



Создавая
здоровое будущее

Уход за пациентом.
ГОСТ Р 56819-2015
Профилактика
пролежней».

Тамара Антюшко
20.03.2019

Уход за пациентом в стационаре с точки зрения закона

Как организовать уход за находящимися в стационаре пациентами, каждый из которых требует к себе внимания и заботы?

Необходимые манипуляции прописаны в нормативно-правовых документах разных уровней. Важно только следовать им.

Однако всех нюансов они не охватывают и на практике бывают случаи, когда больница вынуждена отказывать в некоторых видах услуг.

Стандарты ухода

Все вопросы ухода за пациентом при оказании ему медицинских услуг прописаны в регуляторных документах.

- Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», статья 6 - прямо говорит о том, что пациент имеет право на уход.
- Порядки и стандарты оказания медицинской помощи, утвержденных МЗ РФ. Здесь как раз перечислены все манипуляции, которые должно проводить медучреждение, а также уточняется, в каких именно случаях. Так, поменять постельное белье необходимо всем больным, находящимся в стационаре. А тяжелобольных, например, после инсульта, медперсонал должен и покормить, и помочь им с туалетом.
- СанПиН 2.1.3.2630-10, раздел 13 регламентирует порядок ухода за лежащими больными и включает правила личной гигиены пациентов..

Помогать тяжелобольному осуществлять их должен медперсонал стационара.

СанПиН 2.1.3.2630-10

- Если отсутствуют медицинские противопоказания, гигиеническая обработка больных должна проводиться не реже одного раза в 7 дней с отметкой в истории болезни.
- Гигиенический уход за тяжелобольными — умывание, протирание кожи лица, частей тела, полоскание полости рта — проводят утром, а также после приема пищи и при загрязнении тела.
- Смена белья пациентам проводится по мере загрязнения регулярно, не реже одного раза в 7 дней. Загрязненное белье немедленно заменяется.



Поддержание гигиены полости рта

доказывают, уменьшение развития пневмоний, в том числе вентилятор – ассоциированной пневмонии (ВАП) и аспирационной пневмонии.

Рекомендации требуют “разработать и внедрить комплексную программу гигиены полости рта” для пациентов с риском развития внутрибольничных пневмоний.

Руководство по ликвидации ИВЛ - ассоциированной пневмонии разработали документ по уходу за полостью рта, который включает в себя

- ✓ чистку зубов В12°, обеспечивая уход за полостью рта
- ✓ каждые 2 до 4 часа полоскание антисептиком,
- ✓ применение увлажнителя для слизистой оболочки полости рта и губ,
- ✓ отсасывание слизи по мере необходимости.

Обработка полости рта Pagavit/Пагавит

Пагавит - стерильные ватные палочки для ухода за ротовой полостью.

Пропитаны глицерином, лимонной кислотой, натуральным экстрактом лимона и 0,1% -м натрием бензоатом.

Применяются для ухода за пациентами без сознания, после тяжёлых операций, при лихорадке, при дефиците самоухода.

Идеальны для ухода за полостью рта пациентов с брекетами, а также для увлажнения ротовой полости пациентов перед и после операций.



Современные принципы ухода

Безопасность



Независимос
ть

Уважение
чувства
достоинства

Инфекционная
безопасность

Конфиденциально
сть

Внутренний контроль

Практические рекомендации по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Росздравнадзора



Внутренний контроль качества и безопасности является базовым, определяющим общую результативность системы контроля качества и Безопасности медицинской деятельности.

Введены 11 (15) основных направлений для обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности.

По каждому из основных направлений определены показатели, которые являются одновременно и целевыми ориентирами для повседневной работы медицинской организации, и критериями для их оценки.

Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации



ТРЕБОВАНИЯ К ДОКУМЕНТАЦИИ ПО СТАНДАРТНЫМ ОПЕРАЦИОННЫМ ПРОЦЕДУРАМ



Для внедрения внутреннего контроля и управления качеством необходима разработка несколько типов документов МО:

- 1) стандартные операционные процедуры;
- 2) клинические протоколы;
- 3) алгоритмы

Стандартные операционные процедуры (далее - СОПы) - документально оформленные инструкции по выполнению рабочих процедур или формализованные алгоритмы выполнения действий, исполнения требований стандартов медицинской помощи.

Актуальность разработки СОПов обусловлена необходимостью рационального выбора и применения адекватных (эффективных, безопасных и экономически приемлемых, основанных на данных доказательной медицины) медицинских технологий. **СОПы необходимы для оценки качества** медицинской помощи, а также для защиты прав пациента и врача при разрешении спорных вопросов.

В каждом СОПе должно быть указано: цель разработки, необходимые ресурсы и технологии для его выполнения, ожидаемые результаты (промежуточные и окончательные).

Цель внедрения СОПа и критерии оценки соблюдения требований СОПа.

