

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ**

П Р И К А З

17.04.2002

Москва

№ 123

Об утверждении
отраслевого стандарта
«Протокол ведения
больных. Пролежни»

С целью обеспечения качества медицинской помощи пациентам с
риском развития пролежней

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

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

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

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

Министр

Ю.Л. Шевченко

ОТРАСЛЕВОЙ СТАНДАРТ

**СИСТЕМА СТАНДАРТИЗАЦИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

**ПРОТОКОЛ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ.
ПРОЛЕЖНИ (L.89)**

1 ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ

Требования отраслевого стандарта распространяются на осуществление медицинской помощи всем пациентам, имеющим факторы риска развития пролежней, согласно факторам риска, и находящимся на лечении в стационарных условиях.

2 ЦЕЛЬ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ

Внедрение современной методологии профилактики и лечения пролежней у пациентов с различными видами патологии, связанных с длительной неподвижностью.

3 ЗАДАЧИ РАЗРАБОТКИ И ВНЕДРЕНИЯ

1. Введение современных систем оценки степени риска развития пролежней, составление программы профилактики, снижение частоты развития пролежней и предупреждение инфекции пролежней.
2. Своевременное лечение пролежней в зависимости от стадии их развития.
3. Повышение качества и снижение стоимости лечения пациентов в

связи с внедрением ресурсосберегающих технологий.

4. Повышение качества жизни пациентов, имеющих риск развития пролежней.

4 КЛИНИЧЕСКАЯ ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ

Данные статистики о частоте развития пролежней в лечебно-профилактических учреждениях Российской Федерации практически отсутствуют. Но, согласно исследованию в Ставропольской краевой клинической больнице, рассчитанной на 810 коек, имеющей 16 стационарных отделений, за 1994-1998 гг. зарегистрировано 163 случая пролежней (0,23%). Все они осложнились инфекцией, что в общей структуре внутрибольничных инфекций составило 7,5%.

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15-20% пациентов. По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их.

Оценочная стоимость по лечению пролежней у одного пациента составляет от 5000 до 40000 долларов США. По данным Д. Ватерлоу, в Великобритании стоимость ухода за пациентами, имеющими пролежни, оценивается в 200 млн. фунтов стерлингов и ежегодно возрастает на 11% в результате затрат на лечение и увеличения продолжительности госпитализации.

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, нужно учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом.

Неадекватные противопролежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых медицинских затрат, связанных с

последующим лечением образовавшихся пролежней и их инфекции. Увеличивается продолжительность госпитализации пациента, появляется потребность в адекватных перевязочных (гидрокаллоидные, гидрогели и др.) и лекарственных (ферменты, противовоспалительные, средства, улучшающие регенерацию) средствах, инструментари, оборудовании. В ряде случаев требуется хирургическое лечение пролежней III-IV стадий.

Возрастают и все остальные затраты, связанные с лечением пролежней.

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев.

Таким образом, адекватная профилактика пролежней позволит не только снизить финансовые расходы на лечение пролежней, но и повысить уровень качества жизни пациента.

5 ОБЩИЕ ВОПРОСЫ

ПАТОГЕНЕЗ

Давление в области костных выступов, трение и срезывающая (сдвигающая) сила приводят к пролежням. Длительное (более 1-2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней.

Повреждение мягких тканей от трения возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Это приводит к нарушению микроциркуляции, ишемии и повреждению кожи, чаще всего на фоне действия дополнительных факторов риска развития пролежней (см. приложения).

ФАКТОРЫ РИСКА

Факторы риска развития пролежней могут быть обратимыми (например, обезвоживание, гипотензия) и необратимыми (например, возраст), внутренними и внешними.

Внутренние факторы риска

Обратимые	Необратимые
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> истощение <input type="checkbox"/> ограниченная подвижность <input type="checkbox"/> анемия <input type="checkbox"/> недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты <input type="checkbox"/> обезвоживание <input type="checkbox"/> гипотензия <input type="checkbox"/> недержание мочи и/или кала <input type="checkbox"/> неврологические расстройства (сенсорные, двигательные) 	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> старческий возраст
Обратимые	Необратимые
<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> нарушение периферического кровообращения <input type="checkbox"/> истонченная кожа <input type="checkbox"/> беспокойство <input type="checkbox"/> спутанное сознание <input type="checkbox"/> кома 	

