

ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ  
УЧРЕЖДЕНИЕ

«БАЙКАЛЬСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ МИНИСТЕРСТВА  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БУРЯТИЯ»

**РАССМОТРЕНО**

на заседании ЦМК

Протокол № 2

от «14» октября 2020 г.

Председатель ЦМК

[подпись]

**УТВЕРЖДАЮ**

Зам. директора по УР

[подпись]

Шереметова О.В.

«14» октября 2020 г.

**МЕТОДИЧЕСКАЯ РАЗРАБОТКА**

**практического занятия**

по дисциплине **МДК 04.01. Технология оказания медицинских услуг, организации  
безопасной окружающей среды для участников лечебно-диагностического процесса.**

тема занятия **Личная гигиена тяжелобольного пациента. Профилактика пролежней**

специальность **34.02.01 Сестринское дело**

курс **I**



Методическая разработка составлена  
в соответствии с требованиями  
рабочей программы по дисциплине  
преподавателем Поплевиной Е.А.

«10» сентября 2020 г.

Селенгинск, 2020 г



## План занятия № 21

**Название** Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра по уходу за больным»

**Специальность** Сестринское дело

**Курс** I **Группа** 621, 622, 623, 624

**Тема занятия** Личная гигиена тяжелобольного пациента. Профилактика пролежней.

**Тип занятия** Практическое

**Форма проведения** Комбинированное занятие

**Преподаватель** Поплевина Е.А.

**Цели**

**Учебные**

**Знать:**

- пролежни: причины, места образования, стадии развития;
- факторы, способствующие развитию пролежней;
- план ухода при риске развития пролежней;
- план ухода при развитии пролежней;

**Уметь:**

- Шкалы оценки риска развития пролежней (Ватерлоу)
- разместить пациента в положении: Фаулера – на спине; Симса – на животе;
- осуществлять мероприятия по профилактике пролежней;
- осуществлять мероприятия по уходу за пациентом с пролежнями;

### Формирование компетенций

#### Формируемые ОК:

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, исходя из цели и способов ее достижения, определенных руководителем.

ОК 3. Анализировать рабочую ситуацию, осуществлять текущий и итоговый контроль, оценку и коррекцию собственной деятельности, нести ответственность за результаты своей работы.

ОК 6. Работать в команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

#### Формируемые ПК:

ПК 4.5 Оформлять медицинскую документацию

ПК 4.7 Обеспечивать инфекционную безопасность.

ПК 4.8 обеспечивать безопасную больничную среду для пациентов и персонала.

ПК 4.11 Обеспечивать производственную санитарию и личную гигиену на рабочем месте.

#### Развивающие:

- развивать у студентов внимательность, осторожность, умения, навыки при проведении различных методов дезинфекции в практической деятельности медицинского работника.

#### Воспитательные:

- воспитывать чувство ответственности, долга при создании инфекционной безопасности пациента.

#### Интеграция темы

Междисциплинарные связи: формирование ОК 2, ОК 3, ОК 6 происходит на дисциплинах Общего гуманитарного и социально-экономического цикла, общего естественнонаучного цикла,

общефессиональных дисциплинах, профессиональных модулях и окончательно сформировывается на преддипломной практики и государственной итоговой аттестации.

ПК 1.5, ПК 1.7, ПК 1.8 и ПК 1.11 формируются на таких дисциплинах как математика, гигиена и экология человека, основы микробиологии и иммунологии, фармакология, ПМ Сестринский уход при различных заболеваниях и состояниях, ПМ основы реабилитации, закрепление происходит на таких дисциплинах как общественное здоровье и здравоохранение, правовое обеспечение профессиональной деятельности и окончательная сформированность происходит к ПП и ГИА

**Место проведения:** кабинет № 6

**Продолжительность:** 270 минут

**Оснащение:** ноутбук, презентации, раздаточный материал.

**Источники информации**

**Литература:**

**Основная:**

1. Мухина С.А, Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». М., 2012.
2. Шпирна А.И. Учебное пособие по основам сестринского дела. М, 2003.

**Дополнительная:**

1. Обуховец Т.П, Чернова О.В. Основы сестринского дела. Ростов-на-Дону, 2009.
2. Обуховец Т.П. Основы сестринского дела. Ростов-на-Дону, 2008.
3. Кулешова Л.И, Пустоветова Е.В. Основы сестринского дела, Ростов-на-Дону, 2012.
4. Мухина С.А., Тарновская И.И. Общий уход за больными. М., 1989.
5. Морозова Г.И. Основы сестринского дела. М., 2009..
6. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела. М., 2011.
7. Двойников С.И. Основы сестринского дела. М., 2007.

**Интернет-ресурсы:**

1. <http://dezsredstva.ru/> - методические указания к дезинфицирующим средствам, нормативные документы;
2. <http://www.consultant.ru/> - нормативные документы;
3. <http://www.recipe.ru/> - нормативные документы;
4. [www.med-pravo.ru](http://www.med-pravo.ru) – нормативные документы.
5. [www.rosmedlib.ru](http://www.rosmedlib.ru) – медицинская студенческая библиотека.

### Структурно – логическая схема комбинированного урока

№	Этапы занятия	Продолжительность	ООД преподавателя	ООД студента	Приложения
1.	Организационный момент	3 мин.	Преподаватель приветствует студентов, проверяет готовность к занятию, отмечает отсутствующих.	Приветствие	
2.	Сообщение плана урока	3 мин.	Преподаватель сообщает тему, цель, актуализацию, ход занятия.	Слушают	
3.	Контроль исходного уровня знаний	20 мин.	Преподаватель проводит устный фронтальный опрос основных понятий темы	Отвечают	Приложение № 1
4.	Практическая часть	20 мин	Преподаватель демонстрирует слайды презентации на тему : «профилактика пролежней»	Отвечают, слушают и участвуют	Приложение № 2, № 3
		20 мин	2. Демонстрирует манипуляции в соответствии с алгоритмами	в обсуждении	
		165 мин	2. Студенты работают в мини-группах по 2 человека. После выполнения каждого задания проводится общее обсуждение полученных результатов.	Манипуляции отрабатываются поэтапно	Приложение № 3
5.	Закрепление темы	15 мин.	Применяет различные виды контроля знаний. Обобщает. отмечает подготовленность студентов, анализирует и оценивает работу каждого, и в целом микрогрупп	Слушают, записывают участвуют в беседе, задают вопросы.	Приложение № 4
6.	Заполнение дневников	15 мин.	Преподаватель наблюдает за работой студентов, комментирует, отвечает на вопросы..	Делают записи, задают вопросы	Приложение № 4
7.	Подведение итогов занятия	3 мин.	Преподаватель помогает осмыслить результаты проделанной работы. Оценивает работу каждого студента. Комментирует и выставляет оценки.	Слушают	Приложение №5
8.	Домашнее задание.	3 мин.	Разъясняет (вопросы для подготовки, источники информации). .	Слушают , записывают	Приложение № 6

**Изучение темы позволит развить у студентов следующие компетенции:**

- Профессиональные: способность применять знания и умения в профессиональной деятельности – анализировать конфликтные ситуации; применять правила рационального поведения в ситуациях межличностного взаимодействия, конфликтных ситуациях.
- Социальные: умение организовать свою работу; умение сотрудничать и работать в группе, команде; улаживать разногласия и конфликты; умение договариваться.
- Личностные: способность самостоятельно принимать решения; проявлять инициативу; войти в группу, коллектив и внести свой вклад; показать стойкость перед трудностями.
- Индивидуальные: способность быть гибким перед лицом быстрых изменений; нести ответственность за себя и за других; готовность и стремление к познанию и самосовершенствованию.

#### **Актуализация темы**

*«...Правильный, гигиенический уход всегда имеет несомненное положительное влияние на продолжительность и течение болезни».*

**Ф. Найтингейл «Записки об уходе»**



Профессиональный уход за тяжелобольным пациентом – это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Искусство ухода и заключается в том, чтобы ухаживать не за пациентом с каким либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Не только пациенты отличаются друг от друга, но и ситуации в которых они оказываются. Создание благоприятных условий для пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту, являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

За многовековую практику ухода за больными людьми, профессионалы сестринского дела пришли к пониманию того, что люди чувствуют себя лучше и восстанавливают свои силы намного быстрее, когда поощряется их желание самоухода. Если пациент имеет возможность и поддержку делать то, что он может делать, участвовать в планировании ухода, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход, у него улучшается настроение, качество жизни, он чувствует себя личностью, а не объектом, чей-то деятельности.

Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены и при выделении продуктов жизнедеятельности. В этой части ухода руки сестры становятся руками пациента. Принимая решение, касающиеся человека, за которым вы ухаживаете, задайте себе следующие вопросы: В безопасности ли этот человек? Соблюдаю ли я его право на конфиденциальность?

- С уважением ли отношусь к нему?
- Есть ли у пациента желание поговорить?
- Нужно ли мне ему, чтонибудь сказать?
- Каким образом можно поощрить его независимость?
- Что я могу предпринять, чтобы предупредить распространение

микроорганизмов?

Ответы на эти вопросы и являются основными принципами ухода за пациентом.

Сегодняшнее занятие посвящено одной из наиболее актуальных проблем ухода за тяжелобольными пациентами – профилактике пролежней



**Вопросы и ответы для контроля исходного уровня знаний**

	Вопросы	Ответы
	Дать определение опрелостям	Опрелости – это воспаление кожи в естественных складках, связанное с трением влажных поверхностей
	Дать определение пролежням	Пролежни - это патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у ослабленных больных, в области сдавливания мягких тканей.
	Причины возникновения пролежней	Причины возникновения пролежней - давление, срывающая сила, трение
	Способствующие факторы возникновения пролежней	Способствующие факторы делятся на внутренние (заболевания нервной системы, сахарный диабет, ожирение, истощение и т.д.) и внешние (недостаточный гигиенический уход, складки на белье, неправильное перемещение и т.д.)
	Степени пролежней	I-кратковременная бледность, которая сменяется устойчивой гиперемией с синюшными пятнами. II- повреждён подкожно-жировой слой, появляются пузыри. III - поражаются мышцы, возможны жидкие выделения IV- поражаются сухожилия, кости.
	Перечислить места образования пролежней при положении на спине	При положении на спине: затылок, лопатки, крестец, пятки.
	Перечислить места образования пролежней при положении на животе.	на животе: нос, скулы, рёбра, колени, область лобка, пальцы стоп.
	Назвать способы, уменьшающие сдавливание мягких тканей	Изменение положения тела каждые 2 часа, применение противопролежневого матраца, резинового надувного и поролоновых (ватно-марлевых) кругов.
	Назвать возможные положения тела пациента в постели	Положения на спине, на животе, на правом и левом боку, Симса (промежуточное между лёжа на боку и животе), Фаулера (полулёжа, полусидя), положение сидя.
	Лечение пролежней III и IV степени	При III степени пролежней применяют мазовые повязки, при IV степени лечение хирургическое: удаление некроза, с последующей пластикой.



