

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ
«ЖЕЛЕЗНОВОДСКАЯ ГОРОДСКАЯ БОЛЬНИЦА»

П Р И К А З

«29» октября 2021

Железноводск

№ 298

Об организации мероприятий по уходу за лежачими больными при оказании медицинской помощи в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Железноводская городская больница»

В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323–ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», Федеральным законом от 29.11.2010 №326–ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации», Национальным стандартом Российской Федерации ГОСТ Р 56819–2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней» с датой введения в действие 1 ноября 2017 года, утвержденным Приказом Федерального агентства по техническому регулированию и метрологии от 30 ноября 2015 г. №2089–ст, Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.07.2020 № 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» и с целью обеспечения прав граждан на получение медицинской помощи необходимого объема и надлежащего качества в соответствии с порядками оказания медицинской помощи, а также исключения ошибок и минимизации рисков при оказании медицинской помощи, соблюдения обязательных требований к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности в Государственном бюджетном учреждении здравоохранения Ставропольского края «Железноводская городская больница» (далее – ГБУЗ СК «ЖГБ»)

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1 Алгоритм по оценке риска возникновения, профилактики и лечения пролежней (Приложение №1).
 - 1.2 Форму извещения о поступлении пациента с пролежнями. (Приложение №2).
 - 1.3 Форму журнала регистрации пролежней (Приложение №3).
 - 1.4 Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней на момент поступления (Приложение №4).

- 1.5 Карту ведения пациента с пролежнями (Приложение №5).
- 1.6 График изменения положения пациента (позиционирование) в течение суток (Приложение №6).
- 1.7 Систему регистрации, сбора информации и анализа случаев выявления пролежней (Приложение №7).
- 1.8 Памятку для родственников пациентов «Пролежни. Как ухаживать за пациентом в домашних условиях» (Приложение №8).
2. Назначить ответственным за организацию проведения мероприятий по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности по вопросам исполнения алгоритма по оценке риска возникновения, профилактики и лечения пролежней в ГБУЗ СК «ЖГБ» руководителя службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.
3. Начальнику юридического отдела обеспечить юридическое сопровождение настоящего приказа.
4. Руководителям структурных подразделений ГБУЗ СК «ЖГБ» обеспечить обучение персонала по вопросам исполнения алгоритма по оценке риска возникновения, профилактики и лечения пролежней.
5. Заместителям главного врача обеспечить контроль исполнения настоящего приказа в рамках компетенции.
6. Настоящий приказ вступает в силу с даты подписания.
7. Делопроизводителю довести приказ до сведения ответственных лиц под подпись.
8. Контроль за исполнением приказа возложить на руководителя службы по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности.

Главный врач

Е.П. Матвиенко

Алгоритм по оценке риска возникновения, профилактики и лечения пролежней.

1. Общие положения.

1.1 Цель внедрения алгоритма по оценке риска возникновения, профилактики и лечения пролежней (далее – Алгоритм):

внедрение современной методологии оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней у больных с различными видами патологии, приводящей к ограничению подвижности или полной неподвижности;

повышение качества жизни больных, имеющих риск развития пролежней;

унификации расчетов затрат на медицинскую помощь больным с риском развития пролежней;

осуществления внутреннего контроля объемов, доступности и качества и безопасности медицинской помощи, оказываемой больному в медицинской организации, в том числе в рамках государственных гарантий обеспечения граждан бесплатной медицинской помощью.

1.2 Пролежни – это язвенно–некротическое повреждение кожных покровов, развивающееся у ослабленных лежачих больных с нарушенной микроциркуляцией, на тех областях тела, которые подвергаются постоянному давлению, срезывающей силе и трению.

1.2.1 Давление, особенно в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила, нарушение микроциркуляции и атрофические изменения кожи со снижением регенеративного ее потенциала, приводят к изменениям в мягких тканях и в слоях кожи и, в результате, к развитию пролежней. Длительное (более 1–2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях, подвергающихся давлению, сдвигу и трению, особенно в уязвимых местах над костными выступами, нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием некроза и изъязвлением (пролежней).

