

КАЛУЖСКОЕ ГОРОДСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ РОССИЙСКОГО КРАСНОГО КРЕСТА
ГАПОУ КО «КАЛУЖСКИЙ БАЗОВЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

СОВЕТЫ

по уходу за пациентом
с дефицитом (ограничениями)
самообслуживания



КАЛУГА
2018

УДК 616-083
ББК 53.50
С 56

Книга «Советы по уходу за пациентом с дефицитом (ограничениями) самообслуживания» издана на основании Договора о предоставлении гранта от 21.12.2017 № 17-2-005599 Калужскому городскому отделению Российского Красного Креста, на средства Президентского гранта «Все для нас — без нас ничего»



А в т о р с к и й к о л л е к т и в :

Е. И. Темникова, Л. В. Пахомова, С. Ю. Лешаков, Е. В. Малая,
Л. А. Кашкарова, С. В. Потапенкова, М. Д. Кубачева, Т. В. Серегина,
О. В. Ланьшина

Р е ц е н з е н т ы :

С. С. Бондарь — главный нештатный гериатр-эксперт министерства здравоохранения Калужской области;

М. А. Холопов — главный нештатный невролог-эксперт министерства здравоохранения Калужской области;

С. В. Вакуленко — главный нештатный специалист-эксперт по реабилитации министерства здравоохранения Калужской области

П о д о б щ е й р е д а к ц и е й

Е. И. Темниковой

Советы по уходу за пациентом с дефицитом (ограничениями) самообслуживания / Е. И. Темникова и др.; под общ. ред. Е. И. Темниковой. — Калуга: Издатель Захаров С. И. («СерНа»), 2018. — 136 с.

Данные советы могут быть полезны родственникам и лицам, ухаживающим за пациентами с дефицитом (ограничениями) самообслуживания, а также могут быть использованы в работе сестер милосердия и других медицинских работников, чья сфера деятельности связана с данной категорией пациентов.

УДК 616-083
ББК 53.50

ISBN 978-5-905849-80-0

© Темникова Е. И., Пахомова Л. В., Лешаков С. Ю., Малая Е. В., Кашкарова Л. А., Потапенкова С. В., Кубачева М. Д., Серегина Т. В., Ланьшина О. В. Текст, 2018
© Издатель Захаров С. И. («СерНа»). Оформление, 2018

Городское отделение Российского Красного Креста г. Калуги стало победителем Президентского гранта с проектом «Все для нас – без нас ничего».

Проект разработан для помощи семьям, где есть пациенты с дефицитом или ограничениями самообслуживания. Мы поставили перед собой задачу открыть школу для родственников таких пациентов и научить их ухаживать за ними.

Сестры милосердия Российского Красного Креста осуществляют уход на дому и оказывают медико-социальную помощь самым обездоленным гражданам, имеющим в том числе ограничения самообслуживания. Один из путей помощи семье, где проживают больные и пожилые люди с дефицитом и ограничениями самообслуживания, – это изменение менталитета общества и создание мотивации родных и близких пациентов к обучению



навыкам грамотного ухода за ними в домашних условиях. Проект включает мероприятия, направленные на обучение уходу за тяжелобольными представителями различных групп населения. Это и профессиональные медицинские работники, которые в дальнейшем могут консультировать и оказывать помощь родственникам пациентов по приобретению навыков ухода за больным, и сами ухаживающие лица. В процессе реализации проекта предусмотрено проведение ряда просветительских мероприятий, конференций. Привлечение к проблеме родственного ухода не только заинтересованных государственных служб и ведомств, но и общественных и волонтерских организаций как групп поддержки.

Проблема граждан с дефицитом самообслуживания носит межведомственный характер и находится в плоскости решения социальных и медицинских аспектов. В связи с этим будут отработаны алгоритмы медико-социальной помощи семьям, схемы взаимодействия и преемственности между социальными, медицинскими и волонтерскими службами в соответствии с полномочиями служб. Планируется также широкое освещение в средствах массовой информации вопросов грамотного родственного ухода как элемента повышения качества жизни пациентов. Запланировано анкетирование граждан с проведением анализа их готовности к осуществлению родственного ухода. Я надеюсь, что вместе с партнерами нашего проекта (министерства здравоохранения; труда и социальной защиты; внутренней политики и массовых коммуникаций области, их подведомственные учреждения), реализуя проект, мы достигнем запланированных результатов.

С уважением,

Лариса Вячеславовна Пахомова,

руководитель проекта, председатель Калужского городского отделения Российского Красного Креста, заслуженный работник здравоохранения Калужской области



Преподаватели нашего колледжа активно поддержали проект «Все для нас — без нас ничего» и включились в его реализацию. Для обучения медицинских сестер учреждений здравоохранения, стационарных учреждений социальной защиты и сестер милосердия отделения Красного Креста г. Калуги была разработана специальная индивидуальная программа «Сестринский уход за пациентами с дефицитом самообслуживания с углубленным изучением вопросов гериатрии» с учетом задач проекта. Мы, как учебное учреждение, прекрасно понимаем, как важно, что медицинские работники в разных по статусу учреждениях области будут работать по единой методике, а главное — выступят консультантами для родственников и близких людей пациентов с проблемами само-

обслуживания. В феврале и марте 2018 года прошло обучение медицинских работников, которые выступят тренерами по обучению своих коллег и консультированию методов ухода родственников. В мае открылась школа по обучению родственников. Кроме этого, наши преподаватели с учетом собственного опыта, литературных данных и международного опыта выступили соавторами в подготовке советов-рекомендаций в помощь лицам, ухаживающим за пациентами, имеющими дефицит самообслуживания. Думаю, что эти рекомендации будут полезны как специалистам с медицинским образованием, так и волонтерам и лицам, ухаживающим за пациентами с ограничениями (дефицитом) самообслуживания.

Сергей Юрьевич Лешаков,
*директор ГАПОУ КО «Калужский базовый медицинский колледж»,
кандидат медицинских наук,
заслуженный работник здравоохранения Калужской области*

Дорогие друзья и коллеги!

В феврале 2016 года в Российской Федерации принята Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста до 2025 года. Целью стратегии является сохранение активного долголетия у данной категории людей. Реализация стратегии носит межведомственный характер и направлена на различные категории граждан пожилого возраста. Было изучено состояние дел в Калужской области по оказанию помощи пожилым гражданам с ограничением и дефицитом самообслуживания. В их число входили лица, перенесшие сосудистые катаклизмы, а также граждане, проживающие в домах-интернатах системы социальной защиты. В настоящее время имеет место боязнь и недооценка возможностей семьи по реабилитации своих родных и близких, «малограмотность» населения в вопросах ухода. Это подтолкнуло нас на разработку социального проекта помощи таким семьям и участие в конкурсе на Президентский грант.



Мероприятия проекта предусматривают обобщение, распространение и трансляцию положительного опыта в организации ухода и развитие навыков самообслуживания у тяжелой категории пациентов как этапа реабилитационного процесса. Значимыми в социальном плане результатами проекта будут повышение качества и продолжительности жизни лиц с ограничением самообслуживания, повышение медицинской грамотности населения в части навыков ухода за тяжелобольными гражданами в домашних условиях, организация медико-социальной помощи отдельным групп пациентов по единой технологии на основе современных знаний и представлений. Представляемые советы-рекомендации подготовлены в рамках гранта.

Примите пожелание здоровья вашим семьям.

Поможем вместе нашим близким!

Елена Игоревна Темникова,
*председатель общественного совета
партийного проекта ЕР «Старшее поколение»,
преподаватель ГАПОУ КО «Калужский базовый медицинский колледж»,
заслуженный работник здравоохранения Калужской области,
член команды проекта*

ВВЕДЕНИЕ

В семье появился близкий человек, который в силу своего возраста, болезни не может сам за собой ухаживать. Обычно это вызывает тревогу, панику, растерянность у родственников. Создатели этих советов-рекомендаций имели цель:

- рассказать, как осуществлять качественный уход,
- помочь продлить жизнь в ярких красках для близких людей, не потеряв самим интерес к жизни.

В данном издании вы сможете найти ответы на широкий круг вопросов по уходу за пациентом с дефицитом (ограничениями) самообслуживания.

Уход за пациентом — это искусство

Профессиональный уход за пациентом с ограничениями самообслуживания вне зависимости от причин ограничений — это прежде всего максимально качественный уход за ним.

Искусство ухода заключается в том, чтобы ухаживать не за пациентом с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Создание благоприятных условий для пациентов, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного ухода. Эффективность оказания медицинской помощи зависит от четких и профессиональных действий, направленных на повышение качества оказания медицинской помощи путем осуществления стандартизированных технологий сестринского ухода, профилактики, диагностики и лечения.

Современные принципы ухода включают:

- безопасность,
- независимость,
- конфиденциальность,
- уважение чувства достоинства,
- инфекционную безопасность.

РАЗДЕЛ I

СОЗДАНИЕ БЕЗОПАСНОЙ СРЕДЫ ДЛЯ ПАЦИЕНТА И ЕГО ОКРУЖЕНИЯ

Целесообразность физической активности

Подвижность (мобильность) — способность пациента перемещаться в пространстве. При уходе за пациентом обеспечивается безопасность пациента путем эффективного использования мышечной силы, координации движений, массы тела.

Виды режимов двигательной активности

Режим физической активности пациенту назначает врач в зависимости от тяжести заболевания.

Строгий постельный — назначают в период начала тяжелых острых состояний (острый инфаркт миокарда, острое нарушение мозгового кровообращения, сотрясение головного мозга), пациенту не разрешают самостоятельные перемещения в постели. Все основные потребности человека нарушены, в целях профилактики потенциальных проблем необходимые мероприятия пациенту проводит ухаживающее лицо.

Постельный — разрешают ограниченную физическую активность: повороты, сидеть в постели, рядом с кроватью, проводить лечебную гимнастику самостоятельно или с помощью специалиста. Пациент испытывает ограничения в осуществлении удовлетворения своих потребностей. Ухаживающее лицо побуждает пациента к самостоятельности и помогает ему в мероприятиях по уходу за собой.

Полупостельный — пациенту разрешают сидеть на кровати, стуле, проводить утренний туалет с помощью ухаживающего лица. Пациент испытывает относительный дефицит самостоятельного ухода.

Палатный — пациенту разрешается перемещение в пределах палаты/комнаты, где он находится, он самостоятельно осуществляет уход в пределах палаты/комнаты.

Общий — допускается свободное перемещение, прогулки, полный самостоятельный уход.

Нарушение режима может повлечь неблагоприятные последствия для пациента (падение, расхождение швов в послеоперационном периоде,

ухудшение состояния при прогрессировании болезни и др.). Поэтому пациент должен четко соблюдать двигательную активность, прописанную врачом, особенно при постельном и строгом постельном режимах.

Назначенный врачом режим двигательной активности физиологичен для пациента, если обеспечивает:

- уменьшение боли,
- эффективность дренирования раны у пациентов с хирургической патологией,
- борьбу с тканевой гипоксией (кислородное голодание),
- снижение отеков конечностей,
- профилактику мышечной гипотрофии (нарушение питания мышечной ткани с уменьшением объема и функции) и контрактур (ограничение движения суставов и мышц).

ВАЖНО!!!

Обездвиживание пациента ведет к нарушению функционирования всех органов и систем организма.

Иммобилизация (обездвиживание) пациента может привести:

- к уменьшению экскурсии легких при акте дыхания,
- к образованию пролежней,
- к формированию тромбов в венах нижних конечностей,
- к скоплению мочи, образованию камней в почках и инфицированию мочевых путей,
- к запорам,
- к бессоннице,
- к депрессии.

Профилактика травматизма

У данной категории пациентов возможны следующие травмы:

• *Электротравма*

Меры предосторожности:

- соблюдать правила безопасности при работе с электрооборудованием,
- при включении электроприборов проверить целостность проводов, розеток, наличие заземления,
- не оставлять включенными в сеть электроприборы без надобности,
- не перегружать розетки электрическими приборами;

• *Ожоги*

Меры предосторожности:

- проверять температуру горячих компрессов и горячей воды в ванне, прежде чем проводить соответствующие процедуры,

- при пользовании грелками, подушками, лампами-облучателями следить за временем теплового воздействия, температурой прибора, расстоянием до поверхности тела пациента,
- не разрешать пациенту курить в постели, особенно если он страдает сонливостью или спутанным сознанием,
- запрещать курить вблизи источников кислорода,
- знать правила противопожарной безопасности, принятые в стационарном отделении (месте нахождения пациента);
- *Отравления, вызванные неправильным применением лекарственных средств*

Меры предосторожности:

- убрать от пациентов токсические вещества (дезинфицирующие средства, антисептики и пр.),
- не хранить токсические вещества в посуде, предназначенной для питья или лекарств,
- не оставлять лекарства на тумбочке около постели пациента,
- держать закрытыми места, где хранятся лекарственные средства,
- перед раздачей лекарств проверять этикетки и назначенные пациенту дозы,
- перед дачей лекарств оценить еще раз состояние пациента, его личностные качества,
- наблюдать за возможными побочными действиями лекарств, выявлять признаки лекарственной аллергии,
- присутствовать при приеме лекарственных средств пациентом,
- хранить лекарственные вещества в недоступном для пациентов месте;
- *Травмы пациентов с высоким риском падений.*

Безопасность пациентов в условиях больничной среды (дома) требует от медицинской сестры/ухаживающего лица проведения их оценки в отношении выявления факторов высокого риска несчастных случаев.

