



Департамент социального развития
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры



Бюджетное учреждение
Ханты-Мансийского автономного округа – Югры
«Ресурсный центр развития социального обслуживания»

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ
для обучения родственников,
специалистов и других лиц, осуществляющих
уход за маломобильными гражданами
(для реализации технологии «Школы ухода за
маломобильными гражданами на дому»)**

Составитель:
**Бездольная Л.А.,
Пикинская М.В.,**
методисты бюджетного учреждения
Ханты-Мансийского автономного округа–Югры
«Ресурсный центр развития социального обслуживания»

Сургут, 2021

СОДЕРЖАНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	5
ГЛОССАРИЙ.....	6
ВВЕДЕНИЕ.....	7
1. ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ШКОЛЫ УХОДА»	9
1.1. Направления деятельности задачи «Школы ухода».....	9
1.2. Проблемы, с которыми сталкиваются родственники при уходе за маломобильными гражданами	11
2. ПРАВИЛА УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ	12
2.1. Виды и типы ограниченной мобильности	12
2.2. Создание безопасной окружающей среды для маломобильных граждан	13
2.3. Санитарно-противоэпидемический режим.....	17
2.4. Общие правила ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях.....	18
2.5. Особенности ухода за детьми с ОВЗ, детьми-инвалидами....	20
3. ОСНОВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПО УХОДУ, ПРОВОДИМЫЕ С МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНИНАМИ	22
3.1. Измерение артериального давления, температуры тела, частоты дыхания и пульса.....	22
3.2. Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями	24
4. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНАМИ, ИМЕЮЩИМ РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ	25
4.1. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инсульта	25
4.2. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инфаркта миокарда	26
4.3. Уход за маломобильным гражданином, болеющий сахарным диабетом	28
4.4. Уход за маломобильным гражданином, болеющий пневмонией	29
4.5. Уход за маломобильным гражданином, имеющим заболевание геморроя	30
4.6. Клинические ситуации, при возникновении которых необходима безотлагательная консультация врача	30

5.	ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ	32
5.1.	Организационно-финансовая модель обеспечения маломобильных граждан (лиц с ОВЗ) техническими средствами реабилитации.....	32
5.2.	Средства малой реабилитации содействия мобильности в пределах кровати	36
5.3.	Транспортировка в пределах кровати при различных видах ограничения мобильности	37
5.4.	Средства малой реабилитации содействия мобильности при покидании кровати	41
5.4.1.	Пересадить человека из кровати на стул/коляску	43
5.4.2.	Пересаживание с помощью доски	45
5.4.3.	Пересаживание с помощью вращающегося диска	46
5.4.4.	Пересаживание с помощью пояса	47
5.4.5.	Пересаживание с помощью лифта	48
5.4.6.	Перемещение клиента из кровати в кресло	49
5.5.	Транспортировка при различных видах ограниченной мобильности и средства малой реабилитации содействия передвижению	50
5.5.1.	Транспортировка на кресле-каталке	53
5.5.2.	Передвижение с ходунками	55
5.5.3.	Транспортировка с помощью подъемника	56
5.5.4.	Передвижение с поддержкой сзади	56
5.5.5.	Поддержка сзади за плечи	57
5.5.6.	Поддержка сзади за талию	57
5.5.7.	Передвижение с двусторонней помощью	58
6.	ГИГИЕНА ГРАЖДАНИНА	59
6.1.	Утренний (вечерний) туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности	61
6.1.1.	Уход за полостью рта	61
6.1.2.	Уход за зубными протезами	65
6.1.3.	Уход за ушами	67
6.1.4.	Уход за глазами	67
6.1.5.	Уход за полостью носа	68
6.1.6.	Уход за волосами	68
6.1.7.	Бритье подопечного	69
6.1.8.	Уход за кожей лица	69
6.1.9.	Гигиена рук	70
6.1.10.	Мытье ног в постели	71
6.1.11.	Уход за гениталиями	72
6.2.	Смена постельного белья при различных видах и типах ограниченной мобильности	73

6.2.1.	Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности	75
6.2.2.	Мытье в постели обездвиженного гражданина	76
6.2.3.	Мытье гражданина в ванне	77
7.	ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ	78
7.1.	Питьевой режим	80
7.2.	Средства малой реабилитации при кормлении	80
7.3.	Особенности приема пищи при нарушенном глотании	83
7.4.	Особенности приема пищи при различных видах и типах ограниченной мобильности	85
7.4.1.	Кормление лежачего гражданина	86
7.4.2.	Кормление частично мобильного гражданина	86
8.	УПРАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ	
	ОТПРАВЛЕНИЯМИ	87
8.1.	Абсорбирующее белье	89
8.2.	Помощь в пользовании судном	92
8.3.	Освобождение мочевого дренажного мешка	94
9.	ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УХОДЕ ЗА	
	КОЖНЫМ ПОКРОВОМ.....	95
9.1.	Причины возникновения пролежней	95
9.2.	Классификация степеней тяжести пролежней	97
9.3.	Уход за пролежнями	99
9.4.	Фазы заживления раны	99
9.5.	Интертриго (потница)	100
9.6.	Профилактика опрелостей	101
	ЗАКЛЮЧЕНИЕ	102
	СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	103
	ПРИЛОЖЕНИЕ. Перечень технических средств реабилитации для	
	маломобильных граждан	105

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

РФ – Российская Федерация.

ФСС – Фонд социального страхования Российской Федерации.

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья.

СБО – социально-бытовая ориентировка.

Автономный округ – Ханты-Мансийский автономный округ – Югра.

ТСР – технические средства реабилитации.

ЛФК – лечебная физкультура.

ПДД – правила дорожного движения.

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения.

ИППСУ – индивидуальная программа предоставления социальных услуг.

ИПР – индивидуальная программа реабилитации.

ИПРА – индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида.

МСЭ – медико-социальная экспертиза.

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья.

ОДА – опорно-двигательный аппарат.

ОЖД – ограничение жизнедеятельности.

ГЛОССАРИЙ

Абилитация инвалидов – система и процесс формирования отсутствовавших у инвалидов способностей к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Дети с ОВЗ – это дети, имеющие различные отклонения психического или физического плана, которые обуславливают нарушения общего развития, не позволяющие детям вести полноценную жизнь.

Инвалид – лицо с устойчивыми физическими, психическими, интеллектуальными или сенсорными нарушениями, которые при взаимодействии с различными барьерами могут мешать его полному и эффективному участию в жизни общества наравне с другими.

Лица с ОВЗ – это люди, имеющие недостатки в физическом и (или) психическом развитии, то есть глухие, слабослышащие, слепые, слабовидящие, с тяжёлыми нарушениями речи, нарушениями опорно-двигательного аппарата и другие, в том числе дети-инвалиды.

Ограничение жизнедеятельности (ОЖД) – полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять основные компоненты повседневной жизни.

Реабилитационные мероприятия – это направленные воздействия на инвалида при добровольном его согласии, являющемся необходимым предварительным условием их реализации.

Реабилитация – это направление современной медицины, которая в своих разнообразных методах опирается, прежде всего, на личность пациента, активно пытаясь восстановить нарушенные болезнью функции человека, а также его социальные связи. Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных болезнями, травмами или физическими, химическими и социальными факторами.

Реабилитация инвалидов – система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной, профессиональной и иной деятельности.

Уход – это комплекс мероприятий, направленных на поддержание и восстановление сил и создание условий, способствующих быстрому выздоровлению, предупреждению и профилактике осложнений.

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время инвалидность и ограниченные возможности здоровья являются проблемой не одного человека или даже не части населения, а всего общества в целом. Рост инвалидности и численности инвалидов, с одной стороны, – это углубление внимания к каждому индивиду, вне зависимости от его физических, психических и интеллектуальных способностей, с другой – совершенствование представлений о ценности личности и необходимости защищать ее права, характерное для демократического, гражданского общества. Все это является предметом социальной работы с инвалидами.

Проблема семьи, имеющей в своем составе взрослого человека или ребенка с инвалидностью или ограниченными возможностями здоровья (ОВЗ) находится сейчас в центре интересов государства и общественных организаций. Но и при этом в большинстве случаев данная категория населения все-таки остается без должного внимания, и уход за лицами с ОВЗ приходится осуществлять родителям, родственникам, опекунам в домашних условиях, в связи с дорогостоящими услугами специалистов, осуществляющих уход на дому, отсутствием мест в стационарах, а также высокими ценами в специализированных центрах.

Под уходом понимают комплекс гигиенических, профилактических и лечебных мероприятий, направленных на сохранение здоровья, облегчения страданий при болезни, скорейшее выздоровление и предупреждение осложнений.

Уход за маломобильными гражданами требует специальных навыков, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, создания условий, обеспечивающих физический и психический покой¹. Поэтому родственникам, осуществляющим уход, необходимо владеть простейшими приемами ухода, уметь адаптировать лицо с ОВЗ к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию.

С целью улучшения качества жизни граждан пожилого возраста и инвалидов, обеспечения данной категории лиц доступной среды жизнедеятельности и повышения качества социального обслуживания населения, в стационарных учреждениях социального обслуживания Ханты-Мансийского

¹ Категории маломобильных граждан (по данным ВОЗ – это люди с нарушением опорно-двигательного аппарата; с нарушением зрения; с нарушением слуха; с нарушением интеллекта; с психологическими нарушениями; с когнитивными нарушениями; со скрытыми формами инвалидности или инвалиды по общему заболеванию. Также необходимо учитывать другую категорию лиц, отнесенных к маломобильным гражданам: люди пожилого возраста; беременные женщины и родители с детьми; дети в возрасте до 12 лет; люди очень маленького или очень высокого роста; люди, не знающих язык страны пребывания; люди с повышенной массой тела; люди с детскими колясками или тележками для перевоза багажа/грузов; люди с временными ограничениями физического здоровья (заболевания различной степени тяжести, травмы, послеоперационный период, многое, многое другое).

автономного округа – Югры создается и функционирует «Школа ухода за маломобильными гражданами на дому» (далее – «Школа ухода»).

В рамках «Школы ухода» специалисты учреждений социального обслуживания должны обучать граждан и родственников навыкам ухода, пользованию техническими средствами реабилитации (ТСР) и уходовыми средствами, правилам питания и кормления, личной гигиены, знакомить с биомеханикой человеческого тела, методам дезинфекции и др. в привычной для него домашней обстановке в окружении семьи.

Для обеспечения доступности информации в процессе обучения в учреждении рекомендовано сформировать информационно-демонстрационные материалы (демо-папки) по уходу за маломобильными гражданами, информированию, консультированию и их сопровождению.

Настоящие методические рекомендации разработаны для специалистов, родственников и других лиц, осуществляющих уход за маломобильными гражданами на дому.

1. ОБ ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ «ШКОЛЫ УХОДА»

1.1. Направления деятельности и задачи «Школы ухода»

Школа ухода – это инновационная технология, предусматривающая обучение родственников, специалистов и других лиц, осуществляющих уход за маломобильными гражданами на дому, принципами общего ухода, использованию технических средств реабилитации, а также профилактику появления и развития осложнений, которые могут усугубить состояние гражданина.

Школы ухода для семей с лицами с ОВЗ создаются на базе комплексных центров социального обслуживания населения, поликлиник.

К оказанию социальных услуг маломобильным гражданам в рамках деятельности «Школа ухода» целесообразно помимо сиделок, ассистентов по технической помощи, родственников и др. привлекать **специалистов по комплексной реабилитации**, вид профессиональной деятельности которых – предоставление комплексной реабилитационной помощи уязвимым категориям граждан, которые находятся в ситуации социальной дезадаптации или в ситуации риска ограничения жизнедеятельности и нарушения продуктивного взаимодействия с социальной средой², а именно:

дети с ограниченными возможностями здоровья и (или) с инвалидностью, психическими расстройствами, пострадавшие вследствие участия в военных конфликтах, террористических актах, после различных типов аварий и катастроф, ставшие жертвами домашнего, сексуального и физического насилия; дети и подростки – сироты; дети и подростки, не имеющие постоянного места жительства, с различными видами тяжелой зависимости (алкоголизм, наркомания и другие зависимости); несовершеннолетние, находящиеся в конфликте с законом, условно осужденные или находящиеся в пенитенциарной системе;

трудоспособное население – граждане с инвалидностью, психическими расстройствами, пострадавшие вследствие участия в военных конфликтах, террористических актах, после различных типов аварий и катастроф, ставшие жертвами домашнего, сексуального и физического насилия; не имеющие постоянного места жительства, с различными видами тяжелой зависимости (алкоголизм, наркомания и другие зависимости);

пожилые люди с тяжелыми хроническими заболеваниями.

² Профессиональный стандарт «Специалист по реабилитационной работе в социальной сфере» (утвержден приказом министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 18.11.2013 № 681н)

Важным аспектом работы «Школа ухода» является подготовка (обучение) родственников, осуществляющих уход за маломобильными гражданами, и проблемы, с которыми они сталкиваются.



Основные направления работы «Школы ухода»:

1) обучение родственников и опекунов, осуществляющих уход за маломобильными гражданами;

обучение родственников и опекунов, осуществляющих уход за маломобильными гражданами:

- психологическим аспектам, связанным с вопросами организации ухода и разрешением семейных конфликтов, профилактики стрессовых состояний (методам саморегуляции, релаксации и аутогенной тренировке);
- методам контроля за изменениями состояния здоровья инвалида;
- профилактики осложнений (пролежней, пневмоний, контрактур);
- принципам общего ухода (кормление, гигиенические мероприятия);
- навыкам использования технических средств реабилитации;
- основам реабилитации при различных функциональных нарушениях

2) информирование, консультирование и сопровождение маломобильных граждан.

информирование, консультирование и сопровождение по вопросам:

- социально-правового консультирования;
- психологической поддержки (индивидуальные/групповые консультации);
- использования технических средств реабилитации

Задачи «Школы ухода»:



1) освоение родственниками практических навыков реабилитации и ухода за лицами с ОВЗ в домашних условиях;

2) освоение родственниками техники проведения гигиенических процедур, приемов оказания помощи в бытовых вопросах;

3) обучение родственников и других лиц, осуществляющих уход в домашних условиях:

- теоретическим основам ухода за лицами с ОВЗ;
- навыкам медицинских манипуляций;
- правилам питания и кормления;
- способам оказания первой доврачебной помощи;

психологическим аспектам, связанным с вопросами организации ухода и разрешением семейных конфликтов, профилактики стрессовых состояний; профилактике осложнений и т. д.

4) информирование, консультирование и сопровождение по вопросам социально-правового консультирования, психологической поддержки и использования технических средств реабилитации.



Целевая группа «Школы ухода»:

1) родственники, осуществляющие уход за маломобильными гражданами, утратившими способность к самообслуживанию;

2) граждане пожилого возраста и инвалиды, не утратившим способность к самообслуживанию (маломобильные граждане);

3) специалисты учреждений социального обслуживания.

1.2. Проблемы, с которыми сталкиваются родственники при уходе за маломобильными гражданами

Семейная помощь и уход часто становится нелегким испытанием для семьи. Многие исследования приводят к выводу, что уход за пожилым человеком или инвалидом связан с сильным утомлением и напряжением, что приводит к стрессу, хотя в целом ситуация зависит от индивидуальных различий.



При уходе за маломобильными гражданами, как правило, возникает ряд **проблем:**

недостаток знаний о психологии поведения, характере и способах общения пожилых людей и инвалидов;

отсутствие свободного графика работы в шаговой доступности от дома;

нехватка времени, т.к. при уходе за больным нужно почти всегда находиться дома. На плечи родственника или опекуна ложится вся тяжелая домашняя работа, часто монотонная и однообразная;

появление новых обязанностей, освоение и применение новых знаний и навыков;

сложности в налаживании контакта с больным человеком по причине трудности понимания старческой тревожности и внутреннего дискомфорта недееспособного пожилого;

ограничение собственного общения с другими из-за отсутствия свободного времени или неудовлетворительных условий проживания;

возникновение проблем личного характера: плохие взаимоотношения между членами семьи, ухаживающим и больным, неважное здоровье, одиночество;

неудовлетворительные жилищные условия могут только усугубить общие проблемы и др.

В особо трудной ситуации находятся те семьи, в которых проживает пожилой человек с сенильной (старческой) деменцией³, заболевание которой составляют 15 – 20 % всех психических болезней позднего возраста. Родственники таких пожилых часто обнаруживают явные признаки социально-психологической дезадаптации в виде невротизации⁴, конфликтности, прогрессирующих психосоматических заболеваний⁵ и т. д. Они сами проявляют желание обратиться за помощью к психологу или психотерапевту. При этом отмечено, что при такой высокой потребности снять напряжение членам семей, проживающим совместно с пожилым человеком, особенно с больным и недееспособным, практически отсутствуют методы психологической поддержки.

 **Профилактика возникающих проблем «Школы ухода»** направлена на усовершенствование поддержки не только маломобильным гражданам, но и членам их семей путем создания благоприятной обстановки и психологической атмосферы.

Для оказания помощи маломобильным гражданам прежде всего необходимо создать условия для безопасной физической среды пребывания.

2. ПРАВИЛА УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

2.1. Виды и типы ограниченной мобильности

Мобильность означает подвижность. Человек может быть мобилен, частично мобилен или немобилен. Мобильность – основная потребность человека, элемент свободы и независимости. Чем выше мобильность любого живого существа, тем более оно независимо от ограничений среды его обитания. К сожалению, человек начинает ценить многие повседневные возможности только тогда, когда они больше не существуют или сильно ограничены и когда он вынужден пользоваться посторонней помощью.

³ Деменция (лат. dementia — безумие) — приобретенное слабоумие, стойкое снижение познавательной деятельности с утратой в той или иной степени ранее усвоенных знаний и практических навыков и затруднением или невозможностью приобретения новых.

⁴ Невротизация - это состояние эмоциональной нестабильности, которое может привести к неврозу и невротической тенденции в поведении личности.

⁵ Психосоматические заболевания (от греч. ψυχή — душа и греч. σῶμα — тело) — группа болезненных состояний, появляющихся в результате взаимодействия психических и физиологических факторов.



Ограничение подвижности (мобильности) влечет за собой ограничения самообслуживания в повседневной жизни, зависимость от посторонней помощи.

Как только появляется необходимость помощи в передвижении, транспортировке, сопровождении при передвижении, можно говорить, что этот человек частично мобильный или **маломобильный**.

Немобильный человек отличается, прежде всего, тем, что он не свободен. Зависимость от других лишает его свободы выбора. Прикованный к постели человек не в силах реализовывать свои желания. Постельный режим почти всегда сопровождается бессонницей. Сон становится поверхностным, смещается на дневные часы. Такое явление еще больше дезориентирует больного, усиливает его растерянность. Лежачий человек переживает свое несчастье, он — жертва

обстоятельств, отсюда возможны и депрессии, и агрессивные состояния вплоть до полной самоизоляции.

Другая большая опасность немобильности — риск развития пролежней, контрактур и, как следствие, возникновение атрофии дыхательной мускулатуры, легочных заболеваний (пневмония).

Немобильность способствует неполноценному питанию и недостаточному потреблению жидкости, что

становится прямой причиной возникновения проблем со стороны желудочно-кишечного тракта (запоры). Таким образом, немобильность — тяжелейший недуг, который при неправильном и непрофессиональном уходе влечет за собой множество последствий, многие из которых смертельны.

2.2. Создание безопасной окружающей среды для маломобильных граждан

Безопасная внешняя среда — необходимая часть жизни человека. Здоровый человек сам в состоянии создать вокруг себя безопасное окружающее пространство, тогда как человек маломобильный гражданин нуждается в посторонней помощи и дома, и вне его.

Создание безопасной окружающей среды для маломобильных граждан является важным компонентом заботы о качестве жизни человека с дефицитом самообслуживания.



Главный симптом немобильности

— полная потеря подвижности.



Главные риски немобильности

— потеря возможности самостоятельно организовывать свою жизнь, удовлетворять свои повседневные нужды; возникновение дефицита самообслуживания; появление состояния беспомощности, когда человек не может ни защитить себя, ни принимать самых обычных мер к сохранению своей жизни и здоровья и нуждается в посторонней помощи.



Рекомендации по созданию безопасной окружающей среды:

полы и лестницы должны быть чистыми и сухими, на них не должно быть ненужных предметов;

у лестниц по всей длине и с обеих сторон должны быть перила, верхней и нижней части лестницы – ограждения. Перила и ограждения необходимо надежно закрепить;

ступени лестницы должны быть в хорошем состоянии. Недопустимы сломанные, шатающиеся или наклонные ступени;

на лестницах не должно быть ковровых дорожек. Края ступеней желательно «окантовать» нескользким материалом;

ступени должны быть хорошо освещены. Выключатели должны находиться как в начале, так и в конце лестницы;

на пути из одного помещения в другое не должно быть препятствий, порогов или незакрепленных проводов;

стены внутренних помещений желательно оборудовать поручнями;

не следует использовать мебель с выступающими углами и ножками;

ковры должны иметь нескользящее основание;

у ковров и ковровых покрытий не должно быть загнутых краев, потрепанных или порванных частей;

подошвы обуви и каблуки не должны быть слишком гладкими и скользкими;

в ваннных комнатах и душевых помещениях на полу должны лежать резиновые коврики или нескользкие покрытия;

рядом с ванной, душем и унитазом должны быть оборудованы поручни;

мыльница и полотенце должны находиться не далее расстояния вытянутой руки;

освещение должно быть достаточным и днем, и ночью;

выключатели освещения должны располагаться рядом с дверью так, чтобы до них было удобно достать рукой; выключатели настольных ламп и торшеров также должны быть под рукой;

доступ к кровати лежачего человека должен быть обеспечен с обеих сторон;

кровать должна быть оборудована подъемными боковыми ограждениями и устройствами для подтягивания;

в комнате подопечного на видимом месте должны быть размещены часы и календарь.

Как правило, к маломобильным гражданам относятся люди пожилого возраста.

Самая обыденная ситуация для пожилых людей – когда они падают, например, вставая с постели, со стула или в тот момент, когда садятся, ходят по дому, а также на мокром полу в ванной комнате и туалете, зацепившись за ковер или шнуры, перешагивая порог, поднимаясь или спускаясь по лестнице и т.п., при этом зачастую получая тяжелые последствия – черепно-мозговые травмы, переломы костей и другие серьезные травмы.

Если человек боится упасть, он естественно старается двигаться как можно меньше. Тем самым его возможности самообслуживания в быту уменьшаются, что приводит к депрессии, социальной изоляции и прогрессированию старческой астении.

К факторам риска падений относится мышечная слабость, нарушение равновесия, неврологические и сердечно-сосудистые заболевания, падение артериального давления, болезни суставов и плохое зрение. Довольно часто пожилые люди падают при наличии спутанного сознания или делирия, а наличие деменции многократно увеличивает эту опасность.

Процедуру ухода за маломобильными гражданами необходимо осуществлять в зависимости от состояния и особенностей заболевания или повреждения.

Но есть ряд **критериев**, которые должны соблюдаться в процедуре ухода за маломобильными гражданами вне зависимости от вышеуказанных факторов:

1) Требования к помещению

В этой комнате человек будет находиться большую часть своего времени, поэтому необходимо сделать все возможное, чтобы добиться оптимальных, психологически комфортных условий.

В первую очередь, требуется позаботиться о хорошем освещении. Темнота негативно влияет на психоэмоциональное состояние больного.

Очень важно обеспечить полное отсутствие постороннего шума, чтобы человеку было комфортно находиться в помещении. Необходимо помнить о досуге. Если гражданин любит смотреть телевизор, то обязательно наличие в комнате техники.

Очень важное требование – обеспечение циркуляции воздуха. Нужно ежедневно проветривать помещение, в котором находится лицо с ОВЗ, не реже

Критерии:

- ✚ требования к помещению;
- ✚ температурный режим;
- ✚ расстановка мебели;
- ✚ обеспечение надлежащего постельного режима;
- ✚ организация досуговых мероприятий;
- ✚ контроль психологического состояния

двух раз в день. При возможности, стоит регулярно делать кварцевание, чтобы уничтожить патогенные микроорганизмы.

1) Температурный режим

Нужно отрегулировать температуру в помещении таким образом, чтобы лицу с ОВЗ не было ни жарко, ни холодно. Излишняя потливость приводит к негативным изменениям кожных покровов, а чрезмерный холод – к ослаблению иммунитета. Оптимальная температура – от 18 до 22 °С. Одежда должна подбираться с учетом сезона и температуры в комнате.

2) Расстановка мебели

Если человек может передвигаться самостоятельно, то необходимо позаботиться о том, чтобы он мог иметь свободный доступ ко всем предметам в комнате. Кроме того, для удобства ухода стоит обеспечить подход к кровати инвалида с обеих сторон.

3) Обеспечение надлежащего постельного режима

В зависимости от патологий, от которых страдает маломобильный гражданин, необходимо подобрать оптимальный постельный режим для регулирования двигательной активности. В медицинской практике их выделяют четыре направления:

Строгий. Предполагает полное ограничение подвижности человека: он не может встать с кровати, сидеть. Разрешается только менять расположение тела в пределах постели, двигать головой, а также занимать положение полусидя.

Постельный. Человек может сидеть на кровати, пользоваться предметами в пределах доступности, заниматься легкими физическими упражнениями. Однако полностью стоять и передвигаться запрещено.

Полупостельный. Передвигаться по помещению, делать гимнастику разрешено, однако стоит ограничить время. При таком режиме запрещены самостоятельные прогулки на улице и длительная физическая активность.

Общий. Ограничений в двигательной и физической активности нет. Лицо с ОВЗ может передвигаться по помещению, самостоятельно гулять на свежем воздухе.

Также обязательно нужно следить за распорядком дня – ложиться спать ночью, чтобы дать возможность отдохнуть близким.

4) Организация досуговых мероприятий

Варианты досуга подбираются в зависимости от двигательной активности лица с ОВЗ. Если она не ограничена, то вариантов огромное количество. В любом случае можно включить человеку любимую музыку.

5) Контроль психологического состояния

Апатия, стресс и депрессия – частые спутники маломобильного человека. Очень важно постоянно контролировать его психологическое состояние. Лучше всего, если этим будет заниматься специалист. Если есть решение делать это самостоятельно, то интересоваться состоянием больного необходимо в мягкой форме.

При общении очень важно уметь подбирать правильные слова, чтобы психологически не травмировать гражданина. Ни в коем случае не стоит говорить подобных фраз «Я понимаю, что ты чувствуешь», «Все будет хорошо». Так родственники только усугубляют и без того критическое состояние. Ведь, по факту, они не могут понять, что в действительности чувствует больной.

2.3. Санитарно-противоэпидемический режим

Для маломобильного гражданина, получающего уход на дому, должен быть правильно обустроен быт:

отдельная комната (или хотя бы светлая часть комнаты, отделенная от остальной части ширмой). Лишнюю мебель из комнаты лучше убрать, так как это не только обезопасит комнату для передвижения клиента, но и облегчит процесс ее дезинфекции и общего ухода за клиентом;

поддержание температуры в помещении (комнате) в пределах 19-21⁰С. Помещение должно регулярно проветриваться (3-4 раза в день), при этом получателя социальных услуг следует перемещать в другую комнату или, при невозможности перемещения лежащего больного, укрыть его одеялом. В зимний сезон (когда в помещении становится особенно сухо) рекомендуется использовать бактерицидные лампы (облучатель-рециркулятор) и увлажнители. Первые обеззараживают помещение, уничтожают вирусы, споры, болезнетворные бактерии, вторые поддерживают комфортный уровень влажности, и все эти приборы в совокупности поддерживают иммунитет клиента;

поддержание чистоты и порядка;

проведение влажной уборки (ежедневно два раза в день дезинфицирующим средством, разрешенным к применению в домашних условиях);

кварцевание помещений (ультрафиолетовое бактерицидное облучение воздушной среды) при необходимости;

демеркуризация (комплекс мероприятий, направленных на дезактивацию ртути) при необходимости.

До совершения различных манипуляций с гражданином специалист или родственник должен надеть халат, фартук и перчатки, а для сбора использованных

материалов рядом желательно поставить плотный мешок, так как выкидывать что-либо на пол нельзя.

После проведения процедур необходимо помыть руки, обработать перчатки и проветрить помещение.

2.4. Общие правила ухода за маломобильными гражданами в домашних условиях

Специалистами учреждений социального обслуживания проводится комплекс мероприятий, направленных на реабилитацию и абилитацию граждан, имеющих нарушения психического или физического здоровья. Маломобильные граждане имеют большие трудности в самообслуживании, в связи с чем за ними организуется уход со стороны как специалистов, так и родственников.

