

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«КРАСНОДАРСКИЙ КРАЕВОЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КРАСНОДАРСКОГО КРАЯ



**Методическая разработка
внеаудиторного занятия
студенческий «Мастер – класс»**

«ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ»

для студентов специальности
«Сестринское дело»



Составители:

Хатеева И.В.
Ковалева М.А.

СОДЕРЖАНИЕ

1	Пояснительная записка	3
2	Выписка из ФГОС СПО по специальности «Сестринское дело».....	4
3	Выписка из рабочей программы профессионального модуля ПМ.04.Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра»	6
	Цели занятия	7
	Оснащение занятия	8
	Ход проведения занятия	9
	Приложения	10

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Методическая разработка внеаудиторного занятия «Студенческий мастер – класс «Профилактика пролежней» составлена для проведения открытого внеаудиторного занятия по профессиональному модулю ПМ.04. Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра» МДК.04.03 «Технология оказания медицинских услуг» для специальности «Сестринское дело».

Внеаудиторное открытое занятие проводится в рамках открытой предметной недели ЦК «Сестринское дело».

Методической целью внеаудиторного занятия является демонстрация эффективности использования информационно-коммуникационных, проблемно-ситуационных и симуляционных технологий при организации самостоятельной работы студентов по профессиональному модулю.

Образовательной целью занятия является демонстрация методов ухода за тяжелобольным и неподвижным пациентом с целью профилактики пролежней. В основу подготовки внеаудиторного занятия входит изучение учебного материала и отработка манипуляций практических занятий по темам «Личная гигиена пациента: технология ухода за кожей пациента и профилактика пролежней», «Личная гигиена пациента: уход за волосами и слизистыми пациента. Интимная гигиена», «Технология ухода за тяжелобольным и неподвижным пациентом».

В структурном отношении методическая разработка включает в себя цели и задачи, организационную структуру, этапы проведения, алгоритмы манипуляций, доклады с мультимедийным сопровождением.

Методическая разработка не претендует на исчерпывающее изложение вопросов сестринской практики, однако, в достаточной степени охватывает темы по работе постовой, палатной медицинских сестер и может оказать существенную методическую и практическую помощь преподавателям и студентам при подготовке и проведении занятий по ПМ.04. Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра» МДК.04.03 «Технология оказания медицинских услуг», так как формирует устойчивую положительную мотивацию студентов к усвоению учебного материала, приобретению практического опыта и умений, активизирует познавательную активность студентов и стимулирует самостоятельную внеаудиторную работу.

ВЫПИСКА
из федерального государственного образовательного стандарта
среднего профессионального образования
по специальности 34.02.01. Сестринское дело
Требования к результатам освоения
программы подготовки специалистов среднего звена

ПК 1.1. Проводить мероприятия по сохранению и укреплению здоровья населения, пациента и его окружения.

ПК 1.2. Проводить санитарно-гигиеническое воспитание населения.

ПК 1.3. Участвовать в проведении профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний.

ПК 2.1. Представлять информацию в понятном для пациента виде, объяснять ему суть вмешательств.

ПК 2.2. Осуществлять лечебно-диагностические вмешательства, взаимодействуя с участниками лечебного процесса.

ПК 2.3. Сотрудничать с взаимодействующими организациями и службами.

ПК 2.4. Применять медикаментозные средства в соответствии с правилами их использования.

ПК 2.5. Соблюдать правила использования аппаратуры, оборудования и изделий медицинского назначения в ходе лечебно-диагностического процесса.

ПК 2.6. Вести утвержденную медицинскую документацию.

ПК 2.7. Осуществлять реабилитационные мероприятия.

ПК 2.8. Оказывать паллиативную помощь.

ПК 3.1. Оказывать доврачебную помощь при неотложных состояниях и травмах.

ПК 3.2. Участвовать в оказании медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях.

ПК 3.3. Взаимодействовать с членами профессиональной бригады и добровольными помощниками в условиях чрезвычайных ситуаций.

ОК 1. Понимать сущность и социальную значимость своей будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.

ОК 2. Организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их выполнение и качество.

ОК 3. Принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность.

ОК 4. Осуществлять поиск и использование информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и

личностного развития.

ОК 5. Использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности.

ОК 6. Работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, потребителями.

ОК 7. Брать на себя ответственность за работу членов команды (подчиненных), за результат выполнения заданий.

ОК 8. Самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, осознанно планировать и осуществлять повышение квалификации.

ОК 9. Ориентироваться в условиях смены технологий в профессиональной деятельности.

ОК 10. Бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия.

ОК 11. Быть готовым брать на себя нравственные обязательства по отношению к природе, обществу и человеку.

ОК 12. Организовывать рабочее место с соблюдением требований охраны труда, производственной санитарии, инфекционной и противопожарной безопасности.

ОК 13. Вести здоровый образ жизни, заниматься физической культурой и спортом для укрепления здоровья, достижения жизненных и профессиональных целей.

ВЫПИСКА

из рабочей программы профессионального модуля

ПМ. 04. «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра»

Профессиональный модуль ПМ.04 «Выполнение работ по профессии младшая медицинская сестра» изучается на 1 курсе с учетом знаний и умений, сформированных на базе дисциплин общепрофессионального модуля: основы латинского языка с медицинской терминологией, анатомия и физиология, здоровый человек и его окружение, генетика человека с основами медицинской генетики, гигиена и экология человека, основы микробиологии и иммунологии, фармакология и психология.

Программа профессионального модуля ПМ.04 «Выполнение работ по профессии медицинская сестра» состоит из 3 междисциплинарных курсов (МДК):

- ✓ МДК 04.01 «Теория и практика сестринского дела»
- ✓ МДК 04.02 «Безопасная среда для пациента и персонала»
- ✓ МДК 04.03 «Технология оказания медицинских услуг»

Тема практического занятия: *«Технология ухода за кожей пациента. Профилактика пролежней»*

Содержание учебного материала:

1. Значение личной гигиены пациента.
2. Бельевой режим стационара; требования к постельному белью; приготовление постели.
3. Смена нательного и постельного белья у тяжелобольных. Правила сборки и транспортировки грязного белья.
4. Проведение гигиенической обработки кожи пациента (ванна, обтирание).
5. Изучение мероприятий по профилактике развития пролежней.
6. Средства, применяемые для ухода за кожей.
7. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение образования пролежней.
8. Стадии процесса образования пролежня.
9. Возможные проблемы пациента при образовании пролежней и пути их решения.
10. Обучение родственников пациента мероприятиям по профилактике пролежней.

Вид занятия: внеаудиторное.

Количество присутствующих: 12 человек.

Место проведения: ГБПОУ «Краснодарский краевой базовый медицинский колледж».

Продолжительность: 60 мин.

Цели занятия:

• **Методические:**

- продемонстрировать эффективность использования информационно-коммуникационных, проблемно-ситуационных и симуляционных технологий при организации самостоятельной работы студентов по профессиональному модулю ПМ.04. Выполнение работ по профессии «Младшая медицинская сестра»;

• **Образовательные:**

- Продолжить формирование профессиональных компетенций будущей медицинской сестры;
- углубить, расширить и систематизировать знания по изучаемым темам;
- продолжить формирование ранее полученных умений по выполнению манипуляций.
- научить студентов оценивать возможные осложнения при осуществлении гигиенического ухода за тяжелобольным пациентом.
- изучить профилактические аспекты возможных осложнений.

• **Развивающие:**

- содействовать развитию клинического и логического мышления развивать аккуратность, четкость и внимание при выполнении манипуляций;
- активизировать творческие способности студентов.

• **Воспитательные:**

- способствовать формированию гармонично развитой личности;
- воспитывать у студентов чувство долга и ответственного отношения к своим профессиональным обязанностям, аккуратность, терпение и такт при общении с пациентами различных возрастных групп и их родственниками, милосердие и сострадание.

ОСНАЩЕНИЕ ЗАНЯТИЯ

Оснащение:

- компьютер,
- мультимедийное оборудование,
- функциональная кровать,
- постельные принадлежности - 2 комплекта,
- подузник – 2 шт,
- пижама – 2 комплекта;
- эргономическое оборудование (скользящая простыня Макси-слайд, удерживающий пояс),
- набор средств по уходу за кожными покровами и слизистыми,
- набор впитывающих одноразовых пеленок,
- набор емкостей для дезинфекции отработанных изделий медицинского назначения, мусорные контейнеры по цветам классификации отходов,
- кожный антисептик, мыло, одноразовые полотенца.

Методическое оснащение:

1. Методическая разработка внеаудиторного мероприятия
2. Доклады студентов
3. Мультимедийные презентации докладов в программе Power Point



ХОД ПРОВЕДЕНИЯ ЗАНЯТИЯ

1. Вступительное слово преподавателя.