К факторам высокого риска падения пациентов относятся:

- расстройство слуха и зрения,
- нарушение походки,
- нарушение равновесия,
- наличие в истории болезни документированных падений,
- спутанность сознания или нарушение ориентации,
- ортостатическая гипотензия (снижение артериального давления при смене положения из положения «лежа» в положение «стоя»),
- ухудшение подвижности,
- увеличение времени ответной реакции на слова медицинской сестры,
- возраст старше 65 лет,
- лекарственная терапия, включающая гипотензивные средства: диуретики, нитраты, снотворные, транквилизаторы, седативные анальгетики.

Меры предосторожности:

- размещать пациентов на кроватях с поручнями,
- правильно использовать сидения и средства механического удержания пациентов от падения, установить тормоза на кроватях и креслах, пользоваться безопасными методами перевозки пациентов,
- использовать ночное освещение,
- как можно чаще наблюдать за пациентом и быстро реагировать на сигналы вызова,
- заботиться о своевременном отпращивании пациентом естественных надобностей,
- убедить пациента и родственников в необходимости оказания ему помощи при вставании и перемещении,
- немедленно вытирать с пола разлившиеся жидкости,
- убирать с дороги предметы при движении пациента,
- установить поручни на кровати, а также при необходимости в ванной комнате и по пути перемещения пациента,
- не пользоваться легко запутывающимися проводами и дренажными трубками,
- придать кроватям самое низкое положение,
- сопровождать пациентов, склонных к головокружению, приступам слабости, спутанности сознания.

РАЗДЕЛ II

ПОТЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТА С ОГРАНИЧЕННОЙ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТЬЮ

К потенциальным проблемам пациентов с ограничениями двигательной активности относятся

<p><i>Двигательные расстройства:</i> застойные процессы в легких</p>	<p><i>Нарушения сна:</i> – трудность засыпания – прерывистый сон – бессонница</p>	<p><i>Риск появления пролежней, опрелостей</i></p>
<p><i>Нарушения моторики кишечника:</i> – метеоризм – диарея – запор</p>	<p><i>Нарушения безопасности:</i> – риск и страх падения – возможность инфицирования – риск инвалидизации</p>	<p><i>Нарушения коммуникации:</i> – трудность общения – дефицит общения – нежелание общаться</p>
<p><i>Расстройство питания:</i> – снижение аппетита – повышение аппетита – изменение вкусовых пристрастий</p>	<p><i>Дефицит самостоятельного ухода:</i> – невозможность мероприятий личной гигиены – затруднение при смене белья</p>	<p><i>Психологические трудности:</i> – тревога/паника (по поводу состояния здоровья, учебы, родителей/детей, будущего семьи, исхода заболевания, результатов исследования и др.) – страх боли, операции, смерти</p>

РАЗДЕЛ III

ОРГАНИЗАЦИЯ БЫТА ПАЦИЕНТА

Прежде всего следует правильно организовать те места в доме, которые станут основными зонами обитания пациента с дефицитом (ограничениями) самообслуживания. Для обеспечения возможности проведения грамотного ухода, правильного позиционирования (придания телу определенной позы) и перемещения пациента вокруг него должно быть достаточно свободного пространства. Несколько небольших изменений в квартире сделают жизнь пациентов проще и безопаснее: оборудуйте квартиру перилами, поручнями, опорными ручками, за которые может держаться пациент с нарушением координации. Установите душ или крепление ручек в ванной для того, чтобы легче было входить в ванну и выходить из нее. Плавающий водный термометр предотвратит случайное ошпаривание. Для предупреждения падений в квартире не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами. Ковры с полов лучше убрать. В помещении должно быть тепло, ведь неподвижно лежащий человек переохлаждается очень быстро. Однако несколько раз в день комнату необходимо проветривать. В квартире должно быть хорошее освещение. При необходимости в комнате пациента ночью должен гореть ночник.

При параличе/парезе руки специально оборудованные устройства для пользования одной рукой могут сделать возможными чистку зубов или ногтей, пользование ложкой/вилкой при приеме пищи.

Давайте рассмотрим более подробно нюансы по обеспечению быта нашего пациента.

Для оборудования места пациента необходимы:

- удобная кровать (по возможности функциональная, с обязательной системой блокировки колес) с боковыми ограждениями,
- прикроватный столик,
- прикроватное кресло у изголовья,
- прикроватный туалет у ног (при необходимости),
- тонометр для контроля артериального давления,
- ортезы и средства помощи при передвижении, рекомендованные при выписке врачом (трость, ходунки, коляска),

- специальные лечебные и косметические средства по уходу за кожей и слизистыми,
- расходные гигиенические материалы: подгузники, пеленки, салфетки и др.

«Лежащему пациенту», особенно в первое время, назовем это периодом адаптации, необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение и помощь для того, чтобы он научился жить в новых для него условиях.

Комната пациента

Комната пациента должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом он не должен чувствовать себя в ней полностью изолированным от внешнего мира. Мебель, отделка и другие предметы домашнего обихода в комнате не должны усложнять уборку в комнате, где лежит пациент. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры. Коврик перед кроватью (если он есть) не должен скользить. Освещение в комнате не должно быть ярким, наоборот, оно должно умиротворять больного. Комнату следует хорошо проветривать не менее двух раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной – $(+)22 \pm 2$ °С.



Устройство (примерное) уголка в комнате, где находится пациент

Кровать. Для создания комфортных условий необходима удобная кровать. Если пациент периодически встает с кровати, ее высота должна быть такой, чтобы обеспечить легкость при укладывании и вставании с нее пациента. Если пациент прикован к постели или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо весьма тщательно подойти к данному вопросу. При необходимости/возможности, в том числе и в быту, используется *функциональная кровать*. Преимущества в использовании функциональной кровати очевидны. Если нет возможности использовать функциональную кровать, то обратите внимание на ее высоту.

Пациента нельзя размещать на кровати с панцирной сеткой или со старыми пружинными матрацами.

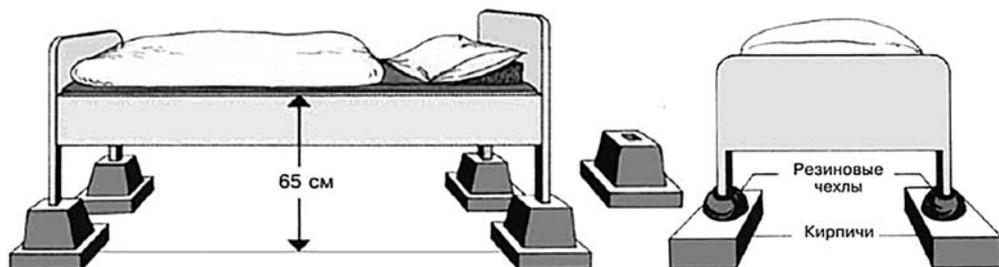
Высота кровати должна быть на уровне середины бедер ухаживающего лица.

Достичь необходимой высоты можно с помощью матрацев, уложенных друг на друга. Кровать должна отвечать определенным требованиям. Высота спального места от пола до матраца должна быть 60–70 см. Увеличить высоту кровати можно с помощью специальных колодок с углублениями по размерам ножек кровати. Поставить кровать в них или на ножки кровати надеть резиновые чехлы и поставить кровать на колодки или кирпичи.

Металлическая эмалированная конструкция облегчает санобработку. Кровать должна иметь боковые поручни, которые можно опускать/убирать при перестилании. Кроме того, боковые поручни обеспечива-



Функциональная кровать: а) можно регулировать высоту кровати; б) при уходе не нужно наклоняться к пациенту; в) можно поднимать головную или ножную часть кровати; г) боковые защитные решетки не позволяют пациенту упасть



Специальные колодки с углублениями по размерам ножек кровати

ют безопасность пациента, предохраняют от падения и используются в качестве опоры при перемещении в кровати и вставании с нее. Хорошо, если каркас кровати будет состоять из нескольких сегментов, которые можно поднимать или опускать. Так легче будет ухаживать за пациентом, придавая его телу физиологические положения. Изголовье кровати лучше приподнять, чтобы пациенту было легче сидеть, опираясь на подушки. Для тяжелобольных, нуждающихся в приподнятом положении, под головной конец кровати необходимо сделать подставки, если нельзя поднять изголовье. Доступ к пациенту не должен быть ограничен. Наиболее удобным считается перпендикулярное расположение кровати по отношению к стене. Желательно поставить кровать головной частью к стене, чтобы к пациенту можно было подойти со всех сторон, что облегчит уход за ним. Это также позволит легко менять его положение. Стулья, вставленные в каркас обычной кровати, помогут заменить боковые решетки. Если кровать приставлена к стене, то пациент почти постоянно лежит на одном боку, что может способствовать развитию односторонних отеков, пролежней и односторонней пневмонии из-за плохой вентиляции легкого. Относительно окна кровать нужно расположить так, чтобы яркий свет не бил в глаза, не мешал читать и не затруднял дневной сон, поэтому лучше всего, если пациент будет лежать боком к окну. Так как пациент может находиться в кровати длительное время, важно сделать кровать удобной и содержать ее в чистоте.

Постель обычно состоит из головной подушки, легкого одеяла (чтобы не было пролежней на кончиках пальцев ног), простыни без складок (желательно на резинке) и специальных подушек для фиксации пациента в положении на боку. Одеяло, тяжести которого здоровые люди не замечают, может способствовать образованию пролежней у человека, вынужденного лежать неподвижно. Желательно сделать специальный каркас из плотного картона и прикрепить его к кровати так, чтобы одеяло ложилось на него. *Наматрацник* должен быть без бугров

и впадин, его следует часто чистить и проветривать, чтобы удалить неприятный запах. Для пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, по всей ширине наматрачника застилают клеенку, хорошо подогнув ее края, что предупреждает загрязнение кровати. На наматрачник застилают простыню, края которой подворачивают под наматрачник, чтобы она не скатывалась и не собиралась в складки. Подушки следует положить так, чтобы нижняя подушка (без пера) лежала прямо и выдавалась немного из-под верхней. Верхняя подушка (пуховая) должна упираться в стенку кровати. На подушки надевают наволочки, на одеяло — пододеяльник. Желательно иметь 3–4 комплекта постельного белья для смены (можно использовать одноразовые материалы).

Под уязвимые участки необходимо подкладывать валики и противопролежневые подушки. Также на участки, подвергающиеся избыточному трению или давлению, можно наносить защитную пленку.

**Нельзя использовать
надувные резиновые круги, «блики»!**

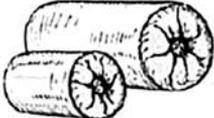
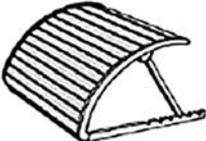
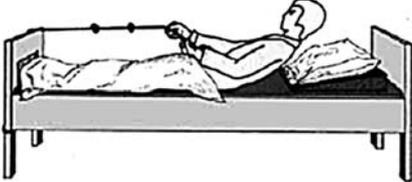
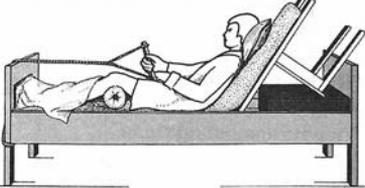
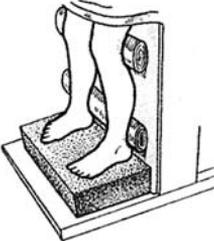
Для профилактики возникновения пролежней рекомендуется использовать *противопролежневый матрац*.

Кровать должна быть снабжена вспомогательными устройствами для ухода, которые позволяют уменьшить нагрузку на определенные части тела. Так, например, опорная рамка используется для того, чтобы приподнять верхнюю часть тела больного: при одышке, кормлении, приеме посетителей. *Кроватный тросик* облегчает приподнимание пациента в кровати, активизирует его силы. Веревка должна иметь узлы, чтобы рука больного по ней не скользила. *Подколенный валик* (его можно сделать из скатанного одеяла) служит для придания физиологической позы и профилактики развития контрактур.

Навесная проволочная рамка освобождает лежачего пациента от давления на него одеяла. Одеяло заправляют за прутья подставки, чтобы избежать потери тепла. *Подзатылочный валик* служит опорой для головы, но при длительном пользовании им возникает опасность повреждения шейного отдела позвоночника. К одной или обеим спинкам кровати можно прикрепить по всей длине *штангу* или использовать ее укороченный вариант — *Г-образный кронштейн* в изголовье, позволяющий сесть из положения лежа, перевернуться.

В качестве опорной рамки можно использовать перевернутый стул или подголовник для кровати с изменяемым углом наклона.

Для пациентов со слабыми руками на раму подвешивают *мягкую петлю*, в которую можно продеть запястье при пересаживании с кровати в инвалидное кресло. Для лежачего пациента ленту с петлей для подъема можно привязать к спинке кровати в ногах.

