



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Волгоградский государственный медицинский  
университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра детских болезней педиатрического факультета

Производственная практика по  
получению профессиональных  
умений и опыта  
профессиональной деятельности  
(помощник младшего медицинского  
персонала, научно-исследовательская  
работа)

2

ОЦЕНКА 92 БАЛЛОВ  
КВ КОЖЕВНИКОВА

Научно-исследовательская работа студента

«Профилактика пролежней в детском стационаре»

**Выполнила:**

Студентка 1 курса 8 группы

По специальности 31.05.02 Педиатрия

Климченко Анна Андреевна

## **Оглавление**

Введение .....	3
Цель .....	3
Задачи.....	3
Основные определения и понятия .....	3
Профилактика пролежней в детском стационаре .....	4
Роль медицинского персонала в профилактике возникновения пролежней в детском стационаре .....	8
Практическая часть работы .....	9
Заключение .....	11
Список использованной литературы: .....	12

## **Введение**

Уход за кожей исключительно важная процедура для детей, особенно, если ребенок длительное время находится на строгом постельном режиме.

Пролежень - это повреждения кожи и мягких тканей у лежачих больных. Они возникают из-за давления твердой поверхности на выступающие костные фрагменты на теле пациента, избыточной влажности, несоблюдения гигиены

Наиболее частая локализация - область крестца, лопаток, локтей, пяток, то есть мест, где мягкие ткани сдавливаются между поверхностью кровати и костными выступами.

Образованию пролежней способствует плохой уход за кожей (в особенности у больных с недержанием мочи и кала), неудобная кровать, жесткое постельное белье, смещение кожного покрова относительно подлежащих тканей при вынужденном положении больного, приводящее к нарушению кровообращения в коже.

## **Цель**

Изучить методы профилактики возникновения пролежней в детском стационаре. Внимательно изучить алгоритм проведения манипуляции.

## **Задачи**

Обеспечение максимально удобного положения больного в постели с равномерным распределением давления на все области тела;

Обеспечение нормального притока крови ко всем участкам тела;

Предотвращение мацерации кожных покровов

## **Основные определения и понятия**

Пролежень — это ишемический некроз, т.е омертвление мягких тканей вследствие нарушения кровообращения, которое развивается под действием длительного механического давления, трения или растяжения. Другое название пролежней - “декубитальная гангрена”. Также они легко инфицируются, что приводит к разнообразным осложнениям — абсцессам, флегмонам, остеомиелиту, сепсису.

Эритема - аномальное покраснение кожи, возникающее в ситуациях, когда кровь в избыточном количестве приливает к капиллярным сосудам. Некроз - патологический процесс, выражающийся в местной гибели ткани в живом организме в результате какого-либо экзо- или эндогенного её повреждения.

Иссечение - хирургическая операция удаления патологически измененных тканей, производимая в пределах окружающих здоровых тканей с помощью режущего инструмента.

### **Профилактика пролежней в детском стационаре**

Пролежень - это повреждения кожи и мягких тканей у лежачих больных. Они возникают из-за давления твердой поверхности на выступающие костные фрагменты на теле пациента, избыточной влажности, несоблюдения гигиены.

Области наиболее высокого риска развития пролежней. Ключевым фактором их развития является давление твердой поверхности, на которой лежит пациент на тело больного. В первую очередь, страдают зоны костных выступов, где имеется минимум жировой ткани (клетчатки), оберегающей глубже лежащие ткани от повреждений. В областях, подвергаемых давлению, нарушается доставка крови к клеткам, что приводит к их гибели.

Затылок, лопатки, крестец, пятки — вот области наиболее высокого риска развития пролежневых язв у пациента, неподвижно лежащего на спине.



В положении на боку повреждения затрагивают, прежде всего, область вертела бедренной кости, выступающие части лодыжек, плечи, локти, ушные раковины.

В положение на животе зонами риска являются: выступающая часть груди, колени, лодыжки. Также пролежни могут возникать и у сидячих больных: здесь страдают крестец, седалищные бугры, лопатки, пятки.

Также факторами развития пролежней являются избыточная влажность, которая может быть следствием повышенного отделения пота (например, при использовании синтетического постельного или нательного белья, при чрезмерном укутывании пациента, при нахождении пациента в жаркой комнате с сухим воздухом), недержание кала и мочи.

Повреждению тканей способствует такой фактор как трение: при неправильной смене постельного белья или одежды пациента, при наличии в постели крошек и т.п. Кроме того, к травмированию сосудов и нервов кожи и мышц может приводить смещение тканей друг относительно друга при сползании пациента: это происходит, когда под спину больного подкладывают подушки или приподнимают головной конец кровати, но при этом забывают обеспечить упор для ног пациента.

### **Категории, стадии пролежней:**

#### **1. Категория/Стадия 1. Стойкая, небледнеющая эритема.**

На интактной коже имеется участок покраснения, который не бледнеет при устранении давления и обычно локализуется над костным выступом. На коже с сильной пигментацией покраснение может быть плохо заметно; зона, подозрительная на развитие пролежня, может отличаться по цвету от окружающей кожи. Стадия I может указывать, что пациент относится к группе риска по образованию пролежней.

