

**Учебно-методическое пособие
по основам сестринского дела**

ТЕМА: «Пролезжни»

**Автор: Флегонтова Т.В.
Майорова Е.А.
Гвоздецкая Е.А.**

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ПРИКАЗ

17 апреля 2002 г.

№ 123

ОБ УТВЕРЖДЕНИИ ОТРАСЛЕВОГО СТАНДАРТА "ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ. ПРОЛЕЖНИ"

С целью обеспечения качества медицинской помощи
пациентам с риском развития пролежней

ПРИКАЗЫВАЮ

1. Утвердить:

1.1. Отраслевой стандарт "Протокол ведения больных. Пролежни" (ОСТ 91500.11.0001-2002) (приложение № 1 к настоящему приказу).

1.2. Учетную форму № 003-2/у "Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями" (приложение № 2 к настоящему приказу).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра А.И.Вялкова.

Контроль исходного уровня знаний

Что такое пролежень?

Места образования пролежней?

Факторы риска возникновения пролежней?

Клиническая картина и стадии пролежней?

Тактика медицинской сестры в лечении пролежней?

Профилактические мероприятия ?

Пролежни – это дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавления, сдвига или трения из-за нарушения местного кровообращения и нервной трофики.



Внутренние факторы риска

обратимые

истощение

ограничение подвижности

анемия

недостаточное употребление
протеина, аскорбиновой кислоты

обезвоживание

гипотензия

недержание мочи и/или кала

неврологические расстройства (сенсорные, двигательные)

нарушение периферического кровообращения

истонченная кожа

беспокойство

спутанное сознание

кома

необратимые

старческий
возраст

Внешние факторы риска

обратимые

плохой гигиенический уход
складки на постельном и\или
нательном белье

поручни кровати

средства фиксации пациента

травмы позвоночника, костей таза,
органов брюшной полости

повреждения спинного мозга

неправильная техника перемещения пациента в кровати

применение цитостатических лекарственных средств

необратимые

обширное
хирургическое
вмешательство
продолжитель-
ностью более
двух часов

Степень риска возникновения пролежней определяется по шкале Ватерлоу:

Телосложение: масса тела относительно роста	балл	Тип кожи	балл	Пол, Возраст, лет	балл	Особые факторы риска	балл
Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение питания кожи, например, терминальная кахексия	8
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1	Женский	2		
Ожирение	2	Сухая	1	14-49	1		
Ниже среднего	3	Отечная	1	50-64	2		
		Липкая (повышенная температура)	1	65-74	3		
		Изменение цвета	2	75-81	4	Сердечная недостаточность	5
		Трещины, пятна	3	более 81	5	Болезни периферических сосудов	5
						Анемия	2
						Курение	1

Степень риска возникновения пролежней определяется по шкале Ватерлоу:

Недержание	балл	Подвижность	балл	Аппетит	балл	Неврологические расстройства	балл
Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0	Средний	0	например, диабет, множественный склероз, инсульт, моторные/ сенсорные, параплегия	4
Периодическое		Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1		-
Через катетер/ недержание кала	1	Апатичный	2	Питательный зонд/ только жидкости	2		6
Кала и мочи	2	Ограниченная подвижность	3	Не через рот/ анорексия	3		
	3	Инертный	4				
		Прикованный к креслу	5				

Обширное оперативное вмешательство / травма	балл	Лекарственная терапия	балл
Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник; Более 2 ч на столе	5	Цитостатические препараты	4
	5	Высокие дозы стероидов	4
		Противовоспалительные	4

Баллы суммируются и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

баллы	степень риска
1-9	нет риска
10	есть риск
15	высокая степень риска
20	очень высокая степень риска

У неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1-9 баллов.

Результаты оценки регистрируются в карте сестринского наблюдения за больным.