2. Студенческий мастер-класс:

- доклад с мультимедийным сопровождением: «Пролежни – плохое качество ухода»;
- доклад с мультимедийным сопровождением: «Определение степени риска развития пролежней»;
- демонстрация проведения консультирования родственников пациента о риске развития пролежней;
- доклад с мультимедийным сопровождением: «Современные средства профилактики пролежней»;
- демонстрация манипуляций по уходу за пациентом:
 - ✓ Технология ухода за кожными покровами;
 - ✓ Технология смены нательного и постельного белья;
 - ✓ Технология перемещения пациента в постели;
- доклад с мультимедийным сопровождением: «Негативные технологии для профилактики и лечения пролежней»;
- демонстрация манипуляции: «Консультирование пациента и его родственников по профилактике пролежней».

3. Блиц – опрос.

4. . Заключительное слово преподавателя.

1. Вступительное слово преподавателя



«...Правильный, гигиенический уход всегда имеет несомненное положительное влияние на продолжительность и течение болезни».

Ф. Найтингейл «Записки об уходе»

Профессиональный уход за тяжелобольным пациентом – это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке.

Искусство ухода и заключается в том, чтобы ухаживать не за пациентом с каким либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Не только пациенты отличаются друг от друга, но и ситуации в которых они оказываются. Создание благоприятных условий для пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту, являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

За многовековую практику ухода за больными людьми, профессионалы сестринского дела пришли к пониманию того, что люди чувствуют себя лучше и восстанавливают свои силы намного быстрее, когда поощряется их желание самоухода. Если пациент имеет возможность и поддержку делать то, что он может делать, участвовать в планировании ухода, получать объяснения, то он лучше воспринимает уход, у него улучшается настроение, качество жизни, он чувствует себя личностью, а не объектом, чей-то деятельности.

Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены и при выделении продуктов жизнедеятельности. В этой части ухода руки сестры становятся руками пациента. Принимая решение, касающиеся человека, за которым вы ухаживаете, задайте себе следующие вопросы: В безопасности ли этот человек? Соблюдаю ли я его право на конфиденциальность?

- С уважением ли отношусь к нему?
- Есть ли у пациента желание поговорить?
- Нужно ли мне ему, чтонибудь сказать?
- Каким образом можно поощрить его независимость?
- Что я могу предпринять, чтобы предупредить распространение микроорганизмов?

Ответы на эти вопросы и являются основными принципами ухода за пациентом.

Сегодняшний студенческий мастер –класс посвящен одной из наиболее актуальных проблем ухода за тяжелобольными пациентами – профилактике пролежней

Приложение 2

«ПРОЛЕЖНИ – ПЛОХОЕ КАЧЕСТВО УХОДА»

*«Нечистоплотность может иметь самые губительные последствия для больного, она равносильна медленному яду»
Ф. Найтингейл «Записки об уходе»*



Пролежень (d e s u b i t u s) – это язвенонекротическое поражение тканей в результате длительного сдавления или смещения тканей относительно друг друга.

Пролежни образуются обычно у тяжелых, ослабленных пациентов в положении на спине (крестец, область лопаток, локтей, пяток, затылка). В положении на боку пролежни могут образовываться в области тазобедренных и коленных суставов. При длительном пребывании пациента в положении сидя пролежни появляются в области копчика и седалищных бугров, в некоторых случаях — на пальцах ног, если давит тяжелое одеяло.

Можно ли реально предупредить развитие пролежней? К сожалению, бытует мнение, что большая часть тяжелобольных, неподвижных пациентов обречены на пролежни. Скорее всего, такой печальный прогноз обусловлен устаревшими представлениями и о риске развития пролежней, и о механизмах их развития, и о методах профилактики и лечения.

Число пациентов, приобретающих пролежни в лечебных учреждениях, постоянно возрастает. Безусловно, увеличивается стоимость ухода, а физические и эмоциональные страдания этих людей невозможно оценить.

Давайте рассмотрим факторы, которые приводят к образованию пролежней.

Первый фактор, о котором чаще всего упоминают, это давление. Вследствие давления тела происходит сдавливание тканей (кожи, мышц) между поверхностью, на которую оно опирается, и выступами костей. Это сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок или одежды человека, в том числе обуви у пациентов, сидящих неподвижно.

Второй фактор, о котором практически не упоминается, срезывающая сила.

Разрушение и механическое повреждение тканей происходит под действием непрямого давления. Оно вызывается сдвигом тканей относительно поверхности, или их срезывания. Сдвиг тканей наблюдается, если человек съезжает в постели с подушек вниз, или подтягивается к изголовью кровати, а также при неправильной техники перемещения пациента персоналом или родственником. Этот фактор может вызвать столь же глубокие повреждения тканей, как и при прямом давлении. В более серьезных случаях происходит даже разрыв мышечных волокон и лимфатических сосудов, что приводит к образованию глубоких пролежней. Причем, глубокие повреждения могут стать заметны лишь спустя некоторое время, так как расположенная над ними кожа в течение двух недель может оставаться неповрежденной.

Третий фактор, о котором также практически не упоминают, — трение как компонент срезывающей силы. Оно вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены ему люди при недержании мочи, потоотделении, ношении влажного и не впитывающего влагу (синтетического) нательного белья или располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях (пластмассовые стулья, клеенки или нерегулярно меняемые подстилки).

В обычных условиях ни один из этих факторов не приводит к образованию пролежней, однако в сочетании с другими — неподвижность, потеря чувствительности, анемия, депрессия и др., они представляют риск.

Есть и другие причины, предрасполагающие к развитию пролежней на фоне действия давления:

- слишком большая или слишком низкая масса тела;
- сухость кожи и образующиеся вследствие этого трещины;
- недержание мочи и/или кала и чрезмерная влажность;
- заболевания сосудов, приводящие к нарушению питания тканей;
- анемия;
- ограничение подвижности пациента вследствие:
- повышения или понижения температуры тела;
- недостаточного белкового питания.

Таким образом, наиболее подвержены действию вышеперечисленных факторов:

- пациенты старших возрастных групп;

- пациенты с травмой спинного мозга;
- пациенты, получающие седативные и анальгезирующие средства;
- пациенты с повреждением конечностей;
- в состоянии кахексии;
- с низкой сопротивляемостью к инфекции;
- не получающие достаточного количества белковой пищи.

Теперь рассмотрим и второстепенные факторы, приводящие к развитию пролежней:

- недержание мочи и/или кала;
- влажное нижнее белье;
- неправильная техника перемещения пациента;
- жесткие поверхности, на которых сидит (лежит) пациент;
- длительное сидение в постели (на стуле);
- неправильное положение тела;
- неумение (незнание) использования приспособлений, ослабляющих давление.

Именно второстепенные факторы должны быть прежде всего в поле зрения сестринского персонала. Для этого сестре необходимо, во-первых, ясно понимать потенциальную опасность действия этих факторов на пациента, во-вторых, знать принципы профилактики пролежней и свои возможности, а также систему предварительной оценки, позволяющей выявить пациентов, находящихся в зоне риска.

Итак, любой тяжелобольной пациент испытывает на себе влияние многочисленных факторов риска развития пролежней.

Теперь пришло время рассмотреть стадии образования пролежней.

I стадия. Начальная стадия пролежней сопровождается не всегда видимыми визуальными симптомами. В зависимости от цвета кожи можно рассмотреть покраснение эпидермиса, которое не изменяется в цвете при нажатии на него. Чаще всего область поражения имеет красно-багровый оттенок. При тактильном соприкосновении можно отметить, что эта зона горячее или прохладнее по сравнению с остальной поверхностью тела. Если пациент имеет возможность говорить, он может пожаловаться на покалывания или онемение этих частей. Никаких других повреждений не отмечается, поэтому очень важно, чтобы начальная стадия была вовремя обнаружена. Таким образом, существует возможность полностью излечить изъязвы без остатков.

II стадия. На второй стадии пролежней отмечают видимые повреждения эпидермиса. Целостность покрова нарушается, может начаться отслоение. Изначально могут появляться единичные ранки или волдыри. Это свидетельствует о том, что начался процесс отмирания, который затрагивает подкожную клетчатку. Поверхность отекает. На этом этапе восстановление возможно, однако оно будет значительно длиннее и сложнее, чем в предыдущей степени.

III стадия. Повреждения начинают достигать жировой ткани. Поверхность полностью поражена, и кожный покров отсутствует. Язва напоминает кратер, а ее дно заполнено омертвевшей тканью желто-коричневого оттенка. Основная опасность в этот период заключается в том, что могут быть повреждены и здоровые участки кожи.

IV стадия. На этой стадии развития пролежней происходит отмирание всех мягких тканей. Виднеются кости и сухожилия. Такие проявления не лечатся медикаментозно. Хирург делает операцию, во время которой удаляются омертвевшие остатки ткани, проводится санация всех уцелевших слоев. Затем может быть пересажена искусственная кожа или целостный здоровый покров.