Основные принципы реабилитации:

-  раннее начало проведения реабилитационных мероприятий (РМ);
-  комплексность использования всех доступных и необходимых РМ;
-  индивидуализация программы реабилитации;
-  этапность реабилитации;
-  непрерывность и преемственность на протяжении всех этапов реабилитации;
-  социальная направленность РМ;
-  использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации

Объем ухода зависит от состояния здоровья гражданина, имеющего ограниченные возможности здоровья или инвалидность, в соответствии с которым врач может назначить определенный режим дня, в том числе и постельный. В таком случае для маломобильного гражданина (или ребенка) очень востребована помощь специалистов или родственников. Однако даже возможность полного самообслуживания не освобождает близких от ухода за маломобильным гражданином, создания благоприятных условий для его реабилитации.

Как показывает опыт работы с маломобильными гражданами, успех в реализации планов их реабилитации достигается только при тесном **сотрудничестве с родителями ребенка** всех занятых в этой работе специалистов, таких как врача, медсестер по массажу, инструкторов ЛФК, психологов, логопедов, дефектологов, педагогов дополнительного образования, инструкторов по труду, социальных педагогов, специалистов по социальной работе, сиделок, ассистента по технической помощи, специалиста по комплексной реабилитации и др.

Более того, родители такого гражданина должны рассматриваться в качестве основных исполнителей значительной части реабилитационных мероприятий.



Для эффективного ухода за маломобильными гражданами нужны не только знания и навыки, но и чуткость, такт, способность психологического воздействия, чтобы преодолеть повышенную раздражительность лиц с ОВЗ, имеющего особенности развития, владеющее им чувство тревоги, иногда даже безысходность, отвлечь от чрезмерного внимания к своему недугу. Сдержанное, ровное и спокойное отношение поддерживает инвалида, укрепляет его волю к выполнению всех врачебных предписаний.

Доказано, что качества личности маломобильного гражданина, его психологический настрой существенно влияют на течение «болезни», ее исход.

Уход за маломобильными гражданами разделяют на общий и специальный.

Общий уход – это поддержание санитарного порядка в помещении, где находится лицо с ОВЗ, забота об удобстве постели, чистоте белья и одежды, организация питания, помощь при приеме пищи, туалете, физиологических отправлениях и т. д., выполнение всех предписанных медицинских процедур и лекарственных назначений, а также непрерывное наблюдение за самочувствием и состоянием.

Специальный уход включает особенности ухода, обусловленные спецификой того или иного заболевания гражданина.

Для организации правильного ухода за маломобильными гражданами изначально необходимо определить потребности человека.

Согласно концепции Кровинкель, выделяют 13 видов активности человека и жизненного опыта, обеспечивающих его основные потребности (таблица 3).

Таблица 3. Принципы ухода по Кровинкель

№ п/п	Виды активностей
1	Возможность общаться
2	Возможность двигаться
3	Возможность поддерживать витальные функции
4	Возможность ухаживать за собой
5	Возможность есть и пить
6	Возможность выделять продукты жизнедеятельности
7	Возможность одеваться
8	Возможность спать, отдыхать, расслабляться
9	Возможность развлекаться, учиться, развиваться
10	Возможность переживать собственную сексуальность
11	Возможность заботиться о безопасности своего окружения
12	Возможность поддерживать и развивать социальные контакты
13	Возможность справляться с экзистенциальным опытом жизни

2.5. Особенности ухода за детьми с ОВЗ, детьми-инвалидами

В условиях домашней обстановки ответственность за ребенка лежит на родителях и родственниках. Поэтому, родителям, имеющим ребенка-инвалида, должны быть доступны методики коррекционно-развивающей работы.



Дети с ОВЗ и инвалидностью нуждаются большей заботе и трудах родителей, чем здоровый ребенок. Родители должны быть не

простыми исполнителями назначений и предписаний врачей, психологов и логопедов. Они должны стать равноправными партнерами в борьбе за собственного ребенка. При стационарном лечении волевая доминанта отдается специалистам.

Большинство родителей, имеющих такого ребенка, осознают необходимость систематической и целенаправленной коррекционной работы над развитием его двигательной сферы, речи и интеллектуальных возможностей: организуют занятия ребенка со специалистами, курсы лечения, зачисляют детей в специализированные учреждения.

Вместе с тем, специально организованные занятия занимают лишь ограниченное количество времени в сутки, большую же часть ребенок с ОВЗ находится дома, в обществе родителей. Правильно организованное общение родителей с больным ребенком в повседневной жизни, в процессе совместного выполнения даже таких элементарных действий как умывание, кормление, уборка, стирка, т. е. в режимных моментах, имеет огромное значение для его психического развития.

Человек приобретает опыт и развивается лишь в деятельности. Если ребенок-инвалид не может выполнить действия в силу двигательных ограничений, невнимательности и недостаточного восприятия, неправильно превращать его в пассивного наблюдателя за жизнью других людей.

В раннем возрасте нам нужно заложить эти механизмы, рассматривая восприятие и внимание как инструменты обеспечения успешной адаптации детей-инвалидов в обществе.



Для преодоления трудностей, которые вызваны болезнью ребенка,

родители и родственники в домашних условиях должны научиться способам привлечения внимания ребёнка, стимуляции его к развитию активного взаимодействия, что будет способствовать формированию эмоционального фона,

социальной направленности и регуляции поведения. Родители должны стимулировать детей на произвольные подражания действиям, мимике и интонациям взрослых, на эхоталии, обыгрывать звуковые реакции с помощью эмоционально-смыслового комментария игр и занятий, сопровождающего ребенка в течение всего дня и являющегося необходимым элементом занятий.



Используемые приемы должны включать создание предметной игровой среды с учетом индивидуального подхода и мобильности.

Например, в работе с детьми-инвалидами **с нарушением слуха** большое значение имеет подражание, должна широко использоваться предметная деятельность на основе эмоционального воздействия с взрослым, уточняется характер имеющихся звуков. Воздействие направляется на развитие фонематического восприятия, понимание речевых структур.

У детей-инвалидов **с нарушениями зрения** особенно обширно представлены нарушения, становящиеся причиной сокращения двигательной активности и раннего расстройства информационных связей с окружающим миром. Своеобразие комплексной коррекционной работы осуществляется с учётом состояния зрения, особенностей способов восприятия, специфических приемов подачи одного и того же материала. У таких детей необходимо формировать всесторонние представления об окружающем с опорой на различные формы вербальной и невербальной деятельности. Особое внимание обращается на возможность использования имеющегося зрения – дидактический материал необходимой величины, окраски и объёмности, использование рельефных картинок и т. д.

Важным моментом в работе с детьми-инвалидами **с интеллектуальной недостаточностью** является развитие наглядного мышления, знакомство с предметами окружающей действительности. С этими детьми необходимо проводить дополнительную работу по развитию психической активности, введению в эмоциональное переживание, насыщению сенсорными впечатлениями с помощью зрительной, вестибулярной и тактильной стимуляции.

Специфика работы с детьми-инвалидами **с детским церебральным параличом** заключается в сочетании массажа артикуляционных органов с развитием функций рук и общей моторики ребёнка. Большое значение придается формированию тактильного восприятия. Коррекционные мероприятия по

✚ Упражнения с ребенком необходимо проводить в домашней обстановке во всех режимных моментах и не забывать о том, что родитель должен помочь ребенку-инвалиду, а не сделать за него.
✚ Исходя из особенностей состояния, необходимо варьировать приемы работы.

развитию и совершенствованию восприятия и внимания осуществляются в процессе практической деятельности – спонтанная игра ограничена в силу специфики самого заболевания.

Работа по установлению контакта с детьми-инвалидами *с эмоциональными нарушениями* должна идти особенно осторожно. Главным является снятие общей отрицательной оценки взрослого человека ребенком. «Приручая» ребенка, не нужно привлекать его зрительное внимание, обращаться прямо к нему словом или жестом. После установления к себе положительного отношения, нужно помнить о пресыщаемости такого ребёнка в контактах, давать возможность ему отдохнуть, не прерывая тактильного контакта. В моменты интенсивной вестибулярной стимуляции необходимо фиксировать аффективную связь момента удовольствия и взгляда, улыбки взрослого, добиваясь ответной реакции ребёнка. Задания на организацию зрительного внимания в данном случае не эффективны.

3. ОСНОВНЫЕ МАНИПУЛЯЦИИ ПО УХОДУ, ПРОВОДИМЫЕ С МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДАНИНАМИ

3.1. Измерение артериального давления, температуры тела, частоты дыхания и пульса

Первичные манипуляции, проводимые с маломобильным гражданином с целью определения его состояния здоровья во время организации ухода, включают:



- измерение артериального давления;
- определение пульса;
- определение частоты дыхания;
- измерение температуры тела

Для измерения давления рекомендовано использовать сфигмоманометры, содержащие ртуть, – они более точны, чем автоматические аппараты.

Артериальное давление (АД) определяют на плечевой артерии в положении человека лежа на спине или сидя в удобной позе. Манжету накладывают на плечо на уровне сердца, нижним ее краем – на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна иметь такой размер, чтобы покрывать 2/3 бицепса. Далее в манжету нагнетают воздух до значений выше ожидаемого систолического АД. Затем давление в манжете постепенно снижают (со скоростью 2 мм рт.ст./с) и с помощью фонендоскопа выслушивают тоны сердца над плечевой артерией той же руки.

Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа. Давление, при котором будет выслушан первый тон сердца – систолическое АД. Давление, при котором тоны сердца больше не выслушивают – диастолическое АД. Теми же принципами руководствуются при измерении АД на предплечье (тоны выслушивают на лучевой артерии) и бедре (тоны выслушивают на подколенной артерии). Если тоны очень слабы, следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторяют.

Определение пульса проводят с помощью секундомера (часы с секундной стрелкой), листа бумаги, ручки. Для определения пульса необходимо установить доверительные отношения с пациентом, объяснить цель и ход манипуляции, получить его согласие, вымыть и высушить руки, приготовить все необходимое, предложить пациенту занять удобное положение сидя (лежа) и провести следующие манипуляции:

кисти рук пациента располагают на уровне сердца и охватывают их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II-V пальцы - на лучевой артерии в области лучезапястного сустава;

пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости;

сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании исследуют пульс на той руке, где колебания выражены лучше);

определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями);

подсчитывают частоту пульса (при ритмичном пульсе – в течение 30 с, результат умножают на 2; при аритмичном – в течение 1 мин);

определяют напряжение пульса (по той силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания);

определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе);

оценивают свойства артериального пульса - ритм, частоту, напряжение, наполнение;

сообщают результаты исследования подопечному;

записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами);

моют руки.

Пример записи: Иванов Иван Петрович: артериальный пульс ритмичный (аритмичный), 78 в минуту, умеренного напряжения (твердый или мягкий), полный (пустой).

Частота дыхания. Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Количество дыханий за 1 мин называют

частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны. Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса). Положение человека – лежа или сидя, при этом его берут за руку, как для исследования пульса, но наблюдают за экскурсией грудной клетки и считают дыхательные движения в течение 1 мин. Результат ЧДД записывают в соответствующую документацию.

Температура тела. Температуру тела измеряют с помощью термометра тремя основными способами:

при аксиллярном измерении (в подмышечной впадине) необходимо точно вложить термометр в подмышечную впадину (подмышечная впадина должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды больного);

во время орального измерения (термометр кладут под язык) используют специальную конструкцию термометра (только для индивидуального пользования);

в ходе ректального измерения (в прямой кишке) больной лежит на боку или на спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.

3.2. Наблюдение за весом, кожным покровом и физиологическими отправлениями

Немаловажным аспектом ухода за маломобильным и гражданами является:



- + наблюдение за весом;
- + наблюдение за кожным покровом;
- + наблюдение за физиологическими отправлениями;

Вес – один из показателей физического развития человека, который зависит от возраста, морфологических и физиологических особенностей организма и позволяет косвенно судить о состоянии здоровья. Вес зависит от возраста, пола, а также характера и степени рабочей нагрузки, питания и др.

Взвешивание производят на медицинских весах стоя, ослабленных граждан – сидя на стуле или лежа (на специально приспособленных весах) в нательном белье (с последующим вычитанием среднего веса одежды), натошак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника.

Перед взвешиванием необходимо проверить равновесие весов без груза. Больных рекомендовано взвешивать не реже 1 раза в неделю. Данные о весе тела записывают в карту (историю).

Мочеиспускание и опорожнение кишечника – естественные физиологические отправления организма. Они могут и должны быть контролируемы. При субъективной оценке удовлетворения потребности пациента в физиологических отправлениях следует выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать мочеиспускание и опорожнение кишечника, уточнить частоту и характер отпавлений.

Для достижения цели при обеспечении потребности в физиологических отправлениях, необходима их регулярная оценка. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях – характера стула.

Наблюдение за **кожным покровом** имеет большое значение, поскольку кожа пожилых и больных людей имеет особенности, связанные с происходящими изменениями в организме. Возникают различные дерматологические заболевания, не характерные для молодых и здоровых людей. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним.

Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным больным регулярно проводят профилактику пролежней.

4. ОСНОВЫ ОРГАНИЗАЦИИ УХОДА ЗА МАЛОМОБИЛЬНЫМИ ГРАЖДДАНАМИ, ИМЕЮЩИМ РАЗЛИЧНЫЕ ПРИЗНАКИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

4.1. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инсульта

Инсульт – острое нарушение кровообращения мозга, приводящее к повреждению и гибели нервных клеток. Инсульт происходит, если кровеносный сосуд в мозге перекрывается или блокируется (бляшкой, тромбом – ишемический инсульт) либо разрывается (геморрагический инсульт).

После гибели части нервных клеток организм утрачивает одну из функций, за которую эти клетки отвечали: наступают паралич, потеря речи и другие

серьезные нарушения. Чем больше область омертвления в мозге, тем более тяжелые последствия имеет инсульт.

Прогноз при инсульте зависит от обширности поражения мозга, а также от качества оказанной первой помощи, скорости доставки больного в больницу, а в дальнейшем – от адекватности и объема реабилитационных мероприятий.

При малейшем подозрении на инсульт, например, если человек беспричинно споткнулся несколько раз или буквально на несколько секунд потерял сознание, воспользуйтесь **правилом «УЗП»**:

У – **улыбнуться** (попросите человека улыбнуться. При инсульте происходит паралич мышц с одной стороны тела, в результате чего улыбка получается «кривой» – на пораженной стороне уголок рта останется опущенным)

З – **заговорить** (попытайтесь заговорить с пострадавшим, попросив его произнести любую несложную фразу, например, «На улице идет дождь»).

При инсульте речь обычно нарушается, становится бессвязной или заторможенной).

П – **поднять руки** (попросите пострадавшего поднять обе руки вверх одновременно. При инсульте одна рука будет падать или уходить в сторону).

Если сомнения остаются, предложите больному высунуть язык. При инсульте он обычно отклоняется в сторону. Если у пострадавшего человека присутствует хотя бы один признак инсульта – срочно вызывайте скорую медицинскую помощь! При этом максимально точно перечислите все симптомы.

Возможны также такие признаки и симптомы, как нарушение сознания, нарушение слуха, изменение ритма, частоты и глубины дыхания, непонимание обращенной речи, непроизвольное мочеиспускание или дефекация, асимметрия лица, частичный или полный паралич конечностей, судороги.

4.2. Уход за маломобильным гражданином, имеющим признаки инфаркта миокарда

Инфаркт миокарда – состояние, возникающее вследствие внезапного прекращения коронарного кровотока в связи с тромбозом коронарного сосуда и развитием очагов некроза (гибели клеток) в сердечной мышце. При несвоевременном оказании неотложной помощи, а иногда даже при ее оказании заболевание приводит к смерти больного.

Иногда инфаркт миокарда маскируют другие болезни. В частности, гастралгический вариант инфаркта миокарда похож на картину «острого живота»:

Правила УЗП при признаках инсульта:

-  У – улыбнуться
-  З – заговорить
-  П – поднять руки

боль в животе, вздутие, слабость, падение артериального давления, тахикардия. Уточнить диагноз помогает электрокардиограмма. Астматический вариант протекает без сильных болей в сердце, при этом человек начинает задыхаться, однако от препаратов, облегчающих дыхание, состояние больного не улучшается.

Церебральный вариант инфаркта миокарда напоминает инсульт, поскольку возникает спутанность сознания и речи. «Немой» инфаркт миокарда протекает совсем без боли и наиболее часто бывает у больных сахарным диабетом. Его единственными признаками могут быть сильная утомляемость и одышка после физической нагрузки, которую раньше больной выполнял легко.

Еще одна «маска» инфаркта миокарда – стенокардия напряжения, при которой боль проявляется только при ходьбе (рис. 1).

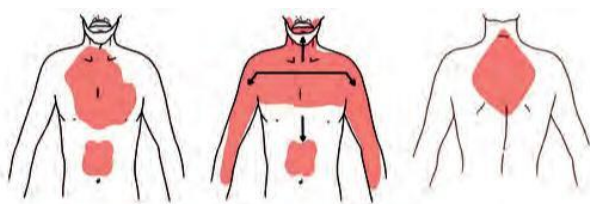


Рисунок 1. Локализация боли при инфаркте миокарда или стенокардии

Первые сигналы при инфаркте миокарда:

сильные боли более 5 минут в груди, в руке, лопатке, шее, подбородке, предплечье;

чувство удушья, жжение в области груди;

тошнота, рвота, чувство страха;

слабость (возможно без болей), возможна потеря сознания;

бледность, холодный пот;

пробуждение ночью с болью в области груди;

боли в груди могут возникнуть при малых нагрузках или в покое.



У женщин чувство удушья, тошнота, рвота, боли в предплечье возникают при инфаркте чаще, чем у мужчин.

Самое главное действие при инфаркте миокарда – вовремя обратиться за медицинской помощью. Если инфаркт миокарда произошел у кого-то

из окружающих, есть 5–10 мин, чтобы помочь человеку пережить самый опасный этап заболевания, пока бригада скорой медицинской помощи будет в пути. По возможности необходимо встретить машину медиков.

4.3. Уход за маломобильным гражданином, болеющий сахарным диабетом

Острые осложнения сахарного диабета развиваются в течение минут, часов или дней. Это прямой результат изменения содержания глюкозы крови в виде гипергликемии (превышение нормы глюкозы крови) или гипогликемии (уровень глюкозы крови ниже нормы).



Острые осложнения сахарного диабета – это угрожающие жизни состояния, сопровождающиеся при отсутствии лечения потерей сознания.

Гипергликемия – состояние больного диабетом, когда уровень глюкозы в крови слишком высок. Избыток глюкозы провоцирует усиленную работу почек, которые стремятся вывести лишнюю глюкозу с мочой, поэтому у человека наблюдают частое мочеиспускание (через 1–2 ч). В результате этого организм теряет много воды, появляются сильная жажда и сухость во рту. Даже ночью человек может проснуться от этих симптомов. Все это сопровождается общей слабостью и похуданием. Чем быстрее человек теряет массу тела, тем серьезнее его состояние. Однако если уровень глюкозы в крови повышается медленно, человек может этого не замечать. Постепенное понижение уровня глюкозы вызывает опасные изменения в организме, а больной привыкает к ним и не считает себя больным. В этом заключается коварство гипергликемии.

Симптомы гипогликемии разделяют на:

ранние (холодный пот, особенно на лбу, бледность кожи, сильный приступообразный голод, дрожь в руках, раздражительность, слабость, головная боль, головокружение, онемение губ);

промежуточные (неадекватное поведение, агрессивность, сердцебиение, плохая координация движений, двоение в глазах, спутанность сознания);

поздние (потеря сознания, судороги).

При возникновении симптомов гипогликемии следует по возможности провести контроль уровня глюкозы в крови. У пожилых пациентов клиническая картина может быть стертой. Мероприятия по купированию гипогликемии у больных с сахарным диабетом, получающих сахароснижающую терапию, следует начинать при уровне глюкозы крови менее 3,9 ммоль/л.

При ежедневном измерении уровня глюкозы у больного с помощью глюкометра можно ориентироваться на «рабочую» классификацию гипергликемии, при которой повышение уровня глюкозы в крови натошак:

до 8–10 ммоль/л (а после еды – не выше 13–14 ммоль/л) признают легким;

13–15 ммоль/л – средней степени тяжести;

18–20 ммоль/л, – тяжелое состояние гипергликемии.

При тяжелом состоянии гипергликемии крайне высока вероятность развития осложнений, в связи с чем необходимо срочно вызвать врача для осмотра больного и принятия решения об изменениях в лечении сахарного диабета.

Алгоритм первой помощи клиенту с гипогликемией представлен на рис. 2



Рисунок 2. Гипогликемия: что делать?

По результатам дополнительного обследования и консультации врач рекомендует целевые уровни гликемии натощак, которых следует придерживаться. Целевые показатели гликемии устанавливаются индивидуально в зависимости от тяжести заболевания, наличия сопутствующих заболеваний и возраста больного.

Снижение уровня глюкозы при сахарном диабете достигают приемом рекомендованных сахароснижающих препаратов или проведением инъекций инсулина, а также диетическими ограничениями и расширением физической нагрузки. **Необходимо получить у врача четкие инструкции по каждой из этих рекомендаций.** Желательно иметь памятку, составленную врачом, в которой указаны все препараты, дозы, кратность применения, примечания по особым условиям и ситуациям.

4.4. Уход за маломобильным гражданином, болеющий пневмонией

 **При пневмонии**, остром периоде инфаркта миокарда, выраженной недостаточности кровообращения и др. заболеваниях больные пожилого и старческого возраста вынуждены соблюдать длительный постельный режим, который может приводить и к некоторым неблагоприятным последствиям.

Имеется в виду возникновение застойных явлений в легких, образование тромбов в венах нижних конечностей с последующими тромбоэмболиями в ветви легочной артерии, нарушение регуляции функций сердечно-сосудистой системы, затруднение мочеиспускания, усиление запоров, тугоподвижности суставов и т. д.

Профилактика перечисленных осложнений предусматривает применение комплекса мероприятий.

В этой связи большое значение приобретает уход за кожей и предупреждение образования пролежней. Хороший эффект дают растирание и массаж, которые нужно проводить, учитывая тонкость и ранимость кожи у пожилых больных. Кроме того, в пожилом возрасте часто отмечаются сухость кожных покровов, вызывающая сильный зуд, изменения ногтей (их утолщение, повышенная ломкость), появление мозолей, ограничивающих двигательную активность.

Сухие участки кожи целесообразно смазывать специальными кремами, перед подстриганием ногтей для их смягчения полезно делать припарки, применяя касторовое масло. Нужно своевременно удалять мозоли. Следует всячески поощрять заботу пожилых больных о своем внешнем виде. Аккуратная прическа, регулярное бритье, опрятная одежда повышают настроение больных, способствуя улучшению их общего состояния.

Гигиена лежачего больного состоит из трех этапов: очищение кожи; увлажнение кожи; защита и питание кожи.

4.5. Уход за маломобильным гражданином, имеющим заболевание геморроя

Больные пожилого возраста, находящиеся на постельном режиме, часто страдают запорами, обусловленными преимущественно атонией кишечника. Борьба с запорами включает в себя диетические рекомендации, прием слабительных средств.

Не следует злоупотреблять клизмами, особенно, если к их постановке нет особых показаний, так как при частом применении они вызывают раздражение толстой кишки.

При геморрое у пожилых больных нужно следить, чтобы выпадающие геморроидальные узлы не травмировались грубой туалетной бумагой. После каждого акта дефекации целесообразно обмывание области анального отверстия, применение ванночек с отваром ромашки, ректальных свеч.

4.6. Клинические ситуации, при возникновении которых необходима безотлагательная консультация врача

Специалист или родственник, осуществляющий уход за гражданином, должен контролировать состояние его здоровья в динамике, незамедлительно реагировать на острые ситуации, привлекая врачей скорой медицинской помощи, лечащего врача или врачей-консультантов.

В некоторых случаях от человека, оказывающего помощь клиенту, могут потребоваться навыки оказания первой помощи.

При оказании первой медицинской помощи следует всегда держать «под руками» аптечку с медицинскими изделиями для оказания первой помощи – жгут, бинты, пластырь, нашатырный спирт.



Специалист или родственник, осуществляющий уход за гражданином обязан:

- уметь определять наличие сознания у пострадавшего;

- владеть навыками оказания первой помощи при остром коронарном синдроме и нарушении мозгового кровообращения;

- уметь проводить базовую сердечно-легочную реанимацию;

- уметь определять признаки жизни;

- проводить мероприятия по восстановлению и поддержанию проходимости дыхательных путей при асфиксии или нарастающем удушье (запрокидывание головы с подъемом подбородка, выдвижение нижней челюсти), выполнять пособие по Хеймлиху;

- уметь осуществлять временную остановку кровотечения по алгоритму в случае травм подопечного (пальцевое прижатие артерии, наложение жгута, максимальное сгибание конечности в суставе, прямое давление на рану, наложение давящей повязки);

- осуществлять местное охлаждение при ожогах, термоизоляции при отморожениях;

- действовать по инструкции при экстренных ситуациях и уметь контролировать состояние пострадавшего (сознание, дыхание, кровообращение);

- оказывать психологическую поддержку до приезда бригады скорой помощи.

Необходимо вызвать врача, если:

- клиент упал (даже если падение не сопровождалось видимым повреждением или травмой);

- появилась или нарастает одышка;

- появились охриплость, нарушение глотания, кашель;

- появились или нарастают отеки на ноге/ногах;

- появилось покраснение кожи на местах опоры (пятки, крестец и др.);

развилась острая задержка мочи;
пациент отказывается от приема пищи или жидкости без видимых причин;
появилась спутанность сознания (развился делирий);
отсутствует стул (более 3-х дней);
появились какие-либо новые симптомы заболевания и признаки ухудшения состояния здоровья.

При общении с врачом-специалистом и получении от него рекомендаций по уходу за гражданином целесообразно дополнительно обсудить жалобы, симптомы и состояния, которые могут появиться у клиента, заранее обговорить алгоритм действий и объем помощи.

5. ОБЩИЕ ПОНЯТИЯ О ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВАХ РЕАБИЛИТАЦИИ

5.1. Организационно-финансовая модель обеспечения маломобильных граждан (лиц с ОВЗ) техническими средствами реабилитации

К техническим средствам реабилитации (ТСР) лиц с маломобильных граждан относятся устройства, содержащие технические решения, в том числе специальные, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности инвалида⁶.



Группы технических средств реабилитации:

- 1) *специальные средства для самообслуживания* (трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни);
- 2) *специальные средства для ухода* (противопролежневые матрасы и подушки; медицинские термометры и тонометры с речевым выходом; специальные средства при нарушениях функций выделения (моче- и калоприемники); абсорбирующее белье, подгузники);
- 3) *специальные средства для ориентирования* (включая собак-проводников с комплектом снаряжения), общения и обмена информацией (слуховые аппараты; сигнализаторы звука; телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами; телефонные устройства с текстовым выходом; голосообразующие аппараты; Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа и т. д.)
- 4) *специальные средства для обучения, образования* (включая литературу для слепых) и занятий трудовой деятельностью;

⁶ Полный спектр ТСР представлен в приложении к настоящим Методическим рекомендациям.

5) *протезные изделия* (включая протезно-ортопедические изделия, ортопедическую обувь и специальную одежду, глазные протезы и слуховые аппараты);

6) *специальное тренажерное и спортивное оборудование, спортивный инвентарь*;

7) *специальные средства для передвижения* (кресла-коляски; кресла-стулья с санитарным оснащением).

Решение об обеспечении лиц с ОВЗ в ТСП принимается при медицинских показаниях и противопоказаниях, которые устанавливаются на основе оценки стойких расстройств функций организма, обусловленных заболеваниями, последствиями травм и дефектами. По медицинским показаниям и противопоказаниям устанавливается необходимость предоставления лицу с ОВЗ ТСП, которые обеспечивают компенсацию или устранение стойких ограничений жизнедеятельности лица с ОВЗ.

Обеспечение лиц с ОВЗ ТСП осуществляется в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (ИПРА).

ТСП, предоставленное лицу с ОВЗ, передается ему бесплатно в безвозмездное пользование и не подлежит отчуждению в пользу третьих лиц, в том числе продаже или дарению.

