaidmuo gydant atvirą kaulų lūžį. Popieriaus svarba gydant atvirus kaulų lūžius.

DIDELĖS ENERGIJOS SĄLYGOTI TRAIŠKYTINI AUDINIŲ SUŽALOJIMAI

D.Rainys, L.Pilipaitytė, R.Grikėnaitė, R.Rimdeika

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Ivadas: Didelės energijos sąlygoti traiškytini galūnių sužalojimai išlieka reikšminga problema medicinoje. Nepaisant, kad pagerėjo skubi pirminė pagalba, mikrochirurgijos technika, kaulų lūžių gydymo galimybės, vis dėlto iškyla nemažai sunkumų ir diskusijų, kai reikia priimti sprendimą amputuoti ar stengtis išsaugoti sutraiškytą galūnę. Egzistuoja keletas sužalojimą vertinančių skalių, tačiau prognostine prasme jos nėra tikslios, todėl gydymo taktika parenkama įvertinus individualius veiksnius kiekvienos traumos metu.

Metodai: apžvelgiama medicinos literatūra, susijusi su traiškytinių galūnių sužalojimo vertinimu ir gydymu. Problematika iliustruojama klinikiniu atveju. Pristatomas pacientas, patyręs politraumą kartu su kojos traiškytiniu sužalojimu, kurio gydymui pasirinkta galūnės išsaugojimo taktika, atliktos rekonstrukcinės operacijos, tačiau invalidizuojančios traumos pasekmės išliko kasdieninis paciento palydovas.

Rezultatai ir išvados: traiškytinių galūnių sužalojimų gydymas kelia nemažai diskusijų, ilgai trunka, reikalauja individualių fizinių, psichologinių, socialinių ir finansinių resursų. Egzistuoja nemažai gydymo protokolų ir vertinimo skalių, tačiau vieningo priimtino sprendimo nebuvimas apsunkina pagrindinio gydymo tikslo - išlaikyti maksimaliai funkcionalaus ilgio galūnę - siekimą.

ODOS PERSODINIMAS. ODOS TRANSPLANTATŲ FIKSAVIMO YPATYBĖS

E. Zacharevskij¹, K. Baužys², P. Bortkevičius², R. Rimdeika¹

1 Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

2 Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Odos persodinimas viena dažniausių chirurginių procedūrų atliekamų šiuolaikinėje rekonstrukcinėje chirurgijoje. Tai gana paprastas ir efektyvus metodas, kurį savo praktikoje taiko ne tik plastikos chirurgai, bet ir kitų specialybių gydytojai (ortopedai traumatologai, bendrieji chirurgai, dermatologai). Atliekant odos persodinimą, svarbu teisingai nuspręsti, koks transplantato tipas labiau tinka defekto rekonstrukcijai, parinkti optimalią donorinę sritį, suteikti visas galimas sąlygas transplantato prigijimui. Svarbūs aspektai - donorinės žaizdos priežiūra ir estetika, ypač veido atkuriamojoje chirurgijoje.

Pilno odos storio transplantatą sudaro epidermis ir visa tikroji oda. Dalies odos storio transplantatas susideda iš epidermio ir skirtingo storio tikrosios odos sluoksnio.

Dalies odos storio transplantatai, ypač ploni, pasižymi geromis prigijimo savybėmis, bet linkę susitraukti, jautrūs traumatizacijai, pasitaiko pigmentacijos netolygumų. Dažnai naudojami perforuoti dalies odos storio transplantatai, kurių kosmetinis efektas vertinamas mažiau nei vidutinis, bet minimali hematomų ir seromų susidarymo rizika po transplantatu. Ypač tinka netolygiems defektų paviršiams padengti, didelio ploto žaizdų plastikai. Donorinė vieta gali būti naudojama keletą kartų transplantato paėmimui.

Pilno odos storio transplantatams būtinas gerai vaskuliarizuotas žaizdos dugnas. Prigijimo laikas kiek ilgesnis palyginus su dalies odos storio transplantatais. Kosmetiškai atrodo daugiau natūralūs, mažai susitraukia, pasižymi geru elastingumu, atsparumu traumoms ir naujai aplinkai. Tinka nedidelių defektų plastikai, kartu galima persodinti plaukų folikulus. Geriau atsistato transplantato inervacija, išlieka prakaito ir riebalinių liaukų veikla.

