



Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области  
"Воронежская городская клиническая больница скорой  
медицинской помощи № 10"

**Создание системы профилактики  
пролежней в отделениях  
реанимации и интенсивной терапии  
БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»**

# *Команда проекта*



**Авдеев Алексей  
Николаевич,  
заместитель главного  
врача по медицинской  
части**



**Барышникова  
Нелли  
Александровна,  
главная медицинская  
сестра**



**Иванова  
Маргарита  
Юрьевна,  
заведующий  
отделением  
реанимации и  
интенсивной терапии**



**Шевченко Дарья  
Сергеевна,  
заведующий  
отделением ранней  
медицинской  
реабилитации**

**Цель проекта: разработка в медицинской организации внутреннего стандартизированного подхода к учету случаев пролежней пациентов ОРИТ, а также их профилактики и лечения.**

**Задачи проекта:**

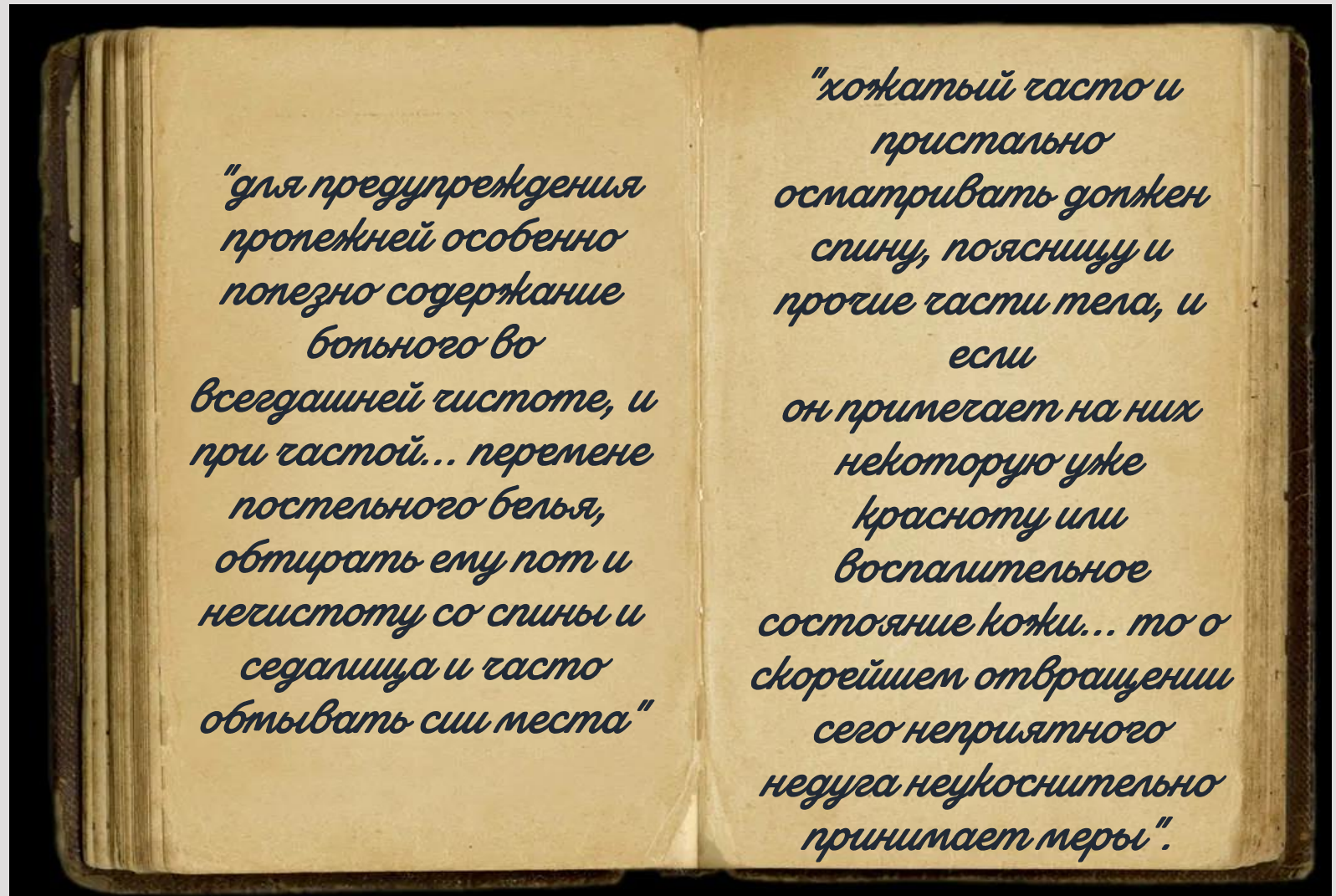
- 1. Наладить учет случаев пролежней пациентов.**
- 2. Формирование должной преемственности между отдельными службами стационара по ведению пациентов в критических состояниях в ОРИТ.**
- 3. Снижение как общего количества пролежней, так и степени их тяжести.**
- 4. Снижение репутационных потерь медицинской организации в случае развития пролежней в стационаре.**