Назначение инвалидам определенных видов ТСП, наряду с реабилитационными мероприятиями и услугами, предусмотренными Федеральным перечнем, осуществляется федеральными государственными учреждениями медико-социальной экспертизы (МСЭ) в индивидуальных программах реабилитации или абилитации инвалида, ребенка-инвалида (ИПРА).

Вне рамок ИПРА обеспечение инвалидов ТСП за счет средств федерального бюджета производиться не может.

Для разработки ИПРА инвалида по обеспечению ТСП необходимо обращаться в медицинскую организацию (поликлинику по месту жительства) для получения Направления на медико-социальную экспертизу (форма № 088/у), а затем в органы МСЭ.

После оформления ИПРА необходимо обратиться в региональное отделение Фонда социального страхования Российской Федерации (ФСС) с заявлением для постановки на учет и обеспечения за счет средств федерального бюджета

 Лицам с ОВЗ, как особой социальной категории граждан, государство **гарантирует** проведение реабилитационных мероприятий, получение технических средств и услуг, предусмотренных Федеральным перечнем реабилитационных мероприятий, ТСП и услуг, предоставляемых лицам с ОВЗ за счёт средств федерального бюджета.

необходимыми ТСР или выплаты компенсации за самостоятельно приобретенные технические средства реабилитации (или подать соответствующие документы в форме электронного документа через Единый портал государственных и муниципальных услуг www.gosuslugi.ru).

Организационно-финансовая модель обеспечения маломобильных граждан (лиц с ОВЗ) техническими средствами реабилитации работает в Российской Федерации в представленном виде (с теми или иными изменениями) с 2004 года по настоящее время (рис.3).



Рис. 3. Организационно-структурная схема обеспечения лиц с ОВЗ ТСР

Сроки пользования ТСР до их замены установлены приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 13.02.2018 № 85н.

Срок пользования ТСР исчисляется с даты предоставления его инвалиду (ветерану). В случае самостоятельного приобретения ТСР срок пользования исчисляется с даты его приобретения согласно документам, подтверждающим расходы. (п.9 Порядка обеспечения инвалидов ТСР и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-

ортопедическими изделиями, утв. Постановлением Правительства РФ от 07.04.2008 № 240).

Замена ТСП осуществляется:

по истечению установленного срока пользования, за исключением изделий, вошедших в Перечень;

при невозможности осуществления ремонта или необходимости досрочной замены, что подтверждено заключением медико-технической экспертизы, в порядке, установленном Приказом Минтруда от 30.08.2019 № 605н.

Если рекомендованное ТСП входит в Перечень, утвержденный Приказом Минтруда России от 23.07.2019 № 521н, то необходимость его замены (и/или ремонта, и/или выплате компенсации, и/или дальнейшем использовании) принимает экспертная комиссия. Для прохождения Комиссии необходимо обратиться в региональное отделение ФСС с заявлением для проведения медико-технической экспертизы и предоставить комиссии средство реабилитации (изделие) для экспертной оценки.

Выданные ТСП сдаче не подлежат.

Если лицо с ОВЗ приобрело ТСП или оплатило указанную услугу за собственный счет, то ему выплачивается компенсация в размере стоимости приобретенного ТСП и (или) оказанной услуги, но не более стоимости соответствующего ТСП и (или) услуги, предоставляемых региональным отделением. Срок пользования ТСП исчисляется с даты его приобретения согласно документам, подтверждающим расходы.

Отказ лица с ОВЗ от обеспечения ТСП и (или) услугой по его ремонту не дает лицу с ОВЗ права на получение компенсации в размере их стоимости.

Услуга пользования ТСП предоставляется при предъявлении паспорта, СНИЛС и медицинского подтверждения о нуждаемости в ТСП (медицинская справка, медицинская выписка, индивидуальная программа реабилитации или абилитации инвалида (далее ИПРА)). После чего оформляются необходимые документы: заявление, согласие о предоставлении и обработке персональных данных, договор, квитанция об оплате.

Прокат ТСП предоставляется бесплатно только в том случае, если ТСП прописано у инвалида в ИПРА, предоставляется на период его ожидания в получении на постоянное пользование.

Специалисты по работе с семьей отделения социального сопровождения граждан проводят консультации граждан по получению специальных средств ухода и технических средств реабилитации помогают подобрать и испытать нужное средство, а также знакомят заинтересованных лиц с

порядком получения технических средств реабилитации. Данные консультационные услуги предназначены, в первую очередь, для инвалидов и неработающих граждан пожилого возраста без группы инвалидности, постоянно проживающих на территории автономного округа.

Классификация технических средств реабилитации (изделий) в рамках федерального перечня реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду, утвержденного распоряжением Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2005 г. № 347-р представлена в п.10 настоящих Методических рекомендаций.

5.2. Средства малой реабилитации содействия мобильности в пределах кровати

Вспомогательные средства для создания определенного положения больного в постели – это, прежде всего, средства, позволяющие уменьшить нагрузку на определенные части тела лежащего больного (табл. 1).

Таблица 1. Средства малой реабилитации в пределах кровати

Название	Предназначение/описание	Изображение
Опорная рамка (подставка под спину)	Используют для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного при одышке, а также во время приема пищи, приема посетителей	
Кроватный тросик	С его помощью больной может сам приподниматься в постели	
Подколенный валик	Служит для расслабления мускулатуры	
Скользкие коврики	Облегчают перемещение больного по постели	
«Подушка-банан»	Используют для придания стабильного и удобного положения тела в постели	

Противопролежневые матрасы	Применяют для предотвращения появления пролежней	
-----------------------------------	--	---

5.3. Транспортировка в пределах кровати при различных видах ограничения мобильности

Начиная перемещение клиента, необходимо четко представлять себе ответы на следующие вопросы:

- какова масса клиента;
- каково состояние клиента;
- какова цель перемещения;
- какие вспомогательные средства имеются в наличии;
- какой способ передвижения наиболее оптимален, исходя из ответов на вышеперечисленные вопросы;
- сколько человек могут участвовать в передвижении клиента;
- кто выполняет роль лидера (если в передвижении заняты двое и более человек).

Ниже приведены положения тела человека, осуществляющего жизнедеятельность в пределах кровати, из последовательной смены которых и формируется поддержание его мобильности, а также алгоритмы позиционирования.

Положение ровно на спине (рис. 4). Это положение, как правило, используют для позиционирования подопечных, перенесших черепно-мозговые травмы, операции на позвоночнике и переломы шейки бедра. Для такого позиционирования необходимо установить ложе кровати в ровном положении, использовать маленькие подушки и применять упор для ног.



Рисунок 4. Положение ровно на спине

Положение на спине с подколенным роликом (рис. 5). Это положение подходит для расслабления мышц живота, уменьшения болей в области живота и позиционирования подопечного при повреждении брюшной полости. Необходимо

все то же, что и для размещения подопечного в положении «ровно на спине», а также подколенный ролик.



Рисунок 5. Положение на спине с подколенным роликом

Положение на животе (рис. 6). Уберите подушку из-под головы больного. Разогните ближнюю руку больного в локте и прижмите ее к туловищу по всей длине, подложив кисть под бедро. Возьмите пациента за бедро (ближе к колену) и плечо и уверенным движением «перевалите» подопечного через его руку на живот.

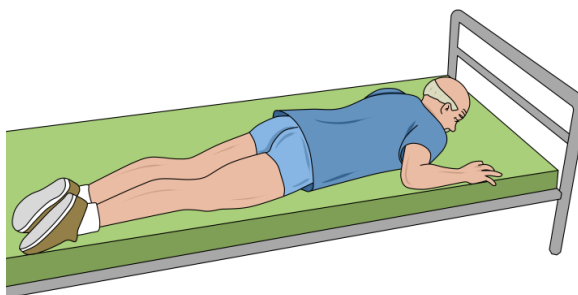


Рисунок 6. Положение на животе

Для того чтобы **уложить клиента по центру кровати**, необходимо подвести одну свою руку ладонью вверх под талию больного, вторую руку просунуть под ягодицами пациента в области бедер и зафиксировать ладонь в области тазобедренного сустава. Затем следует выдвинуть подопечного (как на саночках) вперед на себя так, чтобы он оказался в центре кровати.

Для окончания позиционирования поверните голову пациента на бок и положите под нее низкую подушку. Чтобы уменьшить напряжение в области поясницы или давление на грудь (у женщин), подложите небольшую подушку под живот немного ниже уровня диафрагмы. Согнув в локтях руки больного, поднимите их так, чтобы кисти располагались рядом с головой. Для того чтобы стопы не выворачивались наружу, подложите под голени и голеностопные суставы подушку. Убедитесь в том, что подопечный лежит удобно. Поднимите боковые поручни кровати.

Положение сидя в кровати (рис. 7). Необходимо зафиксировать кровать и привести ее в горизонтальное положение. Пациент должен лежать по центру кровати. Повернув пациента на бок, необходимо подложить подушку-ролик или «подушку-банан» (концами вверх) под ягодицы для предотвращения скатывания вниз. Далее пациента поворачивают на спину. Поднимают изголовье кровати под углом 45–60°. В таком положении подопечный чувствует себя комфортнее, ему легче дышать и общаться с окружающими. Если приподнять головной конец кровати до 90° – это будет оптимальный вариант для приема пищи.

При наличии нефункциональной кровати, усадив подопечного с помощью помощника, под спину подкладывают подушки, начиная с поясницы, увеличивают их высоту к голове или используют подставку под спину. Под голову подкладывают небольшую подушку, чтобы предупредить сгибательную контрактуру шейных мышц при поднятии кровати на 60°. При поднятии изголовья на 90° подушку подкладывать не следует.

Если подопечный не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них подкладывают подушки для предупреждения вывиха плеча вследствие растяжения капсулы плечевого сустава под воздействием направленной вниз силы тяжести руки и предупреждения сгибательной контрактуры мышц верхней конечности (при использовании «подушки банана» оба конца «банана» протягивают вдоль тела и подкладывают под руки). Под нижнюю треть голени подопечного подкладывают небольшую подушку для предупреждения длительного давления матраса на пятки.

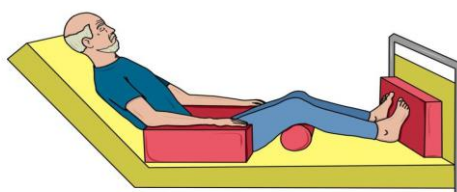


Рисунок 7. Положение сидя в кровати

Положение 30° на боку (рис. 8). Пациент лежит на боку, за его спину подкладывают небольшие подушки. Одну подушку укладывают под бедро до ягодиц, вторую – от ягодиц до плеча (само плечо остается свободным, иначе могут возникнуть боли). Пациента вновь кладут на спину, но уже на подушки. Это положение обычно используют при ровном ложе кровати и считают правильно выполненным, если видны уши пациента. Обе руки можно выпрямить вперед или сложить на груди. Позвоночник остается ровным; голова, грудная клетка, бедра и

ноги – на одной линии. Под голову кладут маленькую подушку. Рука проходит свободно под крестцом и копчиком, ноги лежат рядом, пятки свободны. Положение следует каждые 2 ч менять слева направо.

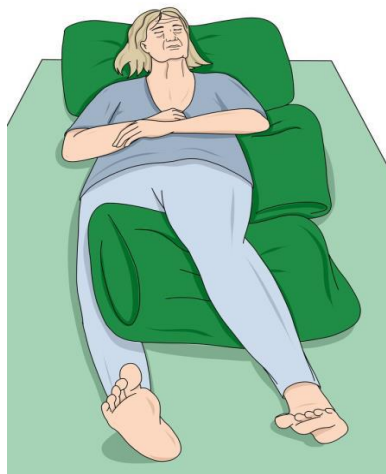


Рисунок 8. Положение 30° на боку

Положение 90° на боку (рис. 9) не используют как позиционирование подопечного в череде сменяемых положений для профилактики пролежней, поскольку оно связано с наличием большого давления на бедро. Это положение рекомендовано при гемиплегии, после операции на легких. Для позиционирования в этом положении необходимо установить ложе кровати в ровное положение и использовать маленькие подушки для подкладывания под шею, спину и стопы.

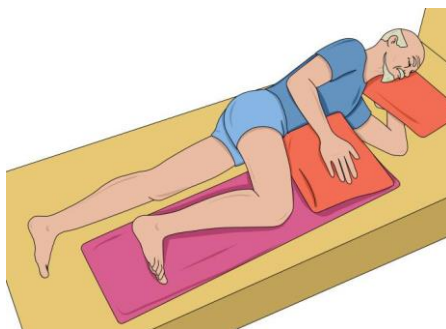


Рисунок 9. Положение 90° на боку

Положение 135° на боку (рис. 10). Изголовью постели придают горизонтальное положение. Пациента кладут на спину. Поочередно передвигая части тела (ноги, плечи, голову, таз), пациента кладут на край кровати (на левый край, если необходимо положить пациента на правую сторону, и на правый край, если необходимо положить пациента на левую сторону). Руку пациента, которая находится в центре кровати, подкладывают под бедро ладонью вверх. Рядом с пациентом кладут подушку так, чтобы затем грудь и бедра легли на нее. Пациента

поворачивают в положение лежа на боку и частично – на животе. Под голову пациента кладут подушку для предотвращения бокового сгибания шеи. Под согнутую «верхнюю» руку подкладывают подушку на уровне плеча, другую руку кладут на матрас. Все это способствует надлежащему выпрямлению тела пациента и предотвращает внутреннюю ротацию плеча. Для предотвращения внутреннего вращения бедра и перегибания ноги под согнутую «верхнюю» ногу подкладывают подушку так, чтобы она оказалась на уровне бедра. Кладут маленькую подушечку у подошвы ноги, обеспечив тем самым профилактику ее отвислости. Проверяют прямооту тела пациента. Выясняют у пациента, удобно ли ему.



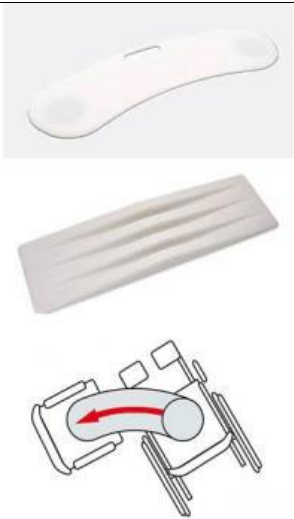
Рисунок 10. Положение 135° на боку

5.4. Средства малой реабилитации содействия мобильности при покидании кровати

Средства малой реабилитации содействия мобильности при покидании кровати и транспортировке отличаются от тех, которые применяют для изменения положения тела в постели. Подбор необходимых средств производят индивидуально для каждого пациента. Необходимо обеспечить соответствие средств возможностям подопечного, безболезненное и безопасное передвижение, а также реализацию основной цели ухода — максимальное использование имеющегося потенциала самостоятельности подопечного.

Ниже приведены основные средства малой реабилитации, используемые для содействия мобильности лиц при покидании кровати (табл. 2).

Таблица 2. Средства малой реабилитации, используемые при покидании кровати лицами, получающими уход

Название	Предназначение/описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных из кровати, кресла, а также для приема ванны. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Поднимает больного от пола до высоты 90 см	
Доска для перемещения	Функциональное приспособление для перемещения пациента, который не в состоянии передвигаться на собственных ногах. Во время перемещения больного доску располагают одним концом близко к пациенту, а другим – рядом с местом, куда больной должен пересесть, например, к сиденью кресла. Использование такой доски, во-первых, уменьшает нагрузку на помощника, а, во-вторых, позволяет пациенту в силу своих возможностей участвовать в перемещении, физически тренируя его и помогая почувствовать себя более самостоятельным	
Рукав для перемещения	Предназначен для облегчения перемещения в положении лежа. Выполнен из материала, стороны которого имеют разный коэффициент скольжения, что препятствует соскальзыванию и облегчает скольжение внутренних поверхностей изделия	
Пояс для перемещения	Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положение сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя	
Диск для перемещения	Предназначен для облегчения поворота при перемещениях. С помощью него можно осуществить поворот на угол от 0° до 360° в положении сидя и при пересаживании	

Круг противопролежневый	Применяют для профилактики пролежней в области крестца, на ягодицах, а также при лечении пролежней в данных областях для разгрузки поврежденной поверхности и ускорения заживления	
------------------------------------	--	---

При пересаживании пациента без использования дополнительных вспомогательных средств для перемещения необходимо убедиться в том, что у пациента удобная, устойчивая, не скользящая обувь, а также проинформировать подопечного о предстоящей манипуляции и получить его согласие.

5.4.1. Пересадить человека из кровати на стул/коляску

Если необходимо пересаживание в коляску, в первую очередь необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить подопечному план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. После этого ставят стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Если подопечного перемещают на кресло-каталку, предварительно необходимо убрать подлокотник, подставки для ног и зафиксировать тормоза. Колени человека, предоставляющего уход, должны быть согнуты, спина выпрямлена. Одну руку подкладывают под плечи подопечного, а другую — под его бедра. Подопечный обнимает предоставляющего уход за талию или за плечи (не за шею!), а он продевает свои руки под руками подопечного, наклоняясь вперед. Когда подопечный будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кровати, ноги стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения (рис. 11).



Рисунок 11. Подопечный готов к перемещению

Далее человек, осуществляющий уход, должен произвести следующие действия:

встать как можно ближе к подопечному;

поставить свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного, а другую — по направлению движения;

согнуть свои колени, напрячь мышцы живота и ягодиц, спину держать только прямо;

предупредить подопечного, что на счет «три» он получит поддержку для того, чтобы встать;

на каждый счет («один», «два») слегка покачиваться вперед и назад для создания инерции;

на счет «три», прижимая подопечного к себе и держа спину прямо, поднять подопечного, используя свое тело, как рычаг. При повороте не смещать свои ноги, разворачиваться на пятках. Поворачиваться одновременно с поворачиванием тела подопечного до тех пор, пока его спина не займет положение точно перед креслом-каталкой (рис. 12);



Рисунок 12. Поднятие подопечного на счет «три»

осторожно опустить подопечного в кресло, согнув колени, но держать спину прямо (рис. 13);

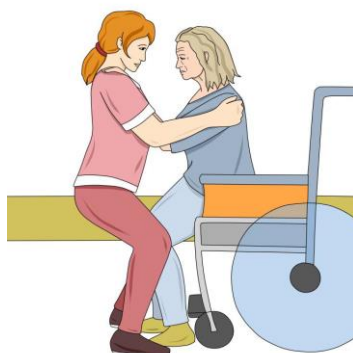


Рисунок 13. Опускание подопечного в кресло

после этого установить подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместить ноги подопечного.

5.4.2. Пересаживание с помощью доски

Кресло или стул необходимо придвинуть вплотную к кровати и поставить их на тормоза. С кресла снимают подлокотник со стороны кровати и ступеньки. Пациент должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него. Пациента просят перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу. Один конец доски подкладывают ему под ближайшую к коляске ягодицу. Затем встают перед подопечным и обхватывают его немного ниже талии. Подопечный обхватывает ухаживающего за ним человека за плечи или талию (не за шею!). Лицо, осуществляющее уход, подталкивая пациента, передвигает его по доске к креслу, но не поднимает вес пациента. Подопечный должен просто скользить по доске до того момента, пока не окажется в кресле. После этого из-под подопечного вытаскивают доску, а его ноги ставят на подставки коляски (рис. 14).

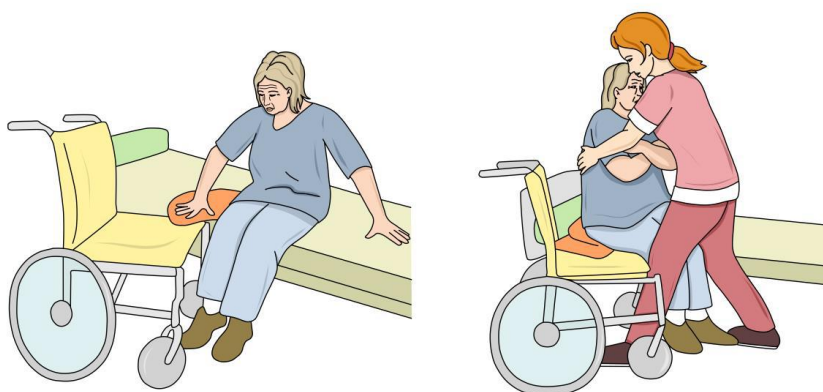


Рисунок 14. Пересаживание с помощью доски

Частично мобильные подопечные могут использовать доску для пересаживания самостоятельно. Обязательные условия – информированность подопечного относительно последовательности действий при пересадке из кровати на стул с помощью пересадочной доски, проведение тренировок под наблюдением лица, осуществляющего уход. Только после окончательного усвоения подопечным алгоритма действий возможно самостоятельное использование пересадочной доски. Для этого подопечный одной рукой должен опереться на кровать, а другой – на свободный край доски. Ноги должны находиться в постоянном контакте с полом. После каждого движения

(скольжения) по доске необходимо найти баланс, переставить обе ноги, затем снова совершать маневр транспортировки (рис.15).



Рисунок 15. Самостоятельное использование доски пациентом

При использовании пересадочной доски для передвижения ослабленных подопечных или подопечных со значительной степенью беспомощности возможно ее применение в комплекте с пересадочным (транспортировочным) поясом. Это создает оптимальные условия безопасности при пересаживании (рис. 16).

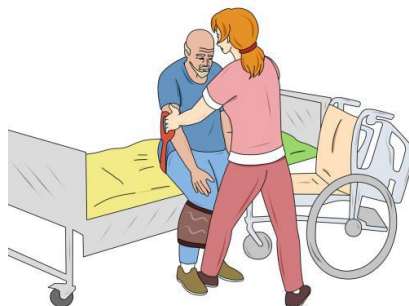


Рисунок 16. Использование пересадочного пояса

5.4.3. Пересаживание с помощью вращающегося диска

Диск для поворота – приспособление, которое позволяет легко развернуть Вашего подопечного в любую сторону на нужный угол. Существуют два вида дисков – напольные и мягкие. Конструктивно оба варианта имеют в основе один принцип. Диск состоит из двух скрепленных частей, между которыми находится специальная скользящая прослойка. Скользящий элемент позволяет поворачиваться частям диска относительно друг друга на 360°. С помощью мягкого диска можно без усилий повернуть сидящего больного, держа его руки (рис. 17).



Рисунок 17. Напольный вращающийся диск

Напольный вращающийся диск позволяет повернуть подопечного при пересаживании из кровати на кресло и наоборот, осуществляя следующую последовательность действий:

спустить ноги подопечного на поверхность диска;

обхватить его за талию руками;

ногой повернуть поворотную поверхность диска на нужный угол.

Это простое приспособление позволяет без особого труда и риска для собственного здоровья поворачивать пациентов весом до 135 кг. Самостоятельное использование подопечными вращающегося диска недопустимо, поскольку это связано со слишком большим риском падения.

Не следует также производить транспортировку на вращающемся круге в комбинации с использованием пересадочного пояса, так как при этом возрастает опасность потери баланса и падения.

Пересадочный пояс можно использовать только в том случае, если он надет на человека, предоставляющего уход, а подопечный за него держится

Если колени пациента ограничены в движении и существует опасность раздвигания ног при транспортировке, можно обе ноги подопечного перед использованием диска зафиксировать поясом (рис. 18).



Рисунок 18. Фиксация ног подопечного поясом перед использованием напольного вращающегося диска

5.4.4. Пересаживание с помощью пояса

Пояс для перемещения клиентов – простое и удобное средство, которое можно использовать при подъеме и перемещении неходячих и малоподвижных людей. Подъем больного за одежду крайне неудобен, а при поднятии подопечного за подмышки можно причинить ему боль.

Применяют два вида поясов для перемещения больных: для поднятия ног подопечного и для перемещения пациента. Пояс для поднятия ног подопечного крепят на ногах больного, он помогает поднимать и опускать ноги при

пересаживании человека. С помощью этого пояса можно при необходимости посадить больного в автомобиль и помочь ему выйти из него.

Пояс для перемещения крепят на талии. С его помощью можно без особого труда поднять больного из сидячего или лежачего положения. Такие пояса могут иметь застежку из пластика или застежку-липучку, которые позволяют надежно зафиксировать пояс на талии пациента.

Использование пояса при пересаживании в коляску. При пересаживании подопечного в коляску с использованием пояса используют ранее рассмотренный алгоритм. Разница состоит лишь в том, что человеку, предоставляющему уход, не нужно обхватывать пациента руками: он может держать подопечного за ремешки пояса, одетого на пациента.

При другом варианте использования пояса его надевает на себя ухаживающий. Пациент в этом случае не обхватывает его за талию или плечи, а держится за ремни пояса, помощник же обхватывает руками пациента ниже талии.

Существует также вариант пересаживания с использованием двух поясов: пояса надевают и подопечный, и ухаживающий. При этом пациент держится за ремни пояса на ухаживающем, а ухаживающий держит ремни на поясе пациента (рис. 19).



Рисунок 19. Пересаживание с помощью двух поясов

5.4.5. Пересаживание с помощью лифта

Как для пересаживания, так и для перемещения пациентов в ванную комнату и создания более комфортных условий проведения водных процедур можно использовать **подъемники**.

Подъемники для перемещения помогают в уходе за пациентами с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, а также за лежачими больными. С помощью подъемника можно легко переместить пациента из кровати в кресло, в ванную и туалет, не прилагая при этом усилий.

Подъемник представляет собой П-образную опору на саморегулируемых колесах, к которой прикреплена прочная штанга. На конце штанги расположена поперечная перекладина с крючками (рис.20).



Рисунок 20. Конструкция подъемника

За крючки подвешивают мягкий подвес, предназначенный для размещения подопечного. Подвес (люльку) изготавливают из моющегося материала, допускающего многократную дезинфекцию (рис. 21).



Рисунок 21. Подъемник с подвесом (люлькой)

Подъемники различаются грузоподъемностью, типом привода и набором функций. По грузоподъемности подъемник может быть обычным и усиленным (для подъема людей с большой массой тела).

По типу привода подъемники разделяют на гидравлические и электрические. Во втором случае подъем происходит с помощью электромотора на аккумуляторной батарее. Электрическим подъемником управляют с помощью пульта.

Помимо мобильных подъемников на колесах, существуют статичные подъемники, которые крепят к стене того помещения, где их используют постоянно на ограниченном пространстве.

5.4.6. Перемещение клиента из кровати в кресло

Для перемещения подопечного из кровати в кресло необходимо перевернуть пациента на бок или помочь ему перевернуться самостоятельно. После этого

подвес подкладывают под спину как можно дальше и собирают его в небольшие складки. Далее пациента вновь переворачивают на спину и вытягивают подвес, с другой стороны. Важно убедиться, что лямки подвеса расположены под бедрами пациента.

Следующий этап – закрепление лямок на поперечной перекладине подъемника. Если предполагают просто перемещение подопечного, необходимо закрепить лямки, скрестив их, а в случае, когда планируют проведение гигиенических процедур, скрещивать лямки подвеса при их закреплении на поперечной перекладине не требуется.

После этого необходимо слегка приподнять подопечного и проверить надежность крепления. Если все в порядке и пациент чувствует себя комфортно, можно поднять подвес и медленно переместить подъемник к нужному месту (к креслу или ванне). По прибытии пациента опускают, отсоединяют подвес и отодвигают подъемник. Лишь после этого можно убрать подвес из-под пациента.

5.5. Транспортировка при различных видах ограниченной мобильности и средства малой реабилитации содействия передвижению

При различных видах ограниченной мобильности или даже в случае полной обездвиженности невозможно обойтись без транспортировки и перемещения пациентов. Транспортировка пациентов всегда возможна, и ее следует осуществлять. При составлении индивидуального плана ухода выявляют ресурсы и дефициты, а также актуальные и потенциальные проблемы пациента. Затем с учетом рисков ставят цели и планируют помощь пациенту с ограниченной мобильностью при передвижении.

Осуществление помощи по передвижению пациента необходимо для его мобилизации и улучшения качества его жизни. Пациент, имеющий ограничения мобильности, при передвижении (ходьбе) нуждается в средствах малой реабилитации, подбор которых проводят индивидуально.

Приводим основные средства малой реабилитации, используемые в процессе содействия мобильности (табл. 3).