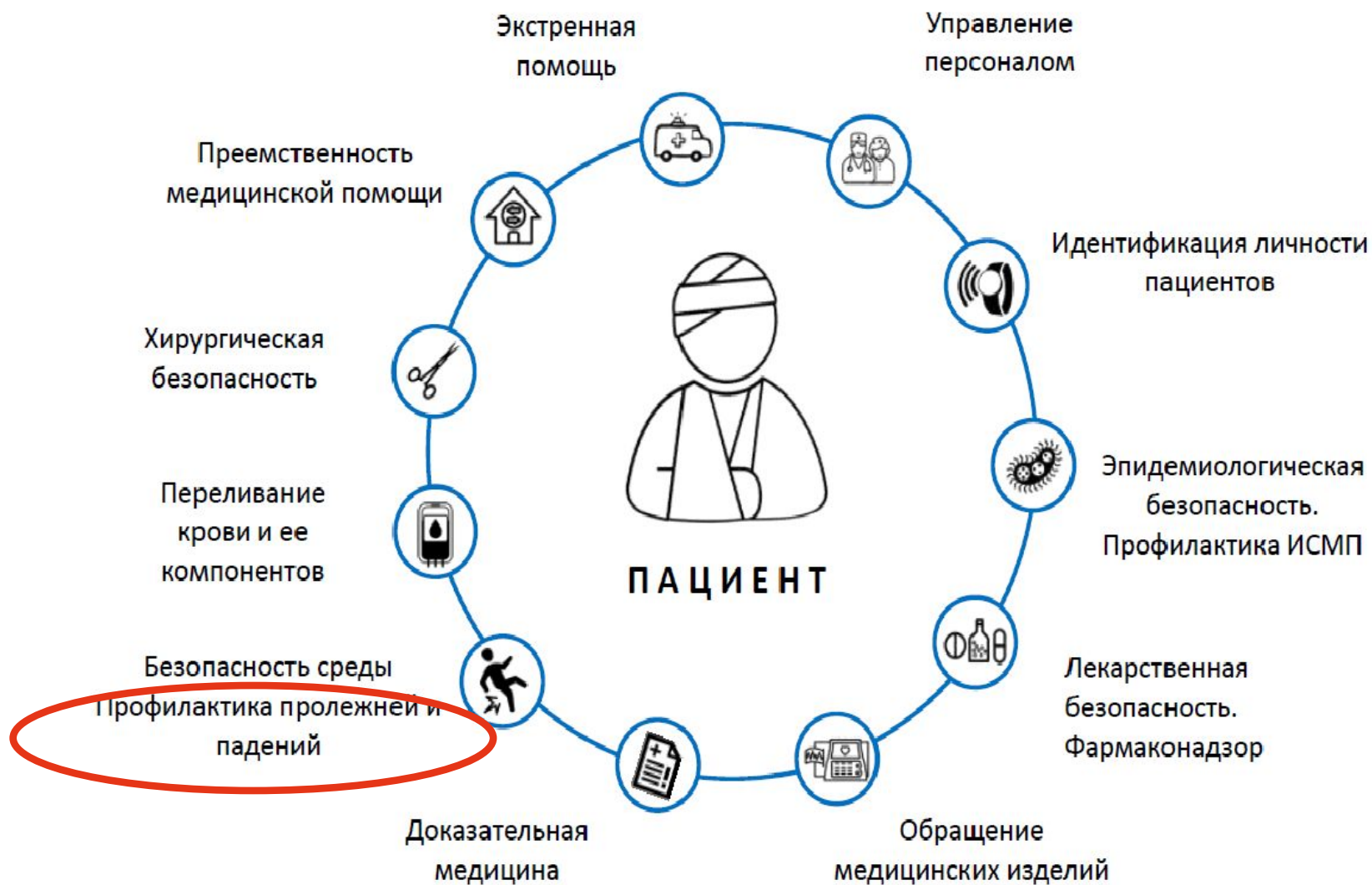
Каждый СОП должен содержать ответы на 3 вопроса:

1. Кто участвует в реализации, выполняет его требования и какие ресурсы необходимы для его реализации?
2. Где, в каком подразделении МО следует выполнять требования СОПа?
3. Сколько времени потребуется на выполнение требований СОПа?



СОПы должны быть краткими, четкими, конкретными. Оптимальная форма – в виде таблиц или схем и алгоритмов с минимальным объемом текстовой части.

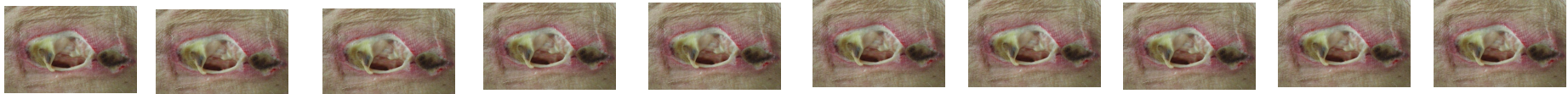
Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации



Актуальность темы



Стоимость лечения 10 пролежневых язв



=


Установке

- 9 водителей ритма +
- 5 эндопротезов коленного сустава +
- 6 эндопротезов бедренного сустава

Или



- 5 операциям шунтирования на сердце

Немного истории




Глава "Нужные свойства и обязанности хожатых за больными",

фон Оппель отмечает важные качества, которые и сегодня необходимы для работы с больными: физическое здоровье, крепкие нервы, средний возраст, человеколюбие, внимательность к больному, совесть, терпеливость, опрятность, отсутствие брезгливости, честность и верность.



Глава "Пролежни"

сказано, что "для предупреждения пролежней особенно полезно содержание больного во всегдашней чистоте, и при частой... перемене постельного белья, обтирать ему пот и нечистоту со спины и седалища и часто обмывать сии места" и что "хожатый часто и пристально осматривать должен спину, поясицу и прочие части тела, и если он примечает на них некоторую уже красноту или воспалительное состояние кожи... то о скорейшем отвращении сего неприятного недуга неукоснительно принимает меры".



Пролежни как показатель качества ухода

ГОСТ Р 56819-2015 Надлежащая медицинская практика.
Инфологическая модель. Профилактика пролежней

ГОСТ Р 56819-2015

Группа Р24

НАЦИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА
ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ
ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ
Proper medical practice. Infological model. Pressure ulcers

ОКС 11 160
ОКТ 94 4000

Дата введения 2017-11-01



Нормативная документация

ОСТ 91500.11.0001-2002

«Протокол ведения больных. Пролежни»

Актуализирован в 2012-2015 гг.



ГОСТ Р 56819-2015

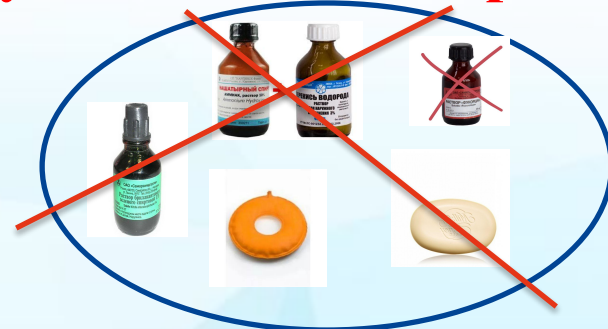
«Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней»

в соответствии с Федеральным законом от 29.06.2015
N 162-ФЗ (ред. от 03.07.2016)

"О стандартизации в Российской Федерации".

Пролежни. Проблемы.

1. Не проводится оценка риска возникновения пролежней **(кто и как устанавливает диагноз – врач или медсестра?)**
2. Не выполняется адекватная профилактика
3. Нехватка среднего медицинского персонала - профилактика пролежней задача родственников
4. Недостаточность финансирования в ЛПУ - применение неэффективных средств лечения пролежней (зеленка, спирт камфорный, резиновый круг и тд.)
5. **В России, как и во всем мире, врачи не проводят дифференциальную диагностику контактного дерматита и пролежней 1-2 степени**



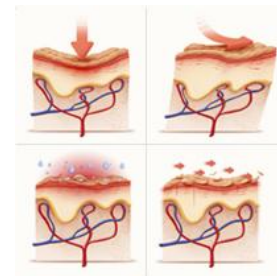
Общие подходы (принципы) профилактики пролежней:

- у каждого больного должна быть оценена степень риска развития пролежней
- профилактические мероприятия следует проводить у всех больных в объеме, соответственно группам риска
- проводить профилактику следует до тех пор, пока существует риск развития пролежней

В ГОСТе есть: режимы(алгоритмы) ухода за кожей у малоподвижных пациентов, уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного, карта сестринского наблюдения (оценка риска, определение стадии пролежней, план ухода, лист регистрации, перечень отрицательных технологий и т.д.)