**Христофор  
Фёдорович Оппель**  
доктор медицины,  
главный врач для бедных  
Московского  
Воспитательного Дома

«Руководство и правила, как ходить за больными, в пользу каждого, сим делом занимающегося, а наипаче для сиротобольных вдов, званию сему особенно себя посвятивших», М. 1822 г.



"для предупреждения  
пролежней особенно  
полезно содержание  
больного во  
всегдашней чистоте, и  
при гасной... перемене  
постельного белья,  
обтирать ему пот и  
негистоту со спины и  
седалища и гасно  
обмывать сии места"

"хожатый гасно и  
пристально  
осматривать должен  
спину, поясницу и  
прочие гаси тела, и  
если  
он примегаает на них  
некоторую уже  
красноту или  
воспалительное  
состояние кожи... то о  
скорейшем отвращении  
сего неприятного  
недуга неукоснительно  
принимает меры".

**Образование пролежней-** одно из наиболее распространенных нежелательных явлений, которые могут нанести предотвратимый вред здоровью пациента. *(Программная инициатива ВОЗ «Десятилетие безопасности пациентов, 2021–2030 гг.»)*

**Пролежни образуются** более чем у 1\10 взрослых пациентов, поступающих в стационары и, несмотря на доступность эффективных методов профилактики, крайне негативно влияют на состояние их физического и психического здоровья и **качество жизни.** *(Li Z, Lin F, Thalib L, Chaboyer W. Global prevalence and incidence of pressure injuries in hospitalised adult patients: A systematic review and meta-analysis. International journal of nursing studies. 2020 May 1;105:103546.)*

**В больницах США** средние затраты на лечение пролежней составляют 14 260 долларов США на человека в месяц. В Корее аналогичные затраты оцениваются в 3000–7000 долларов США. В Канаде затраты на лечение пролежней вне стационара составили 9000 долларов США на 1 больного в месяц. *(Национальный стандарт РФ , ГОСТ Р 56819-2015, Профилактика пролежней)*



**Всемирная организация  
здравоохранения**



*«Нельзя управлять  
тем, что невозможно  
измерить, но всего, что  
измеримо, можно  
достичь»*

*Уолтер Шухарт*

# Объект проекта – ОРИИТ 1 корпуса

**ОРИИТ ВН, 9 коек  
для лечения пациентов с  
острой церебральной  
недостаточностью и  
спинальной травмой**

**ПРИТ первичного  
сосудистого отделения, 12  
коек для лечения пациентов  
с острым нарушением  
мозгового кровообращения**

**ОАР ВН, с 18 койками  
реанимации и интенсивной  
терапии для пациентов с  
различной соматической  
патологией**



# Ресурсное обеспечение проекта

**Информационные ресурсы**



**Человеческие и материальные ресурсы**



**Интеллектуальные ресурсы**



**Нравственно-волевые ресурсы**



**Организационные ресурсы**



**Информация, необходимая для работы по проекту:**

- Национальный стандарт РФ ГОСТ Р 56819-2015, Программная инициатива ВОЗ «Десятилетие безопасности пациентов, 2021–2030 гг.», справочные материалы.
- Локальная нормативная документация, разработанная в ходе реализации проекта.
- Команда проекта
- Рабочая группа по разработке ЛНА
- Медицинское оборудование, МИ, ЛП, средства ухода, используемые для профилактики пролежней.