Таблица 3. Основные средства малой реабилитации, используемые в процессе содействия мобильности

Название	Предназначение/описание	Изображение
Подъемник	Предназначен для поднятия и перемещения лежачих больных из кровати, кресла, для приема ванной. Для устойчивости имеется возможность регулировки ширины опорных лап. Низкие опоры подъемника позволяют подъезжать к различным бытовым предметам (кровать, ванна и др.). Возможен подъем больного от уровня пола до высоты 90 см	
Люлька для подъемника	U-образный подвес состоит из прямоугольного основания и двух лямок. Лямки пропускают между ног и крепят к крючкам поперечной перекладины подъемника. Ножные лямки перекрещивают	
Кресло-каталка	У больного, не способного самостоятельно передвигаться, имеется ежедневная потребность в передвижении для посещения душа, туалета, прогулки и др. Каталки подходят и для домашнего использования (габариты каталок позволяют использовать их в небольших квартирах)	
Ходунки	Ходунки — устройство для облегчения самостоятельного передвижения маломобильных людей. Для удобства существуют фиксированные и «шагающие» модели, а также на колесиках (роллаторы). Ходунки помогают поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении, переносить вес тела на руки, разгрузив нижние конечности	

Пояс перемещения для	Предназначен для облегчения перемещения в положение сидя на краю кровати, в положении сидя (при перемещении из кровати на прикроватное кресло и обратно, а также с одного приспособления для сидения на другое), из положения сидя в положение стоя и для передвижения в положении стоя	
Костыль	Костыль с опорой под локоть двойной, регулируемый. Удобные легкие костыли с опорой под локоть имеют регулируемую длину от пола до рукоятки и от рукоятки до опоры под локоть	

Подмышечные костыли. При использовании таких костылей следует помнить о том, что во избежание повреждения подмышечной области массу тела следует переносить на руки, а не на подмышки; необходимо также поддерживать широкую базу для опоры даже во время отдыха. Костыли должны находиться примерно в 10 см от края и впереди ноги. Необходимо учитывать два параметра: общую высоту костыля от наконечника до подмышечной опоры и высоту перекладины для опоры кисти. Для правильной примерки костыля необходимо его поставить вдоль тела и упереть в пол на 15–20 см в сторону от стопы. Расстояние между подмышечной впадиной и костылем должно составлять около 4–5 см.

Костыли под локоть (канадки) – один из видов реабилитационных средств. В период длительной реабилитации их используют чаще, чем подмышечные костыли. Основа костыля должна находиться на расстоянии 15 см в стороне от стопы. При этом локоть согнутой под углом 15–20° руки должен находиться от манжеты на расстоянии 4,5–5 см (при росте пациента менее 150 см); 5–7 см (при росте около 170 см); 10 см (при росте 182 см и выше). При вытянутой руке линия изгиба запястья должна находиться на уровне верхнего края рукоятки канадки.

Трость (рис. 22). При использовании трости необходимо подбирать ее высоту так, чтобы локоть был согнут под углом 15–20°. Если предполагают использование трости в обуви с каблуками различной высоты, лучше применять регулирующую трость. Ручку с большим диаметром удобнее держать долгое время.



Рисунок 22. Трость

Ходунки. На ранних стадиях реабилитации рекомендовано использование традиционных ходунков на четырех ножках, поскольку они обеспечивают самый высокий уровень устойчивости. Если пациент сильно ослаблен, и ему сложно приподнимать ходунки, можно рассмотреть вариант ходунков с передними колесами и облегченной рамой. В качестве дополнительной опоры при ходьбе удобнее пользоваться роллаторами, позволяющими передвигаться достаточно быстро как в помещении, так и на улице

Инвалидное кресло-коляска – средство передвижения для людей, не имеющих возможности двигаться как временно (из-за болезни), так и из-за инвалидности, но способных находиться в сидячем положении. Это устройство транспортировки людей с затруднением передвижения, которое можно использовать в пешеходных зонах, для транспортировки больного внутри помещения, однако нахождение подопечного в коляске должно быть ограничено по времени.

5.5.1. Транспортировка на кресле-каталке

Передвижение на кресле-каталке возможно при различных уровнях мобильности: когда клиент сам в состоянии управлять ею, а также когда управление каталкой осуществляет помощник по уходу. В любом случае клиента в коляске не рекомендовано оставлять без наблюдения. При длительном нахождении в коляске необходимо проводить профилактику пролежней. Каждая коляска имеет свои технические параметры, которые необходимо изучить перед ее использованием. При управлении коляской необходимо следить за безопасностью пациента, а если транспортировку осуществляют на улице, необходимо также соблюдать правила дорожного движения.

Спуск с бордюра осуществляют обратным ходом во избежание падения пациента из коляски при наклоне вперед. Необходимо развернуть коляску, подъехать к краю бордюра, остановиться, предупредить сидящего о предстоящем

маневре, попросить его (если это возможно) держаться за поручни, после чего, медленно наклонив коляску назад, спустить заднее колесо вниз и, отъехав на заднем колесе, аккуратно поставить коляску на все четыре колеса, развернуться и продолжать движение.

Подъем на высокий бордюр, когда невозможно заехать передними колесами, наклонив коляску, также осуществляют обратным ходом. Следует развернуть коляску, подъехать вплотную к бордюру, предупредить клиента о предстоящем маневре, наклонить коляску назад и затянуть ее на бордюр. Далее необходимо отъехать назад, чтобы коляску можно было поставить на четыре колеса. После этого можно развернуться и продолжить движение (рис.23).



Рисунок 23. Подъем на высокий бордюр

Если препятствие не очень высокое, его можно преодолеть, не разворачиваясь, т.е. заехать передними колесами. Нажмите ногой на перекладину, чтобы передние колеса поднялись до уровня бордюра. Затем двигайте коляску вперед, пока задние колеса не упрутся в бордюр и затем преодолеют его (рис. 24).



Рисунок 24. Подъем на бордюр передними колесами

При необходимости движения по наклонной плоскости вверх необходимо тщательно рассчитывать свои силы, вес клиента и длину пути. Большую опасность представляет ситуация, когда человек, предоставляющий уход, не сможет удержать коляску с клиентом, и она покатится вниз. Ехать с горки необходимо задним ходом, развернув коляску. Если спуск крутой, существует опасность падения, так как коляска может разогнаться и потянуть помощника по уходу за собой. Следует внимательно рассчитывать все варианты и свои силы.

5.5.2. Передвижение с ходунками

Ходунки – приспособления реабилитации для людей с ограниченными возможностями (рис. 25):

нешагающие ходунки человек ставит их перед собой и, опираясь на раму, двигается внутри рамы, переставляя всю конструкцию ходунков;

шагающие ходунки позволяют передвигаться поочередно, переставляя раму, делая шаги вместе с человеком;

универсальные ходунки могут быть как фиксированными, стационарными, так и шагающими.

Ходунки предназначены для самостоятельного передвижения людей с проблемами опорно-двигательного аппарата. Особая потребность в ходунках возникает на этапе реабилитации, когда человек физически окреп и может уже частично контролировать мышцы ниже уровня поражения и пробовать ходить. При передвижении ходунки помогают держать равновесие и обеспечивают устойчивость.

Дополнительная возможность для ходунков – использование колесиков. Для клиентов с ослабленными руками могут подойти ходунки с передними колесами, поскольку их не нужно приподнимать и переставлять, а просто подталкивать.



Рисунок 25. Ходунки

Роллаторы – это ходунки с тремя или четырьмя колесами, они позволяют передвигаться достаточно быстро и комфортно, оснащены сиденьем для отдыха, корзиной для вещей и ручным тормозом.

У большинства моделей ходунков для взрослых предусмотрена возможность регулировки высоты, поэтому ее можно подобрать индивидуально для каждого человека. При использовании ходунков люди, осуществляющие уход, наблюдают или сопровождают пациентов. Передвижение с ходунками сопровождается повышенным риском падения, что необходимо учитывать при составлении индивидуального плана ухода.

5.5.3. Транспортировка с помощью подъемника

При использовании подъемника для перемещения клиента важно совершать действия в определенной последовательности и следовать правилам техники безопасности, поскольку от этого зависит безопасность подопечного (рис. 26). Перед первым перемещением следует подробно рассказать клиенту, что и как Вы собираетесь делать, чтобы снять страх и напряжение.



Очень важно перед каждым использованием подъемника проверять его исправность. Кресло (кровать), из которого пациент будет

перемещен, равно как и то, в которое он будет помещен, должно стоять на тормозе. Важно правильно расположить клиента на подвесе. Подъем осуществляют строго вверх по вертикали.

Нельзя поднимать клиента под углом – это может привести к опрокидыванию подъемника, особенно если вес клиента приближается к максимально допустимой нагрузке подъемного механизма. Во время подъема тормоза передних колес основания должны быть отпущены – это позволит подъемнику балансировать и правильно распределять нагрузку. Подъемник ставят на тормоз только на время хранения.

Во время перемещения следует находиться рядом с клиентом. Если он нервничает, необходимо поговорить с ним, отвлечь его. Перемещение и размещение пациента по окончании транспортировки следует производить медленно. Для того чтобы подложить подвес при перемещении из кресла на кровать, следует немного наклонить спину клиента вперед, аккуратно его поддерживая, и расположить подвес за ним. Затем необходимо убедиться в том, что середина подвеса совпадает с линией позвоночника клиента, и протянуть подвес вниз до самого сиденья. После этого следует вернуть спину в вертикальное положение и медленно протащить подвес под бедрами так, чтобы можно было пропустить лямки между ног клиента.

Последующий алгоритм действий такой же, как при перемещении из кровати в кресло.



Рис. 26. Использование подъемника с подвесом

5.5.4. Передвижение с поддержкой сзади

Передвижение клиентов с ограниченной мобильностью можно осуществлять и без средств малой реабилитации. Зная принципы кинестетики, сопровождение при передвижении (ходьбе) становится безопасным и не

представляет трудностей для клиента и сопровождающего. Такое передвижение могут выполнять один ухаживающий или два лица, осуществляющих уход. В первую очередь необходимо объяснить клиенту принцип удерживания и убедиться, что он понимает полученную информацию. Далее следует оценить состояние и возможности клиента: что он сможет сделать самостоятельно, а в чем ему нужна поддержка. Необходимо также оценить окружающую обстановку (влажность пола, тапочки, посторонние предметы на полу, аппаратура, стоящая на пути движения клиента).

5.5.5. Поддержка сзади за плечи

Поддержку сзади проводят только в том случае, когда клиент в состоянии переставлять ноги без «подкашивания» колен (рис. 27). Данный алгоритм удобен тем, что при этом клиент видит окружающую обстановку и путь передвижения. Клиент должен доверять помощнику по уходу, особенно когда он его не видит, ощущать поддержку и понимать ее принцип. Поддержка сзади за плечи в ходе сопровождения подопечного при ходьбе не гарантирует безопасного передвижения при нарушении мобильности, однако уменьшает страх и дает ощущение близости людям, неуверенным в себе, какими являются большинство подопечных, а особенно тем из них, кто падал ранее.

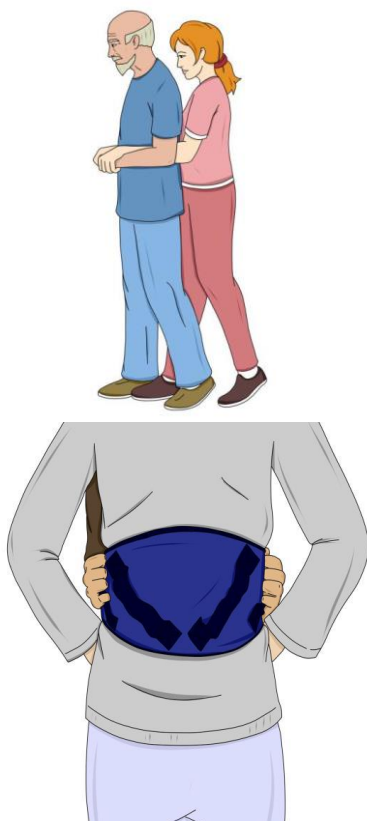


Рисунок 27. Поддержка сзади за плечи

5.5.6. Поддержка сзади за талию

Такое сопровождение осуществляют с помощью поддерживающего (транспортировочного) пояса. Пояс помогает перемещаться клиенту с нарушением опорно-двигательной системы (после инсультов и при других нарушениях). Пояс можно использовать для поддержки самостоятельно идущего пациента с одной или двух сторон. При сопровождении сзади за талию необходимо, чтобы клиент

доверял ухаживающему. Следует обнять клиента за талию, стоя сзади него, и попросить его держаться за руки. Опираясь на три этапа передвижения тела в пространстве, делают синхронные с клиентом шаги, озвучивая свои действия. Шаг ухаживающего одной ногой проходит между ног клиента, а другой ногой – за ногой клиента. Осторожно, не торопясь, делают маленькие шаги (рис. 28).



5.5.7. Передвижение с двусторонней помощью

При всей важности активизации подопечных необходимо максимально снизить вероятность падений, которые могут закончиться травмой. Травма вернет клиента к постельному режиму, что не только отрицательно отразится на его психологическом состоянии, но и может стать причиной развития состояний, опасных для жизни. Именно поэтому в некоторых случаях сопровождение клиента следует осуществлять вдвоем (рис.29). Сложность заключается в необходимости постоянно следить за шагом, так как сохранять ритм ходьбы втроем намного труднее.



Рисунок 29. Передвижение с двусторонней помощью

6. ГИГИЕНА ГРАЖДАНИНА

Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены: умывании, бритье, уходе за волосами и ногтями, подмывании, приеме ванны, а также при отпращивании естественных надобностей. В этой части ухода руки сиделки становятся руками больного человека. Однако, помогая гражданину, необходимо максимально стремиться к его самостоятельности и поощрять это желание.



Необходимо соблюдать гигиену тела, так как кожа человека является барьером и защищает от воздействий окружающей среды. Соблюдение

чистоты кожи чрезвычайно важно, поскольку, помимо защитной, она также выполняет терморегулирующую, обменную, иммунную, секреторную, рецепторную, дыхательную и другие функции.

Нарушения требований личной гигиены могут отразиться на здоровье как одного человека, так и очень больших групп людей (коллективы предприятий, семьи, члены различных сообществ и даже жители целых регионов). Мероприятия гигиены включают не только гигиену самого клиента, помещения, но и помощника по уходу (табл. 4).

Таблица 4. Мероприятия гигиены

Клиент	Помещение	Помощник по уходу
- Утренний и вечерний туалет - Смена постельного белья - Смена нательного белья - Уход за руками и ногами - Уход за кожей, профилактика пролежней - Уход за волосами - Профилактика потницы - Уход за полостью рта	- Проветривание помещения - Мытье полов - Поддержание температурного режима - Протирка мебели - Дезинфекция	- Гигиена рук - Внешний вид, собранные волосы - Дезинфекция рук - Надлежащая обувь - Отсутствие украшений - Смена одежды

В современном мире для удобства проведения гигиенических процедур существует множество средств малой реабилитации. Подбор этих средств осуществляют индивидуально — надувные ванны для мытья головы в постели, лифт для транспортировки в ванну, ванны-лифты для душа, подставки для ног в ванной, специальные зубные щетки, ванночки для мытья ног и многое другое (рис. 30).



Рисунок 30. Средства для проведения гигиенических процедур

Приспособления для людей с дефицитом самообслуживания, используемые в санузле (сиденья, стулья, поручни), предназначены для создания дополнительной опоры в туалетной комнате или туалете. Людям с ограниченными возможностями использовать их просто необходимо, поэтому к подобным изделиям всегда предъявляют повышенные требования — они должны быть максимально эффективны и комфортны в использовании.

Персональный тазик — предмет, который каждый клиент должен иметь, прежде всего, для проведения утреннего и вечернего туалета. Помыть лежачего клиента в постели невозможно без этого аксессуара, а его использование должно быть строго индивидуальным.

Надувая ванночка для мытья головы в постели (рис. 31). Ее использование очень просто и удобно. Подушка изготовлена для того, чтобы волосы не контактировали с грязной водой. После того, как ванночка будет накачана воздухом,

ее кладут под голову подопечного. Для удобства сложите одно полотенце и положите его между верхней поверхностью плеч и ванной. Положение отводного шланга ванной должно быть ниже предполагаемого уровня воды. Опустите отводной шланг в ведро для сбора грязной воды (шланг не должен перегибаться). Смочите волосы и нанесите шампунь на влажные волосы. Помойте волосы, при мере необходимости – повторно. Контролируйте отток грязной воды в ведро. После окончания мытья головы вытрите волосы насухо. Удалите воду из-под головы человека, помойте ванну проточной водой, насухо ее вытрите и обработайте антисептическим средством. При необходимости удалите из надувной ванны воздух. После этого ванную можно сложить и хранить до последующего использования.



Рисунок 31. Надувая ванночка для мытья головы в постели

Передвижные ванны, как правило, используют в условиях медицинских и социальных стационаров (рис. 32). С их помощью можно осуществлять купание обездвиженных больных в полном объеме непосредственно в палатах, а также в ваннных и душевых, туалетах, приемных отделениях, где требуется санитарно-гигиеническая обработка физически недееспособных пациентов в максимально комфортных условиях для них и обслуживающего персонала. Подъемники-ванны для инвалидов оборудованы откидными бортиками и системой спуска-подъема, что позволяет с максимальной бережностью и минимальными физическими усилиями перемещать пациентов из кровати непосредственно в передвижную ванну для санитарно-гигиенической обработки, которую можно провести в палате, а также в ваннных и душевых.



Рисунок 32. Передвижная ванна

6.1. Утренний (вечерний) туалет при различных видах и типах ограниченной мобильности

Качество жизни клиента, нуждающегося в посторонней помощи, зависит от людей, осуществляющих уход. Для того чтобы кожа выполняла свои функции, она должна быть чистой. Для этого необходимо проводить ее утренний и вечерний туалет. Кожа человека загрязняется выделениями сальных и потовых желез, роговыми чешуйками, пылью, особенно в подмышечных впадинах и складках под молочными железами у женщин. Кожа промежности дополнительно загрязняется выделениями из мочеполовых органов и кишечника. Клиенту ежедневно необходимы умывание, подмывание, мытье рук перед приемом пищи. Помимо этого, пациента следует мыть в ванне или под душем не реже 1 раза в неделю.

6.1.1. Уход за полостью рта

Уход за полостью рта следует проводить 2 раза в день (утро/вечер), а после каждого приема пищи необходимо осуществлять гигиену полости рта клиента. У тяжелобольных пациентов на слизистой оболочке рта и зубах появляется налет, который состоит из слизи, сгущенных клеток эпителия, разлагающихся и загнивающих остатков пищи, бактерий. Это способствует возникновению в полости рта воспалительных и гнилостных процессов, сопровождающихся неприятным запахом. Связанный с этим дискомфорт приводит к снижению аппетита, уменьшению количества принимаемой жидкости, ухудшению общего самочувствия.

Для мобильного клиента достаточно создать удобства при осуществлении процедуры, можно деликатно напомнить о необходимости ее проведения.

Для частично мобильного клиента, если он не в состоянии сам чистить зубы, помощник по уходу должен стать его «рукой». Необходимо встать за клиентом, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру (рис. 33). Клиент должен видеть себя в зеркало, сидя перед раковиной. После «совместной» чистки зубов подкорректируйте процедуру — почистите задние зубы клиента и участки, которые не удалось почистить, стоя за клиентом. Для клиента очень важно не только иметь чистую полость рта, но и сохранять самостоятельность.



Рисунок 33. Чистка зубов частично мобильного клиента

Если процедуру проводят в постели, порядок действий следующий (рис. 34):
приготовить резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора;

объяснить пациенту ход предстоящей процедуры;
придать пациенту положение полусидя или сидя в постели;
помочь пациенту повернуть голову набок;
положить полотенце на грудь клиента;
вымыть руки, надеть перчатки;
под подбородок клиента на полотенце поставить емкость для сбора промывных вод;
попросить клиента набрать в рот воду и прополоскать рот;
смочить водой зубную щетку и нанести на нее зубную пасту;
почистить верхние зубы клиента, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на четыре сегмента (лучше начинать чистить зубы с верхней челюсти);
расположив зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов приблизительно под углом 45°, «выметающим» движением сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз;
почистить жевательные поверхности верхних зубов;
расположив щетку перпендикулярно верхним зубам, почистить их нёбные поверхности осторожными «выметающими» движениями сверху вниз (все четыре сегмента);
аналогично почистить нижние зубы (щечную и жевательную поверхности), а затем — язык клиента;
помочь клиенту прополоскать рот водой;
при необходимости вытереть подбородок;
убрать емкость, полотенце;
снять резиновые перчатки, вымыть руки.

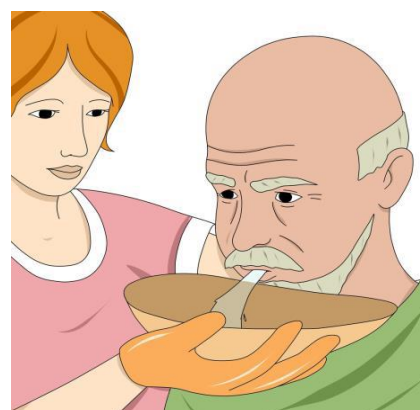


Рисунок 34. Чистка зубов в постели

Для немобильного клиента. При беспомощности клиента уход за полостью рта заключается в полоскании рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты, в чистке зубов (зубных протезов) утром и вечером, в очищении

промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером). Для чистки зубов лучше использовать мягкую зубную щетку, не травмирующую десны. Завершая уход за полостью рта, обязательно очищают щеткой язык, снимая с него налет. Надевают перчатки. Подопечному придают полусидящее положение, накрывают его грудь клеенкой, к подбородку подставляют лоток для стекающей жидкости. Далее клиенту аккуратно чистят зубы — справа, слева, спереди, сверху, снизу. С помощью спринцовки струей воды, промывают полость рта справа и слева.

Если клиент находится в бессознательном состоянии, он не только не в состоянии чистить зубы, но и глотать слюну, открывать и закрывать рот. У таких клиентов уход за полостью рта необходимо осуществлять каждые 2 ч днем и ночью. Для этого необходимо приготовить следующие средства (табл. 5).

Таблица 5. Средства для ухода за полостью рта для клиентов, находящихся в бессознательном состоянии

Изображение	Название
	Резиновые перчатки
	Стакан для полоскания
	Зубная щетка
	Мешок для белья
	Два полотенца
	Емкость для сбора промывных вод

	Сухие мягкие тампоны для ухода за полостью рта
	Ополаскиватель для ротовой полости. Современные средства для полоскания рта могут выполнять несколько функций: очищение полости рта от остатков пищи и бактерий, профилактика стоматологических заболеваний (в том числе кровоточивость десен и кариес), обеспечение длительной свежести
	Влажные палочки для чистки ротовой полости

Лежащие граждане, которые полностью зависят от посторонней помощи, требуют особенно бережного ухода. Порядок действий при таком уходе следующий:

- вымыть руки, надеть перчатки;
- налить в стакан раствор ополаскивателя для обработки полости рта (как указано на упаковке);
- разместить клиента на боку так, чтобы его лицо находилось на крае подушки;
- развернуть полотенце и расстелить под головой клиента, бережно подняв его голову;
- развернуть второе полотенце и покрыть им грудь клиента;
- поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок клиента;
- бережно открыть рот клиента, не применяя силы;
- ввести между верхними и нижними зубами указательный, средний и безымянный пальцы одной руки и осторожно нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы;
- смочить сухой тампон из упаковки в ополаскивателе для рта, разведенном в стакане;
- обработать нёбо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык, губы;
- повторно обработать влажными тампонами по тому же алгоритму;
- по возможности почистить зубы мягкой зубной щеткой.

6.1.2. Уход за зубными протезами (рис. 35)

Если сам подопечный не в состоянии ухаживать за вставными зубами, уход за протезами должно осуществлять лицо, предоставляющее уход:

подготовить полотенце, резиновые перчатки, емкость для сбора промывных вод, чашку для протезов, зубную пасту, зубную щетку, марлевые салфетки, стакан с водой;

объяснить клиенту ход предстоящей процедуры;

попросить клиента повернуть голову набок;

развернуть полотенце, прикрыв им грудь до подбородка;

вымыть руки, надеть перчатки;

поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок пациента на расстеленное полотенце;

попросить клиента придержать емкость рукой, а другой рукой взять стакан с водой, набрать в рот воды и прополоскать;

попросить пациента снять зубные протезы и положить их в специальную чашку.

Снятые протезы обрабатывают отдельно. Необходимо почистить их зубной пастой и зубной щеткой, вымыть холодной проточной водой, положить очищенные зубные протезы в чистый стакан или специальную емкость для хранения протезов с чистой холодной водой, добавив одну таблетку активного очистителя. Утром, перед тем как поставить протезы подопечному, их ополаскивают чистой водой, а рот больного орошают теплой водой при помощи спринцовки.



Рисунок 34. Уход за зубными протезами

Если гражданин не может самостоятельно снять протезы, это должен сделать помощник по уходу:

захватить зубной протез большим и указательным пальцами правой руки с помощью салфетки;

снять протез колебательными движениями;

положить протезы в чашку для зубных протезов;

попросить клиента прополоскать рот водой;

поместить чашку с зубными протезами в раковину;

открыть кран, отрегулировать температуру воды;

почистить щеткой и зубной пастой все поверхности зубных протезов;

прополоскать зубные протезы и чашку под холодной проточной водой;
почистить зубные протезы зубной щеткой с пастой;
еще раз ополоснуть протезы проточной водой;
положить зубные протезы в чашку для хранения (в ночное время) или помочь клиенту вновь надеть их;
снять перчатки, сбросить их в полиэтиленовый пакет;
вымыть руки.

6.1.3. Уход за ушами

В первую очередь следует надеть перчатки. При обработке правого уха голова должна быть повернута влево, при обработке левого уха – вправо. Следует помнить, что без назначения врача закапывать в уши нельзя ничего. Необходимо обработать только лишь ушные раковины и околоушную область, в слуховом проходе манипуляции не проводят. Сера, которая присутствует в наружном слуховом проходе, защищает его кожу от повреждений и воспаления. Сера – это не грязь, поэтому не следует ее старательно вычищать. Важно не забывать мыть кожу за ушами, вытирать кожу следует насухо, аккуратно промокнув сухой салфеткой. Место перехода хрящевого отдела наружного слухового прохода в костный – узкое (перешеек), поэтому при чистке уха происходит проталкивание серных масс за перешеек, к барабанной перепонке. В результате постоянного «очищения» ушей ватными палочками, спичками, шпильками происходит прессование серы, что приводит к серным пробкам.

Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки – это может делать только врач или медицинская сестра.

6.1.4. Уход за глазами

Обычный гигиенический уход осуществляют 1–2 раза в сутки, а при необходимости – чаще. Отсутствие надлежащего ухода может привести к конъюнктивиту и воспалению кожи вокруг глаз. Для осуществления манипуляции ухода за глазами следует приготовить емкость с водой, ватные тампоны (4 штуки и более), мягкое полотенце или марлевые салфетки, емкость или полиэтиленовый пакет для грязных тампонов, пеленку или полотенце.

Для обработки глаз необходимо вымыть руки, удобно уложить или усадить клиента, прикрыть подушку и грудь клиента пеленкой или полотенцем, сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с водой. Если на ресницах имеются сухие корочки, на закрытые глаза кладут обильно смоченные ватные тампоны на несколько минут, чтобы корочки размокли, и их последующее удаление было безболезненным.

Обработку начинают с более чистого глаза. Сухим тампоном следует слегка оттянуть нижнее веко, а тампонами, смоченными жидкостью, промыть глаз однократным движением от наружного края глаза к внутреннему. После этого осушают кожу вокруг глаза, промокнув марлевыми салфетками или полотенцем. Использованные ватные тампоны выбрасывают, моют руки.

6.1.5. Уход за полостью носа

Гигиенический уход за полостью носа включает очистку носовых ходов от выделений, его осуществляют 1–2 раза в сутки, при необходимости – чаще. Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, образованию язвочек.

Для гигиенического ухода за полостью носа следует надеть перчатки, запрокинуть подопечному голову, смочить водой ватную турунду и отжать ее. Далее необходимо приподнять и придержать кончик носа клиента левой рукой, а правой рукой аккуратными вращательными движениями ввести турунду в одну ноздрю. Такими же вращательными движениями турунду удаляют и аналогичную процедуру проводят относительно другой ноздри. При образовании корочек для их размягчения по назначению врача можно использовать мази для носа. Не следует использовать по своему усмотрению различные масла, так как у подопечного на них может развиваться аллергическая реакция. Нельзя отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как при этом возникает опасность травм. Желательно придавать клиенту положение в постели, способствующее свободному выходу жидкости; если это не помогает, следует сообщить о ситуации врачу.