	<p>Подколенный валик</p>
	<p>Опорная рамка</p>
	<p>Навесная проволочная рамка</p>
	<p>Кроватный тросик</p>
	<p>Подзатылочный валик</p>
	<p>Вспомогательные средства для создания определенного положения в постели</p>
	<p>В домашних условиях вместо специальной подставки для стоп можно использовать небольшой ящик (для положения сидя)</p>

Возле кровати должен находиться *стол*к желателно со *столешницей*, меняющей свою высоту, и низкое кресло (чтобы удобнее было вставать) с твердым сиденьем, высокой вертикальной спинкой и широкими подлокотниками. Можно прикрепить к креслу самодельный столик — он послужит поддержкой при необходимости для парализованной руки, а также будет удобен для еды и различных других занятий: чтения, восстанавливающих упражнении.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик (шкафчик) или *прикроватную тумбочку*. На тумбочке всегда должна стоять питьевая вода, настольная лампа, должны лежать очки больного (если он читает), пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор) и колокольчик, которым больной может вас позвать. У пациента должна быть возможность в любую минуту позвать вас, если вы находитесь в другой комнате или в кухне. Можно договориться о каком-либо другом сигнале, означающем, что срочно необходимо ваше внимание. В выдвижной ящик тумбочки положите термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если они необходимы).

ВАЖНО!

Средства ухода всегда должны находиться под рукой.

В нижнем отделении тумбочки разместите одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовый пакет для сбора мусора и др.

Кровать и прикроватный столик (тумбочка) должны быть изготовлены из материала, который можно дезинфицировать не реже 1 раза в 10 дней. Дезинфекция необходима, так как защитные силы организма пациента снижены.

Важно позаботиться и о *туалете* (при необходимости около кровати) — в виде кресла (в данном случае ограждение ширмой обеспечит пациенту комфорт).

Если пациент пользуется *креслом-каталкой*, очень важно научиться правильно перемещать его с кресла на кровать и обратно. Для пользователя инвалидным креслом кровать (желательно) должна находиться на одном уровне с креслом. Сначала необходимо заблокировать колеса кресла. Затем устойчиво встать как можно ближе к пациенту. Помочь ему переместиться на край кресла. Убедиться, что его ступни находятся на полу на одном уровне. Приподнять пациента, как только он оттолкнется от кресла. Зафиксировать его колени между своих ног, затем осторожно повернуть и посадить на стул/кровать или унитаз.

Самое главное в процессе ухода — не допускать нахождения пациента в одном положении длительное время. Если у пациента имеется парез/плегия (пациент не может шевелить ногой/рукой), необходимо проводить *лечение положением* (описано в следующих разделах), которое направлено на:

- нормализацию мышечного тонуса,
- профилактику возникновения болей в суставе,
- профилактику застойных явлений в легких,
- предупреждение образования пролежней, контрактур.

Переворачивайте лежачего пациента не реже чем каждые 2–3 часа, обязательно выполняйте лечебную гимнастику по рекомендации врача, соблюдайте положение парализованных конечностей — не на весу, а с использованием подвязок, подушек и валиков.

ВАЖНО!

Для правильного позиционирования необходимо иметь достаточное количество подушек и валиков разной толщины, размера, мягкости. Рекомендуется использовать синтетические наполнители — синтепон, холлофайбер, силикагель. Наличие на подушках и валиках съемных чехлов позволит поддерживать их в чистоте.

РАЗДЕЛ IV

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА В КРОВАТИ

Для придания телу пациента нужного положения ухаживающий должен владеть техникой правильного перемещения (трансфера) пациента. Это позволит избежать чрезмерных нагрузок со стороны ухаживающего персонала и родственников и сделает перемещение безопасным для пациентов. Помимо этого, грамотное перемещение пациента подразумевает определенное его участие в самом процессе перемещения (при наличии у него такой возможности), что позволяет пациенту продолжать обучаться управлять своим телом вне рамок занятия кинезотерапией (вид лечебной физкультуры). Для безопасного перемещения необходимо соблюдать ряд условий его выполнения. Помощник должен быть одет в удобную, комфортную одежду, не использовать обувь с каблуком высотой более 3 см. Вокруг кровати и кресла должно быть достаточно свободного места. Тормоза кровати или кресла, при их наличии, должны быть исправны и включены. Загородки и бортики кровати, подлокотники кресла, если они есть, должны быть опущены. Кресло должно стоять под углом 90° к кровати. Пол не должен быть скользким. На кровати должно быть достаточно места для поворота. Никто не должен отвлекать пациента и помощника от перемещения.

Общие правила

Подготовка

Перед началом поднятия решите, как лучше всего поднять именно этого пациента. Обдумайте, сколько человек понадобится для помощи. Чтобы правильно поднять пациента, нужно пространство. Для этого возможно понадобится изменить положение кровати и отставить в сторону другие предметы — стул, прикроватную тумбочку и прочее. Держите под наблюдением оборудование, которое не должно быть сдвинуто, например, капельницу или систему скелетного вытяжения. Снимите с себя предметы, которыми можете повредить пациенту: наручные часы, кольца.

Помощь

Никогда не пытайтесь подтягивать или поднимать пациента в одиночку, если вы не уверены, что можете сделать это правильно. Воспользуй-

тесь помощью одного или даже нескольких человек. Это может привести к некоторому ожиданию момента поднятия, но этому не надо придавать значения. Постарайтесь организовать работу так, чтобы несколько человек по возможности могли работать вместе. Поднятие, выполненное с помощью правильных приемов, успешно с первой попытки.

Подготовка пациента

Проверьте, как себя чувствует пациент. Объясните ему, что намереваетесь сделать и почему (делайте это даже тогда, когда пациент без сознания). Скажите пациенту, что хотите, чтобы он сделал. Часто пациент может помочь при поднятии, но вы должны убедиться в том, что он на самом деле помогает, а не затрудняет поднятие. Иногда лучше, чтобы пациент ничего не предпринимал. Очень важно, чтобы он доверял вам и понимал, что вы делаете. Может потребоваться время не только на объяснение, но и на убеждение пациента. По возможности не торопитесь, хотя, конечно, в некоторых случаях необходимо предпринимать немедленные меры. Даже если само поднятие проходит быстро, подготовка не должна быть поспешной. Хорошая подготовка обеспечит быстрое и успешное поднятие. Используйте возможности своего тела. Вы не обязательно должны быть сильны, чтобы изменить положение тела пациента. Однако вам следует хорошо знать, как прибегнуть к помощи своего тела. Это значит, что при поднятии пациента необходимо наклониться вперед, согнуть ноги и выпрямить спину. Поднятие нужно выполнять, используя возможности всего тела, а не только рук. Нерешительное поднятие опасно и для вас, и для больного. Несложные, ежедневные упражнения помогут вам поддерживать себя в хорошей физической форме.

Перед поднятием и во время поднятия беседуйте. И пациент, и ваши помощники должны быть вовлечены в подготовку. Убедитесь, что все они знают, на какой бок поворачивать пациента, насколько необходимо подтянуть его в кровати. Считайте вслух перед началом поднятия, чтобы начать всем одновременно. Если поднятие необходимо повторить или продолжить, нужно снова начать считать вслух. Необходимо действовать одновременно.

Оценка комплекции

Если вместе работают два человека, то лучше, чтобы у них не было значительных различий в росте и весе. Крупным пациентам наиболее успешную помощь окажут люди крупной комплекции. Если высоту кровати можно изменить, сделайте это. Установите ее на высоте, которая облегчит поднятие. Позаботьтесь о себе. Вы должны правильно оценивать собственные возможности и ограничения. Не старайтесь выполнить поднятие, если вы знаете, что не в состоянии сделать это должным образом.

Безопасность

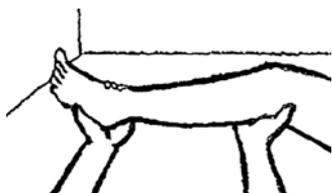
- а) перед проведением манипуляции для безопасности освободите пространство вокруг постели от предметов (тумбочка, стулья, тапки пациента, табуретки, коврики, судно, стойка от капельницы);
- б) при перемещении тела пациента конечность поддерживайте двумя руками. Рука — под локоть и запястье. Нога — под колено и пятку. Голова — нельзя касаться лица, дотрагиваться до пациента в области ушей. Если пациент не может удержать голову на весу, при перемещении просуньте руку под шею пациента так, чтобы ваша была под плечом пациента, а его затылок оказался у вас в локтевой ямке;
- в) при обхватывании тела не прижимайте к нему кончики пальцев, чтобы не причинить пациенту боль;
- г) при подсовывании рук под пациента максимально вдавливайте их в матрац, чтоб причинять минимальный дискомфорт;
- д) спина всегда должна быть прямой. То есть необходимо максимально выпрямить спину во всех отделах, угол наклона вперед должен быть минимален, в идеале спина перпендикулярна полу (при таком положении 10 кг давят на межпозвоночные диски, как 10 кг; если спина находится по отношению к полу под углом 90 градусов, то 10 кг давят на межпозвоночные диски, как 100 кг и более);
- ж) одежда не должна стеснять движений (наклон вперед, ноги расставлены);
- з) обувь должна быть закрытой — это обеспечивает хороший упор ноге. Каблук должен быть устойчивым, не следует, чтобы он превышал трех сантиметров. Желательно, чтобы обувь была кожаной, так как она легко обрабатывается, а ноги меньше потеют. Обувь надо надевать на хлопчатобумажные носки, по возможности использовать и другие средства для предотвращения потения ног;
- и) чтобы одеяло не мешало во время перемещения пациента, поместите его на спинке кровати в ножном конце. Для этого сложите одеяло «гармошкой» в три раза. Затем откиньте его на спинку кровати так, чтобы большая часть находилась над постелью. Если необходимо убрать подушки из-под головы пациента, то вначале уберите нижнюю подушку, а затем, придерживая голову пациента, уберите верхнюю.

Поворот пациента в кровати проводится с целью достижения разных задач — проведения мероприятий по уходу (смена белья, подгузников), правильного позиционирования пациента, достижения промежуточного этапа присаживания пациента со спущенными ногами.

Поворот на бок

- 1) уложите голову:
 - ладони находятся под затылком,
 - большие пальцы должны остаться на ушах,

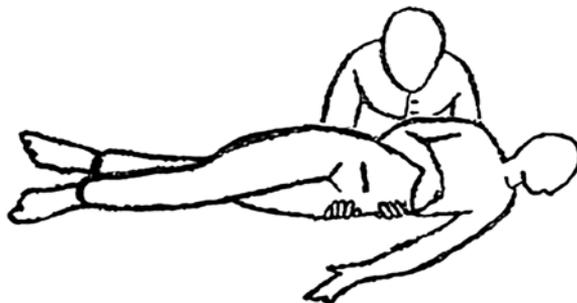
- приподнимите голову пациента вперед,
 - поверните голову в ту сторону, куда поворачиваете пациента,
 - уберите руки (аккуратно, чтобы уши пациента не заворачивались);
- 2) уложите руки (руки берут за два сустава — локоть, запястья, сустав должен находиться в вашей ладони);
 - 3) уложите ноги (ноги берут за два сустава — в области пятки и под коленкой, либо вместо пятки берут ступню).



Поворот на бок (от себя)

- 1) натягивая рубашку пациента, подсуньте руку, максимально вдавливая ее в матрац (ладонь вверх), под талию пациента;
- 2) расположите ладонь в области подвздошной кости пациента;
- 3) вторую руку просуньте под ягодицами пациента в области бедер и зафиксируйте ладонь в области тазобедренного сустава;
- 4) поверните пациента. Сначала выдвиньте, как на саночках, вперед на себя и затем поверните так, чтобы он оказался в центре кровати;
- 5) зафиксируйте пациента, согнув верхнюю ногу в колене.

Положение тела пациента перед поворотом на бок



- ✓ Руки должны быть максимально подсунуты под пациента;
- ✓ Бедра пациента практически лежат на ваших плечах;
- ✓ Чем ближе тело пациента к вам, тем вам легче.

Поворот на бок (к себе)

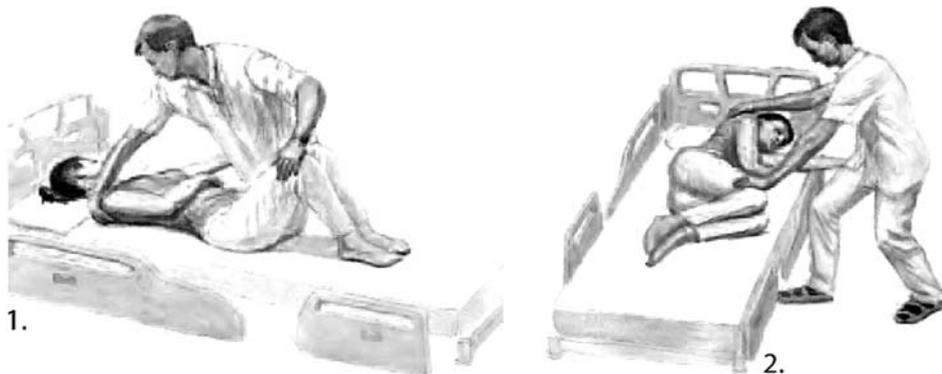
Очень важно аккуратное обращение с паретичной рукой у пациентов после инсульта. Ни в коем случае нельзя тянуть за руку при переворачивании или присаживании пациента.



Для того чтобы повернуть пациента на левый бок, правую его руку положите на грудь, а правую ногу — на левую. За бедро (ближе к колену) уверенным четким движением поверните пациента на бок на себя. Этот поворот часто используется для постановки судна, при необходимости поправить пеленку.

