



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ

ПРИКАЗ

«16» 12. 2019

Донецк

№ 2313

Об утверждении протоколов
«Технологии выполнения основных
медицинских процедур и манипуляций
медицинской сестрой (фельдшером,
акушеркой)»

С целью обеспечения единых, современных, научно обоснованных подходов к стандартизации медицинской помощи с позиций доказательной медицины, руководствуясь пунктом 12 части 1 статьи 6, частью 3 статьи 32 Закона Донецкой Народной Республики «О здравоохранении», подпунктами 7.12, 7.14, 7.19 пункта 7, пунктами 11, 13 Положения о Министерстве здравоохранения Донецкой Народной Республики, утвержденного Постановлением Совета Министров Донецкой Народной Республики от 10 января 2015 года № 1-33, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08 декабря 2015 года № 012.1/628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики», зарегистрированного в Министерстве юстиции Донецкой Народной Республики 23 декабря 2015 года под регистрационным № 848,

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:
 - 1.1. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по уходу за пациентом при риске развития пролежней, прилагается.
 - 1.2. Протокол медицинской сестры (фельдшера, акушерки) по уходу за пациентом с диабетической стопой, прилагается.
2. Руководителям органов и учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики обеспечить:
 - 2.1. Соблюдение утвержденных протоколов пунктом 1 настоящего Приказа.

2.2. Разработку и внедрение локальных протоколов оказания медицинской помощи на основе утвержденных пунктом I настоящего приказа протоколов.

3. Ответственность за исполнение настоящего Приказа возложить на руководителей органов, учреждений здравоохранения Донецкой Народной Республики.

4. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на директора Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики.

5. Настоящий Приказ вступает в силу со дня его официального опубликования.

Министр



О.Н. Долгошапко

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
16.12.2019 № 2313

**ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ (ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ)
ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ ПРИ РИСКЕ РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ**

1. Паспортная часть

1.1. Проблема, связанная со здоровьем: Необходимость ухода за пациентом при риске развития пролежней.

1.2. Код по МКБ-10: L89

1.3. Цель протокола: Информационное обеспечение ухода за пациентом при риске развития пролежней

1.4. Дата составления протокола: октябрь 2019

1.5. Дата пересмотра протокола: октябрь 2021

1.6. Список и контактная информация лиц, которые участвовали в разработке протокола:

Составители	Учреждения - разработчики
Каменева Лариса Анатольевна (председатель Рабочей группы) Главный специалиста отдела лицензирования, аккредитации и государственного контроля качества Департамента организации оказания медицинской помощи	Отдел лицензирования, аккредитации и государственного контроля качества Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения ДНР
Ежикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя Рабочей группы) Начальник Центра	Республиканский Центр здоровья Министерства здравоохранения ДНР
Фролков Виталий Витальевич Врач-терапевт	Республиканский онкологический центр им. пр. Г.В. Бондаря
Белецкая Елена Викторовна Преподаватель сестринского ухода при заболеваниях в хирургии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Левитан Ирина Анатольевна Заведующий учебно-	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский

производственной практикой	медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Хадькина Елена Анатольевна Преподаватель – методист сестринского ухода при заболеваниях в терапии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Донецкий медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Духонченко Ирина Марковна Преподаватель – методист сестринского ухода при заболеваниях в терапии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Донецкий медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Боченко Галина Ивановна Заместитель главного врача по медсестринству	Дорожная клиническая больница станции Донецк Министерства здравоохранения ДНР
Гончарова Елена Викторовна Главная медицинская сестра	Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения ДНР
Черепанова Лариса Владимировна Главная медицинская сестра	Городская больница № 6 г. Макеевка Министерства здравоохранения ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна Главная медицинская сестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение Министерства здравоохранения ДНР
Василенко Анжелика Игоревна Главная медицинская сестра	Республиканский травматологический центр Министерства здравоохранения ДНР

1.7. Актуальность проблемы: необходимость унификации ухода за пациентами с различной патологией, связанной с длительной неподвижностью. У данной категории пациентов существуют потенциальные риски развития пролежней. Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более, чем в 80% случаев, что позволяет повысить уровень качества жизни пациентов, снизить финансовые расходы на лечение пролежней.

1.8. Определение:

Пролежень - хроническая язва мягких тканей, возникающая у больных с нарушением чувствительности (обычно находящихся в неподвижном состоянии) вследствие сдавления, трения или смещения кожи, либо в результате сочетания этих факторов.

2. Общая часть.

2.1. Для учреждений здравоохранения.

- 2.1.1. Причины образования пролежней
- 2.1.2. Факторы риска образования пролежней
- 2.1.3. Оценка развития пролежней
- 2.1.4. Места появления пролежней
- 2.1.5. Стадии развития пролежней
- 2.1.6. Предупреждение риска развития пролежней в условиях больницы
- 2.1.7. Обработка пролежней
- 2.1.8. Документация, позволяющая осуществить динамическое наблюдение и контроль качества ухода
- 2.1.9. Памятка для пациента
- 2.1.10. Памятка для родственников и других лиц, осуществляющих уход

2.1.1. Причины образования пролежней

На сегодняшний день установлено, что причинами образования пролежневых язв являются: непрерывное давление, силы смещения, трение, влажность.

2.1.1.1. Давление

Длительное давление приводит к *сдавливанию* мягких тканей (кожи, мышц) и нервов, обструкции сосудов. В тканях над костными выступами нарушаются микроциркуляция и трофика, развивается гипоксия с последующим развитием пролежней. Продолжительность давления – решающий фактор возникновения пролежней. В зависимости от состояния пациента, наличия дополнительных факторов риска, для возникновения пролежня достаточно 1-2 часов.

2.1.1.2. Трение

Повреждение мягких тканей *от трения* возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью. Трение вызывает отслаивание рогового слоя кожи, приводя к травме кожи и более глубоким мягких тканей. Трение возрастает при *увлажнении*. Пациенты с недержанием мочи и кала, с избыточной или

критически низкой массой тела, повышенной потливостью более подвержены развитию пролежней. Риск развития пролежней возрастает при использовании влажного или не впитывающего влагу (синтетического) белья, при расположении больного на не впитывающих влагу поверхностях.

2.1.1.3. Срезающая (сдвигающая) сила

Сдвиг тканей наблюдается, если пациент в постели съезжает с подушек вниз или подтягивается к изголовью кровати. При неправильной технике перемещения пациента медперсоналом или родственниками этот фактор «срезающей силы» может вызвать разрыв мышечных волокон, натяжение и сгибание сосудов, нарушение микроциркуляции, ишемию и повреждение тканей, приводя к образованию глубоких пролежней.

2.1.1.4. Плохое питание

Для нормальной репродукции клеток кожи необходимо их хорошее *питание*. Репродукция снижается при недостатке питательных веществ и повреждении кожи. Потеря пациента в весе приводит к истончению кожи (папиросная бумага), образованию морщин и трещин на коже.

