

**История создания и подходы к
актуализации
Протокола ведения больных
«Пролежни»**

*Ю. В. Бурковская
Первый МГМУ им И.М. Сеченова
Москва*

Пролежни являются серьезным осложнением у больных с нарушенным питанием тканей как под воздействием внешнего сдавления, так и в результате различных системных заболеваний.



Клинически более правильным является обозначение данного патологического процесса как язвы, образующейся вследствие давления. Некротические язвы, обусловленные давлением, издавна привлекали внимание хирургов. Постепенно выявлялись различные факторы, влияющие на их возникновение и развитие.

Амбруаз Паре (1585) обратил внимание на устранение давления как главное условие успешного лечения пролежней.

Brown-Sequard (1852) считал, что помимо давления на кожу решающим фактором в процессе развития некротических язв является влажность.

Munro (1940) в своих исследованиях показал, что нарушения вегетативной нервной системы приводят к развитию некроза кожи. В дальнейшем на основании сформировавшихся взглядов на патогенез пролежневых язв предлагались различные методы лечения.

Лечение

Закрытие большого язвенного дефекта путем пересадки кожного лоскута (Brooks и Duncan, 1940) или перемещения кожно-мышечного лоскута (White с соавт., 1945), иссечение язвы с последующим заживлением первичным натяжением (Lamon и Alexander, 1945), удаление костных выступов под язвой и замещение их мышечными лоскутами в качестве мягкой прокладки (Kostrubola и Greeley, 1947).

Во второй половине XX века в связи с уточнением биомеханики образования пролежневых язв основным в решении этой проблемы явилось профилактическое направление.

Распространенность пролежней у пациентов в развитых странах примерно одинакова и составляет **16 %** осложнений других заболеваний (США и Великобритания). При этом, по результатам специального исследования в США (G.H. Brandeis, J.N. Morris, 1990), если уходом за больными занимались специально обученные сиделки, то распространенность этого осложнения снижалась до **8,1 %**.

Летальность у больных с пролежневыми язвами, по данным различных авторов, колеблется в широких пределах (**21–88,1 %**). Локализация пролежней зависит от положения больного. В лежачем положении наибольшее давление у человека испытывают области крестца, ягодиц, пяток и затылка (**40–60 мм рт.ст.**). В положении лежа на животе давление до **50 мм рт.ст.** приходится на область коленей и груди. В сидячем положении при опоре ногами на твердую поверхность наибольшее давление испытывают ткани в области седалищных бугров, и оно составляет примерно **10 мм рт.ст.** В некоторых случаях при вынужденном длительном положении пролежневые язвы могут возникнуть в области больших вертелов, мышечков бедра, пяток, лодыжек и в других областях. Однако наиболее типичным местом образования язв являются крестец и седалищные бугры (**60 % всех пролежней**) (I.H. Leigh, G. Bennet, 1994).

Частота возникновения пролежней у госпитализированных больных составляет от **2,7 до 29%**, достигая **40-60%** у пациентов, перенёсших позвоночно-спинномозговую травму. В медико-профилактических учреждениях по уходу в Англии пролежни образуются у **15-20%** пациентов. Организация качественного ухода, которым занимаются специально обученные сиделки, позволяет снизить частоту этого осложнения до **8%**.

Лечение больных с пролежнями - серьёзная медицинская и социальная проблема.

Увеличивается продолжительность госпитализации пациента, появляется потребность в дополнительных перевязочных и лекарственных средствах, инструментарии, оборудовании.

В ряде случаев требуется хирургическое лечение пролежней.

Оценочная стоимость лечения пролежней у одного пациента в США составляет от **5000 до 40 000 долларов**. В Великобритании затраты на уход за пациентами с пролежнями оценивают в **200 млн фунтов стерлингов**, они ежегодно возрастают на **11%**.

Нужно учитывать и нематериальные затраты: **тяжёлые физические и моральные страдания**, испытываемые пациентом.

Возникновение пролежней часто сопровождается выраженным болевым синдромом, депрессией, инфекционными осложнениями (абсцесс, гнойный артрит, остеомиелит, сепсис).

Развитие пролежней сопровождается неизменно высокой летальностью. Так, смертность у пациентов, поступивших в дома престарелых с пролежнями, по разным данным составляет от **21 до 88%**.

**Россия – несколько миллионов
Америка – 1, 8 миллионов**

Перелом шейки бедра – более 60%

Ягодицы, бедра, ноги – более 95%

- из них:

крестец – 36%

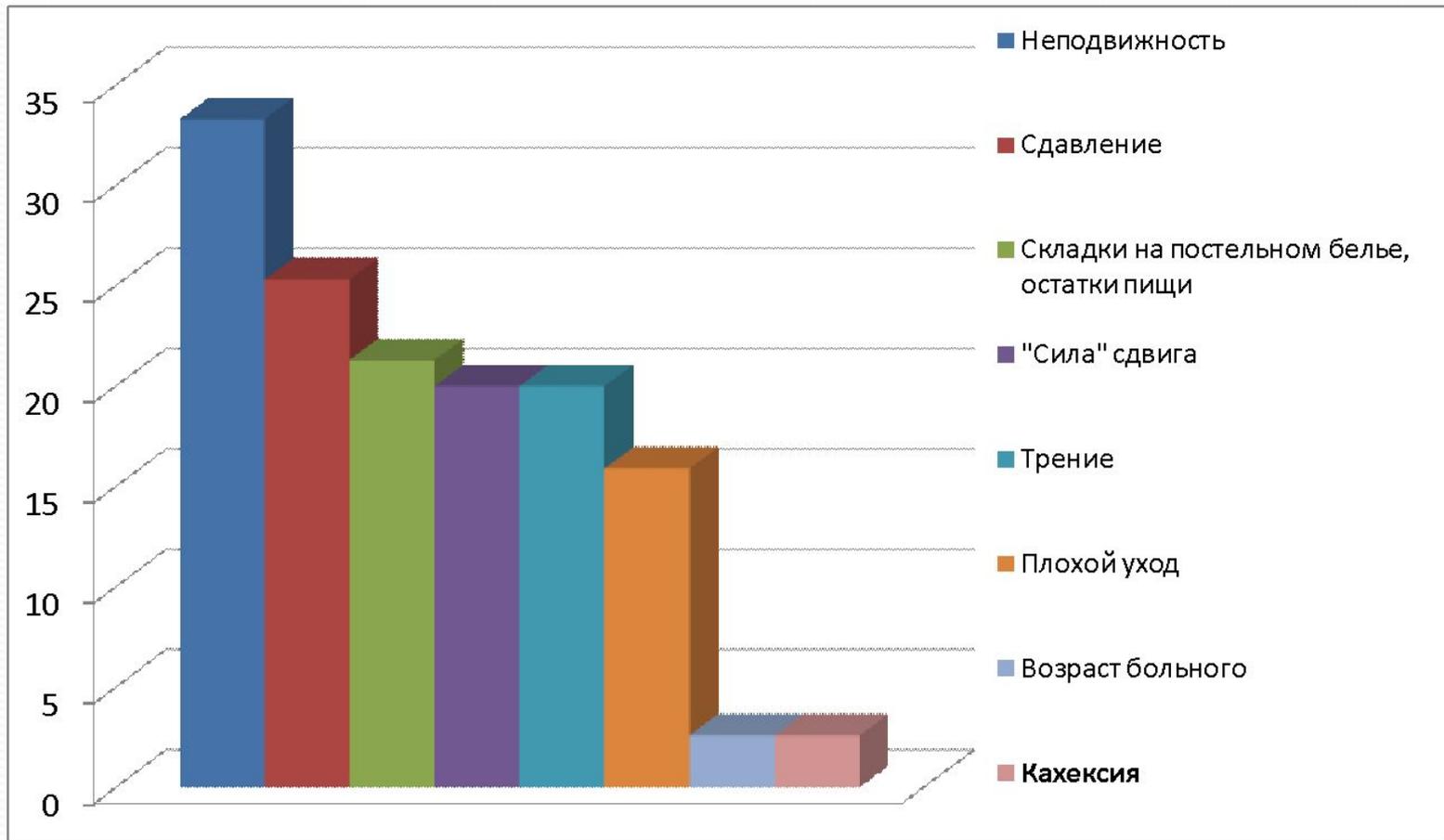
пятки – 30%

Умирает от осложнений – 8%

70 лет и выше – 70%

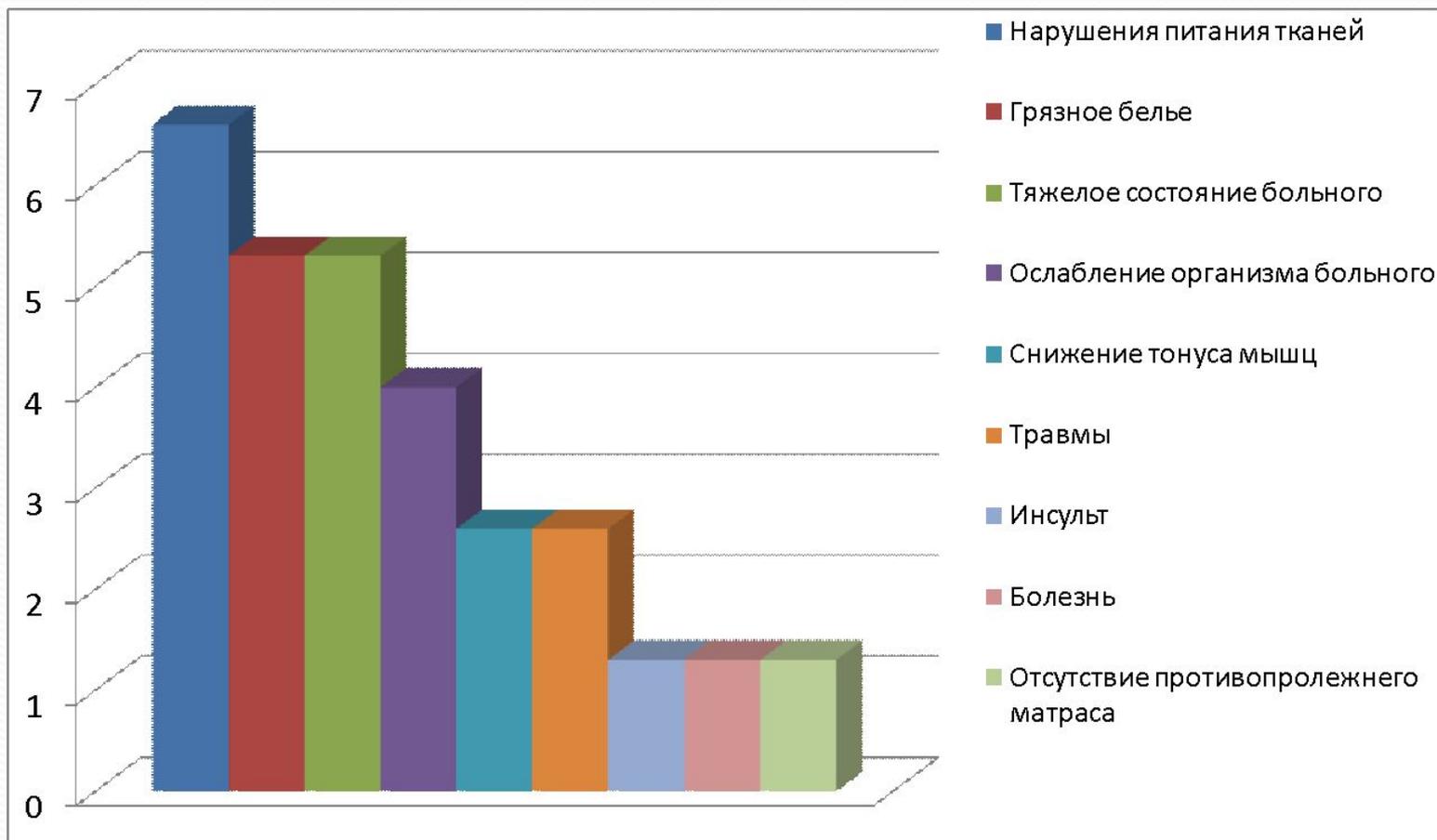
Факторы, действительно создающие риск возникновения пролежней