Пролежень

(лат.- *decubare* обозначает лежать)



Пролежнем называют повреждение кожи в результате длительного давления на ограниченную область.

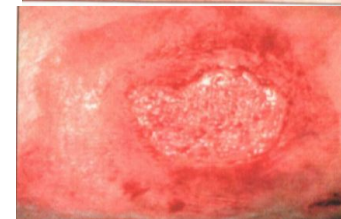
Согласно определению Европейской консультативной группы по пролежневым язвам (EPUAP) и Американской национальной консультативной группы по пролежневым язвам (NPUAP),

«**Пролежень** – это имеющий локальные границы очаг поражения кожи и (или) подлежащих тканей, образующийся, как правило, над костными выступами вследствие сдавливания или сочетанного воздействия сдавливания и силы сдвига. Существует также ряд других факторов, связанных или предположительно связанных с развитием пролежня, но их значимость ещё необходимо выяснять».

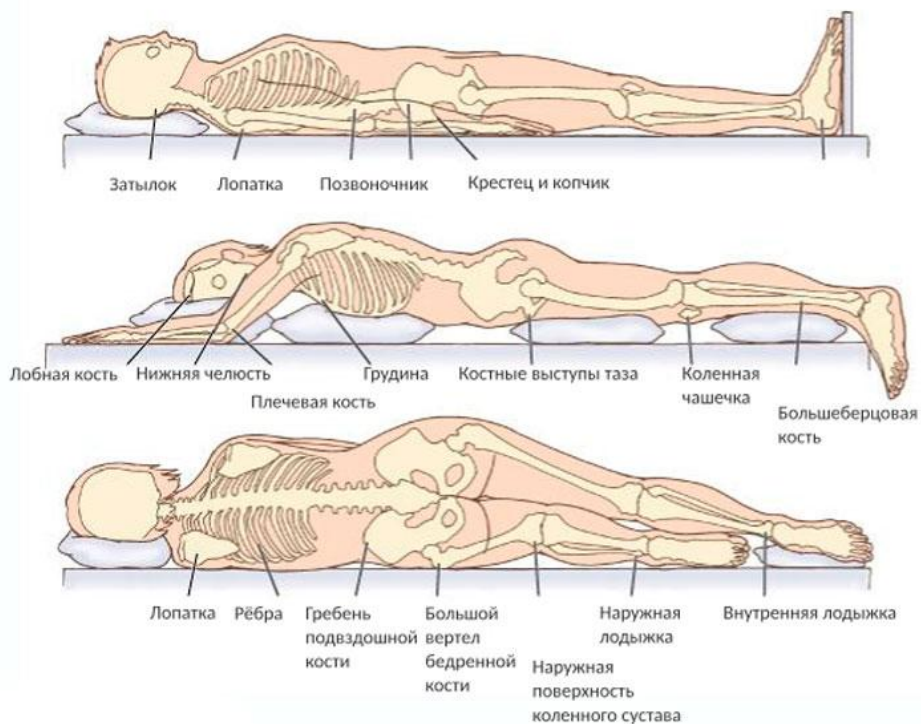
Пролежни

С целью унификации научного подхода к клиническим вопросам в 1992 г. Международным Комитетом по политике здравоохранения и научным исследованиям (АНСРР) рекомендована достаточно простая и вместе с тем максимально приближенная к клинической практике классификация по четырем стадиям:

- **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 или костные образования.



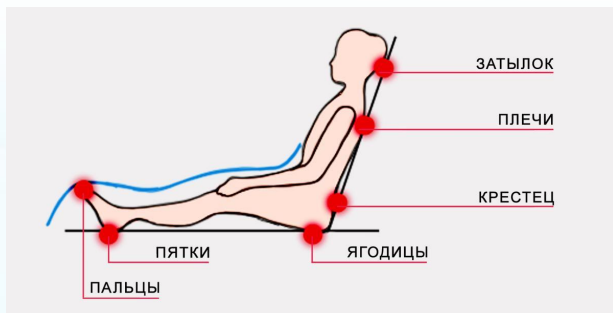
Места образования пролежней



Крестец – 36%

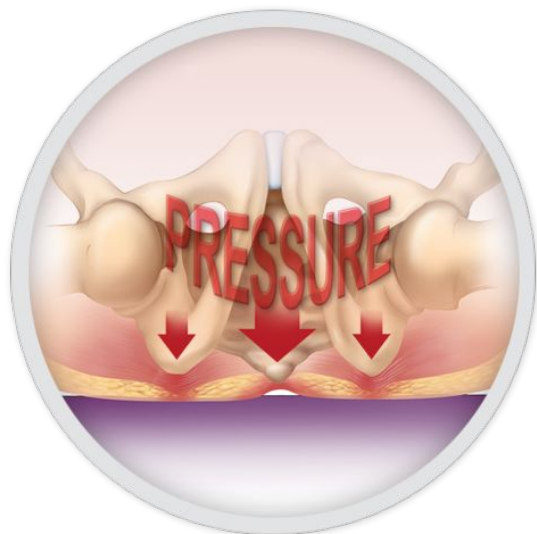
Пятки - 25%

Ягодицы – 21%



ВАЖНО!!! Предотвращение пролежней крестца

Важно учитывать четыре основных фактора риска для крестцовых пролежней: **давление, трение, сдвиг, и влага.**



- Смена положения не менее чем через 2 часа;
- избегать давления и усилия сдвига на кожу;
- укладывать пациента в положение лежа на боку 30°;
- устранять влагу при недержании хорошо впитывающими абсорбирующими средствами

***Валики и круги не использовать!
(отрицательные технологии)***

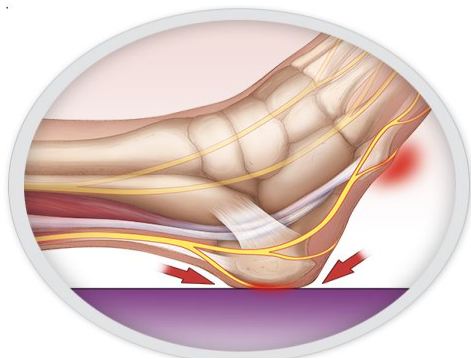
Смещение слоев кожи при перемещении?!