1.2.2 Повреждение мягких тканей от трения возникает при неправильной технике перемещения больного, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью (складки, швы на одежде и постельном белье, крошки и др.), при неправильном расположении больного в постели, при неправильном подборе средств ухода и др. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

1.2.3 Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Такое возможно при неправильном положении больного в постели, кресле-каталке и др. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи и подлежащих лежащих тканей, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней.

1.3 Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, обезвоживание, гипотензия) и необратимыми (например, возраст), внутренними и внешними. Задача устранить те из них, на которые мы можем повлиять, обеспечив необходимый уход больному (таблица 1).

Таблица 1 – Факторы риска развития пролежней

Обратимые факторы риска	Необратимые факторы риска
Внутренние факторы риска	
<ul style="list-style-type: none"> – Истощение/ожирение; – нарушения подвижности (ограниченная подвижность, обездвиженность); – нарушения психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство); – анемия; – сердечная недостаточность; – обезвоживание; – гипотензия; – недержание мочи и/или кала; – нарушение периферического кровообращения (артериального или венозного) и микроциркуляции; – изменение в психологическом состоянии; – бессонница; – боль; – курение 	<ul style="list-style-type: none"> – Старческий возраст; – терминальное состояние; – дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная); – неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); – изменение сознания (спутанное сознание, кома)
Внешние факторы риска	
<ul style="list-style-type: none"> – Плохой гигиенический уход; – неправильно подобранные методы и средства по уходу; – неправильная техника массажа и подбор средств для массажа; – складки на постельном или нательном белье; – недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты (плохой аппетит, отказ от еды, неправильный режим питания, диета); – применение цитостатических лекарственных средств, гормонов, НПВС; 	<ul style="list-style-type: none"> – Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч; – травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости; – повреждения головного и спинного мозга

- | | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> – отсутствие поручней у кровати; – неправильная техника перемещения больного в кровати; – нарушение техники расположения больного в кровати или на кресле; – нарушение технологии применения противопролежневых систем (матрацы, подушки и др.); – изменения микроклимата кожи (перегрев, переохлаждение, избыточное увлажнение, сухость) | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|

Наиболее важным в профилактике образования пролежней является выявление риска развития этого осложнения. Оценка риска развития пролежней проводится с помощью специальных шкал. Имеется много шкал для оценки прогнозирования развития пролежней у разных категорий больных. Для работы в условиях круглосуточного стационара ГБУЗ СК «ЖГБ» выбрана Шкала Ватерлоу, применимая ко всем категориям больных. Работать с этой шкалой достаточно просто: оценив больного по 10 предложенным параметрам, нужно суммировать полученные баллы (Приложение №3 к настоящему приказу) и оценить показатель риска развития пролежней.

1.4 Места появления пролежней:

В зависимости от положения больного (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Наиболее критическими по развитию пролежней точками в положении на спине являются затылок, лопатки, крестец, пятки, в положении больного на боку – боковая поверхность бедер в проекции тазобедренных суставов.

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, контактирующие с твердой поверхностью, чаще всего в области грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, ребра, гребни подвздошных костей, а также локтя, пяток, ушной раковины. Реже пролежни локализуются в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп. При вынужденных положениях конечностей – после инсульта, травм – пролежни могут появиться в нетипичных местах – на боковых поверхностях стоп, на тыльной поверхности пальцев. Пролежни в местах костных выступов могут развиваться также при наложении гипсовых повязок и шин.

1.5 Клиническая картина и особенности диагностики.

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

I стадия – появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не

нарушены.

II стадия – появление синюшно–красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку.

III стадия – разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны.

IV стадия – поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.

Диагностика инфекции пролежней проводится врачом. Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии: 1) наличие гнойного отделяемого; 2) боль, отечность краев раны.

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизмов в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны. Бактериологическое подтверждение имеющегося осложнения «инфекции пролежней» должно проводиться у всех больных, страдающих агранулоцитозом даже при отсутствии внешних признаков воспаления (боль, отечность краев раны, гнойное отделяемое).

Инфекции пролежней, развившиеся в стационаре, регистрируются как внутрибольничные инфекции.

1.6 Общие подходы к профилактике пролежней.

Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом, имеющим соответствующие знания, умения и навыки, или ухаживающим за больными персоналом, включая их родственников или законных представителей.