**Необходимый уровень знаний субъектов проектной деятельности, принципов управления несоответствиями и нежелательными событиями.**

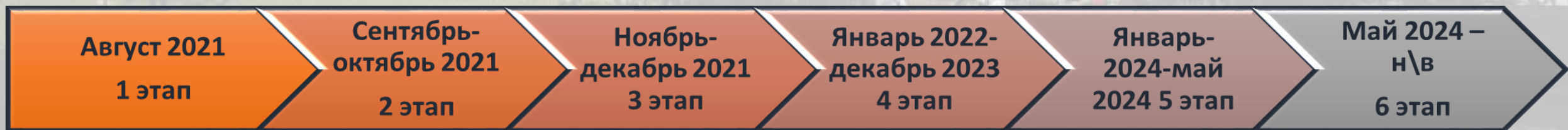
**Инновационная активность персонала, вовлечение всего коллектива в процесс реализации проекта, приверженность цели проекта.**

**Наличие менеджеров команды, формирование коллегиального подхода, организация работы команды, принятие управленческих решений.**



# Ход реализации проекта

1 этап	Определение проблемы проекта, целей и задач, ожидаемых количественных и качественных результатов проекта. Формирование команды проекта. Разработка стратегии проекта.
2 этап	Формирование мультидисциплинарной рабочей группы для разработки внутренних стандартов медицинской организации. Разработка ЛНА.
3 этап	Апробация разработанных стандартов на отдельном структурном подразделении. Оценка промежуточных результатов. Внесение корректировок. Расширение периметра проекта на все отделения реанимации и интенсивной терапии.
4 этап	Основной этап проекта: реализация разработанной методологии в работе объектов проекта.
5 этап	Оценка количественных и качественных результатов проекта. Формулировка выводов. Оценка возможных перспектив дальнейшего развития проекта.
6 этап	Дальнейшее развитие в МО методологических подходов, разработанных в ходе реализации проекта.



# 1. Обнаружение случая пролежня пациента

- Сотрудники ОРИТ
- Служба ВКБМД
- Отделением РМР

# 2. Оформление и подача извещения

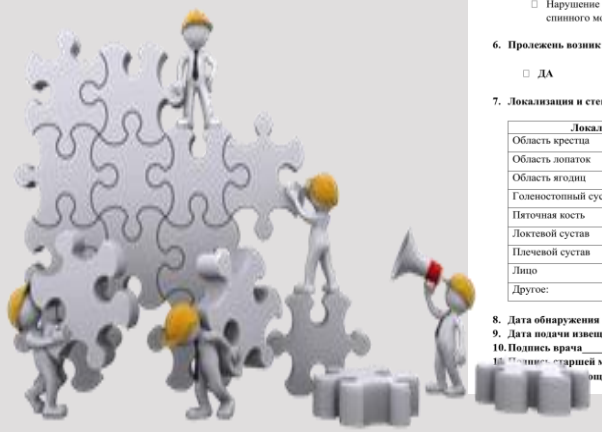
- Сотрудники ОРИТ
- Сотрудники ПАО

# 3. Ведение пациента согласно внутренним стандартам

- Алгоритм ведения пациентов ОРИТ
- Контроль пораженной области (лист ухода)
- Передача пациента с пролежнем м\у структурными подразделениями

# 4. Разбор случаев пролежней на ежемесячной конференции по чек-листу

- Разбор пролежней стадии 2 и более степени
- Динамика имеющихся у пациентов случаев
- Вопросы нутритивной поддержки
- Обмен опытом
- Проблемные вопросы



**ИЗВЕЩЕНИЕ**  
о случае первичного выявления пролежни у пациента БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

1. Отделение \_\_\_\_\_  
2. ФИО пациента \_\_\_\_\_ возраст \_\_\_\_\_  
3. № Истории болезни \_\_\_\_\_  
4. Диагноз (кратко) \_\_\_\_\_

