

ПРОЛЕЖНИ. УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ

Н.В. Туркина, канд. мед. наук

Медицинский университет «РЕАВИЗ», Санкт-Петербург
Российская Федерация, Санкт-Петербург, ул. Калинина, 8 корп. 2

E-mail: meddoc@mail.ru

Рассмотрена, сохраняющая актуальность проблема профилактики и лечения пролежней. Причина проблемы кроется не в уходе, как таковом, а в профессионализме медицинского персонала, своевременно определяющего риски развития пролежней с учетом многих факторов. В стационарах это делается редко, что существенно тормозит процесс лечения, а иногда приводит и к смерти пациента.

Ключевые слова: пролежни, группа риска, механизм образования, профилактика, уход.

Для цитирования: Туркина Н.В. Пролежни. Уход за пациентом. Медицинская сестра. 2018; 20(1): 49–56. DOI: 10.29296/25879979-2018-01-13

По данным английских авторов, в медико-профилактических учреждениях по уходу пролежни образуются у 15–20% пациентов.

По результатам исследования, проведенного в США, около 17% всех госпитализированных пациентов находятся в группе риска по развитию пролежней или уже имеют их.

Оценочная стоимость лечения пролежней у 1 пациента составляет от 5000 до 40.000 \$!!!

По данным Д. Ватерлоу, в Великобритании стоимость ухода за пациентами с пролежнями оценивается в 200 млн фунтов стерлингов и ежегодно возрастает на 11% [3–5].

Помимо экономических (прямых медицинских и немедицинских) затрат, связанных с лечением пролежней, следует учитывать и нематериальные затраты: тяжелые физические и моральные страдания, испытываемые пациентом. По статистике пролежни развиваются от 2,7 до 29% больных, госпитализированных в стационары [4,5,7].

Адекватная профилактика пролежней позволяет предупредить их развитие у пациентов группы риска более чем в 80% случаев.

Как правило, основной круг связанных с пролежнями вопросов, не меняется. Это:

- как часто у больных образуются пролежни?
- у какого контингента больных они возникают чаще?

- чем вызвано их появление?
- насколько высока вероятность их возникновения при той или другой нозологической форме заболевания?
- можно ли предотвратить возникновение пролежней?
- имеются ли какие-либо технические приспособления для профилактики пролежней?

Очень многие медицинские работники, говоря о пролежнях, не представляют себе в полной мере механизм и причины их образования, не понимают, что это: результат непрофессиональности, небрежного ухода за пациентом? Опыт показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены пролежни могут все же появляться. Даже на фоне грамотного ухода за пациентом имеет значение совокупность причин, приводящих к развитию пролежней. У здоровых людей никогда не бывает пролежней. Почему? Они могут свободно двигаться, легко перемещают тяжесть тела с одной стороны на другую при ходьбе, стоя, сидя, лежа и даже во сне. У больных людей и инвалидов, долгое время находящихся в постели или в кресле, могут появляться пролежни, но все же у большинства этого не происходит, что зависит от того, как часто пациенты изменяют положение тела.

Пролежни (decubitus) – это локализованное повреждение кожи и/или подкожной клетчатки, обычно над кожным выступом, которое образуется в результате сдавления в сочетании со сдвигом [18].

Основная причина возникновения пролежней – давление на мягкие ткани. Для понимания механизма этого явления необходимо знать, как поддерживается жизнедеятельность мягких тканей. Каждая клетка человеческого организма нуждается в поступлении кислорода, воды, питательных веществ и в удалении из нее продуктов жизнедеятельности. Кровь приносит к клеткам необходимые вещества и уносит отходы – осуществляется обмен веществ, необходимый для поддержания жизнедеятельности клетки. Движение крови по телу происходит в результате работы сердца. С каждым ударом сердца кровь под давлением стремительно поступает в крупные артерии, которые многократно раз-