6.1.6. Уход за волосами

Уход за волосами имеет особое значение для больных, находящихся длительное время в постели. Мужчин стригут коротко и 1 раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Женщинам, имеющим длинные волосы, ежедневно расчесывают их густым гребешком, индивидуальным для каждой больной. Чужими расческами пользоваться категорически запрещено. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Причесывая волосы на затылке лежащему клиенту, следует просто повернуть голову на бок. Если состояние больного позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны.

Если больной длительное время не встает, ему моют голову в постели. Во время процедуры следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем волосы ополаскивают и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы, особенно женщинам с длинными волосами, следует надеть на голову

полотенце или косыночку (или использовать для сушки фен для волос), чтобы избежать переохлаждения. Следует ежедневно следить за состоянием волосистой части головы подопечного и производить профилактику педикулеза. Психологически большинство людей чувствуют себя лучше, когда их волосы вымыты и приведены в порядок.

6.1.7. Бритье подопечного

Небритый клиент не только выглядит неопрятно, но и чувствует себя при этом некомфортно. Страдают не только мужчины, но и женщины, у которых в пожилом возрасте начинается активный рост волос в области верхней губы и подбородка. Эту проблему легко решить, имея электробритву или научившись технике бритья безопасной бритвой.

Манипуляцию следует выполнять в перчатках. Перед ее началом подопечного осматривают на предмет наличия родинок. Клиенту придают полусидящее положение и укрывают его грудь клеенкой и салфеткой. Вторую салфетку следует намочить в воде и отжать. Для смягчения кожи кладут горячую влажную салфетку на щеки и подбородок клиента на 5 мин (женщине этого делать не требуется). После снятия салфетки равномерно наносят крем для бритья (пенку) на кожу лица по щекам и подбородку.

Женщине, помимо этого, в местах роста волос смачивают лицо теплой водой. Подопечного следует брить, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению бритвы, в следующей последовательности: над верхней губой, щеки, под нижней губой, область шеи, под подбородком. После этого влажной салфеткой протирают лицо и промокательными движениями просушивают лицо сухой салфеткой. По окончании на лицо наносят лосьон (мужчине) или питательный крем (женщине).

6.1.8. Уход за кожей лица

Если человек из-за тяжелой болезни не встает с постели, необходимо решить, как умывать больного. Для подопечного выделяют индивидуальный тазик, полотенце, мыло и другие предметы туалета. Важно стараться направить усилия клиента на самостоятельное выполнение хотя бы малой части необходимых для умывания действий. Именно поэтому умывание лица проводят как в гигиенических целях, так и для повышения жизненного тонуса, а также для улучшения самочувствия клиента. Подопечному объясняют, как будет произведена процедура, спрашивают о желаемой температуре воды, рассказывают о последовательности движений.

Для проведения процедуры надевают перчатки, под голову кладут пеленку с клеенкой или впитывающую пеленку. Далее необходимо намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть лицо (лоб, щеки, подбородок) и шею подопечного. Прополоскав салфетку в чистой воде, еще раз обтирают лицо

подопечного и промокают его сухим полотенцем. Если клиент в состоянии мыть лицо самостоятельно, желательно предоставить ему эту возможность, а лежащему клиенту необходимо помочь в организации проведения этой манипуляции: поднести воду, подать варежку, помочь ее намочить и отжать, подать полотенце. Если кожа лица сильно сухая, можно использовать увлажняющий крем. Умывать лучше чистой водой без примесей.

Самое эффективное гигиеническое и косметическое средство — вода. При умывании водой клетки рогового слоя кожи набухают и отторгаются вместе с осевшей на них пылью, грязью, жиром, остатками пота и другими веществами, а также микроорганизмами. Теплая вода, похлопывание и поглаживание лица во время мытья усиливают очищающее действие. Одновременно улучшаются кровообращение и питание кожи.

6.1.9. Гигиена рук

Мобильный клиент сам в состоянии мыть руки, ему лишь необходимо при необходимости напомнить и помочь в подготовке – проводить до раковины, подать мыло, полотенце. Клиент после инсульта не в состоянии управлять одной из рук, поэтому помощник по уходу должен поддерживать слабую руку, позволяя подопечному самостоятельно вымыть ее здоровой рукой, а затем подать полотенце и помочь вытереть руку.

Лежащему клиенту мыть руки должен человек, предоставляющий уход. Для этого необходимо надеть перчатки, намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть руки подопечного, обращая особое внимание на межпальцевые промежутки. После этого следует высушить кожу рук полотенцем, тщательно просушивая кожу между пальцами (рис. 36).

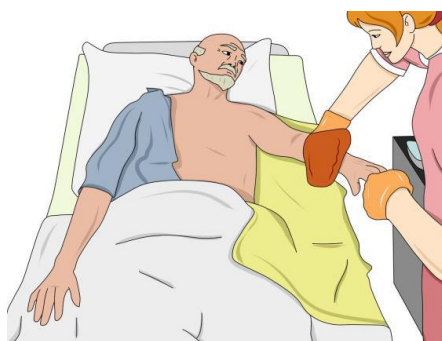


Рисунок 36. Мытье рук лежащему клиенту



Уход за ногтями на руках важен как с точки зрения гигиены и безопасности больного, так и для повышения его настроения. Если больной не может подстричь ногти сам, эту процедуру выполняет помощник по уходу. Для того чтобы подстричь подопечному ногти на руках, необходимы: мисочка с водой, куда добавлено жидкое мыло, резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем

для рук. Под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки, возникшей при стрижке. Руки больного помещают в теплую мыльную воду на 2–3 минуты. Одну руку помещают на полотенце, обсушивают, ногти стригут один за другим ножничками или щипчиками. После стрижки следует еще раз осушить кожу и обработать кисти рук кремом. Ногти на руках стригут овалом. Если случайно повреждена кожа, ее смазывают антисептическим средством. Затем снимают перчатки и моют руки.

6.1.10. Мытье ног в постели

Правильный уход за ногами также играет важную роль. Если клиент передвигается по квартире, ему ежедневно на ночь ополаскивают ноги теплой водой в тазу и тщательно протирают межпальцевые пространства, чтобы не появилась опрелость. При плохом уходе за ногами могут возникнуть шероховатости кожи, опрелость и другие осложнения. При уходе за ногтями ног велика опасность повреждений, что, например, у людей с сахарным диабетом может повлечь за собой тяжелые последствия. Именно поэтому желательно, чтобы уход за ногтями ног проводил помощник по уходу.



Каждый подопечный *с сахарным диабетом* и лица, осуществляющие уход, должны быть знакомы с комплексом профилактических мероприятий, позволяющих снизить риск развития поражений ног. Если ноги мерзнут, нельзя согревать их с помощью грелок, особенно электрических. Температурная чувствительность часто бывает снижена, поэтому очень легко получить ожог. По этой же причине нельзя принимать горячие ножные ванны. Температура воды не должна превышать 40 °С. Если на ногах есть мозоли, нельзя пытаться удалить их с помощью мозольных жидкостей, мазей или пластырей, так как все они содержат вещества, разъедающие кожу. Следует обращать внимание на резинки носков. Если они слишком тугие, это затрудняет кровообращение. При диабете нельзя пользоваться при уходе за ногами острыми предметами — ножницами, мозольными ножами, бритвами. Использование этих предметов — одна из самых частых причин возникновения травм.

Помыть ноги в постели можно следующим образом (рис. 37). Надевают перчатки, под колени клиента подкладывают подушку-ролик или закатывают в валик одеяло. Под ноги подстилают пеленку и клеенку, на которую ставят таз с теплой водой. Ноги подопечного моют с помощью индивидуальной губки и мыла в тазу. После этого их вытирают полотенцем, уделяя особое внимание межпальцевой зоне. При очень сухой коже применяют увлажняющий крем. Вазелин или жирный крем применять нельзя.



Рисунок 37. Мытье ног в постели

6.1.11. Уход за гениталиями

Несоблюдение правил личной гигиены половых органов может привести к инфекционным заболеваниям как у женщин, так и мужчин. В связи с тем, что кожа половых органов вырабатывает смегму, которая накапливается, необходимо регулярно подмываться.



Во избежание заражения необходимо пользоваться только индивидуальными средствами личной гигиены (полотенце, мочалка, бритвы). Вместе с тем чрезмерное увлечение мытьем гениталий с использованием мыла, а также сильное трение кожи наружных половых органов, как и плохая гигиена, может привести к возникновению воспалительных процессов кожи и желез этой области тела. Мыть гениталии достаточно 2 раза – утром и вечером, а также после опорожнения (у женщин – после каждого мочеиспускания). Естественные складки у тучных людей при увлажнении обрабатывают присыпкой, при сухости кожи используют увлажняющий крем. Если клиент может самостоятельно вымыть область промежности, лучше предложить ему это сделать самому, оставив его наедине. В противном случае процедуру проводит лицо, осуществляющее уход.

Женщина. Процедуру начинают с объяснения ее содержания, хода выполнения и получения согласия на ее проведение. После этого следует подставить под крестец клиентки судно, встать сбоку от нее, взяв в одну руку емкость с теплой водой, а в другую руку – зажим с марлевым тампоном (салфеткой). Поливая из емкости на половые органы, следует последовательно обрабатывать их по направлению к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межъягодичную складку. Салфетки меняют по мере загрязнения. По окончании процедуры части тела просушивают марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. Не обязательно каждый день проводить процедуру так, как описано выше. Вполне достаточно осуществлять ежедневное протирание индивидуальной варежкой, ополаскивая ее в индивидуальном тазике. Для этого просят клиентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и раздвинуть. После завершения процедуры спереди клиентку просят повернуться набок (или помочь ей), перевернуться, чтобы помыть ягодицы.

Мужчина. Следует встать сбоку от мужчины и смочить салфетку (варежку) водой. Аккуратно отодвинув пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажают головку полового члена, обрабатывают его, а также кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку, меняя салфетки по мере загрязнения. Просушивание проводят в той же последовательности.

По окончании процедуры (у женщин и мужчин) убирают судно, клеенку, удобно укладывают пациента, накрывают его простыней, одеялом, убирают отработанные материалы в контейнер для обработки, снимают перчатки, моют руки (с использованием мыла или антисептика), делают соответствующую запись о выполненной процедуре в документации.

6.2. Смена постельного белья при различных видах и типах ограниченной мобильности

Смену постельного белья производят 1 раз в 7–10 дней и в экстренном порядке – по мере загрязнения. Помощник по уходу обязан владеть навыками смены постельного белья для обеспечения соблюдения требований личной гигиены клиента. Смену постельного белья тяжелобольным проводят с большой осторожностью. Больной должен быть уверен, что его не уронят.

Продольный способ. Если кровать имеет ограждение, его следует опустить. При наличии сменной подушки на нее сразу надевают чистую наволочку. Чистую простыню, пеленки и клеенку следует скрутить валиком в продольном направлении, повернув подопечного на бок от себя и устойчиво устроив его на боку. Края грязного белья высвобождают из-под матраса и скручивают валиком продольно в направлении спины клиента. Грязную простынь необходимо максимально докрутить до подопечного, подоткнув ее под тело. Подготовленную в виде валика чистую простынь раскладывают на кровати и раскручивают в направлении спины пациента. После этого пациента сначала снова укладывают на спину, а затем на другой бок, снимают грязное белье и складывают в мешок.

Следующий этап предполагает раскручивание чистой простыни и пеленки. Далее убирают одеяло, накрывают подопечного пододеяльником и расправляют его, достают одеяло из грязного пододеяльника и вдевают его в чистый пододеяльник. После этого поднимают боковое ограждение, переходят на другую сторону, где опускают боковое ограждение, заправляют края чистой простыни под матрас и поднимают боковое ограждение. Процедуру завершают, спросив у подопечного о самочувствии и дополнительных пожеланиях. На рисунке 38 представлен продольный способ смены постельного белья.



Рисунок 38. Продольный способ смены постельного белья

Поперечный способ

При этом способе замену простыни производят сверху вниз. Эту манипуляцию может осуществлять один человек, однако лучше ее проводить вдвоем. В этом случае один ухаживающий может придерживать гражданина за голову, шею и плечи, а второй – непосредственно менять белье. Пациента приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает пациента через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодиц подопечного, меняют подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают гражданина. Второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги подопечного, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати. Далее следует накрыть пациента одеялом с чистым пододеяльником и убедиться в том, что больному удобно и комфортно. На рисунке 39 представлен поперечный способ смены постельного белья.

Важно помнить, что, производя манипуляции по смене постельного белья в одиночку, необходимо все время находиться на той стороне, на которую повернут клиент, или поднимать загородку кровати во избежание падения и предотвращения травм.

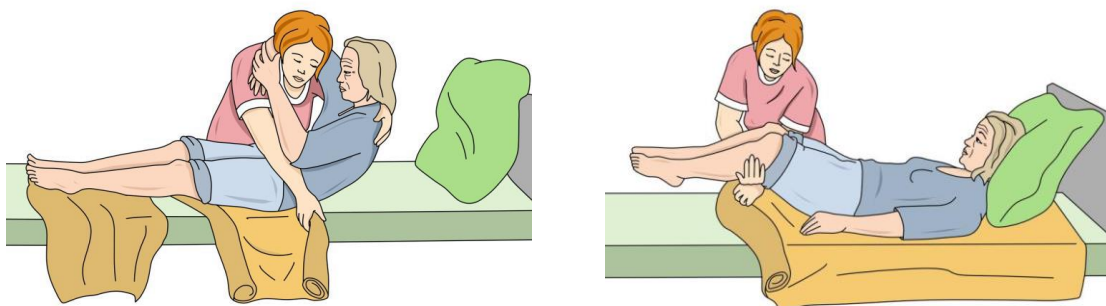


Рисунок 39. Поперечный способ смены постельного белья

6.2.1. Смена нательного белья и переодевание при различных видах и типах ограниченной мобильности

1) Снятие нательного белья с немобильного клиента

Как и при выполнении других манипуляций, важно объяснить клиенту содержание предстоящей процедуры. Снимают рукав со здоровой руки, подтягивая ее ближе к шее. Затем перемещают руку к горловине рубашки, повернув голову на бок и уложив ее на свою ладонь. Подняв голову подопечного, снимают рубашку с лица на затылок. После этого, положив больную руку на свое предплечье, ухаживающий снимает рубашку с руки клиента.

2) Одевание нательного белья (рис. 40)

Рукав рубашки клиента, предназначенный для одевания на больную конечность, собирают одной рукой. Вторую руку просовывают в собранный рукав. Ухаживающий кладет кисть высунутой из рукава больной руки себе на ладонь, а рукав рубашки переносит со своей руки на больную руку клиента до плеча, после чего ее укладывает. Далее надевают второй рукав на здоровую руку и просят подопечного, чтобы он, удерживая здоровой рукой больную, поднял руки и голову. Ухаживающий через голову со стороны лица по направлению к затылку одевает ночную сорочку или рубашку, придерживая клиента под плечи и голову. После этого просят клиента положить голову, освободить руки и при помощи поддерживающего захвата приподнимают подопечного. Поддерживая одной рукой больного под подмышку, другой рукой опускают рубашку как можно ниже. Аккуратно положив клиента, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.



Рисунок 40. Одевание нательного белья

3) Смена брюк

Клиента следует перевернуть на здоровую сторону и аккуратно снять штанину с больной конечности. Затем его переворачивают на другую сторону и аккуратно снимают штанину с другой конечности.

6.2.2. Мытье в постели обездвиженного гражданина

Лежачего клиента можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обмывание всего тела в кровати. Процедуру проводят по плану, получив согласие клиента. Желательно, чтобы перед процедурой мытья клиента опорожнил мочевого пузыря. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды – 37–40 °С. Помощник по уходу надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с клиента. Затем клиента поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню для защиты постельного белья в области ягодиц.

Далее клиента переворачивают на спину, т.е. укладывают на подготовленную простыню. Клиента укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавичку-мочалку, подопечного обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у женщины тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина.

После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела клиента укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье.

При мытье и вытирании следует внимательно осмотреть кожу подопечного в местах возможного образования пролежней, а также в областях кожных складок, подмышечных впадин, промежностей и подгрудных желез (места наибольшего скопления пота и грязи).

Общие правила, соблюдаемые при мытье лежачего клиента в постели, представлены на рис. 41:

сохраняйте ресурсы самообслуживания. Создавайте безопасную комфортную среду;

учитывайте пожелания и привычки клиента;

защищайте постель от намокания;

следите за межпальцевой зоной.

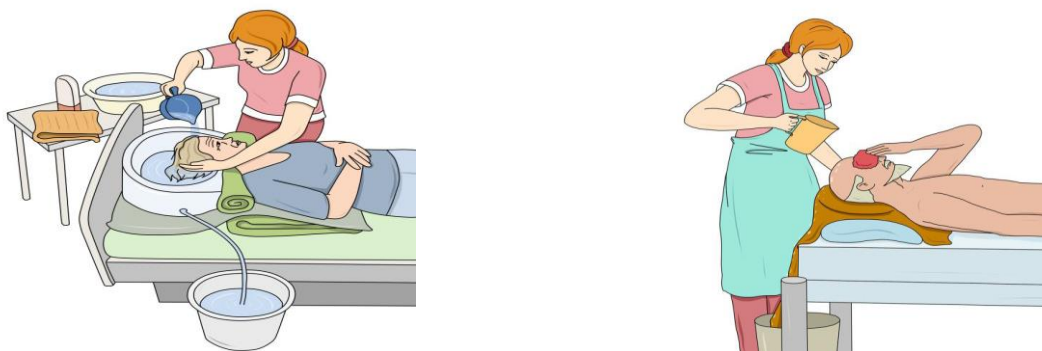


Рисунок 41. Общие правила, соблюдаемые при мытье лежащего клиента в постели

6.2.3. Мытье гражданина в ванне

Температура в помещении должна быть около 24 °С, на пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Необходимые принадлежности – полотенце, чистое белье и халат. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, вначале наливают в нее холодную воду, а затем добавляют горячую до нужной температуры. Температура воды в ванне должна составлять 35–37 °С. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и далее, держась одной рукой за поручень, а другой – за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем – тело, руки, ноги. Положение больного в ванне – полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди больного и не покрывать область сердца (рис. 42).

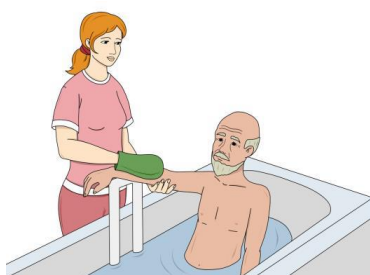


Рисунок 42. Мытье клиента в ванне

1) Мытье частично мобильного гражданина в ванне

Если клиент может хотя бы частично помыться сам, ему передают намыленную мочалку, если не может – ему помогают. Сначала моют голову, затем – туловище, руки, подмышечные впадины, ноги, паховую область и промежность. После завершения процесса мытья клиенту помогают выйти из ванны, вытирают его в том же порядке, в котором мыли, и помогают одеться. После легче подстричь ногти. Продолжительность купания в ванне не должна превышать 20 мин. Выходить из

ванной комнаты, оставляя клиента одного, нельзя, так как у пожилого человека может возникнуть головокружение, измениться артериальное давление.

2) Мытье частично мобильного гражданина в душе

Иногда клиент отказывается принимать ванну или отсутствует возможность помыть его в ванне.

В этом случае его можно поместить на специальный стул и помыть под душем (рис. 43). Ощущение при нахождении подопечного под теплой струей воды, падающей на лицо и тело, позитивно настраивает человека и делает его бодрее. Мытье с мылом и мочалкой очищает тело, облегчает кожное дыхание, создает ощущение легкости. Последовательность действий – такая же, как при мытье в ванной, с той лишь разницей, что вода все время льется струей, и пациенту необходимо направлять воду на себя или это делать ухаживающему человеку либо ставить душ на кронштейн. Следует тщательно следить за температурой воды, так как смена температуры – частая проблема душевых. В современных душевых комнатах должен быть удобный безбарьерный подход, поэтому нет необходимости ставить доску на ванну, а можно использовать специальный стул для душа. Если пациент может стоять, держась за поручень, есть возможность осуществить гигиену интимной зоны, после чего клиент может снова сесть.

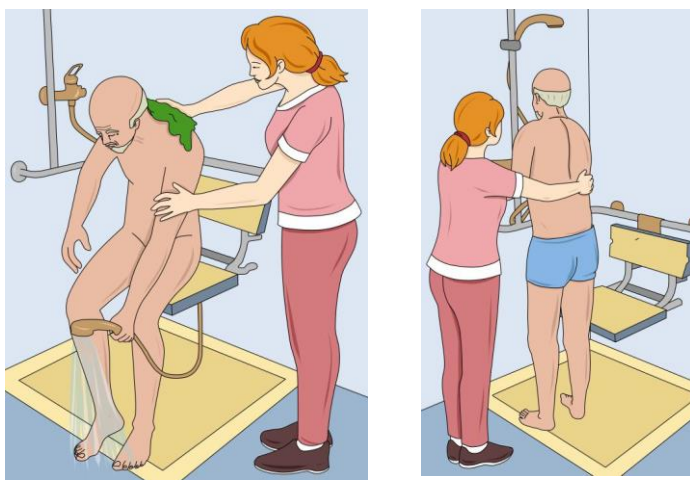


Рисунок 43. Мытье частично мобильного клиента в душе

7. ОРГАНИЗАЦИЯ ПИТАНИЯ И КОРМЛЕНИЯ

Питание – физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека с помощью пищи. Пища – источник энергии, необходимый для функционирования организма. В то же время пища – это главная часть окружающей среды, с которой мы взаимодействуем. Пищей наслаждаются, она стала неотъемлемой частью радости жизни. Наши чувства позволяют нам по достоинству оценить качество, вкус и консистенцию поедаемого продукта. Процесс приема пищи

должен быть чем-то бóльшим, чем просто биологическая необходимость – он должен доставлять удовольствие.

Сбалансированное питание в полной мере и в правильном соотношении обеспечивает поступление в организм всех питательных веществ: белков, углеводов, жиров, витаминов, микроэлементов и минералов, небольшими порциями и по режиму, состоящему из четырех-пяти приемов пищи. Один из основных принципов лечебного питания – сбалансированность пищевого рациона, т.е. соблюдение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных веществ, жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

Жиры. В твердых жирах животного происхождения есть витамины, минеральные вещества, комплексы ферментов и другие биологически важные компоненты. В итоге организм человека получает энергию, тепло и необходимые вещества в рациональных пропорциях и количествах. Доля жиров в пищевом рационе должна составлять 30–35% общей энергетической ценности (в среднем 70–105 грамм в сутки), при этом не менее трети отводят жирам растительного происхождения. Избыток животных жиров неблагоприятен в плане повышения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний.

Белки. Поскольку белки представляют собой строительный материал для организма, они должны обладать максимально высокой биологической ценностью, а это, прежде всего, белки животного происхождения. В процессе пищеварения белки расщепляются до аминокислот, из которых организм синтезирует собственные белки, используемые для восстановления и построения тканей. В белках растительного происхождения содержится меньше аминокислот, поэтому они менее питательны и представляют меньшую ценность.

Углеводы. В качестве продуктов питания, содержащих углеводы, рекомендованы несладкие фрукты, картофель, овощи. Некоторые люди при переходе на лечебно-сбалансированное питание делают ошибку, полностью отказываясь от углеводов. В таких условиях организм синтезирует необходимое количество углеводов из белков и глицерина, поскольку они необходимы для нормального обмена веществ и поддержания постоянного уровня сахара в крови. Оптимальное содержание углеводов в суточном пищевом рационе в среднем составляет 400–500 грамм. Избыточное потребление углеводов приводит к ожирению, в то время как недостаточное поступление углеводов ведет к усиленному окислению собственных липидов организма и расщеплению тканевых белков, что отрицательно влияет на здоровье. Однако у больных сахарным диабетом содержание углеводов в пище снижают. Для пациентов существуют диеты, разработанные применительно к их заболеваниям, которых и следует придерживаться.

7.1. Питьевой режим

Питьевой режим – наиболее рациональный порядок потребления воды в течение суток. Правильный питьевой режим обеспечивает нормальный водно-солевой обмен, создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма. К сожалению, большинство людей не связывают свои заболевания с недостаточным потреблением чистой питьевой воды и не соблюдают питьевой режим. Вода выводится из организма с мочой, а также она удаляет из организма переработанные отходы.

Сколько же нужно пить жидкости, какова ежедневная норма? При ответе на этот вопрос большое значение имеет питание. Если человек питается фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком, достаточно 1 литра чистой воды в день. Если человек регулярно употребляет мясо, рыбу, яйца, хлеб, большое количество пряного и острого, необходимо гораздо большее количество воды – 1,5–2 литра. Чем больше человек ест, тем больше он должен пить. Оптимальная ежедневная доза воды для нормальной работы организма – 30 мг на 1 кг веса человека: не чая, сока, компота и других напитков, а именно чистой питьевой воды. Для людей, имеющих проблемы со здоровьем, питьевой режим должен устанавливать врач.

7.2. Средства малой реабилитации при кормлении

Одна из важных задач, возлагаемых на сиделку, — кормление клиента. Еда и питье для клиента приобретают особенно большое значение, часто определяющее выздоровление или прогрессирование болезни. Для клиентов, вынужденных долгое время оставаться в постели, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к еде. Клиенту, который может самостоятельно принимать пищу, но по ряду причин с этим не справляется (не может держать ложку, роняет пищу с края тарелки, пачкает одежду, сталкивает посуду со стола на пол, проливает напитки), необходимо предоставить средства малой реабилитации содействия приему пищи.

В таблице 6 и на рис. 44 представлены средства малой реабилитации при кормлении.

Таблица 6. Средства малой реабилитации при кормлении

Изображение	Предназначение/описание
	Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды. Рекомендована клиентам, имеющим только одну руку. При отсутствии салфетки можно использовать мокрую скатерть или присоски

	Для того чтобы облегчить питье клиентам с утратой хватательных движений, рекомендованы чашки на подставках, кружки с двумя ручками
	Стакан предназначен для пациентов с нарушенным глотательным рефлексом, а также с ограничением движений и тремором. Легкая чашка удобна для пациентов со слабостью в руках. Чашку можно мыть в посудомоечной машине
	Поильник полимерный для лежачих больных предназначен для приема жидкости или жидкой пищи. Выполнен в виде стаканчика с крышкой и носиком, который не позволяет проливаться жидкости при приеме пищи. Это незаменимый аксессуар для ухода за лежачими больными
	Нагрудники предназначены для защиты одежды и белья клиента от загрязнения во время приема пищи. Содержат защитный слой из пленки и специальный приемный карман для остатков пищи. Крепление происходит за счет клеящихся полосок. Можно стирать в стиральной машинке
	Встроенные ручки на столовых приборах предназначены для клиентов с ослабленными хватательными движениями. Клиенты могут использовать столовые приборы с квадратными, круглыми или овальными ручками различной длины, а также малого, стандартного или тяжелого веса
	Можно использовать тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, удерживающим пищу при неловких движениях клиента
	Если у клиента ослаблены руки, недостаточная моторика в пальцах, можно использовать специализированные ложку, вилку и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком. Ложку фиксируют на запястье мягким ремешком с липучкой



Рисунок 44. Средства малой реабилитации при кормлении

Глотание – важный и сложный процесс, который включает функционирование самых разных групп мышц и черепных нервов. Нарушение глотания, или *дисфагия*, – одна из ключевых проблем в организации питания у пациентов, перенесших инсульт. Под нарушением глотания понимают любое, даже незначительное затруднение или возникновение дискомфорта при продвижении пищи в желудок. К дисфагии относят невозможность глотания, нарушение движения пищи, а также неприятные ощущения, связанные с задержкой пищи. При этом у каждого из пациентов степень и характер нарушений могут быть различными. Врачи отмечают, что даже при серьезных заболеваниях полную неспособность глотать встречаются довольно редко. В большинстве случаев клиентам тяжело совершать глотательные движения (например, после инсульта у пациентов возникают проблемы при приеме жидкости или жидкой пищи). В некоторых случаях пациентам даже приходится заново учиться есть.