Места возможного образования пролежней

*в положении
на спине*

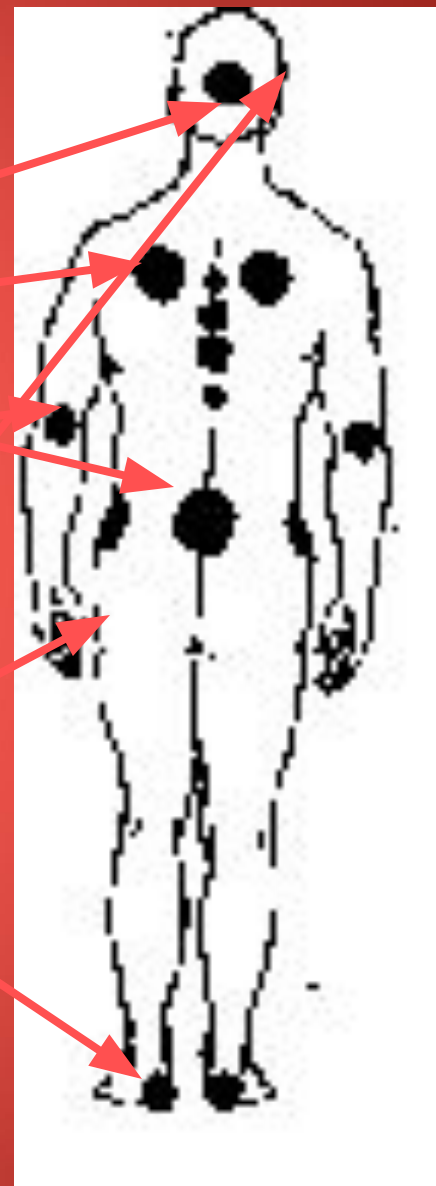
крестец
пятки
лопатки
затылок
локти

*в положении
сидя*

седалищные бугры
стопы ног
лопатки

*в положении
на боку*

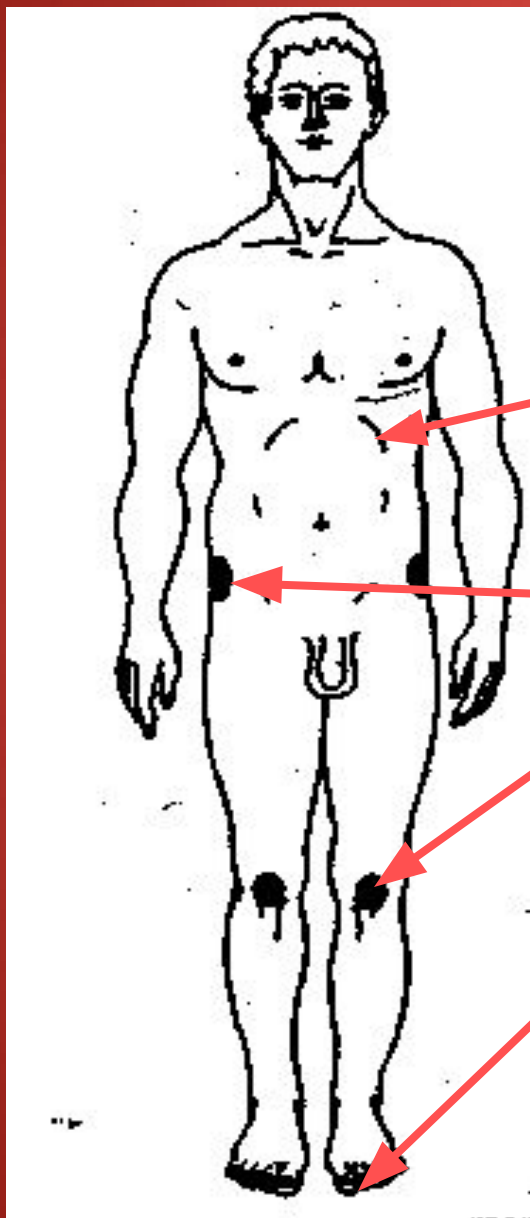
область большого вертела
бедренной кости
сосцевидного отростка
височной кости



Места возможного образования пролежней

↓
*в положении
на животе*

ребра
коленки
пальцы ног с
тыльной стороны
гребни подвздошных
костей



Клиническая картина и особенности диагностики

Клиническая картина зависит от стадии развития пролежней.