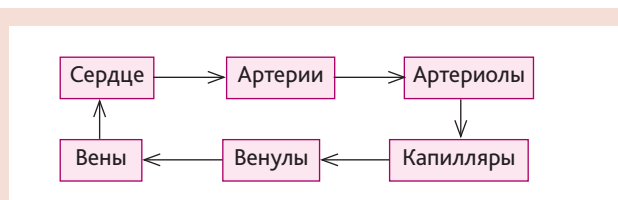


Рис. 1. Схема движения крови в организме

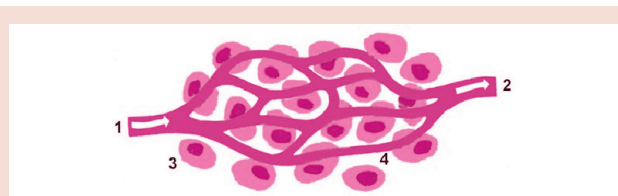


Рис. 2. Капиллярная система: 1 – артериола; 2 – венула; 3 – клетка; 4 – капилляр

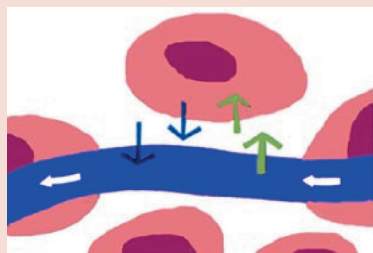


Рис. 3. Схема диффузии веществ через стенку капилляра



Рис. 4. Поверхность кожи пациента при возможности видеть сквозь матрас

ветвляются на артерии меньшего размера, а затем – на артериолы (рис. 1).

Артериолы, разветвляясь, образуют систему мельчайших и тончайших кровеносных сосудов – капилляров (сеть), которые сообщаются непосредственно с клетками (рис. 2).

Пройдя через капиллярную сеть, кровь собирается через тонкие веноулы, которые, соединившись, образуют вены. Вены меньшего калибра впадают в большие, и кровь возвращается в сердце. Так осу-

ществляется непрерывный цикл кровообращения.

Для питания тканей необходимы не только циркуляция крови, но и поступление в клетки питательных веществ и кислорода. За эту задачу отвечают капилляры, которые так малы, что увидеть их можно только с помощью сильного микроскопа, а их стенки так тонки, что кислород и питательные вещества легко проникают сквозь них и попадают в клетку (рис. 3).

Кислород и питательные вещества (зеленые стрелки) из капилляра попадают в клетки. Продукты обмена из клеток поступают в капилляры и разносятся кровью по венозной системе. Жизненно важный обмен кислородом, питательными веществами и другими продуктами жизнедеятельности происходит до тех пор, пока кровь движется по капиллярам. Если сердце перестанет обеспечивать кровообращение, движение крови во всех артериях, капиллярах и венах прекратится и наступит смерть. Но что же происходит, если сердце продолжает работать, а кровь не поступает в некоторые сосуды? Если представить себе лежащего в постели пациента, какой бы мы увидели поверхность его кожи при возможности видеть сквозь матрас? [18], (рис. 4).

Обратите внимание на вид кожи в нижней части спины, в области ягодиц. Хорошо видно, что в месте соприкосновения кожи с поверхностью образуется зона сплющивания. Это то место, где в сдавленных под крестцом сосудах кожи нарушен кровоток. Если движение крови заблокировано надолго, значительное количество клеток отмирает. В течение нескольких дней мертвые клетки распадаются, и образуется некроз тканей – пролежень.

Основные причины образования пролежней – **блокирование кровообращения** и **малоподвижность** больного. Бывает, что мягкие ткани сдавливаются, если тело больного упирается в жесткие предметы (спинка кровати, боковой ограничитель на кровати и др.). Неудачно наложенные повязки, шины, катетеры также могут способствовать образованию пролежней. Любой твердый предмет, осуществляющий давление на кожу, может быть опасным, если у пациента нарушена функция движения. Необходимо помнить, что пуговицы, узлы на одежде, булавки и прочие мелкие предметы, попадающие в постель, способны создавать области сильного давления на тело пациента и перекрывать движение крови.

Поврежденная кожа и мягкие ткани наиболее подвержены опасности возникновения пролежней и присоединению инфекции. Если же наружные слои кожи оцарапаны или потерты, это сопровождается зудом и почесыванием. Иногда ссадина так мала, что ее еле видно, но она опасна, поскольку

поверхность кожи повреждена. Повреждения кожи возникают у пациента, когда он упирается локтями и пятками в поверхность постели, пытаясь сдвинуться. Он скользит, натирая локти и пятки о простынь, возникает «ожог» от трения. Аналогична ситуация, когда неподвижного больного тянут по кровати – кожа трется о простыню. Если простыня из грубого полотна и крахмалена, вероятность «ожога» от трения увеличивается [1,2,6,7].