2.1.2. Факторы риска образования пролежней

Внутренние факторы риска	
Обратимые:	Необратимые:
<ul style="list-style-type: none"> - истощение/ ожирение - ограниченная подвижность/ обездвиженность - анемия; - недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты; - обезвоживание; -сердечная недостаточность - гипотензия; - недержание мочи и/или кала; - нарушение периферического кровообращения и микроциркуляции; - нарушение психомоторной активности (апатия, возбуждение, беспокойство); -спутанное сознание -кома -изменения в психологическом состоянии; - бессонница 	<ul style="list-style-type: none"> - старческий возраст; -терминальное состояние; -неврологические расстройства (сенсорные, двигательные); - изменение сознания (спутанное сознание, кома) - дистрофические изменения кожи (истонченная, сухая, поврежденная)

-боль	
Внешние факторы риска	
Обратимые:	Необратимые:
<ul style="list-style-type: none"> - плохой гигиенический уход; -неправильно подобранные средства методы и средства по уходу - неправильная техника массажа и подбор средств для массажа - складки на постельном и/или нательном белье; недостаточное употребление протеина, аскорбиновой кислоты; - отсутствие поручней у кровати - применение цитостатических лекарственных средств; - неправильная техника перемещения пациента в кровати. 	<ul style="list-style-type: none"> - обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 часов. - травмы позвоночника, костей таза; - повреждения голоного и спинного мозга;

2.1.3. Оценка развития пролежней

Шкала Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней

Телосложение, масса тела относительно роста	балл	Тип кожи, зоны визуального риска	балл	Пол, возраст (лет)	балл	Особые факторы риска	балл
среднее	0	здоровая	0	мужской	1	Нарушение питания кожи, например терминальная кахексия	8
выше среднего	1	«папиросная бумага»	1	женский	2		
ожирение	2	сухая	1	14-49	1	сердечная недостаточность	5
ниже среднего	3	отечная	1	50-64	2	болезни периферических сосудов	5
		липкая (повышенная температура) изменения цвета трещины, пятна	1	65-74	3	анемия	2
				75-81	4	курение (10 сигарет в день и более)	1
				старше 81	5		
Недержание мочи и кала	балл	Подвижность	балл	Аппетит	балл	Сопутствующая патология	балл
Полный контроль/ через катетер	0	Полная	0	Средний	0	Сахарный диабет, множественный склероз, инсульт, параплегия, прочие	4-6
		Беспокойный, суелливый	1	Плохой	1		
Периодическое недержание	1	Апатичный	2	Питательный зонд/ только	2		

				жидкость			
Недержание кала	2	Ограниченная подвижность	3	Парентерально/ анорексия	3		
Недержание кала и мочи	3	Инертность, на скелетном вытяжении	4				
		«Прикованный к креслу/постели»	5				
Обширное оперативное вмешательство/травма							
Ортопедическое (ниже пояса, позвоночник)							5
Нахождение на операционном столе более 2-х часов							5
Лекарственная терапия							
Цитостатические препараты							4
Высокие дозы стероидов							4
Противовоспалительные							4
Итоговое значение, характеризующие степени риска (баллы суммируются):							
- нет риска				- 1- 9 баллов,			
- есть риск				- 10 баллов,			
- высокая степень риска				- 15 баллов,			
- очень высокая степень риска				- 20 баллов			

Вывод: у неподвижных пациентов оценку степени риска развития пролежней следует проводить ежедневно, даже в случае, если при первичном осмотре степень риска оценивалась в 1 - 9 баллов.

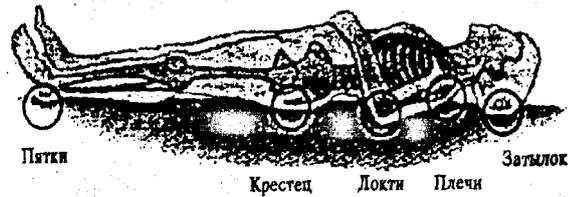
2.1.4. Места появления пролежней

Пролежни могут образоваться везде, где есть костные выступы, контактирующие с твердой поверхностью. В зависимости от расположения пациента (на спине, на боку, сидя в кресле) точки давления изменяются. Потенциальные места развития пролежней представлены на рисунке 1.

Чаще всего пролежни образуются в области грудного отдела позвоночника (самого выступающего отдела), крестца, большого вертела бедренной кости, выступа малоберцовой кости, седалищного бугра, локтя, пяток, ушной раковины.

Реже пролежни образуются в области затылка, сосцевидного отростка, акромиального отростка лопатки, ости лопатки, латерального мыщелка, пальцев стоп.

а)



б)



в)

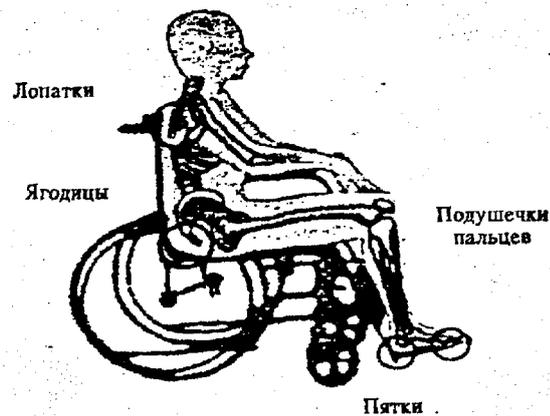


Рисунок 1. Точки давления - потенциальные места развития пролежней

а) на спине;

б) на боку;

в) сидящий человек.

2.1.5. Стадии развития пролежней

Клиническая картина различна при разных стадиях развития пролежней:

1 стадия: появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены.

2 стадия: стойкая гиперемия (синюшно-красного цвета) кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, потертость, пузырь) с распространением на подкожную клетчатку.

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

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

2.1.6. Предупреждение риска развития пролежней в условиях учреждения здравоохранения.

Оснащение:

Медицинские перчатки, кожный антисептик, водонепроницаемый фартук, водонепроницаемый мешок, жидкое нейтральное мыло, одноразовые полотенца, емкость с водой, губка, абсорбирующее белье, противопролежневые матрасы, подушки (толщиной 10 см), прокладки (толщиной не менее 3 см), гелевые подушки.

Обязательное условие: Разместить пациента на функциональной кровати (должны быть поручни с обеих сторон и устройство для приподнимания изголовья кровати). Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старым пружинным матрасом. Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего человека за пациентом.

Выбор противопролежневого матраса зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролонового матраса толщиной 10 см. При более высокой степени риска – специальные противопролежневые матрасы (водные или заполненные воздухом, постоянно или с периодическим поддувом). При использовании инвалидной коляски пациент не должен сидеть без противопролежневой подушки. При низком риске развития пролежней используют поролоновую подушку толщиной 10 см, при более высоком

риске развития пролежней желателно использовать подушку, содержащую гель.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить цель и ход предстоящей манипуляции (если пациент в сознании)	Соблюдение права пациента на информированность
2. Получить согласие пациента на процедуру, при отсутствии сознания уточнить дальнейшие действия у врача	Соблюдение прав пациента. Обеспечение осознанного участия в совместной работе
3. Подготовить необходимое оснащение	Обеспечиваются необходимые условия для проведения процедуры
4. Провести гигиеническую обработку рук. Надеть перчатки, фартук	Обеспечивается инфекционная безопасность
II. Выполнение процедуры	
5. Использовать хлопчатобумажное постельное белье, одеяло (легкое) должно быть в хлопчатобумажном пододеяльнике	Обеспечивается поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности (не слишком сухой и не слишком влажной)
6. Провести текущую оценку по шкале оценки риска развития пролежней (по Ватерлоо) не менее чем 1 раз в сутки (утром)	Обеспечивается достоверность оценивания и последовательность ухода
7. Изменять положение пациента каждые 2 часа (выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента): а) 8.00-10.00 – положение Фаулера; б) 10.00-12.00 – положение на левом боку; в) 12.00-14.00 – положение на правом боку; г) 14.00-16.00 – положение Фаулера; д) 16.00-18.00 – положение Симса; е) 18.00-20.00 – положение Фаулера; ё) 20.00-22.00 – положение на правом боку; ж) 22.00-24.00 – положение на левом боку; з) 0.00-2.00 – положение Симса; и) 2.00-4.00 – положение на правом боку; к) 4.00-6.00 – положение на левом боку; л) 6.00-8.00 – положение Симса Примечание: Не допускать, чтобы в положении "на боку" пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра	Уменьшается длительное давление на определенные участки тела. Улучшается кровообращение. График перемещения пациента обеспечивает преемственность действий медицинского персонала
8. Проверять при каждой смене положения состояние кожи в области давления.	Своевременное выявление изменений состояния кожи