Внешние факторы риска

Обратимые	Необратимые
<input type="checkbox"/> плохой гигиенический уход <input type="checkbox"/> складки на постельном и/или нательном белье <input type="checkbox"/> поручни кровати <input type="checkbox"/> средства фиксации пациента <input type="checkbox"/> травмы позвоночника, костей таза, органов брюшной полости <input type="checkbox"/> повреждения спинного мозга <input type="checkbox"/> применение цитостатических лекарственных средств <input type="checkbox"/> неправильная техника перемещения пациента в кровати	<input type="checkbox"/> обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч

Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение:	б	Тип кожи	б	Пол	б	Особые	б
масса тела	а		а	Возраст,	а	факторы риска	а
относительно	л		л	лет	л		л
роста	л		л		л		л

Среднее	0	Здоровая	0	Мужской	1	Нарушение	
Выше среднего	1	Папиросная	1	Женский	2	питания кожи,	
Ожирение	2	бумага		14-49	1	например,	
Ниже среднего	3	Сухая	1	50-64	2	терминальная	
		Отечная	1	65-74	3	кахексия	8
		Липкая		75-81	4	Сердечная	
		(повышенная температура)	1	более 81	5	недостаточность	5
		Изменение цвета	2			Болезни	
		Трещины, пятна	3			периферических	
						сосудов	5
						Анемия	2
						Курение	1
Недержание	б	Подвижность	б	Аппетит	б	Неврологические	б
	а		а		а	расстройства	а
	л		л		л		л
	л		л		л		л
Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0	Средний	0	например, диабет,	
Периодическое через катетер	1	Беспокойный, суетливый	1	Плохой	1	множественный	4
Недержание кала	2	Апатичный	2	Питательный зонд/ только	2	склероз, инсульт,	-
Кала и мочи	3	Ограниченная подвижность	3	жидкости	2	моторные/ сенсорные,	6
		Инертный	4	Не через рот / ано-		параплегия	
		Прикованный к креслу	5	рекция	3		
				Обширное оперативное вмешательство / травма			Ба
							лл

	Ортопедическое – ниже пояса, позвоночник;	5
	Более 2 ч на столе	5
	Лекарственная терапия	ба лл
	Цитостатические препараты	4
	Высокие дозы стероидов	4
	Противовоспалительные	4

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.

Результаты оценки регистрируются в карте сестринского наблюдения за больным (см. приложение № 2). Противопрлежневые мероприятия начинаются немедленно в соответствии с рекомендуемым планом.

МЕСТА ПОЯВЛЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. На рисунках (см. п. 03) наиболее и наименее уязвимые участки кожи больного.

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.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ

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.

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.

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» (см. приложение № 2).

ОБЩИЕ ПОДХОДЫ К ПРОФИЛАКТИКЕ

Адекватная профилактика пролежней в итоге приведет к уменьшению прямых медицинских затрат, связанных с лечением пролежней, прямых (немедицинских), косвенных (непрямых) и нематериальных (неосязаемых) затрат.

Адекватные противопролежневые мероприятия должны выполняться сестринским персоналом после специального обучения.

Профилактические мероприятия должны быть направлены на:

- уменьшение давления на костные ткани;
- предупреждение трения и сдвига тканей во время перемещения пациента или при его неправильном размещении («сползание» с подушек, положение «сидя» в кровати или на кресле);
- наблюдение за кожей над костными выступами;
- поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной);
- обеспечение пациента адекватным питанием и питьем;
- обучение пациента приемам самопомощи для перемещения;
- обучение близких.

Общие подходы к профилактике пролежней сводятся к следующему:

- своевременная диагностика риска развития пролежней,
- своевременное начало выполнения всего комплекса профилактических мероприятий,
- адекватная техника выполнения простых медицинских услуг, в т. ч. по уходу.

