

План лечения пролежней

1 Обезболивание (при необходимости)

- Оценка боли по шкале.
- Обезболивание.
- Повторная оценка боли.

Приступайте к выполнению манипуляций только после эффективного обезболивания.

2 Оценка пролежня

- Место образования.
- Степень тяжести.
- Общее состояние и размеры раны. Площадь, глубина, наличие карманов, наличие каналов.

Учитывайте статус пациента и уровень сознания!

3 Лечение

- Разработка плана лечения.
- Устранение давления на пролежень.
- Обработка и лечение раны в зависимости от стадии процесса.

4 Оценка результата

- а** Пролежень в стадии заживления: Необходим контроль и продолжение выполнения плана
- б** Осложнение раневого процесса, отсутствие запланированного эффекта: Необходим анализ качества проведенных мероприятий и корректировка плана лечения

3 Контрольные меры

- Контроль состояния раны и результата лечения до достижения положительного результата.
- Фиксация в документации пациента плана и результатов лечения на каждом этапе.


Перевязочные средства


Важно использовать современные перевязочные средства в зависимости от стадии раневого процесса.


Стадия	Свойства повязки	Средства
Стадия воспаления, сухой некроз	Защита кожи вокруг раны, увлажнение, смягчение	Суперпоглоители, гидрогели
Влажный некроз	Защита кожи вокруг раны, абсорбция	Антисептические атравматические повязки, суперпоглоители, альгинаты
Регенерация, грануляция тканей	Защита кожи вокруг раны, обеспечение влажной среды, стимуляция регенерации	«Губки-пенки», альгинаты, гидроколлоиды
Эпителизация, новый слой эпидермиса	Защита кожи вокруг раны, поддержание влажной среды в ране	Пленки, гидроколлоиды, гидрогели, гидроактивные атравматические повязки


! Поступайте с больным человеком так, как хотите, чтобы поступали с вами.

Важно

 Начинать лечение незамедлительно: ухудшение раневого процесса может произойти за несколько часов.


 Соблюдать правила асептики и антисептики.

 Поддерживать в ране влажную среду и качественный воздухообмен.

 Не допускать продления давления на пораженные участки.

 Соблюдать гигиену рук!

Нельзя


 Использовать агрессивные антисептики для лечения раны: фукорцин, камфорный спирт, салициловую кислоту, перекись водорода, перманганат калия, спиртовой йод.

Они усугубляют раневой процесс.

Профилактика и лечение пролежней

Памятка для медицинского персонала

Пролежни – это участки ишемии и некроза тканей, возникающие в результате длительного сдавления между костными выступами скелета человека и поверхностью постели.

 По наличию или отсутствию пролежней можно оценить качество ухода за больным.

Помните!
Пролежни легче и дешевле предупредить, чем лечить.

Факторы, способствующие развитию пролежней

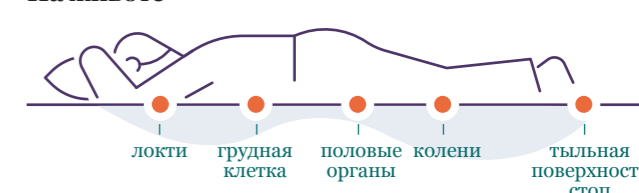
- Обездвиженное положение в течение двух и более часов.
- Пожилой возраст.
- Гипотрофия, обезвоживание, недостаточное поступление с пищей белка, аскорбиновой кислоты.
- Недержание мочи или кала.
- Неврологические нарушения (двигательные, сенсорные).
- Недостаточный гигиенический уход.
- Наличие складок на постельном, нательном белье.
- Нарушения в технике перемещения больного.