9. Следить за удобным положением конечностей при поворотах	Уменьшается давление на кожу и риск механического повреждения
10. Обмыть места возможного образования пролежней не реже 1 раза в сутки теплой водой с нейтральным мылом. Вытереть насухо полотенцем, делая промокательные движения. Если кожа слишком сухая, использовать увлажняющий крем. Примечание: мытье и вытирание кожи проводить без трения не реже 1 раза в сутки.	Обеспечивается сохранение целостности кожных покровов. Предупреждается инфицирование. Предупреждается чрезмерная сухость кожи
11. В случае проведения массажа не подвергать участки зон риска трению. Массаж тела, в том числе около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа) проводить после обильного нанесения на кожу увлажняющего крема.	Достигается улучшение циркуляции крови. Предотвращается трение и сдвиг тканей
12. Проверять состояние постельного белья во время смены положения (каждые 2 часа). Бельё должно быть чистым, сухим, без крошек	Наличие складок, крошек, влажность белья способствуют более быстрому образованию пролежней
13. Осуществлять перемещение пациента бережно, приподнимая его над постелью или используя подкладную простыню, слайдер	Исключается трение и сдвиг тканей
14. Научить членов семьи технике правильного перемещения пациента	Обеспечивается участие членов семьи в уходе. Уменьшается нагрузка на медицинского работника
15. Определять количество потребленной пищи (количество белка не менее 120 г и 500 - 1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки). Суточный рацион должен быть достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента	Обеспечивается количество белка, необходимое для формирования иммунитета
16. Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки: а) с 9.00 до 13.00 – 700 мл; б) с 13.00 до 18.00 – 500 мл; в) с 18.00 до 22.00 – 300 мл Примечание: количество жидкости зависит от основного заболевания пациента.	Предупреждается обезвоживание и пересыхание кожи
17. Под уязвимые участки тела необходимо подкладывать противопролежневые валики и подушки.	Уменьшается давление на кожу
18. Использовать абсорбирующее белье (впитывающие простыни, пеленки, подгузники, урологические прокладки и вкладыши) уменьшающее чрезмерную влажность. В случае недержания мочи менять подгузники каждые 4 часа. В случае недержания кала менять памперсы немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	Уменьшается раздражение кожи и ее влажность

19. Максимально расширять активность пациента: обучить его самопомощи для уменьшения давления на точки опоры. Поощрять его изменять положение: поворачиваться, используя поручни кровати, подтягиваться	Обеспечивается участие пациента в уходе. Уменьшается нагрузка на медицинского работника. Уменьшается длительное давление на определенные участки тела
20. При размещении пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещать противопролежневые подушки, под стопы - противопролежневые прокладки. Напоминайте пациенту изменять положение тела, посоветуйте ослаблять давление на ягодицы каждые 15 мин.: самостоятельно наклоняться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла и т.д.	Уменьшение давления на мягкие ткани в области костных выступов
III. Окончание процедуры	
21. После каждого этапа проводить гигиеническую обработку рук	Соблюдение инфекционной безопасности

2.1.7. Обработка пролежней

Оснащение: стерильные: лоток, салфетки, марлевые тампоны, пинцеты, раствор местного антисептика, антисептические мази, перевязочный материал, противопролежневые адгезивные повязки; кожный антисептик для обработки рук, перчатки. Нестерильные: маска, нательное и постельное белье; противопролежневые матрацы, подушки.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Представить себя пациенту или ухаживающему лицу. Установить доверительные отношения	Обеспечение сознательного участия в процессе лечения
2. Объяснить пациенту цель и ход процедуры	Обеспечение права пациентки на информацию, мотивация пациента к сотрудничеству
3. Подготовить необходимое оснащение	Подготовка к процедуре
4. Отгородить пациента ширмой (в многоместной палате)	Обеспечение уединения пациента
5. Провести гигиеническую обработку рук, надеть перчатки	Обеспечение инфекционной безопасности
II. Выполнение процедуры	
6. Осмотреть пораженный участок кожи пациента	Определение степени поражения
7. Обработать пролежни (при нарушении эпидермиса) раствором антисептика (по назначению врача) с помощью стерильных салфеток и пинцета, дать подсохнуть	Обеспечение туалета раны

<p>8. Наложить стерильную повязку с антисептическими мазями (по назначению врача). В труднодоступных местах и областях, подвергающихся трению между кожей и простыней, использовать противопролежневые адгезивные повязки. Примечание: 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</p>	Обеспечение лечебного эффекта
<p>9. Проведение стандартных мероприятий по профилактике пролежней</p>	Предупреждение образования новых пролежней и распространения (углубления) уже существующих
III. Окончание процедуры	
<p>10. Все использованные материалы утилизировать по классам</p>	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>11. Снять перчатки, положить их в емкость для последующей дезинфекции</p>	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>12. Укрыть пациента</p>	Обеспечение комфортного состояния пациента
<p>13. Провести гигиеническую обработку рук.</p>	Обеспечение инфекционной безопасности
<p>14. Сделать запись о проведении мероприятий по обработке пролежней в медицинской документации</p>	Документирование процедуры. Обеспечение преемственности ухода

**Рекомендуемый план ухода и лечения пролежней
(результаты ухода регистрировать в протоколе к плану)**

Проблемы	Цель	Сестринские вмешательства
<p>1. Пролежень в области..... (указать)</p>	<p>Способствовать заживлению пролежней</p>	<p>1. См. стандартный план профилактики пролежней</p>
<p>2.(п) Риск развития пролежней в области.....</p>	<p>Новых пролежней не будет</p>	<p>2. <i>1 степень тяжести:</i> - биоокклюзионные повязки - мазь (по назначению врача) <i>2 степень тяжести:</i> перед обработкой пролежня: - дезодорирование раны при помощи салфеток с активированным углем; - дезодорирование помещения с помощью дезодоранта, содержащего хлорофилл (или цветочный запах); -воздушные фильтры для</p>