Термином «**сдвигающая (срезающая) сила**» обозначают воздействие, способствующее сдвигу слоев кожи друг относительно друга, что приводит к нарушению кровоснабжения. Воздействие сдвигающих сил, прежде всего, относится к области ягодиц, например, если пациент принимает вытянутое положение, а не приподнятое, или «соскальзывает» при сидячем положении в постели из-за недостаточной площади опоры для ног.



ВАЖНО!!! Осуществлять протокол по разгрузке пятки у пациентов с высоким риском развития пролежней

Время между развитием пролежней и моментом, когда язва становится заметной на коже, колеблется от **нескольких часов до трех – пяти дней (скрытые симптомы)**.



Пятка и голеностопный сустав занимают 2 и 5 место по распространённости локализации пролежней.

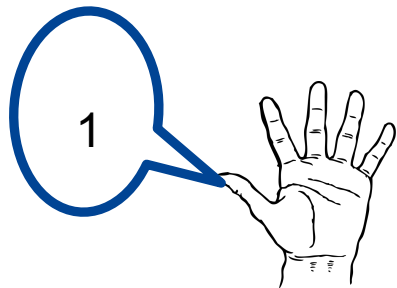


“Необходимо...чтобы пятки были свободны от поверхности кровати;
... защитные устройства должны поднять пятку полностью (для разгрузки пяток таким образом, чтобы распределить вес по всей ноге вдоль икры, без давления на Ахиллово сухожилие.”

Валики и круги не использовать! (отрицательные технологии)

5 основных шагов по профилактике и лечению пролежней





Стратификация факторов риска возникновения пролежней

- Наиболее важным в профилактике образования пролежней являются выявление риска развития этого осложнения и правильный уход за пациентами с высоким и средним риском образования пролежней.
- С целью стратификации риска образования пролежней предложено много оценочных шкал:

шкала Norton (1962);

шкала Waterlow (1985);

шкала Braden (1987);

шкала Medley (1991) и другие.



ШКАЛА ВАТЕРЛОУ

Строение тела/ вес в соотношении с ростом		Тип кожи/оптические определяемые зоны риска		Пол возраст		Особые риски	
среднем	0	здоровая	0	мужской	1	недостаточное питание тканей	
выше среднего	1	истончение тканей	1	женский	2	терминальная кахексия	
ожирение	2	сухая	1	14-49	1	сердечная недостаточность	
кахексия	3	отёчная	1	50-64	2	Периферийное заболевание сосудов	
		холодный пот (температура)	1	65-75	3	анемия	
		бледная	2	75-80	4	курение	
		повреждённая, болезненная	3	81+	5		

недержание		мобильность		аппетит		неврологический дефицит	
Полное/катетер	0	нормальное	0	средний	0	Диабетическая невропатия, MS	0
Иногда недержание	1	неспокойный	1	неудовлетворительный	1	апоплексия, моторная/сенсорная, параплегия, тетраплегия	1
катетер/недержание стула	2	апатия, ограничена	2	питание через зонд/только жидкость	2	большие хирургические вмешательства/ травмы	
недержание стула и мочи	3	гипс (вытяжение)	3	отказ от пищи (голодание)	3	ортопия, операционное вмешательство (более 2 часов)	3
		неподвижность (кресло-каталка)	5			назначение лекарства	
						стероиды, цитостатики, противовоспалительные препараты высокой дозировки	3

Стратификация факторов риска возникновения пролежней по шкале Ватерлоу

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. Противопротлежневые мероприятия начинаются немедленно в соответствии с рекомендуемым планом.

Стратификация факторов риска возникновения пролежней по шкале Нортон

Общее состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Настороженное	Апатия	Дезориентированность	Загруженность
Активность	Ходьба	Ходьба с посторонней помощью	Кресло-коляска	Постельный режим
Подвижность	Общая, хорошая	Несколько ограничена	Сильно ограничена	Обездвиженность
Контроль за функциями таза	Недержание мочи отсутствует	Незначительное недержание мочи	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

При 12 баллах или меньше очень вероятно образование пролежней.

При 14 баллах или меньше имеется опасность образования пролежней.

При большем числе баллов опасность образования пролежней невелика.

Профилактику пролежней обязательно проводить при количестве баллов по шкале Нортон ≤ 12 баллов и желательно – при ≤ 14 баллов.

Проблемы диагностики:

Простой контактный дерматит, вызванный недержанием; пролежни

Шкалы	Увлажнение	Баллы				
		0	1	2	3	4
Шкала Braden	Увлажнение		Постоянное увлажнение :	Сильное увлажнение :	Увлажнение от случая к случаю :	Редкое увлажнение :
			Увлажнение каждый раз при перемещении или переворачивании пациента	Увлажнение часто, но не всегда. Бельё меняется как минимум один раз за смену.	Дополнительная смена белья раз в день.	Кожа обычно сухая
Шкала Waterlow	Недержание	Полный контроль / через катетер	Недержание мочи	Недержание кала	Недержание мочи и кала	
Шкала Norton	Недержание		Недержание мочи и кала	Обычно недержание мочи	Редко недержание мочи	Нет недержания мочи



**В России, врачи не проводят
дифференциальную
диагностику контактного
дерматита и пролежней 1-2
степени**

**Контактный дерматит
– МКБ 10 (L24.0-L24.9)**

**Пролежни – МКБ 10
(L89)**

Дифференциальная диагностика

1. Контактный дерматит



1. Пролежни 1-2 стадии



ВЫЗЫВАЕТ СЛОЖНОСТИ!!!!

Клиническая картина ДВН

1. Под ДВН понимается **воспаление кожи в перинеальной области**, при этом воспаление обусловлено многократным контактом с влажной средой и (или) агрессивными продуктами разложения кала и мочи.
2. **Перинеальной областью** (Regio perinealis) называют анатомический участок в области выхода таза, включающий половые органы (урогенитальная сфера), промежность (Perineum), а также задний проход (анальная область).



