

	СМК	Стандартная операционная процедура	Издание №1 Страница 1 из 9
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	

УТВЕРЖДАЮ  
 Главный врач  
 ОГУЗ «МО»  
 \_\_\_\_\_ ФИО  
 «\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2021 г.

Документ	Должность	Фамилия И.О.	Подпись	Дата
Разработан	Главная медицинская сестра			
		.		
Согласован	Заместитель главного врача по медицинской части	.		
	Уполномоченный по контролю качества			

**Область применения:** отделения круглосуточного стационара, палаты АРО, отделение паллиативной помощи

**Показания к проведению:**

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

**Участники процесса:**

Ответственным лицом за проведение манипуляции в соответствии с требованиями СОП является медицинская сестра отделения. Контроль над соблюдением СОП осуществляет старшая медицинская сестра структурного подразделения.

**Нормативные ссылки:**

- СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней» (постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 28.01.2021 г. № 2)
- СанПиН 2.1.3684-21 «Санитарно-эпидемиологические требования к содержанию территорий городских и сельских поселений, к водным объектам, питьевой воде и питьевому водоснабжению населения, атмосферному воздуху, почвам, жилым помещениям, эксплуатации производственных, общественных помещений, организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий»

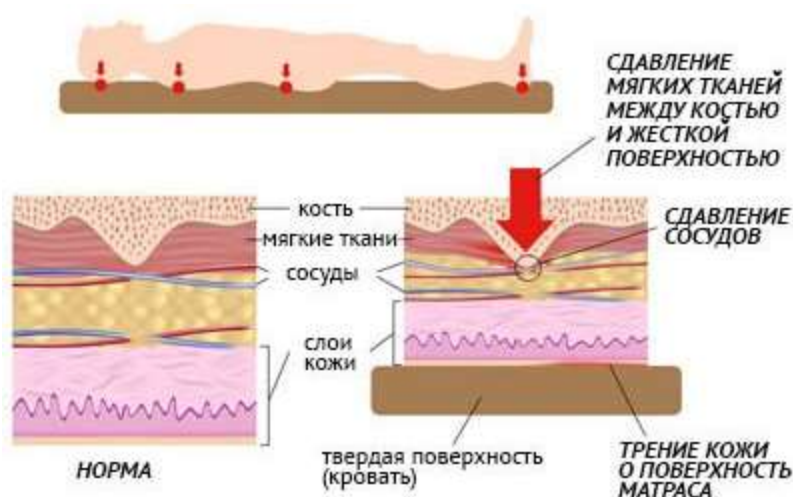
	СМК	Стандартная операционная процедура	
		Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение	Издание №1
			Страница 2 из 9

- ГОСТ Р 56819-2015 «Надлежащая медицинская практика. Информационная модель. Профилактика пролежней»
- ГОСТ Р 52623.3-2015 «Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода»

### Определение:

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

*Потенциальными местами* образования пролежней могут быть все места над костными выступами на теле, которые сдавливаются при лежании или сидении. В этих местах слабее всего выражена подкожно-жировая клетчатка, давление костных выступов выражено сильнее всего. Если больной лежит на спине - этими местами являются крестец, пятки, седалищные бугры, локти, лопатки, затылок. Если на боку - на бедре сбоку (область большого вертела), по бокам лодыжек и коленей. Если пациент лежит на животе - область лобка и скулы.



### Механизм образования пролежней

Выделяют 4 стадии пролежней, каждая из которых развивается в связи с динамическим прогрессом предыдущего этапа болезни. Все 4 стадии отмирания клеток кожного покрова можно лечить. В зависимости от степени повреждения назначаются соответствующие меры проведения медикаментозного или хирургического лечения.