Аспирация (от лат. – *aspiratio*) – эффект «засасывания», возникающий из-за создания пониженного давления. Перед тем, как кормить клиента, необходимо убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Важно помнить, что нельзя поить и кормить клиента, лежащего с запрокинутой головой, поскольку при этом надгортанник открывает вход в трахею, и больной может поперхнуться. Если клиент нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности. От того, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи. Клиента с нарушением глотательного рефлекса нельзя оставлять одного во время приема пищи. Необходимо следить за тем, чтобы пациент не торопился во время еды, не разговаривал, не отвлекался. Клиент должен класть в рот небольшое количество пищи, хорошо ее прожевывать, пить маленькими глотками (иногда необходимо добавлять в жидкость загуститель). Пища должна быть мелко порезанной или перетертой (лучше, если пациент имеет возможность наблюдать эти процессы).

7.3. Особенности приема пищи при нарушенном глотании

Необходимо придерживаться определенных правил при кормлении пациентов с нарушением глотания:

не следует давать большое количество пищи сразу, желательно разбить кормление на несколько небольших порций;

необходимо выбирать более грубую пищу, так как вероятность ее попадания в дыхательные пути минимальна;

пища должна быть ароматной и аппетитной;

не следует кормить лежачего клиента в положении лежа;

напитки необходимо подавать строго до или после, но не во время основного приема пищи;

не следует запрокидывать голову клиента назад;

по возможности выделяйте на кормление больше времени.

Крайне важно отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании: кисломолочная продукция, фрукты, варенье, сиропы. Следует также отказаться от очень сухих, жестких блюд: крекеры, поджаренные ломтики хлеба. Приготовленный рис может слипаться или быть жестким, потому следует убедиться в том, что его консистенция оптимальна (при этом будет легким процесс разжевывания и отсутствовать риск прилипания к ротовой полости).



Наблюдайте за клиентом во время пробного (тестового) кормления (питья и приема твердой пищи) для того, чтобы вовремя заметить признаки,

указывающие на высокую вероятность наличия у него расстройств глотания.

Больного следует поддерживать так, чтобы он ровно сидел в вертикальном положении со слегка наклоненной вперед головой. Особую осторожность необходимо соблюдать при оценке глотания у больных с уже имеющимися заболеваниями дыхательной системы, поскольку у таких клиентов самая незначительная аспирация представляет большую опасность.

Вначале необходимо попросить больного проглотить около 50 мл воды, начиная с 5 мл. Для этого можно последовательно поить клиента с чайной ложечки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления воды с помощью питьевой трубочки, используя ее как пипетку. Не следует давать больному держать чашку или стакан с водой самому, так как он может попробовать выпить ее всю сразу, рискуя при этом аспирировать жидкость. Необходимо наблюдать за каждым глотком клиента, обращать внимание на кашель, указывающий на неблагополучие при глотании и одновременно защищающий дыхательные пути от аспирации.

Однако нередко у клиентов с дисфагией кашель не возникает из-за нарушений, вызванных самим заболеванием головного мозга. В таких случаях пропустить аспирацию жидкости особенно легко. Именно поэтому после каждого глотка

попросите также больного произнести тянущийся гласный звук (например, «ах»). Изменения в голосе больного (появление гнусавости, охриплости, влажных или булькающих звуков), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации.

Профилактика аспирации: (рис 45)

ухаживающий встает сзади клиента и обхватывает его голову рукой (для предотвращения западения головы назад);

указательный палец лежит между нижней губой и подбородком;

средний палец поддерживает подбородок;

большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.



Рисунок 45. Профилактика аспирации

На следующем этапе чашку или стакан, наполовину наполненный водой, можно дать в руки самому больному. Следует объяснить клиенту, что он должен начать с маленьких глотков, не следует пить всю воду залпом. Если проблем во время теста не возникает, можно разрешить клиенту пить самостоятельно. После проверки глотания жидкости оценивают возможность глотания твердой пищи. Обращают внимание на то, не выпадает ли пища изо рта. Это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы или его язык, двигается вперед во время глотка (вместо нормальных движений вверх и назад). Сразу после глотка необходимо обследовать полость рта больного. Поскольку при слабости языка пища может откладываться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами, важно проверить, действительно ли произошел глоток. Это можно сделать, стоя перед подопечным

Питание разделяют на активное, пассивное и искусственное.

Активно питающийся клиент может сесть к столу, а при постельном режиме необходимо создать условия для приема пищи, сидя в постели. Тех, кто испытывает слабость, а также тяжелых клиентов кормят люди, предоставляющие уход. Клиента следует убеждать в необходимости принимать пищу, даже если нет аппетита, настроения или желания. Следует также иметь в виду, что, если какие-то блюда

вызывают у клиента отвращение, меню должно быть скорректировано (по согласованию с врачом). При этом во внимание обычно принимают характер заболевания, наличие противопоказаний и показаний, стадию заболевания и риск возможных осложнений, особенности национальной кухни и предпочтения клиента.

Если клиент самостоятельно, а также с помощью есть не может, ему назначают **пассивное питание**. Выделяют несколько видов пассивного питания. При непроходимости пищевода или входного отдела желудка пищу вводят через специальный зонд в гастростому, которую устанавливают во время операции. Частоту введения пищи и размер разовой порции назначает врач. Процедуру кормления проводят под контролем медицинского работника. Помимо гастростомы, существуют методы введения питательных веществ, минуя желудочно-кишечный тракт. Специальные питательные растворы, способные поддерживать нормальный обмен веществ в организме, вводят капельно через крупную вену.

7.4. Особенности приема пищи при различных видах и типах ограниченной мобильности

Правильная организация питания занимает важное место в уходе за больными пожилого и старческого возраста. Поскольку у пожилых людей интенсивность обменных процессов в организме снижена, следует уменьшить калорийность пищевого рациона за счет уменьшения содержания жиров животного происхождения и углеводов. Оптимальное потребление жиров пожилым человеком составляет 60–70 г в сутки, при этом 25–30 % должно приходиться на долю жиров растительного происхождения, содержащих ненасыщенные жирные кислоты (линолеовую, линоленовую и другие), снижающие уровень холестерина в крови и обладающие антиатеросклеротическим действием.

Долю углеводов целесообразно уменьшить до 280–320 г в сутки. Поскольку в пожилом возрасте часто отмечается снижение инкреторной функции поджелудочной железы, в первую очередь следует уменьшить потребление легкоусвояемых углеводов – сахара, конфет, меда, варенья и других кондитерских изделий. Напротив, продукты, содержащие грубоволокнистую клетчатку, нужно включать в пищевой рацион пожилых людей обязательно.

У больных пожилого и старческого возраста часто наблюдаются признаки сердечной недостаточности, повышенное артериальное давление, происходит задержка жидкости.

Таким больным следует ограничить потребление поваренной соли до 5–8 г в сутки. Без особых показаний не стоит ограничивать прием жидкости (менее 1–1,5 л в сутки), так как это может способствовать усилению запоров. При склонности к запорам показано включение в пищевой рацион фруктовых соков и компотов, яблок,



свеклы и других овощей, и фруктов, стимулирующих перистальтику кишечника.

Однако необходимо помнить, что у больных пожилого возраста из-за отсутствия зубов часто отмечается неполноценность жевательного аппарата, снижается секреторная активность желудка, поджелудочной железы и печени. Это обстоятельство обуславливает необходимость предусмотреть соответствующую кулинарную обработку пищи, уменьшающую нагрузку на органы пищеварительной системы.

7.4.1. Кормление лежачего гражданина

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Комната, в которой находится больной, должна быть подготовлена для приема пищи. Убирают все, что способно подавлять аппетит: банки с мокротой, судна, мочеприемники, лекарства с резким и неприятным запахом. Температура первых блюд не должна превышать 60–65 °С, вторых блюд – 55–60 °С, а температура холодных закусок должна составлять 7–14 °С. Желательно, чтобы блюда в пределах диетических возможностей были украшены зеленью, овощами, разрешенными приправами, которые способствуют повышению аппетита. Следует помочь клиенту принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Пациенту накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами, одевают их. Перед началом приема пищи клиенту предлагают попить – это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить клиента, одной рукой поддерживают голову клиента, а другой – держат кружку, из которой он пьет. Если клиента поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации.

При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так клиент поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы пациент мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи клиенту предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот больного салфеткой. После кормления клиенту помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.

7.4.2. Кормление частично мобильного гражданина

Если клиент может сидеть в постели или за столом и есть сам, перед едой его необходимо посадить в кровати или за стол и убедиться в том, что он находится в правильном положении для приема пищи. Перед едой клиенту обязательно моют руки, умывают и причесывают его, поправляют одежду, а грудь прикрывают

фартучком. Проверяют температуру пищи. Еду можно подать на подносе, выбрав нужную посуду. Если пищу подают в тарелке, следят за тем, чтобы еда не лежала на тарелке горкой (желательно измельчить пищу, например, нарезать овощи, мясо и рыбу разломить на кусочки). Клиент может есть с подноса, если ему удобно. Еду можно поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой, либо усадить клиента за стол. Для того чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, следует использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды. Необходимо заранее выяснить, из чего клиенту удобнее пить. Важно, чтобы пища выглядела привлекательно и возбуждала аппетит.

Клиента не следует оставлять одного во время приема пищи.

8. УПРАВЛЕНИЕ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОТПРАВЛЕНИЯМИ

Организм человека – сложнейшая биохимическая лаборатория, в которой работа не прекращается ни на долю секунды. В процессе этой работы образуются шлаки, которые выводятся наружу разными путями, но в основном через мочевыводящую систему и пищеварительный тракт. Естественные физиологические отправления организма подчиняются определенным законам, однако поскольку они происходят с участием сознания и воли человека, то могут и должны быть контролируемы.

Опорожнение кишечника (дефекация) должно проходить регулярно, безболезненно и в должном объеме. В противном случае возможно возникновение запора. Состав каловых масс зависит от характера пищи и функционирования пищеварительного тракта. В норме кал при смешанной пище имеет желтовато-бурый, коричневый цвет, при мясной – темно-коричневый, при молочной диете – желтый или светло-желтый. Большое количество ягод в пище (черной смородины, черники, вишни) окрашивает испражнения в темный цвет. Некоторые лекарственные средства также изменяют цвет кала (например, прием соли висмута, железа, йода придает калу черный цвет). При наличии примеси крови в кале цвет кала может быть черным, а вид каловых масс – дегтеобразным.

В норме кал имеет мягкую консистенцию (плотность). При различных патологических состояниях кал может быть кашицеобразным, умеренно плотным, плотным, жидким, полужидким. Глинистая консистенция кала и серый цвет указывают на значительную примесь неусвоенного жира, что бывает при закупорке желчного протока.

Форма кала в норме – цилиндрическая, колбасовидная. При сужениях или спазмах толстого кишечника кал может быть лентовидным или иметь форму плотных шариков (овечий кал). Запах зависит от состава пищи и интенсивности процессов брожения и гниения. Мясная пища дает резкий запах, молочная – кислый.

Примеси в кале могут быть в виде слизи, гноя, крови, кишечных паразитов и случайных инородных тел. Слизь образуется в виде комочков, клочков, пленок различной величины на поверхности кала. Слизистые частицы могут быть смешаны с кровью или окрашены желтыми пигментами. Гной в кале имеет вид желтоватых непрозрачных комочков. Чаще всего он перемешан со слизью или с калом, который обычно имеет жидкую или полужидкую консистенцию. Кровь, видимую невооруженным глазом, встречают в кале в виде сгустков различной величины на его поверхности либо смешанной с гноем или слизью. Темная кровь в кале бывает при кишечном кровотечении из верхних отделов кишечника, а светлая кровь на поверхности кала указывает на геморроидальное кровотечение.

Опорожнение мочевого пузыря за сутки может быть различным в зависимости от количества выпитой жидкости, интенсивности обмена веществ, температуры окружающей среды и др. В среднем мочеиспускания происходят 4–6 раз в сутки, а общее количество выделяемой мочи составляет около 1 литра. Моча, вырабатываемая почками, постепенно скапливается в специальном резервуаре – мочевом пузыре. По мере его наполнения появляется позыв на мочеиспускание, вначале слабый, затем все более настойчивый. Наибольшее одномоментное количество мочи обычно выделяется утром, так как во время сна чувство позыва притуплено. Днем же позыв на мочеиспускание возникает при значительно меньшем наполнении мочевого пузыря.

Силой воли можно подавить позыв (в этом иногда имеется необходимость), однако систематически этого делать не следует: может развиваться расширение мочевого пузыря, что создает условия для возникновения в нем воспалительного процесса, вызывающего впоследствии нарушение деятельности почек. Ведение дневника наблюдения отправлений позволяет объективно оценивать состояние клиента, следить за развитием болезни и ходом лечения, а также своевременно принимать необходимые меры.

8.1. Абсорбирующее белье

Это специальное белье, предназначенное для ухода за клиентами с недержанием мочи и кала легкой, средней и тяжелой степеней. К абсорбирующему белью относят простыни, пеленки, прокладки, вкладыши, подгузники, которые применяют в качестве средств ухода за больными с различными формами недержания мочи и кала для профилактики повреждений кожного покрова (пролежней), обеспечения физического и психологического комфорта (табл. 7).

Таблица 7. Различные виды абсорбирующего белья

Изображение	Предназначение/описание
	Простынь (пеленка) абсорбирующая может иметь различные технические характеристики. Размеры простыни могут быть разными: 40×60 см, 60×60 см, 60×90 см. В зависимости от размеров изделия и плотности материалов меняется впитывающая способность простыни (пеленки). У различных фирм-производителей существует несколько видов изделий: ▪ при размере 40×60 см впитывающая способность составляет 400–500 мл; ▪ при размере 60×60 см — 800–1200 мл; ▪ при размере 60×90 см — 1200–1900 мл;
	Впитывающие урологические прокладки (вкладыши) и фиксирующие трусики можно использовать постоянно. Социальные показания для их использования — степень активности больного. Применяют для ухода за ходячими и малоподвижными пациентами, сохраняющими способность к самообслуживанию. Виды впитывающих урологических прокладок зависят от пола больного: существуют прокладки, предназначенные только для мужчин, только для женщин, а также для мужчин и женщин.
	Подгузники используют, как правило, постоянно для ухода за больными с недержанием мочи и кала. Выбор вида подгузника определяют возраст, телосложение (вес, объем талии и бедер), форма недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая), степень активности больного.
	Подгузники-трусы используют в тех случаях, когда необходимо поощрять или поддерживать независимость пациента. Не рекомендовано использовать трусы для лежачих больных, так как в этом положении с изделием трудно обращаться (затруднена замена подгузника). Задача такого подгузника — быть максимально незаметным для окружающих (он имитирует нижнее белье). Подгузник-трусы одевают и носят как обычное белье, он не требует дополнительной фиксации.
	Эластичные сетчатые штанишки для надежной фиксации прокладок. Легкие, мягкие, воздухопроницаемые, сделаны из особо прочного материала и плотно облегают тело. Многоразовые. Возможна ручная или машинная стирка при температуре не выше 60 °С.

Виды абсорбирующего белья и подгузников подбирают строго индивидуально, исходя из степени выраженности ограничения способности больного к

самообслуживанию и передвижению: степени его активности, его пола, возраста, телосложения, а также степени недержания мочи. Некоторые виды абсорбирующего белья (пеленки, простыни) используют при уходе периодически.

При выборе подгузников необходимо также учитывать, что отсутствие резинки на талии приводит к тому, что подгузник плохо облегает фигуру; это приводит к подтеканию мочи у активных больных, а у лежачих больных возможно подтекание мочи вдоль спины. Если липучки у подгузника узкие, они могут выдержать меньшую нагрузку на отрывание (отклеивание). Если липучки имеют одинаковую ширину, это хуже, чем, когда нижняя липучка более широкая, так как именно она несет бóльшую нагрузку у «ходячих» больных. Чем больше в подгузнике целлюлозы, тем подгузник мягче и комфортнее, особенно для лежачих больных. Вместе с тем увеличение объема целлюлозы (которая представляет собой «натуральный» элемент) позволяет достигнуть одинаковой впитываемости при меньшем количестве абсорбента. У подгузника желательно наличие второго слоя целлюлозы, а также достаточно широкой центральной части, так как это именно то место, куда попадает больше всего жидкости. Если резинка в оборке закреплена на клей, он у некоторых больных может вызывать аллергию, а резинка может отклеиваться. Желательно, чтобы оборки складывались не внутрь, а наружу, так как в этом случае они не будут прижиматься и лучше защищают от бокового протекания.

Для ухаживающего удобнее ориентироваться, если размер подгузника обозначен не полосками, а цифрами. Правильно подобранный подгузник должен плотно облегать тело человека, не провисать и не смещаться при его движении. От этого зависит эффективность и надежность использования подгузника.

1) Замена абсорбирующего белья

Менять подгузники необходимо каждые 3–4 часа или после очередной дефекации. В тех случаях, когда такая частая замена невозможна, следует отдать предпочтение подгузникам повышенной степени впитываемости.

2) Смена прокладки немобильному клиенту

Надевают перчатки. Под подопечного кладут пеленку, заправив концы под матрас. Положение подопечного – на спине. Затем сдвигают трусики до колена. Прокладку свертывают внутрь и проводят между ног подопечного (прокладку не достают). Далее обрабатывают интимную зону сначала салфетками для интимной гигиены, а затем моющим раствором над судном, промокают кожу. После этого поворачивают подопечного на бок, убирают прокладку, сворачивая ее внутрь, и обрабатывают кожу салфетками для интимной гигиены или моют водой над судном, промокают кожу. Затем разворачивают прокладку, проводят ее между ног широкой частью спереди назад. Расправляют прокладку на ягодицах так, чтоб индикатор наполнения располагался вдоль позвоночника, фиксируют прокладку с помощью штанишек и поворачивают подопечного на спину. Расправляют переднюю часть

прокладки, формируют гульфик и фиксируют прокладку штанишками. Штанишки одевают швами наружу.

3) Смена подгузника

Для того чтобы правильно одеть подгузник на взрослого лежачего клиента, необходимо вынуть его из упаковки и отогнуть все сложенные элементы, слегка растянуть, расправляя все имеющиеся складки; при необходимости скрутить или помять подгузник, что способствует лучшему прилеганию к телу и поможет избежать протекания жидкого кала и мочи. Надевают перчатки, фиксируют кровать, опускают изголовье немного ниже горизонтали во избежание скатывания клиента. Со стороны сиделки опускают боковые ограждения, а с противоположной стороны поднимают их.

Больного поворачивают налево, слегка согнув ноги в коленях. Защитную пеленку сворачивают в трубочку до половины по длинной стороне и подкладывают под спину больного (как при смене постельного белья). Клиента поворачивают на спину, расправляют свернутую часть пеленки. Проводят подмывание подопечного. Подготавливают подгузник. Вновь поворачивают больного на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подкладывают под спину так, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) – по линии позвоночника.

Поворачивают гражданина на спину, слегка согнув его ноги в коленях. Аккуратно расправляют подгузник под спиной больного. Протягивают переднюю часть подгузника между ногами клиента на живот и расправляют ее. Опускают ноги подопечного. Последовательно застегивают нижние липучки, сначала правую, затем левую (или наоборот), плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела больного снизу-вверх. Затем закрепляют верхние липучки в направлении поперек тела больного (рис. 46).

При одевании подгузника на обычного клиента, способного передвигаться самостоятельно, выполняют те же манипуляции (растягивают, расправляют складки, сложенный вдвое подгузник пропускают между ног спереди назад, расправляют обе части и закрепляют липучими элементами). При этом клиент должен стоять прямо, немного расставив ноги. В обоих случаях обращают особое внимание на то, что индикатор наполнения должен располагаться вертикально (по линии позвоночника, как бы продолжая ее).



Рисунок 46. Смена подгузника немобильному подопечному

8.2. Помощь в пользовании судном

Лежащий клиент все физиологические отправления совершает, не сходя с постели, поэтому помогать ему нужно так, чтобы не причинить лишнего беспокойства и не загрязнить постель. Прежде, чем начать санитарные мероприятия, кровать клиента желательно отгородить ширмой, место под судно застелить непромокаемой клеенкой, судно ополоснуть теплой водой.

Частично мобильный гражданин в состоянии сам приподнять таз, согнув ноги в коленях и держась руками. Если у подопечного не хватает сил, следует аккуратно подвинуть руку под крестец и медленно помочь приподнять ему таз. Судно подкладывают узкой частью под крестец до совмещения отверстия судна с промежностью. По окончании опорожнения судно вынимают из-под больного аналогичным способом. Промежность клиента очищают влажной салфеткой. Все ресурсы пациента должны быть при этом максимально задействованы.

Немобильный гражданин. Фиксируют колеса кровати и надевают перчатки. Клиента укладывают на бок. Судно подкладывают под клиента путем его вдавливания в матрас под углом 45°. После этого клиента разворачивают на спину. При этом одной рукой придерживают судно, а второй — таз подопечного. Следует убедиться в том, что судно стоит ровно. Ноги клиента должны быть согнуты в коленях (под парализованную ногу подкладывают валик). Подопечного укрывают и на некоторое время отходят. После физиологических отпавлений клиента следует помыть (см. раздел «Мытье в постели обездвиженного подопечного»).

1) Гигиенический туалет стомы

Гигиенический туалет стомы необходимо производить регулярно. При этом не следует бояться дотрагиваться до стомы: стома – это не рана, а уход за ней – это не перевязка. Следовательно, не нужно никаких специальных и стерильных условий для ухода за стомой и кожей вокруг нее. Если клиент лежит, необходимо приготовить непромокаемую пеленку, чтобы накрыть постельные принадлежности. Моют руки с мылом, осторожно удаляют калоприемник и выбрасывают его в специально приготовленный герметичный пластиковый пакет. Содержимое дренируемых мешков сначала опорожняют в унитаз. Далее стому и кожу вокруг нее промывают теплой водой и обрабатывают очистителем для кожи: это делают круговыми движениями, постепенно приближаясь к стоме (рис. 46).

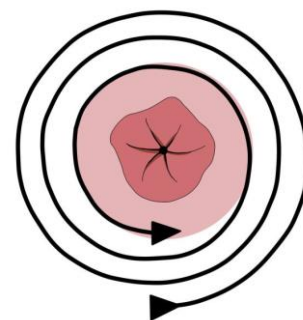


Рисунок 46. Направление движений при обработке колостомы

Для этого можно использовать мягкие салфетки. При уходе за стомой нельзя пользоваться ватой, так как оставшиеся на коже или стоме волокна ваты могут вызвать раздражение, а также будут препятствовать герметичному наклеиванию калоприемника. Не следует использовать и мыло, так как оно сушит кожу, удаляет ее естественный защитный барьер и делает ее более уязвимой для механических повреждений и проникновения микроорганизмов. При обработке стомы и кожи вокруг нее нельзя использовать антисептические растворы и спирт. Кожу просушивают промокающими движениями мягким полотенцем или марлевой салфеткой. При возможности (если нет постоянного выделения кала) коже вокруг стомы позволяют высохнуть естественным путем на воздухе.

На кожу вокруг **эпицистостомы** наносят пасту Лассара или другую мазь, рекомендованную врачом. После впитывания остатки мази удаляют с помощью салфетки.

Для утилизации калоприемника используют полиэтиленовые пакеты. Использованные калоприемники нельзя выбрасывать в унитаз.

Кожа вокруг стомы требует постоянного внимания. Она должна быть неповрежденной, чистой и сухой. На состояние кожи вокруг стомы влияют такие факторы, как уход за стомой, индивидуальные особенности кожи, а также диета и лечение.

2) Уход за катетером

Если у клиента стоит мочевого катетер, предотвратить инфекцию мочевого пузыря не всегда удастся, однако можно уменьшить вероятность ее появления. Все манипуляции проводят после тщательного мытья рук и в перчатках. Участок кожи вокруг катетера обмывают 2 раза в день водой с мылом, чтобы избежать раздражения и развития инфекции. После каждого опорожнения кишечника подмывают клиента. После подмывания легкими движениями тщательно обсушивают кожу. Женщинам при подтирании после опорожнения кишечника, обмывании и обсушивании промежности движения проводят спереди назад, чтобы микроорганизмы из прямой кишки не попадали в катетер и мочевые пути.

Катетеризация мочевого пузыря – манипуляция, при которой в его полость через мочеиспускательный канал вводят полую трубку, по которой происходит отток мочи. Эту процедуру выполняют при различных заболеваниях мочеполовой системы, включая и экстренные мероприятия по эвакуации накопившейся мочи. Катетеризацию у мужчин и женщин проводит только опытный медицинский персонал. Предотвращение инфекций – важная часть ухода за пациентом. Все манипуляции проводят со строгим соблюдением правил и норм гигиены. При уходе внимательно наблюдают за кожей и содержимым мочевого накопителя.

8.3. Освобождение мочевого дренажного мешка

Для выполнения манипуляции:

моют руки;

надевают перчатки;

ставят мерную емкость для сбора мочи под отводной трубкой дренажного мешка;

освобождают отводную трубку от держателя;

открывают зажим трубки;

сливают мочу в емкость (отводная трубка не должна прикасаться к стенке емкости для сбора мочи);

закрывают зажим;

протирают конец отводной трубки тампоном, смоченным 70° спиртом (двукратно);

закрепляют отводную трубку в держателе;

снимают перчатки.

Следует убедиться в том, что трубки, соединяющие катетер и дренажный мешок, не перегнуты (рис.48).



Рисунок 48. Мочевой мешок дренажный

Мочеприемник опорожняют через каждые 3–4 часа и ежедневно промывают водой.

Мочеприемник всегда должен находиться ниже уровня мочевого пузыря. Если из-под катетера начинает подтекать моча, появляются боли в животе и чувство распирания, в моче заметны кровь или хлопья, необходимо немедленно сообщить об этом врачу. Если катетер засорился или причиняет боль, об этом также немедленно сообщают врачу. Категорически нельзя тянуть за катетер. Отсоединять катетер следует только для его промывания или замены, а также для опорожнения мочеприемника.

Гражданин должен чаще пить для того, чтобы моча была менее концентрированной. Рекомендованы соки, предпочтительно клюквенный, способствующий предупреждению инфицирования. Регулярно осуществляют уход за промежностью (спереди назад) с последующим просушиванием кожи. Наблюдают за

состоянием кожи промежности, количеством выделенной мочи, ее цветом, прозрачностью и запахом.

9. ПРОФИЛАКТИКА ОСЛОЖНЕНИЙ ПРИ УХОДЕ ЗА КОЖНЫМ ПОКРОВОМ



Пролежни – это повреждения кожи и подлежащих тканей, которые возникают вследствие сдавливания тканей при длительном контакте с твердой поверхностью (кроватью, инвалидным креслом, шиной и др.)

Пролежни появляются в результате обескровливания и омертвения тканей в месте сдавления кожи.

9.1. Причины возникновения пролежней

Как известно, питание и насыщение кожи кислородом происходит благодаря наличию в ней кровеносных сосудов. Самые мелкие из них – капилляры — проникают в каждый участок кожи и питают ее. При длительном сдавлении сосуды пережимаются, кровь в ткани не поступает. Это приводит к тому, что определенные участки кожи обескровливаются, наступает некроз тканей.

Другая причина образования пролежней – неквалифицированный уход вследствие неправильного выполнения различных манипуляций с лежащим клиентом. К таким манипуляциям относят подтягивание и переворачивание клиента в постели, смену и вытаскивание из-под клиента мокрого белья, подкладывание под клиента судна и многие другие, безусловно, необходимые мероприятия, которые вместо того, чтобы приносить облегчение и улучшать качество жизни подопечного, становятся для него источником новых проблем.

При неправильном выполнении манипуляций происходит значительное смещение поверхностных слоев мягких тканей по отношению к глубоко расположенным слоям, в результате чего мелкие кровеносные сосуды рвутся, и кровоснабжение этих отделов нарушается.

Аналогичным образом пролежни могут образовываться и у ослабленных лежащих клиентов, которые, не имея упора в ногах, начинают медленно сползать по стулу или кровати из положения сидя или полусидя, что мало заметно глазу, но весьма ощутимо для мягких тканей.

Давление на кожу происходит как извне, так и изнутри тела. Снаружи на тело давят складки простыни, крошки, катетер, а изнутри – кости человека.

Источник давления – собственный вес человека, поэтому силу давления определяет величина веса. Чем меньше площадь, на которую распространяется сила давления, определяемая весом человека, тем больше давление (рис. 49).

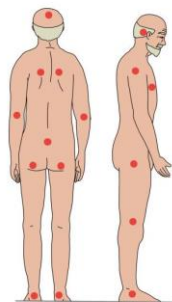


Рисунок 49. Участки тела, наиболее подверженные образованию пролежней

Как видно из рисунка, возникновению пролежней наиболее подвержены именно те точки тела, на которые приходится наибольшая сила давления.