Дифференциально-диагностические признаки контактного дерматита, вызванного недержанием, и пролежней начальных стадий

Признак	Контактный дерматит	Пролежни I – II стадий
Гиперемия	Есть	Может быть
Бледность	Нет	Может быть
Отслойка эпидермиса	Нет	Может быть
Нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва)	Нет	Может быть
Везикулы или пузыри	Нет	Есть
Эрозии	Нет	Может быть
Воспалительная инфильтрация кожи	Есть	Есть
Шелушение	Может быть	Может быть
Трещины	Нет	Могут быть
Границы поражения	Расплывчатые	Четкие
Зуд и жжение	Есть	Может быть
Боль	Нет	Может быть

Важно для планирования сестринского ухода: отличия между ДВН и пролежнем 1-й степени

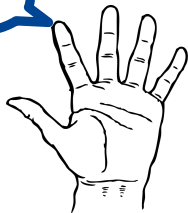
Простой контактный дерматит,
вызванный недержанием

Пролежень

Профилактика: поддержание
эпидермального барьера / уход за
кожей

Профилактика: устранение
сдавления

2



Алгоритм гигиенического ухода за пациентом - режим ухода за кожей у малоподвижных пациентов

- 1. 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 (убедительность доказательства С) (приложение Д). 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 (убедительность доказательства С).
- 2.** 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** (убедительность доказательства В).

Алгоритмы ухода за пациентом - уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного

1. 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. (приложение Д). Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями не используя изделия из махровой ткани, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам (убедительность доказательства С).**
2. **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 абсорбирующего белья проводится в соответствии с ГОСТ Р 55370. 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 [8]**

Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней

При недержании:

мочи – смена подгузников каждые 6 ч;

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

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

Рекомендуемый режим использования абсорбентов:

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

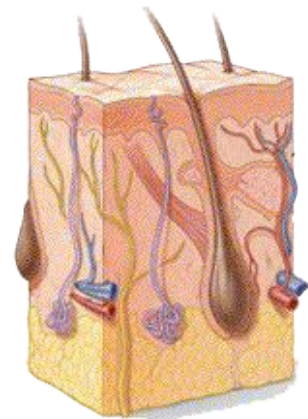
Поддержание и повышение толерантности ткани

Уход за кожей.

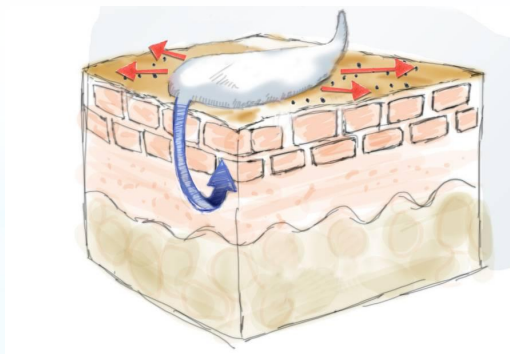
В целях профилактики следует избегать двух крайних состояний:

- чрезмерного иссушения кожных покровов и
- чрезмерного их увлажнения *

* Национальный ГОС Р 56819 -2015



Профессиональные средства для лечения и ухода



Комплексная трехэтапная система ухода за кожей
содержит три линии:

очищение, защита, увлажнение и питание.



Уход за кожей

В целях профилактики следует избегать двух крайних состояний:

- чрезмерного иссушения кожных покровов и
- чрезмерного их увлажнения



Насыщенный ингредиентный состав

укрепляет защитную функцию и способствует обновлению кожи



аминокислоты,
ненасыщенные жирные
кислоты, миндальное масло,
креатин



богатый источник
натуральных
жирных кислот

with creatine
and panthenol

с увлажняющим
пантенолом и
стимулирующим
креатином



3 линии MoliCare Skin отвечают на потребности кожи

Очищение

- Частое мытьё с водой и мылом нарушает защитную кислотную мантию кожи.
- **Моликар Скин** с pH нейтральными компонентами мягко очищает и сохраняет защитную кислотную мантию кожи.

Защита

- Зрелая кожа при недержании чувствительна к аммиаку и ферментам в выделениях и подвержена развитию ДВН и пролежней.
- **Моликар Скин** с питательным защитным комплексом Нутрискин защищает кожу от раздражения.

Увлажнение и питание

- Зрелая сухая и хрупкая кожа уязвима к проникновению болезнетворных агентов и нуждается в особом уходе.
- **Моликар Скин** восполняет потребность в увлажняющих эпидермальных липидах и поддерживает защитную кислотную мантию кожи.

MoliCare Skin (Моликер Скин). Линия «Очищение».



без воды
и мыла



дерматологически
протестировано



благоприятный
для кожи pH 5,5



MoliCare Skin (Моликар Скин). Линия «Защита».



Защитный
питательный
комплекс
Нутрискин



дерматологически
протестировано



благоприятный
для кожи pH 5,5



Эмульсии типа «вода в масле –
масло в воде» и «вода в масле»



MoliCare Skin (Моликар Скин). Линия «Увлажнение и питание».



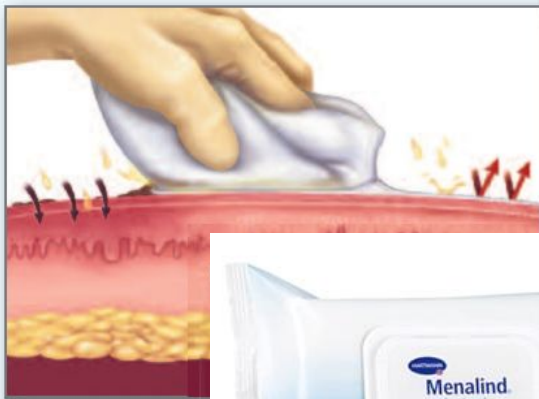
*Защитный дерматологически благоприятный Эмульсия типа
питательный протестировано для кожи pH 5,5 «вода в масле»
комплекс Нутрискин*





Не только ДВН вызывать раздражение кожи и дискомфорт, но она также является основным фактором риска для образования пролежней.

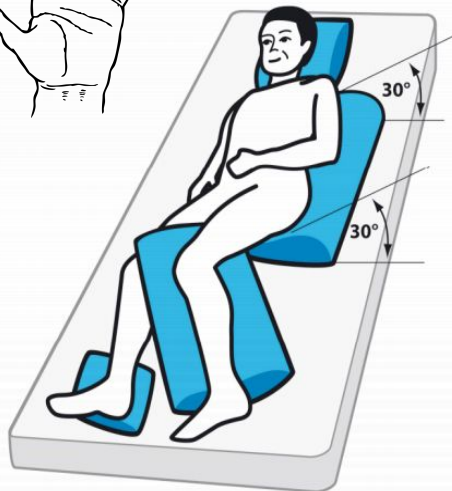
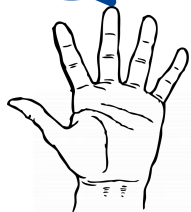
Используя емкости (тазики) для очистки пациентов после эпизода недержания ставит их под угрозу внутрибольничной инфекции. Отбор проб в такой ванночке доказал, что ванночка является резервуаром для бактерий, включая *S. aureus* и с множественной лекарственной устойчивостью организмов (представители группы мультирезистентных возбудителей) метициллин-резистентный золотистый стафилококк (mrsa) и ванкомицин-резистентный энтерококк (ВРЭ).