		<p>освежения воздуха.</p> <p>Промывание пролежня большим количеством физиологического раствора или дистиллированной воды.</p> <p><i>3 и 4 степень тяжести:</i></p> <p>- лечение хирургическое: вскрытие полости с последующей дезинфекцией и удаление омертвевших тканей.</p> <p>Для удаления отслоившейся некротической массы - ферментные препараты (по назначению врача), местно (гель) для улучшения обменных процессов и ускорения регенерации тканей</p>
<p>3.(п) Риск инфицирования пролежня</p> <p>4. Неприятный запах от пролежней, вызывающий дискомфорт</p>	<p>Инфицирования не будет.</p> <p>Пациент и окружающие не будут ощущать неприятного запаха и связанного с этим дискомфорта</p>	<p>Повязка на рану (для предупреждения инфекции неприятного запаха):</p> <p>- в последние слои повязки можно помещать пластины с активированным древесным углем;</p> <p>- можно использовать готовые повязки, содержащие хлорофилл;</p> <p>- по возможности закреплять повязку бумажной липкой лентой (она не очень стягивает и сдвигает слои тканей, легче снимается, позволяет кожи дышать)</p>
<p>5. Боль в области пролежня, нарушающая сон и настроение</p>	<p>Пациент подтвердит, что он не чувствует боли</p>	<p>Оценка эффективности обезболивания и/или боли по шкале. (указать шкалу). При неэффективном обезболивании консультация с врачом</p>
<p>6. Угнетенное настроение в связи с длительным лечением пролежней</p>	<p>Пациент и окружающие отметят улучшение настроения</p>	<p>Психологическая поддержка пациента и его, близких при длительном лечении пролежней</p>

2.1.8. Документация, позволяющая осуществить динамическое наблюдение и контроль качества ухода.

2.1.8.1. Лист сестринской оценки риска развития и стадии пролежней

ФИО пациента _____ № карты _____

Отделение _____ Палата № _____

№ п/п	Наименование	1	2	3	4	5	6	7	8
-------	--------------	---	---	---	---	---	---	---	---

1	Масса тела	0	1	2	3				
2	Тип кожи	0	1	1	1	1	1	2	3
3	Пол	1	2						
4	Возраст	1	2	3	4	5			
5	Особые факторы риска	8	5	5	2	1			
6	Недержание	0	1	2	3				
7	Подвижность	0	1	2	3	4	5		
8	Аппетит	0	1	2	3				
9	Неврологические расстройства	4	5	6					
10	Обширное оперативное вмешательство/ травма	5				Более 2ч на столе - 5			
11	Лекарственная терапия	4							

Инструкция: обведите кружком цифру, соответствующую баллам по шкале Ватерлоу.

Сумма баллов _____

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

Пролежни: есть, нет (нужное подчеркнуть)

Стадия: 1 2 3 4 (нужное подчеркнуть)

Согласовано с врачом _____
(подпись врача) (ФИО врача)

2.1.8.2. Лист сестринской оценки степени тяжести пролежней

Отделение _____

Палата _____

Ф.И.О. _____

Данные оценки степени пролежней и план ухода	Степень пролежней
1. <i>Предварительная оценка</i> /размер/степень/цвет, местоположение	<p><i>Степень 1:</i> кожный покров не нарушен. Устойчивая гиперемия, не проходящая после прекращения давления.</p> <p><i>Степень 2:</i> поверхностное (неглубокое нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку). Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.</p> <p><i>Степень 3:</i> разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения.</p> <p><i>Степень 4:</i> поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости).</p> <p><i>Цель ухода:</i> способствовать оптимальным условиям для заживления.</p>

1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз (утром)
2. Изменение положения пациента каждые 2 часа: 8-10 ч. – положение Фаулера; 10-12 ч. – положение «на левом боку»; 12-14 ч. – положение «на правом боку»; 14-16 ч. – положение Фаулера; 16-18 ч. – положение Симса; 18-20 ч. – положение Фаулера; 20-22 ч. – положение «на правом боку»; 22-24 ч. – положение «на левом боку»; 0-2 ч. – положение Симса; 2-4 ч. – положение «на правом боку»; 4-6 ч. – положение «на левом боку»; 6-8 ч. – положение Симса. Примечание: выбор положения и их чередование могут изменяться в зависимости от заболевания и состояния пациента	Ежедневно 12 раз
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно по потребности
4. Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного	Ежедневно по мере загрязнения, но не менее 2 раз в день, даже в отсутствие видимого загрязнения
5. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)	Ежедневно 12 раз
6. Обучение лиц, ухаживающих за пациентом технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	По индивидуальной программе
7. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
8. Обеспечение употребления не менее 1,5 л жидкости в сутки: с 9 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ ч. – 700 мл; с 13 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰ ч. – 500 мл; с 18 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ ч. – 300 мл	Ежедневно в течение дня
9. Использование противопролежневых прокладок в зоне участков риска, исключающих давление на кожу	В течение дня
10. При недержании: - мочи - смена подгузников каждые 4 часа; - кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	В течение дня
11. При усилении болей - консультация врача	По потребности
12. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	В течение дня
13. Массаж кожи около участков риска	Ежедневно 3 раза

14. Пособие при дефекации и мочеиспускании тяжелобольного	Ежедневно по потребности
15. Наблюдение за влажностью кожи и поддержание умеренной влажности	В течение дня
16. Обучение пациента дыхательным упражнениям и поощрение их выполнения	В течение дня, не менее 2 раз

2.1.8.5 Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у пациента, который может сидеть)

Сестринские вмешательства	Кратность
1. Проводить текущую оценку риска развития пролежней по шкале Ватерлоу	Ежедневно 1 раз (утром)
2. Изменять положение пациента каждые 2 часа: 8-10 ч. – положение «сидя»; 10-12 ч. – положение «на левом боку»; 12-14 ч. – положение «на правом боку»; 14-16 ч. – положение «сидя»; 16-18 ч. – положение Симса; 18-20 ч. – положение «сидя»; 20-22 ч. – положение «на правом боку»; 22-24 ч. – положение «на левом боку»;	Ежедневно 12 раз
0-2 ч. – положение Симса; 2-4 ч. – положение «на правом боку»; 4-6 ч. – положение «на левом боку»; 6-8 ч. – положение Симса; Если пациент может быть перемещен (или перемещаться самостоятельно с помощью вспомогательных средств) и в кресле (инвалидной коляске), он может находиться в положении сидя и в кровати	
3. Обмывание загрязненных участков кожи	Ежедневно по потребности
4. Проверка состояния постели при перемене положения (каждые 2 часа)	Ежедневно 12 раз
5. Обучение родственников пациента, технике правильного перемещения (приподнимая над кроватью)	По индивидуальной программе
6. Обучение пациента самостоятельному перемещению в кровати с помощью устройства для приподнимания	По индивидуальной программе
7. Обучение пациента технике безопасного самостоятельного перемещения с кровати в кресло с помощью других средств	По индивидуальной программе
8. Определение количества съеденной пищи (количество белка не менее 120 г, аскорбиновой кислоты 500-1000 мг в сутки)	Ежедневно 4 раза
9. Обеспечить употребление не менее 1,5 л. жидкости в сутки: с 9 ⁰⁰ – 13 ⁰⁰ ч. – 700 мл; с 13 ⁰⁰ – 18 ⁰⁰ ч. – 500 мл; с 18 ⁰⁰ – 22 ⁰⁰ ч. – 300 мл	В течение дня

10. Использовать противопролежневые прокладки, исключая давление на кожу под участки риска, в т. ч. в положении пациента «сидя» (под стопы)	В течение дня
11. При недержании: - мочи - смена подгузников каждые 4 часа, - кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой	В течение дня
12. При усилении болей – консультация врача	По потребности
13. Обучение пациента и поощрение его изменять положение в постели (точки давления) с помощью перекладин, поручней и других приспособлений	Ежедневно в течение дня
14. Массаж кожи около участков риска развития пролежней	Ежедневно 4 раза

2.1.9. Памятка для пациента

Профилактика - лучшее лечение. Для того чтобы помочь нам предупредить у Вас образование пролежней, следует:

- употреблять достаточное (не менее 1,5 л в сутки) количество жидкости (объем жидкости следует уточнить у врача);
- употреблять в пищу не менее 120 г белка. Такое количество белка нужно "набрать" из разных, любимых Вами продуктов, как животного, так и растительного происхождения.