(с) И.И. Тарновская, 2001



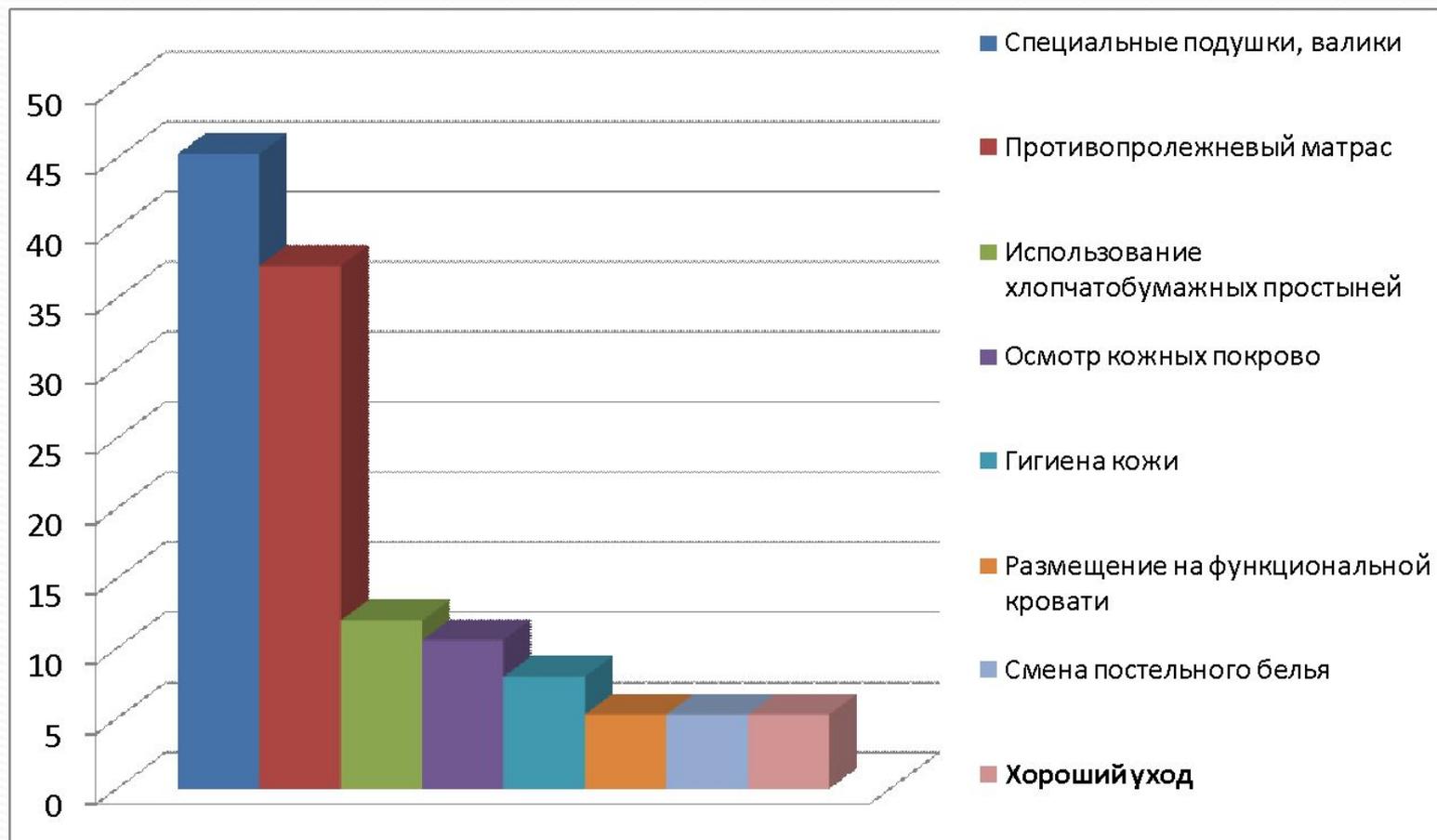
Неверные ответы медицинских сестер о факторах, способствующих возникновению пролежней