# Терминологический словарь

## Приложение 2

Термин	Определение
Пролежни	это участки ишемии (обескровливания) и некроза (омертвения) тканей, возникающие в результате длительного сдавления, сдвига или смещения их между скелетом человека и поверхностью постели
Давление	фактор, приводящий к образованию пролежней. Под давлением тела человека происходит сдавливание тканей между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей
Срезающая сила	фактор, приводящий к образованию пролежней. Вызывается сдвигом тканей относительно поверхности
Трение	компонент срезающей силы, вызывающий отслаивание рогового слоя кожи, приводящий к изъязвлению поверхности
Гемиплегия	односторонний паралич мышц
Парез	неполный паралич
Параплегия	паралич обеих конечностей (обеих нижних или обеих верхних)

## «ПРОЛЕЖНИ – ПЛОХОЕ КАЧЕСТВО УХОДА»

*«Нечистоплотность может иметь самые губительные последствия для больного, она равносильна медленному яду»*  
**Ф. Найтингейл «Записки об уходе»**

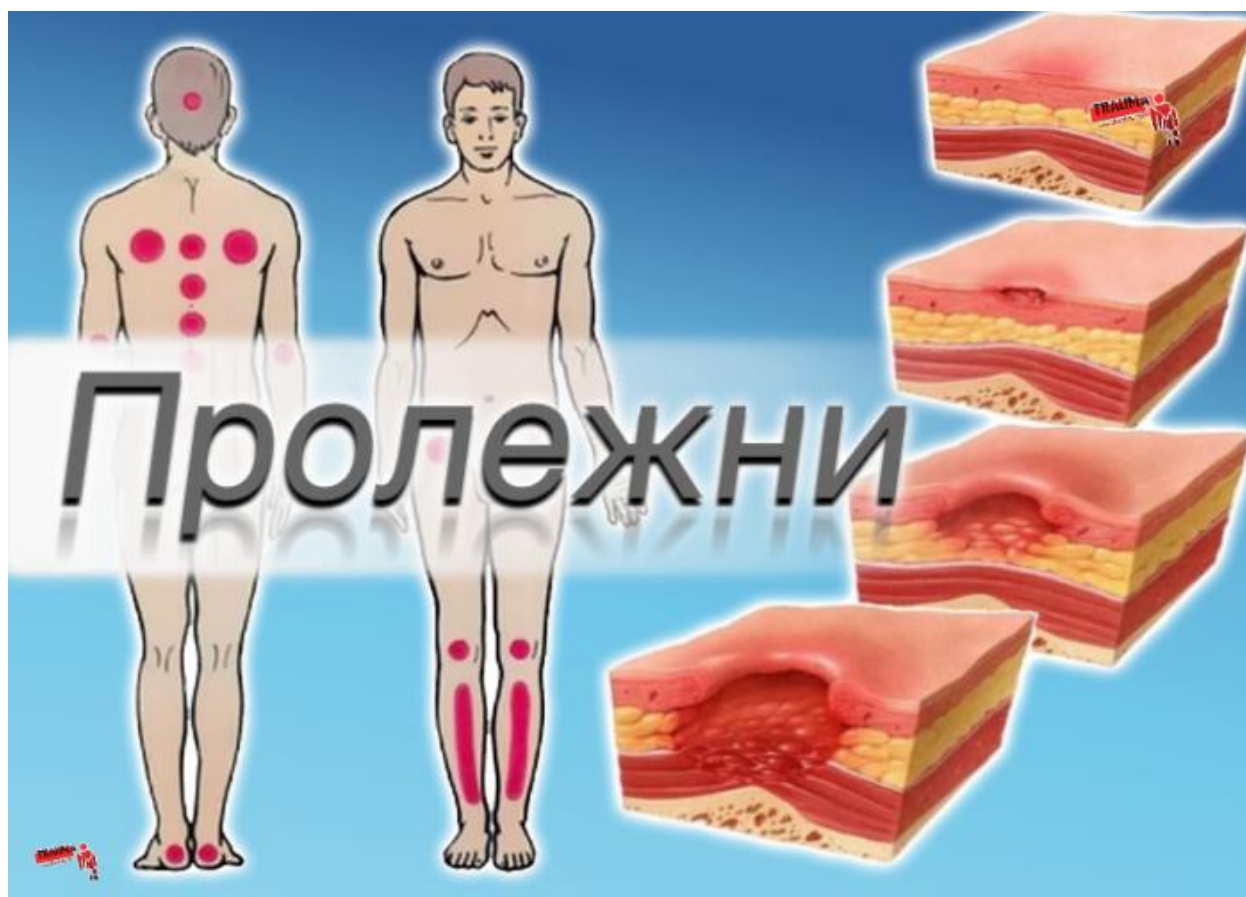


**Пролежни** - это дистрофические, язвенно-некротические изменения кожи, подкожной клетчатки и других мягких тканей, развивающиеся вследствие их длительного сдавления, нарушения местного кровообращения и нервной трофики.

Образуются пролежни наиболее часто у ослабленных и истощенных тяжелобольных пациентов, вынужденных длительно находиться в одном положении, при неправильном уходе за ними. Кожа значительно страдает от длительного пребывания пациента в постели, особенно когда он имеет большой вес тела. Дополнительные проблемы возникают у пожилых людей, так как их кожа тоньше и ранимее.

Число пациентов, приобретающих пролежни в лечебных учреждениях, постоянно возрастает. Безусловно, увеличивается стоимость ухода, а физические и эмоциональные страдания этих людей невозможно оценить.

Давайте рассмотрим факторы, которые приводят к образованию пролежней.



Первый фактор, о котором чаще всего упоминают, это давление. Вследствие давления тела происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви у пациентов, сидящих неподвижно.

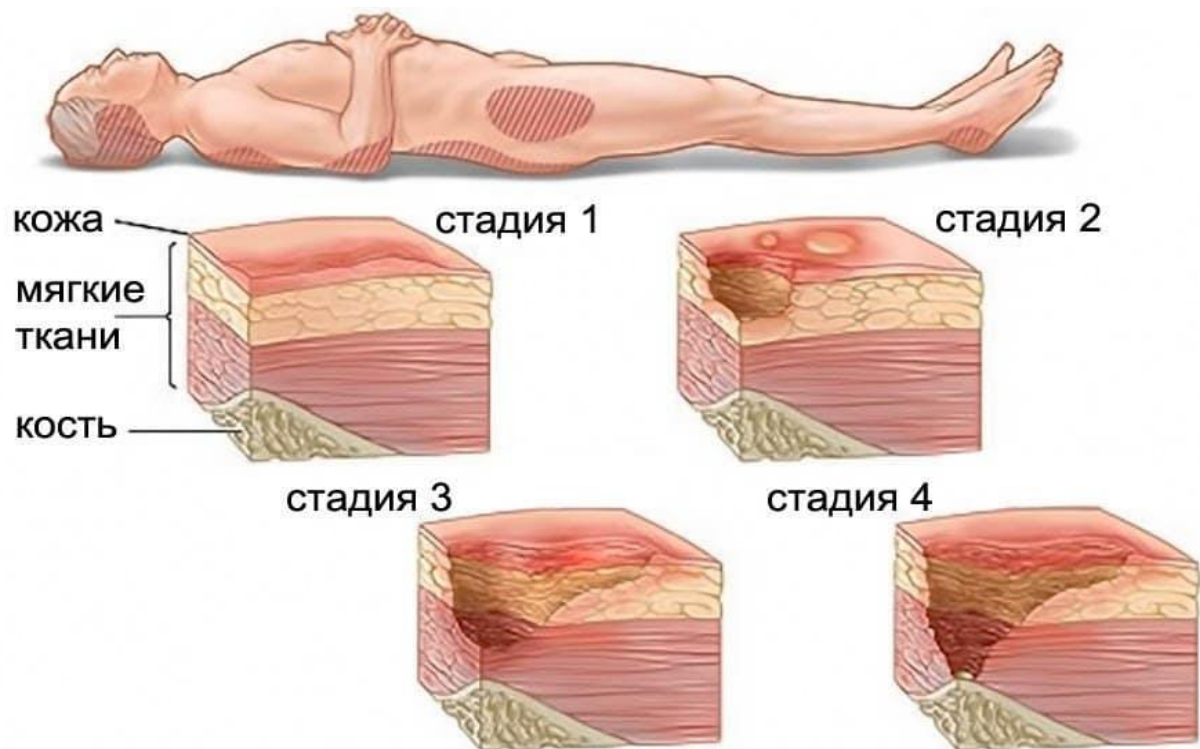
Второй фактор, о котором практически не упоминается, срезающая сила.

Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или их срезывания. Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек вниз, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной техники перемещения пациента персоналом или родственником. Этот фактор может вызвать столь же глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более серьезных случаях происходит даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ними кожа в течение двух недель может оставаться неповрежденной.

Третий фактор, о котором также практически не упоминают, — трение как компонент срезающей силы. Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди при недержании мочи, потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья или располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки

или нерегулярно меняемые подстилки).

В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими — неподвижность, потеря чувствительности, анемия, депрессия и др., они представляют риск.



Есть и другие причины, предрасполагающие к развитию пролежней на фоне действия давления:

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и/или кала и чрезмерная влажность;
- заболевания сосудов, приводящие к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациента вследствие:
- повышения или понижения температуры тела;
- недостаточного белкового питания.

Таким образом, наиболее подвержены действию вышеперечисленных факторов:

- пациенты старших возрастных групп;
- пациенты с травмой спинного мозга;
- пациенты, получающие седативные и анальгезирующие средства;
- пациенты с повреждением конечностей;
- в состоянии кахексии;
- с низкой сопротивляемостью к инфекции;
- не получающие достаточного количества белковой пищи.

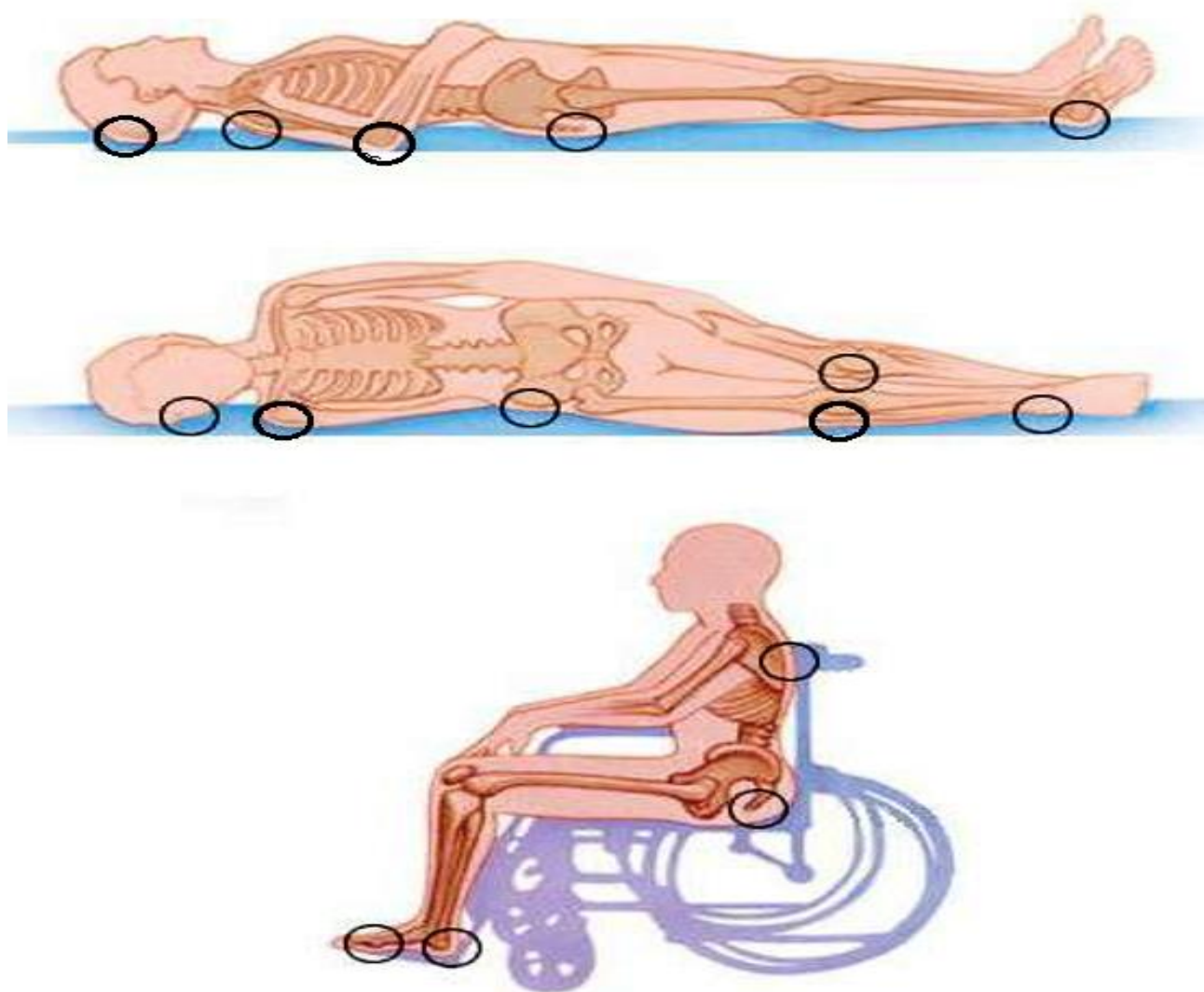
Теперь рассмотрим и второстепенные факторы, приводящие к развитию пролежней:

- недержание мочи и/или кала;
- влажное нижнее белье;
- неправильная техника перемещения пациента;
- жесткие поверхности, на которых сидит (лежит) пациент;
- длительное сидение в постели (на стуле);

- неправильное положение тела;
- неумение (незнание) использования приспособлений, ослабляющих давление.

Именно второстепенные факторы должны быть прежде всего в поле зрения сестринского персонала. Для этого сестре необходимо, во-первых, ясно понимать потенциальную опасность действия этих факторов на пациента, во-вторых, знать принципы профилактики пролежней и свои возможности, а также систему предварительной оценки, позволяющей выявить пациентов, находящихся в зоне риска.

Итак, любой тяжелобольной пациент испытывает на себе влияние многочисленных факторов риска развития пролежней.



### **Места появления пролежней**

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Чаще всего в области: ушной раковины, грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток.

Реже в области: затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп



# Стадии пролежней



## Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней

- 1 стадия:** устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.
- 2 стадия:** стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку.
- 3 стадия:** разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.
- 4 стадия:** поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

## «Определение степени риска развития пролежней»

Пролежни — серьезная проблема в сестринском деле, они дорогостоящее бремя на плечах системы здравоохранения и доставляют много беспокойств для пациентов и их близких. Поэтому все, что может помочь спрогнозировать и определить степень риска развития пролежней у пациентов, полезно, поскольку позволяет своевременно начать адекватный уход.

В настоящее время существует несколько шкал для количественной оценки риска развития пролежней. Многие из них основаны на методике, впервые предложенной Нортон для научных исследований в области сестринского ухода за престарелыми пациентами.

Шкала J. Waterlow, по утверждениям специалистов, применима ко всем категориям пациентов. Работать с этой шкалой достаточно просто: оценив пациента по 10 предложенным параметрам, нужно суммировать полученные баллы.

Запомните! По шкале Нортон: чем меньше баллов (менее 14), тем больше риск.

По шкале Waterlow: чем больше баллов (более 12), тем больше риск.

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

Шкала оценки Нортон — система подсчета баллов, в основе которой пять критериев: физическое состояние, психическое состояние, активность, подвижность и недержание.

При сумме баллов 14 и менее пациент попадает в зону риска, при сумме баллов менее 12 — в зону высокого риска.

Впоследствии Нортон считала, что пациентов с 16 и более баллами можно также отнести к зоне риска из-за длительного применения антибактериальной терапии, снижающей сопротивляемость организма. Для многих эта шкала удобна в сочетании с картой сестринского наблюдения, в которую ежедневно вносится сумма подсчитанных баллов и предпринятые для профилактики пролежней сестринские вмешательства.

Наиболее универсальной с точки зрения использования в отделениях ЛПУ различного профиля является шкала оценки риска развития пролежней по Waterlow. Она поставила перед собой цель создать «памятную записку» по вопросам профилактики пролежней. Предложенная ею карта должна была помочь понять факторы, влияющие на возникновение пролежней, дать

методику проведения оценки риска развития пролежней и выработать адекватную тактику в отношении профилактики и/или лечения.

Рассмотрим параметры Шкалы Ватерлоу по которым оценивают степень риска развития пролежней у пациентов.

Следует помнить, что повреждение тканей часто наступает до поступления пациента в лечебное учреждение, в результате заболевания (несчастного случая), произошедшего с ним ранее.

Сидячий пациент также находится в зоне риска.

Запомните! Какую бы шкалу вы ни выбрали для оценки риска развития пролежней, подсчет баллов следует проводить регулярно, а также всякий раз, когда в состоянии пациента наблюдаются изменения. Иначе это пустая трата времени.

Waterlow утверждает, если пациент попадает в любую из вышеперечисленных категорий риска, следует немедленно начинать проводить профилактические мероприятия, которые потребуют определенных умений и навыков сестринского персонала, и применения профилактических и вспомогательных средств.

А сейчас мы вам на практике покажем, как определить степень риска развития пролежней у тяжелобольного пациента и как проконсультировать родственников пациента о риске развития пролежней.

## **Оценка степени риска развития пролежней**

### **Требования к обеспечению безопасности труда медперсонала**

1. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук.
2. Использование перчаток во время процедуры.

**Цель:** Диагностическое

**Оснащение:**

1. Антисептическое средство для обработки рук.

2. Дезинфицирующее средство

3. 70° этиловый спирт – 5 мл.

4. Мыло

5. Перчатки не стерильные

**Алгоритм оценки степени риска развития пролежней**

**I. Подготовка к процедуре.**

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход обследования (если пациент в сознании).

**II. Выполнение процедуры.**

Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Waterlow, которая применима ко всем категориям пациентов. При этом проводится суммирование баллов по 10 параметрам:

1. Телосложение;

2. Масса тела, относительно роста;

3. Тип кожи;

4. Пол, возраст;

5. Особые факторы риска;

6. Удержание мочи и кала;

7. Подвижность;

8. Аппетит;

9. Неврологические расстройства;

10. Оперативные вмешательства или травмы.

**III. Окончание процедуры.**

1. Сообщить пациенту(ке) результат обследования.

2. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

**7. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики**

При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента, и пр., а так же воспользоваться медицинской документацией.

**8. Достижимые результаты и их оценка**

Оценка результатов производится путём сопоставления полученных данных с данными нормами:

Итоговые значения, характеризующие степень риска:

В зоне риска – 10 баллов

В зоне высокого риска – 15 баллов

В зоне очень высокого риска – 20 баллов

**Параметры оценки и контроля качества выполнения методики**

Оценка качества проведения простой медицинской услуги производится по шкале Waterlow.

– Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных.

– Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения.

– Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.

– Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации.

– Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)

– Удовлетворённость пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

**2. Оцените риск развития пролежней по шкале Ватерлоу или Нортон (ежедневно).**

**Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней**



<b>Телосложение: масса тела относительно роста</b>	<b>балл</b>	<b>Тип кожи</b>	<b>балл</b>
Среднее	0	Здоровая	0
Выше среднего	1	Папиросная бумага	1
Ожирение	2	Сухая	1
Ниже среднего	3	Отечная	1
		Липкая (повышенная температура)	1
		Изменение цвета	2
		Трещины, пятна	3
<b>ПолВозраст, лет</b>	<b>балл</b>	<b>Особые факторы риска</b>	<b>балл</b>
Мужской	1	Нарушение питания кожи,	
Женский	2	например,	
14-49	1	терминальная кахексия	8
50-64	2	Сердечная недостаточность	5
65-74	3	Болезни периферических сосудов	5
75-81	4	Анемия	2
более 81	5	Курение	1
<b>Аппетит</b>	<b>балл</b>	<b>Неврологические расстройства</b>	<b>балл</b>
Средний	0	например, диабет, множественный	
Плохой	1	склероз, инсульт, моторные/	4-6
Питательный зонд/ только жидкости	2	сенсорные, параплегия	
Не через рот / ано-рекция	3		
<b>Недержание</b>	<b>балл</b>	<b>Подвижность</b>	<b>балл</b>
Полный контроль/ через катетер		Полная	0
Периодическое	0	Беспокойный, суетливый	1
через катетер Недержание кала		Апатичный	2
Кала и мочи	1	Ограниченная подвижность	3
	2	Инертный	4
	3	Прикованный к креслу	5
<b>Лекарственная терапия</b>	<b>балл</b>	<b>Обширное оперативное вмешательство / травма</b>	<b>Балл</b>
Цитостатические препараты	4	Ортопедическое – ниже пояса,	5
Высокие дозы стероидов	4	позвоночник;	
Противовоспалительные	4	Более 2 ч на столе	5

Баллы по шкале Ватерлоу суммируются, и степень риска определяется по следующим итоговым значениям:

- нет риска - 1-9 баллов,
- есть риск - 10 баллов,
- высокая степень риска - 15 баллов,
- очень высокая степень риска - 20 баллов.

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.

## Профилактика пролежней

(Регламентирующий документ: ГОСТ Р 56819 – 2015 Надлежащая медицинская практика. Информационная модель профилактики пролежней.)



В течение многих веков человек уделяет особое внимание личной гигиене. Со временем предметы и средства, используемые для ухода за телом, совершенствуются и имеют свои особенности в каждый из исторических периодов.

С детства ребенка обучают личной гигиене и, как правило, уже в детском возрасте человек усваивает, что уход за телом – процедура очень личная, которая не должна проходить на виду у других людей, за исключением близких.

На сегодняшний день сестринская наука располагает достаточными данными, позволяющими использовать эффективные методы профилактики, и лечения пролежней.

Существует разработанная, проверенная на практике программа профилактики пролежней, цель которой направлена именно на профилактику возникновения пролежней.

- выявление пациентов, находящихся в зоне риска развития пролежней;
- предупредить или способствовать заживлению пролежней;
- обучение пациента и/или его родственников принципам питания, предупреждающего пролежни;
- обучение пациента и/или его родственников принципам профилактики пролежней, уходу за пролежнями.

#### **I. Цель:**

- снижение риска развития пролежней;
- предупреждение инфицирования пациента;
- улучшение качества жизни пациента.

#### **III. Оснащение на 1 манипуляцию:**

- противопролежневый матрас; поролоновые круги (ватно -марлевые); резиновый круг в наволочке; набор приспособлений (подушек) для создания комфортного (физиологического) положения; присыпка; увлажняющий крем; разведенный уксус; слабый раствор перманганата калия

ватные тампоны.

## **V. Алгоритм действия:**

### **A, Подготовка к манипуляции**

1. Сообщите пациенту цель и ход предстоящей манипуляции.
2. Получите его согласие.
3. Вымойте руки
4. Наденьте перчатки, приготовьте оснащение.

### **Б. Выполнение манипуляции**

**1.** Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раз в день ( утром) по шкале Багеопов или иной шкале (укажите название шкалы).

**2. Изменяйте положение тела пациента каждые 2 часа** (даже ночью), если нет противопоказаний:

Выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента.