Наш мастер класс посвящен именно профилактике пролежней по этому сегодня мы не будем вдаваться в подробности лечения пролежней – это отдельная тема для следующей нашей конференции.

Далее мы вам расскажем и покажем на практике, как определить степень риска развития пролежней у тяжелобольного пациента.



«ОПРЕДЕЛЕНИЕ СТЕПЕНИ РИСКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ»

Пролежни — серьезная проблема в сестринском деле, они дорогостоящее бремя на плечах системы здравоохранения и доставляют много беспокойств для пациентов и их близких. Поэтому все, что может помочь спрогнозировать и определить степень риска развития пролежней у пациентов, полезно, поскольку позволяет своевременно начать адекватный уход.

В настоящее время существует несколько шкал для количественной оценки риска развития пролежней. Многие из них основаны на методике, впервые предложенной Нортон для научных исследований в области сестринского ухода за престарелыми пациентами.

Шкала J. Waterlow, по утверждениям специалистов, применима ко всем категориям пациентов. Работать с этой шкалой достаточно просто: оценив пациента по 10 предложенным параметрам, нужно суммировать полученные баллы.

Запомните! По шкале Нортон: чем меньше баллов (менее 14), тем больше риск.

По шкале Waterlow: чем больше баллов (более 12), тем больше риск.

баллы	степень риска
1-9	нет риска
10	есть риск
15	высокая степень риска
20	очень высокая степень риска

Шкала оценки Нортон — система подсчета баллов, в основе которой пять критериев: физическое состояние, психическое состояние, активность, подвижность и недержание.

При сумме баллов 14 и менее пациент попадает в зону риска, при сумме баллов менее 12 — в зону высокого риска.

Впоследствии Нортон считала, что пациентов с 16 и более баллами можно также отнести к зоне риска из-за длительного применения антибактериальной терапии, снижающей сопротивляемость организма. Для многих эта шкала удобна в сочетании с картой сестринского наблюдения, в которую ежедневно вносится сумма подсчитанных баллов и предпринятые для профилактики пролежней сестринские вмешательства.

Наиболее универсальной с точки зрения использования в отделениях ЛПУ различного профиля является шкала оценки риска развития пролежней по Waterlow. Она поставила перед собой цель создать «памятную записку» по вопросам профилактики пролежней. Предложенная ею карта должна была помочь понять факторы, влияющие на возникновение пролежней, дать

методику проведения оценки риска развития пролежней и выработать адекватную тактику в отношении профилактики и/или лечения.

Рассмотрим параметры Шкалы Ватерлоу по которым оценивают степень риска развития пролежней у пациентов.

Следует помнить, что повреждение тканей часто наступает до поступления пациента в лечебное учреждение, в результате заболевания (несчастливого случая), произошедшего с ним ранее.

Сидячий пациент также находится в зоне риска.

Запомните! Какую бы шкалу вы ни выбрали для оценки риска развития пролежней, подсчет баллов следует проводить регулярно, а также всякий раз, когда в состоянии пациента наблюдаются изменения. Иначе это пустая трата времени.

Waterlow утверждает, если пациент попадает в любую из вышеперечисленных категорий риска, следует немедленно начинать проводить профилактические мероприятия, которые потребуют определенных умений и навыков сестринского персонала, и применения профилактических и вспомогательных средств.

А сейчас мы вам на практике покажем, как определить степень риска развития пролежней у тяжелобольного пациента и как проконсультировать родственников пациента о риске развития пролежней.

Приложение 4

Демонстрация проведения консультирования родственников пациента о риске развития пролежней

Технология выполнения простой медицинской услуги

Код технологии		Название технологии
A14.31.012.		Оценка степени риска развития пролежней
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом" установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060101 Лечебное дело 060102 Акушерское дело 060109 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с мылом или обработать антисептиком

3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Амбулаторно-поликлинические Стационарные	
4.	Функциональное назначение оценки степени риска развития пролежней Диагностическое	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют
5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор - 2 разовые дозы.
5.6	Прочий расходный материал	Мыло - при отсутствии антисептика для обработки рук.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм оценки степени риска развития пролежней I. Подготовка к обследованию 1. Представиться пациенту, объяснить цель и ход обследования (если пациент в сознании). II. Выполнение обследования Оценка степени риска развития пролежней осуществляется по шкале Waterlow, которая применима ко всем категориям пациентов. При этом проводится суммирование баллов по 10 параметрам: 1. телосложение; 2. масса тела, относительно роста; 3. тип кожи; 4. пол, возраст; 5. особые факторы риска; 6. удержание мочи и кала; 7. подвижность; 8. аппетит; 9. неврологические расстройства; 10. оперативные вмешательства или травмы. III. Окончание процедуры 1. Сообщить пациенту (ке) результат обследования 2. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики При наличии расстройств речи, сознания, когда собрать анамнестические сведения невозможно, медицинская сестра должна получить их у родственников пациента, и пр., а так же воспользоваться медицинской документацией.	
8.	Достигнутые результаты и их оценка Оценка результатов производится путем сопоставления полученных данных с данными нормы: Итоговые значения, характеризующие степень риска: В зоне риска-10 баллов В зоне высокого риска - 15 баллов В зоне очень высокого риска - 20 баллов	
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему медицинским работником, включает сведения о цели и содержании данной процедуры. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга	

	не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента. В случае выполнения простой медицинской услуги в составе комплексной медицинской услуги дополнительное информированное согласие не требуется.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики Оценка качества проведения простой услуги производится по шкале Waterlow
11.	Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги В соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больного. Пролежни» 91500.11.0001-2002 и приказ МЗ РФ от 17 апреля 2002 года № 123.
12.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

«СОВРЕМЕННЫЕ СРЕДСТВА ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ»

В течение многих веков человек уделяет особое внимание личной гигиене. Со временем предметы и средства, используемые для ухода за телом, совершенствуются и имеют свои особенности в каждый из исторических периодов.

С детства ребенка обучают личной гигиене и, как правило, уже в детском возрасте человек усваивает, что уход за телом – процедура очень личная, которая не должна проходить на виду у других людей, за исключением близких.

На сегодняшний день сестринская наука располагает достаточными данными, позволяющими использовать эффективные методы профилактики, и лечения пролежней.

Существует разработанная, проверенная на практике программа профилактики пролежней цель, которой направлена именно на профилактику возникновения пролежней.

- выявление пациентов, находящихся в зоне риска развития пролежней;
- предупредить или способствовать заживлению пролежней;
- обучение пациента и/или его родственников принципам питания, предупреждающего пролежни;
- обучение пациента и/или его родственников принципам профилактики пролежней, уходу за пролежнями.

Итак первое о чем нужно позаботиться это – исключить факторы риска развития пролежней:

- Нужно каждый день тщательно осматривать тело пациента и каждые 2 часа осматривать все зоны риска и места костных выступов.
- Для того чтобы кожа не подвергалась сдавливанию и излишнему трению, а мягкие ткани не смещались, необходимо каждые 2-3 часа (в том числе и ночью) менять положение тела пациента.
- Переворачивать больного нужно максимально осторожно, не допуская растяжение кожи. Лучше, если пациент будет находиться на медицинской кровати — это облегчит смену положения. Кровать больного должна стоять таким образом, чтобы к ней был доступ со всех сторон.
- Температура в комнате не должна быть слишком высокой, чтобы не провоцировать потение и образование опрелостей.
- Застилать постель больного можно только мягким постельным бельем из натуральных тканей. Сверху лучше постелить впитывающую простынь, которая не образует складок и остается всегда сухой. Нежелательно стелить клеенки - для защиты матраса можно использовать влагонепроницаемый наматрасник.

- Одежда пациента должна быть комфортной и по возможности бесшовной, без пуговиц и застежек. Использование синтетики недопустимо.
- Нужно своевременно менять постельное белье (оно не должно быть влажным или мокрым) и использовать соответствующие средства гигиены: урологические прокладки и памперсы (особенно в ночное время). Однако нельзя надевать на больного памперсы на весь день — коже нужны воздушные ванны.
- Ногти больного следует стричь очень коротко, чтобы он не расчесывал кожу, которая при длительном лежании часто зудит.

Использование противопролежневых приспособлений





На данный момент самым современным и эффективным противопротлежневым приспособлением является противопротлежневый (надувной) матрац. Противопротлежневый матрац устраняет главную причину появления протлежней — сдавливание отдельных участков тела. Матрасы состоят из воздушных ячеек или баллонов, соединенных трубками с компрессором, который автоматически через 5-8 минут подкачивает и сдувает разные области матраца. В результате достигается эффект постоянного массажа, благодаря чему давление распределяется равномерно по всей поверхности тела. Постоянный массаж кожи, подкожной клетчатки и мышц («эффект волны») нормализует кровообращение, питание и дыхание тканей. Такой матрац кладется на кровать поверх обычного матраса и застилается простыней.