Так, например, **100 г белка** содержится в:

725 г	жирного творога	510 г	нежирного цыпленка
500 г	нежирного творога	510 г	индейки
625 г	мягкого диетического творога	575 г	печени говяжьей
1430 г	молока сгущенного, без сахара, стерилизованного	640 г	камбалы
425 г	сыра голландского	625 г	карпа
375 г	сыра костромского, пошехонского, ярославского	540 г	окуня речного
475 г	сыра российского	530 г	палтуса
400 г	сыра швейцарского	590 г	салаки
685 г	брынзы из овечьего молока	565 г	сельди атлантической жирной
560 г	брынзы из коровьего молока	555 г	сельди тихоокеанской нежирной
785 г	яйцо куриное	555 г	скумбрии
480 г	баранины нежирной	540 г	ставриды
495 г	говядины нежирной	525 г	судака
485 г	мяса кролика	575 г	трески
685 г	свинины мясной	600 г	хека

510 г	телятины	530 г	щуки
550 г	куриного мяса		

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

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

- употреблять не менее 500-1000 мг аскорбиновой кислоты (витамина С) в сутки;
- перемещаться в постели, в т. ч. из кровати в кресло, исключая трение;
- использовать вспомогательные средства;
- использовать противопролежневый матрас и/или подушку для кресла;
- попытаться находить в постели удобное положение, но не увеличивать давление на уязвимые участки (костные выступы);
- изменять положение в постели каждые 1-2 часа или чаще, если Вы можете сидеть;
- ходить, если можете;
- делать упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги;
- делать 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий, медленный вдох через рот, выдох через нос;
- принимать активное участие в уходе за Вами;
- задавать вопросы медсестре, если у вас появились какие-то проблемы.

2.1.10 Памятка для родственников и других лиц, осуществляющих уход

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

Не подвергайте уязвимые участки тела трению. Обмывайте уязвимые

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

Пользуйтесь защитными кремами, если это показано.

Не делайте массаж в области выступающих костных выступов.

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

Изменяйте положение пациента, приподнимая его над постелью.

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

Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати.

Используйте специальные приспособления – гелевые, полиуретановые, воздушные матрасы, подушки, прокладки (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу.

Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи.

Пользуйтесь соответствующими приспособлениями.

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

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

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

опираясь на ручки кресла.

Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

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

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе при недержании мочи.

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

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

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».

2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».

3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».

4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 23.09.2015 № 561 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 19.01.02 Лаборант-аналитик».

5. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 423 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.03 Лабораторная диагностика».

6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 №421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».

7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 №01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».

8. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».

11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

12. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

13. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.11.15 № 012.1/559 «Об утверждении форм первичной учетной документации, которые используются в лабораториях и других учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

14. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

15. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. № 798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».

16. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. - К.: Медицина, 2008.

17. Касевич Н.М. Общий уход за больными и медицинская манипуляционная техника: учебник. - К.: Медицина, 2008. - 424 с.

18. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

19. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 13.06. 2016 № 575 «Об утверждении нормативных правовых актов о мерах защиты работников от заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей».

20. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 26 от 10.01.18 «Об утверждении Государственных санитарных правил и норм «Санитарно – эпидемиологические требования по обращению с медицинскими отходами»

21. Воробьев П.А., Краснова Л.С. Пролежни. Экономика и профилактика // М.: Ньюдиамед, 2012. – 100 с.

22. Европейская консультативная группа по пролежням и Национальная консультативная группа по пролежням. Руководство по лечению пролежней, краткое руководство. Вашингтон ДС. Национальная консультативная группа по пролежням, 2009, Климиашвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней // Русский медицинский журнал. – 2004. – Т. 12, №12. – С. 40-45.

23. Национальный стандарт Российской Федерации. Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней. ГОСТ Р 56819-2015.

24. Обуховец Т.П. Сестринское дело и сестринский уход: учебное пособие / Т.П. Обуховец. – М.: КНОРУС, 2016. – 680 с. - (Среднее профессиональное образование).

25. Приказ МЗ ДНР № 26 от 10.01.2018 г. «Об утверждении Государственных правил и норм «Санитарно-эпидемиологические требования по обращению с медицинскими отходами».

26. Теоретические основы сестринского дела : учебник / С. А. Мухина, И. И. Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



О.Н. Долгошапка

ОДОБРЕНО

Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

13.12.2018 № 15

УТВЕРЖДЕН
Приказом Министерства
здравоохранения
Донецкой Народной Республики
16.12.2019 № 28-13

ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ(ФЕЛЬДШЕРА, АКУШЕРКИ) ПО
УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ С ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПОЙ

1. Паспортная часть

1.1. Проблема, связанная со здоровьем:Выполнение назначений по уходу за больными с диабетической стопой

1.2. Код по МКБ -10: E10-E14

1.3. Протокол предназначен для медицинской сестры, фельдшера, акушерки

1.4. Цель протокола: информационное обеспечение выполнения назначений по уходу за больным с диабетической стопой

1.5. Дата составления протокола : ноябрь 2019

1.6. Дата пересмотра протокола: ноябрь 2022

1.7.Список и контактная информация лиц, которые принимали участие в разработке протокола:

Составители	Учреждения - разработчики
Каменева Лариса Анатольевна (председатель Рабочей группы) Главный специалиста отдела лицензирования, аккредитации и государственного контроля качества Департамента организации оказания медицинской помощи	Отдел лицензирования, аккредитации и государственного контроля качества Департамента организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения ДНР
Ёжикова Татьяна Витальевна (заместитель председателя Рабочей группы) Начальник Центра	Республиканский Центр здоровья Министерства здравоохранения ДНР
Нестеров Николай Анатольевич Главный специалист отдела оказания	Отдел оказания медицинской помощи взрослому населению Департамента

медицинской помощи взрослому населению Департамента организации оказания медицинской помощи	организации оказания медицинской помощи Министерства здравоохранения ДНР
Белецкая Елена Викторовна Преподаватель сестринского ухода при заболеваниях в хирургии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Левитан Ирина Анатольевна Заведующий учебно-производственной практикой	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Горловский медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Хадыкина Елена Анатольевна Преподаватель – методист сестринского ухода при заболеваниях в терапии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Донецкий медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Духонченко Ирина Марковна Преподаватель – методист сестринского ухода при заболеваниях в терапии	Государственное профессиональное образовательное учреждение «Донецкий медицинский колледж» Министерства здравоохранения ДНР
Боченко Галина Ивановна Заместитель главного врача по медсестринству	Дорожная клиническая больница станции Донецк Министерства здравоохранения ДНР
Гончарова Елена Викторовна Главная медицинская сестра	Республиканская детская клиническая больница Министерства здравоохранения ДНР
Черепанова Лариса Владимировна Главная медицинская сестра	Городская больница № 6 г. Макеевка Министерства здравоохранения ДНР
Патрикеева Вера Владиславовна Главная медицинская сестра	Донецкое клиническое территориальное медицинское объединение Министерства здравоохранения ДНР
Василенко Анжелика Игоревна Главная медицинская сестра	Республиканский травматологический центр Министерства здравоохранения ДНР

1.8. Актуальность проблемы: необходимость унификации выполнения назначений по уходу за больными с диабетической стопой

2. Общая часть

2.1. Для всех учреждений здравоохранения.