8-10 ч -положение Фаулера;

10-12 ч – положение «на левом боку» (положение 30 °)

12-14 ч - положение «на правом боку» (положение 30 °);

14-16 ч - положение Фаулера;

16-18 ч – положение Симса;

18-20 ч. – положение фаулера;

20-22 ч - положение «на правом боку» (положение 30 °);

22-24 ч – положение «на левом боку» (положение 30 °);

0-2 ч – положение Симса;

2-4 ч - положение «на правом боку» (положение 30 °);

4-6 ч- положение «на левом боку» (положение 30 °);

8 ч – положение Симса;



**3. Обмывание загрязненных участков кожи ежедневно по потребности .**

- Кожа больного должна быть чистой и сухой. Это основное правило, от соблюдения которого зависит эффективность противолежневой терапии.

- гигиену кожных покровов нужно проводить очень деликатно и с применением специальных щадящих моющих средств и средств госпитальной гигиены. Чуть позже мы подробнее остановимся на этих средствах.
- Если пациент вспотел, нужно вытереть его махровым полотенцем и по возможности изменить температурный режим в комнате.



## ОБЕСПЕЧЕНИЮ ЛИЧНОЙ ГИГИЕНЫ БОЛЬНОГО УХОД ЗА КОЖЕЙ

### УТРЕННИЙ ТУАЛЕТ БОЛЬНОГО:

а—е — последовательность выполнения процедуры.



У тяжелобольного больного обработка кожи осуществляется:  
**2 раза в день,**

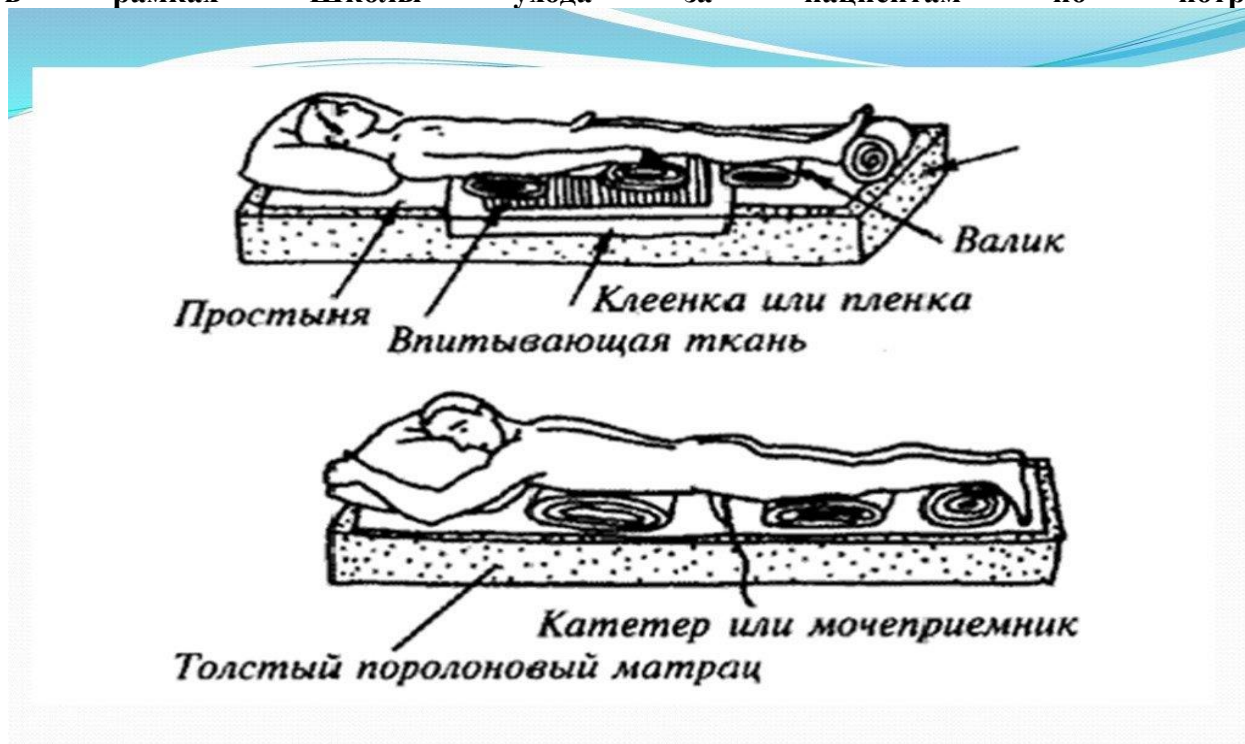


#### 4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа).

- положения тела пациента, после кормления.
- постельное белье – хлопчатобумажное. Одеяло – легкое.
- своевременно меняйте мокрое загрязненное белье;
- не используйте белье, имеющее грубые швы, застежки, пуговицы на стороне обращенной к пациенту;
- не используйте неровные матрасы и щиты;
- регулярно расправляйте складки на белье; стряхивайте крошки с постели после каждого приема пищи;



#### 5. Обучение лиц ухаживающих за пациентом технике правильного перемещения однократно в рамках Школы ухода за пациентом по потребности.



**6. Определение количества съеденой пищи (количество белка не менее 120 г) ежедневно 4 раза.**

**7. Обеспечить употребление не менее 1.5 л жидкости в сутки:**

с 9<sup>00</sup> — 13<sup>00</sup> — 700 мл;

с 13<sup>00</sup> — 18<sup>00</sup> — 500 мл;

с 18<sup>00</sup> — 22<sup>00</sup> — 300 мл

**7. Следите за удобным положением пациента в соответствии с правилами биомеханики**

**8. Использование противопролежневой подушки (прокладки) в зоне участков риска, исключая давление на кожу.**



**9. При недержании:**

- мочи — смена подгузников каждые 6 ч;

- кала — смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой;

- защита кожи промежности, например специальными защитными пленками и кремами, пролитанными очищающими, увлажняющими и защищающими средствами салфетки

Рекомендуемый режим использования абсорбентов:

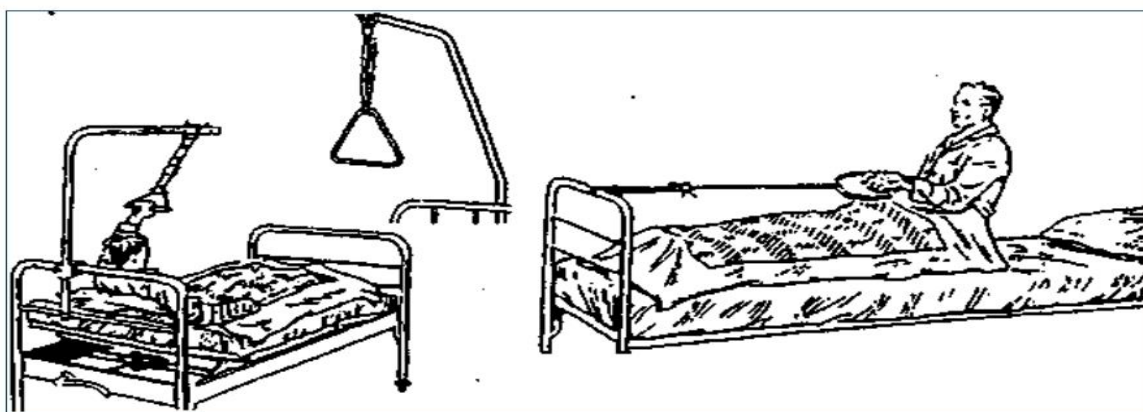
3 подгузника в течение дня и 1 подгузник на ночь с последующей бережной гигиенической процедурой, которая проводится при помощи профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей в течение дня.

**10. При усилению болей – консультация врача.**

**11. Проводите легкий массаж около участку «риска» ежедневно 3 раза.** Массаж всего тела, в т. ч. около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу. Не подвергать участки риска трению.

**12. Поощряйте пациента изменять положение в постели с помощью специальных приспособлений, поручней.**

**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

**13. Обеспечить противопролежневый матрас и подушкой для кресло-каталки с первого дня прибытия в стационаре.**



**14.Контролируйте диурез ежедневно.**

**15.Меняйте памперсы при недержании мочи каждые 4 часа, проводите подмывание.**

- После каждого мочеиспускания и дефекации необходимо осуществлять гигиену интимных зон и обязательно наносить защитный крем на кожу области гениталий. Любые естественные выделения (мочу, кал, пот, раневой экссудат) нужно удалять с кожи как можно быстрее.
- При недержании необходимо использовать абсорбирующие средства: подгузник в виде трусов, подгузник в виде прокладки-вкладыша, подгузник в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами, впитывающие простыни (пеленки) и др.
- Последовательность мытья тела должна быть следующей: лицо, шея, уши, плечи, торс, руки, ноги, гениталии.
- После мытья больной должен быть совершенно сухим.
- При замене простыней (особенно мокрых) нельзя их вытягивать и выдергивать из-под больного, так как это может повредить кожу.

**16.При дефекации - меняйте памперсы немедленно, проводите подмывание (для мужчин можно применять съемные мочеприемники).**



**17.Регулярно подавайте судно, проводите гигиенический туалет половых органов.**

**18.Предохраняйте кожу пациента от возможности получения ссадин, расчесов, от раздражающих пластырей.**

**19.При появлении устойчивой гиперемии обрабатывайте кожу растворами специальных антисептиков.**

**Средства МЕНАЛИНД для очищения кожи (голубая маркировка)**



Все продукты содержат запатентованный нейтрализатор запаха. Очищающая пена и влажные салфетки готовы к применению без воды и мыла, моющий лосьон растворяется



в воде для мытья пациента в постели либо используется как гель для душа. Все средства подходят для ежедневного применения, в том числе при очень чувствительной коже.

#### ШАМПУНЬ

#### ПЕНА ДЛЯ ВАННЫ

#### ЛОСЬОН МОЮЩИЙ

Для полного мытья лежачих больных. Абсорбирует неприятные запахи. Профилактика пролежней. Не нарушает pH-баланс кожи, обеспечивает щадящую очистку. Смягчающие и увлажняющие вещества обеспечивают полный гигиенический уход за кожей лежачих больных.

#### ПЕНА ОЧИЩАЮЩАЯ

Очищение кожи при сильных загрязнениях в интимной области и для профилактики пролежней. Устраняет неприятный запах; применяется без воды для интенсивного ухода за кожей. Не нарушает pH-баланс кожи.

#### САЛФЕТКИ ВЛАЖНЫЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ

Мягкие нежные гигиенические салфетки из нетканого материала применяются без воды и мыла. Пропитаны смягчающим кожу лосьоном. Не содержат спирта.

### **Средства для питания и увлажнения кожи (желтая маркировка)**



Продукты способствует удержанию влаги, предотвращению шелушения, смягчению и повышению эластичности кожи, они оказывают антисептическое действие, снимают зуд. Их применение улучшает кровоток и обменные процессы, улучшает мышечный тонус у больных при длительном постельном режиме. Тонизирующая жидкость и крем для рук рекомендуются как пациентам, так и людям, оказывающим уход.

#### ЛОСЬОН УВЛАЖНЯЮЩИЙ ДЛЯ ТЕЛА

Для ухода за сухой, чувствительной и раздраженной кожей. Оказывает продолжительное смягчающее и увлажняющее действие. Подходит для ежедневного применения.

#### МАСЛО ДЛЯ УХОДА ЗА КОЖЕЙ

Снимает зуд, сохраняет кожу здоровой. Рекомендуется для массажа.