#### **2. Категория/Стадия 2. Некроз поверхностного слоя кожи.**

Пролежень выглядит как неглубокая открытая язва с красно-розовым раневым ложем, без струпа. Также пролежень может представлять собой

невскрывшийся или вскрывшийся пузырь, заполненный серозным содержимым. Данную категорию не следует использовать для описания, например, трещин кожи; следует помнить, что гематомы могут свидетельствовать о повреждении глубоких тканей.

### 3. Категория/Стадия 3. Некроз всех слоев кожи.

Некротизация захватывает все слои кожи. Может быть видна подкожная жировая клетчатка, но кость, сухожилия и мышцы не обнажаются. Струп может присутствовать, но он не закрывает всей толщины утраченной ткани. Края раны могут быть подрыты, возможно образование свищевых ходов. Следует знать, что глубина пролежня может зависеть от его локализации, так, например, в области ушной раковины подкожная клетчатка отсутствует.

### 4. Категория/Стадия 4. Некроз подкожных тканей.

Глубокий некроз с обнажением кости, сухожилий или мышц. Раневое ложе может быть частично покрыто некротическими массами или струпом. Края раны часто подрыты, могут быть свищевые ходы. Следует знать, что глубина пролежня может зависеть от его локализации; например, в области ушной раковины подкожная клетчатка отсутствует. Раны IV стадии могут распространяться на мышцы, сухожилия и кости.

В США группа NPUAP ввела еще две категории, которые могут быть отнесены к стадии 4 по другим системам классификации, например по системе EPUAP.

#### 1. Подозрение на повреждение глубоких тканей

Пурпурный или темно-бордовый участок с четкими границами на фоне бледной интактной кожи или гематома из-за повреждения глубже расположенных мягких тканей в результате их сдавливания и/или смещения. Кожа над областью поражения может продавливаться при пальпации, быть болезненной, не смещаемой, рыхлой, более теплой или более холодной, чем окружающие ткани.



## 2. Неклассифицируемый пролежень

Глубокий некроз тканей, при котором дно раны покрыто некротическими массами (желтого, желто-коричневого, серого, зеленого или коричневого цвета) и/или струпом (желто-коричневого, коричневого или черного цвета). Пролежни часто трудно поддаются диагностике, особенно сложно дифференцировать между собой пролежни и опрелости, вызванные постоянным воздействием сырости. Очень важно правильно поставить диагноз, поскольку схемы профилактики и лечения могут различаться.

Необходимо помнить о следующих основных особенностях: Должна присутствовать постоянная сырость — например, обусловленная недержанием.

Рана, находящаяся в области костного выступа, скорее всего, будет пролежнем, однако это не является абсолютным диагностическим критерием. Так, опрелости, вызванные постоянным воздействием сырости, могут иметь аналогичную локализацию, в этом случае следует исключить из числа причин давление и нагрузки, вызывающие сдвиг тканей. Розовые и белые пятна на прилегающей коже обычно являются зонами мацерации.

Пролежни обычно единичные и имеют правильную форму, а опрелости чаще всего диффузные, с множеством очагов неправильной формы. Опрелости обычно являются поверхностными. Некроз тканей характерен для пролежней и не характерен для опрелостей.

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

- 1) гнойное отделяемое;
- 2) боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны.

Подтверждение имеющегося осложнения "инфекции пролежней" бактериологически должно проводиться у всех пациентов, страдающих агранулоцитозом даже при отсутствии внешних признаков воспаления (боль, отечность краев раны, гнойное отделяемое).

Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничные инфекции. Мероприятия по профилактике и лечению пролежней регламентированы ОСТом «Протокол ведения больных. Пролежни» и утверждены приказом МЗ РФ № 123 от 17.04.02 г.

В случае пребывания пациента в доме сестринского ухода, при обслуживании пациентов сестринским персоналом служб милосердия, данные о локализации, размере, стадии пролежней регистрируются только в "Карте сестринского наблюдения за больными с пролежнями"

### **Роль медицинского персонала в профилактике возникновения пролежней в детском стационаре**

Медицинская сестра должна ежедневно осматривать больного, при выявлении малейших признаков формирования пролежней сообщить врачу. Во многих клиниках широкое распространение получили одноразовые предметы ухода за больными и средства ухода за кожей. Хорошо обезжиривают кожу, разбавленная 1:1 смесь 40% этилового спирта с шампунем. При обтирании обращают внимание на складки кожи, особенно у тучных людей. Больных с нарушением функций органов малого таза, а также длительное время находящимся на постельном режиме следует подмывать не реже двух раз в день. Наиболее известной является система одноразовой санитарной гигиены EURON, включающая различные прокладки с поглощающими слоями разной степени впитываемости; целлюлозные простыни, не образующие складок; влажные бактерицидные салфетки и др.



## Практическая часть работы

Во время прохождения практики на базе ГБУЗ «Волгоградской областной детской клинической больницы» в качестве помощника младшего медицинского персонала в ортопедическом отделении детей с риском развития пролежней обнаружено не было за счёт тщательного ухода, направленного на профилактику развития.