3

Обеспечение подвижности

APUPA – Rakúska Spoločnosť pre Prevenciu Tlakovým ranám, Preklad 2013



на боку в 30°



Положение на боку 30°



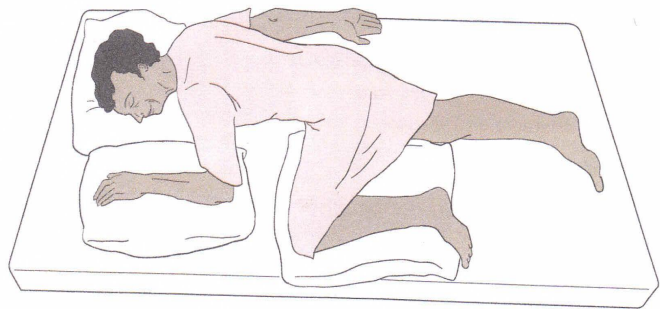
Положение на боку 60°



Положение на животе



на боку в 60°



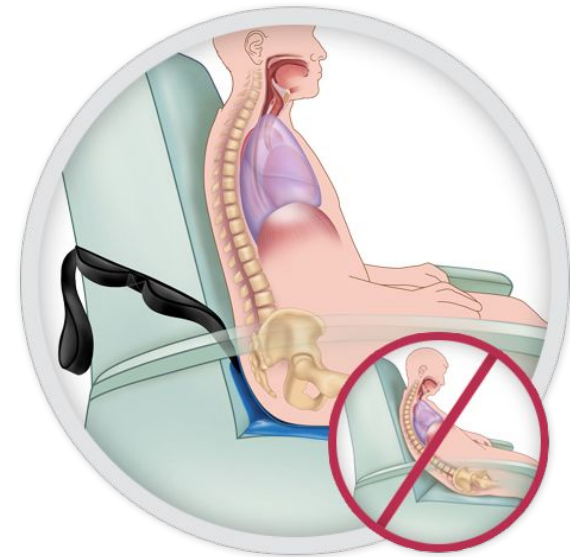
положение Симса.

Положение пациентов на боку в 90°
НЕДОПУСТИМО

Обеспечение подвижности



Положение «сидя»



Рекомендации NPUAP:

- как можно чаще проводить смену положения, чтобы уменьшить количество времени, когда пациенты подвергаются давлению, для того, чтобы минимизировать риск возникновения пролежней.
- перераспределяя давление с помощью устройств, можно помочь снизить риск развития пролежней для сидящего пациента.



«Тест пальцем»

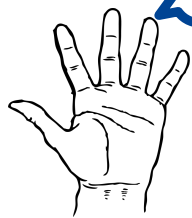


Немецкий национальный Стандарт рекомендует в качестве критерия для планируемых временных интервалов так называемый **«тест пальцем»**:

достаточно простого нажатия пальцем на опасное место, чтобы определить нарушена ли циркуляция. Не проходящее после нажатия покраснение, особенно в положении на боку в области костных выступов, указывает на нарушение оттока крови. Она показывает, что циркуляция в венах нарушена и лимфатическая зона, возможно уже повреждена, что при невнимательности может привести к повреждению тканей.

4

Абсорбенты - вторая линия продукции выбора при недержании



дерматологическое тестирование



Нейтрализация запаха



Мягкий, пропускающий воздух материал



Трёхслойная впитывающая подушка с защитными бортиками



Дружественный коже pH, антибактериальный эффект



Доказанный в РФ антибактериальный эффект закрученной целлюлозы

- ✓ На основании проведённого в России исследования выявлено, что использование целлюлозы специальных видов, таких, как закрученная целлюлоза, в составе подгузника может содействовать нормализации окружающей среды кожи.
- ✓ Результаты проведённого в РФ в 2012-2013 гг. исследования показывают, что закрученная целлюлоза существенно снижает рост микроорганизмов, минимизируя воздействие на кожу патогенных бактерий в высоких концентрациях с поверхностных частей подгузника.
- ✓ Наряду с созданием кислой среды функционирование эпидермального барьера поддерживается использованием специальных типов биополимеров, входящих в состав подгузника.

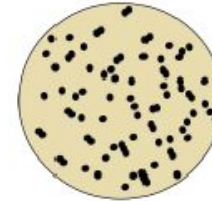
*"Биологически активные материалы в составе подгузника: специальный тип целлюлозы с кислой реакцией ингибирует рост патогенных бактерий". Проф. Ханс Смола, Л. Серажутдинова, Н. Исаева, Е. Колесникова, Й. Эйлерс, А. Эберт, Р. Кесельмайер, А.Фарафонова, исследовательская лаборатория ФБУ «Тест-Институт С.-Петербург», 2013

Профилактика ДВН с помощью антимикробного действия закрученной целлюлозы. Этапы и выводы исследования.



Бактерии
 $\sim 10^3$ (КОЕ)

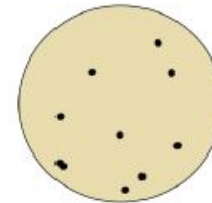
Бактерии
 $\sim 10^3$ (КОЕ)



Подсчёт
(КОЕ)

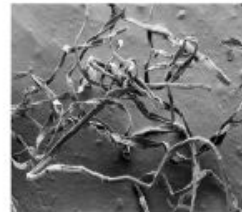


+



Подсчёт
(КОЕ)