5. Наличие предрасполагающих факторов к развитию пролежней:  
 Сахарный диабет  Грубые двигательные нарушения  
 Ожирение  Неправильное положение тела  
 Нарушение моче/кала  Расстройство сознания  
 Нарушение функции спинного мозга  Другое \_\_\_\_\_

6. Пролежень возник в стационаре  
 ДА  НЕТ

7. Локализация и степень развития пролежня:

Локализация (подчеркнуть)	стадия
Область крестца	
Область лопаток	
Область ягодиц	
Голеностопный сустав	
Пяточная кость	
Локтевой сустав	
Плечевой сустав	
Линю	
Другое:	

8. Дата обнаружения пролежня \_\_\_\_\_  
9. Дата подачи извещения \_\_\_\_\_  
10. Подпись врача \_\_\_\_\_  
11. Подпись старшей м/с \_\_\_\_\_  
12. Подпись \_\_\_\_\_  
13. Подпись \_\_\_\_\_

**ИЗВЕЩЕНИЕ**  
выявления пролежни у пациента БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» при патологоанатомическом вскрытии.

тение \_\_\_\_\_  
наименование \_\_\_\_\_  
тории болезни \_\_\_\_\_  
ожень вынесен в заключительный диагноз: \_\_\_\_\_

ДА  НЕТ

локализация и степень развития пролежня:

Локализация (подчеркнуть)	стадия
Область крестца	
Область лопаток	
Область ягодиц	
Голеностопный сустав	
Пяточная кость	
Локтевой сустав	
Плечевой сустав	
Линю	
Другое:	

вскрытия \_\_\_\_\_  
подачи извещения \_\_\_\_\_  
пись врача \_\_\_\_\_  
пись заведующего отделением \_\_\_\_\_

"Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями"

Дата \_\_\_\_\_  
Время \_\_\_\_\_  
ФИО пациента \_\_\_\_\_  
№ истории болезни \_\_\_\_\_

Лист сестринской оценки наличия и стадии пролежней

Локализация	Наличие пролежня	Стадия
Область крестца		
Область лопаток		
Пяточная кость		
Голеностопный сустав		

Должностное лицо (ФИО) \_\_\_\_\_ (подпись врача)

III. Лист регистрации противопролежневых мероприятий

1. Утром по шкале Нуртон баллов \_\_\_\_\_  
2. Изменение положения противопролежневых \_\_\_\_\_ ДА НЕТ  
3. Оценка пациента \_\_\_\_\_ ДА НЕТ  
4. Изменение положения, состояние постели (вписать) \_\_\_\_\_  
5. 10 ч положение - \_\_\_\_\_ 10-12 ч положение - \_\_\_\_\_  
6. 12-14 ч положение - \_\_\_\_\_ 14-16 ч положение - \_\_\_\_\_  
7. 16-18 ч положение - \_\_\_\_\_ 18-20 ч положение - \_\_\_\_\_  
8. 20-22 ч положение - \_\_\_\_\_ 22-24 ч положение - \_\_\_\_\_  
9. 2 ч положение - \_\_\_\_\_ 4 ч положение - \_\_\_\_\_  
10. 6 ч положение - \_\_\_\_\_ 8 ч положение - \_\_\_\_\_  
11. Гигиенические процедуры: душ \_\_\_\_\_ ванна \_\_\_\_\_ обмывание \_\_\_\_\_  
12. Замечания и комментарии: \_\_\_\_\_