LSMUL Kauno Klinikose Plastinės ir rekonstrukcinės chirurgijos klinikoje gydant odos onkologinius susirgimus veido srityje, taikoma auglio ekscizija sveikų audinių ribose. Nesant galimybei susiūti susidariusio minkštųjų audinių defekto kraštų pirmine chirurgine siūle, dažniausiai taikomas plastikos būdas - chirurginės žaizdos padengimas pilno odos storio autotransplantatu. Aktualus kokybiškas odos transplantato fiksavimas ir išsaugojimas pacientams, gydomiems dienos chirurgijos stacionare, kai gydymo kontrolei pacientai atvyksta praėjus maždaug dviem savaitėms po operacijos.

VAKUUMINĖ ŽAIZDŲ TERAPIJA (VAC)

D. Geležauskas

Vilniaus universiteto ligoninės Santariškių klinikos

Darbo tikslas: Pristatyti Lietuvoje naują ūminių ir lėtinių žaizdų gydymo metodą, kurio esmė - neigiamo slėgio sudarymas žaizdoje, kuris skatina žaizdos išsivalymą, drenažą, granuliacinio audinio formavimąsi, žaizdos kontrakciją, persodintos odos greitesnę prigijimą. Šis metodas naudojamas gydant ūmines ir lėtines žaizdas, potrauminius audinių defektus. Jį galima taikyti siekiant geresnio dirbtinės odos Integra prigijimo.

Darbo metodai: Žaizdoms gydyti naudojome KCI V.A.C. (Vacuum Assisted Closure) vakuuminę žaizdų gydymo sistemą. V.A.C. sistemą sudaro vakuuminis siurblys, palaikantis žaizdoje neigiamą 25-200 mm Hg stulpelio slėgį, poliuretatinės ir polivinilinės kempinės, skysčio surinkimo indas, drenas su lipniu antgaliu, konektorius ir lipnios hermetizuojančios plėvelės.

Pirmą kartą mūsų ligoninėje šis metodas panaudotas gydant ligonį su nudegimų trauma 2009 m liepos mėn.

Mūsų ligoninėje nuo 2009 m liepos mėn. iki 2013 metų VAC metodas taikytas 31 ligoniui. Pagrindinės šio metodo taikymo indikacijos buvo: gilūs nudegimai, pragulų opos, nušalimas (po nekrektomijos), dirbtinės odos Integra persodinimas, negyjančios operacinės žaizdos po mielomeningocelės operacijos.

Darbo rezultatai: Visi V.A.C. metodu gydyti ligoniai pasveiko. Sutrumpėjo gydymo laikas, sumažėjo gydymo išlaidos.

Darbo išvados: Mūsų pirmas patyrimas taikant V.A.C. sistemą parodė, kad šis gydymo metodas tinka įvairių žaizdų gydymui. Žymiai pagreitina žaizdų gijimą, pašalina žaizdų infekciją, pagreitina skelto odos transplantato prigijimą. Metodas yra saugus ir neskausmingas.

STOMŲ PRIEŽIŪRA, DAŽNIAUSIAI PASITAIKANČIOS KOMPLIKACIJOS

S. Švagždys

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Stomos suformavimas – dažnas veiksmas, atliekamas baigiant storosios žarnos operacijas dėl piktybinių ar sisteminių uždegiminių ligų. Stomos gali būti nuolatinės ar laikinos, galinės ar kilpinės. Stomos suformavimas yra gana nesudėtingas veiksmas, dažnai atliekamas jaunesniųjų chirurgų. Tačiau pats stomos suformavimas susijęs su liguistumu, o komplikacijų pasekmės gali būti pavojingos gyvybei. Deja tyrimų stomos suformavimo ir priežiūros klausimais yra labai mažai. Stomos vieta pilvo sienoje yra abai svarbus faktorius, lemiantis pacientų gyvenimo kokybę ir komplikacijų dažnį. Todėl labai svarbu pažymėti būsimos stomos vietą prieš operaciją. Nustatyta, kad pacientai, kuriems prieš operaciją buvo pažymėta būsimą stomos vietą, komplikacijų buvo mažiau. Prieš operaciją supažindinti su būsimu kūno pasikeitimu pacientai po operacijos jautėsi geriau.