2.1.1. Обучение самоуходу

2.1.2. Обучение близких уходу за больными

2.1.3 Уход за ногтями и кожей стоп

2.1.4 перевязки при нарушении целостности кожных покровов

2.1.1. Обучение самоуходу

Выполняется в составе процедур сестринского ухода в стационарных, амбулаторно-поликлинических, санаторно-курортных условиях, используется в работе школ здоровья для больных сахарным диабетом. Обучение может быть групповое и индивидуальное. При проведении групповых занятий состав группы должен формироваться с учетом нозологических форм патологии.

Достижимые результаты: улучшение качества жизни, увеличение периода компенсации, предупреждение развития осложнений, инвалидности, снижение прямых и косвенных затрат на лечение больных, значительное сокращение потребления медицинских услуг.

Задачи обучения самоуходу:

- создание и поддержание мотивации больных;
- психологическая адаптация пациента к изменившимся условиям жизни;
- информирование пациента о профилактике осложнений и приемах ухода за стопами;
- разработка индивидуальной программы самоконтроля.

Методы обучения:

- объяснительно-иллюстративный;
- репродуктивный.

Оснащение: Учебное оборудование, оргтехника, специально разработанные учебные программы, обучающие-контролирующие компьютерные программы, учебно-методические рекомендации, «путеводители», «самоучители», учебные пособия, написанные простым доступным языком, бланки опросников и тестов.

Этапы	Обоснование
I. Вводное занятие 1. Представиться пациентам, сформулировать мотивы к обучению пациентов	Соблюдается право пациента на информацию
2. Объяснить пациентам цели и задачи обучения, ознакомить с учебным планом и программой, содержанием обучения, методами оценки усвоения материала	Обеспечивается учебная мотивация
3. Определить потребности пациентов в обучении самоуходу	Обеспечивается дифференциация и индивидуализация обучения
4. Оценить образ жизни каждого обучающегося, его социальное и культурное окружение, влияние последнего на процесс обучения	
5. Выявить исходный уровень знаний пациентов по данному заболеванию путем беседы, компьютерного или ручного тестирования	
II. Основной курс 1. Теоретический курс изложить в следующей последовательности: - определение сахарного диабета как заболевания, его этиологии, факторов риска возникновения заболевания; - клиническая симптоматика, особенности течения сахарного диабета; - основные осложнения сахарного диабета; - лечение и профилактика заболевания. Примечание. На занятиях используются учебно-наглядные материалы, учебно-методические пособия и рекомендации, составленные в свете принципов доказательной медицины	
2. Практический курс посвятить: - выработке практических умений по самоуходу при сахарном диабете; - обучению правильному уходу за стопами и использованию специальной обуви; - корректировке образа жизни, изменению привычек; - самоконтролю своего физического и психического состояния; - обучению методам оказания само- и взаимопомощи Примечание. Рекомендации для больных по уходу за стопами и инструкции по ношению ортопедической обуви представлены в приложениях 1, 2. У больных группы риска острота зрения очень часто снижена, поэтому рекомендации следует печатать крупным шрифтом на листах формата А4	Обеспечивается необходимый уровень умений по самоуходу
III. Заключительное занятие 1. Осуществить контроль знаний и умений пациентов путем беседы, компьютерного или ручного тестирования Примечание: чем выше разница результатов полученного и исходного уровня знаний, тем выше эффективность обучения самоуходу	Обеспечивается контроль качества обучения

2. Провести анонимное анкетирование для оценки качества обучения и получения предложений по дальнейшему улучшению обучения самоуходу	Обеспечиваются условия для повышения качества обучения больных
--	--

2.1.2. Обучение близких уходу за больными

Выполняется в составе процедур сестринского ухода за пациентами с сахарным диабетом в стационарных и амбулаторно-поликлинических условиях. Обучение может проводиться в формах выдачи печатной информации (обучающей литературы: готовых брошюр, буклетов или подготовленных во время консультации памяток) и личной беседы.

Методика применяется с целями:

- адаптировать пациента к жизни в новых условиях;
- научить членов семьи навыкам ухода за пациентом;
- повысить ответственность семьи за качество предоставляемого ухода, включающего: обеспечение адекватного рациона питания и питьевого режима, помощь при гигиенических процедурах, посещении туалета, поддержание психоэмоционального статуса пациента.

Оснащение: Учебное оборудование, оргтехника, специально разработанные учебные программы, обучающие–контролирующие компьютерные программы, учебно-методические рекомендации, учебные пособия, написанные простым доступным языком, бланки опросников и тестов, образцы дневников контроля самочувствием пациента.

Этапы	Обоснование
<p>I. Подготовка к процедуре</p> <p>1. Перед началом проведения обучения близких людей пациенту медицинской сестре (фельдшеру, акушерке) необходимо изучить следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> - назначения врача; - степень подвижности или активности пациента; - психоэмоциональный статус пациента; - способ удовлетворения основных потребностей пациента; - социальное и культурное окружение пациента; возможности и предпочтения пациента при уходе за ним; - психическое развитие (умственное, социальное, волевое), отношение к обучению и другие 	<p>Обеспечивается информационная база для создания плана обучения близких людей больному уходу за пациентом. Обеспечивается дифференциация и индивидуализация обучения</p>

индивидуально-психологические особенности близких людей пациенту; - потребность близких людей в обучении.	
2. Уточнить у лечащего врача конкретную методику, объем мероприятий при проведении обучения близких больного	Обеспечивается коррекция плана обучения в соответствии с рекомендациями врача
3. Наладить доверительные отношения с пациентом и его близкими людьми	Уменьшается беспокойство, поддерживается уверенность и обеспечивается комфорт
4. Дать возможность близким пациента самостоятельно оценить степень нарушения потребностей у пациента и влияние ее на качество жизни пациента, используя опросники, тесты, дневники наблюдения по формам, разработанным и принятым учреждением здравоохранения	Обеспечивается осознанность действий, активизация познавательной деятельности в процессе обучения
5. Объяснить близким пациента цели и задачи обучения, ознакомить с учебным планом и программой, содержанием обучения, методами оценки усвоения материала	Обеспечивается мотивация и осознанность обучения
II. Выполнение процедуры	
1. Объяснить близким людям пациента в доступной форме строение органов и систем органов, функции которых нарушены у пациента, патофизиологию его заболевания, факторы риска, методы профилактики	Обеспечивается необходимый уровень теоретических знаний о заболевании
2. Предоставить близким людям пациента адекватную информацию об уходе. Содействовать близким людям пациента в получении информации, необходимой для организации и выполнения ухода за пациентом. Члены семьи больного сахарным диабетом должны получить подробную информацию о правильном уходе за стопами и использовании специальной обуви	Обеспечивается необходимый уровень знаний по уходу за больным сахарным диабетом
3. Объяснить близким пациента значение соблюдения пациентом диеты и питьевого режима, правильного выбора места дня сна и отдыха пациента	Обеспечиваются для больного необходимые режим и диета
4. Объяснить близким родным пациента важность правильного приема назначенных пациенту врачом лекарственных средств. Проинформировать близких пациента о возможном побочном действии назначенных пациенту врачом лекарственных средств	Обеспечивается эффективность назначенного врачом лечения, своевременность выявления осложнений при приеме лекарственных препаратов
5. Обеспечить близких людей пациента четкими инструкциями, данными врачом: не только в устной форме, но и (при необходимости) письменно	Обеспечивается методическая поддержка в процессе обучения
6. Объяснить близким пациента необходимость консультации с врачом перед приемом пациентом любых лекарственных средств, в том числе и находящихся в свободной продаже	Предотвращаются неблагоприятные последствия самолечения
7. Научить близких людей пациента правильно использовать специальные приспособления и вспомогательные средства при уходе за пациентом	Обеспечивается доступность необходимой информации
8. Научить близких людей пациента способам ухода за пациентом	Обеспечивается необходимый уровень умений по уходу за