### Стадии пролежней:

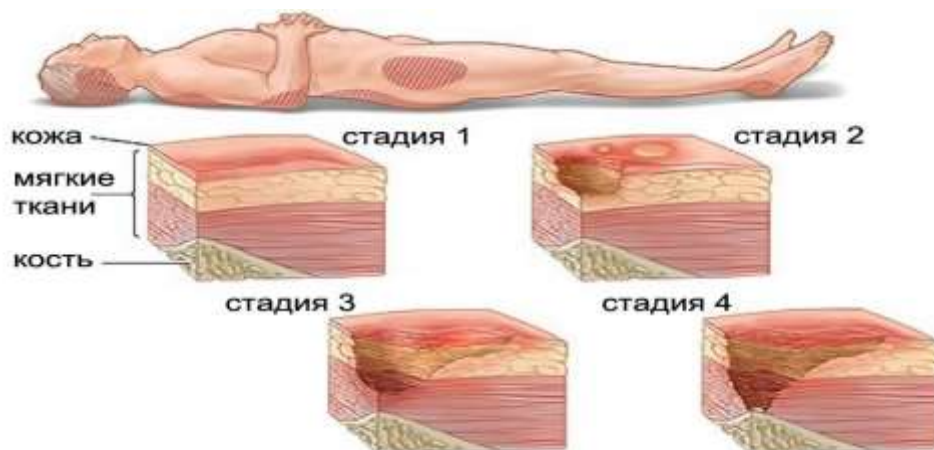
1 стадия: Устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

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.

	СМК	Стандартная операционная процедура	
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	Издание №1
			Страница 3 из 9

4 стадия: Поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и или костные образования.



### Алгоритм выполнения процедуры:

#### 1. Оценка степени риска развития пролежней

1. Представиться, идентифицировать пациента по медицинским документам (спросить ФИО полностью, дату рождения, сверить данные с идентификационным браслетом)
2. Объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
3. Приготовить: антисептический раствор, перчатки нестерильные.
4. Обработать руки гигиеническим способом, надеть перчатки.
5. Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по **Шкале оценки риска возникновения пролежней (Norton)** (Приложение 1).
6. Сообщить пациенту результат обследования.
7. Уточнить у пациента его самочувствие.
8. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медсестра должна получить их у родственников пациента, а также воспользоваться медицинской документацией.

#### 2. Оценка степени тяжести пролежней

1. Представиться, идентифицировать пациента по медицинским документам (спросить ФИО полностью, дату рождения, сверить данные с идентификационным браслетом).
2. Объяснить ход и цель процедуры. Убедиться в наличии у пациента добровольного информированного согласия на предстоящую процедуру. В случае отсутствия такового уточнить дальнейшие действия у врача.
3. Отрегулировать высоту кровати.

	<b>СМК</b>	<b>Стандартная операционная процедура</b>	
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	Издание №1
			Страница 4 из 9

4. Приготовить: антисептический раствор (обработка рук) стерильные марлевые салфетки, источник дополнительного освещения, перчатки стерильные.
5. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
6. Надеть перчатки.
7. Помочь пациенту лечь на живот или на бок.
8. Осмотреть места образования пролежней. В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются.  
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.
9. Оценить: локализацию, окраску кожных покровов, наличие запаха и боли, глубину и размер поражения, наличие и характер отделяемой жидкости, отечность краев раны, наличие полости, в которой могут быть сухожилия и или костные образования.
10. При необходимости применять стерильные инструменты, салфетки, перчатки.
11. Сообщить пациенту результат исследования.
12. Подвергнуть к утилизации использованный материал и перчатки. «Класс Б»
13. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
14. Уточнить у пациента его самочувствие.
15. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации.

### 3. Обработка пролежней

#### Оснащение (ресурсы):

- 1) стерильные: лоток, салфетки, перевязочный материал, пинцеты;
- 2) 0,5%-й водный раствор хлоргексидина биглюконата;
- 3) антисептические мази;
- 4) противолежневые адгезивные повязки,
- 5) чистое нательное и постельное белье;
- 6) противолежневые матрасы или поролоновые круги;
- 7) антисептическое мыло и кожный антисептик для обработки рук;
- 8) нестерильные перчатки (для снятия предыдущих повязок, смены белья), стерильные перчатки для проведения непосредственно обработки;
- 9) ёмкости для медицинских отходов класса «Б», отходов класса «А».

#### Основная часть процедуры:

1. Представить себя пациенту или ухаживающему лицу
2. Провести идентификацию пациента.
3. Объяснить цель и ход процедуры.