Профилактические мероприятия должны быть направлены:

на своевременную оценку риска развития пролежней;

уменьшение давления в местах костных выступов и в зонах риска развития пролежней (использование противопролежневых систем, контроль за положением больного, частотой смены положения);

улучшение кровоснабжения и микроциркуляции в зонах риска развития пролежней;

предупреждение трения и сдвига тканей при перемещении больного и создании правильного положения в кровати во время перемещения больного или при его неправильном размещении («сползание» с подушек, при положении «сидя» в кровати или на кресле);

наблюдение за кожей в зонах риска, особенно в зонах риска развития пролежней;

гигиенический уход, поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);

обеспечение нормальной температуры кожи (не допускать перегрева и переохлаждения кожи);

правильный подбор, обеспечение и использование технических средств

реабилитации и ухода;

обеспечение больного адекватным питанием и питьем;

обучение больного приемам самоухода, самопомощи для перемещения;

обучение близких (или его законного представителя) уходу за больным (школы ухода за пациентом с риском развития пролежней);

устранение сопутствующих проблем (борьба с кожным зудом, болью, бессонницей, нормализация психологического статуса и т.д.).

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

своевременная оценка риска развития пролежней;

своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий;

адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т.ч. по уходу.

1.7 Общие подходы к лечению.

Лечение пролежней зависит от стадии заболевания. Цель лечения – это восстановление нормальных кожных покровов в области пролежня. На I–II стадии больные с пролежнями не нуждаются в хирургическом лечении. Проводятся в основном профилактические мероприятия, направленные на устранения сдавления тканей и восстановление нормального кровообращения и микроциркуляции (в частности – использование антикоагулянтов местно или системно). Важной задачей лечения на I–II стадии является защита раны от инфекции и дальнейшего воздействия повреждающих факторов. Помимо специальных мер профилактики, необходимо обязательное адекватное лечение сопутствующих заболеваний и синдромов, относящихся к факторам риска развития пролежней: сахарный диабет, окклюзионные заболевания артерий, адекватное обезболивание и коррекция водно–электролитного баланса, нарушений микроциркуляции. Ведущим фактором в успешном консервативном лечении пролежней является устранение длительного непрерывного давления.

На III–IV стадиях лечение направлено на удаление (отторжение) омертвевших тканей, локальному лечению раневой инфекции и стимуляция быстрого заживления очищенной раны. Применяется консервативное лечение (очищение раны, стимуляция образования грануляций, защита их от высыхания и вторичного инфицирования) или оперативное лечение (хирургическое удаление некротических и закрытые пролежневой раны, в т.ч. – трансплантацией кожи). Вне зависимости от способа лечения очень большое внимание следует уделить правильно организованному уходу: тщательное соблюдение асептики (инфицирование раны значительно замедляет заживление пролежня), частая смена положения больного, применение противопролежневых матрасов, иных специальных приспособлений либо кроватей, предотвращение травматизации грануляционной ткани пролежневой раны, полноценное питание с достаточным количеством белков и витаминов; надлежащий гигиенический уход за больным.

Если размер глубокой пролежневой язвы при проводимом консервативном лечении в течение 2 недель не сокращается на 30%, следует

рассматривать вопрос о повторной оценке состояния больного и об изменении первоначально принятой методики лечения. Если купирована острая фаза течения язвенного процесса, целесообразно ставить вопрос о хирургическом лечении пролежневой язвы.

Задачей хирургического лечения пролежней III–IV стадии является удаление некроза хирургическим путем, очищение пролежневой язвы от гнойного экссудата и остатков некроза, абсорбция отделяемого и предохранение заживающей раны от высыхания, т.е. некрэктомия и вскрытие гнойных затеков и полостей. При смешанных формах некроза оптимальным методом является секвенциальная некрэктомия. Основой дальнейшего лечения является санация образовавшейся пролежневой язвы в стадии воспаления с использованием местных антисептиков и других препаратов. В некоторых случаях применяется трансплантация кожного лоскута.

2. Алгоритм оценки риска возникновения пролежней.

2.1 Оценка степени риска развития пролежней должна проводиться при поступлении пациента, а затем ежедневно однократно. При каждом перемещении пациента нужно осматривать зоны риска развития пролежней, при возможности – проводить фотофиксацию.