Для эффективной работы матраца важно установить оптимальный уровень давления в воздушных секциях. Для проверки правильности заданного уровня давления нужно провести двумя пальцами между обычным матрасом и спущенной секцией противопротлежневого матраца в области ягодиц пациента. Пальцы должны проходить свободно. Если пальцы не входят или входят с трудом, нужно увеличить уровень давления, если пальцы входят слишком свободно — уменьшить.

Положительный подсушивающий эффект оказывают на кожу кварцевые облучатели открытого типа (Солнышко ОУФК, Кристалл). Облучатели открытого типа обеззараживают воздух в помещении, что немаловажно при ослабленном иммунитете больного, нейтрализуют неприятный запах, позволяют лечить кожные заболевания, в том числе протлежни.

Уход за кожей больного

- Кожа больного должна быть чистой и сухой. Это основное правило, от соблюдения которого зависит эффективность противопротлежневой терапии.
- гигиену кожных покровов нужно проводить очень деликатно и с применением специальных щадящих моющих средств и средств госпитальной гигиены. Чуть позже мы подробнее остановимся на этих средствах.
- Если пациент вспотел, нужно вытереть его махровым полотенцем и по возможности изменить температурный режим в комнате.
- После каждого мочеиспускания и дефекации необходимо осуществлять гигиену интимных зон и обязательно наносить защитный крем на кожу

в области гениталий. Любые естественные выделения (мочу, кал, пот, раневой экссудат) нужно удалять с кожи как можно быстрее.

- При недержании необходимо использовать абсорбирующие средства: подгузник в виде трусов, подгузник в виде прокладки-вкладыша, подгузник в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами, впитывающие простыни (пеленки) и др.
- Последовательность мытья тела должна быть следующей: лицо, шея, уши, плечи, торс, руки, ноги, гениталии.
- После мытья больной должен быть совершенно сухим.
- При замене простыней (особенно мокрых) нельзя их вытягивать и выдергивать из-под больного, так как это может повредить кожу.

А теперь обратите внимание на средства гигиены для профилактики пролежней.

По функциональному действию средства по уходу за кожей в каждой подгруппе делят на: гигиенические (моющие и очищающие), средства общего или косметического ухода (увлажнение, питание, тонизирование), лечебно-профилактические, защитные и специальные.

СРЕДСТВА МЕНАЛИНД ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КОЖИ (ГОЛУБАЯ МАРКИРОВКА)



Все продукты содержат запатентованный нейтрализатор запаха. Очищающая пена и влажные салфетки готовы к применению без воды и мыла, моющий лосьон растворяется в воде для мытья пациента в постели либо используется как гель для душа. Все средства подходят для ежедневного применения, в том числе при очень чувствительной коже.

ШАМПУНЬ

ПЕНА ДЛЯ ВАННЫ

ЛОСЬОН МОЮЩИЙ

Для полного мытья лежачих больных. Абсорбирует неприятные запахи. Профилактика пролежней. Не нарушает pH-баланс кожи, обеспечивает щадящую очистку. Смягчающие и увлажняющие вещества обеспечивают полный гигиенический уход за кожей лежачих больных.

ПЕНА ОЧИЩАЮЩАЯ

Очищение кожи при сильных загрязнениях в интимной области и для профилактики пролежней. Устраняет неприятный запах; применяется без воды для интенсивного ухода за кожей. Не нарушает pH-баланс кожи.

САЛФЕТКИ ВЛАЖНЫЕ ГИГИЕНИЧЕСКИЕ

Мягкие нежные гигиенические салфетки из нетканого материала применяются без воды и мыла. Пропитаны смягчающим кожу лосьоном. Не содержат спирта.

СРЕДСТВА ДЛЯ ПИТАНИЯ И УВЛАЖНЕНИЯ КОЖИ (ЖЕЛТАЯ МАРКИРОВКА)



Продукты способствует удержанию влаги, предотвращению шелушения, смягчению и повышению эластичности кожи, они оказывают антисептическое действие, снимают зуд. Их применение улучшает кровоток и обменные процессы, улучшает мышечный тонус у больных при длительном постельном режиме. Тонизирующая жидкость и крем для рук рекомендуются как пациентам, так и людям, оказывающим уход.

ЛОСЬОН УВЛАЖНЯЮЩИЙ ДЛЯ ТЕЛА

Для ухода за сухой, чувствительной и раздраженной кожей. Оказывает продолжительное смягчающее и увлажняющее действие. Подходит для ежедневного применения.

МАСЛО ДЛЯ УХОДА ЗА КОЖЕЙ

Снимает зуд, сохраняет кожу здоровой. Рекомендуются для массажа.

МАСЛО ДЛЯ КУПАНИЯ

Масло с высоким содержанием питательных веществ для ухода за очень сухой и раздраженной кожей. Способствует регенерации кожи, увлажняет и питает.

ТОНИЗИРУЮЩАЯ ЖИДКОСТЬ

Рекомендуется для лечения пролежней 1-й стадии. Профилактика пролежней. Обладает профилактическим и оздоровительным эффектом. Улучшает кровоток и обменные процессы в коже, поднимает мышечный

тонус у больных после длительного постельного режима. Снимает усталость и облегчает тяжесть в ногах. Наносить на участки покраснения не менее 3-х раз в сутки.

КРЕМ ДЛЯ РУК ПИТАТЕЛЬНЫЙ

ГЕЛЬ ДЛЯ МАССАЖА

Предназначен для использования при массаже шеи, плеч, рук и ног. Гель успокаивает и снимает мышечное напряжение у лежачих больных, стимулирует, придает коже энергию и жизненную силу

СРЕДСТВА ДЛЯ ЗАЩИТЫ КОЖИ (РОЗОВАЯ МАРКИРОВКА)



Продукты для защиты кожи в местах трения, под подгузником, а также на тех местах, где чаще всего появляются пролежни.

КРЕМ ЗАЩИТНЫЙ

Поддерживает естественный механизм защиты кожи. Профилактика пролежней и опрелостей. Крем образует защитную пленку и предохраняет кожу в интимной области от раздражающего воздействия мочи и кала. Для профилактики пролежней рекомендуется смазывать кремом все кожные складки, особенно у людей с избыточным весом, а также у женщин под грудью. Защитным кремом смазывают также место вокруг стомы - при смене повязки или приемного пакета.

КРЕМ ЗАЩИТНЫЙ без цинка

ПРОТЕКТОР ДЛЯ КОЖИ

Для интенсивной защиты и ухода за кожей, для профилактики пролежней у лежачих больных. Уникальный продукт образует на поверхности кожи защитную пленку, которая защищает от негативного воздействия мочи и кала и которая сохраняется на коже до 6 часов, даже в случае проведения гигиенических процедур.

МАСЛО-СПРЕЙ ЗАЩИТНОЕ

Для особо сухих участков кожи. Защищает и увлажняет кожный покров, предотвращает трещины и механические повреждения. Восстанавливает кислотно-щелочной баланс и нейтрализует запахи.

Стимулирование пациента к движению

Если пациент не парализован полностью и сохраняет хотя бы минимальную активность, нужно поощрять его двигаться, даже если движения сводятся к шевелению пальцами и сгибанию рук в локте. Зачастую лежащие больные впадают в глубокую депрессию, теряют надежду и перестают делать даже то, что могут. Задача ухаживающих — не допустить этого!

При активности рук обязательным атрибутом кровати пространства больного должна быть терапевтическая дуга или ремень для подтягивания, а также различные массажеры для кистей.

Диета

Питание пациента должно быть сбалансированным и умеренным. Поскольку активность человека при постельном режиме сводится к минимуму, ему требуется меньше калорий, но больше витаминов и минеральных веществ. Особенно важно присутствие в рационе витамина С, цинка и железа.

Примерная суточная норма потребления калорий при постельном режиме — 1500. В рацион больного должны входить злаки, мясо, рыба, сыры, молочные продукты, фрукты, овощи, орехи. Потребление животных жиров, мучных изделий, сладостей и газированных напитков лучше ограничить — вес больного должен оставаться в норме.