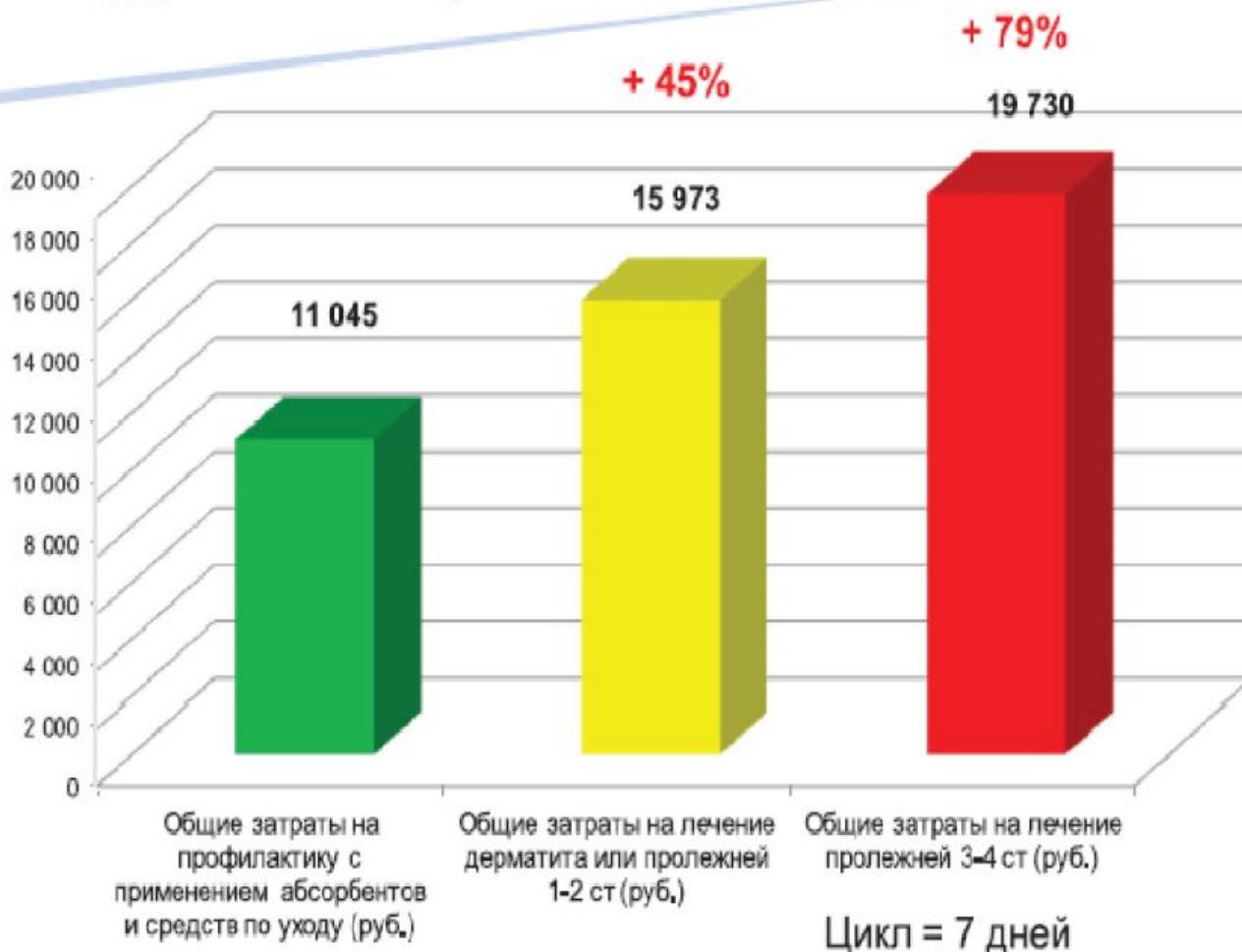
Закрученная
целлюлоза



✓ Результаты проведённого в РФ в 2012-2013 гг. исследования показывают, что закрученная целлюлоза существенно снижает рост микроорганизмов, минимизирует воздействие на кожу патогенных бактерий в высоких концентрациях с поверхностных частей подгузника и нормализует состояние **КОЖИ***.

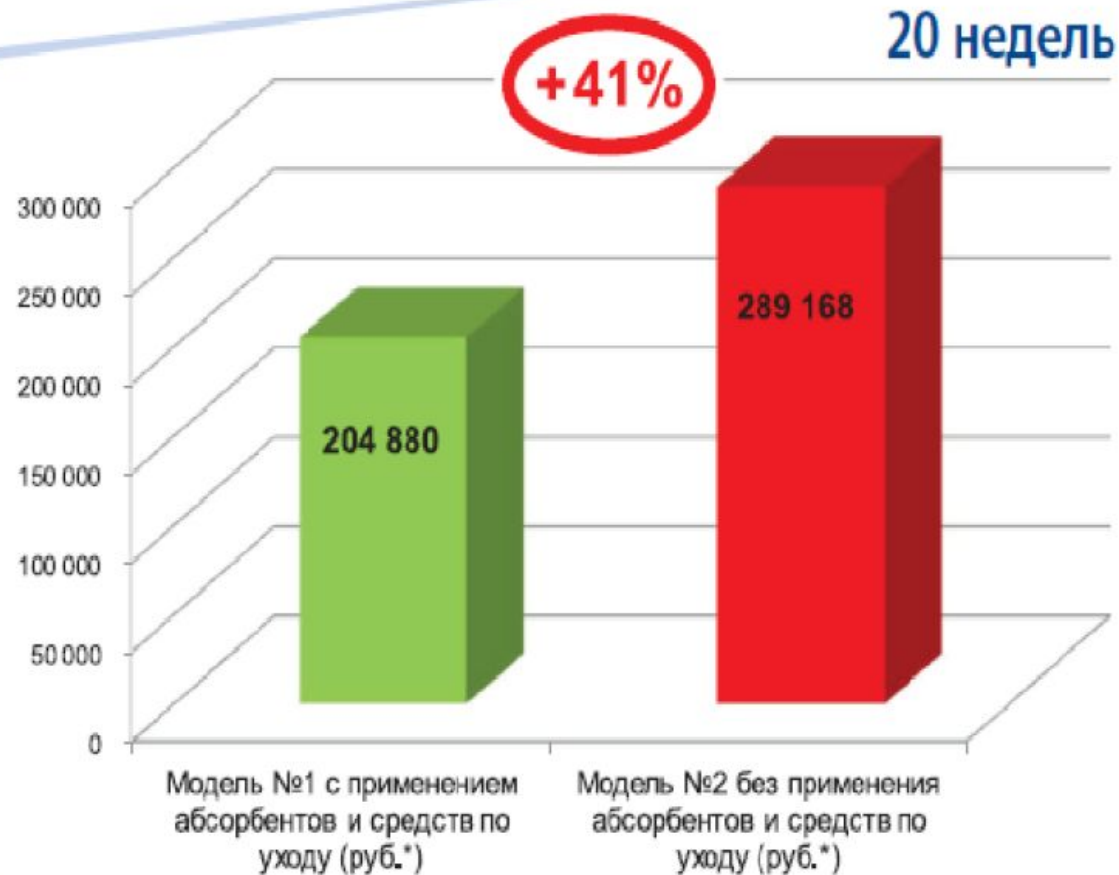
*Х.Смола, Л. Серажутдинова, Н. Исаева, Е. Колесникова, Й. Эйлерс, А. Эберт, Р. Кесельмайер, А.Фарафонова «Здоровье кожи и недержание мочи». Заместитель главного врача №4 2014.