Стадия	Клиническая картина
<p>первая</p> <ul style="list-style-type: none"> - устойчивая гиперемия - прекращения давления - кожные покровы 	<p>проход</p>  
<p>вторая</p> <ul style="list-style-type: none"> - стойкая гиперемия - отслойка эпидермиса - поверхностное (неглубокое) повреждение кожных покровов (не затрагивает подкожную клетчатку) 	<p>шени</p> <p>стран</p>  
<p>третья</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрушение (некроз) мышечного слоя - могут быть жидкие выделения 	<p>ровов</p> <p>м в мь</p> <p>в раны</p>  
<p>четвертая</p> <ul style="list-style-type: none"> - поражение (некроз) костных образований - наличие полости - сухие корки 	<p>тканей</p> <p>ы сух</p>  

Лечение пролежней

лечение пролежней осуществляет медсестра по назначению врача

- 1 стадия- биооклюзионные повязки; солкосерил - мазь
- 2 стадия – перед обработкой пролежня: дезодорирование раны при помощи салфеток с активированным углем; дезодорирование помещения при помощи дезодоранта, содержащего хлорофилл; воздушные фильтры для освежения воздуха; промывание пролежней большим количеством физраствора(0,9% натрий хлор) или большим количеством стерильной воды. Не пользоваться фурацилином или перманганатом калия.
- 3 стадия – хирургическое лечение: вскрытие полости с последующей дезинфекцией и удалением омертвевших тканей. Для удаления некротических тканей применить ферментативные очищение раны (ируксол); применять солкосерил в/м или в/в местно в виде геля; закрыть раны повязками из-за высокой микробной обсеменности воздуха. Можно использовать готовые повязки, содержащие хлорофилл.
- 4 стадия – повязки с пластинами активированного угля для дезодорации. При возможности закреплять повязку бумажной липкой лентой, а не клеолом или лейкопластырем; при неэффективности обезболивания консультация врача; психологическая поддержка пациента и его

близким

Профилактика пролежней

Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

уменьшение давления на костные ткани

предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении

наблюдение за кожей над костными выступами

поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности

обеспечение пациента адекватным питанием и питьем

обучение пациента приемам самопомощи для перемещения

обучение близких

Регистрация противопрлежневых мероприятий осуществляется в карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями.

**Карта сестринского наблюдения
включает в себя три раздела:**

Согласие пациента на предложенный план ухода

Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

Лист регистрации противопрлежневых мероприятий

Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями

1. Ф.И.О. пациента
2. Отделение
3. Палата
4. Клинический диагноз
5. Начало реализации плана ухода: дата _____ час. _____ мин. _____
6. Окончание реализации плана ухода: дата _____ час. _____ мин. _____

I. Согласие пациента на предложенный план ухода

Пациент _____ получил разъяснение по поводу плана ухода по профилактике пролежней;

получил информацию: о факторах риска развития пролежней, целях профилактических мероприятий, последствиях несоблюдения всей программы профилактики.

Пациенту предложен план ухода в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденным приказом Минздрава России от 17.04.02 №123, даны полные разъяснения об особенностях диеты.

Пациент извещен о необходимости соблюдать всю программу профилактики, регулярно изменять положение в постели, выполнять дыхательные упражнения.

Пациент извещен, что несоблюдение им рекомендаций медсестры и врача могут осложниться развитием пролежней.

Пациент извещен об исходе при отказе от выполнения плана ухода.

Пациент имел возможность задать любые интересующие его вопросы относительно плана ухода и получил на них ответы.

Беседу провела медсестра _____ (подпись медсестры)

« ___ » _____ 20__ г.

Пациент согласился с предложенным планом ухода, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента) или за него расписался (согласно пункту 6.1.9 отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни», утвержденного приказом Минздрава России от 17.04.02 №123) _____ (подпись, Ф.И.О.), что удостоверяют присутствовавшие при беседе

_____ (подпись медсестры)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился (отказался) с планом предложенного ухода, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента)

II. Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

Наименование	№п/п	1	2	3	4	5	6	7
Масса тела	1	0	1	2	3			
Тип кожи	2	0	1	1	1	1	2	3
Пол	3	1	2					
Возраст	4	1	2	3	4	5		
Особые факторы риска	5	8	5	5	2	1		
Недержание	6	0	1	2	3			
Подвижность	7	0	1	2	3	4	5	
Аппетит	8	0	1	2	3			
Неврологические расстройства	9	4	5	6				
Обширное оперативное вмешательство ниже пояса / травма	10	5				Более 2 ч на столе 5		
Лекарственная терапия	11	4						