Демонстрация манипуляций по уходу за пациентом:**✓ Технология ухода за кожными покровами**

Код технологии		Название технологии
A14.01.001		Уход за кожей тяжелобольного пациента
1.	Требования к специалистам и требования вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1.	Перечень специальностей (кто участвует в выполнении услуги)	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060101 Лечебное дело 060102 Акушерское дело 060109 Сестринское дело 060115 Младшая медицинская сестра по уходу за больными
1.2.	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1.	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До проведения исследования и после необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором.
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактическое	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Отсутствуют
5.2	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5.	Лекарственные средства	Мыло или антисептический раствор - 2 разовые дозы (для мытья рук). Моющий раствор для обработки кожи тяжелообольного пациента (мыльный или раствор уксуса - 1-2 ст. ложки на 0,5 л воды).
5.6	Прочий расходуемый материал	Емкость с водой (t 37°) - 1 шт. Фартук непромокаемый одноразовый - 1 шт. Одноразовые салфетки из нетканого материала - не менее 15 шт. Полотенце - 5 шт. Простыня - 1 шт. Контейнер для дезинфекции - 1 шт. Увлажняющий крем - 1 шт. Клеёнка подкладная - 1 шт. Пелёнка - 1 шт. Мыло (25 г) или жидкое. Диспансер с одноразовым полотенцем Чистое нательное бельё.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм выполнения манипуляции	
	I. Подготовка к процедуре: 1. Подготовить все необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить пациенту условия конфиденциальности. 2. Объяснить пациенту ход и цель процедуры, если пациент в бессознательном состоянии - дать необходимые разъяснения его представителям (родственникам). 3. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика). 4. Надеть одноразовый фартук. 5. Раздеть пациента до пояса и накрыть оголенную часть туловища простыней. II. Выполнение процедуры: 1. В моющем растворе для обработки кожи пациента смочить одноразовую салфетку и протереть лицо в следующей последовательности: веки, лоб, щеки, нос, уши, область вокруг рта, подбородок, а так же шею. 2. Полотенцем обернуть кисть своей руки и ладонной поверхностью вытереть лицо и шею пациента. 3. Положить пациенту на грудь и под руку с противоположной от медицинского работника стороны чистое полотенце. 4. Взять чистую салфетку, вымыть ею руку пациента с противоположной от медицинского работника стороны. Мытье начинать с пальцев кисти, поддерживая ее снизу своей рукой. Затем вымыть руку выше, до подмышечной впадины и вытереть насухо. 5. То же повторить с другой рукой. 6. Скатать простынь, лежащую на груди пациента. Протереть чистой салфеткой грудь и живот сверху вниз, до паховой области. Во время мытья следить за тем, чтобы не сместить и не намочить любые повязки, дренажи, канюли. 7. Затем вытереть насухо грудь и живот, накрыть сухой простыней 8. Повернуть пациента поочередно на левый и правый бок, обтереть и	

	просушить кожу спины. 9. Обнажить нижнюю часть туловища. Подложить один конец полотенца под ногу пациента с противоположной от медицинского работника стороны, а другим концом накрыть вторую его ногу и область гениталий. Начинать мытье ноги с противоположной от медицинского работника стороны, продвигая салфетку от области коленного сустава вверх. 10. Перейти к мытью ноги от колена вниз, к лодыжке. Вымыть стопу и межпальцевые промежутки. Ногу при мытье приподнять, чтобы не оставалось недоступных мест необходимо поддерживать ее в области лодыжки. Заменить салфетку. 11. Вытереть насухо ногу от бедра до лодыжки; повторить те же манипуляции на другой стороне. III. Окончание процедуры: 1. Надеть на пациента чистое нательное белье. 2. Придать пациенту удобное положение в постели. 3. Накрыть пациента одеялом. 4. Поместить использованное белье в непромокаемый мешок. 5. Снять фартук, убрать в емкость для дезинфекции. 6. Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) 7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики
	Уход за полостью рта тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А 14.07.002), поэтому описание данной процедуры здесь не приводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за полостью рта. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного является самостоятельной простой медицинской услугой (А 14.31.007), поэтому описание данной процедуры здесь не приводится. Однако уход за кожей тяжелобольного пациента всегда сопровождается уходом за промежностью и наружными половыми органами.
8.	Достигаемые результаты и их оценка
	Тело пациента очищено от загрязнений
9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи
	Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация об осуществлении ухода за кожей, сообщаемая ему или его родственникам медицинским работником, включает сведения о цели данного исследования. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на данную процедуру не требуется, так как данная услуга не является потенциально опасной для жизни и здоровья пациента.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики
	Кожные покровы чистые, сухие, гиперемии и повреждений кожи нет. Пациент (родственники) удовлетворены качеством процедуры.

11.	Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
12.	Формулы, расчёты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

✓ **Технология смены нательного и постельного белья**

**ПРИГОТОВЛЕНИЕ И СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ
ТЯЖЕЛОБОЛЬНОМУ**

Код технологии		Название технологии
A14.31.005		Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному
1.	Требования к специалистам и вспомогательному персоналу, включая требования	
1.1	Перечень специальностей/кто участвует в выполнении услуги	Специалист, имеющий диплом установленного образца об окончании среднего профессионального медицинского образовательного учреждения по специальностям: 060101 Лечебное дело 060102 Акушерское дело 060109 Сестринское дело
1.2	Дополнительные или специальные требования к специалистам и вспомогательному персоналу	Отсутствуют
2.	Требования к обеспечению безопасности труда медицинского персонала	
2.1	Требования по безопасности труда при выполнении услуги	До и после проведения процедуры необходимо вымыть руки с мылом или обработать их антисептическим раствором. При выполнении данной услуги может использоваться помощник - вторая медицинская сестра/младший медицинский персонал/родственник
3.	Условия выполнения простой медицинской услуги Стационарные Амбулаторно-поликлинические	
4.	Функциональное назначение простой медицинской услуги Профилактика	
5.	Материальные ресурсы	
5.1	Приборы, инструменты, изделия медицинского назначения	Перчатки нестерильные - 1 пара. Емкость для дезинфекции - 1 шт.
5.2.	Реактивы	Отсутствуют
5.3	Иммунобиологические препараты и реагенты	Отсутствуют
5.4	Продукты крови	Отсутствуют

5.5	Лекарственные средства	Антисептический раствор - 2 разовые дозы
5.6	Прочий расходный материал	Ветошь - 1 шт. Комплект чистого белья- 1 шт. Мешок для грязного белья - 1 шт. Пеленка - 1 шт.
6.	Характеристика методики выполнения простой медицинской услуги Алгоритм подготовки и смены постельного белья тяжелобольному I. Подготовка к процедуре. - Объяснить ход и цель процедуры пациенту (если это возможно), получить его согласие. - Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) - Приготовить комплект чистого белья (простыни, наволочка, пододеяльник), убедиться, что в кровати нет личных вещей больного. - Надеть перчатки. II. Выполнение процедуры. - Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента. - Снять пододеяльник, убрать одеяло и накрыть пациента пододеяльником на время смены белья. - Повернуть пациента на бок по направлению к себе. - Осторожно вынуть подушку из-под головы пациента и сменить наволочку. Грязную наволочку поместить в мешок для белья. - Скатать валиком грязную простыню, подложить этот валик под спину пациенту. Если белье сильно загрязнено, положить на валик пеленку. - Положить сложенную вдвое чистую простыню на свободную сторону постели, заправить ее под матрас с противоположной от больного стороны. - Помочь больному перекатиться через валик на чистую сторону. - Скатать грязную простыню и положить ее в мешок для белья. - Расправить чистую простыню и заправить ее под матрас с другой стороны постели. - Осторожно поместить подушку обратно. - Надеть чистый пододеяльник. Накрыть пациента одеялом, извлекая грязный пододеяльник, которым он был укрыт. III. Окончание процедуры. - Поместить грязный пододеяльник в мешок для белья. - Удобно расположить пациента в постели. - Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью. - Снять перчатки, поместить их в емкость для дезинфекции - Вымыть и осушить руки (с использованием мыла или антисептика) - Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.	
7.	Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики В ходе процедуры необходимо контролировать состояние имеющихся дренажных трубок, катетеров, повязок. Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками. При этом головной конец и таз пациента держатся «на весу» и грязная простыня скатывается под ним сверху вниз.	
8.	Достигаемые результаты и их оценка Пациент лежит на чистом белье	

9.	Форма информированного согласия пациента при выполнении методики и дополнительная информация для пациента и членов его семьи Пациент должен быть информирован о предстоящей процедуре. Информация о процедуре, сообщаемая ему врачом, медсестрой, фельдшером, или акушеркой, включает сведения о цели данного действия. Письменного подтверждения согласия пациента или его родственников (доверенных лиц) на смену постельного белья не требуется, так как данное действие не является потенциально опасным для жизни и здоровья пациента.
10.	Параметры оценки и контроля качества выполнения методики У пациента будут поддерживаться чистота и нормальная влажность кожных покровов. Минимизация возможной передачи инфекции.
11.	Графическое, схематические и табличное представление технологий выполнения простой медицинской услуги Отсутствует
12.	Формулы, расчеты, номограммы, бланки и другая документация (при необходимости) Отсутствует

✓ Технология перемещения пациента в постели

Манипуляция № 1

«ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ»

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.
3. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.
- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.
- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры:

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).
3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.
5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

1. Выполнение процедуры:

Перемещение пациента к изголовью кровати

(выполняется одной медицинской сестрой)

1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом.
2. Опустить изголовье кровати.
3. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально, руки зафиксированы на груди.
4. Встать лицом к ножному концу кровати под углом 45°.
5. Расставить ноги на ширину 30 см.
6. Ногу, находящуюся ближе к изголовью, отставить немного назад.
7. Согнуть ноги в коленях (руки медицинской сестры должны находиться на уровне ног пациента).
8. Переместить центр тяжести на ногу, отставленную назад.
9. Передвинуть ноги пациента по диагонали к изголовью кровати.
10. Переместиться параллельно верхней части туловища пациента, согнуть ноги в коленях так, чтобы руки находились на уровне туловища пациента.
11. Подвести под шею пациента руку, находящуюся ближе к изголовью, и снизу обхватить и поддерживать ею его плечо.
12. Подвести другую руку под верхнюю часть спины пациента.
13. Передвинуть голову и верхнюю часть туловища пациента по диагонали к изголовью кровати.
14. Переходить с одной стороны кровати на другую, повторяя пп., пока тело пациента не достигнет в постели желаемой высоты.
15. Переместить пациента на середину постели, точно так же поочередно передвигая три части его тела.
16. Поднять голову и плечи пациента и подложить подушку.