6 ХАРАКТЕРИСТИКА ТРЕБОВАНИЙ

6.1 Модель пациента

Раздел	Наименование
01 Клиническая ситуация	Пациенты с полной неподвижностью, имеющие 10 и более баллов по шкале Ватерлоу
02 Группа заболеваний	Заболевания воспалительного, дегенеративного или токсического генеза, обусловленные тяжелым поражением центральной нервной системы
03 Профильность подразделения, учреждения	Хоспис Отделения стационаров: травматологии, неврологии, нейрохирургии, онкологии, реанимации, интенсивной терапии
04 Функциональное назначение отделения, учреждения	Лечебно-профилактические

6.1.1 Критерии и признаки, определяющие модель пациента

В отраслевой стандарт могут быть включены пациенты, имеющие риск развития пролежней более 10 баллов по шкале Ватерлоу, страдающие заболеваниями, обусловленными тяжелым поражением ЦНС воспалительного, дегенеративного или токсического генеза, сопровождающиеся полной неподвижностью: неспособностью пациента самостоятельно передвигаться по плоскости и изменять положение тела в пространстве без специальных приспособлений или посторонней помощи.

6.1.2 Распространение требований протокола

Заболевания, приводящие к неподвижности: поражение спинного мозга вследствие травмы позвоночника, опухолевого роста, метастазов в позвоночник с нарушением функции нижележащих отделов спинного мозга,

инфекции с нарушением контроля за мочевыделением и/или дефекацией и др.

6.1.3 Условие оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, регламентируемые данным отраслевым стандартом, выполняются в условиях стационара.

Функциональное назначение медицинских услуг - профилактика.

6.1.4 Характеристика алгоритмов и особенностей оказания медицинской помощи

Медицинская помощь, не связанная с уходом за пациентом, не предусмотрена.

6.1.5 Характеристика алгоритмов и особенностей применения медикаментов

Медикаментозная терапия не предусмотрена.

6.1.6 Требования к режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации

Дополнительные рекомендации по режиму труда, отдыха, лечения или реабилитации не предусмотрены.

6.1.7 Требования к уходу за пациентом и вспомогательным процедурам

Код	Наименование	Кратность выполнения
13.31.001	Обучение самоуходу	Ежедневно однократно
13.31.004	Обучение близких уходу за тяжелобольным	Ежедневно однократно
14.01.001	Уход за кожей тяжелобольного пациента	Ежедневно каждые 2 часа

Код	Наименование	Кратность выполнения
14.01.002	Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного	1 раз в 10 дней
14.19.001	Пособие при дефекации тяжелого больного	Ежедневно по потребности
14.28.001	Пособие при мочеиспускании тяжелого больного	Ежедневно по потребности
14.31.001	Перемещение тяжелобольного в постели	Ежедневно каждые 2 часа
14.31.002	Размещение тяжелобольного в постели	Ежедневно каждые 2 часа
14.31.005	Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному	Ежедневно по потребности
14.31.006	Пособие по смене белья и одежды тяжелобольному	Ежедневно по потребности
14.31.007	Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных	Ежедневно по потребности
14.31.012	Оценка степени риска развития пролежней	Ежедневно однократно
21.01.001	Общий массаж	Ежедневно 3 раза в день
14.31.003	Транспортировка тяжелобольного внутри учреждения	По потребности

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ

1. Размещение пациента на функциональной кровати (в условиях больницы). Должны быть поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати. Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старыми пружинными матрацами. Высота кровати

должна быть на уровне середины бедер ухаживающего за пациентом.

2. Пациент, перемещаемый или перемещающийся в кресло, должен находиться на кровати с изменяющейся высотой, позволяющей ему самостоятельно, с помощью других подручных средств перемещаться из кровати.

3. Выбор противопролежневого матраца зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраца толщиной 10 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрацы. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются поролоновые подушки, толщиной 10 см. Под стопы помещаются поролоновые прокладки, толщиной не менее 3 см (убедительность доказательства В).

4. Постельное белье – хлопчатобумажное. Одеяло – легкое.

5. Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и подушки из поролона.

6. Изменение положения тела осуществлять каждые 2 часа, в т. ч. в ночное время, 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. При каждом перемещении - осматривать участки риска. Результаты осмотра - записывать в лист регистрации противопролежневых мероприятий (убедительность доказательства В).

7. Перемещение пациента осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью, или используя подкладную простыню.

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

9. Не подвергать участки 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 (убедительность доказательства В).

10. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями (убедительность доказательства С).

11. Использовать непромокаемые пеленки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность.

12. Максимально расширять активность пациента: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться.

13. Научить родственников и других 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 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.

14. Не допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости - увлажнять кремом (убедительность доказательства С).

15. Постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки.

16. Обучить пациента дыхательным упражнениям и поощрять его выполнять их каждые 2 часа.