2.2 Оценка степени риска развития пролежней выполняется средним медицинским персоналом в соответствии с технологией выполнения простой медицинской услуги по шкале Ватерлоу, включенной в I раздел Листа сестринской оценки риска развития и стадии пролежней на момент поступления (Приложение №4 к настоящему приказу):

Шкалу Ватерлоу для оценки степени пролежней используют в медицинских учреждениях и дома. За каждый пункт в таблице начисляются баллы. Необходимо обвести кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Ватерлоу. Общее их количество укажет степень риска.

Оценочные пункты шкалы Ватерлоу и соответствующее им количество баллов следующие:

Нет риска	1 – 9 баллов
Зона риска	10 баллов
Высокая степень риска	15 баллов
Очень высокая степень риска	20 баллов

Полученный результат обязательно согласовывается с врачом и фиксируется в I разделе Листа сестринской оценки риска развития и стадии пролежней за подписью врача.

2.3 В случае наличия пролежней во II разделе листа сестринской оценки риска развития и стадии пролежней необходимо указать локализацию пролежней на картинке и отметить кружком их стадии в перечне.

Обязательно! Взять подпись у пациента или его законного представителя о согласии, с наличием пролежней на момент поступления в стационар.

Полученные результаты обязательно визируются подписью медицинской сестры и врача.

2.4 Затем Лист сестринской оценки риска развития и стадии

пролежней и фотографии (при наличии) вклеиваются в медицинскую карту пациента.

3. Организация ухода за пациентами с пролежнями.

В период госпитализации пациента с пролежнями проводятся следующие мероприятия:

3.1 Уход за кожей пациента:

Проводится каждые 2 ч с целью предотвращения развития пролежней, профилактики инфекционных осложнений. Не следует допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении – подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости – увлажнять кремом, применяя для этого различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, используя для этого профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам.

В случае проведения массажа не подвергать участки зон риска трению. 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.

3.2 Уход за волосами, ногтями, бритье пациента:

Проводится ежедневно, что повышает качество жизни, психологический статус и самооценку пациента. Волосы ежедневно следует расчесывать, применяя индивидуальную щетку для волос. Мытье волос осуществляется по мере загрязнения, но не реже раза в неделю с использованием специальных устройств (ванночки) и медицинских средств для мытья головы лежащих больных (шапочки, «сухие» шампуни и др.). Использование «сухих» шампуней не заменяет регулярное мытье волос, но может использоваться для ежедневного ухода. Бритье осуществляется по мере роста бороды. Стрижка ногтей проводится раз в 7–10 дней. Стрижка волос осуществляется по мере необходимости. Обработка придатков кожи должна производиться в режиме максимального щажения и предупреждения повреждения кожных покровов.

3.3 Уход за промежностью и наружными половыми органами пациента:

Проводится ежедневно, по мере загрязнения, регулярно, но не менее двух раз в день, даже в отсутствие видимого загрязнения. Проводится с целью предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием мочи и кала. Для гигиенического ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных следует применять профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, не

используя изделия из махровой ткани, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам.

Использовать абсорбирующие белье (впитывающие простыни (пеленки), подгузники, впитывающие трусы, урологические прокладки и вкладыши и др.), препятствующие увлажнению кожи, уменьшающие ее инфицированность при недержании мочи и кала. Выбор подгузника является строго индивидуальным, зависит от тяжести состояния больного и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения, степени активности. Необходимо учитывать типоразмеры и степень впитывающей способности.

3.4 Пособие при дефекации пациента:

Проводится ежедневно по потребности с целью оказания больному помощи в использовании судна или калоприемника при осуществлении акта дефекации, для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием. Если больной, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, то его желательно отгородить от других больных ширмой. Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы больного, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. Гигиеническую обработку перианальной области проводят в зависимости от консистенции кала либо не убирая подкладное судно (при жидкой консистенции), либо – без него.

3.5 Пособие при мочеиспускании пациента:

Проводится ежедневно по потребности с целью оказания больному помощи в использовании судна или мочеприемника при осуществлении акта мочеиспускания, для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием.