Перемещение пациента к изголовью кровати с помощью простыни (выполняется одной медицинской сестрой)

1. Вытащить края простыни из-под матраса со всех сторон.
2. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом.
3. Опустить изголовье кровати.
4. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально, руки зафиксированы на груди.
5. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.

6. Скатать простыню около головы и плеч пациента. Попросить пациента согнуть колени (если он может это сделать) и прижать стопы к матрасу, чтобы был в состоянии помочь.
7. Взяться за скатанные края простыни с обеих сторон от головы пациента двумя руками ладонями вверх.
8. Согнуть свои ноги в коленях, чтобы спина оставалась ровной.
9. Предупредить пациента, чтобы он был готов к перемещению (на счет 3).
10. Предупредив пациента, отклонить корпус назад и подтянуть пациента к изголовью кровати.
11. Положить подушку под голову пациента, расправить простыню.

Перемещение пациента к краю кровати

(выполняется одной медицинской сестрой, пациент может помочь).

1. Убрать подушку из-под головы пациента и положить ее рядом.
2. Опустить изголовье кровати.
3. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально, руки зафиксированы на груди.
4. Встать у изголовья кровати, расставив ноги на ширину 30 см и поставить одну ногу немного впереди другой.
5. Согнуть колени.
6. Попросить пациента скрестить руки на груди, обхватив себя за локти.
7. Подложить одну руку под шею и плечи пациента, а вторую - под верхнюю часть его спины.
8. Отклонить корпус назад и подтянуть на себя верхнюю часть его спины.
9. Поменять положение рук: одну руку подложить под талию, другую - под бедра пациента.
10. Также отклонить корпус назад и потянуть на себя нижнюю часть туловища пациента.
11. Подложить руки под голени и стопы пациента и придвинуть их к себе.
12. Приподнять голову пациента и подложить под нее подушку.

2. Окончание процедуры:

1. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
2. Поднять боковые поручни кровати.
3. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
4. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу прибудет.
5. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
6. Обработать руки на гигиеническом уровне.
7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Манипуляция № 2

«РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ В ПОЛОЖЕНИЕ, ЛЕЖА НА СПИНЕ»

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.

3. Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.
- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.
- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).
3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.
5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

2. Выполнение процедуры

Размещение пациента лежа на спине

(выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.
3. Придать пациенту правильное положение:
 - ✓ положить подушку под голову (или поправить оставшуюся),
 - ✓ расположить руки вдоль туловища ладонями вниз,
 - ✓ расположить нижние конечности на одной линии с тазобедренными суставами.
4. Подложить небольшую подушку под верхнюю часть плеч и шею.
5. Подложить под поясницу небольшое, свернутое валиком полотенце.
6. Подложить валики из скатанной в рулон простыни вдоль наружной поверхности бедер, начиная от области большого вертела бедренной кости.
7. Подложить небольшую подушку или валик под голень в области ее нижней трети.

8. Обеспечить упор для поддержания стоп под углом 90°.
9. Положить под предплечья небольшие подушки.

Размещение пациента с гемиплегией в положении на спине (выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Убедиться, что пациент лежит посередине кровати.
3. Под парализованное плечо положить сложенное полотенце или подушку.
4. Отодвинуть парализованную руку от туловища, разогнув ее в локте и повернув ладонью вверх. Вместо этого можно также отвести парализованную руку от туловища, поднять ее, согнув в локте и положив кисть ближе к изголовью кровати.
5. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.
6. Спастической кисти придать нормальное положение: если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.
7. Под парализованное бедро положить небольшую подушку.
8. Согнуть колено парализованной конечности под углом 30° и положить его на подушку.
9. Стопы пациента, согнутые под углом 90°, упереть в мягкие подушки.
10. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

3. Окончание процедуры:

1. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
2. Поднять боковые поручни кровати.
3. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положить предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
4. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу придет.
5. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
6. Обработать руки на гигиеническом уровне.
7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

**Манипуляция № 3
«РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ
В ПОЛОЖЕНИЕ, ФАУЛЕРА»**

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.
3. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.

- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.
- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).
3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.
5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

2. Выполнение процедуры

(выполняется одним медицинским работником)

1. Убедиться, что пациент лежит на спине посередине кровати, убрать подушки.
2. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки): человек, прямо сидящий на кровати, находится в положении Фаулера.
3. Подложить подушки или сложенное одеяло под голени пациента.
4. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае если поднималось изголовье).
5. Подложить под предплечья и кисти подушку (если пациент не может самостоятельно двигать руками). Предплечья и запястья должны быть приподняты и расположены ладонями вниз.
6. Подложить пациенту под поясницу подушку.
7. Подложить небольшую подушку или валик под колени пациента.
8. Подложить небольшую подушку пациенту под пятки.
9. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

Размещение пациента с гемиплегией в положении Фаулера

1. Поднять изголовье кровати под углом 45-60° (или подложить три подушки).
2. Усадить пациента как можно выше. Подложить под голову небольшую подушку (в том случае, если поднималось изголовье).
3. Слегка приподнять вверх подбородок пациента.

4. На прикроватном столике перед пациентом обеспечить опору для парализованной кисти и предплечья; отодвинуть плечо пациента от его тела и подложить под локоть подушку.
5. Расслабленной кисти придать обычное положение: кисть слегка разогнута ладонью вниз, ее свод сохраняется, пальцы частично согнуты. Можно также положить кисть на половинку разрезанного пополам резинового мячика.
6. Спастической кисти придать нормальное положение если кисть расположена ладонью вниз, пальцы слегка разогнуть; если ладонь обращена вверх, пальцы лежат свободно.
7. Согнуть пациенту ноги в коленях и бедрах, подложив под колени подушку или сложенное одеяло.
8. Обеспечить упор для стоп под углом 90°.

3. Окончание процедуры:

1. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
2. Поднять боковые поручни кровати.
3. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
4. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу прибывает.
5. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
6. Обработать руки на гигиеническом уровне.
7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Манипуляция № 4 «РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ В ПОЛОЖЕНИЕ, НА БОКУ»

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.
3. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.
- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.

- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).
3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.
5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

2. Выполнение процедуры

(выполняется одним медицинским работником, пациент может помочь)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
3. Передвинуть пациента ближе к одному краю, противоположному стороне поворота.
4. Сказать пациенту, что он может помочь, если скрестит руки на груди. Если пациента переворачивают на правый бок: он должен положить левую ногу на правую. Или согнуть левую ногу пациента: одна рука охватывает нижнюю треть голени, другая - в подколенной впадине; левая стопа при этом должна оказаться в подколенной ямке.
5. Встать с той стороны кровати, куда будут поворачивать пациента. Положить протектор на кровать рядом с ним. Встать как можно ближе к кровати, согнуть одну ногу в колене и поставить ее на протектор. Вторая нога является опорой.
6. Положить одну руку на плечо, которое находится дальше от медицинской сестры, вторую руку - на дальнее бедро, т.е. если пациент будет поворачиваться на правый бок по направлению к медицинской сестре, положить левую руку на его левое плечо, а правую - на его левое бедро.
7. Предупредить пациента, что на счет три вы совершите перемещение.
8. Повернуть пациента на бок, перенеся свой вес на ногу, стоящую на полу.
9. Подложить подушку под голову и шею пациента.
10. Выдвинуть вперед «нижнее» плечо пациента, чтобы он не лежал на своей руке.
11. Придать обеим рукам пациента слегка согнутое положение. Рука, находящаяся сверху, лежит на подушке на уровне плеча.
12. Подложить пациенту под спину сложенную подушку (подушку сложить по длине и слегка подсунуть ее ровной поверхностью под спину пациента).
13. Под согнутую «верхнюю» ногу пациента, лежащую немного впереди нижней, поместить подушку (от паховой области до стопы).

14. Поместить мешок с песком у подошвы «нижней» ноги Расправить подкладную пеленку.