III. Лист регистрации противопролежневых мероприятий

Начало реализации плана ухода: дата _____ час. __ мин. ____

Окончание реализации плана ухода: дата _____ час. __ мин. ____

1. Утром по шкале Ватерлоу баллов			
2. Изменение положения состояние постели (вписать)			
8-10 ч положение -	10-12 ч положение -		
12-14 ч положение -	14-16 ч положение -		
16-18 ч положение -	18-20 ч положение -		
20-22 ч положение -	22-24 ч положение -		
0-2 ч положение -	2-4 ч положение -		
4-6 ч положение -	6-8 ч положение -		
3. Клинические процедуры: душ ванна обмывание			
4. Обучение пациента самоуходу (указать результат)			
5. Обучение родственников самоуходу (указать результат)			
6. Количество съеденной пищи в процентах:			
завтрак	обед	полдник	ужин

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у лежащего пациента)

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале	Ежедневно 1 раз
2. Изменение положения пациента каждые 2 часа: 8-10 ч. – положение Фаулера; 10-12 ч. –  12-14 ч. –  14-16 ч. –  16-18 ч. – 18-20 ч. – 20-22 ч. – 0-2 ч. – 2-4 ч. – 4-6 ч. – 6-8 ч. –	Ежедневно 12 раз

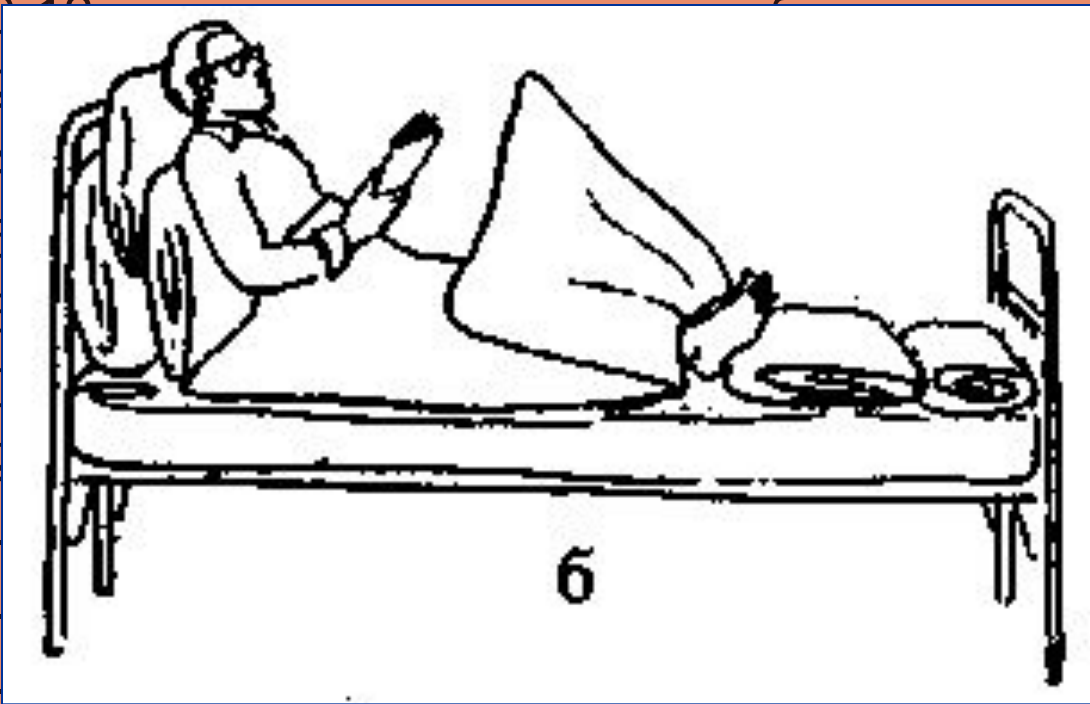
Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у лежащего пациента) *(продолжение таблицы)*

Сестринские вмешательства	Кратность
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно 1 раз
4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)	Ежедневно 12 раз
5. Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	По индивидуальной программе
6. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
7. Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 9.00 – 13.00 ч. – 700 мл; с 13.00 – 18.00 ч. – 500 мл; с 18.00 – 22.00 ч. – 300 мл	В течение дня