Включает в себя:

ежедневный осмотр;

исключение наличия на постели крошек, складок;

длительный контакт кожи с мокрым бельем;

постельное белье должно быть без рубцов, заплаток, пуговиц;

область спины, крестца 1-2 раза в день следует протирать камфорным или салициловым спиртом;

необходимо подкладывать под костные выступы резиновые круги, обернутые негрубой тканью, ватно-марлевые и поролоновые подушки, валики и др.

При длительном нахождении больного в кресле-каталке или инвалидной коляске поролоновые или другие прокладки подкладывают под ягодицы, спину и стопы больного. Лучше всего использовать функциональные кровати, и специальные поролоновые или противопролежневые матрасы, наполненные водой, воздухом или гелием;

несколько раз в день (желательно каждые 2 часа) необходимо переворачивать больного, менять положение тела (на одном, другом боку, положение ФАУЛЕРА с упором для ног и др.);

для перемены положения тела больного нельзя сдвигать – только приподнимать, перекачивать и т. д.;

при поворотах больного кожные покровы в местах возможного формирования пролежней нетравматично массируют, при мытье кожи исключают трение кусковым мылом; используют только жидкое мыло;

если кожа сухая ее смазывают защитными кремами или мазями (например, мазью «ПАНТЕТОЛ»); при избыточно влажной коже последнюю протирают мягкой салфеткой, обрабатывают препаратами типа «БЕПАНТЕН», «ВАЗА-ПЕНА»;

при недержании мочи и кала использовать эффективные моче- и калоприемники, впитывающие прокладки, простыни, памперсы и др.;

обучать родственников правилам ухода за больным, обучать пациента технике изменения положения тела, в том числе с использованием технических приемов и специальных вспомогательных средств.

При первых признаках пролежней: 1-2 раза в день смазывать места покраснения камфорным спиртом, разрезанным пополам лимоном, спиртовым раствором бриллиантового зеленого, 5-10% раствором марганцовокислого калия, проводить кварцевание.

При развитии пролежня – его обрабатывают 0,5% раствором калия перманганата. При присоединении инфекции рану обрабатывают антисептическими препаратами, в том числе мазевыми; ферментами; веществами, стимулирующими репаративные процессы (СОЛКОСЕРИЛ, АЦЕРБИН, ИРУКСОЛ, АРГОСУЛЬФАН, БЕПАНТЕН ПЛЮС, БАКТРОБАН и др.). Хорошо зарекомендовало себя использование раствора или геля цинка гиалуроната (куриозин). Препарат обладает обезболивающим, антибактериальным эффектами, стимулирует процессы заживления, предотвращает присыхание перевязочного материала и травмирование грануляций. При выраженном компоненте показана хирургическая некрэктомия. При наличии обильного гнойного отделяемого и снижении репаративных процессов могут быть использованы углеродные сорбционные повязки («КАРБОНИКУС С» и др.). При грамотно проведенных лечебных мероприятиях пролежень заживает вторичным натяжением.

## **Заключение**

Как я уже писала ранее, уход за кожей одна из самых важных процедур для ребенка, поскольку кожа детей еще очень нежная и не огрубевшая. Такой эпителий в несколько раз сильнее подвержен образованию пролежней, чем, например, кожа взрослого человека. Еще не сформировавшийся иммунитет не в состоянии справиться с инфекцией, которая может проникнуть через мельчайшие повреждения кожи и вызывать заражение ран и дальше распространиться по организму. Редкое изменение положения тела, а также использование непроглаженного белья, на котором много складок и неровностей, вызывают сдавливание некоторых участков тела, что способствует формированию опасной для жизни и здоровья патологии. Поэтому при уходе за тяжелобольным ребёнком особенно тщательно следить за состоянием кожных покровов во избежание возникновения пролежней.



### Список использованной литературы:

1. Малюжинская Н.В., Полякова О.В., Халанский А.Н. Помощник младшего медицинского персонала детского соматического стационара: учебно-методическое пособие по производственной практике – Волгоград: Издательство ВолгГМУ, 2015. – 80 с.
2. Мухина С. А. Практическое руководство к предмету "Основы сестринского дела" [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Мухина С. А., Тарновская И. И. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 512 с. : ил. - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/cgi-bin/mb4>.
3. Островская И. В. Основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Островская И. В., Широкова Н. В. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 320 с. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru>.
4. СанПиН 2.1.3.2630 -10 «Санитарно-эпидемиологические требования к организациям, осуществляющим медицинскую деятельность».
5. Федеральный закон Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
6. Корягина Н. Ю., Широкова Н. В., Наговицына Ю. А. [и др.] Организация специализированного сестринского ухода [Электронный ресурс] : учеб. пособие / под ред. З. Е. Сопиной. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - Режим доступа: <http://www.medcollegelib.ru>.

## Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренная программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» обучающегося 1 курса по специальности 31.05.02 Педиатрия 8 группы

Климентенко Анна Андреевна

Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведенного анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, четко и ясно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные и нерешенные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан глубокий анализ, свидетельствующий о научной зрелости автора. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал обширен, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики:



К.В. Кожевникова