Эффективнее и дешевле осуществлять профилактику контактного дерматита и пролежней с применением абсорбентов и средств по уходу за кожей, чем лечить дерматит или пролежни*



*Пролежни. Экономика и профилактика. Под ред. Проф. Воробьева П.А., к.м.н. Красновой Л.С. Ньюдиамед Москва-2012.

Тактика ведения пациентов с риском развития пролежней дешевле с применением подгузников и средств ухода за кожей, чем без их применения



Затраты ЛПО на профилактику и лечение контактного дерматита и пролежней у 1 неподвижного больного с недержанием мочи на **41% выше** без применения абсорбентов и средств ухода за кожей, чем с их применением**.

*Оптовые цены ЛПУ

**Пролежни. Экономика и профилактика. Под ред. Проф. Воробьева П.А., к.м.н. Красновой Л.С. Ньюдиамед, Москва-2012.

Питание



Пролежневая рана у пациентов сопровождается потерей многих строительных веществ, которую всё сложнее компенсировать обычным приёмом пищи. Это ускоряет развитие **кахексии** (патологической потери веса) или отягощает уже имеющуюся в наличии кахексию. У пациента преобладают катаболические процессы обмена веществ, т.е. связанные с распадом веществ и повреждением мышечной ткани, вследствие чего синтез белков, крайне необходимых в большом объёме для заживления раны, на всех этапах замедляется.



Нормальное заживление раны в таких условиях невозможно.

Ведение документации для персонала, осуществляющего сестринский уход

Prepoznávací číslo: DEK-0017-JM - Dekubitus

Datum zahájení hospitalizace - přijetí (dd.mm.rrrr)

Datum zjištění dekubitu (dd.mm.rrrr)

Den od počátku hospitalizace

Souvislost s operačním výkonem

Riziko vzniku dekubitu při zjištění

Metodika hodnocení rizika vzniku dekubitu dle Nortonové

Detailní sledování parametrů skóre rizika provedeno Ano

Schopnost spolupráce - motivace a ochota ke spolupráci Omezená/částečná

Věk 30 - 50 let

Stav kůže - pokožky Středně změny (Vlhká)

Přidružená/souběžná onemocnění Těžká forma (Trombóza, onemocnění tepen, nádory)

Fyzický (somatický) stav Spatný

Psychický (duševní) stav/vykonal Zmatený

Aktivita Ležící

Pohyblivost Velmi omezená

Inkontinence Převážně moč

Riziko dekubitů dle Nortonové 10-14 bodů: vysoké riziko

Prevence před zjištěním dekubitu

Matrace

Polohování

Lékařní prevence

Péče (sekundární prevence) po zjištění dekubitu

Matrace

Polohování

Terapie po zjištění dekubitu

Standardní převazy chronické rány

Materiály vlhkého hojení - (polymer) - krémy), spray - filmové krycí - amorfní, stolčné, silikonová krycí



Вся документация по уходу должна являться безукоризненным доказательством того, что риск пролежней был выявлен, были спланированы и проведены профилактические меры, а также осуществлялся регулярный контроль подвергающихся риску участков кожи как «контрольный результат»

Целесообразно в стационарной карте больного вклеивать или ввести в автоматизированной системе лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней, рекомендуется вменить данную процедуру в обязанности медицинских сестер, осуществляющих уход за больным.

Лист ежедневной сестринской оценки риска развития и стадии пролежней.

* ГОСТ Р 56819—2015

НАДЛЕЖАЩАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ПРАКТИКА ИНФОЛОГИЧЕСКАЯ МОДЕЛЬ ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

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

Инструкция

Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале (в данном примере Ватерлоу).

Сумма баллов _____

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

Пролежни: есть, нет (нужное подчеркнуть)

Стадия: I; II; III; IV(нужное подчеркнуть)


Согласовано с врачом _____

(подпись врача)

(Ф И О. врача полностью)



СОП пролежни.

ГБУЗ Архангельской области «Архангельская клиническая психиатрическая больница»		СТАНДАРТНАЯ ОПЕРАЦИОННАЯ ПРОЦЕДУРА	НОМЕР: СОП ВС – 02 – 2018
			ЛИСТ: 1 ВСЕГО:
НАЗВАНИЕ: Организация ухода за лежачими и ослабленными пациентами. Профилактика пролежней.			ПОДРАЗДЕЛЕНИЕ: Отделения больницы
ДЕЙСТВУЕТ С: <i>«26» 02 2018 г.</i>	ЗАМЕНЯЕТ: Вводится впервые	ПРИЧИНА ПЕРЕСМОТРА:	ДАТА СЛЕДУЮЩЕГО ПЕРЕСМОТРА:
СОСТАВИТЕЛИ: Заместитель главного врача по работе сестринским персоналом О.А. Гузенко Старшая медсестра Е.А. Бурбело		УТВЕРДИЛ: Главный врач В.А. Амосов <i>«26» февраля 2018 г.</i>	
<p>Цель:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Оценка риска пролежней у пациентов • Определение плана ухода за пациентами с риском возникновения пролежней • Определение условий в МО для профилактики пролежней пациентов • Повышение качества медицинской помощи <p><i>Неадекватные противопротлежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых и косвенных медицинских и немедицинских затрат, связанных с последующим лечением больного из-за образовавшихся пролежней и их инфекции.</i></p> <p>Область применения Где: лечебные отделения медицинской организации Когда: постоянно Основная часть СОП</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Оценка степени риска возникновения пролежней 2. Дифференциации пролежней и контактного дерматита 3. Оценка по шкале факторов риска Меддалей 4. Планирование ухода 5. Регистрация пролежней 6. Идентификация пациентов с пролежнями 			



«Инновации не зависят от того, какими средствами вы располагаете.... Инновации определяются не деньгами, а теми людьми, с которыми вы работаете, тем, как вы руководите и какой вклад вносите в свое дело».

Стив Джобс

Спасибо!

Ваши вопросы?



Создавая
здоровое будущее