Если вы хотите поврежденную кожу заклеить, надо помнить, что и обыкновенный лейкопластырь может быть опасен для кожи. При неровном наложении пластырь будет растягивать кожу, образуя складки. При удалении пластыря с поверхности кожи отрывается эпидермис, что делает кожу более тонкой и легкоповреждаемой. Кожа некоторых пациентов обладает повышенной чувствительностью к пластырю и подвержена аллергической реакции. Слишком сухая кожа шелушится, облезает, трескается, что приводит к нарушению целостности ее внутренних слоев. Сквозь трещины могут проникать бактерии и размножаться на поверхности кожи и внутри тканей. Слишком влажная кожа тоже меньше сопротивляется повреждению. Кожа, находящаяся слишком долго во влажном состоянии подвергается разбуханию и мезерированию (повреждению) защитного слоя, открывая доступ к инфицированию (дрожжевой форме, стафилококкам, стрептококкам и др.). Поэтому пациенты, которые не могут контролировать деятельность мочевого пузыря или кишечника, нуждаются в дополнительном сестринском уходе. При недержании мочи или сочетанном недержании, необходимо использовать адсорбирующие средства для того, чтобы кожа оставалась сухой и не было агрессивного воздействия аммиака и остатков пищеварительных ферментов в фекалиях. Их следует сочетать с профессиональными средствами для очищения, защиты и питания.

Обильное потовыделение в жаркую погоду или при повышенной температуре тела тоже является проблемой, требующей решения. Выделения из открытых ран, иногда из самих пролежней, могут вызывать воспаление окружающей кожи. Инфицирование кожи и мягких тканей ведет к их повреждению и затрагивает ткани, лежащие глубже. Особенно подвержена инфицированию грязная, чересчур сухая или чрезмерно влажная кожа. Некоторые медицинские препараты, наносимые на кожу, тоже нередко повреждают ее (хорошо известно, что у пациентов с сахарным диабетом или с явлениями тиреотоксикоза не следует применять йод – возникают ожоги кожи). Плохое питание причиняет вред здоровью любого чело-

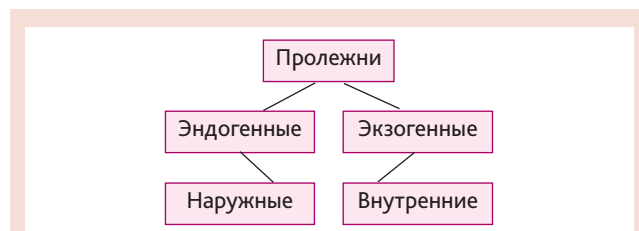


Рис. 5. Классификация пролежней

века. Если пациент получает недостаточное количество воды, белков и других необходимых элементов, включая определенные витамины и минералы, его ткани не могут сопротивляться возникновению повреждений и восстанавливаться после них. Само заболевание, острое или хроническое, ослабляет пациента [9–11].

В развитии **экзогенных** пролежней основную роль играет фактор длительного и интенсивного сдавливания мягких тканей. Ослабление организма при этом виде пролежней лишь создает условия, при которых пролежни развиваются быстрее и распространяются шире и глубже, чем у здоровых лиц. Экзогенные пролежни бывают наружными, внутренними.

Наружные экзогенные пролежни появляются при сдавливании мягких тканей (особенно если они не содержат мышц – например, в области лодыжек, бугра пяточной кости, мышечков и вертелов бедра, локтевого отростка и т. п.) между костью (обычно костным выступом) и каким-либо внешним предметом (поверхность матраса, повязка, шина и др.). В подавляющем большинстве случаев такие пролежни встречаются у оперированных больных, длительно находящихся в вынужденном положении, а также у травматологических больных с неправильно наложенной гипсовой повязкой или шиной, неточно подогнанным протезом, корсетом, лечебным ортопедическим аппаратом.

Внутренние экзогенные пролежни возникают в стенках раны, в слизистой оболочке органа, стенке сосуда в результате длительного пребывания в глубине раны или соответствующем органе жестких дренажных трубок, плотного тампона, трахеотомической трубки, зубного протеза, катетера. В возникновении эндогенных пролежней главную роль играет фактор ослабления организма, глубокого нарушения его основных жизненных функций и трофики тканей. Детализируя этиологию эндогенных пролежней, их делят на смешанные и нейротрофические.