	<b>СМК</b>	<b>Стандартная операционная процедура</b>	
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	Издание №1
			Страница <b>5</b> из <b>9</b>

4. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки.
5. Осмотреть пораженный участок кожи пациента.
6. Обработать пролежни (если промокающие) 0,5% раствором хлоргексидина с помощью стерильных салфеток и пинцета, дать подсохнуть.
7. Наложить стерильную повязку с антисептическими мазями (например, Бетадин, Д-пантенол Новатенол, Левомеколь) по назначению врача.
8. В труднодоступных местах и областях, подвергающихся трению между кожей и простыней, использовать противопролежневые адгезивные повязки.
9. Подложить валик или круг, менять положение пациента каждые 2 часа.
10. Все использованные материалы утилизировать по классам.
11. Провести гигиеническую обработку рук.
12. Заполнить медицинскую документацию (Рис.1)

**Рис.1 Форма документирования мероприятий по обработке пролежней**

**Профилактика пролежней**

**Дата:**

Мероприятия		08:00	10:00	12:00	14:00	16:00	18:00	20:00	22:00	24:00	02:00	04:00	06:00
<b>Позиция</b>	На спине												
	30° на правую сторону												
	30° на левую сторону												
Уход за кожей													
Уход кремом													
Контроль за повреждением и протертостью кожи													
Защита пятки													
Контроль за влажностью кожи													
Контроль за кровообращением													
ЛФК													

**Примечания:**

- 1) Длительное использование марлевых повязок в качестве лечения пролежней нежелательно, так как в этом случае резко ограничивается доступ кислорода к ране. Давление бинта снижает кровоток, в результате чего заживление пролежня резко замедляется.
- 2) Если кожа слегка покраснела или побелела, вы замечаете признаки ее сдавливания, но признаки нагноения и инфекции отсутствуют, самое время проводить обработку кожи и активную профилактику пролежней, для предотвращения дальнейшего их углубления.
- 3) Необходимо следить за состоянием нательного и постельного белья (своевременно устранять неровности, складки, удалять крошки с постели пациента);

	СМК	Стандартная операционная процедура	
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	Издание №1
			Страница 6 из 9

- 4) Необходимо обеспечить полноценное питание и личную гигиену пациента;
- 5) Следует содержать кожу в чистоте и снижать повышенную влажность кожи.

### **Профилактические мероприятия:**

1. Размещение пациента на функциональной кровати.
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 матраса зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещаются поролоновые подушки, толщиной 10 см.
4. Под стопы помещаются поролоновые прокладки, толщиной не менее 3 см.
5. Постельное бельё – хлопчатобумажное. Одежда – легкое.
6. Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и подушки из поролона.
7. Изменение положения тела осуществлять каждые 2 часа, в том числе в ночное время, по графику: низкое положение Фаулера (должно совпадать со временем приема пищи), положение «на боку», положение Симса, положение «на животе» (по согласованию с врачом).
8. Перемещение пациента осуществлять бережно, исключая трение и сдвиг тканей, приподнимая его над постелью, или используя подкладную простыню.
9. Массаж всего тела, в том числе около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу.
10. Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, использовать жидкое мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями.
11. Использовать непромокаемые пеленки и памперсы, уменьшающие чрезмерную влажность.
12. Не допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении – подсушивать, используя присыпки без талька, при сухости – увлажнять кремом.
13. При каждом перемещении – осматривать участки риска.
14. Постоянно поддерживать комфортное состояние постели: стряхивать крошки, расправлять складки.
15. Максимально расширять активность пациента: обучать его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры, поворачиваться, подтягиваться, используя поручни кровати, обучить пациента дыхательным упражнениям и поощрять его старания.
16. Результаты осмотра – записывать в листе регистрации противопролежневых мероприятий.

- **Приложение 1 и Приложение 2 должны в распечатанном виде располагаться на сестринских постах в отделениях.**

	СМК	Стандартная операционная процедура	
		Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение	Издание №1
			Страница 7 из 9