(с) И.И. Тарновская, 2001



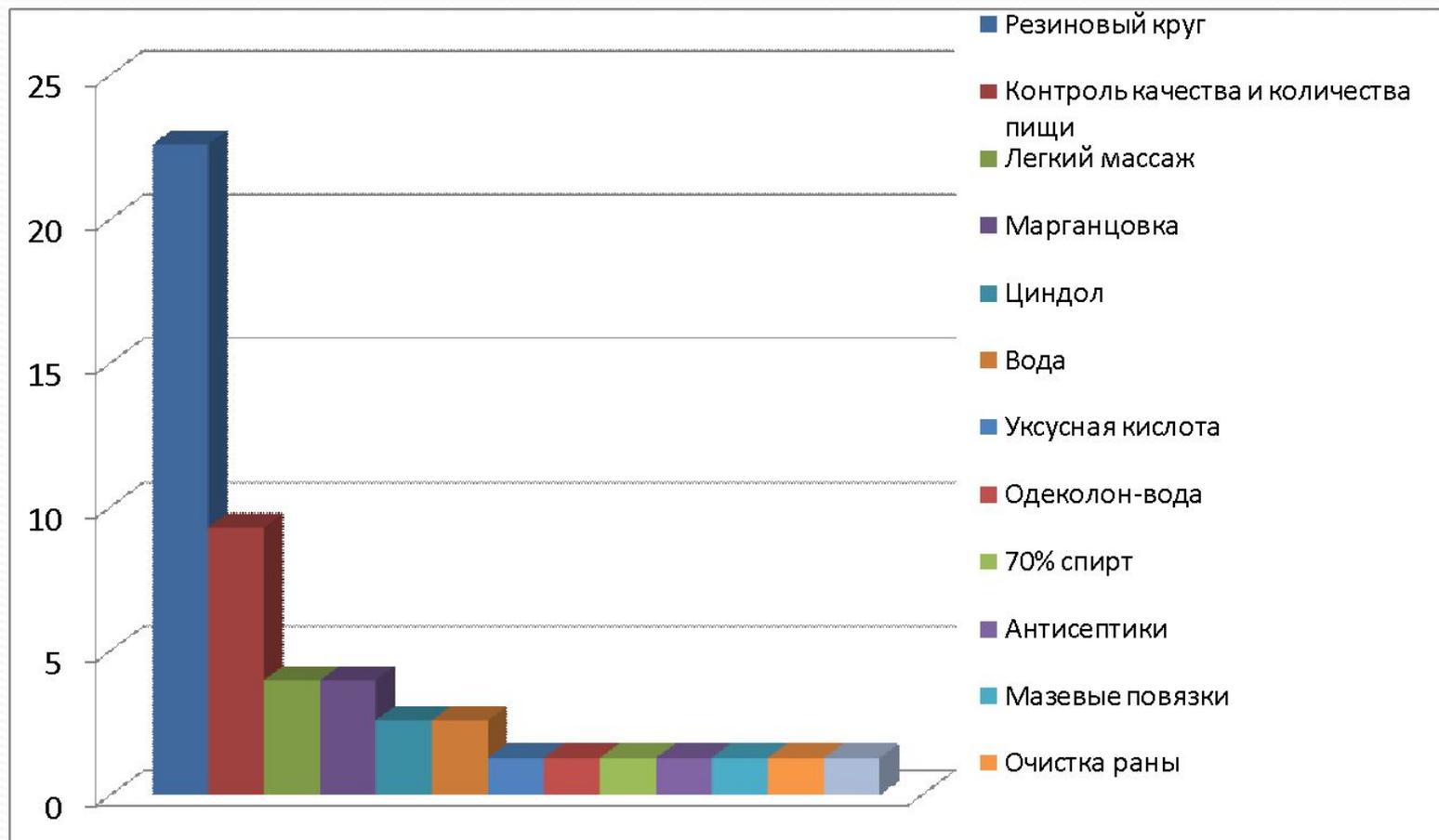
Профилактические мероприятия при высоком риске развития пролежней у пациентов по данным опроса медицинских сестер, %

(с) И.И. Тарновская, 2001



Неверные ответы о профилактических мероприятиях при высоком риске развития пролежней, %

(с) И.И. Тарновская, 2001



Анализ «типичной практики» для перераспределения давления у пациентов с риском развития пролежней в отечественных медицинских учреждениях

(с) Тарновская, 2001

Изменение положения пациента в постели или в кресле «несколько раз в день»	Малоэффективно
Резиновый круг помещают под крестец	Неэффективно
Ватно-марлевые круги помещают под локти	Неэффективно
«Стряхивание» крошек с постели и расправление постельного и нательного белья	Малоэффективно
Массаж «рискованных» участков тела	Отрицательный эффект
Гигиенические мероприятия	Отрицательный эффект
Применение противопролежневых матрасов	Малоэффективно

Тип	Основные характеристики	Материал	Принцип действия	Примечания	
Пассивные	Неспециализированные поролоновые	Пенополиуретан вторичного вспенивания	Перераспределение давления	Нет профилактики мацерации кожных покровов	
	Специализированный пенные	Вискоэластик (полиуретан с открытыми ячейками)			
Активные	Ячеистые или пузырьковые (bubble) без микроперфорации	Как правило поливинилхлорид	1. Перераспределение давления 2. Периодическая смена мест контактной поверхности	Нет профилактики мацерации кожных покровов	
	Ячеистые или пузырьковые (bubble) с микроперфорацией	Как правило поливинилхлорид		Предусмотрен обдув кожных покровов	
	Трубчатые ячейки высотой 13-18 см, размещается на стандартном матрасе, накладной (overlays), переменное давление	Большое разнообразие, предпочтение сочетанию нейлона с ламинацией полиуретаном		1. Перераспределение давления 2. Периодическая смена мест контактной поверхности	Обдув кожных покровов обязателен
	Трубчатые ячейки высотой более 18 см, размещается вместо стандартного матраса, заместительный (replacement), переменное давление				
	Комбинированные: высокие трубчатые ячейки на пенной основе, размещается вместо стандартного матраса, заместительный (replacement), переменное давление				
	Постоянные низко потокового давления на основе трубчатых ячеек высотой более 18 см, заместительный				
		Принцип воздушной подушки			