3.6 Размещение пациента в постели:

В условиях стационара рекомендуется размещать тяжелобольного на трех (и более) секционной функциональной кровати. На кровати должны быть поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати. Желательно иметь устройство для самостоятельного подтягивания больного с использованием рук (руки).

Пациент должен быть размещен на противопролежневом матрасе. Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старыми пружинными матрасами. Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего за больным.

Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и противопролежневые подушки. Также на участки, подвергающиеся избыточному трению или давлению можно наносить защитную пленку. Нельзя использовать надувные резиновые круги, «бублики».

3.7 Перемещение пациента в постели:

В соответствии с «Графиком изменения положения пациента (позиционирование) в течение суток», ежедневно, каждые 2 часа, в ночное время – по потребности с учетом риска развития пролежней осуществлять

изменение положения тела по графику: низкое положение Фаулера, положение «на боку», положение Симса, положение «на животе» (по согласованию с врачом). Положение Фаулера должно совпадать со временем приема пищи (Приложение №6).

Перемещение больного осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью, или используя подкладную простыню или слайдер, механизированные, автоматизированные и другие системы перемещения пациента (при наличии).

Постоянно поддерживать комфортное состояние больного в постели: стряхивать крошки, расправлять складки на нательном белье и простыне, использовать натяжные простыни, не допускать перегрева и переохлаждения пациента, следить за положением пациента во избежание его сдвигания, давления на проблемные участки тела, провисания стоп.

Максимально расширять активность больного: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться на специальном устройстве – перекладине, трапедии.

Не допускать, чтобы в положении «на боку» больной лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

Все мероприятия по уходу, после их выполнения, фиксируются в Карте ведения больного с пролежнями (Приложение №5).

3.8 Оценка степени риска развития пролежней:

Оценка степени риска развития пролежней должна проводиться при поступлении пациента, а затем ежедневно однократно. При каждом перемещении пациента нужно осматривать зоны риска развития пролежней, при возможности – проводить фотофиксацию (см. пункт 2 настоящего Алгоритма).

3.9 Оценка степени тяжести пролежней:

Проводится при появлении пролежней I–II стадии и необходима для профилактики дальнейшего усугубления процесса (см. пункт 2 настоящего Алгоритма).

3.10 Приготовление и смена постельного белья пациенту:

Используется хлопчатобумажное постельное белье, легкое одеяло. Смену постельного белья тяжелобольному необходимо проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения – лучше ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней. При смене простыни больного осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню. После этого больного перекалывают (перекатывают) на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню. Возможен иной алгоритм: грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью

расправляют. При смене постельного белья необходимо избегать трения и смещения кожных покровов.

3.11 Пособие по смене белья и одежды пациенту:

Проводится с целью оказания больному помощи по смене белья и одежды тяжелобольному. Смену белья и одежды тяжелобольному проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения – лучше ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней. При смене рубашки у больного (удобнее рубашка–распашонка) руку подводят под спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава. При повреждении или обездвиженности одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой руки. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного. Оказывая пособие, следует избегать трения и смещения кожных покровов.

3.12 Транспортировка пациента внутри учреждения:

Безопасная транспортировка пациента в зависимости от состояния. Перемещение пациента с транспортной каталки на постель и обратно осуществляется бережно, исключая трение и сдвиг тканей, используя специальные механические, автоматизированные подъемники, подкладную простыню или слайдер, другие системы перемещения пациента (при наличии). Пациент, перемещаемый или перемещающийся в кресло, должен находиться на кровати с изменяющейся высотой. При транспортировке следует исключить сползание пациента с каталки, применяя временную фиксацию. При длительной транспортировке необходимо использовать противопролежневые подкладки под ягодицы и пятки.

Извещение о поступлении пациента с пролежнями.