Время (продолжительность) давления на кожу наряду с наличием самого факта такого давления определяет риск появления пролежня. Даже здоровый человек чувствует неприятное ощущение или боль при длительном давлении на часть своего тела. Для здорового человека, поскольку он мобилен, не составляет труда поменять положение тела и временно перевести давление на другой участок тела. Клиент не чувствует или не в состоянии поменять свое положение. Продолжительность давления – решающий фактор возникновения пролежней. В зависимости от состояния клиента, наличия дополнительных факторов риска, которые будут рассмотрены ниже, для возникновения пролежня иногда достаточно 1–2 часов.

Если подверженный давлению участок освободить вовремя, можно восстановить кровообращение и избежать появления пролежня. Если давление продолжится дольше и усугубится нехватка кислорода, начнется отмирание клеток – разовьется некроз (отмирание ткани).

Дополнительными факторами риска появления пролежней могут выступать самые различные обстоятельства. Таким фактором, например, служит повышенная температура, поскольку она, во-первых, повышает потребность клеток в снабжении кислородом, с чем и так имеются проблемы, а во-вторых, вызывает увеличенное выделение пота, что повышает влажность кожи, размягчает ее и делает более уязвимой. Недержание при физиологических выделениях также выступает отягощающим фактором риска возникновения пролежней, поскольку каловые массы и моча агрессивно разъедают кожу. Важный фактор создания условий для возникновения пролежней – разнонаправленная сила сдвига при неправильном перемещении клиента в кровати, когда сдвигают нижние ткани кожи (появляются разрывы, сужение и даже перекрытие кровеносных сосудов).

Аналогичные эффекты вызывает нарушение кровообращения кожи вследствие анемии, при сердечной недостаточности и сахарном диабете, в результате которого нарушен обмен веществ. Немобильность, невозможность самостоятельно поменять

или удерживать положение тела, сниженное чувство боли при инсульте, ослабленный иммунитет, плохое общее состояние на фоне основного заболевания, кахексия, болезни, ведущие к обезвоживанию (атрофии тканей), — это факторы риска появления и развития пролежней.

9.2. Классификация степеней тяжести пролежней

I степень пролежня визуально характеризуется наличием венозной эритемы, которая является результатом затрудненного оттока крови от локального участка. Цвет венозной эритемы – красно-синюшный, в отличие от артериальной эритемы, которая имеет ярко-красный цвет. Местная температура венозной эритемы соответствует температуре кожи или немного ниже, а артериальная эритема теплая на ощупь. Венозная эритема над выступающими костными участками тела человека без нарушения целостности кожи – наиболее важный признак пролежня первой степени.

II степень пролежня визуально характеризуется истончением эпидермиса – верхнего слоя кожного покрова с последующим шелушением и образованием пузырьков. Патогенез включает следующие стадии: венозный застой вызывает нарушение питания и иннервации участка ткани, накоплению избытка жидкости в коже, набуханию (мацерации) и разрыву клеток эпидермиса. Поверхностные повреждения кожи в виде истончения и шелушения эпидермиса, нарушения целостности и мацерации (увлажнения) – наиболее важные признаки второй степени пролежня.

III степень пролежня визуально определяют, как рану с нагноением (обсеменение микрофлорой) или без нагноения. Вовлечение в патологический процесс глубоких слоев кожи, подкожной клетчатки, мышц с гнойным воспалением, а также начинающиеся процессы некроза (отмирание тканей) – наиболее важные признаки пролежня III степени.

IV степень пролежня визуально характеризуется локальной полостью или дефектом, образованным в результате распада (некроза). Некротизированная полость и ее расширение за счет воспаления стенок – наиболее важные признаки пролежня IV степени.

На различных участках тела могут быть пролежни разных степеней.

Профилактика возникновения пролежней

Поскольку главное значение в развитии пролежня имеет факт сдавления тканей тела и время этого сдавления, а также дополнительные факторы риска, профилактика пролежней направлена именно на исключение этих причин. После оценки всех рисков и прогноза возможности возникновения пролежней планируют конкретные мероприятия по профилактике пролежней при уходе. После продолжительного

исполнения запланированных мероприятий необходима проверка эффективности программы профилактики пролежней для ее возможной корректировки.

Алгоритм профилактики и ухода за пролежнями:

1. Оценка риска возникновения пролежней.
2. Прогноз возникновения пролежней.
3. Планирование ухода.
4. Осуществление программы.
5. Оценка эффективности изменений.

Профилактические мероприятия в первую очередь включают правильную мобилизацию подопечного. Мероприятия по мобилизации должны быть регулярными и частыми по времени (например, изменение положения тела в постели производят с интервалом не реже, чем 2 часа). Помимо этого, большое значение имеют наблюдение за состоянием кожного покрова, мероприятия для улучшения кровообращения и поддержание общего удовлетворительного состояния. Если речь идет уже о поврежденных участках тела – пролежень может развиваться быстрее, чем за 2 часа. Следует понимать, что наличие поверхностного повреждения указывает на уже существующее нарушение кровообращения и к мобилизации клиента следует приступать как можно раньше.

К мероприятиям мобилизации относят не только действия типа «сесть», «встать», «пересадить» и подобные, а также дополнительные движения и специальные упражнения. Например, во время утреннего туалета, одевания и раздевания – это активные и пассивные движения. Главные цели изменения положения тела в постели – уменьшение давления, увеличение площади давления и сокращение времени давления.

При наблюдении за кожным покровом обращают внимание на его цвет (красный, голубоватый, бледный), состояние (пузырьки, мокнутие, сухость), изменение целостности. Необходимо помнить, что красное пятнышко уже может быть пролежнем.

Важное мероприятие ухода за кожей – ее защита от длительного воздействия кала или мочи. При сухой коже используют крем «вода в масле», а при жирной – «масло в воде». В соответствии с современными подходами, не следует использовать чистые жиры, такие как вазелин, детское жидкое масло (это нарушает физиологический тепловой и газообмен). Места, где кожа соприкасается с кожей (естественные складки), всегда должны быть сухими. Особое внимание уделяют питанию, оно должно включать достаточное количество жидкости, витаминов и белков.

9.3. Уход за пролежнями

Во время ухода за пролежнями, прежде всего, необходимо:
освободить место пролежня от давления;
строго соблюдать питьевой режим;
строго придерживаться всех назначений и рекомендаций врачей.

Необходимо помнить, что не следует сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими средствами, прижигать их или закрашивать раствором бриллиантовой зелени. Следует избегать любого контакта пролежня с пластиком.

Важно помнить, что ведение документации – залог эффективности лечения, поскольку это способствует распознаванию рисков и составляет основу для планирования необходимых профилактических мер. В документации фиксируют все, что касается пролежней: их описание, точную локализацию, величину, размер некротической ткани (наличие в ней налетов, цвет, глубину).

9.5. Фазы заживления раны

В период сосудистых изменений за счет повреждения сосудов и сложных биохимических процессов нарушается микроциркуляция, происходит экссудация плазмы и лимфы, из сосудистого русла выходят форменные элементы (лейкоциты, лимфоциты, макрофаги). Развивается отек, происходит лейкоцитарная инфильтрация тканей, т.е. создаются условия для очищения раны.

Фаза очищения раны от некротических тканей – некролиз. В тканях, окружающих рану, появляются форменные элементы, которые фагоцитируют некротические массы, выделяют протеолитические ферменты и удаляют токсины, продукты белкового распада и микроорганизмы из раны с воспалительным экссудатом. В результате рана очищается от некротических тканей, уменьшаются симптомы воспаления, и наступает следующая фаза раневого процесса.

Фаза регенерации начинается с 6-х суток после травмы и характеризуется развитием восстановительных регенеративных процессов. В ране происходит интенсивный рост новых кровеносных и лимфатических сосудов, улучшается кровообращение, уменьшается гипоксия. К 14-м суткам постепенно уменьшается воспалительная реакция. В ране образуются новые сосуды, созревает грануляционная ткань, которая способствует ликвидации дефекта тканей.

Фаза рубцевания и эпителизации начинается с 15-х суток. В этот период постепенно, начиная с краев раны, происходит закрытие дефекта эпителием, параллельно созревает соединительная ткань и образуется рубец. Его окончательное формирование заканчивается к 6-му месяцу или позже (в зависимости от строения ткани).

В тканях простого строения (покровный эпителий, соединительная ткань) рубцевание происходит быстрее, чем в тканях сложного строения (нервная,

паренхиматозная, мышечная). Трехфазная схема заживления ран универсальна для всех видов ран. Однако существуют факторы, влияющие на скорость раневого процесса и изменяющие его течение:

- возраст клиента;
- упитанность, масса тела;
- вторичное инфицирование;
- интенсивность кровообращения в зоне повреждения;
- состояние водно-электролитного баланса;
- состояние иммунитета;
- сопутствующие хронические заболевания;
- прием противовоспалительных препаратов.

В связи с анатомо-физиологическими особенностями организма в более раннем возрасте процессы заживления ран протекают быстрее и благоприятнее, чем у пожилых людей. У ослабленных, обезвоженных клиентов с выраженной кахексией заживление ран затруднено, так как для нормального течения раневого процесса необходимы пластический материал и запасы энергии. Замедленны процессы регенерации у тучных клиентов с избытком подкожной клетчатки, так как она имеет плохое кровоснабжение. При нагноении раны срок заживления удлиняется, ухудшается процесс заживления.

9.6. Интертриго (потница)

Интертриго (опрелость) – заболевание кожи в области естественных складок. При интертриго происходит поражение только поверхностного слоя кожи, внутрь тканей воспалительный процесс не распространяется. У взрослых людей опрелости чаще всего образуются в жаркую погоду. Основная причина интертриго псевдомонадного – бактериальная инфекция кожи, вызываемая *Pseudomonas aeruginosa* или другими видами псевдомонад. Данные микроорганизмы относят к группе условно патогенных бактерий, и они могут присутствовать на коже здоровых людей.

Провоцирующие факторы развития интертриго псевдомонадного:

- повышенная потливость;
- снижение иммунитета на фоне хронически протекающих заболеваний;
- аллергические реакции;
- ношение чрезмерно теплой (не по сезону) одежды;
- использование белья и одежды, изготовленной из синтетической ткани;
- ношение одежды не по размеру, которая натирает кожу;
- недостаточный гигиенический уход;
- лишний вес.

У полных людей образуются складки на коже, в которых может появляться интертриго.

При интертриго на коже в складках появляются мелкие пустулы и пузырьки с гнойным содержимым. Пузырьки быстро вскрываются, на их месте образуются поверхностные эрозии, покрытые корочками. При интертриго площадь эрозий быстро увеличивается, отдельные элементы сливаются, образуя обширные мокнущие пятна темно-красного оттенка. По границам очагов могут появляться новые пузырьки, после их вскрытия поверхность эрозии увеличивается. Очертания очагов при интертриго неправильные, пятна окружены каемкой из отслоений. В глубине эрозий нередко образуются болезненные трещины. В большинстве случаев интертриго локализуется в областях подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок. У женщин часто поражается кожа под молочными железами. Полные люди часто страдают от интертриго складок на животе. В межпальцевых складках часто развивается кандидозная форма интертриго (кандидоз межпальцевый). Без лечения псевдомонадное интертриго приобретает хроническое течение и может стать причиной развития экземы.

9.7. Профилактика опрелостей

Важное мероприятие при проведении гигиены – ежедневное промывание естественных складок кожи с последующим их высушиванием. После произвольных испражнений и мочеиспусканий обязательно и своевременно проводят туалет кожи и складок. Показаны также воздушные ванны для складок кожи. Можно лежать с руками, отведенными в стороны или вверх, отводить ноги в стороны или выпрямлять их, класть клиента на живот, прокладывать между пальцами ног или рук небольшие валики так, чтобы пальцы были раздвинуты. Для лежачих клиентов необходимо использовать чистое и сухое постельное и нательное белье.

К профилактическим мероприятиям относят все действия для предупреждения недержания мочи и кала, отказ от напитков и еды, способствующих возникновению аллергии, устранение причин повышенного потоотделения (например, использование одежды и постельного белья, не вызывающих усиленного потоотделения). При недержании мочи и кала применяют подгузники и проводят их своевременную смену.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Уход за маломобильными гражданами требует специальных навыков, а также обязывает к соблюдению определенного порядка и охранительного режима, создания условий, обеспечивающих физический и психический покой. Поэтому как специалистами (сиделкам), так и родственникам, осуществляющим уход, необходимо владеть простейшими приемами ухода, уметь адаптировать маломобильного гражданина к изменившимся условиям жизни и здоровья, поощрять его к самостоятельности и самообслуживанию.

Настоящие Методические рекомендации позволят более наглядно и комплексно подойти к обучению родственников, специалистов и иных лиц необходимым навыкам ухода за маломобильными гражданами с учетом подбора правильного технического средства реабилитации и станут методологической основой для создания *демонстрационных залов* с обеспечением информационно-демонстративных стендов средств реабилитации, на которых могут быть представлены методические разработки, наглядные пособия, буклеты, листовки, памятки о правилах пользования ТСР, об особенностях их применения.

Перечень демонстративного оборудования также может включать специальные средства для самообслуживания, ухода, ориентирования, общения, обмена информацией, тренажеры, аппараты, спортивное оборудование для восстановления утраченных функций человека.

Таким образом, создание демонстрационных залов на базе «Школа ухода за маломобильными гражданами на дому» позволят улучшить качество жизни маломобильных граждан путем обеспечения доступной среды жизнедеятельности и более полной адаптации в обществе, так как «Школа ухода», как инновационная технология, представляет ресурс для информирования, консультирования, сопровождения и обучения родственников, специалистов и иных лиц, осуществляющих уход за маломобильными гражданами, в части оказания социально-правового консультирования, психологической поддержки и использования технических средств реабилитации в процессе общего ухода за гражданами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Методические рекомендации по организации школ по уходу за тяжелобольными гражданами (в рамках создания системы долговременного ухода). Департамент социального развития Тюменской области Автономное учреждение социального обслуживания населения Тюменской области и дополнительного профессионального образования «Областной геронтологический центр», Тюмень, 2018.
2. Нестерова А. А., Ковалевская Н. А. Жизнеспособность и стратегии совладания матерей, воспитывающих детей с расстройствами аутистического спектра // Вестник МГОУ. Сер.: Психологические науки. 2015. № 3. С. 38 – 47.
3. Основы реабилитации. Под редакцией проф. В.А. Епифанова, проф. А.В. Епифанова. 2-е издание, переработанное и дополненное. Москва издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2020.
4. Официальный сайт ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный педагогический университет».
5. Постановление Правительства РФ от 7 апреля 2008 г. № 240 «О порядке обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации и отдельных категорий граждан из числа ветеранов протезами (кроме зубных протезов), протезно-ортопедическими изделиями».
6. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 13.02.2018 г. № 85-н «Об утверждении Сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены».
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30.08.2019 г. № 605н «Об утверждении Порядка осуществления уполномоченным органом медико-технической экспертизы по установлению необходимости ремонта или замены, в том числе досрочной замены технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий, возможности и срока дальнейшего пользования ими, по установлению соответствия приобретенных инвалидами (ветеранами) за собственный счет технических средств реабилитации, протезов, протезно-ортопедических изделий предоставляемым уполномоченным органом техническим средствам реабилитации, протезам, протезно-ортопедическим изделиям, а также формы заключения указанной медико-технической экспертизы».
8. Приказ Минтруда России от 23.07.2019 г. № 521-н «Об утверждении перечня технических средств реабилитации, протезов и протезно-ортопедических изделий, в отношении которых уполномоченным органом проводится медико-техническая экспертиза для определения соответствия приобретенного инвалидом (ветераном) за собственный счет технического средства реабилитации, протеза и протезно-ортопедического изделия предоставляемым уполномоченным органом техническим

средствам реабилитации, протезам и протезно-ортопедическим изделиям, а также подлежащих замене по истечении установленного срока пользования, если необходимость замены подтверждена заключением медико-технической экспертизы».

9. Руководство для членов семьи ребенка с ограничениями. Русская версия «Обучение в обществе для людей с умственными и физическими ограничениями» издается при поддержке Восточно-Европейского Комитета (Швеция). Перевод — Белорусская ассоциация помощи детям-инвалидам при участии Санкт-Петербургского Института раннего вмешательства. Издание второе, исправленное и дополненное. Опробовано и протестировано в условиях России. Под редакцией Е. В. Ключковой, 2003.

10. Стребелева Е.А., Мишина Г.А. Педагогическое сопровождение семьи, воспитывающей ребенка раннего возраста с отклонениями в развитии. – М.: Парадигма, 2015.

11. Федеральный закон от 24.11.1995 № 181-ФЗ (ред. от 02.12.2019) «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2020).

12. Распоряжение Правительства РФ от 30.12.2005 № 2347-р «О федеральном перечне реабилитационных мероприятий, технических средств реабилитации и услуг, предоставляемых инвалиду» (ред. от 03.04.2020).

13. Приказ Минтруда России от 13.02.2018 № 86н (ред. от 05.03.2021) «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 от 30 декабря 2005 г. № 2347-р»

ПЕРЕЧЕНЬ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ГРАЖДАН

В соответствии с ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» Технические средства реабилитации **включают:**

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
2. Кресла-коляски с ручным приводом (комнатные, прогулочные, активного типа), с электроприводом, малогабаритные.
3. Протезы и ортезы.
4. Ортопедическая обувь.
5. Противопрлежневые матрацы и подушки.
6. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов.
7. Специальная одежда.
8. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения.
9. Собаки-проводники с комплектом снаряжения.
10. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом.
11. Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
12. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
13. Телевизоры с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами.
14. Телефонные устройства с текстовым выходом.
15. Голосообразующие аппараты.
16. Специальные средства при нарушениях функций выделения (моче - и калоприемники).
17. Абсорбирующее белье, подгузники.
18. Кресла-стулья с санитарным оснащением.
19. Брайлевский дисплей, программное обеспечение экранного доступа.

В стандарте ГОСТ Р 51079-2006 (ИСО 9999:2002) «Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация» предусмотрена трехступенчатая иерархическая классификация ТСР с цифровой системой кодирования.

Классификация включает:

- класс 04 – средства медицинской реабилитации;
- класс 05 – средства обучения (тренировки) навыкам;
- класс 06 – аппараты ортопедические и протезы;
- класс 09 – средства для самообслуживания и индивидуальной защиты;

класс 12 – средства для самостоятельного передвижения;
 класс 15 – средства для домоводства;
 класс 18 – домашние принадлежности и приспособления;
 класс 21 – средства связи, информации и сигнализации;
 класс 24 – средства для обращения с предметами, бытовыми приборами и аппаратурой;
 класс 27 – средства и оборудование для улучшения окружающей среды, приборы и механизмы;
 класс 30 – средства для досуга (отдыха).

1. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни

Трость опорная – приспособление в виде стержня из металла, дерева, пластмассы для опоры при ходьбе с ручкой и упором на кисть.

Трость обеспечивает увеличение площади опоры и вертикальной устойчивости пользователя, а также снижает нагрузку на поврежденную сторону. Способствует симметричности девиации тела при ходьбе.



*Модель трости с
4 ножками*



Модель ручек трости



Трость опорная складная

Костыли – это вспомогательные технические средства, предназначенные для облегчения ходьбы, имеющее ножку, рукоятку и опору на подмышечную область (или предплечье). Костыли бывают различных типов: с опорой под локоть и подмышечные.



*Костыль с опорой под локоть
с устройством противоскольжения*



Костыль с опорой на предплечье



Примеры костылей для детей-инвалидов

Опоры (ходунки, манеж, рамы, палки-опоры) – приспособления, предназначенные для поддержания вертикального положения и ходьбы инвалидов с выраженными нарушениями возможности передвижения.

Виды опор:

- опора в кровать веревочная;
- опора в кровать металлическая;
- опора для ползания для детей-инвалидов;
- опора для сидения для детей-инвалидов;
- опора для лежания для детей-инвалидов;
- опора для стояния для детей-инвалидов;
- ходунки шагающие;
- ходунки на колесах;
- ходунки с опорой на предплечье;
- ходунки, изготавливаемые по индивидуальному заказу;
- ходунки с подмышечной опорой;
- ходунки-роллаторы.



Опора в кровать веревочная



Опора кровать металлическая

ОПОРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ



Многофункциональная модель опоры для ползания



Опора для ползания детей с ДЦП



Опора для ползания детей-инвалидов от 1 года до 7 лет



Опора для сиденья детей-инвалидов



Ходунки для детей-инвалидов с ДЦП



Опора для сиденья позиционер-трансформер



Опора для сиденья, позволяющая стабилизировать ребенка в положении «сидя», «лежа»



Опора для детей-инвалидов для переднего и заднеопорного стояния

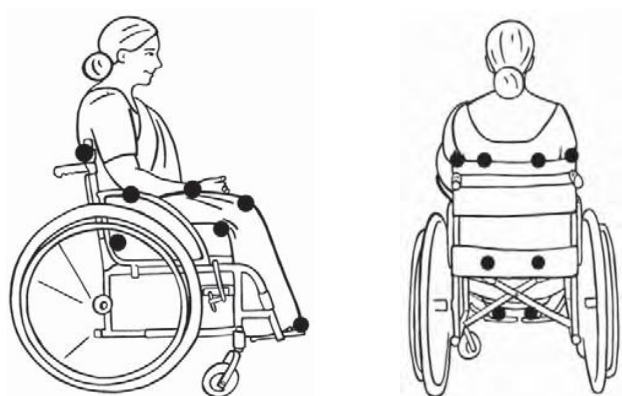
Поручни. В туалетных, ваннх и душевых комнатах (кабинах), доступных для инвалидов, в том числе инвалидов, перемещающихся в креслах-колясках должны быть установлены поручни.



Рис. Поручни для самоподнимания

2. Кресла-коляски

Классификация кресел-колясок (класс 12 21) включает:
кресла-коляски модульного типа,
кресла-коляски универсальные,
комнатные,
прогулочные,
спортивные,
детские,
складные и нескладные,
кресла – коляски с механизмом подъема и опускания (посадки) пользователя на сиденье кресла-коляски,
кресла – коляски активного типа.



Зоны пользователя кресла-коляски, чувствительные к сдавлению и опасные с точки зрения развития пролежней и повреждений.



Рис. Кресло-коляска с электроприводом



Рис. Кресло-коляска с электроприводом и встроенным ступенькоходом

КРЕСЛО-КОЛЯСКА ДЛЯ ДЕТЕЙ



Комнатная кресло-коляска для детей-инвалидов



Комнатная кресло-коляска для подростка



Кресло-коляска для детей-инвалидов с ДЦП

3. Виды и типы протезов верхних конечностей

Протезы верхних конечностей в зависимости от уровня ампутации и (или) врождённого дефекта подразделяются на следующие виды:

- протезы пальцев;
- протезы кисти;
- протезы предплечья;
- протезы плеча;
- протезы после вычленения плеча.



Протез пальцев



Функционально-косметический протез предплечья

Протез предназначен для протезирования взрослых пациентов всех половозрастных групп (кроме детей), имеющих ампутационные и (или) врождённые дефекты предплечья, с целью восполнения косметического дефекта и частичного восстановления функциональных свойств верхних конечностей.



Рис. Протез кисти



Рис. Протез плеча функционально-косметический

ПРОТЕЗЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ



Детская каркасная кисть



Детский узел локоть-предплечье

4. Протезы нижних конечностей

Протезы нижних конечностей предназначены для максимально возможного восстановления утраченных больным опорно-двигательных функций, а также компенсации имеющегося косметического дефекта.

При протезировании нижних конечностей необходимо учитывать вид протезирования: первичное или повторное протезирование, при которых используются типовые (простые), сложные и атипичные конструкции протезов.

Протезы нижних конечностей подразделяются (в зависимости от уровня ампутации или врождённого дефекта по типу культи сегмента конечности) на следующие виды:

- протезы стопы (индекс ПН0);
- протезы голени (индекс ПН3);
- протезы бедра (индекс ПН6);
- протезы после вычленения бедра.



*Протез стопы и вкладной
башимачок*



*Протезы-подставки
при двусторонней
ампутации бедер*



*Протез стопы
модульный*

ПРОТЕЗ ДЛЯ ДЕТЕЙ



*Протез для детей при
недоразвитии
конечности по типу
протеза бедра*

5. Экзопротез молочной железы

Экзопротезы молочной железы – это искусственные внешние имитаторы молочной железы. Экзопротезы являются комплексным (косметическим и лечебно-профилактическим) средством. Они обеспечивают восполнение массы утраченного органа, весовой баланс тела, предупреждая вторичные деформации.

Можно выделить следующие *типы экзопротезов молочной железы*:

- послеоперационные экзопротезы;
- экзопротезы для постоянного дневного ношения;
- облегченные экзопротезы;
- специальные экзопротезы;
- адгезивные экзоформы.



Экзопротез молочной железы послеоперационный



Экзопротез молочной железы с возможностью корректировки объема



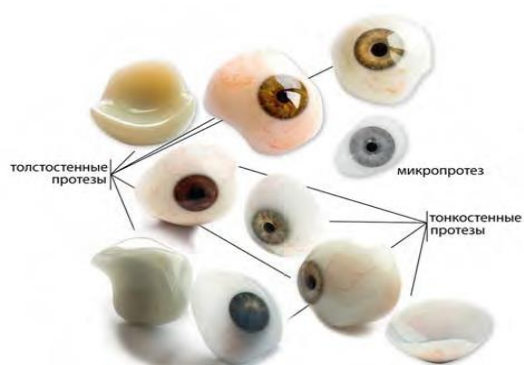
Модель секторальных протезов молочной железы

6. Зубные, глазные, лицевые протезы, протез голосовой, протез половых органов

Зубные протезы – делятся на следующие виды: *несъемные и съемные*.

Съемные протезы можно использовать при любом дефекте зубного ряда. Выбор конструкции зубного протеза зависит от величины дефекта зуба или зубного ряда, состояния парадонта и протезного ложа.

Глазной протез – специальное устройство, которое вводят в конъюнктивальный мешок преимущественно с косметической целью при отсутствии глазного яблока или его атрофии.



Виды глазных протезов

Примерка глазного протеза

Протез ушной – Все дефекты челюстно-лицевой области, требующие лицевого протезирования, классифицируются по анатомическому признаку: дефекты ушной раковины; дефекты орбиты; дефекты носа; комбинированные дефекты, включающие две или более области.



Примеры протеза ушной раковины с использованием импланта

ПРОТЕЗЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ



Примеры протеза ушной раковины

Протез носовой. Протезирование носа производят при дефектах лица вследствие огнестрельных ранений, механических повреждений, после удаления опухолей, хронических заболеваний (сифилиса, туберкулезной волчанки).



Протез лицевой комбинированный – (эктопротезы) предназначены для восстановления части лица (по форме и контуру имеющегося у пациента дефекта лица). Протезы лица изготавливаются из пластмасс или силикона.

ПРОТЕЗ ЛИЦЕВОЙ ДЛЯ ДЕТЕЙ



7. Бандажи

Бандажи (от фр. bandage – повязка) – это специальные приспособления, предназначенные для предупреждения выхода органов брюшной полости через грыжевые ворота (грыжевой бандаж), укрепления брюшного пресса и поддержания внутренних органов (поясной бандаж), поддержания пораженных или травмированных суставов, связок, мышц.

Бандаж жесткой конструкции назначается больным, у которых сила грыжевого выпячивания составляет более 4 кг, она измеряется при помощи специального устройства.



Строение грыжевого пахового двустороннего бандажа



Грыжевый паховый односторонний бандаж



Грыжевый паховый двусторонний бандаж для женщин



Бандаж на лучезапястный сустав при занятии спортом и поднятии тяжести



Бандаж ортопедический жесткий

Бандаж на верхнюю конечность «Косынка» применяется для обеспечения надежной фиксации верхней конечности. Назначается при вывихах плеча, после операции и травмах плеча, артритах и артрозах плечевого сустава.

Бандаж на тазобедренный сустав. Используются при растяжении мышечно-связочного аппарата сустава и ушибах мышц.

Бандаж на коленный сустав является наиболее часто применяемым изделием при травмах нижних конечностей, в реабилитационном периоде после травм и операций коленного сустава, при легкой нестабильности коленного сустава, артрозоартритах, бурситах, сановитах, умеренно выраженной варусной и вальгусной девиации голени, рекурвации в коленном суставе, менисцитах, лигаментитах и после артроскопического воздействия.