Утверждаю

Министр здравоохранения
Красноярского края



В.И. Янин

12 2011 год

**О СИСТЕМЕ УПРАВЛЕНИЯ КАЧЕСТВОМ И БЕЗОПАСНОСТЬЮ
МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ В ЧАСТИ КОНТРОЛЯ ОБЪЕМОВ, СРОКОВ,
КАЧЕСТВА И УСЛОВИЙ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В
КРАСНОЯРСКОМ КРАЕ И ВНУТРЕННЕГО КОНТРОЛЯ**

(Методические рекомендации)

Республике Татарстан

2001 год

– в составе Минздрава республики создан отдел качества медицинской помощи и отраслевой стандартизации;

- 2005 год

внедрены: федеральный отраслевой стандарт протокол ведения больных пациентов с риском развития пролежней

aupam.narod.ru

Добрый день, представляю информацию по реабилитации инвалида-колясочника, спинальника и др. на воскресенье 30 июня 20

Меню

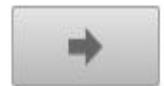
Советы по уходу

- вная
- блиотека
- еоматериалы
- онодательство
- д. реабилитация
- ф. реабилитация
- д. реабилитация
- и-инвалиды
- еты по уходу
- разование
- доустройство
- культура
- аспорт
- отранспорт

[Kreditkort utan årsavgift](#)

BankNorwegian.se/Kreditkort

Försäkringar,bonus,100.000 kreditt. Välj din egen pinkod.



Реклама от Google

Протокол ведения больных. Пролежни

**Приказ Минздрава РФ от 17 апреля 2002 г. N 123
 Об утверждении отраслевого стандарта
 Протокол ведения больных. Пролежни**

По заключению Минюста РФ от 3 июня 2002 г. N 07/5195-ЮД настоящий приказ не нуждается в государственной регистрации (информация опубликована в Бюллетене Министерства юстиции Российской Федерации, 2002 г., N 8)

С целью обеспечения качества медицинской помощи пациентам с риском развития пролежней приказываю:



все для лечения пролежней

Условия доставки

Доставка по Москве – 190 руб. При сумме заказа от 3000 руб – БЕСПЛАТНО для заказов весом до 3 кг

Консультации и заказ

Москва: (495) 789-42-03
Россия: 8-800-555-33-50
звонок по России БЕСПЛАТНЫЙ



Ваша корзина

Карта сайта

Запрос для поиска...

RSS	Лечение глубоких пролежней	Лечение неглубоких пролежней	Заживление чистых пролежней	Профилактика пролежней
-----	----------------------------	------------------------------	-----------------------------	------------------------

- #### Каталог
- Средства для лечения пролежней
 - Средства для очищения гнойных пролежней
 - Заживляющие средства
 - Перевязочные средства
 - Средства для фиксации повязок



1 2 3 4

Полезно зна

Лечение и сред ухода за прол для лежачих (Уход за лежачими требует огромног терпения и сил. Р таких пациентов ч в растерянности, столкнувшись с о ухода и быта пок

Профилактика снижает вероятность развития пролежней на 70%
30 января 2011, 9:52

Применение простых и тщательных правил ухода за лежачими больными привело к сокращению числа новых пролежней у пациентов на 70%. К такому результату привела 2-летняя программа обмена опытом между специалистами в штате Нью-Джерси, США.

За пролежни в США на арест поддают в суд
30 января 2011, 9:52

В США против медицинских центров по уходу за лежачими больными ежегодно возбуждается более 17 тысяч судебных дел с обвинением в допущении развития пролежней у пациентов.

Сколько пациентов страдает от пролежней?
30 января 2011, 9:52

У пациентов группы риска, включая пациентов с переломом шейки бедра, вероятность появления пролежней составляет более 60%. (The National Pressure Ulcer Advisory Panel, Agency for Health Care Policy and Research).

и ненормально пренебрежительная цена!

Выдержки из Отраслевого стандарта "Протокол ведения больных. Пролезни"
Классификация стандарта

Еще в 2002 году Министерством здравоохранения РФ был разработан и введен отраслевой стандарт ведения больных с риском развития пролежней. Данный документ является обязательным для оказания медицинской помощи лежачим пациентам во всех стационарах. Здесь отражены ключевые требования, обязательные для выполнения медицинским персоналом по гигиене, питанию и **обслуживанию** уходу за лежачими больными.

Вы живете не в Москве и Вам необходимо получить средства для лечения пролежней за 1-2 дня? [Укажите свои координаты доставки в Ваш город](#)

Как лечить пролежни?

Нельзя обрабатывать пролежни марганцовкой, перекисью водорода или зеленкой. Очень неэффективное облегчение приносит использование Левомеколя, Солкосерола или подсушивание Стрептоцидом.

При лечении пролежней важно не упустить время: каждый потерянный день означает существенное ухудшение и как следствие – увеличение затрат на более длительное лечение.

Почему нельзя подсушивать пролежень?

Использование таких средств как марганцовка или зеленка не только подсушивает рану, но и травмирует живые клетки. Результат – плотный струп, под которым часто продолжает развиваться патологический процесс. Пролезневшая рана практически никогда не заживает под струпом.

При заживлении хронических язвотекущих ран, к которым относятся пролежни, заживление под струпом идет по закону вторичного натяжения – через нагноение и гранулирование. Сохранение струпа в этих случаях практически всегда приводит к оползению под ним гнойного отделяемого. Результат – болезненная язвотеческая часть раны с удалением струпа и гнойного отделяемого.

Полному правилу NF1 в лечении пролежней – не обрабатывайте их марганцовкой, а сразу же выбирайте современные и действенные средства:

гидроколлоидные повязки (такие как Конфил Плюс), если в пролежне нет инфекции и гноя, используйте для лечебных повязок на основе ферментов (такие как Протеом-ТМ или ПАМ-Т), если уже произошло нагноение пролежня.