Эндогенные смешанные пролежни встречаются у истощенных тяжелобольных с глубокими циркуляторными нарушениями, нередко страдающих сахарным диабетом, вынужденных в те-

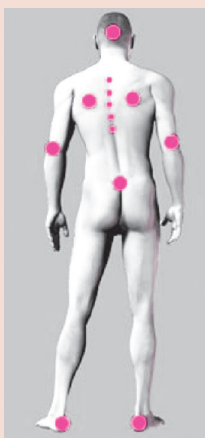


Рис. 6. Места образования пролежней при положении больного лежа на спине



Рис. 7. Места образования пролежней при положении больного лежа на животе



Рис. 8. Места образования пролежней при положении больного лежа на боку



Рис. 9. Места нарушения микроциркуляции из-за давления [18]

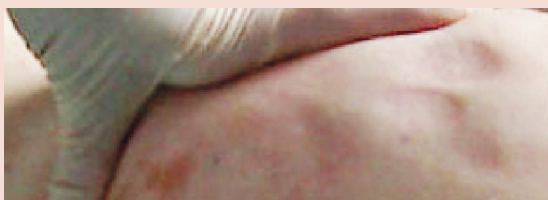


Рис. 10. I стадия (циркуляторных расстройств)

чение длительного времени лежать в постели неподвижно, не имея сил самостоятельно изменить положение тела или отдельных его частей (ног, рук). В этом случае даже небольшое давление на ограниченном участке приводит к ишемии кожи и подлежащих тканей и образованию пролежней.

Пролежни возникают:

- при положении больного на спине – в области бугров пяточных костей, крестца и копчика, лопаток, на задней поверхности локтевых

суставов, реже – над остистыми отростками грудных позвонков и в области наружного затылочного выступа [18], (рис. 6);

- при положении больного на животе – на передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей, в области надколенников и верхних передних подвздошных остей, а также у края реберных дуг (рис. 7);
- при положении больного на боку – в области латеральной лодыжки, мыщелка и большого вертела бедренной кости, на внутренней поверхности нижних конечностей в местах тесного прилегания их друг к другу (рис. 8);
- при вынужденном сидячем положении больного – в области седалищных бугров [18].

Эндогенные нейротрофические пролежни образуются у больных с органическими нарушениями нервной системы (перерыв и контузия спинного мозга, кровоизлияние в мозг, размягчение и опухоли головного мозга, повреждение крупных нервных стволов, например, седалищного нерва, и др.). Основную роль в развитии таких пролежней играют резкие нейротрофические расстройства, настолько нарушающие обменные процессы и микроциркуляцию в тканях (рис. 9), что для возникновения пролежней оказывается достаточным давление простыни, одеяла или даже веса собственной кожи, расположенной над костными выступами. Так образуются эндогенные пролежни над верхними передними подвздошными остями у больных с повреждением спинного мозга, лежащих на спине.

Диагноз ставится на основании данных осмотра. При этом используются следующие критерии:

- 1) гнойное отделяемое;
- 2) боль, отечность краев раны;
- 3) красное пятно (гиперемия).

Диагноз подтверждается бактериологически при выделении микроорганизма в посевах образцов жидкости, полученных методом мазка или пункции из краев раны.

Первый признак развития пролежней – бледность участков кожи с последующим их покраснением, отечностью и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и некроз кожи. В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но и надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и стать причиной смерти больного.

В развитии некробиотических процессов при пролежнях различают 4 стадии:

- I стадия (циркуляторных расстройств) – устойчивая гиперемия кожи, не проходящая



Рис. 11. II стадия (некротических изменений и нагноения)



Рис. 12. III стадия развития пролежней – некроз кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу



Рис. 13. IV стадия – поражение (некроз); видна головка бедренной кости

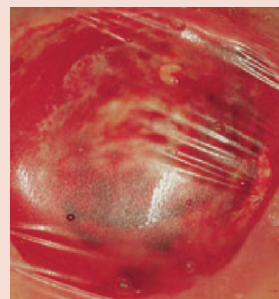
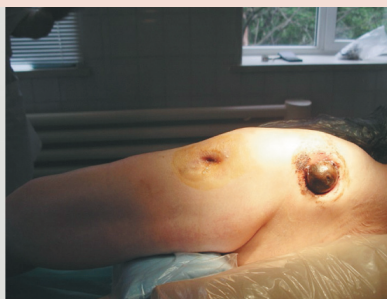
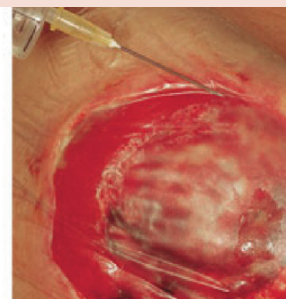


Рис. 14. Первичная оценка пролежня



после прекращения давления; кожные покровы не нарушены, отмечается отечность тканей (рис. 10);

- II стадия (некротических изменений и нагноения) – стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (некроз) с распространением на подкожную клетчатку (рис. 11);
- III стадия – разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; возможны жидкие выделения из раны (рис. 12);
- IV стадия – поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и (или) костные образования (рис. 13).