Методика поворота пациента после инсульта на здоровую сторону

Исходно пациент должен лежать на ровной поверхности. Изголовье кровати должно быть опущено. Пациент лежит на спине на краю кровати, противоположном стороне поворота (на правом краю кровати при повороте на левый бок, на левом краю кровати при повороте на правый бок).



1. Пациента просят держать паретичную руку за запястье здоровой рукой, чтобы избежать оставления паретичной руки за спиной при повороте. Если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник

удерживает руку, согнутую в локте, при этом здоровая рука отводится в сторону поворота на 90 градусов. Ноги согнуты в коленях и стоят стопами на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает ноги).

2. Поворот пациента на кровати должен осуществляться в сторону помощника (к себе, а не от себя). Одна рука помощника располагается на спине пациента в области лопатки с паретичной стороны, другая — на паретичном колене. Помощник направляет к себе пациента, придерживая его за лопатку и колено. Если пациент может двигаться самостоятельно, он должен активно участвовать в перемещении.

Методика поворота пациента после инсульта на паретичную сторону

В целом поворот пациента на паретичную сторону проводится так же, как и поворот на здоровую сторону. Пациент лежит на спине на краю кровати.

1. Паретичную руку отводят в сторону под углом 90 градусов. Ни в коем случае нельзя тянуть пациента за паретичную руку. Ноги согнуты в коленях и стоят стопами на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает его ноги). Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении. Одна рука помощника располагается в области лопатки пациента со здоровой стороны, другая на здоровом колене.

2. Помощник направляет к себе пациента, придерживая его за лопатку и колено.

Поворот на спину



- положите ладонь на тазовую часть пациента, локоть ближе к коленной части;
- другой рукой придерживайте плечо пациента;
- на счет разверните пациента за бедро.

Поддерживающий «захват» и «охват» пациента



Поддерживающий «охват»:
поддерживать спину и голову
пациента

Поддерживающий «захват»:
поддерживать голову, спину
и затылок пациента

1. Подойдите с одной стороны кровати, помощник — с другой.
2. Одеяло откиньте настолько, насколько это необходимо.
3. Приподнимите пациента при помощи поддерживающего «захвата»:
 - возьмите пациента одной рукой под мышку, а другой рукой поддерживайте затылок; помощник одной рукой берет пациента под мышку с другой стороны, а другой рукой поддерживает спину пациента;
 - вместе с двух сторон осторожно приподнимите пациента.
4. Затем помощник обхватывает пациента и поддерживает его один: для этого он перемещает руку со спины пациента под вторую подмышку, следя за тем, чтобы голова пациента опиралась на сгиб его локтя. Пациента просят при этом несколько раз глубоко вздохнуть.

Приподнимание пациента и подтягивания его к изголовью кровати (пациент может помогать)

1. Подойдите к кровати слева.
2. Одеяло откиньте полностью.
3. Попросите пациента согнуть ноги в коленях и упереться ступнями в кровать.
4. Стоя в положение «ноги на ширине плеч», упритесь коленями в край кровати. Ноги при этом находятся в слегка согнутом состоянии.
5. Левой рукой возьмите пациента сзади за правую подмышку.

6. Правой рукой – с другой стороны за левую подмышку. Плечо пациента лежит на боковой стороне кистевого сгиба.
7. Пациент приподнимает голову и наклоняет ее вперед.
8. Команда: «Раз – два – задержать дыхание!».
9. Подтяните пациента вверх. Пациент одновременно помогает, отталкиваясь ступнями от кровати.



Поднимающий «захват»

Подтягивание пациента в кровати (помогать не может)

1. Плечи пациента пододвигают так:
 - натягивая рубашку пациента, подсуньте руку под его шею в сторону лопатки так, чтобы его затылок находился в локтевой ямке, а ваша рука была ближе к подмышечной впадине пациента;
 - второй рукой возьмите другую лопатку пациента, просовывая руку вблизи подмышечной впадины пациента.

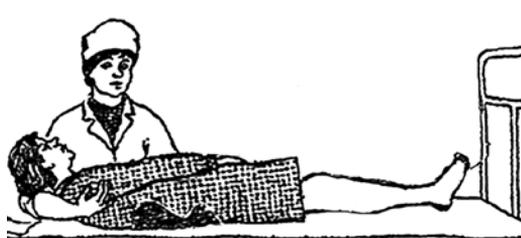
Положение рук при подтягивании пациента к себе



Вид спереди



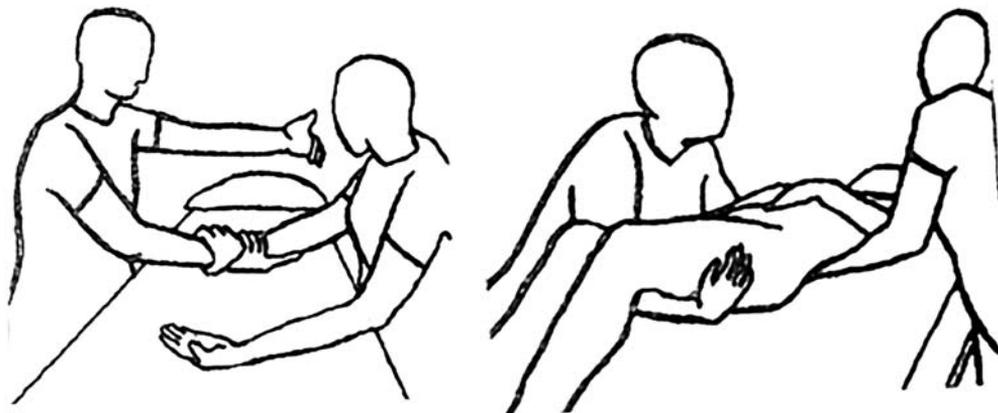
Вид сзади



Положение рук при подтягивании (вид сбоку)

2. Тело пациента пододвигают так:

- прием «крабик»: просуньте свои руки под пациента ладонями вниз в области подвздошной кости и тазобедренного сустава. Сжимая пальцы, продвигайте пациента от себя;
- просуньте руки под пациента ладонями вверх и двигайте пациента на себя.



Подтягивание пациента в кровати (три точки приложения)

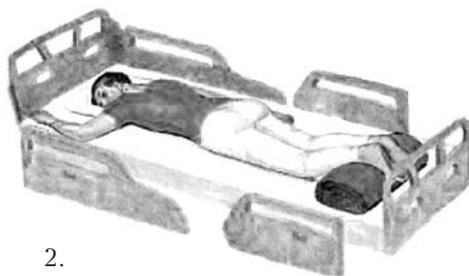
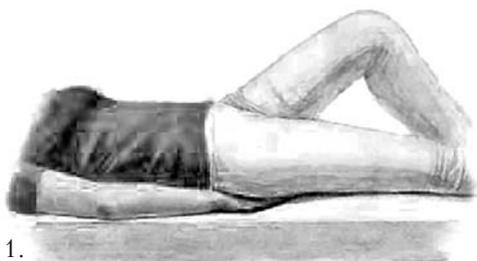
Методика переворота пациента на живот

Исходно пациент должен лежать на ровной поверхности. Изголовье кровати должно быть опущено. Пациент лежит на спине на краю кровати, противоположном стороне поворота (на правом краю кровати при повороте на левый бок, на левом краю кровати при повороте на правый бок). В отличие от поворота на бок, в данной ситуации рука пациента не отводится в сторону поворота.

1. Для поворота на живот кисть выпрямленной вдоль туловища руки пациента заводится под ягодицу ладонью вниз. Нога пациента, дальняя от стороны поворота, согнута в колене и стоит стопой на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает ногу). Одна рука помощника располагается в области лопатки пациента, другая – на колене со стороны, противоположной повороту. Помощник поворачивает пациента к себе, придерживая его за лопатку и колено.

2. После поворота согнутая нога пациента выпрямляется, голова поворачивается на бок. Рука пациента со стороны лица отводится в сторону и сгибается в локте под углом 90 градусов так, чтобы кисть руки лежала около пациента ладонью вниз. Под голеностопные суставы пациента подкладывается валик.

3. Для усиления иннервации мышц необходимо выполнять поочередно через равные промежутки времени сгибание нижней конечности с одной (3.1) и другой стороны (3.2). Для этого помощник, удерживая ногу пациента за коленный и голеностопный суставы, в пассивном, активно-пассивном режиме медленно выводит ее под углом 90 градусов в тазобедренном и коленном суставах через сторону до положения сгибания в тазобедренном и коленном суставах до 90 градусов («положение лягушки»). При возможности выполнить движение активно пациент принимает заданное положение самостоятельно. Важно избегать болевых ощущений и ощущений сильного натяжения.



РАЗДЕЛ V

ВЫБОР УДОБНОГО ПОЛОЖЕНИЯ ТЕЛА И ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА

При реабилитации пациента после инсульта необходимо соблюдать преемственность лечебно-реабилитационных мероприятий. Активизация пациента с целью снижения риска развития контрактур, пролежней, пневмонии, суставных болей начинается в специализированном отделении с первого-второго дня госпитализации. Сначала выполняется пассивная гимнастика, дыхательные техники, лечение положением, которые постепенно сменяются активной гимнастикой. По показаниям возможно проведение физиотерапевтических мероприятий (по назначению врача).

Эти мероприятия особенно важны, если активная реабилитация невозможна (снижен уровень бодрствования, выраженные речевые нарушения, затрудняющие контакт с пациентом). Если при выписке у пациента сохраняется парез/плегия (пациент не может шевелить ногой/рукой), необходимо проводить *лечение положением*. Оно направлено на нормализацию мышечного тонуса, профилактику возникновения болей в суставе, профилактику застойных явлений в легких. Используются различные положения тела: Фаулера, Симса, укладывание в положение «на спине», «на боку», «на животе», положение «сидя». Смена положения тела пациента проводится в течение дня.

Изменение положения тела пациента должно проводиться по мере необходимости, с соблюдением правил безопасного перемещения. Не совсем верно при этом руководствоваться принципом «поворот каждые два часа». У находящихся в тяжелом состоянии пациентов пролежни могут начать формироваться уже в течение часа. Критериями изменения положения тела пациента могут являться признаки покраснения кожи в местах опоры и жалобы пациента. В положении пациента на спине — крестец, пятки, локти, лопатки, затылок. В положении на боку — боковая поверхность бедер (большой вертел), коленей, лодыжек. В положении на животе — скулы пациента, ушные раковины, кожа молочных желез, область реберных дуг, гребней подвздошных костей, колени, внутренняя поверхность лодыжек. Контроль состояния кожи в положении пациента на паретичном боку должен осуществляться чаще, чем в других положениях. В каждом положении пациент должен находиться в комфортных условиях, суставы

его конечностей должны быть по возможности расположены в средне-физиологических положениях. Тело пациента должно сохранять максимально возможную симметричность за счет выравнивания ключевых точек (голова, шея, плечи, таз, колени, стопы). Необходима поддержка всех сегментов тела. Положение пациента должно быть стабильным.

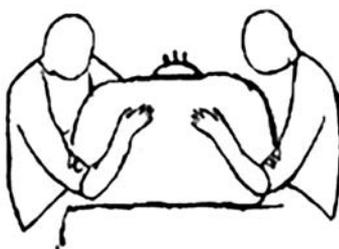
Жесткая фиксация кисти с выпрямленными пальцами (применение шины), так же как и фиксация стопы в тыльном сгибании под углом 90° (применение «сапожка» или упора), недопустимы.

На схемах ниже показаны приемы подкладывания нижней подушки и усаживания пациента.

Подкладывание нижней подушки



Вид спереди



Вид сзади



Вид сбоку

Усаживание пациента



С помощью двух человек.
Вид сзади



С помощью двух человек.
Вид спереди



С помощью одного
человека

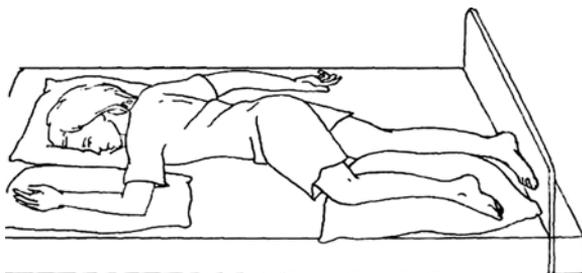
Придание пациенту различных положений тела

П о л о ж е н и е Ф а у л е р а



Данное позиционирование осуществляется при помощи функциональной кровати или вспомогательных средств (подушки, валики). В любом случае первым шагом должно быть размещение валика под коленями, для того чтобы пациент не сползал по кровати вниз при приподнимании изголовья (некоторые функциональные кровати позволяют делать подобный валик за счет деформации ложа кровати). Тело пациента должно располагаться симметрично. Плечи должны быть опущены и отведены. Туловище выпрямлено. Подушки должны быть подложены под спину пациента начиная с поясницы. Руки должны быть симметрично выложены на подушки или прикроватный столик. При необходимости возможно использование мягкого валика для предотвращения отвисания паретичной стопы.