#### МАСЛО ДЛЯ КУПАНИЯ

Масло с высоким содержанием питательных веществ для ухода за очень сухой и раздраженной кожей. Способствует регенерации кожи, увлажняет и питает.

#### ТОНИЗИРУЮЩАЯ ЖИДКОСТЬ

Рекомендуется для лечения пролежней 1-й стадии. Профилактика пролежней. Обладает

профилактическим и оздоровительным эффектом. Улучшает кровоток и обменные процессы в коже, поднимает мышечный

тонус у больных после длительного постельного режима. Снимает усталость и облегчает тяжесть в ногах. Наносить на участки покраснения не менее 3-х раз в сутки.

#### КРЕМ ДЛЯ РУК

#### ПИТАТЕЛЬНЫЙ ГЕЛЬ ДЛЯ МАССАЖА

Предназначен для использования при массаже шеи, плеч, рук и ног. Гель успокаивает и снимает мышечное напряжение у лежачих больных, стимулирует, придает коже энергию и жизненную силу

### **Средства для защиты кожи (розовая маркировка)**



Продукты для защиты кожи в местах трения, под подгузником, а также на тех местах, где чаще всего появляются пролежни.

#### КРЕМ ЗАЩИТНЫЙ

Поддерживает естественный механизм защиты кожи. Профилактика пролежней и опрелостей. Крем образует защитную пленку и предохраняет кожу в интимной области от раздражающего воздействия мочи и кала. Для профилактики пролежней рекомендуется смазывать кремом все кожные складки, особенно у людей с избыточным весом, а также у женщин под грудью. Защитным кремом смазывают также место вокруг стомы - при смене повязки или приемного пакета.

#### КРЕМ ЗАЩИТНЫЙ без цинка

#### ПРОТЕКТОР ДЛЯ КОЖИ

Для интенсивной защиты и ухода за кожей, для профилактики пролежней у лежачих больных. Уникальный продукт образует на поверхности кожи защитную пленку, которая защищает от негативного воздействия мочи и кала и которая сохраняется на коже до 6 часов, даже в случае проведения гигиенических процедур.

#### МАСЛО-СПРЕЙ ЗАЩИТНОЕ

Для особо сухих участков кожи. Защищает и увлажняет кожный покров, предотвращает трещины и механические повреждения. Восстанавливает кислотно-щелочной баланс и нейтрализует запахи.



### Диета

Питание пациента должно быть сбалансированным и умеренным. Поскольку активность человека при постельном режиме сводится к минимуму, ему требуется меньше калорий, но больше витаминов и минеральных веществ. Особенно важно присутствие в рационе витамина С, цинка и железа.

Примерная суточная норма потребления калорий при постельном режиме — 1500. В рацион больного должны входить злаки, мясо, рыба, сыры, молочные продукты, фрукты, овощи, орехи. Потребление животных жиров, мучных изделий, сладостей и газированных напитков лучше ограничить — вес больного должен оставаться в норме.

### Примеры составления памяток Для пациента и их родственников

Для того чтобы предупредить образование пролежней, вам следует:  
Употреблять в пищу:

1. достаточное количество жидкости (не менее 1,5 л), количество жидкости следует уточнить у врача;
2. не менее 120г белка, содержащегося в любимых вами продуктах как растительного, так и животного происхождения;
3. не менее 500-1000 мг аскорбиновой кислоты (витамина С) в сутки. Инструкцию по содержанию белка и аскорбиновой кислоты в продуктах питания получите у медсестры.
4. Перемещаться в постели или кресле, исключая трение.
5. Использовать противопролежневый матрас и/или подушку для кресла, а так же вспомогательные средства для перемещения и переворачивания в постели.

6. Пытаться находить в постели удобные положения, но не увеличивать давление на уязвимые участки (костные выступы).
7. Изменять положения в постели каждые 1-2 часа или чаще, если вы сможете сидеть.
8. Ходить, если вы можете; делать упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги.
9. Делать 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий медленный вдох через рот, выход через нос.
10. Принимать активное участие в уходе за вами.
11. Задавать вопросы медсестре, если у вас появились какие-то проблемы.

### Памятка для родственников по профилактике пролежней

Вам необходимо получить необходимую информацию у медицинской сестры по следующим вопросам:

- о местах образования пролежней;
- об особенностях размещения пациента в различные положения и технике перемещения;
- о рационе питания и особенностях питьевого режима;
- о технике гигиенических процедур;
- о поддержании умеренной влажности кожи и наблюдении за ней;
- о стимулировании пациента к самостоятельному перемещению каждые 2 часа;
- о стимулировании пациента к выполнению дыхательных упражнений.



**Родственники должны быть обучены**

- регулярному осмотру кожи в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов;

- процедуре влажного обтирания, которое рекомендуется проводить 1 раз в день и по мере необходимости при недержании мочи, сильно потоотделении;
- правилам изменения положения тела пациента каждые 2 часа (даже ночью), исключая трение о постель;
- правилам размещения пациента в положения Фаулера или Симса (по разрешению врача);
- правилам контроля состояния постели (складки, крошки и т.п.);
- правильному питанию пациента и адекватному приему жидкости;
- применению непромокаемых подгузников, наружных мочеиспускателей для мужчин.

### Пример расчета дневного рациона питания с целью профилактики пролежней.

Время приема пищи

Рацион питания

Белок, г

11 час.

Дополнительное питание

Творог не жирный с черносливом-100г, сметана-20г,  
сахар-5г.

15,4

13 час.

Обед

Суп гречневый на курином бульоне(кости обрезанные) 200мл; перловый плов с мясом говядины-150г, кисель-200мл, хлеб пшеничный-100г, салат.

45,06

17 час.

Полдник

Сыр голландский- 20г, свежий кефир-200г.

15,4

19 час.

Ужин

Каша овсяная со слив. маслом, Котлета паровая(кролик), чай с лимоном-200мл, сахар-10г, хлеб пшеничный-50г, яблочное пюре.

27,65

Жидкость в сутки

1100мл(питье+продукты)

Белок в сутки 125,04

### Демонстрация манипуляций по уходу за пациентом:

#### ✓ Технология ухода за кожными покровами

Код технологии		Название технологии	
A14.01.001		Уход за кожей тяжелобольного пациента	
1.	Требования к специалистам и требования вспомогательному персоналу, включая требования		

1.1.	<b>Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)</b>	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060101 Лечебное дело 060102 Акушерское дело 060109 Сестринское дело 060115 Младшая медицинская сестра по уходу за больными
1.2.	<b>Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу</b>	Отсутствуют
2.	<b>Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала</b>	
2.1.	<b>Требования по безопасности труда при выполнении услуги</b>	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором.
3.	<b>Условия выполнения простой медицинской услуги</b> Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	<b>Функциональное назначение простой медицинской услуги</b> Профилактическое	
5.	<b>Материальные ресурсы</b>	
5.1	<b>Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения</b>	Отсутствуют
5.2	<b>Реактивы</b>	Отсутствуют
5.3	<b>Иммунобиологические препараты и реагенты</b>	Отсутствуют
5.4	<b>Продукты крови</b>	Отсутствуют
5.5.	<b>Лекарственные средства</b>	Мыло или антисептический раствор - 2 разовые дозы (для мытья рук). Моющий раствор для обработки кожи тяжелобольного пациента (мыльный или раствор уксуса - 1-2 ст. ложки на 0,5 л воды).



6	<b>Прочий расходный материал</b>	Емкость с водой (t 37°) - 1 шт. Фартук непромокаемый одноразовый - 1 шт. Одноразовые салфетки из нетканого материала - не менее 15 шт. Полотенце - 5 шт. Простыня - 1 шт. Контейнер для дезинфекции - 1 шт. Увлажняющий крем - 1 шт. Клеёнка подкладная - 1 шт. Пелёнка - 1 шт. Мыло (25 г) или жидкое. Диспансер с одноразовым полотенцем Чистое нательное бельё.
6.	<b>Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги</b>  <b>Алгоритм выполнения манипуляции</b> <b>I. Подготовка к процедуре:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности.</li> <li>2. Объяснить пациенту ход и цель процедуры, если пациент в бессознательном состоянии - дать необходимые разъяснения его представителям (родственникам).</li> <li>3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика).</li> <li>4. Надеть одноразовый фартук.</li> <li>5. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней.</li> </ol> <b>II. Выполнение процедуры:</b> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. В моющем растворе для обработки кожи пациента смочить одноразовую салфетку и протереть лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а так же шею.</li> <li>2. Полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента.</li> <li>3. Положить пациенту на грудь и под руку с противоположной от медицинского работника стороны чистое полотенце.</li> <li>4. Взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медицинского работника стороны. Мытье начинать с пальцев кисти, поддерживая ее снизу своей рукой. Затем вымыть руку выше, до подмышечной впадины и вытереть насухо.</li> <li>5. То же повторить с другой рукой.</li> <li>6. Скатать простынь, лежащую на груди пациента. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Во время мытья следить за тем, чтобы не сместить и не намочить любые повязки, дренажи, канюли.</li> <li>7. Затем вытереть насухо грудь и живот, накрыть сухой простыней</li> <li>8. Повернуть пациента поочередно на левый и правый бок, обтереть и</li> </ol>	

	<p>просушить кожу спины.</p> <p>9. Обнажить нижнюю часть туловища. Подложить один конец полотенца под ногу пациента с противоположной от медицинского работника стороны, а другим концом накрыть вторую его ногу и область гениталий. Начинать мытье ноги с противоположной от медицинского работника стороны, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх.</p> <p>10. Перейти к мытью ноги от колена вниз, к лодыжке. Вымыть стопу и межпальцевые промежутки. Ногу при мытье приподнять, чтобы не оставалось недоступных мест необходимо поддерживать ее в области лодыжки. Заменить салфетку.</p> <p>11. Вытереть насухо ногу от бедра до лодыжки; повторить те же манипуляции на другой стороне.</p> <p>III. Окончание процедуры:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Надеть на пациента чистое нательное белье.</li> <li>2. Придать пациенту удобное положение в постели.</li> <li>3. Накрыть пациента одеялом.</li> <li>4. Поместить использованное белье в непромокаемый мешок.</li> <li>5. Снять фартук, убрать в емкость для дезинфекции.</li> <li>6. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика)</li> <li>7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.</li> </ol>
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики
	<p>Уход за полостью рта тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А 14.07.002), поэтому описание данной процедуры здесь не приводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за полостью рта.</p> <p>Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А 14.31.007), поэтому описание данной процедуры здесь не приводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за промежностью и наружными половыми органами.</p>
8.	<b>Достижимые результаты и их оценка</b>
	Тело пациента очищено от загрязнений
9.	<b>Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи</b>
	<p>Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация об осуществлении ухода за кожей, сообщаемая ему или его родственникам медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.</p>
10.	<b>Параметры оценки и контроля качества выполнения методики</b>
	Кожные покровы чистые, сухие, гиперемии и повреждений кожи нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством процедуры.



11.	<b>Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги</b> Отсутствует
12.	<b>Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости)</b> Отсутствует

## **Оценка степени тяжести пролежней**

### **Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала**

1. До и после проведения процедуры провести гигиеническую обработку рук
2. Использование перчаток во время процедуры.

### **Оснащение:**

1. Пинцет стерильный (при необходимости)
2. Спирт этиловый 70<sup>0</sup> - 5 мл.
3. Марлевые салфетки (стерильные)
4. Перчатки стерильные (при необходимости).