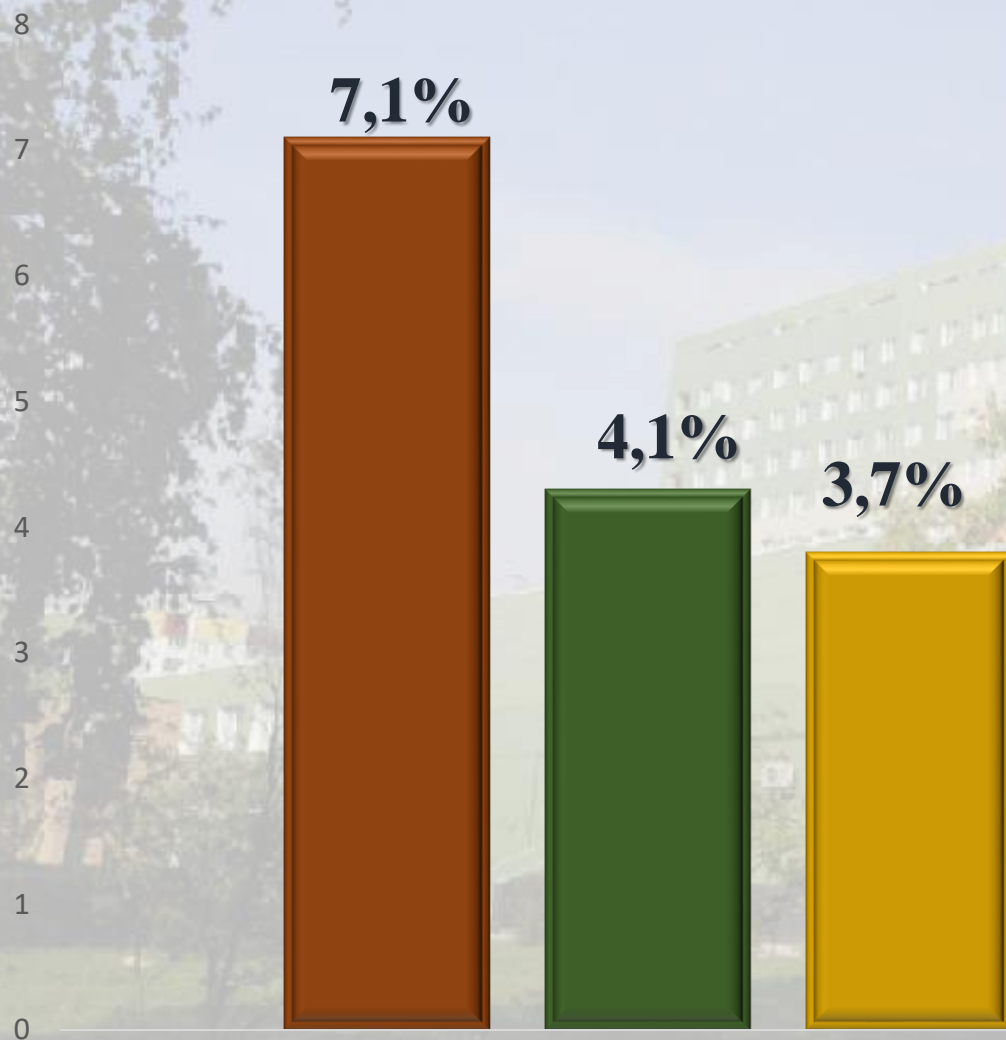
ФИО, инициалы: Слала \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_  
Приняла \_\_\_\_\_ Подпись: \_\_\_\_\_

Пациент: \_\_\_\_\_

№	Критерий оценки	ДА	НЕТ	Комментарий
1.	Проведена оценка риска развития пролежней по шкале Нуртон дежурным/лечащим врачом при поступлении больного из приемного отделения			
2.	Соблюдены алгоритмы действий в случае перевода пациента из другого отделения внутри стационара			
3.	МС включен в лист назначений пациента карты наблюдения за пациентом с высоким риском развития пролежней			
4.	Карта сестринского наблюдения за больными с пролежнями заполнена ежедневно за период госпитализации пациента. Нарушения при заполнении карты отсутствуют			
5.	Извещение о развитии у пациента пролежня подано своевременно			
6.	В диспансерных записях лечащего врача отражено состояние пролежня у пациента и приняты меры по его лечению			
7.	План ухода за пациентом был составлен Пациент был размещен на функциональной кровати Пациент был размещен на противопролежневом матрасе Изменение положения тела осуществлялось по графику Применялись гигиенические ванны/обмывания			
8.	В случае, если к уходу за пациентом привлекались родственники, они были обучены технике правильного ухода В случае выписки у пациента противопролежневый и извещенный положения тела, они отражены в диспансерных записях врача и карте сестринского наблюдения за пациентом с пролежнем			