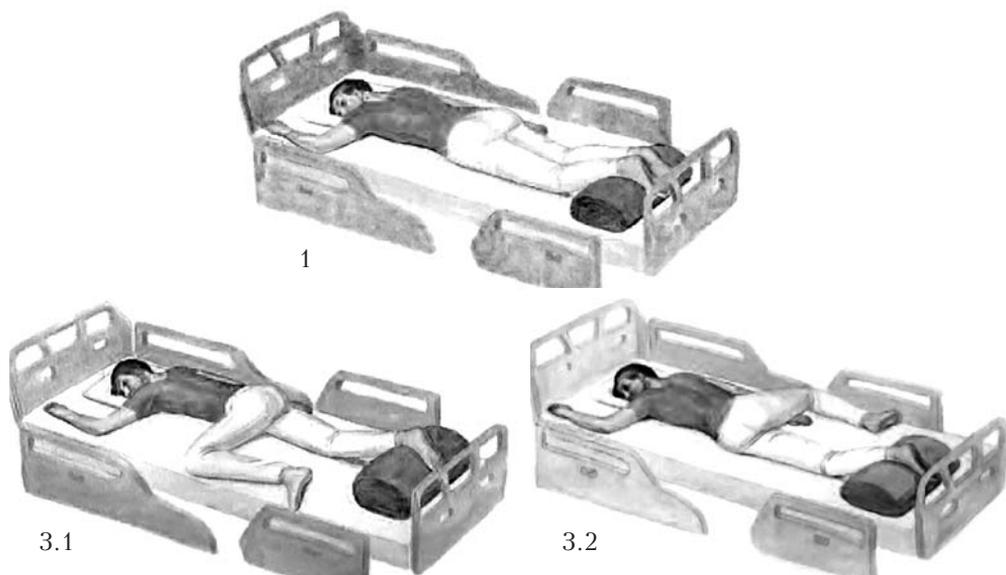
П о л о ж е н и е С и м с а



Переведите изголовье кровати в горизонтальное положение и положите пациента на спину; переведите пациента в положение «лежа на боку» и частично на животе (на постели находится лишь часть живота пациента); подложите подушку под голову пациента (таким образом предотвращается чрезмерное сгибание шеи); подложите подушку под «верхнюю»,

согнутую в локтевом и плечевом суставе руку под углом 90° , «нижнюю» руку положите на постель, не сгибая (таким образом сохраняется правильная биомеханика тела). Подложите подушку под согнутую «верхнюю» ногу так, чтобы нижняя голень оказалась на уровне нижней трети бедра (таким образом предотвращается поворот бедра внутрь, предается переразгибание конечности, осуществляется профилактика пролежней в области коленных суставов и лодыжек). При необходимости возможно использование мягкого валика для предотвращения отвисания паретичной стопы.

П о л о ж е н и е « л е ж а н а ж и в о т е »



При положении пациента «лежа на животе» голова пациента повернута в сторону (1). Целесообразно чередовать повороты головы вправо и влево. При изменении положения головы в другую сторону (поворот головы справа налево или слева направо) необходимо менять положение руки. Под головой пациента располагается пеленка или сложенное полотенце. Возможно использование плоской подушки. Туловище и ноги пациента должны быть расположены симметрично. Рука со стороны лица пациента отведена в сторону под углом 90 градусов, согнута в локте под углом 90 градусов и выведена вперед. Кисть руки лежит около лица пациента. Противоположная рука вытянута вдоль тела. Ноги несколько согнуты в коленях, для чего под голеностопные суставы необходимо подложить валик.

Для усиления иннервации мышц необходимо выполнять поочередно через равные промежутки времени сгибание нижней конечности с одной и другой стороны (как было показано ранее — 3.1, 3.2).

П о л о ж е н и е « л е ж а н а с п и н е »

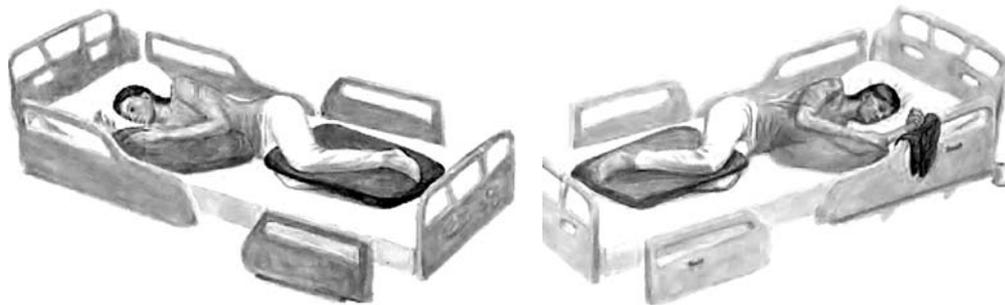


В положении «лежа на спине» пациент должен лежать симметрично. Верхние и нижние конечности по всей длине должны быть поддержаны подушками (подушки находятся и под паретичными, и под здоровыми конечностями). При необходимости паретичное плечо и ягодица могут поддерживаться плоскими подушками. Под коленными суставами должен быть валик. При поднимании головного конца кровати вначале подкладывается валик под колени, затем проводится поднятие головного конца кровати. В противном случае есть вероятность быстрого сползания пациента по кровати вниз. Паретичная нога должна быть расположена без ротации. Не должно быть фиксации кисти в разгибании и стопы в подошвенном разгибании. Фиксация кисти к шине или удержание ее под грузом приведет к нарастанию патологического тонуса в кисти.

Для удержания стопы в среднефизиологическом положении возможно использование мягкой подушки/полотенца/одеяла. Нижние и верхние конечности не должны быть перекрещены. При положении пациента «лежа на спине» его голова должна располагаться по средней линии, шея не должна быть согнута. При желании пациента лежать выше необходимо подкладывать подушки, захватывая область лопаток, или поднимать головной конец кровати. Сгибание шеи приводит к стимуляции шейного тонического симметричного рефлекса, который в свою очередь повышает тонус в мышцах-сгибателях верхних конечностей. Ни в коем случае нельзя забывать о том, что при диагностированном нарушении глотания (скрининговый тест трех глотков) питание пациента осуществляется только на высоком изголовье (приподнятый под углом 45 градусов головной конец кровати). Это правило распространяется также и на тех пациентов, у которых стоит назогастральный зонд.

П о л о ж е н и е « н а б о к у »

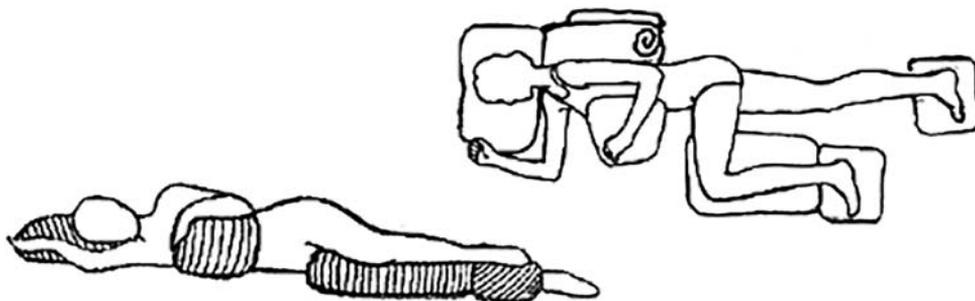
Опустите изголовье постели; передвиньте пациента, находящегося в положении «лежа спине», ближе к краю кровати; согните левую, если вы хотите повернуть пациента на правый бок, ногу пациента в коленном



Положение «лежа на здоровом боку»

Положение «лежа на паретичном боку»

суставе, подсунув левую стопу в правую подколенную впадину; положите одну руку на бедро пациента, другую — на плечо и поверните пациента на бок на себя (таким образом действие «рычага» на бедро облегчает поворачивание); подложите подушку под голову и тело пациента (таким образом уменьшаются боковой изгиб шеи и напряжение шейных мышц); придайте обеим рукам пациента слегка согнутое положение, при этом рука, находящаяся сверху, лежит на уровне плеча и головы, рука, находящаяся снизу, лежит на подушке рядом с головой (таким образом обеспечивается защита плечевых суставов и облегчаются движения грудной клетки, что улучшает легочную вентиляцию); можно подложить под спину пациента сложенную подушку, слегка подсунув ее под спину ровным краем. Таким образом можно «удержать» пациента в положении на боку; поместить подушку (от паховой области до стопы) под слегка согнутую «верхнюю» ногу пациента (таким образом осуществляется профилактика пролежней в области коленного сустава и лодыжек и предотвращается переразгибание ноги). При необходимости возможно использование мягкого валика для предотвращения отвисания паретичной стопы.



Создание удобного и устойчивого положения пациенту, лежащему на боку, с использованием валиков и подушек

Положение «сидя»

Такое положение дает пациенту максимальный обзор комнаты. Позволяет улучшить процессы вентиляции легких, пассажа содержимого кишечника, мочеиспускания и дефекации. Увеличивает возможность социализации пациента. Чем раньше пациент сможет находиться в положении «сидя», тем лучше. При необходимости высадить пациента, не спуская ног, применяется положение Фаулера. Отличительной особенностью этой методики является приподнимание туловища на угол 45–60 градусов. Такое положение может потребоваться пациентам с нарушениями глотания, а также тем пациентам, которые не могут сидеть на кровати, спустив ноги. Либо таким, которых нельзя пересадить в прикроватное кресло (физическая слабость, невозможность активного удержания полувертикального положения, ограничения двигательного режима). Положение «сидя на кровати со спущенными ногами» позволяет тренировать мышцы позвоночника. Это необходимо для дальнейшего принятия пациентом вертикального положения. Решение об изменении двигательного режима принимается совместно с врачом. Вначале около пациента обязательно должен находиться помощник, который бы мог контролировать правильное положение пациента и исключать риск его падения. Оставлять пациента без контроля в таком положении можно только при полной уверенности в его способности сидеть самостоятельно. Усаживание пациента на кровати со спущенными ногами с упором спины на подушки не позволяет достигать цели



Положение «сидя в кровати со спущенными ногами»



Положение «сидя в кресле»

тренировки — поддержание пациентом вертикального положения. Поэтому в случае, когда пациент не может самостоятельно удержать себя в положении сидя без опоры, стоит использовать положение «сидя в кресле».

В положении «сидя на кровати» и «сидя в кресле» пациент должен сидеть ровно, симметрично, не заваливаясь назад или на бок. Пациент должен сидеть с опорой на седалищные бугры, а не на крестец, распределив вес на обе ягодицы. Не должно быть перекоса таза. В случае необходимости под паретичную ягодицу может быть подложена плоская подушка. Ноги должны стоять симметрично. Стопы должны полностью стоять на опоре. При необходимости можно использовать устойчивую, нескользящую опору для стоп. Сегменты нижних конечностей (таз, бедро, голень) должны быть расположены под углом 80–90 градусов. В положении «сидя в кресле» при необходимости предплечья пациентов могут опираться на регулируемые подлокотники, подушки или прикроватный столик. В этом случае возможно использование валика в подмышечной области для обеспечения отведения плеча на подлокотник.

Методика присаживания пациента через здоровую сторону

Присаживание пациента начинается с поворота его на бок (см. поворот пациента в кровати). В отличие от позиционирования на боку, при подготовке к присаживанию пациент в исходном положении лежит на спине не на противоположном краю кровати, а на ее середине. Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении.

1. При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати. Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90 градусов.

2. При подъеме через здоровую сторону пациент опирается на локоть здоровой руки. Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой. Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем,



1



2

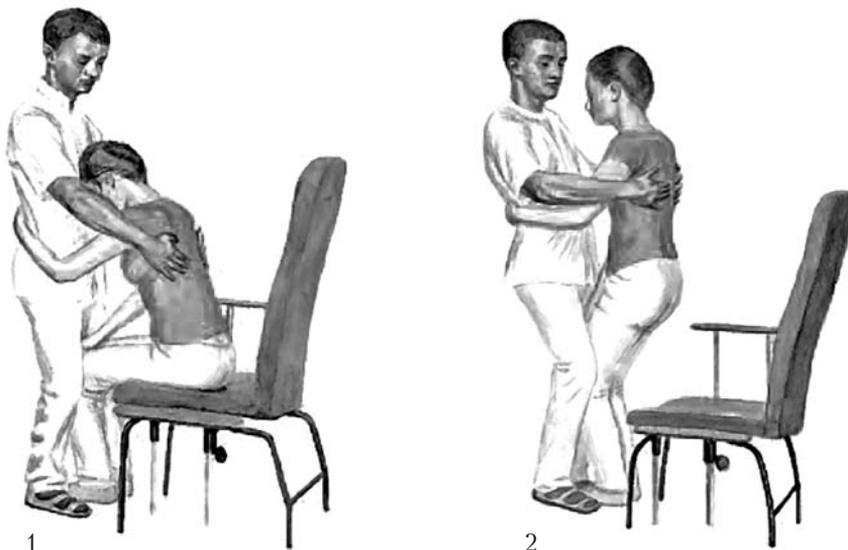
чтобы пациент стабильно сидел, а не заваливался в противоположную сторону. Одна рука помощника находится на голени пациента, другая — под его шей, в области лопаток. Нельзя тянуть пациента за паретичную руку или шею. При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действия обратный: пациент опирается на здоровую руку, опускается на бок и подтягивает ноги. При необходимости помощник помогает пациенту.