Ф.И.О. пациента		Возраст
Отделение		Дата рождения
№ИБ	Дата поступления	Номер палаты
Количество пролежней и их стадии		

Медицинская сестра (ФИО) _____ / (подпись) _____

Приложение №3
к приказу № 29 от «18» октября 2021 года

**Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Железноводская городская больница»**

Журнал регистрации пролежней

Ответственное лицо: главная медицинская сестра

Начат: «__» _____ 20__ года

Окончен: «__» _____ 20__ года

[illegible]

Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней на момент поступления

Ф.И.О. пациента	Возраст __ лет Дата рождения __ / __ / __	№ ПМД
Дата поступления	Отделение	

I Оценить риск развития пролежней по шкале Ватерлоу

Показатель		Баллы
Телосложение: масса тела относительно роста.	Среднее	0
	Выше среднего	1
	Ожирение	2
	Ниже среднего	3
Тип кожи:	Здоровая	0
	Папиросная бумага	1
	Сухая	1
	Отечная	1
	Липкая (повышенная температура)	1
	Изменений цвета	2
	Трещины, пятна	3
Пол, возраст (лет):	Мужской	1
	Женский	2
	14-49 лет	1
	50-64 лет	2
	65-74 лет	3
	75-81 лет	4
	Более 81 года	5
Особые факторы риска:	Нарушение питания кожи, (например терминальная кахексия)	8
	Сердечная недостаточность	5
	Болезни периферических сосудов	5
	Анемия	2
	Курение	1
Недержание:	Полный контроль / через катетер	0
	Периодическое через катетер	1
	Недержание кала	2
	Кала и мочи	3
Подвижность:	Полная	0
	Беспокойный, суетливый	1
	Апатичный	2
	Ограниченная подвижность	3
	Инертный	4
	Прикованный к креслу	5
Аппетит:	Средний	0
	Плохой	1
	Питательный зонд /только жидкости	2
	Не через рот / анорексия	3
Неврологические расстройства:	Например, диабет, множественный склероз, инсульт	4
	Моторные/сенсорные параличи	6
Обширное оперативное вмешательство / травма:	Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник	5
	Более 2х часов на столе	5
Лекарственная терапия:	Цитостатические препараты	4
	Высокие дозы стероидов	4
	Противовоспалительные	4
Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Ватерлоу.		Итого

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

Нет риска 1 – 9 баллов

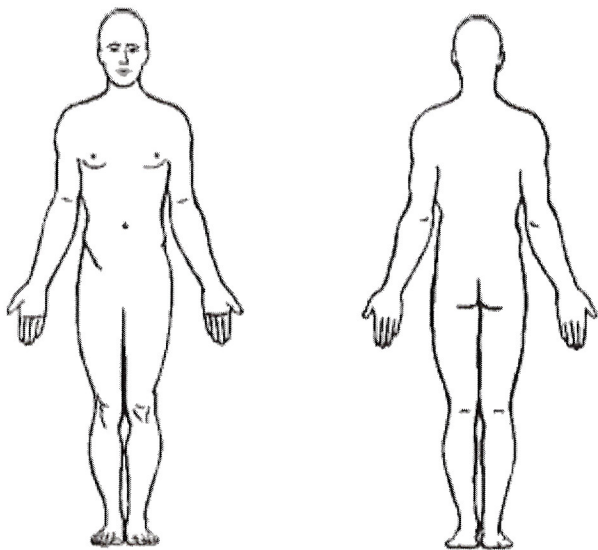
Зона риска 10 баллов

Высокая степень риска 15 баллов

Очень высокая степень риска 20 баллов

Согласовано с врачом _____ / _____ /

II Указать локализацию пролежней и их стадии



В случае наличия пролежней указать локализацию и стадию (на картинке):

Стадия I: кожный покров не нарушен. Устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления.

Стадия II: поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.

Стадия III: разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения.

Стадия IV: поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости).

III Взять подпись у пациента или его представителя о согласии, с наличием пролежней на момент поступления в стационар:

Медицинская сестра _____ Врач _____

Пациент (или его законный представитель) с регистрацией наличия пролежней согласен.

IV При регистрации пролежней, оформить и подать извещение о поступлении пациента с пролежнями старшей медицинской сестре отделения.

Приложение №5
к приказу № 204 от «14» октября 2021 года
Дата поступления _____

Возраст _____ ИБ№ _____

[illegible]



Приложение №6
к приказу № 34 от 19 октября 2021 года

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Ставропольского края
«Железноводская городская больница»

График изменения положения пациента (позиционирование) в течение суток.