## Оценка риска возникновения пролежней

**1** Не менее 1 раза в день оценивайте состояние зон риска по шкале Norton.

**2** Результат оценки фиксируйте в документации пациента.

### Шкала оценки риска возникновения пролежней (Norton)

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

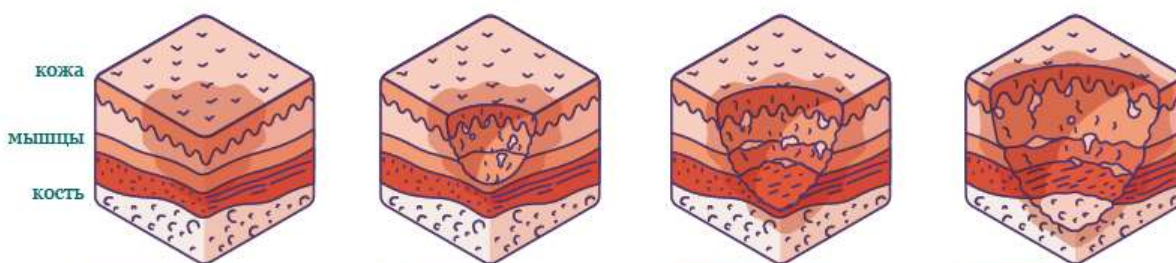
#### Степень риска (подсчет баллов)



**0–12**  
Высокий риск

**12–14** Умеренный риск  
**14 и >** Риск отсутствует

### Степени развития пролежней



**I степень**

Видимое покраснение кожи, которое не проходит после прекращения давления; область мягкая при прикосновении.

**II степень**

Появление пузырей, потертостей, неглубоких ран/язв.

**III степень**

Глубокое повреждение: некроз с вовлечением мышечной ткани и жидкими выделениями из раны.

**IV степень**

Некроз всех мягких тканей с образованием полости с видимыми костными повреждениями и повреждениями сухожилий.



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






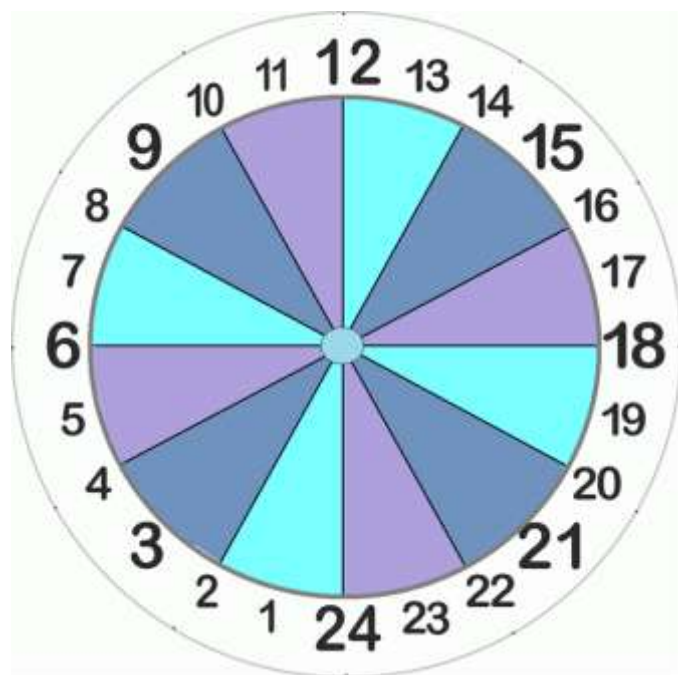
**Важно!**  
При выявлении пролежней II–IV степеней привлеките квалифицированного специалиста для оценки необходимости хирургического вмешательства.

	СМК	Стандартная операционная процедура	
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	Издание №1
			Страница 8 из 9

## Приложение 2

Смену положения тела пациента проводить согласно цветовой кодировке:

		Положение Фаулера
		Положение «на боку»
		Положение Симса



Положение Фаулера



Положение «на боку»



Положение «на животе»



Положение Симса



### Важно



При каждом изменении положения осматривайте зоны риска возникновения пролежней.



Следите за тем, чтобы в положении «на боку» больной не лежал на большом вертеле.



Перемещайте больного бережно, чтобы исключить повреждение тканей.



Применяйте вспомогательные средства: валики, подушки для беременных, держатели для стоп, специальные поддерживающие гелевые подушечки.



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



Пролежень может возникнуть всего за 2–3 часа, проведенных без движения!



	СМК	Стандартная операционная процедура	Издание №1 Страница 9 из 9
		<i>Алгоритм оценки риска пролежней, меры профилактики и лечение</i>	

**Ознакомлены:**

ФИО	Должность	Подпись

УПК – инициатор отмены СОП	Дата поступления служебной записки об отмене СОП	Обоснование отмены СОП	Дата отмены	Подпись руководителя отдела ВКК и БМД