Методика присаживания пациента через паретичную сторону



Присаживание пациента начинается с поворота пациента на бок (см. поворот пациента в кровати). В отличие от позиционирования на боку при подготовке к присаживанию пациент в исходном положении лежит на спине не на противоположном краю кровати, а на ее середине. Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении. При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати (см. выше). Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90 градусов. При подъеме через пораженную сторону пациент опирается на кисть здоровой руки. Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой. Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем, чтобы пациент стабильно сидел, а не заваливался в противоположную сторону. Одна рука помощника находится на голени пациента, другая — под его шей, в области лопаток. Нельзя тянуть пациента за паретичную руку или шею. При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действия обратный: пациент опирается на здоровую руку, опускается на бок и подтягивает ноги. При необходимости помощник помогает пациенту.

Методика вставания из положения «сидя»



Пациент сидит на краю кровати/кресла, стопы стоят на полу, немного позади коленей.

1. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента и просит пациента придерживать свою паретичную руку здоровой рукой за запястье. Пациент может придерживаться за талию помощника. Не стоит позволять пациенту обхватывать помощника за шею — это может оказаться чрезмерной нагрузкой для позвоночника помощника.

2. Пациента просят наклониться и смотреть вперед. Пациент переносит вес тела вперед и встает, при этом движение его туловища должно идти по диагонали вперед и вверх. Помощник придерживает пациента за спину, слегка отклоняясь назад. При необходимости помощник может придерживать паретичную руку пациента. Для большей безопасности и уверенности пациента можно использовать поддерживающий пояс.

РАЗДЕЛ VI

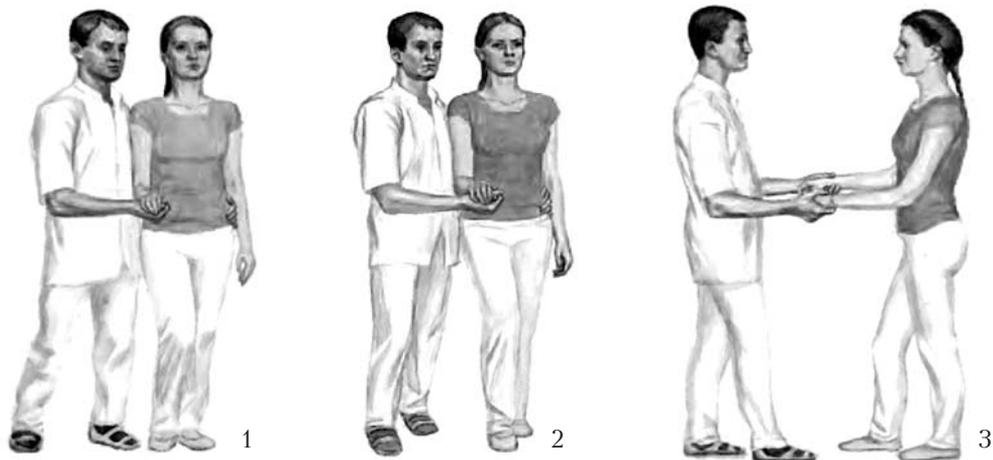
ПОМОЩЬ ПРИ ХОДЬБЕ

Шаг и ходьба являются следующим этапом активизации пациента. Чем увереннее пациент сможет передвигаться самостоятельно, без дополнительной опоры, тем лучше для него. Бесспорно, безопасность пациента превыше всего. Пациент имеет полное право использовать средства дополнительной опоры (*трости и ходунки*). При этом предпочтительнее воспользоваться ходунками для обеспечения симметричности опоры, что важно для последующего восстановления функции ходьбы. Показания к использованию средств дополнительной опоры обсуждаются с врачом. Вставание из положения «сидя» проводится так, как описывалось выше.

1. Когда пациент поднялся, помощник должен находиться с паретичной стороны от пациента, одной рукой придерживая паретичную руку пациента, а другой сзади фиксируя (в сторону к себе) противоположное бедро пациента. При необходимости второй помощник встает с другой стороны, предоставляет пациенту руку для опоры: «ладонь к ладони», «большой палец к большому пальцу», а другой рукой придерживает сзади противоположное бедро пациента (действия зеркальны действиям первого помощника).

2. При ходьбе пациент и помощник/помощники должны идти с одной ноги. Первый шаг делается всегда с паретичной ноги. Длина шага должна составлять не более одной длины стопы пациента. Вначале пациент должен делать приставные шаги: шаг вперед паретичной ногой, здоровую ногу приставить. Для большей безопасности и уверенности возможно применение поддерживающего пояса, надетого на пациента. На начальном этапе дополнительно может потребоваться еще один помощник — чтобы катить инвалидную коляску на случай утомления или чрезмерного волнения пациента.

3. В дальнейшем, по мере того как пациент сможет самостоятельно поддерживать вертикальное положение и сохранять устойчивость во время шага, возможно изменение формы оказания поддержки пациенту. Помощник стоит лицом к пациенту и держит его за запястья обеих рук. Важно, чтобы помощник держал пациента, а не пациент удерживал помощника за кисти, поскольку это повышает риск падения. Пациент



также начинает движение с паретичной ноги, соответственно, помощник делает шаг противоположной ногой назад.

Ходьба – своего рода упражнение, которое оказывает большой положительный эффект на здоровье, улучшает дыхание и кровообращение, укрепляет мускулы и кости, улучшает сон и кровообращение, регулирует обмен веществ и массу тела, способствует общему оздоровлению, расслабляет, повышает энергию, позволяет быть независимым, а также повышает самооценку пациента.

Как помочь

- ✓ Уточните у врача, на какое расстояние разрешается ходить пациенту.
- ✓ Объясните, что собираетесь с ним на прогулку и помогите одеться.
- ✓ Наденьте ремень безопасности, убедитесь, что он застегнут плотно, но не сдавливает.
- ✓ Помогите ему подняться, взяв за талию, а пациент держится за ваши плечи.
- ✓ Если одна из сторон пациента слабее другой, то стоять надо с этой стороны.
- ✓ Одной рукой придерживайте за ремень безопасности, а второй поддерживайте пациента под локоть. Стойте позади него.
- ✓ Начинайте идти одновременно и с одной ноги.
- ✓ Поощряйте пациента ходить с поднятой головой и прямой спиной.
- ✓ Если это не запрещено врачом, постепенно увеличивайте прогулки.

Как поддержать пациента, если он падает

Вы не сможете удержать пациента, но сможете значительно смягчить его падение. Если вы почувствовали, что пациент падает:

- крепко держите его и встаньте сзади;
- держа пациента близко к себе, подставьте под ноги пациента ногу, чтобы он мог на нее опереться;
- затем медленно опустите пациента на выставленной ноге на пол;
- покажите пациента медицинскому работнику, чтобы его осмотрели после падения.

Как пользоваться ходунками

- перед прогулкой наденьте на талию пациента ремень безопасности;
- ходунки должны находиться прямо перед пациентом;
- попросите пациента во время ходьбы передвигать ходунки на 15 см, а затем передвигаться к ним самостоятельно;
- попросите пациента смотреть только вперед.

Специальные средства помощи при ходьбе

Ходунки – устройство для облегчения самостоятельного передвижения маломобильных людей, поддерживать равновесие и устойчивость в вертикальном положении, переносить вес тела на руки, разгрузив нижние конечности.





Костыль с опорой
под локоть



Костыли подмышечные



Трость

РАЗДЕЛ VII

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОГРАНИЧЕНИЯМИ САМООБСЛУЖИВАНИЯ

Прием пищи — физиологический акт, направленный на поддержание жизни и здоровья человека. Пища — источник энергии, необходимый для функционирования организма. 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.

Общие правила

1. Узнайте у пациента, в какой последовательности он предпочитает принимать пищу.
2. Проверьте температуру горячих напитков, капнув несколько капель себе на тыльную сторону руки.
3. Лучше пить напитки через трубочку.
4. Пить жидкость можно лишь тогда, когда во рту нет твердой пищи.

Технология

1. Вымойте свои руки и руки пациента (можно протереть влажным полотенцем), высушите их.
3. Поставьте на тумбочку или прикроватный столик теплую еду (ставить тарелку с пищей на грудь пациенту нельзя).
4. Придайте пациенту по возможности удобное сидячее или полусидячее положение.
5. Если сидячее положение невозможно, то поднимите левой рукой голову пациента вместе с подушкой, а правой рукой поднесите ложку или *поильник* с пищей ко рту.
6. Накормите пациента.
7. Протрите влажным полотенцем губы и подбородок пациента, вытрите насухо.
8. Уберите посуду, стряхните крошки с постели, придайте пациенту удобное положение.
9. Вымойте и высушите руки.



Кормление с помощью ложки



Кормление с помощью поильника

Для удобства приема пищи, а также при кормлении данной категории пациентов рекомендуется использовать специальные *приспособления малой реабилитации*, облегчающие организацию манипуляции.

Приспособления в помощь для приема пищи

	<p><i>Нескользящая салфетка</i> обеспечивает стабильное положение посуды. При отсутствии салфетки можно использовать мокрую скатерть или присоски</p>
	<p><i>Поильник</i> предназначен для приема жидкости или жидкой пищи. Это незаменимый аксессуар для ухода за лежачими пациентами</p>
	<p><i>Нагрудник</i> предназначен для защиты одежды и белья пациента от загрязнения во время приема пищи. Содержит защитный слой из пленки и специальный приемный карман для остатков пищи</p>

	<p><i>Встроенные ручки на столовых приборах</i> предназначены для пациентов с ослабленными хватательными движениями</p>
	<p><i>Ложки, вилки и нож с нескользящей рукояткой и фиксирующим ремешком.</i> Их фиксируют на запястье мягким ремешком с липучкой</p>
	<p><i>Тарелки с дополнительным ограничительным бортиком,</i> удерживающим пищу при неловких движениях больного</p>
	<p>Подготовка специализированных предметов по сервировке стола для приема пищи пациентов с ограничениями самообслуживания</p>

Правильный *питьевой режим* (рациональный порядок потребления воды в течение суток) обеспечивает нормальный водно-солевой обмен, создает благоприятные условия для жизнедеятельности организма. К сожалению, большинство людей не связывает свои заболевания с недостаточным потреблением чистой питьевой воды и не соблюдают питьевой режим. Вода выводится из организма с мочой, а также удаляет из организма переработанные отходы. Оптимальная ежедневная доза воды для нормальной работы организма — 30 мл на 1 кг веса человека: не чая, сока, компота и других напитков, а именно чистой питьевой воды. В среднем 1,5–2 литра в сутки. Для людей, имеющих проблемы со здоровьем, питьевой режим должен устанавливать врач.

Техника кормления тяжелобольных пациентов

Предлагаемая пища имеет жидкую/полужидкую консистенцию в виде густого или жидкого пюре, мусса, йогурта, киселя, сиропа. Кормление пациентов осуществляется с помощью ложки, поильника.

Для процедуры кормления приготовить: столовые приборы, салфетки, еда – на прикроватной тумбочке – горячие блюда в пределах 60 °С, холодные блюда – не холоднее(!) 4 °С.

Положение пациента – позиция Фаулера.

Последовательность действий:

- вымыть руки себе и пациенту;
- прикрыть грудь салфеткой;
- наполнить ложку пищей на 2/3 объема;
- поднести ложку ко рту, прикоснуться к губам, поместить пищу на язык;
- дать время прожевать и проглотить пищу;
- кормить пациента через поильник глотками, малыми порциями;
- дать прополоскать рот, обработать салфеткой;
- убрать посуду, вымыть и осушить руки;
- обеспечить пациенту комфортное положение.

Рекомендации для ухаживающего лица

- Усадить пациента до приема еды и обеспечить положение «сидя» в течение 20–30 минут после приема пищи;
- Контролировать необходимость использования зубных протезов;
- Проводить обработку полости рта: полоскание или орошение;
- Кормить пациента в соответствии с назначенной врачом диетой, учитывая индивидуальные пристрастия к пище пациента.

РАЗДЕЛ VIII

ЛЕЧЕБНЫЕ ДИЕТЫ

В данном разделе представлены лечебные диеты, применяемые для пациентов, в остром периоде инсульта, черепно-мозговой травме, при инфекционных заболеваниях с высокой температурой, старческой деменции и др.

Цель назначения: обеспечить питание в условиях, когда прием обычной пищи невозможен, затруднен или противопоказан, идет максимальная разгрузка и щажение органов пищеварения, предупреждение вздутия кишечника (метеоризм).

Виды питания

- *естественное* – пероральное – обычное питание, прием пищи через рот;
- *искусственное:*
 - зондовое (через назогастральный или орогастральный зонд),
 - через гастростому,
 - парентеральное (внутривенное введение белковых, жировых и углеводных препаратов).

Естественное питание

Здоровый человек имеет свои личностные вкусовые пристрастия и желания. Они могут не совпадать с его физиологическим статусом. Для организма благоприятно 3–6-разовое питание: в сутки три основных приема – завтрак, обед, ужин. Дополнительно могут быть второй завтрак, полдник, второй ужин. Стационарное питание – 4-разовое; дробное питание – 5–6-кратное малыми порциями.

Общая характеристика: максимально механически и химически щадящее питание (жидкая, полужидкая, желеобразная, протертая пища) в виде трех последовательно назначаемых диет – № 0а, 0б, 0в. Диеты содержат наиболее легко усвояемые источники белков, жиров и углеводов, повышенное количество жидкости и витаминов. Резко ограничено количество поваренной соли. Предусмотрены частые приемы пищи малыми порциями.