Первое, с чего необходимо начать при лечении пролежней – определить состояние раны. Самый важный фактор – наличие или отсутствие воспаления, гноя и некротической ткани в ране. Также оцените размер пролежня – его диаметр и глубину.

Если в пролежне есть воспаление, появился гной, присутствует некротическая ткань

**Форма для подачи предложений по актуализации
отраслевого стандарта «Протокол ведения больных.
Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) утвержденный
приказом МЗ РФ от 17.04.2002 № 123**

№п/п	Старая редакция ОСТ «ПВБ. Пролежни» с указанием ссылки стр., раздел, пункт	Новая редакция ОСТ «ПВБ. Пролежни» с изменением, дополнением	Обоснование

1. По СТРУКТУРЕ протокола внести следующие изменения: в подраздел 6.1 «Модель пациента» добавить следующие параграфы:

а. Особенности медикаментозного лечения и профилактики пролежней.

б. Особенности немедикаментозного помощи при пролежнях (в данный раздел целесообразно вписать «Школу ухода за пациентом»).

Медсестра должна знать группы медикаментозных средств, применяемых для лечения и профилактики пролежней.

Помимо медикаментозных средств есть перечень немедикаментозных средств, которые целесообразно выделять в отдельную группу (например, оценка риска развития пролежней, динамика развития пролежней, перемещение пациента в постели, оценка силы боли).

<p>В п. 6.1.3 Условия оказания медицинской помощи.</p> <p><i>Функциональное назначение медицинских услуг профилактика.</i></p>	<p><i>Функциональное назначение медицинских услуг профилактика и лечение I и II стадии развития пролежней.</i></p>	<p>В целях и задачах стандарта указано и лечение и профилактику.</p>
--	--	--

<p>В п. 6.1.7 Требования к уходу пациентом вспомогательным процедурам части ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПАЦИЕНТОМ. 13.31.004 Обучение близких уходу за тяжелобольными. Кратность: ежедневно однократно</p>	<p>13.31.004 Обучение ухаживающих за тяжелобольными. Кратность выполнения: однократно в рамках Школы ухода за пациентом и по мере потребности</p>	<p>Ухаживающий может быть не близким родственником</p>
--	---	--

<p>Требования к уходу пациентом вспомогательны м процедурам в части</p> <p>ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</p> <p>(п.6) Изменение положения тела осуществлять каждые 2 часа, в т.ч. в ночное время</p>	<p>к изменению положения тела и осуществлять каждые 2 часа, в ночное время по потребности пациента.</p>	<p>Если больной спит, то будить его только ради того чтобы перевернуть очень негуманно по отношению к пациенту.</p>
--	---	---

В п. 6.1.7 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам в части ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ (п.10) фразу «Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями (убедительность доказательства С)»

«Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать профессиональные (косметические) средства для ухода за кожей (убедительность доказательства С)».

На сегодняшний день уход должен соответствовать международному уровню. И еще не мало важный фактор – это то, что профессиональные средства намного облегчают процесс ухода за кожей пациента. И сами результаты ухода за кожей будут намного эффективнее чем после обработки жидким мылом.

<p>Раздел «ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ» стр. 13</p> <p>10. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями (убедительность доказательства С).</p>	<p>10. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, <i>использовать</i> <i>профессиональные средства</i> <i>для мытья (моющий лосьон).</i> Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями (убедительность доказательства С).</p>
--	--

<p>В п. 6.1.7 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам в части ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ</p> <p>Внести в Протокол новую сложную услугу «Школа ухода за пациентом»</p>	<p>В раздел Особенности немедикаментозного лечения и профилактики пролежней</p> <p>6.1.1 Организовать Школу ухода за пациентом.</p> <p>Примерный план тем занятий :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Личная гигиена тяжелобольного. • Перемещение тяжелобольного в постели. • Приготовление и смена постельного и нательного белья тяжелобольному. • Причины и места появления пролежней. • Оценка степени риска развития пролежней. 	<p>С одной стороны, Школа ухода позволит разгрузить медицинский персонал, а с другой стороны, позволит обучить ухаживающих за тяжелобольными на высоком уровне. И еще один момент, если внести данную услугу в номенклатуру услуг, то за нее учреждение здравоохранения будет получать деньги. Пока данная услуга в практическом здравоохранении развивается на голом энтузиазме.</p>
--	---	---

<p>Приложение 2</p> <p><i>V. Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть)</i></p> <p>В таблице столбец «Сестринские вмешательства»</p> <p>При недержании:</p> <ul style="list-style-type: none">- мочи - смена подгузников каждые 4 часа,- кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	<p>При недержании:</p> <p>Рекомендуемый режим использования абсорбентов: 3 подгузника дневных в течение дня (впитываемость экстра) и 1 подгузник ночной на ночь (впитываемость супер) с последующей бережной гигиенической процедурой которая проводится при помощи профессиональных средств по уходу за кожей.</p>	<p>Средства по уходу за кожей должны быть прописаны в стандарте. На сегодняшний день ЛПУ не могут это закупать, т.к. они не прописаны в формулярных списках для централизованных закупок.</p>
--	---	---

Раздел

«ОСОБЕННОСТИ

УХОДА ЗА

ПАЦИЕНТОМ»

1. Размещение

пациента

на функциональной

кровати (в условиях

больницы).

на

Размещение пациента только на функциональной кровати (3-х секционных). В профильных отделениях необходимо иметь противопролежневые системы (с электро-компрессором) 10% от коечного фонда отделения, на 50% сократит риск образования пролежней. Применение одноразовых средств гигиены при уходе за лежачими больными т.е. серия губок, перчаток (волоконистые, пенообразующие), которые удобны в обращении и соблюдают все нормы гигиены. Применение гипоаллергенных средств гигиены в процессе работы данных средств хорошо стимулируют кровообращение, производят качественную очистку тела, а также обладают защитным слоем для кожи от инфекций. Применение различных средств фармпорядка (местно).