8.00-10.00 - положение Фаулера 		18.00-20.00 - положение на левом боку 	4.00-6.00 - положение на правом боку
10.00-12.00 - положение на левом боку 	20.00-22.00 - положение на спине 	22.00-24.00 - положение на правом боку 	6.00-8.00 - положение на спине
12.00-14.00 - положение Фаулера 	0.00-2.00 - положение на левом боку 	Важно: 1. Положение Симса (положение на животе) осуществляется только по согласованию с лечащим врачом. 2. При наличии противопоказаний к изменению положения пациента (тяжелые травмы, тяжесть состояния пациента и т.д.) на кровать вывешивается знак, запрещающий позиционирование.	
14.00-16.00 - положение на правом боку 	2.00-4.00 - положение на спине 		
8.00-10.00 - положение Фаулера 			

**Система регистрации, сбора информации и анализа случаев
регистрации пролежней.**

1. При поступлении (или выявлении в процессе госпитализации) пациента с пролежнями дежурная медицинская сестра подает «Извещение о поступлении пациента с пролежнями» (Приложение №2) старшей медицинской сестре отделения, а та в свою очередь главной медицинской сестре.

2. Главная медицинская сестра:

осуществляет сбор информации о ведении пациентов, имеющих риск развития пролежней;

при получении извещения о поступлении пациента с пролежнями регистрирует случай в «Журнале регистрации пролежней» (Приложение №3);

извещает о регистрации случая выявления пролежней заместителя главного врача по медицинской части и руководителя службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности;

проверяет «Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней на момент поступления на момент поступления» (Приложение №3);

осуществляет контроль наличия специальных медицинских изделий и лекарственных препаратов для профилактики и лечения пролежней;

осуществляет ежедневный контроль (в том числе осмотр пациента) за качеством ухода за пролежнями;

ежедневно проверяет «Карту ведения больного с пролежнями» (Приложение №5);

осуществляет информирование пациентов/ухаживающих по вопросам профилактики, лечения пролежней;

обязательно! взять подпись у законного представителя пациента или ухаживающего за пациентом проведении обучения по вопросам профилактики, лечения пролежней;

обеспечивает проведение обучения среднего медицинского персонала методам оценки риска возникновения, профилактики и лечения пролежней;

обеспечивает наличие информационных материалов (памятки, брошюры и др.) по вопросам профилактики пролежней в отделениях и на сайте медицинской организации.

3. Организация и проведение внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Руководитель службы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности:

при получении извещения о поступлении пациента с пролежнями организывает проведение внеплановой целевой проверки по вопросу качества и безопасности оказания медицинской помощи;

проводит анализ полученных данных;

составляет акт внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности по результатам проведенного анализа;

доводит результаты проверки с предложениями (корректирующими мероприятиями) по улучшению качества оказания медицинской помощи (в случае необходимости) до сведения главного врача с целью принятия управленческих решений по вопросам улучшения качества оказания медицинской помощи.

**Памятка для родственников пациентов
Пролежни.
Как ухаживать за пациентом в домашних условиях**

Существуют три фактора, которые способствуют образованию пролежней.

- Давление,
- Трение,
- Смещающая сила.

Давление. Представьте себе такую ситуацию: вы оперлись руками на край стола, потом руки подняли, а на них остались белые отпечатки. Это и есть сила давления. У лежачих больных такая сила действует постоянно, кровеносные сосуды сдавливаются, кровоток уменьшается, возникает ишемия (недостаток кровообращения) тканей. Сдавление усиливается в местах складок, швов постельного и нательного белья, плотных повязок и так называемых опорных точках тела.

Трение. Что такое трение, думаю, не стоит объяснять. Трение воздействует на поверхностный (роговой) слой кожи. И если в случаях с твердыми предметами увлажнение приводит к снижению силы трения, то с кожей человека дело обстоит совсем иначе. Увлажнение кожи способствует усилению трения. Более всего при этом страдают больные с повышенным потоотделением, с расстройством мочеиспускания, носящие синтетическое белье или лежащие на поверхностях с низкими впитывающими свойствами.

Смещающая сила. Это фактор является разновидностью давления и происходит при смещении тканей организма относительно опорной поверхности. В результате чего нарушается микроциркуляция в тканях и возникает некроз. Например, такое может происходить при приподнятом или опущенном головном конце постели, когда больной как бы съезжает по кровати.