Примечание. Диеты № 0б и 0в иногда называют диетами № 1а и 1б хирургические. После нулевых диет применяют диету № 1 или диету № 1 хирургическую. Диета № 1 хирургическая отличается от диеты № 1 включением в диету некрепких мясных и рыбных бульонов, овощных отваров, ограничением цельного молока. При назначении нулевых диет показано применение *энпитов* (см. описание ниже).

Диета № 0а. Назначают, как правило, на 2–3 дня. Пища состоит из жидких и желеобразных блюд. В рационе должно быть 5 г белка, 15–20 г жира, 150 г углеводов; свободной жидкости — 1,8–2,2 л, поваренной соли 1 г. Энергетическая ценность — 3,1–3,3 МДж (750–800 ккал). Температура пищи не выше 45 градусов. В блюдо вводят до 200 мг витамина «С»; другие витамины по назначению врача. Прием пищи 7–8 раз в сутки, на 1 прием не более 200–300 граммов.

Разрешены: слабый обезжиренный мясной бульон, рисовый отвар со сливками или сливочным маслом, процеженный компот, кисель ягодный жидкий, отвар шиповника с сахаром, свежеприготовленные фруктово-ягодные соки, разведенные в 2–3 раза водой (до 50 мл на прием), желе фруктовое, чай с лимоном и сахаром. При улучшении состояния на 3–4 день добавляют яйцо всмятку, сливочное масло (10 г), сливки (50 мл).

ИСКЛЮЧЕНЫ!

Любые плотные и пюреобразные блюда, цельное молоко и сливки, сметана, виноградный и овощные соки, газированные напитки.

Примерное меню диеты № 0а

- 8 ч: 100 мл теплого чая с 10 г сахара, 100 мл жидкого фруктового или ягодного киселя.
- 10 ч: 180 мл яблочного компота.
- 12 ч: 200 мл слабого мясного бульона с 10 г сливочного масла.
- 14 ч: 150 г фруктового желе, 150 мл отвара шиповника.
- 16 ч: 150–200 мл чая с лимоном и 10–15 г сахара.
- 18 ч: 180 мл рисового отвара с 10 г сливочного масла или сливками, 100–150 г фруктового желе.
- 20 ч: 180 мл отвара шиповника.
- На ночь: 180 мл компота без фруктов.

Диета № 0б. Назначают на 2–4 дня после диеты № 0а, от которой она отличается дополнением в виде: жидких протертых каш из рисовой, гречневой крупы, геркулеса, сваренных на мясном бульоне или на воде с 1/4–1/2 молока; слизистых крупяных супов на овощном отваре, слабых обезжиренных мясных бульонов с манной крупой; парового

белкового омлета, яиц всмятку, парового суфле или пюре из нежирного мяса или рыбы (освобожденных от жира, фасций, сухожилий, кожи); до 100 мл сливок, желе, муссов из нектислых ягод. В рационе должно быть 40–50 г белка, 40–50 г жира, 250 г углеводов; 4–5 г натрия хлорида, до 2 л свободной жидкости. Энергетическая ценность — 6,5–6,9 МДж (1550–1650 ккал). Пищу дают 6 раз в день, не более 350–400 г на прием.

Примерное меню диеты № 0б

1 - й з а в т р а к: жидкая протертая каша гречневая на воде 200 г с молоком и 5 г сливочного масла, паровой белковый омлет из 2-х яиц, чай с лимоном.

2 - й з а в т р а к: сливки 100 мл, отвар шиповника 100 мл.

Обед: бульон мясной с манной крупой 200 мл, паровое суфле из отварного мяса 50 г, отвар компота 100 мл.

П о л д н и к: яйцо всмятку, желе фруктовое 150 г, отвар шиповника 100 мл.

У ж и н: суфле из отварной рыбы паровое 50 г, жидкая протертая геркулесовая каша на мясном бульоне 200 г с 5 г сливочного масла, чай с лимоном.

Н а н о ч ь: желе фруктовое 150 г, отвар шиповника 100 мл. На весь день 50 г сахара и 20 г сливочного масла.

Диета № 0в. Служит для продолжения расширения рациона и перехода к физиологически полноценному питанию. В диету вводят супы-пюре и супы-кремы; паровые блюда из протертого отварного мяса, курицы или рыбы; свежий творог, протертый со сливками или молоком до консистенции густой сметаны, паровые блюда из творога; кисломолочные напитки, печеные яблоки, хорошо протертые фруктовые и овощные пюре, до 100 г белых сухарей. В чай добавляют молоко, каши молочные. В диете 80–90 г белка, 65–79 г жира, 320–350 г углеводов; 6–7 г натрия хлорида. Энергетическая ценность 9,2–9,6 МДж (2200–2300 ккал). Пищу дают 6 раз в день. Температура горячих блюд не выше 50 градусов, холодных — не ниже 20 градусов.

Примерное меню диеты 0в

1 - й з а в т р а к: яйцо всмятку, каша манная молочная 200 г с 5 г сливочного масла, чай с лимоном и сахаром.

2 - й з а в т р а к: творог, протертый со сливками, 120 г, пюре из печеных яблок 100 г, отвар шиповника 180 мл.

О б е д: суп-крем овощной 300 мл, котлеты мясные паровые 100 г, желе фруктовое 150 г.

П о л д н и к: белковый омлет паровой из 2-х яиц, сок фруктовый 180 мл.

У ж и н: суфле из отварной рыбы паровое 100 г, каша геркулесовая молочная протертая 200 г с 5 г сливочного масла, чай с 50 мл молока.

На ночь: кефир 180 мл.

На весь день: 100 г сухарей из пшеничной муки высшего сорта, 60 г сахара, 20 г сливочного масла.

Пища, которую наиболее легко глотать

- нарезанная кубиками или размятая репа, брюква, пастернак, морковь, картофель;
- цветная капуста, брокколи, авокадо;
- картофель: вареный, печеный, размятый (с маслом);
- мясо — фарш, очень тщательно нарубленное мясо (отбивная) с подливкой;
- рыба — испеченная или приготовленная на гриле с соусом. Предпочтительна рыба однородной структуры, такая как камбала, сардины, в том числе в томатном соусе (менее желательна рыба слоистой структуры, такая как пикша и треска, так как она обычно бывает слишком твердой);
- яйца — омлет, яичница;
- фрукты — бананы, печеные яблоки, яблочное пюре, зрелые яблоки, зрелые груши;
- десерты — мороженое, мягкий щербет, муссы, желе, рисовый пудинг, йогурт, крем (включая яичный крем), соевый пудинг;
- молочные продукты — мягкие сыры;
- овсяная каша (более твердые каши необходимо разваривать с молоком).

СОВЕТ РОДСТВЕННИКАМ

Вариант лечебного питания (диеты или стола лечебного питания) в условиях лечебного учреждения подбирается врачом с учетом тех заболеваний, которыми страдает пациент. При выписке пациента из стационара ухаживающим за ним родственникам важно узнать у врача, какие продукты рекомендуется исключить из рациона больного и какие способы приготовления пищи предпочтительнее для него применять.

РАЗДЕЛ IX

РАССТРОЙСТВО ГЛОТАНИЯ

Одним из серьезных нарушений состояния пациента может быть расстройство глотания (*дисфагия*), т.е. нарушение прохождения пищи и жидкости через рот, глотку и пищевод в желудок. Так, например, инсульт приводит к нарушениям глотания той или иной степени выраженности у 1/4–1/2 больных. Нарушения нервной регуляции вызывают слабость самых разных мышц, принимающих участие в акте глотания, что приводит к разным вариантам дисфагии:

- *ослабление смыкания губ* вызывает слюнотечение и выпадение пищи изо рта;
- *слабость мышц щек* – причина скопления пищи за щекой;
- *слабость мышц языка* вызывает трудности формирования и продвижения пищевого комка (что благоприятствует просачиванию жидкости в глотку над спинкой языка и попаданию ее в гортань еще перед глотком);
- *ослабление движений корня языка кзади* может способствовать сохранению остатков пищи в полости рта после глотка;
- *недостаточное закрытие гортани* при проглатывании пищи либо *ухудшение сокращения мышц глотки или пищевода* с накоплением пищи на входе в пищевод приводит к попаданию частиц пищи во вновь открывшуюся после глотка гортань.

Во всех перечисленных случаях существует высокий риск *аспирации пищи* (попадание пищи и содержащихся в ней бактерий в дыхательные пути). Аспирация пищи в бронхи и легкие способствует развитию аспирационного воспаления легких (пневмонии), возникновению очага нагноения (абсцесса) в легких, а иногда приводит к удушью (*асфиксии*) и смерти пациента. Аспирация пищи может произойти незаметно для больного и окружающих, если она не вызывает кашля. В таком случае особенно велика опасность развития осложнений.

ВАЖНО!

Выявление нарушений глотания у пациентов входит в задачу врачей и среднего медицинского персонала. Однако ухаживающим за пациентом родственникам также важно помнить о признаках, указывающих на расстройства глотания или их риск.

Выявление расстройств глотания

1. *Спросите пациента о наличии затруднений* при приеме пищи. Задавайте вопросы такого типа: «Ощущаете ли вы затруднения при глотании твердой пищи или жидкости?»; «Попадает ли во время еды жидкая пища в нос?»; «Уточните, что происходит при глотании?»; «Возникает ли у вас кашель, ощущение задержки пищи в горле или чувство нехватки воздуха при глотании?»; «Что облегчает вам глотание?». Следует уточнить, может ли пациент произвольно покашлять, вовремя проглотить слюну (не допуская ее истечения изо рта), облизать губы, свободно дышать.
2. *Обратите внимание на особенности пищевого поведения пациента* (часто связанные с трудностями при глотании):
 - увеличение продолжительности времени приема пищи;
 - потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи;
 - избегание специфических типов пищи, например жесткой и сухой пищи, такой как печенье;
 - беспокойство по поводу предстоящего приема пищи или жидкости.
3. *Понаблюдайте за пациентом во время пробного кормления (питья и приема твердой пищи)* для того, чтобы вовремя заметить признаки, указывающие на высокую вероятность наличия расстройств глотания.

ВАЖНО!

Такую проверку глотания можно проводить лишь при условии, что пациент находится в ясном сознании, бодрствует, сидит, способен контролировать положение головы и готов к общению.

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

Проверка нарушений глотания

А. Вначале попросите пациента проглотить примерно 50 мл воды. Для этого можно последовательно поить его с чайной ложечки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо же контролировать объем и скорость поступления воды с помощью питьевой трубочки, используя ее как пипетку. Не следует давать пациенту держать чашку или стакан с водой самому, так как он может попробовать выпить

ее всю сразу, рискуя при этом аспирировать жидкость. Наблюдайте за каждым глотком пациента. Обратите внимание на кашель, указывающий на неблагополучие при глотании и одновременно защищающий дыхательные пути от аспирации. Однако нередко у пациентов с дисфагией кашель не возникает из-за нарушений, вызванных самим заболеванием. В таких случаях пропустить аспирацию жидкости особенно легко, поэтому после каждого глотка также попросите пациента произнести тянущийся гласный звук (например, «ах»). Изменения в его голосе (появление гнусавости, охриплости, влажных или булькающих звуков), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации. После успешного проглатывания первых трех ложек жидкости оцените проглатывание 1/2 стакана воды по описанным выше критериям. На этом этапе чашку, наполовину наполненную водой, можно дать в руки пациенту. Объясните ему, что он должен начать глотать маленькими глотками, не следует пить всю воду залпом. Если проблем во время теста не возникает, можно разрешать пациенту пить самостоятельно.

Б. После проверки глотания жидкости оцените возможность глотания твердой пищи. Обратите внимание, не выпадает ли пища изо рта (что может быть следствием того, что у пациента плохо смыкаются губы или его язык давит вперед во время глотка вместо нормальных движений вверх и назад). Сразу после глотка обследуйте полость рта пациента, при слабости языка пища может накапливаться между щекой и деснами или между нижней губой и деснами.

При нарушениях глотания значительно труднее принимать *сухую пищу*, поэтому для питания таких пациентов *не используют хлеб, печенье, крекеры, орехи*.

Самым трудным и опасным в плане аспирации является проглатывание жидкости, так как при ее приеме не формируется пищевой комок и запаздывает глотательный рефлекс (известно, что более грубая пища, например каша, с меньшей вероятностью, чем жидкая, например суп, попадает в дыхательные пути). Это не означает, что больного надо вообще лишать жидкости. Однако в остром периоде болезни консистенцию жидкостей подбирают в зависимости от возможностей больного.

Жидкости по своей консистенции делятся на следующие типы:

1. Консистенция мусса (жидкость держится на вилке).
2. Консистенция йогурта (жидкость стекает с вилки крупными каплями).
3. Консистенция сиропа (жидкость окутывает вилку, но быстро стекает с нее).
4. Консистенция воды (жидкость сразу стекает с вилки).

В остром периоде болезни (сосудистые катаклизмы) предпочтительнее использовать для кормления густую жидкость (мусс, йогурт, кисель, кефир), которая гораздо легче проглатывается, чем вода, так как медленнее проходит по ротоглотке и тем самым оставляет больше времени для подготовки к началу глотания. Начинают с густых жидкостей, а затем постепенно, по мере восстановления глотания, переходят к более текучим жидкостям. До восстановления у больного функции глотания необходимо избегать жидкостей обычной консистенции (вода, соки, чай, молоко). Если пациент очень плохо глотает жидкости, можно добавить жидкость в твердую пищу и довести пищу до консистенции жидкого пюре.