Parastominiai odos pakenkimai vieni iš dažniausių stomos komplikacijų, pasitaikančių įvairiu pooperaciniu laikotarpiu. Kaip tik šios komplikacijos gana dažnai nefiksuojamos, o jas nustačius sunkiai klasifikuojamos. Nuo 2008 metų priimta nauja peristominės odos pažeidimų klasifikavimo skalė (SACS) labai palengvina vertinimą ir tolimesnio gydymo pasirinkimą bei rezultatų vertinimą. Stomos nekrozė reta, tačiau pavojinga ankstyva stomos komplikacija dažnai gydoma pakartotine operacija. Stomos įkirtimas po operacijos dažniau diagnozuojamas ansvorį turintiems pacientams. Viena iš dažniausių vėlesniu laiku atsirandančių komplikacijų yra parastominė išvarža. Dažniausiai diagnozuojamos kolostomas turintiems pacientams (apie 48 proc. galinių kolostomų). Parastominių išvaržų gydymas remiasi pooperacinių išvaržų principais. Deja atviras žarnos spindis operaciniame lauke ir pooperacinės žaizdos aplinkoje riboja hernioplastikos metodų pasirinkimą ir sukelia daug diskusijų gydymo taktikos klausimais.

Stomos iškirtimas ir stenozė rečiau pasitaikančios vėlyvosios komplikacijos, mažiau įtakančios pacientų gyvenimo kokybę. Dažniausiai jos priklauso nuo operacijos aplinkybių.

Peristominė gangrenuojanti pioderma labai reta, tačiau sunkiai pasiduodanti gydymui dažniausiai sisteminė uždegimine patologija sergančiųjų komplikacija.

Apibendrinimas: Planuojant baigti operaciją stoma labai svarbus paciento priešoperacinis supažindinimas ir stomos vietos nustatymas. Labai svarbus nuolatinis pacientų turinčių stomą stebėjimas, stomos priežiūra ir savalaikė komplikacijų diagnostika bei gydymas.

DIABETINĖS PĖDOS PRIEŽIŪRA

L. Petrauskienė

Panevėžio ligoninė

Cukrinis diabetas - lėtinė endokrininė liga. Šiai ligai būdingas padidėjęs gliukozės kiekis kraujyje dėl insulino trūkumo ar netinkamo jo veikimo.

Dėl nejudrios gyvensenos ir nesveikos mitybos įpročių sergančiųjų diabetu nuolat daugėja.

Nekompensuoto ar blogai kontroliuojamo diabeto pasekmės - komplikacijos.

Antrinė diabeto komplikacija - diabetinė pėda. Tai įvairūs išopėjimai, infekcija, giliųjų audinių destrukcija, sukelta neurologinių ir/ar kraujagyslinių apatinių galūnių pakitimų.

Diabetinės opos nesugyja savaime. Jų atsiradimą lemia vidiniai ir/ar išoriniai veiksniai.

Opos klasifikuojamos pagal Wagner nuo 0 iki 5 balų skalę.

Diabetinės pėdos gydymo esmė:

1. mažinti ir normalizuoti glikemiją kraujyje
2. žalingų įpročių atsisakymas
3. ligos valdymas - jame turi dalyvauti ir pats sergantysis ar jo artimieji
4. savalaikė podiatrinė pagalba, tinkama opų priežiūra ir gydymas

Antrus metus Lietuvoje išsibėgėja diabetinės pėdos kabinetų steigimasis ir darbas, kur diabeto ligoniams, siunčiamiems šeimos gydytojui, teikiama kvalifikuota pagalba.

Diabeto ligonių slaugos akcentai, slaugos personalo pastabumo svarba nejudrių stacionaro ligonių pėdų būklei.

Galima ilgą laiką išvengti pėdų komplikacijų, jei diabetu susirgęs žmogus laikosi jam pateiktų rekomendacijų ir sąmoningai saugo pėdas nuo įvairių rizikos veiksnių. Tokių veiksnių pašalinimas padeda išvengti hospitalizacijos ir/ar amputacijos.

Kojomis ir pėdomis reikia rūpintis nuolat, nes nuo jų būklės priklauso bendra savijauta ir gyvenimo kokybė.