### **Алгоритм оценки степени тяжести пролежней**

#### **I. Подготовка к процедуре**

1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход процедуры.
2. Отрегулировать высоту кровати.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить. Надеть перчатки.

#### **II. Выполнение процедуры**

1. Помочь пациенту лечь на живот или на бок.
2. Осмотреть места образования пролежней: крестец, пятки, лодыжки, лопатки, локти, затылок, большой вертел бедренной кости, внутренние поверхности коленных суставов.
3. Оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости, в которой могут быть видны сухожилия и/или костные образования.
4. При необходимости применять стерильные пинцеты и стерильные перчатки.

#### **III. Окончание процедуры**

1. Сообщить пациенту (ке) результат исследования
2. Подвергнуть дезинфекции использованный материал и перчатки.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации

### **Достижимые результаты и их оценка**

Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с принятой классификацией ([ОСТ 91500.11.0001-2002](#)).

- 1 степень - устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены
- 2 степень - поверхностное нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия, отслойка эпидермиса.
- 3 степень - полное разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Возможны жидкие выделения.
- 4 степень - поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (вплоть до кости), развивается некроз.

### **Параметры оценки и контроля качества выполнения методики**

Оценка качества проведения простой медицинской услуги производится в соответствии с отраслевым стандартом 91500.11.0001-2002 "Протокол ведения больных. Пролежни".

- Проведение контрольного измерения с целью установления соответствия полученных данных
- Отсутствуют отклонения от алгоритма выполнения измерения.
- Результаты измерения получены и правильно интерпретированы.
- Наличие записи о результатах выполнения назначения в медицинской документации
- Своевременность выполнения процедуры (в соответствии со временем назначения)
- Удовлетворенность пациента качеством предоставленной медицинской услуги.

## **ПОВОРАЧИВАНИЕ ПАЦИЕНТА И РАЗМЕЩЕНИЕ ЕГО В ПОЛОЖЕНИИ НА ПРАВОМ БОКУ (выполняется одной медсестрой; пациент может помочь)**

**Цель:** придание пациенту физиологического положения.

**Показания:** смена белья; предварительный этап для другого перемещения; риск развития пролежней.

**Оснащение:** дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком.

**Примечание:** процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

### **Этапы**

#### **Обоснование**

##### **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте до встречи с ним. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить пациенту цель и ход предстоящей процедуры (если он с ней незнаком).

Обеспечение психологической подготовки к предстоящей процедуре.

3. Получить его согласие.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить необходимое оснащение.

Обеспечение эффективного проведения процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности пациента и персонала.

##### **II. Выполнение процедуры**

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасности. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.

Обеспечение достаточное место для переворачивания пациента набок.

9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если скрестит руки на груди и положит левую ногу, согнутую в колене, под правую. Если он сам не может этого сделать,

медсестре следует помочь ему. Для этого необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на персонал.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.

11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор (вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется).

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую - на его левое бедро и повернуть пациента набок, перенося свой вес на ногу, стоящую на полу.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

13. Подложить подушку под голову и шею пациента.

Обеспечение выпрямленного положения тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи. Снижение напряжения грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Обеспечение нормального кровоснабжения головного мозга.

14. Выдвинуть вперед правое плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.

Предотвращение непосредственного воздействия массы тела на плечевой сустав.

15. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).

Обеспечение поддержки пациента в положении лежа на боку.

16. Поместить подушку под полусогнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней (от паховой области до стопы включительно).

Предотвращение переразгибания ноги в тазобедренном суставе. Обеспечение надлежащей выпрямленности ноги. Устранение давления на костные выступы.

17. Поместить мешок с песком (упор) у подошвы «нижней» ноги.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Профилактика отвислости стопы.

18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

### **III. Завершение процедуры:**

19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

## **РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ НА СПИНЕ В ПОЛОЖЕНИЕ СИМСА**

(пациент может помочь лишь частично или не может помочь вообще, выполняется одной или двумя медсестрами)

**Цель:** придание пациенту физиологического положения.

**Показания:** вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

**Оснащение:** дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, половинка резинового мячика.

**Примечание:** процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

## **Этапы**

### **Обоснование**

#### **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Профилактика ВБИ.

#### **II. Выполнение процедуры:**

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела сестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с левой стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Сообщить пациенту, чтобы он скрестил руки на груди. Передвинуть пациента ближе к левому краю кровати.

Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента набок.

9. Сообщить пациенту, что он может помочь медсестре, если положит левую ногу под правую. Если он сам не может этого сделать, медсестре следует помочь ему. Для этого сестре необходимо обхватить одной рукой тыл стопы пациента и переместить ее по направлению к тазу, скользя по кровати. Одновременно другой рукой, расположенной в подколенной впадине, приподнимать ногу вверх.

Обеспечение активного участия пациента. Снижение физической нагрузки на медсестру.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на правую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.

11. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене. Поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

12. Положить левую руку на левое плечо пациента, а правую руку - на его левое бедро и переместить пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на матрасе - лишь часть живота пациента).

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

13. Выдвинуть правое «нижнее» плечо назад и освободить «нижнюю» руку из-под тела пациента, расположив ее вдоль тела. Подложить подушку под голову пациента.

Обеспечение выпрямления тела пациента. Уменьшение бокового сгибания шеи.



14. Подложить под согнутую «верхнюю» руку подушку на уровне плеча. Расслабленную кисть поместить на половинку мячика.

Предотвращение внутреннего вращения плеча. Поддержание необходимой выпрямленности тела.

15. Подложить под согнутую «верхнюю» ногу подушку так, чтобы нога оказалась на уровне бедра.

Предотвращение внутреннего вращения бедра и размещения «верхней» ноги на «нижней». Предупреждение переразгибания ноги. Уменьшение давления матраца на колено и лодыжку.

16. Обеспечить упор для нижней стопы под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предотвращение отвислости стопы. Обеспечение профилактики пролежней.

17. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

### **III. Окончание процедуры:**

18. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

19. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

## **ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИЕ НА ЖИВОТЕ**

(выполняется одной или двумя сестрами по назначению врача; пациент не может помочь)

**Цель:** придание пациенту физиологического положения.

**Показания:** вынужденное или пассивное положение, смена положения при риске развития пролежней или пролежнях.

**Оснащение:** дополнительная подушка, упор для ног или мешок с песком, валики, упор для стоп, половинка резинового мячика, салфетка.

**Примечание:** процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

### **Этапы**

#### **Обоснование**

#### **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Обеспечение инфекционной безопасности.

## II. Выполнение процедуры:

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с парализованной стороны пациента. Перевести изголовье кровати в горизонтальное положение (или убрать подушки).

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность. Обеспечение необходимой выпрямленности тела пациента.

8. Скрестить руки пациенту на его груди. Передвинуть пациента в направлении парализованной стороны тела.

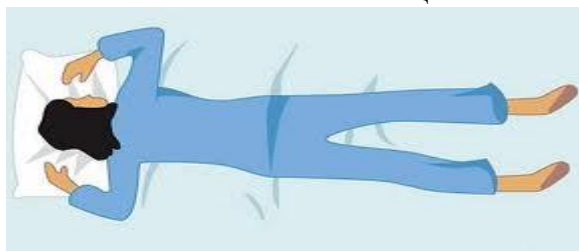
Обеспечение достаточного места для переворачивания пациента на живот. Профилактика травматизма парализованной стороны.

9. Поместить парализованную ногу пациента на здоровую.

Снижение физической нагрузки на медсестру.

10. Поднять боковые поручни. Перейти на другую сторону кровати и опустить поручни.

Обеспечение безопасности пациента.



11. Положить тонкую подушку на место, где будет располагаться живот пациента.

Профилактика провисания живота. Снижение переразгибания поясничных позвонков и напряжения мышц поясницы.

12. Выпрямить локоть парализованной руки. Прижать ее по всей длине к туловищу.

Подсунуть кисть под бедро.

Исключение опасности придавливания руки при перемещении пациента на живот.

13. Положить протектор на кровать рядом с пациентом. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить колено на протектор. Вторая нога является опорой, если уровень кровати не регулируется.

Обеспечение правильной биомеханики тела медсестры.

Обеспечение безопасности медсестры и пациента.

14. Положить левую руку на «дальнее» плечо пациента, а правую руку - на его «дальнее» бедро. Повернуть пациента на живот в сторону медсестры.

Обеспечение правильной биомеханики тела сестры. Снижение риска падения и трения кожи при перемещении пациента по направлению к медсестре.

15. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной стороны тела). Подложить тонкую подушку под голову и шею пациента.

Снижение сгибания и переразгибания шейных позвонков мышц шеи.

16. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе на 90°. Расслабленную кисть поместить

Предупреждение риска ограничения способности руки совершать наружные вращения на половинку мячика, накрытого салфеткой. Другую руку вытянуть вдоль туловища. ния вокруг плечевого сустава.

17. Согнуть оба колена пациента и подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.

Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов. Профилактика развития пролежней на пальцах ног.

18. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы.

19. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

## III. Окончание процедуры:



20. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.  
Обеспечение инфекционной безопасности.
21. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.  
Обеспечение преемственности сестринского ухода.

## **РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА С ГЕМИПЛЕГИЕЙ В ПОЛОЖЕНИИ ФАУЛЕРА**

(выполняется одной медсестрой)

**Цель:** придание пациенту физиологического положения.

**Показания:** кормление (прием пищи самостоятельно); выполнение процедур, требующих этого положения; риск развития пролежней и контрактур.

**Оснащение:** набор подушек, валики, упор для стоп, половинки резинового мячика (2 шт.), 2 салфетки.

**Примечание:** процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати.

### **Этапы**

#### **Обоснование**

##### **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.

Установление контакта с пациентом.

2. Объяснить цель и ход процедуры.

Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.

3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.

Соблюдение прав пациента.

4. Подготовить оснащение.

Обеспечение эффективности процедуры.

5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.

Профилактика ВБИ.

##### **II. Выполнение процедуры:**

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.

Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.

7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится сестра.

Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.

8. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати. Убрать подушки.

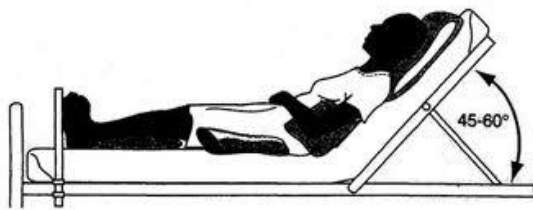
Расположение пациента в позицию, удобную для перемещения.

9. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки).

Обеспечение комфортного состояния пациента. Улучшение вентиляции легких.

Обеспечение расслабления пациента.

10. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).



Снижение вероятности «заваливания» пациента на парализованную сторону тела. Улучшение вентиляции легких, работы сердца, снижение внутричерепного давления. Обеспечение комфортного приема пищи и жидкости. Профилактика аспирации пищи и жидкости, рвотных масс. Профилактика напряжения мышц шеи.

11. Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

Снижение нагрузки на шейный отдел позвоночника.

12. Отодвинуть верхние конечности пациента от его туловища и подложить под локти и кисти небольшие подушки.

Предупреждение сгибательной контрактуры мышц верхней конечности и перерастяжения капсулы плечевого сустава.

13. Положить кисти на половинки резиновых мячиков, покрытых салфетками.

Сохранение функционального положения кистей. Предупреждение контрактуры суставов кистей.

14. Подложить пациенту тонкую подушку под поясницу.

Снижение нагрузки на поясничный отдел позвоночника.