3. Окончание процедуры:

8. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
9. Поднять боковые поручни кровати.
10. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
11. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу прибудет.
12. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
13. Обработать руки на гигиеническом уровне.
14. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Манипуляция № 5

«РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ В ПОЛОЖЕНИЕ, ЛЕЖА НА ЖИВОТЕ»

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.
3. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.
- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.
- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).
3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.

5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

2. Выполнение процедуры (выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Убедиться, что пациент лежит строго горизонтально.
3. Аккуратно приподнять голову пациента, убрать обычную и положить маленькую подушку.
4. Переместить пациента к краю кровати.
5. Разогнуть руку пациента в локтевом суставе, прижать ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро, или поднять ее вверх и вытянуть ее вдоль головы.
6. Перейти на другую сторону кровати.
7. Встать коленом на кровать. Подложить свернутое одеяло или небольшую подушку под верхнюю часть живота пациента. Положить руку на дальнее от медицинской сестры плечо пациента, а другую руку - на дальнее бедро.
8. Предупредить пациента, что на счет три вы совершите перемещение.
9. Перевернуть пациента на живот, в сторону медицинской сестры. Голова пациента должна быть повернута набок.
10. Подложить подушку под голени, чтобы пальцы не касались постели.
11. Согнуть руку, к которой обращена голова пациента, в локтевом суставе под углом 90°, другую руку вытянуть вдоль туловища.
12. Подложить подушки под локти, предплечья и кисти.
13. Положить небольшие валики рядом со стопами (с наружной стороны).
14. Расправить простыню и подкладную пеленку.

Размещение пациента с гемиплегией в положении лежа на животе (выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать подушки), придать кровати горизонтальное положение.
2. Передвинуть пациента к краю кровати в направлении парализованной стороны тела.
3. Перейти на другую сторону. Поставить колено на край кровати и повернуть пациента на бок (на не парализованную боковую поверхность тела).
4. Поместить подушку под живот пациента.
5. Выпрямить локоть парализованной руки, прижать ее по всей длине к туловищу и подсунуть кисть под бедро или поднять вверх параллельно туловищу.
6. Предупредить пациента, что на счет три вы совершите перемещение.
7. Осторожно повернуть пациента через парализованную руку на живот.
8. Повернуть голову пациента набок (в сторону парализованной половины тела).
9. Согнутую в локте руку отвести в сторону кистью к изголовью кровати; пальцы руки по возможности разогнуть.
10. Слегка согнуть оба колена пациента и подложить подушку под обе ноги (от колен до лодыжек).

11. С помощью достаточно высокой подушки приподнять пальцы стоп над матрасом, так чтобы угол между стопой и голенью составлял 90°.

3. Окончание процедуры:

1. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
2. Поднять боковые поручни кровати.
3. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
4. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу прибывает.
5. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
6. Обработать руки на гигиеническом уровне.
7. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Манипуляция № 6

«РАЗМЕЩЕНИЕ ТЯЖЕЛОБОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ В ПОЛОЖЕНИЕ, СИМСА (положение, промежуточное между положением на животе и на боку)»

Условия:

1. **Требования по безопасности труда при выполнении услуги.**
 - ✓ Если пациент весит более 80-100 кг или не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1-2 помощниками.
 - ✓ Желательно наличие приспособлений для подъема пациента.
 - ✓ Процедура выполняется в нестерильных перчатках.
2. **Условия выполнения простой медицинской услуги**
 - ✓ Стационарные.
 - ✓ Амбулаторно-поликлинические.
3. **Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики.**

При смене положения пациента необходимо руководствоваться следующими правилами:

- ✓ Убедиться, что все оборудование, капельницы и трубки, присоединенные к пациенту, надежно закреплены, так что они не будут смещены при его перемещении.
- ✓ Отсоединить дренирующие трубки, если это необходимо, и снова их присоединить после придания пациенту необходимой позы.
- ✓ Убедиться в наличии помощника при обращении с конечностями, зафиксированными жесткими стабилизаторами (например, гипс, вытяжение) и с тяжелым оборудованием, которое необходимо перемещать вместе с пациентом (например, аппарат для вытяжения).
- ✓ Поддерживать необходимое приподнятое положение головы для пациентов, подверженных диспноэ в горизонтальном положении; отводить краткие периоды для отдыха по необходимости во время процедуры.
- ✓ Использовать подушки, валики и специальные устройства для поддержания необходимой позы, положения конечностей, предотвращения чрезмерного давления на уязвимые поверхности кожи.
- ✓ Убедиться, что лицо пациента не прижато к постели или подушкам во время поворачивания и что положение тела не мешает полному расширению диафрагмы.
- ✓ Использовать правильные принципы механики человеческого организма.

Алгоритм действия медицинской сестры:

1. Начало процедуры

1. Обработать руки на гигиеническом уровне.
2. Поздороваться, представиться пациенту (если пациент в сознании).

3. Подтвердить личность пациента (посмотреть планшет - карту на кровати пациента; попросить представиться; узнать, как хочет пациент, чтобы к нему обращались).
4. Изолировать пациента.
5. Объяснить пациенту цель и ход манипуляции, получить устное добровольное согласие пациента на выполнение манипуляции.
6. Проверить отсутствие сквозняков.
7. Проверить срок годности перчаток.
8. Обработать руки кожным антисептиком, надеть нестерильные перчатки.
9. Зафиксировать тормоза на кровати.
10. Отрегулировать высоту кровати для удобства выполнения манипуляции.
11. Убрать поручни кровати с вашей стороны.
12. Проверить мышечную силу пациента (руки, ноги), оценить возможность пациента участвовать в перемещении.

2. Выполнение процедуры
(выполняется одним медицинским работником)

1. Опустить изголовье кровати (убрать лишние подушки), придать постели горизонтальное положение.
2. Положить пациента на спину.
3. Переместить пациента к краю кровати.
4. Предупредить пациента, что на счет три вы совершите перемещение.
5. Переместить пациента в положение, лежа на боку и частично на животе.
6. Положить подушку под голову пациента.
7. Под согнутую, находящуюся сверху руку поместить подушку на уровне плеча. Другую руку пациента положить на простыню.
8. Под согнутую «верхнюю» ногу подложить подушку, так чтобы нога оказалась на уровне бедра.
9. У подошвы ноги положить мешок с песком.

3. Окончание процедуры:

4. Поправьте позу пациента, убедитесь в удобном положении пациента.
5. Поднять боковые поручни кровати.
6. Подвинуть прикроватный столик рядом с постелью и положите предметы, часто необходимые пациенту, на столик.
7. Расположите пульт вызова персонала в зоне досягаемости пациента, дайте пациенту понять, что персонал рядом и по требованию пациента сразу придет.
8. Снять перчатки, сбросить в отходы класса «Б».
9. Обработать руки на гигиеническом уровне.
10. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

**«НЕГАТИВНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ»**

1. Бриллиантовый зеленый 1%-й или 2%-й спиртовой или водный раствор
2. Калия перманганат раствор
3. Фукорцин раствор и другие красящие средства
4. Гексахлорофен раствор
5. Хлоргексидин раствор
6. Повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям)
7. Спирт камфорный
8. Спирт этиловый 95-96%-й, 90%-й, 70%-й, 40%-й
9. Одеколон
11. Салициловая кислота раствор
12. Перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям)
13. Разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем
14. Картолин мазь
15. Линимент бальзамический по А.В. Вишневскому
16. Растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганый корень, настой зеленого грецкого ореха, скумпия и др.)
17. Применение резинового круга (резинового судна) в т. ч. обернутого ветошью, марлей
18. Применение ватно-марлевых кругов, матерчатого «бублика»
19. Массаж «рискованных» участков тела
20. Гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, пенок, кремов, защитных пленок и др.
21. Кусковое мыло.