Примечание:  
Пролежень, развившийся на \_\_\_\_\_ сутки пребывания пациента/пациент поступил с пролежнем \_\_\_\_\_ стадии.  
Пациент выписан на \_\_\_\_\_ сутки от развития пролежня, стадия пролежня \_\_\_\_\_

# Результаты проекта

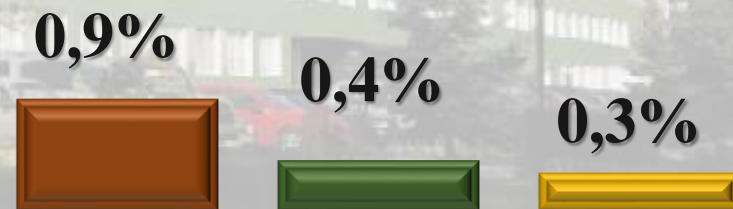


случаев пролежней всего

**2022 год – всего пролечено в ОРИТ 4111 пациентов, у 294 в стационаре возникли пролежни, из них у 38- 3 и 4 степени тяжести.**

**2023 год - всего пролечено в ОРИТ 4435 пациентов, у 185 в стационаре возникли пролежни, из них у 18 - 3 и 4 степени тяжести.**

**2024(9 месяцев) год - всего пролечено в ОРИТ 3419 пациентов, у 132 пациентов в стационаре возникли пролежни, из них у 12 - 3 и 4 степени**



случаев пролежней 3 и 4 стадии

# Выводы:



**Мультидисциплинарный стандартизированный подход к профилактике пролежней пациентов ОРИТ, основанный на строгом учете случаев, показал высокую эффективность как в вопросах снижения общего количества пролежней, так и степени их тяжести.**



**Данный подход может стать своеобразной мерой защиты медицинского персонала в том случае, если пролежень все же развился, но при этом были соблюдены все нормы и параметры медицинской деятельности.**



**Коллегиальный подход и должная преемственность между отдельными службами стационара по ведению пациентов в критических состояниях в ОРИТ является неотъемлемым условием профилактики пролежней.**

# Перспективы дальнейшего развития проекта



- Настоящий методологический подход является универсальным.
- Данный подход к организации работы персонала отделений реанимации и интенсивной терапии может быть применен в практической деятельности любой медицинской организации.
- Данный подход может быть применен для создания системы профилактики других нежелательных явлений, влияющих на безопасность пациента.

# Дальнейшая реализация разработанного подхода в БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

## Система профилактики падений пациентов с ОНМК БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

## Система профилактики ТЭЛА пациентов 1 корпуса БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

**КОПИЯ ВЕРНА**

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области  
«Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»  
(БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»)

ПРИКАЗ  
от 22.05.2024 № 103-2024  
г. Воронеж

**О создании системы регистрации и сбора информации о случаях падений пациентов 1 корпуса в БУЗ ВО «ВГКБСМП №10».**

С целью дальнейшего совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внедрения системы менеджмента качества на основе стандарта ISO 7101:2023 и повышения качества оказания медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

Применяю:

1. Утвердить Регламент профилактики падений пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (СМК 7101-Р-11-001-2024).
2. Лобанову А.В., заведующему первичным сосудистым отделением, Бочаровой О.И., заведующему отделением медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, обеспечить исполнение требований Регламента.
3. Лобанову А.В., заведующему первичным сосудистым отделением, Бочаровой О.И., заведующему отделением медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, обеспечить своевременную подачу извещений о случаях падений пациентов согласно Регламенту.
4. Алдаеву А.Н., заместителю главного врача по медицинской части, обеспечить еженедельное рассмотрение случаев падений пациентов с ОНМК БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» на заседании комиссии по 2 среднему месяцу в 14-30.
5. Утвердить базовый состав лиц, чье присутствие необходимо на заседании комиссии по рассмотрению случаев падений пациентов с ОНМК БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» (Приложение).
6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Главный врач А.В. Цурико

**БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»**

Наименование	Регламент
Название	ПРОФИЛАКТИКА ПАДЕНИЙ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК
Версия	001
Идентификационный код	СМК 7101-Р-11-001-2024
Статус	И
Срок действия	До внесения изменений

Лист регистрации согласований и изменений.