15. Согнуть пациенту ноги в коленном и тазобедренном суставах, подложив под нижнюю треть бедра подушку или сложенное одеяло.

Предупреждение длительного переразгибания коленных суставов и сдавливания подколенной артерии.

16. Подложить пациенту валик под нижнюю треть голени таким образом, чтобы пятки не касались матраса.

Профилактика пролежней в области пяток.

17. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы. Сохранение тонуса мышц.

18. Убедиться, что пациент лежит удобно, расправить простыню. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.

Обеспечение безопасности пациента.

### **III. Окончание процедуры:**

19. Провести дезинфекцию и дальнейшую утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.

Профилактика ВБИ.

20. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.

Обеспечение преемственности сестринского ухода.

## **РАЗМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В ПОЛОЖЕНИИ ЛЕЖА НА СПИНЕ**

(выполняется одной медсестрой)

**Цель:** придание пациенту физиологического положения.

**Показания:** вынужденное или пассивное положение; риск развития пролежней; гигиенические процедуры в постели.

**Оснащение:** дополнительная подушка, валики, упор для стоп, две простыни, скатанные в рулон, полотенце.

**Примечание:** процедура может выполняться как на функциональной, так и на обычной кровати

## **Этапы**

### **Обоснование**

#### **I. Подготовка к процедуре:**

1. Собрать информацию о пациенте. Доброжелательно и уважительно представиться ему. Уточнить, как к нему обращаться, если медсестра видит пациента впервые.  
Установление контакта с пациентом.
2. Объяснить цель и ход процедуры.  
Обеспечение психологической подготовки пациента к предстоящей процедуре.
3. Получить согласие пациента на проведение процедуры.  
Соблюдение прав пациента.
4. Подготовить оснащение.  
Обеспечение эффективности процедуры.
5. Вымыть и осушить руки. При риске контакта с биологической жидкостью надеть перчатки.  
Обеспечение инфекционной безопасности.

#### **II. Выполнение процедуры:**

6. Закрепить тормоза кровати. Поднять кровать на максимально удобную для работы с пациентом высоту.  
Обеспечение безопасности пациента и правильной биомеханики тела медсестры.
7. Опустить боковые поручни (если они есть) с той стороны, где находится медсестра.  
Обеспечение доступа к пациенту и его безопасность.
8. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придав кровати горизонтальное положение. Снять одеяло. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.  
Обеспечение правильного положения пациента.
9. Придать пациенту правильное положение:
  - а) положить подушку под голову (или поправить оставшуюся);
  - б) расположить руки вдоль туловища ладонями вниз;
  - в) расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.  
Обеспечение комфортного положения пациента.
10. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.  
Обеспечение правильного распределения нагрузки на верхнюю часть тела.  
Предупреждение напряжение мышц шеи.
11. Подложить под предплечья небольшие подушки.  
Облегчение оттока крови. Предупреждение отека кисти.
12. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце, без складок.  
Предупреждение переразгибания поясничного отдела позвоночника.
13. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.  
Предотвращение поворота бедра наружу.
14. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.  
Предотвращение длительного давления матраца на пятки и образования пролежней.
15. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.  
Обеспечение тыльного сгибания стопы. Предупреждение отвислости стопы.
16. Убедиться, что пациент лежит удобно. Расправить простыню, накрыть одеялом. Поднять боковые поручни. Опустить кровать на прежнюю высоту.  
Обеспечение безопасности пациента.

#### **III. Окончание процедуры:**

17. Провести дезинфекцию и утилизацию перчаток, если они использовались. Вымыть и осушить руки.  
Обеспечение инфекционной безопасности.
18. Сделать запись о выполнении процедуры и реакции пациента.  
Обеспечение преемственности сестринского уход.

## **Школа ухода за пациентом с риском развития пролежней**

Целью курса является обучение пациента (или его родственников, законных представителей) правильному уходу за пациентом и основным принципам профилактики.

Обучение необходимо сопровождать демонстрацией и комментариями рисунков из настоящей модели (приложение Е).

Примерный план занятий:

1. Личная гигиена тяжелобольного.
2. Уход за кожей тяжелобольного пациента.
3. Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного.
4. Приготовление и смена постельного и нательного белья тяжелобольному.
5. Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному.
6. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных.
7. Пособие при мочеиспускании тяжелобольного.
8. Пособие при дефекации тяжелобольного.
9. Причины и места появления пролежней.
10. Оценка степени риска развития пролежней.
11. Обучение близких уходу за тяжелобольным.
12. Основы эргономики и безопасного перемещения пациента.
13. Основные принципы питания тяжелобольного пациента.
14. Обучение самоуходу.

Использование технических средств реабилитации и малой механизации.

Пациент, или лицо, осуществляющее уход за ним или его законный представитель должен иметь информацию:

- о факторах риска развития пролежней;
- целях профилактических мероприятий;
- необходимости выполнения всей программы профилактики, в т.ч. манипуляций, выполненных пациентом или лицами, осуществляющими уход за ним;
- последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в т.ч. снижении уровня качества жизни.

Пациент или лицо, осуществляющее уход за ним или его законный представитель должен быть обучен:

- технике изменения положения тела на плоскости с помощью вспомогательных средств (поручней кровати, перекладки или трапеции над кроватью, подлокотников кресла, устройства для приподнимания больного);
- технике дыхательных упражнений;
- приемам самоухода.

Дополнительная информация для лица, осуществляющего уход за пациентом или его законного представителя:

- места образования пролежней;
- техника перемещения;
- особенности размещения в различных положениях;
- диетический и питьевой режим;
- техника гигиенических процедур;
- наблюдение и поддержание умеренной влажности кожи;
- стимулирование пациента к самостоятельному перемещению каждые 2 ч;
- стимулирование пациента к выполнению дыхательных упражнений.

Научить лиц, осуществляющих уход, уменьшать риск повреждения тканей под действием давления:

- регулярно изменять положение тела;

- использовать приспособления, уменьшающие давление (подушки, поролон, прокладки);
- соблюдать правила приподнимания и перемещения: исключать трение и сдвиг тканей;
- осматривать всю кожу пациента не реже 1 раза в день, а участки риска - при каждом перемещении;
- осуществлять правильное питание и адекватный прием жидкости;
- правильно осуществлять гигиенические процедуры: исключать трение.

**Тема: Профилактика пролежней**  
**Выберите один правильный ответ.**

1. Постельное белье тяжелобольному пациенту меняют
  1. 1 раз в 2 недели
  2. 1 раз в неделю
  3. 1 раз в 3 дня
  4. по мере загрязнения
2. Постельное белье больных, находящихся на постельном режиме, меняется не реже
  1. 1 раза в месяц
  2. 1 раза в 10 дней
  3. 1 раза в неделю
  4. 1 раза в 3 дня
3. Опрелости могут развиваться
  1. на лопатках
  2. на локтях
  3. в паховых складках
  4. на крестце
4. При подаче судна тяжелобольного пациенту оно должно быть
  1. с 1% раствором хлорамина
  2. обернутым простыней
  3. чистым и сухим
  4. согретое теплой водой и с небольшим количеством теплой воды в нем
5. Тяжелобольного следует подмывать
  1. 1 раз в день
  2. утром и вечером
  3. после каждого акта мочеиспускания и дефекации
6. Гигиеническая ванна проводится в отделении
  1. 1 раз в неделю
  2. 2 раза в неделю
  3. 3 раза в неделю
  4. 1 раз в месяц
7. Матрацы после выписки пациентов из стационара должны подвергаться
  1. камерной дезинфекции
  2. проветриванию на воздухе
  3. выколачиванию на воздухе
  4. кипячению в щелочном растворе
8. Движение ватного тампона при подмывании пациента осуществляется
  1. от половых органов к анусу
  2. от ануса к половым органам
  3. хаотично
  4. справа налево



9. Потенциальные проблемы при нарушении удовлетворения потребности быть чистым
1. риск развития пролежней
  2. риск развития педикулеза
  3. риск суицида
  4. риск развития запора

10. Риск развития пролежней возникает при нарушении удовлетворения потребности
1. спать и отдыхать
  2. двигаться
  3. дышать
  4. общаться
  5. пить

11. Для создания удобного положения пациенту в постели пользуются различными приспособлениями
1. подголовником, подушками, функциональной кроватью, валиком, подставкой
  2. одеялом, простыней, халатом
  3. судном, кругом, клеенкой
  4. матрацем, подушкой, наволочкой

12. Наиболее частые места образования пролежней
1. область затылка, лопаток, крестца, пятки
  2. область плеча, груди, бедер
  3. область шеи, подколенных ямок
  4. область ладоней, подошв

13. Наибольшая вероятность риска развития пролежней у пациента
1. отсутствие физической активности
  2. нарушение формулы сна
  3. недостаточное питание
  4. семейные процессы измененные

14. Для профилактики пролежней необходимо менять положение пациента каждые
1. 2 часа
  2. 6 часов
  3. 12 часов
  4. 24 часа

15. К первой стадии образования пролежней относится
1. побледнение
  2. покраснение
  3. образование пузырей
  4. некроз мышечного слоя

16. Вторая стадия клинического проявления пролежней
1. побледнение
  2. стойкая гиперемия
  3. гиперемия с отслойкой эпидермиса
  4. некроз мягких тканей

17. Лечение третьей степени пролежней

1. протирание 10% камфорным спиртом
2. массаж
3. хирургическим методом
4. смазывание 70° спиртом

18. Факторами риска развития пролежней являются

1. кахексия при строгом постельном режиме
2. кахексия при удовлетворительном состоянии
3. болезни периферических сосудов
4. курение

19. Максимальное количество баллов при оценке риска развития пролежней получают пациенты

1. после обширного оперативного вмешательства
2. в возрасте более 80 лет
3. в состоянии терминальной кахексии

Наиболее частая область образования пролежней у тяжелобольного пациента при положении на спине

1. крестец
2. подколенная ямка
3. бедро
4. голень

**Тема Профилактика пролежней**

**Тесты на дополнение**

**Инструктаж: «дополнить»**

1. Кожу тяжелобольного необходимо ежедневно протирать \_\_\_\_\_
2. Смену нательного и постельного белья в отделении производят \_\_\_\_\_
3. Для ослабленных больных при недержании кала и мочи применяют \_\_\_\_\_
4. Если одна из рук пациента повреждена, рукав рубашки сначала снимают \_\_\_\_\_
5. Гигиеническую ванну или душ необходимо назначать пациенту не реже \_\_\_\_\_
6. Омертвление кожи - это \_\_\_\_\_
7. Тяжелобольному постельное и нательное бельё меняют \_\_\_\_\_
8. При появлении гиперемии на местах проекции костей необходимо обработать кожу \_\_\_\_\_
9. Лечение пролежня осуществляют путём наложения на рану \_\_\_\_\_
10. Пролежни чаще всего образуются в области \_\_\_\_\_
11. При подготовке постели для тяжелобольного необходимо на простынь положить \_\_\_\_\_
12. Медсестра должна постоянно следить за тем, чтобы положение пациента было \_\_\_\_\_
13. Мыть голову следует не реже \_\_\_\_\_
14. Для удаления серы из ушей необходимо в слуховой проход закапать \_\_\_\_\_
15. Перед тем, как обрезать ногти пациенту, необходимо \_\_\_\_\_
16. Для обработки полости рта необходимо приготовить инструментарий \_\_\_\_\_
17. Обрабатывать глаз следует в направлении от \_\_\_\_\_
18. Для удаления корочек из носа у тяжелобольных используют \_\_\_\_\_
19. Для обработки глаз при наличии выделений следует приготовить следующие антисептики \_\_\_\_\_
20. Функциональная кровать служит для \_\_\_\_\_

**Эталон ответов  
тестового контроля на дополнение**

1. 40% этиловым спиртом, 10% раствором камфорного спирта.
2. 1 раз в 7 - 10 дней.
3. Резиновое судно.
4. Со здоровой руки.
5. 1 раза в 7 - 10 дней.
6. Некроз.
7. По мере загрязнения.
8. 5 - 10% раствором марганцовокислого калия.
9. Мазевой повязки.
10. Крестца, лопаток, локтей, пяток, затылка.
11. Клеёнку, пелёнку.
12. Функциональным.
13. 1 раза в 10 дней.
14. 3% раствор перекиси водорода.
15. Опустить кисть на 2 - 3 мин. в лоток с тёплой водой.
16. Шпатель, корнцанг.
17. Наружного угла глаза к внутреннему.
18. Ватные турунды и вазелиновое масло.
19. 0,02% раствор фурацилина или 1-2% раствор натрия гидрокарбоната.
20. Придания пациенту наиболее удобного и функционального положения.