Пролежни могут осложняться флегмоной, абсцессом, гнойными затеками, рожистым воспалением, гнойными тендовагинитами и артритом, газовой флегмоной, анаэробной инфекцией, кортикальным остеомиелитом и др. Наиболее типичное осложнение у резко ослабленных больных – развитие сепсиса. Если вы ухаживаете за пациентом, у которого имеется тенденция к образованию пролежней, необходимо сделать все возможное, чтобы избежать их появления. Принимая необходимые меры, опасность можно значительно уменьшить.

Пролежень – это, как правило, рана на коже человека. Меры по лечению пролежней анало-

гичны мерам по их профилактике с тем лишь различием, что добавляется уход за раной.

Оценка пролежня. При первичной оценке пролежня определяется локализация, стадия, величина (длина, ширина, глубина), наличие карманов, поражение подлежащих тканей, экссудация и т. п.; рис. 14. Кроме того, рекомендуется сделать цветное фото язвы для занесения в историю болезни. Точное определение размера и объема язвы путем измерения объема жидкости – практичный, быстрый и недорогой способ. Рану закрывают пленкой и заполняют стерильной жидкостью (например, раствором Рингера) с помощью шприца.

При оценке пролежня необходимо обращать внимание на общее физическое, а также психологическое состояние пациента, возможные осложнения сопутствующих заболеваний, выраженность болей.

Необходимые условия для успешного лечения пролежней :

- исключение непрерывного давления на пораженную область;
- лечение основного заболевания;
- обеспечение тщательного ухода за больным.

При экзогенных пролежнях местное лечение следует направить на то, чтобы не допустить перехода сухого некроза во влажный (ГОСТ Р 56819-2015 Надлежащая медицинская практика. Инфологическая модель. Профилактика пролежней.). С этой целью струп и кожу вокруг него



Рис. 15. Ассортимент Menalind Professional (фирма «Hartmann»)



Рис. 16. Гидроактивные повязки (фирма «Hartmann»)

смазывают растворами, которые способствуют высушиванию некротизированных тканей.

Для фиксации раневых повязок в продаже имеются вспомогательные средства разных типов: например эластичный фиксирующий материал Omnifix («Омнификс») идеален для закрытия всей поверхности. Прозрачная и непроницаемая для микроорганизмов повязка с пленочным слоем Hydrofilm («Гидрофильм») очень хорошо подходит для закрытия ран в областях, подверженных микробному загрязнению, например в области крестца, и обеспечивает надежную защиту от вторичной инфекции. Когезивный эластичный фиксирующий бинт Reha-haft («Пеха-хафт») незаменим для фиксации повязок, например HydroCleanplus («ГидроКлин плюс»), в пяточной области. Материал Reha-haft («Пеха-хафт») можно накладывать даже на сложные для наложения повязок части тела без дополнительного закрепления пластырями. Если требуется пластырь для фиксации повязки, рекомендуется использовать пластыри Omniplast («Омнипласт»), Omnisilk («Омнисилк»), Omnipor («Омнипор») и Omnifilm («Омнифильм») с различными показаниями, не раздражающие кожу.

Ассортимент Menalind Professional («Меналинд Профешнл»; рис. 15) включает: трехэтапную систему для ухода за кожей:

- очищающие средства – лосьон для промывания, шампунь, средство для лечебных ванн, ткань для увлажнения;
- средства для ухода – крем для рук, жидкость для кожи, масло для кожи, лосьон для тела и масло для ванн;
- средства для защиты кожи – защитный состав, защитный крем для рук и защитное масло в аэрозольном баллончике.