Рекомендуемые планы ухода при риске развития пролежней у лежачего пациента и пациента, который может сидеть, приведены в приложении № 2. Регистрация противолежневых мероприятий осуществляется на специальном бланке (см. приложение № 2 к приказу Минздрава России от 17.04.02 № 123).

6.1.8 Требования к диетическим назначениям и ограничениям

Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500-1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки (убедительность доказательства С). Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента.

6.1.9 Форма информированного добровольного согласия

Необходимым предварительным условием медицинского вмешательства является информированное добровольное согласие гражданина в соответствии со статьей 32 «Основ законодательства Российской Федерации об охране граждан» от 22.07.93 № 5487-1 (Ведомости СНД и ВС РФ 19.08.93, № 33, ст. 1318).

В случаях, когда состояние гражданина не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно, вопрос о его проведении в интересах гражданина решает консилиум, а при невозможности собрать консилиум - непосредственно лечащий (дежурный) врач с последующим уведомлением должностных лиц лечебно-профилактического учреждения.

План выполнения противолежневых мероприятий обсуждается и согласовывается с пациентом в письменном виде, а при необходимости - с его близкими.

ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН ИМЕТЬ ИНФОРМАЦИЮ О:

- факторах риска развития пролежней;
- целях всех профилактических мероприятий;

- необходимости выполнения всей программы профилактики, в т. ч. манипуляций, выполненных пациентом и/или его близкими;
- последствиях несоблюдения всей программы профилактики, в т. ч. снижении уровня качества жизни.

ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН БЫТЬ ОБУЧЕН:

- технике изменения положения тела на плоскости с помощью вспомогательных средств (поручней кровати, подлокотников кресла, устройства для приподнимания больного);
- технике дыхательных упражнений.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ:

- 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 часа;
- стимулирование пациента к выполнению дыхательных упражнений.

Примечание: Обучение пациента и/или его близких нужно сопровождать демонстрацией и комментариями рисунков из п. 10 ОСТ 91500.11.0001-2002.

Данные об информированном согласии пациента регистрируются на специальном бланке (см. приложение 2 к приказу Минздрава России от 17.04.02 № 123).

6.1.10 Дополнительная информация для пациентов и членов его семьи

ПАМЯТКА ДЛЯ ПАЦИЕНТА

Профилактика - лучшее лечение. Для того чтобы помочь нам

предупредить у вас образование пролежней, следует:

· употреблять в пищу достаточное (не менее 1,5 л.) количество жидкости (объем жидкости следует уточнить у врача) и не менее 120 г белка; 120 г белка нужно «набрать» из разных, любимых вами продуктов, как животного, так и растительного происхождения. Так, например, 10 г белка содержится в:

72,5 г	жирного творога	51,0 г	нежирного цыпленка
50,0 г	нежирного творога	51,0 г	индейки
62,5 г	мягкого диетического творога	57,5 г	печени говяжьей
143 г	молока сгущенного, без сахара, стерилизованного	64,0 г	камбалы
42,5 г	сыра голландского	62,5 г	карпа
37,5 г	сыра костромского, пошехонского, ярославского	54,0 г	окуня речного
47,5 г	сыра российского	53,0 г	палтуса
40,0 г	сыра швейцарского	59,0 г	салаки
68,5 г	брынзы из овечьего молока	56,5 г	сельди атлантической жирной
56,0 г	брынзы из коровьего молока	55,5 г	сельди тихоокеанской нежирной
78,5 г	яйцо куриное	55,5 г	скумбрии
48,0 г	баранины нежирной	54,0 г	ставриды
49,5 г	говядины нежирной	52,5 г	судака
48,5 г	мяса кролика	57,5 г	трески
68,5 г	свинины мясной	60,0 г	хека
51,0 г	Телятины	53,0 г	щуки
55,0 г	Кур		

Белок содержится и в продуктах растительного происхождения. Так, в 100 г продукта содержится различное количество белка:

хлеб пшеничный	6,9 г	крупа манная	8,0 г
макароны, лапша	9,3 г	Рис	6,5 г
крупа гречневая	8,0 г	горох зеленый	5,0 г

- употребляйте не менее 500-1000 мг аскорбиновой кислоты (витамина С) в сутки;
- перемещайтесь в постели, в т. ч. из кровати в кресло, исключая трение; используйте вспомогательные средства;
- используйте противопролежневый матрас и/или подушку для кресла;
- попытайтесь находить в постели удобное положение, но не увеличивайте давление на уязвимые участки (костные выступы);
- изменяйте положение в постели каждые 1-2 часа или чаще, если вы можете сидеть;
- ходите, если можете; делайте упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги;
- делайте 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий, медленный вдох через рот, выдох через нос;
- принимайте активное участие в уходе за вами;
- задавайте вопросы медсестре, если у вас появились какие-то проблемы.