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения.

С этой целью предложено много оценочных шкал, к числу которых относятся:

шкала Norton (1962);

шкала Waterlow (1985);

шкала Braden (1987);

шкала Medley (1991) и другие.

ШКАЛА ВАТЕРЛОУ

Строение тела/ вес в соотношении с ростом		Тип кожи/оптические определяемые зоны риска		Пол возраст		Особые риски	
среднем	0	здоровая	0	мужской	1	недостаточное питание тканей	
выше среднего	1	истончение тканей	1	женский	2	терминальная кахексия	
ожирение	2	сухая	1	14-49	1	сердечная недостаточность	
кахексия	3	отёчная	1	50-64	2	Периферийное заболевание сосудов	
		холодный пот (температура)	1	65-75	3	анемия	
		бледная	2	75-80	4	курение	
		повреждённая, болезненная	3	81+	5		

недержание		мобильность		аппетит		неврологический дефицит	
Полное/катетер	0	нормальное	0	средний	0	Диабетическая невропатия, MS	0
Иногда недержание	1	неспокойный	1	неудовлетворительный	1	апплексия, моторная/сенсорная, параплегия, тетраплегия	1
катетер/недержание стула	2	апатия, ограничена	2	питание через зонд/только жидкость	2	большие хирургические вмешательства/ травмы	
недержание стула и мочи	3	гипс (вытяжение)	3	отказ от пищи (голодание)	3	ортопия, операционное вмешательство (более 2 часов)	3
		неподвижность (кресло-каталка)	5			назначение лекарства	
						стероиды, цитостатики, противовоспалительные препараты высокой дозировки	3

В Германии данная шкала не была внедрена, специалисты в области ухода считают, что она может найти свое применение у хирургических пациентов.

ШКАЛА НОРТОН

А		Б		В		Д		Е	
Физическое состояние		Умственные способности		Активность		Подвижность		Недержание	
хорошее	4	ясное	4	ходит без помощи	4	полная	4	Нет	4
удовлетворительное	3	апатия	3	ходит с помощью	3	слегка ограниченная	3	иногда	3
плохое	2	в замешательстве	2	прикован к инвалидному креслу	2	Очень ограниченная	2	Чаще отмечается недержание мочи	2
очень плохое	1	тупоумие	4	лежащий	1	полностью неподвижен	1	Чаще отмечается недержание мочи и кала	1

ШКАЛА БРАДЕН	Пункт 1	Пункт 2	Пункт 3	Пункт 4
<p><u>Чувствительность</u> способность чувствовать условный раздражитель и адекватно реагировать на него</p>	<p><u>Полная потеря</u> *Нет реакции на болевого раздражитель (также нет стонов, вздрагивания, хватания) по причине снижения чувствительности, вплоть до потери сознания, успокоения седативными средствами. *Неправильные ощущения (боли не чувствуются Большей частью тела).</p>	<p><u>Сильно ограничена</u> *Нет реакции на боле- вые раздражители (также нет стонов вздрагивания, хватания) *Сенсорная чувствительность сильно снижена. Боли не чувствуются большой частью тела.</p>	<p><u>Незначительно ограничена.</u> *Не всегда может быть пере- дана реакция на обращение, потребность в изменении положения. *Сенсорные ощущения частично снижены – боли в одной или двух конечностях не ощущаются.</p>	<p><u>Неограниченна</u> *Реакция на обращение со стороны. *Боли ощущаются и могут названы и описаны.</p>
<p><u>Влажность</u> Объёмы в которых кожа выделяет жидкость</p>	<p><u>Постоянная влажность</u> *Кожа постоянно влажная из-за пота, мочи и т.д. *Сырость обнаруживается при каждом движении.</p>	<p><u>Часто влажно</u> *Кожа часто (но не постоянно) влажная. Бельё должно меняться минимум один раз в смену.</p>	<p><u>Иногда влажно</u> *Кожа время от времени влажная Бельё нужно дополнительно ежедневно менять.</p>	<p><u>Редко влажно</u> *Кожа обычно сухая. Смена белья проводится согласно заведен- ному распорядку.</p>

<p><u>Активность</u> Степень физической активности</p>	<p><u>Лежачие</u> *Невозможность подняться с постели.</p>	<p><u>Прикован к инвалидному креслу</u> *Способность ходить сильно ограничена или отсутствует. *Не может самостоятельно владеть собой. *Нуждается в поддержке когда садится.</p>	<p><u>Ходячий</u> *Ходит часто, но на короткие расстояния (самостоятельно или с помощью поддержки). *Большую часть времени проводит в постели/кресле-коляске.</p>	<p><u>Регулярно ходячий.</u> *Комнату покидает минимум 2 раза в день. *В течение дня выходит из комнаты каждые 2 часа.</p>
<p><u>Мобильность</u> Способность держать и менять положение тела</p>	<p><u>Полная неподвижность</u> *Нет возможности осуществить без помощи даже малейшее изменение положения тела или конечностей.</p>	<p><u>Сильно ограничена</u> *Время от времени не удается самостоятельно изменять положение тела, держать равновесие.</p>	<p><u>Ограничено незначительно</u> *Продолжительное время способен удерживать равновесие и изменять положение тела.</p>	<p><u>Не ограничена.</u> *В течение дня способен удерживать равновесие и изменять положение тела без помощи со стороны.</p>
<p><u>Общие правила питания</u></p>	<p><u>Плохое питание</u> *Никогда не доедает порцию *Редко съедает более 1/3 во время приёма пищи. *Ест две порции белковой пищи (мясо или молочные продукты). *Мало пьёт *Получает пищу через зонд или более пяти дней внутривенно.</p>	<p><u>Возможно недостаточное питание.</u> *Редко съедает всю пищу, обычно только половину. *Ежедневный приём белковой пищи происходит только тремя порциями (молочные продукты, рыба) *Иногда берёт дополнительное питание. *Жидкости получает меньше, чем требуется (питание через зонд)</p>	<p><u>Достаточное питание.</u> *Ест больше чем половина от приёма пищи; в общей сложности четыре порции белковой пищи (молочные продукты, мясо) в день. *Иногда отказывается от еды, но берёт дополнительное питание, когда предлагают. *Получает все необходимые вещества при питании через зонд.</p>	<p><u>Хорошее питание</u> *Ест всю пищу. ни от чего не отказывается. Берёт обычно 4 белковых порции (молочные продукты, мясо) *Не требуется дополнительного подкармливания.</p>