**Тема; Профилактика пролежней**  
**Выбрать несколько правильных ответов:**

**1.К слоям кожи относится:**

1. Эпидермис
2. Дерма
3. Подкожно-жировая клетчатка
4. Мышечная ткань

**Выбрать один правильный ответ:**

**2.Роговой слой кожи полностью обновляется через:**

1. 3-4 суток
2. 5-6 суток
3. 1-2 суток
4. 7-11 суток

**Установить соответствие:**

**3.Функции кожи:**

1. Защитная
2. Кожная чувствительность
3. Участие в терморегуляции
4. Выделительная
  - а.Хорошо развитая кровеносная сеть кожи
  - б..Наличие рецепторов, реагирующих на боль, тепло, холод.
  - в.Водно-липидная смазка эпидермиса, кислотная «мантия» кожи
  - г.Наличие потовых и сальных желез

**Выбрать один правильный ответ:**

**4.Ишемия мягких тканей – это:**

1. Нарушение кровообращения
2. Омертвление тканей
3. Образованиепузырей
4. Нарушениенервнойиннервации

**5.Некроз мягких тканей – это:**

1. Нарушение кровообращения
2. Омертвениетканей
3. Образование пузырей
4. Нарушение нервной иннервации

**Дополнить:**

\_\_\_\_\_ – это воспаление кожных складок с явлениями мацерации.

Глубокое поражение мягких тканей вплоть до их омертвления, обусловленное длительным сдавливанием называется \_\_\_\_\_.

**Выбрать несколько правильных ответов:**

**6.Основные причинные факторы приводящие к пролежням:**

1. Возраст
2. Давление на мягкиеткани
3. Срезающаясила
4. Хронические заболевания

5. Трение мягких тканей
6. Травма конечностей

**7.** К внешним факторам риска развития пролежней относятся:

1. Плохой гигиенический уход
2. Неправильная техника перемещения пациента
3. Ожирение
4. Нарушение периферического кровообращения

**8.** К внутренним факторам риска развития пролежней относятся:

1. Заболевания нервной системы
2. Травмы позвоночника, костей таза
3. Ожирение или истощение
4. Складки на постельном и нательном белье

**Установить соответствие:**

**9.** Степени пролежней:

1. Первая
2. Вторая
3. Третья
4. Четвёртая

- а. Образование пузырей
- б. Образование язвы
- в. Некроз мягких тканей
- г. Гиперемия кожи

**Выбрать один правильный ответ:**

**10.** При вынужденном длительном положении больных сидя:

1. Возникают пролежни в области седалищных бугров
2. Пролежни не возникают, поскольку в сидячем положении между выступами и матрацем большой слой подкожной жировой клетчатки и мышечной ткани выполняет амортизирующую функцию
3. Пролежни не образуются, поскольку они возникают только при положении больного на спине, животе или на боку
4. Пролежни возникают в области рёбер

**11.** К патофизиологическим факторам развития пролежней относится:

1. сдавление
2. мацерация кожных покровов
3. трение
4. анемия

**12.** В развитии экзогенных пролежней основную роль играют:

1. фактор длительного сдавливания
2. фактор нарушения трофики
3. фактор ослабления организма
4. фактор нарушения иннервации

**Установить соответствие:**



**13. Места образования пролежней:**

1. Положение на спине
2. Положение на животе
3. Положение сидя
4. Положение на боку

а. Нос, скулы, область лобка

б. Затылок, лопатки, крестец, пятки

в. Боковая поверхность локтевых, коленных суставов, лодыжек

г. Лопатки, седалищные бугры

**Выбрать несколько правильных ответов:**

**14. Для оценки риска развития пролежней можно использовать шкалу:**

1. Нортон
2. Глазго
3. Апгар
4. Брейдена
5. Ватерлоу

**Выбрать один правильный ответ:**

**15. Пациент с суммой баллов по шкале Нортон 13-14 не имеет риска развития пролежней.**

1. Верно
2. Неверно

**16. Пациент с суммой баллов по шкале Нортон менее 12 имеет высокий риск развития пролежней.**

1. Верно
2. Неверно

**Дополнить:**

**17. С целью профилактики пролежней смена положения больного осуществляется каждые \_\_\_\_ часа.**

**Выбрать один правильный ответ:**

**18. Положение Симса – это:**

1. Положение сидя
2. Лёжа на правом боку
3. Полулёжа, полусидя
4. Промежуточное положение между, лёжа на животе и лёжа на боку

**19. Положение Фаулера – это:**

1. Положение сидя
2. Лёжа на правом боку
3. Полулёжа, полусидя
4. Промежуточное положение между лёжа на животе и лёжа на боку

**20. Частота смены постельного белья в ЛПУ:**

1. Ежедневно
2. 1 раз в 5 дней
3. 1 раз в 10 дней
4. По мере загрязнения, но не реже 1 раза в 7 дней

**21. Температура воды, используемая для обтирания тяжелобольного пациента:**

1. 18-22 градусов
2. 20-30 градусов
3. 35-37 градусов
4. 40-42 градуса

**Выбрать несколько правильных ответов:**

**22.** Для уменьшения сдавливания мягких тканей целесообразно применять:

1. Надувной резиновый круг
2. Махровое полотенце
3. Одеяло
4. Противопролежневый матрац

**Выбрать один правильный ответ:**

**23.** Подкладной резиновый круг после использования подлежит:

1. Утилизации
2. Дезинфекции
3. Дезинсекции
4. Стерилизации

**24.** Места возможного образования пролежней необходимо обрабатывать антисептиками не менее 2 раз в день.

1. Верно
2. Неверно

**25.** При недержании мочи у тяжелобольных пациентов необходимо использовать судно или мочеприёмник.

1. Верно
2. Неверно

**26.** Кожу тяжелобольного пациента с целью профилактики пролежней необходимо обрабатывать:

1. 10% раствором марганцовокислого калия
2. 1:5000 раствором фурацилина
3. 70% этиловым спиртом
4. 10% раствором камфорного спирта
- 5.

**Установить соответствие:**

**27.** Лечение пролежней:

1. I степень
2. II степень
3. III степень
4. IV степень

а. Обработка 1-2% раствором бриллиантового зелёного, 5-10% раствором перманганата калия

б. После ограничения некроза омертвевшие ткани удаляют хирургическим путём, применяют кожную пластику

в. Применение мазевых повязок с 1% синтомициновой эмульсией, 10% стрептоцидовой мазью, облепиховым маслом

г. Обработка антисептиками, сосудорасширяющими растворами, лёгкий массаж

**Эталоны ответов к тестам:**

1. а,б
2. г
3. 1-в, 2-б, 3-а, 4-г
4. а
5. б
6. опрелость
7. пролежни
8. б,в,д
9. а,б
10. а,в
11. 1-г, 2-а, 3-б,4-в
12. а
13. а
14. г
15. а
  
16. 1-б, 2-а, 3-г, 4-в
17. а,г,д
18. б
19. а
20. 2 часа
21. г
22. в
23. г
24. в
25. а,г
26. б
27. а
28. б
29. г
30. 1-г, 2-а, 3-в, 4-б

### Критерии оценок по различным видам работы

#### 1. Фронтальный опрос:

- грамотный полный ответ на вопрос
- 5 баллов
- неполный ответ на вопрос с незначительными поправками
- 4 балла
- неполный ответ со значительными поправками преподавателя или студентов
- 3 балла
- попытка ответа с явными ошибками
- 2 балла
- нет ответа
- 0 баллов

#### 2. Терминологический диктант или тестовый контроль на дополнение (10 вопросов):

- определено не менее 9 терминов и понятий
- 5 баллов
- определено не менее 8 терминов и понятий
- 4 балла
- определено не менее 7 терминов
- 3 балла
- определено 6 и менее понятий
- 2 балла

#### 3. Графический диктант:

##### на 10 вопросов

- до 10% - 1 ошибка — оценка «5»
- до 20 % - 2 ошибки — оценка «4»
- до 30% - 3 ошибки — оценка «3»
- больше 30% - 4 ошибки — оценка «2»

##### на 15 вопросов

- до 10% - 1,5 ошибки — оценка «5»
- до 20 % - 3 ошибки — оценка «4»
- до 30% - 4,5 ошибки — оценка «3»
- больше 30% - 5 ошибок — оценка «2»

#### 4. Тестовый контроль на выбор правильного ответа:

##### на 10 вопросов

- до 10% - 1 ошибка — оценка «5»
- до 20 % - 2 ошибки — оценка «4»
- до 30% - 3 ошибки — оценка «3»
- больше 30% - 4 ошибки — оценка «2»

##### на 15 вопросов

- до 10% - 1,5 ошибки — оценка «5»
- до 20 % - 3 ошибки — оценка «4»
- до 30% - 4,5 ошибки — оценка «3»
- больше 30% - 5 ошибок — оценка «2»

##### на 20 вопросов

- до 10% - 2 ошибки — оценка «5»
- до 20 % - 4 ошибки — оценка «4»
- до 30% - 6 ошибок — оценка «3»
- больше 30% - более 6 ошибок — оценка «2»

**3. Решение ситуационных задач:**

- правильное решение в соответствии с эталоном
- 5 баллов
- ситуационная задача решена с неточностями
- 4 балла
- ситуационная задача решена с явными ошибками
- 3 балла
- задача решена не верно
- 2 балла
- нет попыток решения задачи
- 0 баллов

**6. Отработка практических навыков:**

- правильное выполнение манипуляции в соответствии со стандартами
- 5 баллов
- манипуляция выполнена с незначительными ошибками
- 4 балла
- манипуляция выполнена с явными ошибками
- 3 балла
- манипуляция не выполнена, но были попытки это сделать
- 2 балла
- нет попыток выполнения манипуляции
- 0 баллов

**7. Активность и внешний вид студента:**

- студент готов к занятию: чистый халат, шапочка, сменная обувь; активен, внимателен, дополняет ответы других студентов - (+) балл;
- студент не готов к занятию, не внимателен - (-) балл

**И Т О Г:**

оценка «5» - 30-31 балл;  
оценка «4» - 24-25 баллов  
оценка «3» - 18-19 баллов  
оценка «2» - 12-13 баллов



**Домашнее задание по теме:** «Профилактика пролежней».

1. Мухина С.А, Тарновская И.И. *Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»*. М., 2012.
2. Ширна А.И. Учебное пособие по основам сестринского дела. М, 2003.стр 338-344