ПАМЯТКА ДЛЯ РОДСТВЕННИКОВ

При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния осматривайте регулярно кожу в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.

Не подвергайте уязвимые участки тела, трению. Обмывайте уязвимые участки не менее 1 раза в день, если необходимо соблюдать обычные правила личной гигиены, а также при недержании мочи, сильном потоотделении. Пользуйтесь мягким и жидким мылом. Убедитесь, что моющее средство смыто, высушите этот участок кожи. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом. Мойте кожу теплой водой.

Пользуйтесь защитными кремами, если это показано.

Не делайте массаж в области выступающих костных выступов.

Изменяйте положение пациента каждые 2 ч (даже ночью): положение Фаулера; положение Симса; «на левом боку»; «на правом боку»; «на животе» (по разрешению врача). Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента. Обсудите это с врачом.

Изменяйте положение пациента, приподнимая его над постелью.

Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т. п.).

Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати.

Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу.

Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Пользуйтесь соответствующими приспособлениями.

Опустите изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30 гр.). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения каких-либо манипуляций.

Не допускайте, чтобы в положении «на боку» пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске. Напоминайте изменять положение через каждый час, самостоятельно менять положение тела, подтягиваться, осматривать уязвимые участки кожи. Посоветуйте ему ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла.

Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

- регулярно изменяйте положение тела;
- используйте приспособления, уменьшающие давление тела;
- соблюдайте правила приподнимания и перемещения;
- осматривайте кожу не реже 1 раза в день;
- осуществляйте правильное питание и адекватный прием жидкости.

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе

при недержании мочи.

Максимально расширяйте активность своего подопечного. Если он может ходить, побуждайте его прогуливаться через каждый час.

Используйте непромокаемые пеленки, подгузники (для мужчин - наружные мочеприемники) при недержании.

6.1.11 Правила изменения требований при выполнении протокола и прекращение действия требований протокола

Требования протокола прекращают действовать при отсутствии риска развития пролежней по шкале Ватерлоу.

6.1.12 Возможные исходы и их характеристика

Наименование исхода	Частота развития	Критерии и признаки	Ориентировочное время достижения исхода
Стабилизация	80%	Сохраняется степень риска в пределах баллов, полученных при первичной оценке по шкале Ватерлоу	Не ограничено
Прогрессирование	20%	Появление пролежней 1-4 стадий	От 30 мин. до суток

Исход	Преимственность и этапность оказания медицинской помощи
Стабилизация	- в любом медицинском учреждении, имеющем возможность выполнить всю программу профилактики для данной модели, продолжается выполнение отраслевого стандарта

Прогрессивное	в любом медицинском учреждении, имеющем возможность консервативного лечения пролежней, проводится профилактика и (или) лечение по соответствующим протоколам иной модели пациентов
---------------	--

6.1.13 Стоимостные характеристики

Стоимостные характеристики определяются согласно требованиям нормативных документов.

7 ГРАФИЧЕСКОЕ, СХЕМАТИЧЕСКИЕ И ТАБЛИЧНОЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЕ ПРОТОКОЛА

8 МОНИТОРИРОВАНИЕ

8.1 Критерии и методология мониторинга и оценки эффективности выполнения протокола

В ОТДЕЛЕНИИ НЕВРОЛОГИИ ОБЛАСТНОЙ (ГОРОДСКОЙ) БОЛЬНИЦЫ

Выборка: все пациенты с инсультом, получающие лечение в отделении в течение календарного года, имеющие риск развития пролежней 10 и более баллов по шкале Ватерлоу, у которых на момент выполнения отраслевого стандарта отсутствуют пролежни.

ОЦЕНКА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОЗИЦИЯМ:

1. Общее количество пациентов с инсультом, госпитализированных в отделение в течение года _____.
2. Количество пациентов, имеющих риск развития пролежней по шкале Д. Ватерлоу 10 и более баллов _____.
3. Количество пациентов, у которых развились пролежни _____.