**«КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА И ЕГО РОДСТВЕННИКОВ
ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПРОЛЕЖНЕЙ»**

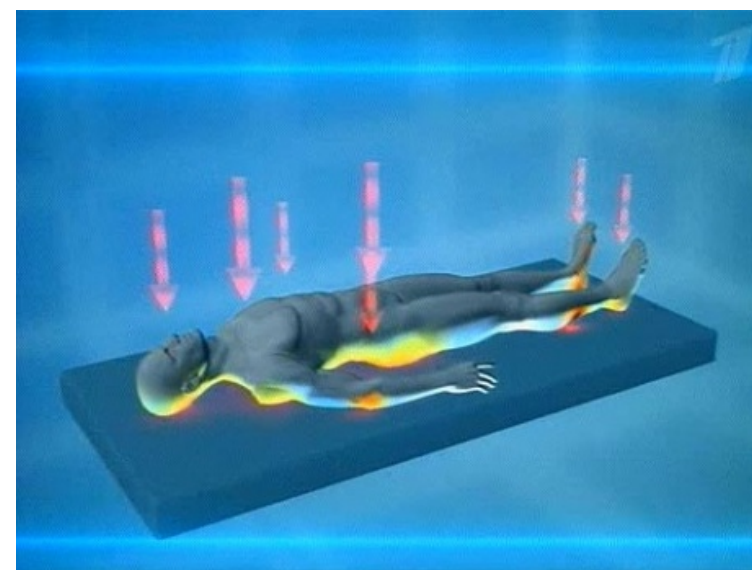
Таб. 1. Средний вес продуктов, содержащий 100 грамм пищевого белка

Вес (г)	Продукт	Вес (г)	Продукт
725	жирный творог	510	нежирный цыпленок
500	нежирный творог	510	индейка
625	мягкий диетический творог	575	печень говяжья
1430	молоко сгущенное, без сахара, стерилизованное	640	камбала
425	сыр голландский	625	камп
375	сыр костромской, пошехонский, ярославский	540	окунь речной
475	сыр российский	530	палтус
400	сыр швейцарский	590	салака
685	брынза из овечьего молока	565	сельдь атлантическая жирная
560	брынза из коровьего молока	555	сельдь тихоокеанская нежирная
785	яйцо куриное	555	скумбрия
480	баранина нежирная	540	ставрида
495	говядина нежирная	525	судак
485	мясо кролика	575	треска
685	свинина мясная	600	хек
510	телятина	530	щука
550	мясо кур	1250	крупа манная
1460	хлеб пшеничный	1500	рис
1100	макароны, лапша	2000	горох зеленый
1250	крупа гречневая		

ГБПОУ «Краснодарский краевой базовый медицинский колледж»
министерства здравоохранения Краснодарского края

ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

Памятка для пациента



Краснодар 2017

Профилактика - лучшее лечение.

ПРОЛЕЖЕНЬ (d e s c u b i t u s) – это язвенонекротическое поражение тканей в результате длительного сдавления или смещения тканей относительно друг друга (рис.1).

Пролежни появляются там где кожа долгое время плохо снабжается кровью вследствие сдавливания кровеносных сосудов



Рис.1. Стадии образования пролежней

Образуются пролежни в положении на спине (крестец, область лопаток, локтей, пяток, затылка). В положении на боку пролежни могут образовываться в области тазобедренных и коленных суставов. При длительном пребывании пациента в положении сидя пролежни появляются в области копчика и седалищных бугров, в некоторых случаях — на пальцах ног, если давит тяжелое одеяло (рис.2).

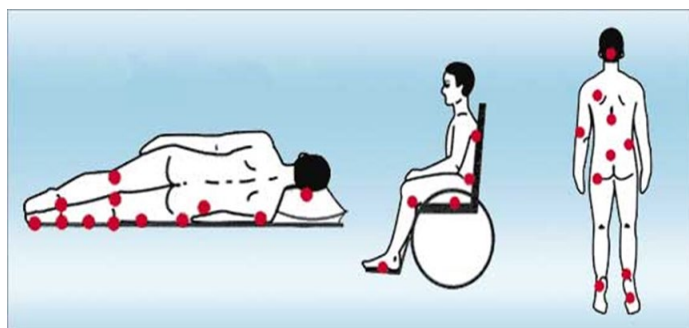


Рис.2. Места образования пролежней

Для того чтобы помочь нам предупредить у Вас образование пролежней, следует:

- ✓ употреблять в пищу достаточное (не менее 1,5 литра) 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 (таб.1.).
- ✓ перемещайтесь в постели, в т. ч. из кровати в кресло, исключая трение; используйте вспомогательные средства;
- ✓ используйте противопролежневый матрас и 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 или самоуходе;
- ✓ используйте абсорбирующее белье и профессиональные средства (косметические), медицинские изделия для ухода за кожей для гигиены при недержании мочи и уменьшения негативного влияния мочи на состояние кожи;
- ✓ задавайте вопросы медсестре, если у Вас появились какие-то проблемы.

Памятка для лица, осуществляющего уход за пациентом, или законного представителя пациента

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

Не подвергайте уязвимые участки тела давлению, трению. Проводите гигиенические процедуры: 1 раз в день обработка всего тела пациента, проблемных зон при сильном потоотделении, гигиену интимной зоны каждый раз при смене подгузника.

Используйте профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например: гели, средства для мытья пациента в постели, средства для мытья и ухода за кожей с нейтральным для кожи рН, системы «мытья без воды» – очищающая пена и др. В случае применения моющих средств, убедитесь, что моющее средство смыто, высушите кожу промакивающими движениями.

Для высушивания кожи не используйте изделия из махровой ткани. Если кожа слишком сухая, пользуйтесь увлажняющим кремом или маслом.

Мойте кожу теплой водой. Пользуйтесь защитными кремами и пленками, если это показано.

Не делайте массаж в области выступающих костных выступов.

Изменяйте положение пациента каждые 2 часа (в ночное время по потребности пациента с учетом риска развития пролежней): 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, сухость и т. п.).

Исключите контакт кожи пациента с жесткой частью кровати.

Используйте матрацы, подушки на пористой (пенной) основе в дышащем в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов, клеенок и др.) для уменьшения давления на кожу, снижения риска возникновения парникового эффекта.

Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Не используйте резиновые круги, в т. ч. обернутые ветошью, марлей и т. д.. Пользуйтесь соответствующими приспособлениями (противопролежневые матрацы, противопролежневые подушки, система укладки пациента и др.).

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

Не допускайте, чтобы в положении «на боку» пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра (положение пациента 30°).

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 ослаблять давление на ягодицы каждые 15 минут: наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла и т. д.

Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

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

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в т. ч. при недержании мочи.

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

Используйте абсорбирующее белье (непромокаемые пеленки, подгузники, впитывающие трусы, урологические прокладки и вкладыши и др.). Выбор абсорбирующего белья проводится в соответствии с ГОСТ Р 55370.

«Блиц турнир»

№	вопрос	ответ
1	Пролежень – это...	Язвенонекротическое поражение тканей в результате длительного сдавливания или смещения тканей относительно друг друга
2	Места образования пролежней...	Все костные выступы
3	По каким параметрам по Шкале Ватерлоу оценивается степень риска развития пролежней?	1. телосложение; 2. масса тела, относительно роста; 3. тип кожи; 4. пол, возраст; 5. особые факторы риска; 6. удержание мочи и кала; 7. подвижность; 8. аппетит; 9. неврологические расстройства; 10. оперативные вмешательства или травмы.
4	I стадия образования пролежней	Начальная стадия пролежней В зависимости от цвета кожи можно рассмотреть покраснение эпидермиса, которое не изменяется в цвете при нажатии на него.
5	II стадия образования пролежней	повреждения эпидермиса. Целостность покрова нарушается, может начаться отслоение. Изначально могут появляться единичные ранки или волдыри.
6	III стадия образования пролежней	Повреждения начинают достигать жировой ткани. Поверхность полностью поражена, и кожный покров отсутствует. Язва напоминает кратер, а ее дно заполнено омертвевшей тканью желто-коричневого оттенка.
7	IV стадия образования пролежней	На этой стадии развития пролежней происходит отмирание всех мягких тканей. Виднеются кости и сухожилия.
8	СРЕДСТВА МЕНАЛИНД ДЛЯ ОЧИЩЕНИЯ КОЖИ – какого цвета маркировка?	голубая
9	СРЕДСТВА ДЛЯ ПИТАНИЯ И УВЛАЖНЕНИЯ КОЖИ–какого цвета маркировка?	желтая
10	СРЕДСТВА ДЛЯ ЗАЩИТЫ КОЖИ	розовая

Заключительное слово преподавателя



У здоровых людей никогда не возникает пролежней. Болезни и инвалидность ведут к ограничению движения, что, в свою очередь, делает пациента подверженным опасности возникновения пролежней. Хороший медицинский уход, направленный на облегчение страданий, излечение болезней или устранение инвалидности, включает меры по профилактике и лечению пролежней.

Часть хорошего ухода - это подбадривание больного, моральная поддержка. Насколько позволяют условия, следует помочь ему установить частые встречи с родственниками и друзьями. Рассказывать ему о тех событиях в мире, которые интересны пациенту, если он способен воспринимать информацию. Проблемы некоторых пациентов не всегда могут быть решены родственниками, медсестрой или врачом без помощи социальных работников, психотерапевтов и специалистов по реабилитации.

Необходимо направлять усилия больного на выздоровление. Ничто не воодушевляет пациента больше, чем изучение способов помощи самому себе. Чем более ответственно относится пациент к уходу за собой, тем более здоровым он становится. Обучайте пациента заботиться о себе, но никогда не упрекайте его в умственных или физических недостатках. Многие из пациентов, которые не могут помочь себе физически, способны помочь планировать и осуществлять уход за собой

Итак, самое главное, что нужно знать о профилактике пролежней, что их легче предотвратить, чем лечить и пролежень – как явление не что иное, как неправильный, не эффективный уход за пациентом!

Желаем всем удачи
БУДТЕ ЗДОРОВЫ!!!