Гидроактивные раневые повязки для лечения ран во влажной среде

Сегодня влажная терапия считается стандартным методом лечения ран, заживающих вторичным натяжением через образование грануляционной ткани. Этот метод показал себя особенно эффективным при лечении хронических незаживающих ран. Имеется широкий выбор гидроактивных перевязочных материалов для влажной терапии ран, предназначенных для лечения ран на различных стадиях заживления и охватывающей весь необходимый спектр терапевтических средств (рис. 16).

По показаниям производят кожную пластику.

При эндогенных пролежнях основные усилия направляются на лечение заболевания, приведшего больного к тяжелому состоянию. Для поднятия сил больного широко используют (с учетом показаний) дезинтоксикационные мероприятия, стимулирующую терапию, переливание крови, вливание кровезамещающих жидкостей, витаминотерапию, лечебное питание и др. Местное лечение направлено на ускорение отторжения некротизированных тканей. Наиболее эффективны в этом отношении протеолитические ферменты, гипертонические влажно-высыхающие повязки [22–24]. При гнойных осложнениях или декубитальной гангрене прибегают к оперативному вмешательству – вскрытию флегмоны, гнойных затеков, некрэктомии, дренированию ран и др.

Эффективны физиотерапевтические процедуры, ускоряющие отторжение некротизированных тканей. Для уменьшения плазмопотери и профилактики вторичной инфекции при смещении повязки рану закрывают коллагеновой пленкой. При наличии показаний используют оперативное лечение (рис. 17).

На всех этапах лечения осложненных пролежней проводят посевы отделяемого для изучения характера и чувствительности выделенной микрофлоры, применяют антибиотики и другие противомикробные препараты (сульфаниламиды, нитрофураны, иммунные препараты и др.). Прогноз при экзогенных пролежнях благоприятный. При прекращении давления на ткани некробиотический процесс подвергается обратному развитию.

Опасны внутренние экзогенные пролежни, например в стенке крупного кровеносного сосуда, кишки и пр. Прогноз при эндогенных пролежнях обычно серьезный; в основном он зависит от тяжести и характера основного заболевания, послужившего причиной образования пролежня. Для предупреждения экзогенных пролежней необходимо исключить возможность грубого и длительного давления на одни и те же участки кожи и подлежащих тканей больного неудачно наложенной гипсовой повязки или лангеты, транспортной или лечебной шины, ортопедического аппарата, лейкопластырной повязки и пр. При малейшем подозрении на погрешности в технике наложения повязок необходимо сменить их. Находящиеся в ране дренажные трубки, катетеры и т. п. периодически меняют или придают им другое положение.

Для профилактики эндогенных пролежней ослабленного, обездвиженного больного укладывают горизонтально на кровать со щитом, чтобы уменьшить давление на крестцово-копчиковую область; обслуживающий персонал обязан поворачивать его 8–10 раз в сутки. Поворачивание больного облегчается использованием специальной кровати, в которой больной фиксируется к кровати полотну особыми лямками и может быть повернут вместе с полотном (вокруг продольной оси) на бок, живот и спину. Для уменьшения давления на ткани в наиболее уязвимых у данного больного областях используют слабо водяные подушки, поролоновые подкладки и специальные матрасы (рис. 18), выпускаемые промышленностью.

Выбор противопролежневой кровати зависит от степени риска развития пролежней и массы тела пациента. При низкой степени риска может быть достаточно поролоновой кровати толщиной 10 см. При более высокой степени риска, а также при имеющихся пролежнях разных стадий нужны другие матрасы. В случае размещения пациента в кресле (кресле-каталке) под ягодицы и за спину помещают поролоновые подушки толщиной 10 см, под стопы – поролоновые прокладки толщиной не менее 3 см.

Необходимо следить, чтобы простыни не сбивались в складки, а нательное белье было без грубых швов. Особое внимание уделяют чистоте кожи, так как на загрязненной коже пролежни возникают быстрее. 2–3 раза в день кожу в наиболее уязвимых областях тела. При появлении участков покраснения, подозрительных на начинающийся пролежень, перечисленные мероприятия проводят более интенсивно, назначают физиотерапевтические процедуры (электрическое поле УВЧ, УФ-облучение) и пр.

Диета должна содержать не менее 120 г белка и 500–1000 мг аскорбиновой кислоты в сутки. Суточный рацион должен быть достаточно кало-



Рис. 17. Вид пролежня после оперативного лечения



Рис. 18. Специальные противопролежневые матрасы, выпускаемые в настоящее время [13,14]

рийным для поддержания идеальной массы тела пациента [17–19].