В ОТДЕЛЕНИИ РЕАНИМАЦИИ ОБЛАСТНОЙ (ГОРОДСКОЙ) БОЛЬНИЦЫ

Выборка: все пациенты, получающие лечение в отделении в течение календарного года, но не менее 6 часов, имеющие риск развития пролежней 10 и более баллов по шкале Ватерлоу, у которых на момент выполнения отраслевого стандарта отсутствуют пролежни.

ОЦЕНКА ПРОВОДИТСЯ ПО СЛЕДУЮЩИМ ПОЗИЦИЯМ:

1. Общее количество пациентов, находившихся отделении в течение года (мин. срок не менее 6 часов) _____.
2. Количество пациентов, имеющих риск развития пролежней по шкале

Ватерлоу 10 и более баллов _____.

3. Количество пациентов, у которых развились пролежни _____.

8.2 Принципы рандомизации

Принципы рандомизации в ОСТ 91500.11.0001-2002 не предусмотрены.

8.3 Порядок оценки и документирования побочных эффектов и развития осложнений

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 внутрибольничная инфекция.

8.4 Порядок исключения пациента из мониторинга

Порядок исключения пациента из мониторинга не предусмотрен.

8.5 Промежуточная оценка и внесение изменений в настоящий стандарт

Оценка выполнения ОСТ 91500.11.0001-2002 проводится 2 раза в год по результатам анализа сведений, полученных при мониторинговании.

Внесение изменений в ОСТ 91500.11.0001-2002 проводится в случае

получения информации:

а) о наличии в данном отраслевом стандарте требований, наносящих урон здоровью пациентов,

б) при получении убедительных данных о необходимости изменений обязательных требований отраслевого стандарта.

Изменения в настоящий стандарт подготавливаются группой разработчиков. Внесение изменений в данный отраслевой стандарт осуществляется Минздравом России в установленном порядке.

8.6 Параметры оценки качества жизни при выполнении протокола

Параметры оценки качества жизни при выполнении ОСТ 91500.11.0001-2002 не предусмотрены.

8.7 Оценка стоимости выполнения протокола и цены качества

Клинико-экономический анализ проводится согласно требованиям нормативных документов.

8.8 Сравнение результатов

При мониторинговании ОСТ 91500.11.0001-2002 ежегодно проводится сравнение статистических данных о частоте показателей развития пролежней.

8.9 Порядок формирования отчета

В ежегодный отчет о результатах мониторингования включаются количественные результаты, полученные при разработке медицинских карт, и их качественный анализ, выводы, предложения по актуализации отраслевого стандарта.

Отчет представляется в рабочую группу данного отраслевого стандарта. Материалы отчета хранятся в Лаборатории проблем стандартизации в здравоохранении Института управления здравоохранения Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова Минздрава России в виде текста,

отпечатанного на бумаге, компакт-диске в архиве вышеназванной
Лаборатории.

Результаты отчета могут быть опубликованы в открытой печати.

Приложение № 2
УТВЕРЖДЕНО
приказом Министерства
здравоохранения
Российской Федерации

от «17» 04.2002 г.
№ 123
Медицинская документация
Вкладыш к медицинской
карте стационарного больного
№ 003/у
Учетная форма № 003-2/у

**«КАРТА СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ ЗА БОЛЬНЫМИ С
ПРОЛЕЖНЯМИ»**

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

I. Согласие пациента на предложенный план ухода

Пациент _____

(ФИО)

получил разъяснение по поводу плана ухода по профилактике пролежней;
получил информацию: о факторах риска развития пролежней,
целях профилактических мероприятий,
последствиях несоблюдения всей программы профилактики.

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

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

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

Пациент извещен об исходе при отказе от выполнения плана ухода.

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

Беседу провела медсестра _____ (подпись медсестры)

« ____ » _____ 20 __ г.