Утвержденные процедуры	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Разработчик	Уполномоченный по качеству в СМК	Иванова М.Ю.	<i>[Подпись]</i>	22.05.2024
Согласованы:	Заместитель главного врача по медицинской части	Алдаев А.Н.	<i>[Подпись]</i>	20.05.2024
	Главная медицинская сестра	Бершанова Н.А.	<i>[Подпись]</i>	20.05.2024
	Заведующий ИСО	Лобанов А.В.	<i>[Подпись]</i>	21.05.2024
	Заведующий отделением стационарной реабилитации	Бочарова О.И.	<i>[Подпись]</i>	21.05.2024

Утверждено: Приказ главного врача от 22.05.2024 № 103-2024

Рассылка	Всем структурным подразделениям 1 корпуса, входящим в область применения СМК
Изменение	
Место хранения	Уполномоченный по качеству в СМК

Действует с 22.05.2024.

Зарегистрировано 26 случаев падений.  
2 случая со значимыми последствиями.

**КОПИЯ ВЕРНА**

Бюджетное учреждение здравоохранения Воронежской области  
«Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»  
(БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»)

ПРИКАЗ  
от 01.08.2024 № 103-2024  
г. Воронеж

**О создании системы регистрации и сбора информации о случаях тромбозов легочной артерии пациентов 1 корпуса в БУЗ ВО «ВГКБСМП №10».**

С целью дальнейшего совершенствования системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, внедрения системы менеджмента качества на основе стандарта ISO 7101:2023 и повышения качества оказания медицинской помощи пациентам 1 корпуса БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»

Применяю:

1. Утвердить Алгоритм регистрации случаев тромбозов легочной артерии пациентов 1 корпуса БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» (Приложение №1).
2. Цепеневой А.П., заведующему ОКЗ, Гуляшовой А.А., заведующему ПАО, заведующим клиническими отделениями 1 корпуса обеспечить:  
2.1. Оснащение сотрудников вторичных и структурных подразделений с требованиями Алгоритма.  
2.2. Исполнение требований Алгоритма в части касовых.
3. Алдаеву А.Н., заместителю главного врача по медицинской части, обеспечить еженедельное рассмотрение случаев тромбозов легочной артерии пациентов 1 корпуса БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» на заседании комиссии по 2 среднему месяцу в 15-00.
4. Утвердить состав комиссии по рассмотрению случаев тромбозов легочной артерии пациентов 1 корпуса БУЗ ВО «ВГКБСМП №10» (Приложение №2).
5. Датой вступления приказа в действие считать 01.08.2024.
6. Контроль исполнения настоящего приказа оставляю за собой.

Заместитель главного врача по медицинской части А.Н. Алдаев

**БУЗ ВО «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи №10»**

Наименование	ЧЕК-ЛИСТ
Исполнение регламента профилактики падений пациентов с ОНМК	
Версия	001
Идентификационный код	СМК 7101-Л1-45-001-2024
Статус	И
Срок действия	До внесения изменений

Лист регистрации согласований и изменений.

Утвержденные процедуры	Должность	ФИО	Подпись	Дата
Исполнитель	Уполномоченный по качеству в СМК	Иванова М.Ю.	<i>[Подпись]</i>	01.08.2024
Согласованы:	Заместитель главного врача по медицинской части	Алдаев А.Н.	<i>[Подпись]</i>	17.07.2024
Исполнитель	ИСО, отделение стационарной реабилитации			
Исполнитель	Уполномоченный по качеству в СМК			

Утверждено: Приказ главного врача от 01.08.2024 № 103-2024

Действует с 01.08.2024.

Зарегистрировано 18 случаев подозрения на ТЭЛА. Подтвержденных-6 случаев.

*«Если вы правильно определили проблему, то у вас практически есть её решение.»*

*Стив Джобс*

**СПАСИБО ЗА  
ВНИМАНИЕ!**



**БУЗ ВО «ВГКБСМП №10»**

**Воронеж, Минская улица, 43**

**(473) 296-17-75**

**mail@bsmp10.zdrav36.ru**

**https://bsmp10.zdrav36.ru**