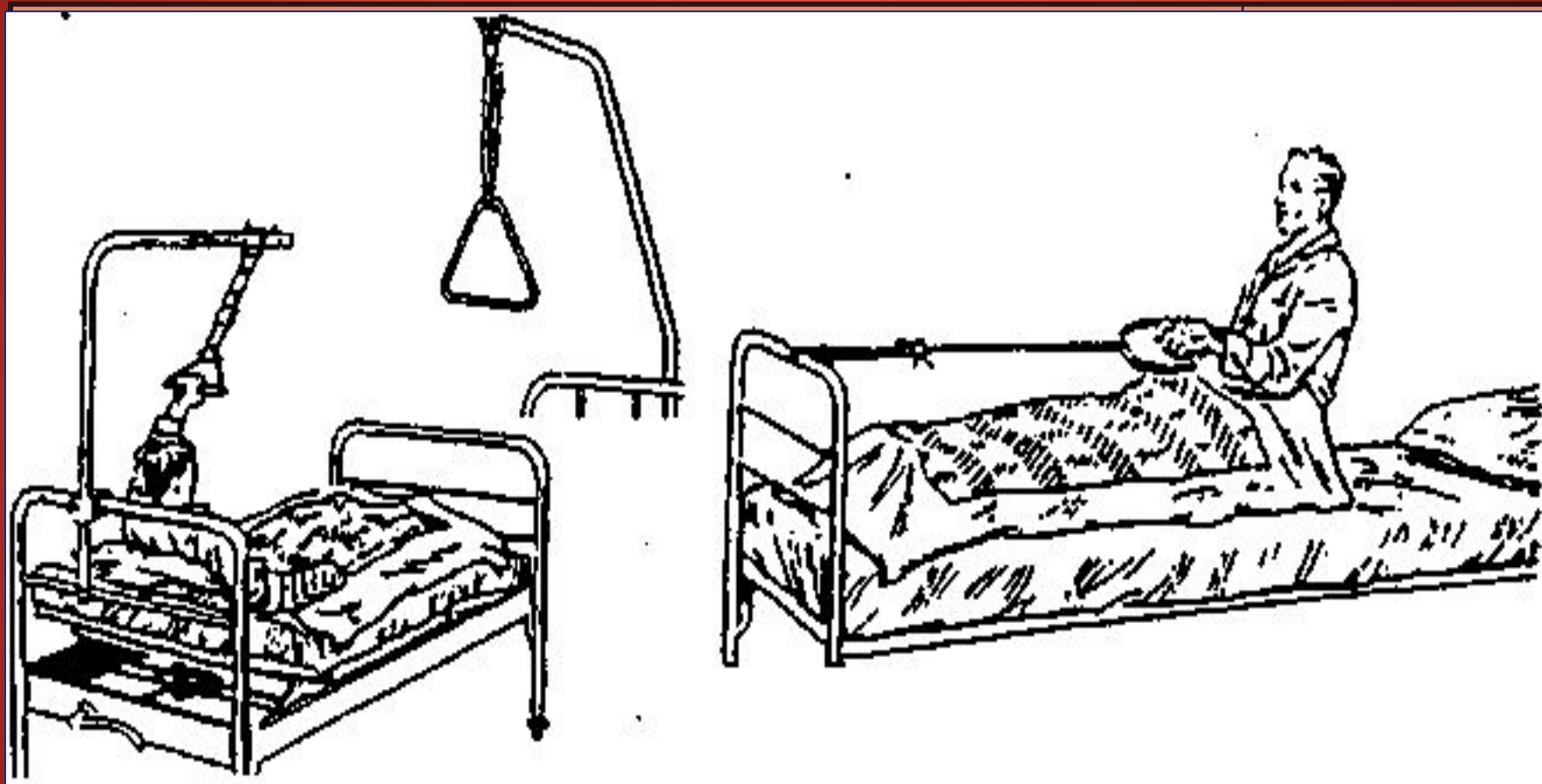
Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у лежащего пациента) *(продолжение таблицы)*