ILGALAIKIO GULĖJIMO PASEKMĖS

B.Siparytė

Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

Iki 1950 metų gulimas režimas buvo taikomas traumų, ūmių ir lėtinių ligų gydyme, bet fiziologinis efektas nebuvo pilnai išaiškintas ir suprastas, kaip ir nebuvo įvertintas neigiamas jo poveikis nepažeistoms kūno sritims. Per pastaruosius dešimtmečius pradėta tyrinėti gulimo režimo pasekmes. Moksliniai tyrimai su sveikais asmenimis, kuriems buvo paskirtas gulimas režimas ir su astronautais esančiais mikrogravitacijos sąlygose parodė žymų gulimo režimo nepageidaujamą poveikį, kuris gali panaikinti net terapinį gulimo režimo efektą. Gulimo režimo neigiamas poveikis veikia daugelį organizmo sistemų. To pasėkoje vystosi adinamija – viso organizmo nusilpimas. Mažėja raumenų jėga ir ištvėrmė, išsivysto kontraktūros, mažėja širdies ir kraujagyslių sistemos funkcinis pajėgumas, pasireiškia ortostatinės reakcijos vertikalizacijos metu, didėja hipostazinės pneumonijos bei venų trombozės rizika. Imobilizacinė osteoporozė viena iš komplikacijų, kai sumažėjęs krūvis kaulams bei padidėjęs osteoklastų aktyvumas mažina kaulinę masę. Todėl svarbu numatyti komplikacijas, kurios kyla ligoniui nejudant. Daugelio jų galima išvengti, tik reikia laiku atpažinti, o kompleksinis gydymas leidžia jas išgydyti. Pagrindinės ilgalaikio gulėjimo prevencijos priemonės yra: tinkamos kūno ir galūnių padėties užtikrinimas, fizinė aktyvacija, ankstyva vertikalizacija, raumenų elektrostimuliacija, intermituojanti kompresija, kineziterapija.

SLAUGYTOJO VAIDMUO PRAGULŲ PROFILAKTIKOJE

S. Rimkuvienė

Kėdainių pirminės sveikatos priežiūros centras

Šiandieninė demografinė situacija – visuomenė senėja, ligos „jaunėja“ daugėja sunkiau judančių ir save apsitarnaujančių pacientų. Slaugytojo ir paciento (jo artimųjų) bendradarbiavimas, teikiant pacientui sveikatos priežiūros paslaugas, yra esminis kokybės vadybos principas sveikatos priežiūroje. Slaugytojai vaidina svarbų vaidmenį užtikrinant pacientų gyvenimo kokybę sveikatos priežiūroje ir galinti padėti išvengti nepalankių ir nepageidaujamų situacijų.

Pranešimo tikslas – atskleisti slaugytojo vaidmenį pragulų profilaktikoje.

Lėtinės ligos yra svarbiausia pagyvenusių ir senų žmonių sveikatos sutrikimo priežastis. Natūralūs degeneraciniai organizmo pakitimai, ligos, dažniau pasitaikančios žmogui senstant, neretai sąveikauja viena su kita ir sudaro įvairias sveikatos sutrikimų grupes. Piktybiniai navikai, traumos, taip pat priskiriami prie lėtinių ligų, o jie gali pasitaikyti įvairios amžiaus grupės pacientams. Slaugytojas su šiais pacientais dažnai susiduria kasdieninėje savo praktikoje. Jo uždavinys – pasiekti kuo geresnės pacientų ir jų šeimos narių gyvenimo kokybės, padėti užtikrinti aktyvų gyvenimą, apmokyti ir suteikti informacijos lėtinių ligų slaugos klausimais.

Yra daug lėtinių sveikatos sutrikimų, dėl kurių sumažėja paciento fizinis aktyvumas ar net tenka laikytis gulimojo režimo. Tai visų pirma psichologinė trauma, kylanti dėl didėjančios priklausomybės nuo aplinkinių šeimos narių bei savęs, kaip naštos kitiems, suvokimas. Sunkaus ligonio neišskyrimas iš bendruomenės teigiamai veikia slaugos proceso ir gyvenimo kokybės pokyčius tiek paties ligonio, tiek jo artimųjų atžvilgiu. Pagrindinės šiandienos problemos: nėra vieningos slaugymo kokybės sistemos, neišplėtotą slaugą namuose, neužtikrintas slaugos paslaugų tęstinumas.