	пациентом. Обеспечивается профилактика осложнений
9. Убедить близких пациента в необходимости вести дневник контроля самочувствия пациента, акцентируя внимание на точности фиксирования параметров наблюдения с целью выявления осложнений	Обеспечивается регулярный контроль состояния пациента, своевременность выявления осложнений
10. Проинформировать близких пациента по поводу признаков и симптомов возможных осложнений заболевания и научить распознавать признаки осложнений. Предупредить близких пациента о необходимости сообщить врачу появление первых признаков и симптомов осложнений заболевания	Обеспечивается своевременность выявления и лечения осложнений
III. Окончание процедуры 1. Оценить результат обучения: в форме демонстрации близкими родными пациента полученных знаний, умений и навыков Примечание. Параметры оценки и контроля качества выполнения методики: - субъективный критерий - оценка знаний и умений близких людей пациента с помощью опросников, тестов; - объективный критерий - улучшение качества жизни пациента и отсутствие осложнений	Обеспечивается контроль качества обучения
2. Динамику достигнутых результатов по обучению уходу за пациентом обсуждать с близкими людьми пациента не реже 1 раза в 2-3 дня	Обеспечивается своевременная коррекция процесса обучения

2.1.3 Уход за ногтями и кожей стоп

Оснащение: Перчатки нестерильные, емкость для дезинфекции, кожный антисептик, емкость для воды, жидкое нейтральное мыло, крем для ног, полотенце, емкость для сбора грязного белья, ножницы, пилка для ногтей.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре 1. Объяснить цель и ход процедуры пациенту, получить его согласие	Соблюдается право пациента на информацию
2. Наполнить емкость теплой водой (33-35°C)	Обеспечивается выполнение процедуры
3. Обработать руки гигиеническим способом и надеть нестерильные перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
II. Выполнение процедуры 1. Осмотреть кожу стоп пациента (особенно тщательно необходимо осмотреть пространство между пальцами и подошву). Осмотр ног нужно проводить ежедневно	Обеспечивается своевременное выявление осложнений
2. При ограниченной возможности передвижения помочь пациенту вымыть ноги с мылом. Примечание. Ноги необходимо мыть ежедневно	Обеспечивается гигиенический уход за кожей стоп
3. Стопу и межпальцевые промежутки просушить мягким	Предупреждается травматизм

полотенцем не допуская растирания, повреждающего размокшую кожу	кожи стопы
4. Подстричь ножницами ногти, обработать индивидуальной пилкой для ногтей прямо, не закругляя уголки (их можно немного притупить) Примечание. Ногти нужно стричь не очень коротко, не выстригать косо углы ногтевой пластины	Обеспечивается выполнение процедуры Профилактика травматизма, формирования вросшего ногтя
5. Положить полотенце в емкость для использованного белья	Обеспечивается инфекционная безопасность
6. Смазать кожу стоп нежирным кремом Примечание. Крем между пальцами стоп не наносить	Обеспечивается увлажнение кожи
III. Окончание процедуры	
1. Надеть на пациента чистое белье Примечание. Носки должны быть из натуральных волокон, без тугих резинок и грубых швов	Предупреждается травматизма кожи стоп
2. Удобно расположить пациента в постели	Обеспечивается комфорт пациента
3. Ножницы погрузить в емкость для дезинфекции	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Снять перчатки, поместить их в емкость для утилизации и обработать руки гигиеническим способом	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры

2.1.4 перевязки при нарушении целостности кожных покровов

Оснащение: Набор стерильных инструментов (зажим, пинцеты, шпатель, ножницы), почкообразный лоток «для отработанного материала», емкость для дезинфекции, емкости для утилизации отходов, перекись водорода 3%, кожный антисептик для обработки рук, пластырь, бинты, стерильные марлевые шарики, салфетки, пеленка одноразовая, перчатки, очки, маска.

Этапы	Обоснование
I. Подготовка к процедуре	
1. Идентифицировать пациента, представиться, объяснить ход и цель процедуры	Соблюдается право пациента на информацию
2. Обработать руки гигиеническим способом. Надеть перчатки	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Подготовить все необходимое для перевязки	Обеспечиваются условия выполнения процедуры
4. Помочь пациенту освободить повязку от одежды, предложить принять удобное положение Примечание. Перевязка может быть проведена по медицинским показаниям у постели пациента с соблюдением правил асептики и антисептики	Обеспечиваются условия выполнения процедуры. Обеспечивается комфорт пациента
II. Выполнение процедуры	

1. С помощью ножниц и пинцета бережно и щадяще снять фиксирующую повязку. Пинцетом снять поочередно салфетки, прикрывающие рану, по направлению вдоль раны. Если повязка не снимается, удалить ее послойно смачивая 3% перекисью водорода	Обеспечивается доступ к ране. Предотвращается усиление боли, зияния раны
2. Поместить использованный перевязочный материал и инструменты в лоток для использованного материала	Обеспечивается инфекционная безопасность
5. Осмотреть рану и кожу вокруг нее. Обратит внимание на запах, характер отделяемого, состояние краев раны, наличие симптомов воспаления (боль, отек, гиперемия)	Для определения этапа раневого процесса
7. Стерильным пинцетом взять стерильный марлевый шарик. Обработать кожу вокруг раны марлевым шариком, смоченным йодонатом от центра к периферии. Шарик поместить в лоток «для отработанного материала»	Обеспечивается инфекционная безопасность
9. Пинцетом взять стерильный марлевый шарик. С помощью марлевого шарика промыть рану 3% раствором перекиси водорода. Рану просушить сухими марлевыми шариками. Использованные шарики поместить в лоток «для отработанного материала»	Проведение туалета раны
10. По назначению врача нанести на рану мазь с помощью шпателя или наложить салфетку, смоченную лекарственным препаратом по назначению врача	Для обеспечения контакта раны с лекарственным препаратом
11. Пинцетом взять 2-3 стерильные марлевые салфетки и наложить поверх салфетки с лекарственным препаратом. Зафиксировать перевязочный материал	Обеспечивается инфекционная безопасность
III. Окончание процедуры	
1. Поместить использованные инструменты в емкость для дезинфекции. Использованный материал поместить в емкость для утилизации отходов	Обеспечивается инфекционная безопасность
2. Снять перчатки, поместить в емкость для утилизации отходов	Обеспечивается инфекционная безопасность
3. Обработать руки гигиеническим способом	Обеспечивается инфекционная безопасность
4. Уточнить у пациента его самочувствие, сообщить пациенту о состоянии раны, проинструктировать его о дальнейших действиях Примечание. В течение 15-20 мин после манипуляции необходимо наблюдать за состоянием пациента	Соблюдается право пациента на информацию. Обеспечивается своевременное выявление осложнений
5. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинской документации	Обеспечивается документирование процедуры

3.Симптомы и ситуации, при возникновении которых необходимо немедленно сообщить врачу

3.1.Резкое ухудшение состояния пациента.