Целям профилактики развития пролежней служат также адекватное общее лечение больного, ликвидация тех патологических явлений, которые послужили причиной образования пролежней.

Литература

1. Белоусова А.К., Сербина Л.А. Практические навыки и умения медсестры инфекционного профиля. Ростов н/Д: Феникс, 2002. 412.
2. Борисов Л.Б. Медицинская микробиология, вирусология, иммунология. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. 256.
3. Воробьев П.А., Краснова Л.С. Пролежни. Экономика и профилактика. М.: Ньюдиамед, 2012: 100
4. Всемирная организация здравоохранения «LEMON» «Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни» Медицинская помощь 1997; 3: 33–4.
5. Всемирная организация здравоохранения «LEMON» «Сестринский уход при повреждении тканей: пролежни». Медицинская помощь 1997; 2: 47–50.
6. Денисов И.Н., Туркина Н.В., Перфильева Г.М., Лапик С.В., Павлов Ю. И., Галиулина О.В., Шнейдер В.А. Мультимедийный учебник «Теория и практика сестринского дела в клинических ситуациях (по модели М.Аллен)».
7. Евплов В.И. Деятельность лечебного учреждения по профилактике и лечению инфекционных заболеваний. Ростов н/Д, 2003: 334 .

8. Евплов В.И. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации. Ростов н/Д: Феникс, 2003: 332.
9. Климишвили А.Д. Профилактика и лечение пролежней. Русский мед. журнал. 2004;12.
10. Кулешова Л.И., Пустоветова Е.В., Рубашкина Л.А. Инфекционный контроль в лечебно-профилактических учреждениях. Ростов н/Д: Феникс, 2003: 402.
11. Национальный стандарт РФ ГОСТ ОСТ Р 56819 – 2015. «Надлежащая клиническая практика. Инфектологическая модель. Профилактика пролежней».
12. О пролежнях. Библиотека сестры милосердия. М.: Свято-Димитриевское училище сестер милосердия, 2001: 48.
13. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации «Об утверждении отраслевого стандарта «Протокол ведения больных. Пролежни» ОСТ 91500.11.0001–2002. №123 от 17.07.2002 г.
14. Приказ Минтруда России № 214н от 29.12.2014 «Об утверждении классификации технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации №2347-р от 30 декабря 2005 г.
15. Профилактика внутрибольничных инфекций. Сборник документов, комментарии, рекомендации Ростов н/Д: Феникс, 2003: 332.
16. Стандартизация в здравоохранении «Протокол ведения больных. Пролежни, анализ внедрения». Сестринское дело. 2004; 2: 9–10.
17. Туркина Н.В. Пролежни. Медицинская сестра. 2005.;7: 30–4.

18. Лечение пролежней (краткое руководство). Европейская консультативная группа по пролежням.
19. Туркина Н.В., Филенко А.Б. Общий уход за больными. Учебник. М.: Товарищество научных изданий КМК, 2007: 253–62.
20. Туркина Н.В., Неверов А.В. Способ создания фото-схем для иллюстрации развития пролежней. Удостоверение на рационализаторское предложение № 1693, от 28.09.2004г.
21. Федеральный закон № 323-ФЗ от 21 ноября 2011 г. «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
22. Daniel Bluestein, MD, MS, Eastern. Prevention, Evaluation American Family Physician. Clinical Interventions in Aging Pressure Ulcers: Virginia Medical School, Norfolk, Vol. 92, 2015; №10 November 15,
23. Aqueline G.M. Raetz, MD, and Keren H. Wick, PhD. American Family Physician Common Questions About Pressure University of Washington, Seattle, Washington4 www.aafp.org/afp Vol. 92; 10 : November 15, 2015
24. Gist Iris Tio-Matos Sharon Falzgraf Shirley Cameron Michael SteveBeebeClinical Interventions in Agingsubmit. Clinical Interventions in Aging: 2009; 6: 269–287.

BEDSORES. PATIENT CARE

N.V. Turkina, Cand. Med. Sci.

Reaviz Medical University, Saint Petersburg

The paper considers the continuing relevant problem of the prevention and treatment of bedsores. Despite the fact that there is a large range of tools to facilitate patient care, the number of patients with bedsores does not decline, which substantially hinders the treatment process and sometimes leads to a patient's death.

Key words: bedsores, risk group, mechanism of formation, prevention, care.