Места локализации пролежней

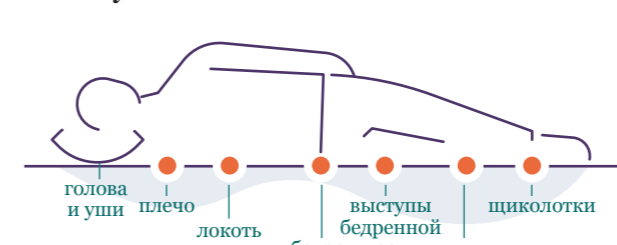
На спине



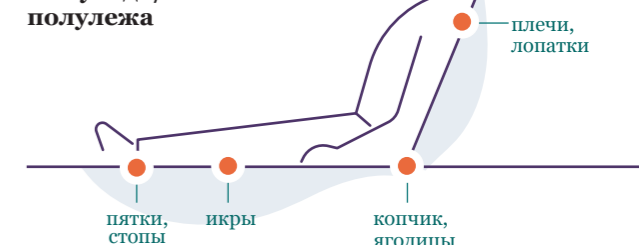
На животе



На боку

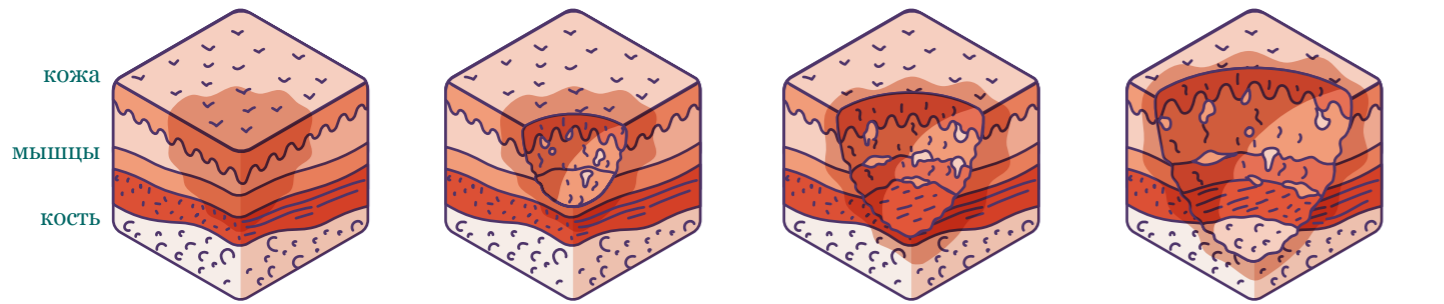


Полусидя/полулежа



Особенности оценки пролежней

Степени развития пролежней



- I степень**
Видимое покраснение кожи, которое не проходит после прекращения давления; область мягкая при прикосновении.
- II степень**
Появление пузырей, потертостей, неглубоких ран/язв.
- III степень**
Глубокое повреждение: некроз с вовлечением мышечной ткани и жидкими выделениями из раны.
- IV степень**
Некроз всех мягких тканей с образованием полости с видимыми костными повреждениями и повреждениями сухожилий.

И Надавите на красное пятно пальцем 2–3 секунды:
 • кожа побелела — это не пролежень;
 • осталась красной — это пролежень I степени.

Важно!
 При выявлении пролежней II–IV степеней привлечите квалифицированного специалиста для оценки необходимости хирургического вмешательства.

Оценка риска возникновения пролежней

- Не менее 1 раза в день оценивайте состояние зон риска по шкале Norton.
- Результат оценки фиксируйте в документации пациента.

Шкала оценки риска возникновения пролежней (Norton)

Общее состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психологическое состояние	Настороженное	Апатия	Дезориентированность	Загруженность
Активность	Ходьба	С посторонней помощью	Сидение в коляске	Лежание в постели
Подвижность	Общая, хорошая	Несколько ограничена	Сильно ограничена	Обездвиженность
Контроль за функциями таза	Недержание отсутствует	Незначительное недержание	Недержание мочи	Двойное недержание
Баллы	4	3	2	1

Степень риска (подсчет баллов)

0–12 Высокий риск

12–14 Умеренный риск

14 и > Риск отсутствует

Профилактика пролежней

Активизация пациента в постели

- Проводите комплекс физических упражнений или пассивной гимнастики не реже 1–2 раз в день и легкий массаж тела для улучшения микроциркуляции крови. Соблюдайте рекомендации врача-физиотерапевта.
- Поворачивайте пациента каждые 2 часа (днем и ночью!) в следующей последовательности:

- Перемещения необходимо выполнять с первого дня нахождения больного в «вынужденном» положении.
- Используйте функциональную кровать и противопролежневые матрасы.



- Важно**
- При каждом изменении положения осматривайте зоны риска возникновения пролежней.
 - Следите за тем, чтобы в положении «на боку» больной не лежал на большом вертеле.
 - Перемещайте больного бережно, чтобы исключить повреждение тканей.
 - Применяйте вспомогательные средства: валики, подушки для беременных, держатели для стоп, специальные поддерживающие гелевые подушечки.
- И** Пролежень может возникнуть всего за 2–3 часа, проведенных без движения!

И Это положение только по согласованию с врачом! При инсультах не используется.

Гигиена

- Следите, чтобы кожа пациента всегда оставалась чистой и не была чрезмерно влажной или сухой.
- Используйте профессиональные косметические средства:
 - Для очищения: салфетки, лосьоны, кремы-гели, шампуни, кремы, пенки.
 - Для регенерации и активации тканей: бальзамы, гели, кремы, эмульсии, масла.
 - Защитные кремы.
- Своевременно меняйте нательное и постельное белье, а также впитывающие средства и пеленки:
 - Постель и одежда пациента должны быть: из натуральных тканей, чистыми, без крошек, складок и грубых швов.
 - Меняйте белье не реже 1 раза в сутки и при видимых загрязнениях.
 - Меняйте впитывающие средства и пеленки по необходимости: после дефекации, мочеиспускания, при загрязнении или возникновении заломов.