3.2.Наличие жалоб у пациента или местные изменения в области конечности.

3.3.Признаки воспаления при оценке состояния конечности.

3.4.Отказ пациента от выполнения процедуры.

РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО УХОДУ ЗА СТОПАМИ

1. Осмотр стоп с целью обнаружения трещин, ранок, язв, потертостей, участков воспаления, включая пальцы, ногтевые пластинки, межпальцевые промежутки, нужно проводить ежедневно.
2. Подошвенную поверхность следует осматривать с помощью зеркала. При плохом зрении для осмотра необходимо привлекать родственников.
3. Необходимо тщательно ощупывать стопы для выявления мозолей, огрубления кожи, мокнущих участков, а также с целью определения степени чувствительности и кожной температуры.
4. Врачи рекомендуют ежедневно мыть ноги в теплой воде.
5. Не стоит парить ноги. Это способствует развитию сухости кожи.
6. Стопу и межпальцевые промежутки промокают мягким полотенцем, не допуская растирания, повреждающего размокшую кожу.
7. После промокания кожа стоп, за исключением межпальцевых промежутков, смазывается нежирными кремами. Лучше использовать специальные кремы для ног, также можно использовать кремы для рук.
8. Ногти на ногах необходимо обрабатывать пилкой для ногтей, не закругляя углы. Это препятствует врастанию ногтей в кожу.
9. Не следует ходить босиком, тем более на пляже, поскольку при сниженной чувствительности стоп они легко подвергаются термическому и механическому повреждению. Не надо греть ноги горячими грелками, у огня и обогревательных приборов.
10. При возникновении потертостей, опрелостей, пузырей следует обратиться к медицинскому работнику, не прибегая к самолечению.

ИНСТРУКЦИЯ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ ПО ПРИМЕНЕНИЮ РАЗГРУЗОЧНОЙ ОБУВИ

Уважаемый пациент!

Врач выписал вам необычную обувь, специально разработанную, чтобы снять нагрузку с пораженного отдела стопы. Такая конструкция обеспечивает самое быстрое заживление язвенных дефектов, позволяя вам в то же время сохранить подвижность. В ортопедической обуви ходить труднее, чем в обычной, поэтому ознакомьтесь с мерами предосторожности:

1. Следует переобуваться при вождении машины. Не управляйте автомобилем в ортопедической обуви.
2. Осторожнее поднимайтесь по лестнице, перешагивайте через бордюры и ступайте по неровным поверхностям.
3. Ходите медленнее и поднимайте ноги выше, чем обычно.
4. Вследствие особенностей конструкции избыточная нагрузка быстрее выводит из строя подошву, чем у обычной обуви. Обновляйте лечебную обувь вовремя.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.08.2015 № 422 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.01 Лечебное дело».

2. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 595 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 31.02.02 Акушерское дело».

3. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.09.2015 № 593 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело».

4. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 24.08.2015 №421 «Об утверждении Государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 32.02.01 Медико-профилактическое дело».

5. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 04.06.2015 №01.1/57 «Об утверждении номенклатуры должностей и специальностей медицинских и фармацевтических работников».

6. Приказ Министерства образования и науки Донецкой Народной Республики от 25.06.2015 № 282 «Об утверждении перечня профессий рабочих, должностей служащих, по которым осуществляется профессиональное обучение».

7. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 08.12.2015 № 012.1\628 «О разработке медико-технологических документов по стандартизации медицинской помощи в системе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики».

8. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 20.08.2015 № 012.1\286 «Об утверждении порядка дачи и оформления информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство или отказа от него».

9. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 19.08.15 № 012.1/285 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в отдельных учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

10. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 21.12.15 № 012.1/670 «Об утверждении основных документов по вопросам контроля качества оказания медицинской помощи».

11. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 12.03.15 № 312 «Об утверждении основных форм первичной учетной документации, которые используются в учреждениях здравоохранения Донецкой Народной Республики независимо от формы собственности и ведомственной подчиненности».

12. Приказ МЗ Украины от 21.09.10 г. № 798 «Об утверждении методических рекомендаций» «Хирургическая и гигиеническая обработка рук медицинского персонала».

13. Губенко И.Я., Шевченко А.Т., Бразалий Л.П., Апшай В.Г. Медсестринский уход за пациентом: Стандарты медсестринских процедур, манипуляций и планов ухода и обучения: уч. пособие. - К.: Медицина, 2008.

14. Основы сестринского дела: Алгоритмы манипуляций: учебное пособие Н.В. Широкова и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013.

15. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики от 13.06. 2016 № 575 «Об утверждении нормативных правовых актов о мерах защиты работников от заражения ВИЧ-инфекцией при исполнении профессиональных обязанностей».

16. Приказ Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики № 26 от 10.01.18 «Об утверждении Государственных санитарных правил и норм «Санитарно-эпидемиологические требования по обращению с медицинскими отходами»

17. Анциферов М.Б. Синдром диабетической стопы: диагностика. лечение и профилактика / М.Б. Анциферов, Е.Ю. Комелягина. – М. : ООО «Издательство «Медицинское информационное агенство», 2013. – 304 с.

18. Барыкина Н.В. Сестринское дело в хирургии: Практикум / Н.В. Барыкина, О.В. Чернова ; под ред. к.м.н. Б.В. Карабухина. – Изд. 9-е. – Ростов н/Д : Феникс, 2012. – 460 с.

19. Василенко В.А. Справочник операционной и перевязочной сестры / В.А Василенко. – Изд. 4-е, стер. – Ростов н/Д : Феникс, 2014. – 313 с. – (Медицина).

20. Галстян Г.Р., Токмакова А.Ю., Егорова Д.Н., Митиш В.А., Пасхалова Ю.С., Анциферов М.Б., Комелягина Е.Ю., Удовиченко О.В., Гурьева И.В., Бреговский В.Б., Ерошкин И.А., Ерошенко Ан.В., Ерошенко Ал.В. Клинические рекомендации по диагностике и лечению синдрома диабетической стопы // Раны и раневые инфекции. Журнал имени профессора Б.М. Костюченка. 2015. № 3.

21. ГОСТ Р 52623.2-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Десмургия, иммобилизация, бандажи, ортопедические пособия.

22. ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода.

23. Тарасюк В.С. Клиническое медсестринство в хирургии: Учебник / В.С. Тарасют, А.О. Новицкий, Л.А. Новицкая; под ред. проф. В.С. Тарасюка. – К. : Медицина, 2006. – 384 с.

24. Туркина Н.В. Больные с синдромом диабетической стопы: школа здоровья // Медицинская сестра, 2011. - №5

25. Удовиченко О.В., Грекова Н.М. Диабетическая стопа. – М.: Практическая медицина, 2010. – 272 с. : ил.

Министр здравоохранения
Донецкой Народной Республики



О.Н. Долгошапко

ОДОБРЕНО
Экспертным советом по
стандартизации медицинской
помощи в системе Министерства
здравоохранения Донецкой
Народной Республики

13.12.2018 № 15