Микроциркуляция в нижележащих тканях нарушается и ткань погибает от кислородной недостаточности.

Каждый из вышеперечисленных факторов не способен вызвать у здорового человека появление пролежней. Однако у лежачих больных они представляют огромный риск, который увеличивается, если у пациента имеются:

- избыточный вес или кахексия;
- сухость кожных покровов, нарушение их целостности;
- повышенная влажность кожи в следствии недержания мочи;
- нарушения периферического кровообращения, анемия;

- нарушение и/или ограничение движений;
- неправильное питание (недостаток белка);
- лихорадка.

К вторичным факторам риска появления пролежней можно отнести:

- недержание мочи и/или кала;
- переувлажненное нижнее белье;
- наличие складок и швов на постельном белье;
- нарушение техники перемещение пациента с места на место;
- твердая поверхность под больным;
- неверное положение тела;
- недостаток опыта при использовании приспособлений, ослабляющих давление.

Правила ухода за пациентом:

Элементарные правила гигиены никто таким больным не отменял: умывайте по утрам и вечерам, перед едой мойте руки, подмывайте после туалета.

К ежедневным мероприятиям относится также мытье в подмышечных впадинах, в складках под грудью и паховой области. Особенно это актуально для лиц с избыточным весом.

Не реже одного раза в неделю больному надо принимать ванну или душ. Если это не возможно, то мойте отдельные участки тела и сразу вытирайте насухо. Например, левую ногу, потом правую, область таза, спину и т.д.

Ежедневно осматривайте проблемные места. К ним относятся: крестец, пятки, лопатки, затылок, локти (у лежачих на спине больных); седалищные бугры, стопы, лопатки (у сидячих); ребра, колени, пальцы ног, подвздошные кости (у лежачих на животе).

Используйте вспомогательные средства и предметы для профилактики пролежней (специальный матрац, подушки, постельное белье из натуральных материалов, валики для рук, ног и под крестец).

Рекомендации по предупреждению пролежней

Оцените риски возникновения пролежней у пациента.

Следите за состоянием больного. Осматривайте его на предмет появления побледневших или покрасневших участков кожи в проблемных местах, чтобы обеспечить раннее выявление пролежней и как можно раньше приступить к их лечению.

Избегайте возникновения трения участков кожи.

Протирайте или обмывайте проблемные места каждый день или несколько раз при повышенном потоотделении и недержании мочи.

Используйте одноразовые салфетки, впитывающие подгузники и пеленки.

Если выбирать между жидким и твердым мылом, то отдавайте предпочтение первому – оно не травмирует кожу.

Убедитесь, что на кожных покровах не осталось моющих средств, вытирайте кожу насухо.

При сухом типе кожи пользуйтесь увлажняющими кремами.

Используйте специальные крема для профилактики пролежней в проблемных местах у пациентов в группе риска.

Противопоказано делать массаж на участках с близким расположением костей к поверхности кожи - это может повредить ее.

Избегайте фактора давления – поворачивайте больного каждые 2 часа, даже ночью. С этой целью можно завести будильник или отмечать время «переворота» на бумаге.

При изменении положения больного - приподнимайте над постелью, чтобы избежать трения и фактора смещающей силы.

Осматривайте регулярно постельное и нательное белье на предмет возникновения складок, своевременно расправляйте их.

Ватно-марлевые и резиновые круги слишком твердые – используйте современные поролоновые.

Ослабляйте давление на проблемные места с помощью специальных приспособлений.

Не поднимайте изголовье кровати слишком высоко – это способствует появлению смещающей силы в области крестца и копчика.

При положении на боку исключите фактор давления на большой вертел бедра.

Не допускайте неподвижного сидячего положения – каждый час меняйте его. Ослабить давление на ягодицы можно путем наклонов вперед, в стороны, приподниманием на руках. Пусть пациент делает это каждые 15 минут.

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, которые даются больному. Питание должно быть полноценным и сбалансированным.

Если пациент способен к самостоятельным движениям, то старайтесь задействовать его способности по максимуму. Это улучшит кровообращение, увеличит долю его независимости, поднимет самооценку.