Сестринские вмешательства	Кратность
8. Использование поролоновых прокладок в зоне участков риска, исключающих давление на кожу	В течение дня
9. При недержании: - мочи – смена подгузников каждые 4 часа, - кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	В течение дня
10. При усилении болей – консультация врача	В течение дня
11. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	В течение дня
12. Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 4 раза
13. Обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение его выполнять их	В течение дня
14. Наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренную влажность	В течение дня

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть)

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз
2. Изменение положения пациента каждые 2 часа:  6-8 ч. – положение Симса	Ежедневно

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть) *(продолжение таблицы)*



6. Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания

По индивидуальной программе

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть) *(продолжение таблицы)*

Сестринские вмешательства	Кратность
7. Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	По индивидуальной программе
8. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 9.00 – 13.00 ч. – 700 мл; с 13.00 – 18.00 ч. – 500 мл; с 18.00 – 22.00 ч. – 300 мл	В течение дня
10. Использовать поролоновые прокладки, исключаящие давление на кожу под участки риска, в т.ч. в положении пациента «сидя» (под стопы).	В течение дня

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть) *(продолжение таблицы)*

Сестринские вмешательства	Кратность
11. При недержании: - мочи – смена подгузников каждые 4 часа; - кала – смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	В течение дня
12. При усилении болей – консультация врача	В течение дня
13. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	В течение дня
14. Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 4 раза

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие пациента (статья 32 «Основ законодательства РФ об охране граждан» от 22.07.93 № 5487).

План выполнения противопрлежневых мероприятий обсуждается и согласовывается с пациентом в письменном виде, а при необходимости – с его близкими. Данные об информировании и согласии пациента регистрируются в карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями.

Пациент должен иметь информацию о:

факторах риска развития пролежней

целях всех профилактических мероприятий

необходимости выполнения всей программы профилактики, в т.ч. манипуляций, выполненных пациентом и/или его близкими

последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в т.ч. снижении уровня качества жизни

Тестовые задания.

1. Причины возникновения пролежней:

- а) местное нарушение кровообращения;
- б) пожилой возраст;
- в) нарушение функции нервной системы, регулирующие процессы обмена в тканях.

2. Места наиболее частого образования пролежней:

- а) крестец;
- б) копчик;
- в) пятки;
- г) поясница;
- д) ягодицы.

3. Наиболее подвержены действию трения люди при:

- а) повышенном потоотделении;
- б) недержание мочи;
- в) истощении.

4. Для профилактики пролежней используются:

- а) противопролежневые матрацы;
- б) надувные резиновые круги;
- в) подушки из овечьего меха.

5. Обработка раны большим количеством физиологического раствора:

- а) дезинфицирует ее;
- б) снижает количество бактерий в ране;
- в) уничтожает запах.

6. Внешние факторы, способствующие сохранению, росту и восстановлению тканей:

- а) соблюдение личной гигиены;
- б) недержание мочи;
- в) обучение пациента и лиц, ухаживающих за ними, приемам помощи.

7. Для удаление запаха можно использовать:

- а) активированный уголь;
- б) стериллянты;
- в) дезодоранты.

8. Внутренние факторы, способствующие сохранению, росту, и восстановлению тканей:

- а) питание с пониженным содержанием белка;
- б) питание с повышенным содержанием белка;
- в) назначение противовоспалительных и иммуносуп-рессивных препаратов.

9. Для оценки риска развития пролежней используются шкалы:

- а) шкала Word;
- б) шкала Norton;
- в) шкала Waterlow.

Ситуационные задачи.

Задача № 1.

При смене постельного белья пациенту, находящемуся на постельном режиме, медицинская сестра заметила стойкую гиперемию в области крестца.

Сформулируйте сестринский диагноз. Тактика медицинской сестры.

Задача № 2.

В неврологическом отделении находится тяжелобольной пациент с диагнозом ОНМК, малоподвижен, длительно лежит в одном и том же положении, апатичен.

Определите степень риска возникновения пролежней у пациента. Сформулируйте сестринский диагноз.

Задача № 3

Постовая медицинская сестра осуществляет лечение пролежней первой и второй стадии в области лопаток у пациента, находящегося на постельном режиме.

Спланируйте сестринские вмешательства.

Задача № 4

Пациенту с диагнозом инфаркт миокарда назначен строгий постельный режим.

Выявить приоритетную проблему.

Спланируйте сестринские вмешательства.