Обновлена
законодательная база;
статистические данные;
дополнительная
информация для пациента
и ухаживающих;
раздел мониторинга;
Лечение пролежней

**от 2 ТЫС.\$ - *КОНСЕРВАТИВНО* от 40
ТЫС. \$ - *ОПЕРАТИВНО***

**Только 50-75% пролежней после
операции заживает первичным
натяжением**

**Операция выполняется только у 20-30%
пациентов.**

Не существует определенного лечения пролежней,
но существуют 5 основных терапевтических принципов:

- защита от локального давления
- удаление некротических тканей
- борьба с локальной инфекцией
- местное лечение пролежневых ран, стимулирующих репарацию
- меры, направленные на нормализацию общего состояния

Во время перестилания постели нужно осматривать тело больных, обращая особое внимание на места, где могут возникнуть пролежни, чтобы вовремя предотвратить их появление.

Для предупреждения пролежней нужно постараться устранить причины их образования:

1. Постель должна быть удобной и содержать ее нужно чистой и сухой.
2. Следить за чистотой кожи больного: ежедневно обтирать все тело больного, обмывать водой с мылом загрязняющиеся мочой и калом части тела и только чистую кожу спины и крестца протирать камфорным спиртом. Практика протирания камфорным спиртом загрязненной кожи недостаточна для профилактики пролежней, так как спирт дубит кожу, закрывая поры с попавшими в них микробами, а через некоторое время поры раскрываются и к наружному загрязнению кожи присоединяется их содержимое.
3. Чтобы устранить давление, под места возможного образования пролежней подкладывают резиновый круг, покрытый подстилкой или в наволочке. Круг подкладывают таким образом, чтобы крестец находился над его отверстием. Больным с недержанием кала и мочи подкладывают резиновое судно.

Для уменьшения давления на пятки под ахилловы сухожилия укладывают плотносвернутые полотенца.

Для уменьшения давления на затылок под голову укладывается матерчатый бублик.

1. Больному нужно помогать несколько раз в сутки менять положение тела, поворачивая его то на один, то на другой бок, то на спину.
2. В случае, если замечено покраснение кожи в месте обычного образования пролежня, нужно усилить все указанные выше мероприятия, одновременно начав лечение. Начинаясь пролежень 1-2 раза в сутки смазывают 5% или 10% раствором марганцовокислого калия и бриллиантовой зелени.

Выпускаются противопролежневые матрасы из прорезиненной ткани с автоматическим воздухонагнетательным устройством. Принцип действия установки основан на периодическом нагнетании воздуха в одни секции надувного матраса и частичном удалении его из других секций под действием веса больного.



где используется протокол пролежни



ВОЙТИ

Книги

Search and navigation icons for the book viewer interface.

Стр. 164 < > Settings icon

ПОЛУЧИТЬ ПЕЧАТНУЮ ВЕРСИЮ

Найти в библиотеке Все продавцы »

Book cover image and rating information (5 stars, 0 reviews).

Организация специализированного сестринского ухода: учеб. пособие для мед ... Авторы: Широкова Н.В., Наговицына Н.А., Шилина Е.Р., Цымбалюк В.Р. Под ред. З.Е. Созиной

Искать в этой книге Полюк

Об этой книге

Моя библиотека

низация сестринского ухода при нарушении мозгового кровообращения

в увлажнительной бутылочке не закончилась вода. Раз в сутки эту бутылочку обрабатывают специальным дезинфицирующим раствором.

Для профилактики пролежней и опрелостей необходимо несколько раз в день обрабатывать кожу больного дезинфицирующими растворами. В течение дня места возможного появления пролежней протирают 10% раствором камфорного спирта, 1–2% спиртовым раствором салициловой кислоты, 40% этиловым спиртом.

Обработку кожных покровов проводят, например, раствором, приготовленным из разведенного спирта (водки) и шампуня (в пропорции 1:4). Сначала всю кожу протирают тампоном, смоченным в этом растворе, потом омывают губкой, смоченной в теплой воде, затем все протирают насухо, т.е. одновременно производят дезинфекцию, мыльную обработку и массаж. Такие манипуляции выполняют 2 раза в день — утром и вечером.

Для уменьшения давления на места возможного возникновения пролежней используют легкое одеяло и легкое хлопчатобумажное постельное белье или специальную подставку под одеяло.

Ежедневно утром проводят оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоо. Профилактику пролежней проводят в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденным приказом Минздрава РФ от 17.04.2002 № 123.

Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Если риск развития пролежней высок, то лучше всего использовать специальный противопролежневый матрас. При невысоком риске более

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев, что приводит не только к снижению финансовых расходов на лечение пролежней, но и к повышению уровня качества жизни.



спасибо
за
внимание