Бандаж на голеностопный сустав применяется при нестабильности голеностопного сустава, после травм в период реабилитации, повреждениях капсульно-связочного аппарата, остеоартрозе, артритах, теносиндроме, ахиллобурситах и с профилактической целью.

Бандаж компрессионный на нижнюю конечность предназначен для поддержания мягких мышечных тканей при лечении локальной венозной недостаточности, посттравматических осложнениях (гематомах, ушибах и др.), в послеоперационный период, при мышечных болях.

Бандаж ортопедический на верхнюю конечность для улучшения лимфопотока, в том числе после ампутации молочной железы, обеспечивает необходимую степень фиксации послеоперационного шва, защищает его от нежелательного воздействия и травмирования, способствует острому заживлению, создает необходимую компрессию, обеспечивает при этом комфортное положение здоровой груди.

Бандаж на шейный отдел позвоночника обеспечивает: умеренную фиксацию шейного отдела позвоночника и головы; разгрузку тел шейных позвонков и мышечно-связочного аппарата шеи; нормализацию кровообращения головы и шеи; ограничение движения в шейном отделе позвоночника.

БАНДАЖИ ДЛЯ ДЕТЕЙ



Бандаж для верхней конечнос...
allorto.ru · В наличии



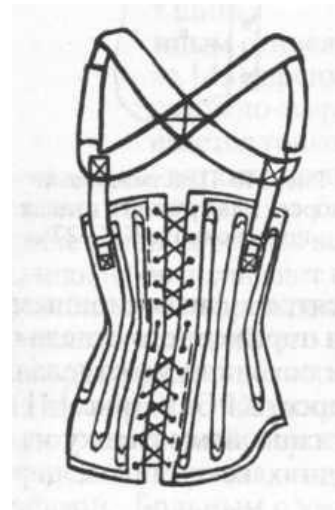
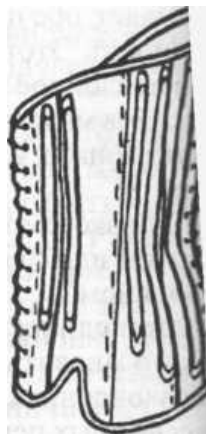
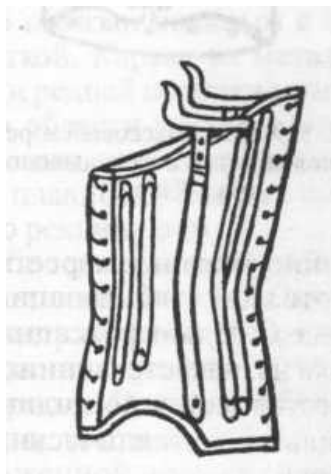
Бандаж шейный для детей OR...
ортеко-мед.рф



8. Корсеты и реклинаторы

Корсеты – это ортопедические аппараты, назначаемые как при заболеваниях, так и при искривлении позвоночника. Цель корсета – фиксация позвоночника в нормальном физиологическом состоянии и частичная его разгрузка, а также исправление различных деформаций (коррекция).

По функциональному предназначению существуют следующие виды корсетов: *фиксирующие (фиксационно-корректирующие) и функциональные (функционально-корректирующие) корсеты.*



Различные виды корсетов (с реклинатором, текстильный)

Реклинаторы – это изделие из эластичной ткани на верхнегрудной отдел позвоночника, предназначенное для разведения плеч и выработки правильного стереотипа осанки. Реклинаторы обеспечивают разведение верхнего плечевого пояса с прижатием лопаток; создают мягкую и полужесткую фиксацию грудного отдела позвоночника, что приводит к разгрузке его грудно-поясничного отдела; устраняют избыточный тонус мышц спины.



Реклинатор для взрослых



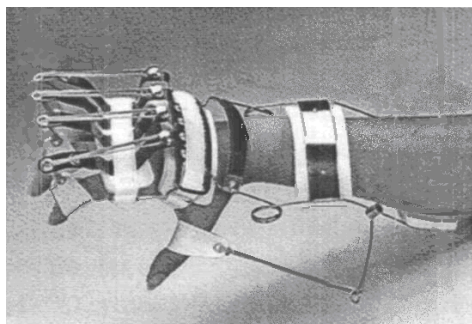
Реклинаторы для детей



9. Аппараты

Ортопедический аппарат — устройство, надеваемое на сегменты или всю конечность человека в целях восстановления двигательных функций и (или) предупреждения развития деформаций путём разгрузки или фиксации в положении достигаемой коррекции.

Ортопедические аппараты (далее аппараты) включают в себя аппараты на верхние и нижние конечности.



Аппарат на кисть при параличе пальцев



Аппарат на локтевой сустав

Аппарат на голеностопный сустав предназначен для ортезирования детей и взрослых с различными по тяжести и распространённости вялыми параличами нижних конечностей различной этиологии (отвисающая стопа, нефиксированные деформации стопы), при замедленном сращении переломов костей, ложных суставах, заболеваниях и деформациях голеностопного сустава и стопы.

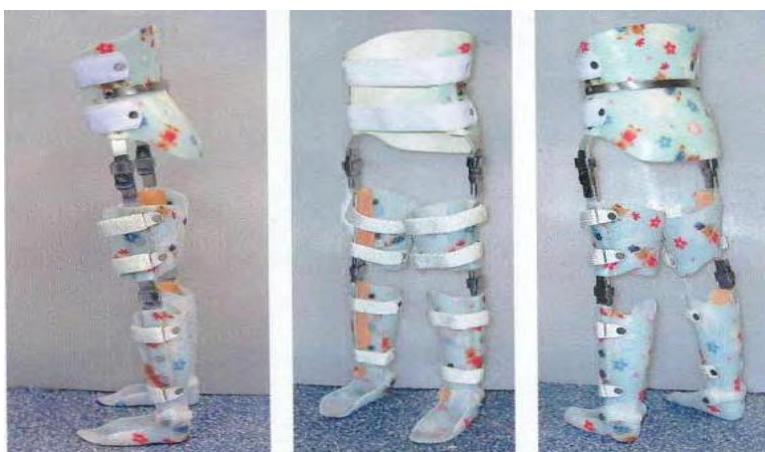


Различные модификации аппарата на голеностопный сустав

АППАРАТ НА ГОЛЕНОСТОПНЫЙ СУСТАВ ДЛЯ ДЕТЕЙ



Аппарат на нижние конечности и туловище назначается больным с парализацией нижних конечностей при прогрессирующей миодистрофии; после травм и перенесённых заболеваний спинного мозга; при несовершенном остеогенезе; распространённом параличе или парезе мышц нижних конечностей с нарушением замыкательной функции в тазобедренных и коленных суставах, а также ДЦП.



АППАРАТ НА НИЖНИЕ КОНЕЧНОСТИ ДЛЯ ДЕТЕЙ



10. Тutory

Основное предназначение любого тьютора на верхнюю конечность – обеспечение фиксации сустава (ов) и сегмента (ов) конечности с удержанием руки в определённом функционально выгодном положении. Кроме того, он должен обеспечивать вовлечение руки с функционирующей кистью в выполнение возможных бытовых или трудовых операций и относится к устройствам фиксационно-корректирующего типа.

Тьютор на лучезапястный сустав TR0 назначается при воспалительных заболеваниях в подостром состоянии или в стадии затихания, при параличах, с целью удержания кисти в корригированном положении и для профилактики деформаций, при ложных суставах и после операций в нижней трети предплечья и других состояниях.

Тьютор на предплечье назначается во всех случаях, когда необходима фиксация предплечья при последствиях травм, заболеваний, замедленной консолидации при переломах костей.

Тьютор на локтевой сустав назначается для фиксации локтевого сустава в определённом положении при его травме или заболеваниях, например дефектах костной ткани в области локтевого сустава, ложных суставах нижней трети плеча и верхней трети предплечья, параличе мышц локтевого сустава и т.д.

Тьютор на всю руку назначается для обеспечения фиксации всей верхней конечности при воспалительных заболеваниях в одном или нескольких сегментах или суставах конечности, дефектах костной ткани, ложных суставах, привычных вывихах плеча, после операций и др.



Тutory на всю руку с захватом плечевого сустава

Тьютор на голеностопный сустав предназначен для фиксации голеностопного сустава в определённом положении при воспалительных заболеваниях в подострой стадии или стадии затихания, параличе мышц голени и стопы (отвисающая, разболтанная стопа), после операций в области голеностопного сустава, значительно выраженных артрозах, замедленной консолидации перелома костей стопы или голени в нижней трети и др.

Тutory косметические назначаются с косметической целью для скрытия дефекта при значительной атрофии икроножной мышцы или при нерезко выраженных деформациях голени, преимущественно женщинам.

Тутор на коленный сустав назначается во всех случаях, когда необходима фиксация коленного сустава в определённом положении, например, при воспалительных заболеваниях и параличе мышц коленного сустава, разболтанности или рекурвации в нём и т.д.

Тутор на тазобедренный сустав назначается для фиксации тазобедренного сустава в определённом положении, в частности: при воспалительных заболеваниях тазобедренного сустава, артрозах, для профилактики контрактур и после их устранения, после различных операций на тазобедренном суставе и т.д.

Тутор на коленный и тазобедренный суставы назначается для иммобилизации таза и тазобедренного сустава в определённом положении после резекции или артродеза, в период консолидации области перелома тазобедренного сустава и верхней трети бедра, после неудачного эндопротезирования.

ТУТОРЫ ДЛЯ ДЕТЕЙ



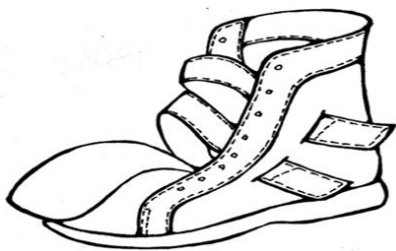
11. Ортопедическая обувь

Ортопедическая обувь – это обувь специальной формы и конструкции, которую изготавливают для больных и инвалидов с деформациями, дефектами или функциональной недостаточностью стоп с целью компенсации утраченных функций нижних конечностей.

Ортопедическая обувь при плоской стопе используется, когда имеется врожденная патология, травмы, паралич, рахит, статические нагрузки.

Ортопедическая обувь при вальгусной стопе используется, когда имеется недостаточность мышечно-связочного аппарата стопы.

Ортопедическая обувь при эквиноварусной (косолапой) стопе используется, когда имеется деформация стопы, выражающаяся в супинации стопы (опущении наружного края и приподнятия внутреннего края), углублении продольного свода, аддукции (приведении переднего отдела стопы внутрь и искривлении краев стопы), варусном отведении пятки и эквинусном (фиксированном) сгибании стопы.



Ортопедическая обувь для (при косолапии)



Ортопедическая обувь при укорочении конечности



Ортопедическая обувь для взрослых инвалидов и детей-инвалидов

12. Противопротезные матрасы и подушки

Выделяются следующие модификации противопротезных матрасов и подушек:

- противопротезный матрас полиуретановый;
- противопротезный матрас гелевый;
- противопротезный матрас воздушный (с компрессором);
- противопротезная подушка полиуретановая;
- противопротезная подушка гелевая;
- противопротезная подушка воздушная.

13. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов

Виды и технических средства реабилитации для одевания, раздевания и захвата предметов:

- приспособление для надевания рубашек;
- приспособление для надевания колгот;

приспособление для надевания носков;
приспособление (крючок) для застегивания пуговиц;
захват активный;
захват для удержания посуды;
захват для открывания крышек;
захват для ключей;
крюк на длинной ручке (для открывания форточек, створок окна и т.д.).



Приспособление для надевания носок



Приспособление для надевания рубашки

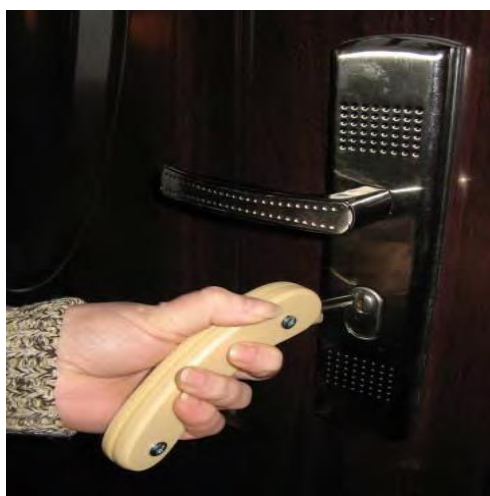


Приспособление для застегивания пуговиц

Захват для удержания посуды предназначен для инвалидов с дефектами верхних конечностей. Существуют захваты для посуды различных модификаций: съемные, стационарные, на присосках, наклоняемые и не наклоняемые, с гибким штативом.



Захват для ключей – представляет собой устройство с объемной рукояткой и вместилищем для ключа, позволяющее удерживать и манипулировать ключом инвалидам с нарушением функций схвата и удержания кистей рук.



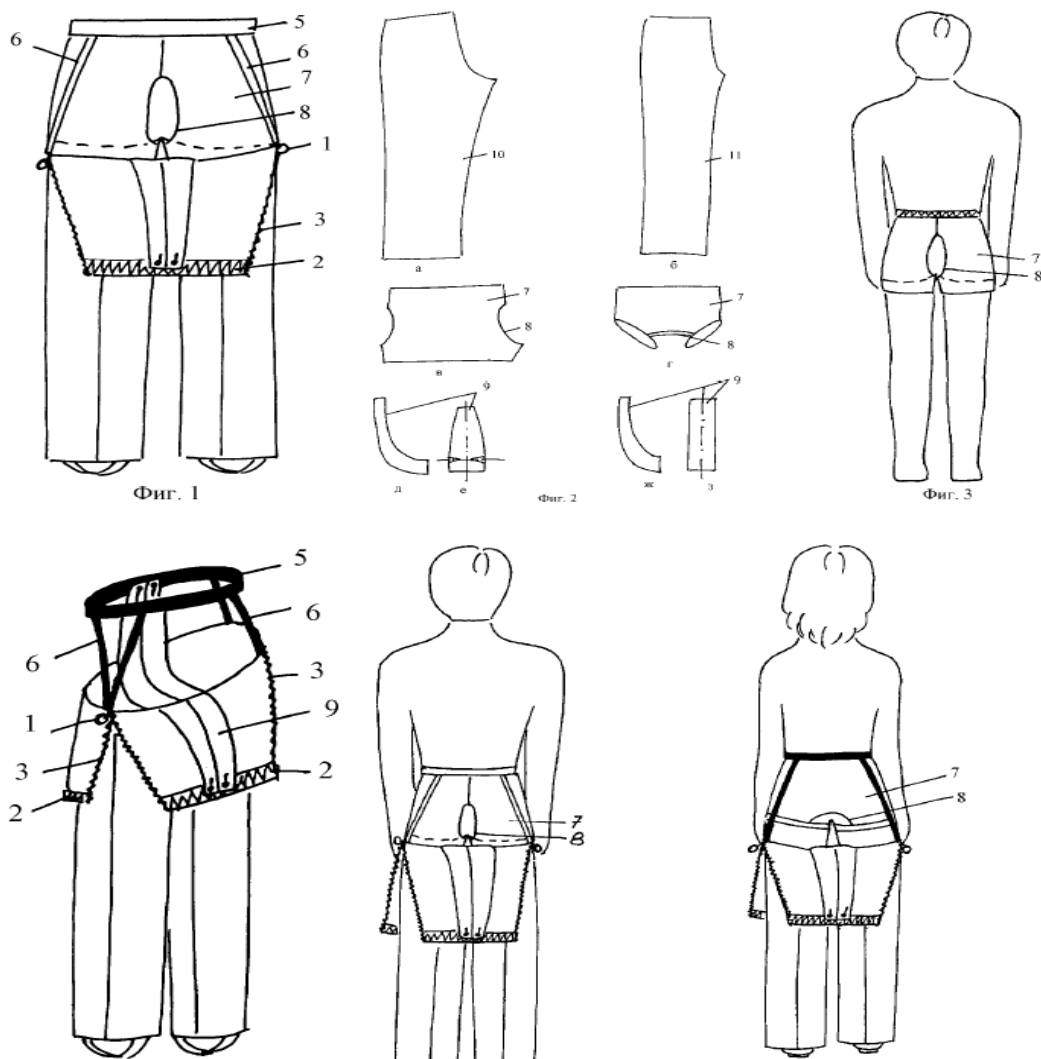
14. Специальная одежда

Основными принципами при создании специальной одежды являются:

- соблюдение органической взаимосвязи между человеком, протезно-ортопедическим изделием (если имеется) и одеждой;
- использование специфических качеств материалов при изготовлении одежды;
- внесение изменений в основу построения типовых конструкций одежды с учетом функциональных возможностей инвалидов;
- включение элементов специальной фурнитуры для повышения функциональности одежды;
- соответствие специальной одежды общепринятым направлениям моды и эстетическим требованиям;
- соблюдение гигиенических норм;
- возможность поэтапного надевания и снятия одежды в соответствии с функциональными возможностями инвалидов;

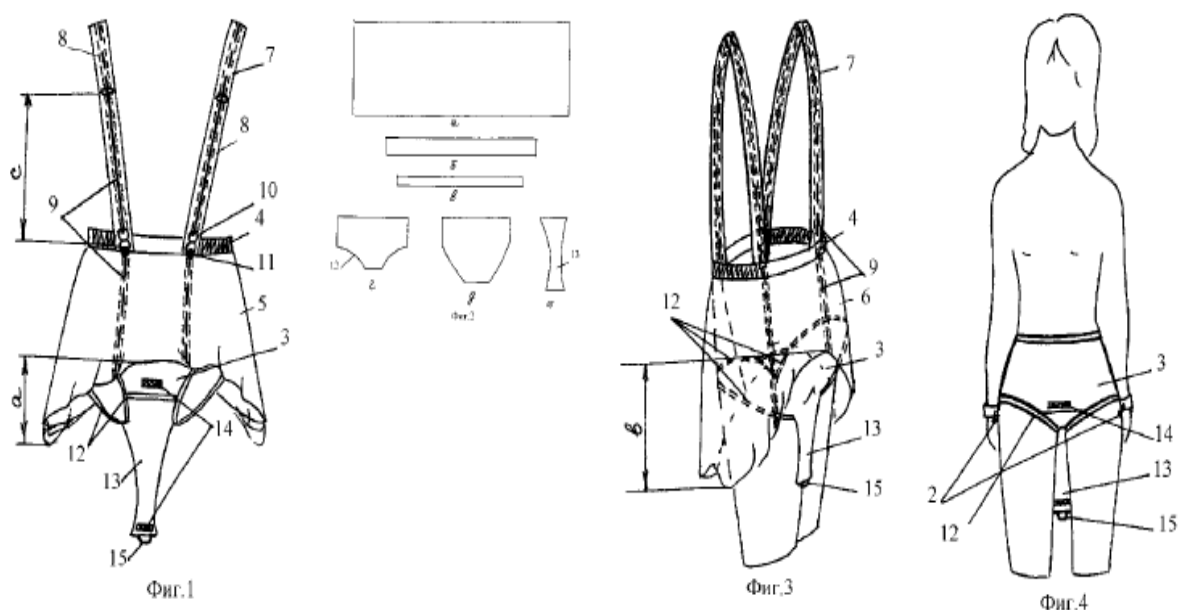
обеспечение инвалиду возможности самостоятельного пользования одеждой (при необходимости – с помощью специальных приспособлений).

СПЕЦИАЛЬНАЯ ОДЕЖДА ДЛЯ ДЕТЕЙ



Комплект одежды для детей-инвалидов после ампутации верхних конечностей (разработан специалистами ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и ГОУ «Санкт-Петербургский государственный университет технологии и дизайна»):

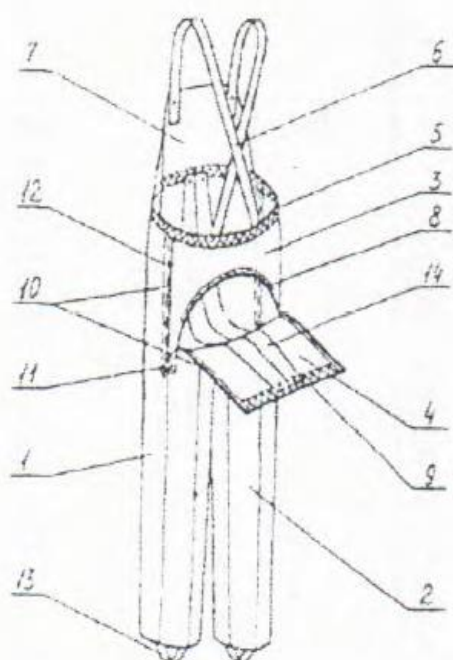
1 – кольца; 2 – пояс; 3 – молния; 5 – эластичный пояс; 6 – шнуры, лямки, тесьма;
 7 - трикотажные трусы; 8 – фасонный вырез; 9 – съемная двухслойная гигиеническая прокладка; 10 – лекало задней половины брюк; 11 – лекало передней половины брюк



Комплект трансформируемой одежды для девочек после ампутации верхних конечностей

(разработан специалистами ФГБУ СПб НЦЭПР им. Г.А. Альбрехта Минтруда России и ГОУ «Санкт-Петербургский государственный университет технологии и дизайна»):

1 – манжета-кнопка; 2 – выступ; 3 – трикотажные трусы; 4 – пояс; 5 – передняя деталь; 6 – задняя деталь; 7 – бретели; 8 – кулисы; 9 – шнур; 10 – металлическая петля; 11 – пуговицы; 12 – проймы для ног; 13 – отлетная слоночная деталь; 14 – закрепляющаяся застежка; 15 – пластмассовая петля



Комплект одежды детский с полукombineзоном, общий вид конструкции:

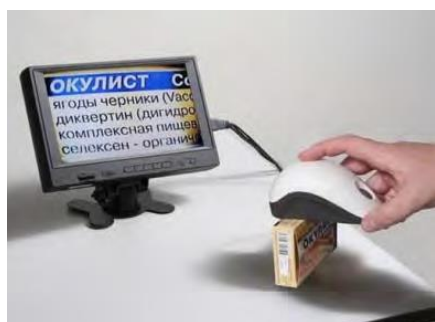
1 – передние половинки; 2 – задние половинки; 3 – внутренний неподвижный клапан; 4 – внешняя откидная деталь; 5 – пояс; 6 – бретели; 7 – нагрудник; 8 – овальный вырез; 9 – эластичный пояс; 10 – застежка «молния»; 11 – кольцо ползунка застежки; 12 – кулиска; 13 – штрипки; 14 – съемная гигиеническая прокладка

15. Специальные устройства для чтения «говорящих книг», для оптической коррекции слабовидения

Инвалиды с патологией органа зрения за счет средств федерального бюджета обеспечиваются следующими видами технических средств реабилитации: специальным устройством для чтения «говорящих книг» на флэш-картах; электронным ручным видеоувеличителем; электронным стационарным видеоувеличителем; лупой; лупой с подсветкой.



Портативный четырехдорожечный тифлоплеер



Модель электронного ручного видеоувеличителя в виде компьютерной мыши



Электронный стационарный видеоувеличитель



Специальное устройство для чтения «говорящих» книг на флэш-картах с синтезом речи и поддержкой формата DAISY

16. Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом

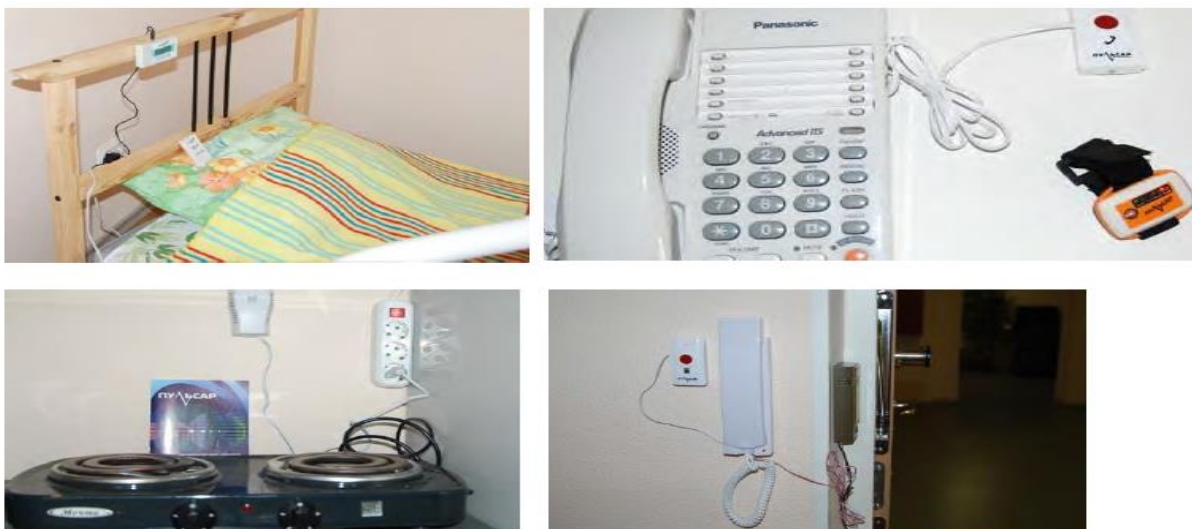
Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом предназначены для самостоятельного контроля состояния артериального давления и температуры тела инвалидами по зрению. Медицинские термометры и тонометры выводят полученные в результате измерения данные в виде речевого сигнала.

Медицинский термометр с речевым выходом имеет высокое быстродействие, точность измерения, автоматическое выключение, сохранение в памяти последнего измерения.

17. Сигнализаторы звука световые и вибрационные

Сигнализаторы звука – это устройства, состоящие из датчика, устанавливаемого у источника звука (телефонной трубки, дверного замка, домофона, плача ребенка), и приемника (крепящегося на руке или одежде), который преобразует полученные сигналы в световые или вибрационные сигналы.

Сигнализатор звука цифровой со световой индикацией предназначен для информирования инвалидов с нарушением слуха о наличии звуковых сигналов домофона, дверного и телефонного звонков и восстановления способности инвалидов к ориентации.



Модели беспроводной сигнальной системы с вибрационным и световым сигналом, включающий удобный наручный приемник, передатчик дверного звонка, домофона, телефона, кнопки вызова для лежачих больных

18. Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления

Нарушения слуха являются основной причиной ограничений способности у инвалидов с патологией органа слуха к общению, ориентации, обучению, трудовой деятельности. Важнейшим и нередко единственным средством реабилитации лиц с нарушением слуха является слухопротезирование (электроакустическая коррекция).

Слухопротезирование – комплекс мероприятий по улучшению слуха при тугоухости, включающий подбор СА, обучение и тренировку в пользовании им.

Слуховой аппарат – электронный прибор, предназначенный для звукоусиления по воздушному или костному звукопроведению. Его основное назначение – преобразование сигнала, создаваемого источником звуковой информации, таким образом, чтобы этот сигнал смог быть воспринят слабослышащим человеком с достаточно высокой степенью слухового ощущения.



! Модель внутриушного слухового аппарата



Модель внутриканального слухового аппарата



Модель карманных слуховых аппаратов



Современный слуховой аппарат системы Alpha с креплением звукового процессора за счет магнита на мягкой головной ленте

19. Телевизор с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами

Телевизор с телетекстом предназначен для приема телесигнала, несущего информацию о телевизионном изображении и вывода звукового сигнала в текстовый.

Телевизор с телетекстом должен обеспечивать беспрепятственный доступ инвалидов с нарушением слуха к информации в виде субтитров, передаваемых системой «Телетекст».

Медицинскими показаниями к обеспечению инвалидов телевизорами с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами являются: нарушение слуховых функций IV степени и глухота; нарушение слуховых функций III степени (при неэффективности слухопротезирования).

Телефонное устройство с текстовым выходом предназначено для приема звукового радиосигнала, несущего информацию, и вывода в текстовом формате. Может быть представлено в виде аппарата телефонного мобильного или факсимильного аппарата.



Телефонное устройство с текстовым выходом

20. Голосообразующий аппарат

Под термином «голосообразующий аппарат» или «электронная гортань» понимают обобщенное название одного из классов технических устройств, позволяющих разговаривать людям с удаленной гортанью, утратившим голос и звучную речь после хирургического лечения злокачественных опухолей головы и шеи (новообразования гортани, органов полости рта, ротового отдела глотки, щитовидной железы).

Голосообразующие аппараты представляют собой вибрирующий электронный аппарат, который прикладывается к подбородку и преобразует колебания артикуляционных мышц и мышц дна ротовой полости в голос.