Pragulų gydymas yra viena sudėtingiausių ilgalaikės pacientų priežiūros problemų. Pragulos – tai vietinis išeminiis odos, poodinių ir gilesnių audinių pažeidimas, išsivystęs sutrikus audinių mitybai dėl nepakankamo audinių aprūpinimo deguonimi, sutrikus kraujotakai, spaudžiamose kūno paviršiaus vietose. Joms atsirasti turi reikšmės keturi faktoriai: audinių suspaudimas, plėšimo jėga, trintis, maceracija. Pagrindinis principas yra, tai, kad ligonis kuo trumpiau gulėtų ar sėdėtų vienoje padėtyje, ypač mažinant spaudimą ten, kur atsikišę kaulai.

Pagrindiniai pragulų profilaktikos principai:

- Suteikti pacientui ir jo artimiesiems žinių apie pragulas, jų požymius, komplikacijas ir rizikos veiksnius joms atsirasti.
- Reguliarus kūno padėties keitimas.
- Spaudimą mažinančių pagalbinių priemonių vartojimas.
- Tinkama odos priežiūra-švarios ir nepažeistos odos išsaugojimo būdai.
- Teisinga kilnojimo technika.
- Sekti odos kraujotakos atsistatymo laiką.
- Pilnavertės dietos parinkimas ir reikiamo skysčių kiekio palaikymas.

Galima naudoti daugelį metodų, tačiau svarbiausia įvertinti gautus rezultatus bei nustatyti ar naudotas metodas efektyvus. Visada lengviau nuo pragulų apsisaugoti negu vėliau jas gydyti!

PRAGULŲ PREVENCIJA: TVARSČIŲ REIKŠMĖ

D. Kubilius¹, V. Vilkickaitė²

¹ Lietuvos sveikatos mokslų universiteto ligoninė Kauno klinikos

² Lietuvos sveikatos mokslų universitetas

Tikslas: Nustatyti, ar minkšto silikono putų poliuretano tvarstis gali sumažinti kryžmeninės srities ligoninėje įgytų pragulų dažnį intensyviosios terapijos (IT) skyriuje.

Metodai: Buvo atlikti du nepriklausomi tyrimai skirtingų ligoninių IT skyriuose.

Pirmojo tyrimo metu buvo lyginamas pacientų įgyjančių pragulas skaičiaus pokytis pradėjus naudoti Mepilex Border tvarstį pragulų prevencijai.

Antrojo tyrimo metu buvo išskirtos dvi grupės; vienos grupės pacientams buvo klijuojamas Mepilex Border tvarstis, kitos grupės pacientai buvo gydomi nenaudojant tvarščų pragulų prevencijai.

Rezultatai: Buvo stebimi 273 ir 41 pacientas (314) patekę į IT skyrių, kuriems buvo taikoma pragulų prevencija Mepilex Border tvarščiu. Iš pirmosios grupės 5 pacientams išsivystė pragulos (3-ims – 4-os stadijos; 2-iems – 2-os stadijos) iš kurių 4 mirė. Mirusiems buvo nustatytos šios diagnozės: kvėpavimo nepakankamumas, sepsinis šokas, sepsis ir ŽIV. Pragulas įgyję pacientai sudarė 1,8 % visų IT skyriaus pacientų. Ankstesnis pragulas įgyjančių pacientų skaičius sudarė 13,6%. Antrojoje grupėje, kurioje buvo naudojamas Mepilex Border, IT skyriaus pacientai pragulų neįgijo. Palyginamojoje grupėje, kurioje nebuvo naudojamas Mepilex Border 6 iš 52 pacientų įgijo pragulas.

Išvados: Mepilex Border naudojimas kryžmens srityje sumažino ligoninėje įgyjamų pragulų išsivystymo tikimybę

Šaltiniai:

Nancy Chaiken ANP-c, CWOCN, Mark Richardson RN, BSN, CCRN, Chuck Rosenberg RN, MBA; Reduction of Hospital Acquired Sacral Pressure Ulcers in the Intensive Care Unit Utilizing a Soft Silicone Dressing. Swedish Covenant Hospital, Chicago, Illinois.

C. Tod Brindle, BSN, RN, ET, CWOCN, CLIN IV Use of an absorbent soft silicone self-adherent bordered Foam dressing* to decrease sacral pressure ulcers in the surgical trauma ICU. Virginia Commonwealth University Health System, Richmond, VA

© Lietuvos žaizdų gydymo asociacija

www.lzga.lt

ISBN 978-609-95505-0-3