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

_____ (подпись, Ф.И.О.),

что удостоверяют присутствовавшие при беседе

_____ (подпись медсестры)

_____ (подпись свидетеля)

Пациент не согласился (отказался) с планом предложенного ухода, в чем расписался собственноручно _____ (подпись пациента) или за него расписался (согласно пункту 6.1.9 отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» утвержденного приказом Минздрава России от 17.04.02 № 123)

_____ (подпись, Ф.И.О).

II. Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

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

терапия								
---------	--	--	--	--	--	--	--	--

Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Ватерлоу

Сумма баллов _____

Риск: нет, есть, высокий, очень высокий (нужное подчеркнуть)

Пролежни: есть, нет (нужное подчеркнуть)

Стадия 1 2 3 4

Согласовано с врачом _____

(подпись врача)

III. Лист регистрации противопролежневых мероприятий

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

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

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

завтрак	обед	полдник	ужин
7. Количество белка в граммах:			
8. Получено жидкости:			
9-13 ч	мл	13-18 ч	мл
18-22 ч	мл		
9. Поролоновые прокладки используются под: (перечислить)			
10. Проведен массаж около		участков	раз
11. Для поддержания умеренной влажности использовались:			
12. Замечания и комментарии:			

Ф.И.О. медсестер, участвующих в наблюдении за больным:

Подпись:

**IV. Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней
(у лежащего пациента)**

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз

<p>2. Изменение положения пациента каждые 2 часа:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> 8-10 ч. – положение Фаулера; <input type="checkbox"/> 10-12 ч. – положение «на левом боку»; <input type="checkbox"/> 12-14 ч. – положение «на правом боку»; <input type="checkbox"/> 14-16 ч. – положение Фаулера; <input type="checkbox"/> 16-18 ч. – положение Симса; <input type="checkbox"/> 18-20 ч. – положение Фаулера; <input type="checkbox"/> 20-22 ч. – положение «на правом боку»; <input type="checkbox"/> 22-24 ч. – положение «на левом боку»; <input type="checkbox"/> 0-2 ч. – положение Симса; <input type="checkbox"/> 2-4 ч. – положение «на правом боку»; <input type="checkbox"/> 4-6 ч. – положение «на левом боку»; <input type="checkbox"/> 6-8 ч. – положение Симса 	<p>Ежедневно 12 раз</p>
<p>3. Обмывание загрязненных участков кожи</p>	<p>Ежедневно 1 раз</p>
<p>4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)</p>	<p>Ежедневно 12 раз</p>
<p>5. Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)</p>	<p>По индивидуальной программе</p>
<p>6. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)</p>	<p>Ежедневно 4 раза</p>
<p>7. Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки:</p> <ul style="list-style-type: none"> с 9⁰⁰ – 13⁰⁰ ч. – 700 мл; с 13⁰⁰ – 18⁰⁰ ч. – 500 мл; с 18⁰⁰ – 22⁰⁰ ч. – 300 мл 	<p>В течение дня</p>

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

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

**V. Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней
(у пациента, который может сидеть)**

Сестринские вмешательства	Кратность
Проводить текущую оценку риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз

<p>Изменять положение пациента каждые 2 часа:</p> <p>8-10 ч. – положение «сидя»;</p> <p>10-12 ч. – положение «на левом боку»;</p> <p>12-14 ч. – положение «на правом боку»;</p> <p>14-16 ч. – положение «сидя»;</p> <p>16-18 ч. – положение Симса;</p> <p>18-20 ч. – положение «сидя»;</p> <p>20-22 ч. – положение «на правом боку»;</p> <p>22-24 ч. – положение «на левом боку»;</p> <p>0-2 ч. – положение Симса;</p> <p>2-4 ч. – положение «на правом боку»;</p> <p>4-6 ч. – положение «на левом боку»;</p> <p>6-8 ч. – положение Симса;</p> <p>Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в кровати</p>	<p>Ежедневно 12 раз</p>
<p>3. Обмывание загрязненных участков кожи</p>	<p>Ежедневно 1 раз</p>
<p>4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)</p>	<p>Ежедневно 12 раз</p>
<p>Обучение родственников пациента технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)</p>	<p>По индивидуальной программе</p>
<p>Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания</p>	<p>По индивидуальной программе</p>

Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	По индивидуальной программе
Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
Обеспечить употребление не менее 1,5 л. жидкости в сутки: с 9 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ ч. – 700 мл; с 13 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰ ч. – 500 мл; с 18 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ ч. – 300 мл	В течение дня
Использовать поролоновые прокладки, исключающие давление на кожу под участки риска, в т. ч. в положении пациента «сидя» (под стопы)	В течение дня
При недержании: - мочи - смена подгузников каждые 4 часа, - кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	В течение дня
При усилении болей – консультация врача	В течение дня
Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	В течение дня
Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 4 раза