Рекомендации по кормлению пациентов с нарушением глотания

У большинства пациентов, перенесших инсульт или черепно-мозговую травму и имеющих расстройства глотания, они проходят самостоятельно через 1–3 недели. Однако в тот период, пока расстройства глотания или их риск сохраняются, при кормлении пациента очень важно соблюдать предосторожности, позволяющие предотвратить развитие опасных осложнений и тем самым улучшить перспективы восстановления здоровья пациента. Приступайте к кормлению пациента и к обучению его правилам приема пищи только после того, как сами получите инструкции от медицинского персонала. Прежде всего выясните, хочет ли он завтракать, обедать и ужинать в кругу семьи за общим столом либо предпочитает это делать в одиночестве. В любом случае *обеспечьте пациенту во время приема пищи максимально комфортную, спокойную и доброжелательную атмосферу*, а также устранили лишние источники шума (выключите телевизор, радио, а при его желании изолируйте пациента от окружающих людей), чтобы он мог сосредоточиться на еде. Предоставьте пациенту с нарушенным глотанием *достаточное время для приема пищи*. Позволяйте пациенту принимать пищу и пить медленно. Не торопите его. Важно, чтобы во время приема пищи пациент чувствовал себя безопасно и получал удовольствие. Обеспечьте *оптимальное положение* пациента. Правильной позе придается очень большое значение в предупреждении аспирации пищи во время глотания. Если это только возможно, пациент должен во время еды сидеть. *При кормлении пациента в положении «сидя»* подготовьте заранее подушки для поддержания позы пациента, удобный стол и нескользящую салфетку на него. Используйте другие специализированные предметы малой реабилитации, описанные выше. Усадите его так, чтобы ноги стояли на ровной поверхности или на полу, туловище находилось в вертикальном положении, а руки были свободны. Если пациент способен сидеть во время еды на стуле, он может также наклониться вперед и опереться о стол. Наклон туловища вперед будет препятствовать запрокидыванию головы. Используйте подушки, чтобы поддержать пациента в правильном положении для сосредоточения его

сил на процессе глотания, а не на удержании нужной позы. Сядьте сбоку от пациента и поддерживайте его рукой. В этом случае его руки будут свободны для еды и питья. Голова пациента должна находиться по средней линии, не наклонена, но и не запрокинута, а шея должна быть слегка (но не чрезмерно!) согнутой вперед, что помогает защитить воздухоносные пути и препятствует случайному попаданию пищи в трахею.

Учите человека держать голову прямо, на одной линии с телом, когда он проглатывает пищу или жидкость.

- Если его голова будет запрокинута, ему будет трудно глотать. Если пациент не может самостоятельно удерживать голову, поддерживайте его сзади за шею и плечи, чтобы препятствовать запрокидыванию головы и помочь пациенту контролировать положение языка.
- Если же, напротив, голова пациента чрезмерно наклоняется вперед, поддерживайте его подбородок своей рукой снизу либо используйте специальный фиксирующий воротник для поддержания головы.
- Если пациент всегда поворачивает голову в какую-нибудь одну сторону, сядьте рядом с ним, но с другой стороны, и рукой поверните его голову к себе.

ВАЖНО!

Для защиты дыхательных путей во время глотания некоторым пациентам помогает поза «подбородок — к груди», а пациентам с односторонней слабостью мышц языка — небольшой поворот головы в сторону поражения при проглатывании.

При кормлении пациента в постели (в том случае, когда он не может быть пересажен в прикроватное кресло) придайте ему удобное полувертикальное положение. Для этого приподнимите пациента на изголовье, поддерживая его подушками таким образом, чтобы расположить туловище по средней линии. Голова и шея должны быть расположены с легким наклоном вперед. Колени пациента следует слегка согнуть, подложив под них валик / подушку:

- научите человека брать пищу и подносить ее ко рту рукой или сразу двумя руками;
- если он может пользоваться для еды ложкой, пользуйтесь специализированными приборами, описанными выше. Можно сделать черенок ложки толще в домашних условиях — так человеку будет легче удержать ложку. Для этих целей вы можете использовать кусок резинового шланга или сделать черенок из дерева;

- если пациент не может всасывать жидкость, научите его пить с ложки;
- посоветуйте пациенту брать в рот за один раз лишь небольшое количество пищи или жидкости;
- научите пациента подносить пищу или жидкость к середине рта, а не сбоку, и брать пищу в рот, используя губы, а не зубы;
- порекомендуйте пациенту держать губы сомкнутыми, когда он жует или проглатывает пищу. А также рот держать закрытым. Если нижняя губа пациента опускается вниз, научите его поддерживать ее пальцами;
- обратите внимание пациента на важность полного опорожнения ротовой полости после каждой ложки или куска пищи во избежание скопления пищи на стороне слабых мышц языка или щеки. Пациент должен пальцем «подмести» поврежденную сторону и удалить пищу после каждого глотка.

Способы предупреждения аспирации:

- При необходимости периодически помогайте пациенту осуществить туалет полости рта: регулярно удаляйте скапливающуюся во рту слюнь и слюну с помощью влажной салфетки. Помните о том, что для поддержания чистоты полости рта зубы и протезы пациента необходимо чистить как минимум 2 раза в день.
- Не давайте напитки вместе с твердой пищей. Напитки должны даваться до или после нее для того, чтобы снизить риск аспирации. Если же давать пациенту твердую и жидкую пищу одновременно, то жидкость будет проталкивать твердую пищу вниз по глотке и пациент либо станет глотать плохо прожеванную пищу, либо поперхнется жидкостью.
- Когда пациент пытается принимать пищу тем способом, которому вы его обучаете, похвалите его, чтобы ему захотелось учиться дальше.
- Если вы заметили, что у пациента возникли проблемы при проглатывании пищи, попросите его откашляться. Это защищает дыхательную систему.
- После кормления пациента осмотрите полость его рта, так как оставшаяся в ней пища может попасть в дыхательные пути.
- Поскольку опасность аспирации сохраняется некоторое время и после еды, необходимо удерживать пациента в вертикальном положении в течение 30–40 мин после приема пищи.

ВАЖНО!!!

Не следует кормить пациента, если у вас возникают сомнения по поводу его возможностей глотания. В таком случае незамедлительно обратитесь к врачу.

РАЗДЕЛ X

**ЗОНДОВЫЕ ДИЕТЫ.
ТЕХНИКА ПОСТАНОВКИ ЗОНДА**

Искусственное питание применяют в случаях невозможного или затрудненного естественного питания. В случаях длительных нарушений сознания или наличия стойкого расстройства глотания решается вопрос о постановке желудочного зонда и организации лечебного питания через зонд.

Зондовое питание назначает врач при расстройстве глотательной функции, бессознательном состоянии при сохраненной проходимости пищевода. При проведении зондового питания введение зонда проводится двумя способами — *через носовые ходы (назогастральный зонд)* и *через ротоглотку (орогастральный)* в желудок, по времени нахождения зонда в желудке он может быть *постоянным* (смену зонда проводят каждые 2–3 недели) и *разовым*.

Для зондового питания используют молочные продукты, бульоны, яйца, масло, какао, мед, чай, а также питательные, модульные смеси по назначению диетолога. Для питания используют измельченную пищу, питательные смеси, содержащие сбалансированные компоненты по белкам, жирам, углеводам, минералам и витаминам.

Общий суточный объем питания 0,5–1 л.

Техника постановки зонда

Необходимое оборудование:

- а) желудочный зонд;
- б) глицерин (или другое маслянистое вещество для смазки зонда);
- в) шприц (60 мл или шприц Жане);
- г) стетоскоп;
- д) чашка воды;
- е) чашка со льдом.

Позиция: сидя или лежа на спине.

Техника постановки зонда

1. Измерьте трубку ото рта до брови и книзу до передней стенки живота таким образом, чтобы последнее отверстие зонда находилось ниже мечевидного отростка. Это обозначает дистанцию, на которую зонд должен быть введен.

2. Можно поместить кончик зонда в чашку со льдом, чтобы сделать его твердым или изогнуть его. Этот маневр способствует более легкому проведению зонда в пищевод.

3. Смажьте зонд глицерином.

4. Попросите пациента (если он в сознании) согнуть шею и аккуратно введите зонд в носовой ход при постановке назогастрального зонда, направляя его кзади и прося пациента сделать глоток, если это возможно. Так как пациенты, подлежащие постановке орогастрального зонда, обычно не способны оказывать помощь во время процедуры, зонд должен быть помещен в ротовую полость, направлен кзади вперед до тех пор, пока кончик зонда не начнет продвигаться в пищевод.

5. Продвигайте зонд медленно и поступательно вперед. Если почувствовали какое-либо сопротивление, процедура должна быть прекращена, зонд удален. Вновь повторите шаг 4. Если зонд продвигается легко с минимальным сопротивлением, продолжайте его введение до ранее отмеренного расстояния. Наличие сопротивления или сворачивание зонда, признаки гипоксии у пациента (кашель, поперхивание, затруднение дыхания, изменение цвета лица) свидетельствуют о неправильном введении зонда.

6. Как только начальная часть зонда будет проглочена, убедитесь, что пациент может свободно разговаривать (дышать без затруднений). Плавно проведите зонд на установленное расстояние. Если пациент может, попросите его пить воду через обычную трубочку, параллельно проводя зонд во время глотка.

7. Правильная постановка зонда подтверждается путем введения приблизительно 20 мл воздуха через зонд с помощью шприца, параллельно выполняя *аускультацию* (выслушивание через стетоскоп) в *эпигастральной области* (область проекции желудка на брюшную стенку). Также правильная постановка зонда может быть подтверждена аспирацией из желудка жидкости.

8. Аккуратно закрепите зонд к носу пациента с помощью пластыря. Зонд должен быть постоянно смазан для предотвращения эрозии слизистой носа. С помощью пластыря или булавки он также может быть закреплен к белью пациента.

9. Каждые 4 часа необходимо промывать зонд 30 мл физиологического раствора (0,9% раствор натрия хлорида).

10. В зависимости от типа зонда и его назначения аспирация содержимого желудка через него проводится периодически или постоянно.

11. Характер выделяемого содержимого желудка и pH желудка (кислотность) должны контролироваться каждые 4–6 часов (возможно в стационарных условиях) и корректироваться с помощью *антацидов* (препараты, снижающие кислотность желудочного сока), поддерживаясь на уровне ниже pH 4,5.

12. В идеале зонд не должен перекрываться зажимом. Зонд постоянно поддерживает просвет пищевода открытым, увеличивая риск аспирации пациента желудочным содержимым, особенно если желудок раздут.

Осложнения при зондовом кормлении и их лечение

1. *Неприятные ощущения в глотке*: достаточно частые, связанные с большим диаметром используемого зонда, могут быть облегчены глотком воды. Необходимо избегать аэрозольных анестетиков глотки, так как они могут угнетать рефлекс, который необходим для защиты дыхательных путей.

2. *Эрозии (изъязвления) слизистой носа*. Данное осложнение можно предотвратить поддержанием зонда в постоянно смазанном состоянии и тем, что он закрепляется с помощью лейкопластыря, не вызывая повышенного давления на стенку носового хода. Зонд должен находиться всегда ниже носа и никогда не закрепляется ко лбу пациента. Частые проверки правильной позиции зонда могут помочь в предотвращении данной проблемы.

3. *Синусит* (воспаление пазух носа). Возникает при длительном использовании *назогастрального зонда* и требует удаления зонда и помещение его через другой носовой ход. Необходимо назначение антибиотиков (по назначению врача!).

4. *Назотрахеальная интубация* (ошибочная постановка зонда в дыхательные пути). Приводит к обструкции дыхательных путей и диагностируется достаточно легко у пациентов, находящихся в нормальном сознании (кашель, невозможность говорить). Контроль правильной постановки зонда требует рентгенографии грудной клетки.

5. *Гастрит* (воспаление слизистой оболочки желудка). Обычно проявляется как незначительное, самостоятельно купирующееся, желудочно-кишечное кровотечение. Профилактика этого осложнения состоит в поддержании рН желудка ниже 4,5 с помощью антацидов, назначаемых через зонд, внутривенно назначаемых блокаторов H₂-рецепторов слизистой желудка и по возможности в раннем удалении зонда.

6. *Носовое кровотечение*. Обычно купируется самостоятельно. Если кровотечение продолжается, удалите зонд и определите место кровотечения. Лечение требует тампонады носового хода (проводится медицинским персоналом!).

Промывание зонда. Зонд может быть закупорен сгустком крови, фрагментом тканей или густой пищевой массой. Промывать зонд желателно физиологическим раствором натрия хлорида. Промывание водой может привести к нарушению электролитного равновесия, например, алкалоз (выше допустимого рН крови) может возникнуть вследствие потери желудком большого количества кислого содержимого.

На рисунках ниже показаны проверка правильности постановки зонда и кормление пациента с помощью воронки и шприца.



Методы введения пищи через зонд:

- а) с помощью обычного или градуированного поильника;
- б) через воронку;
- в) шприцем Жане;
- г) аппаратом Б.К. «Костур» для зондового кормления.

Кормление пациента через зонд при помощи шприца или воронки

С использованием шприца:

- набрать в шприц питательную смесь;
- надеть перчатки;
- снять зажим/заглушку с зонда;
- подсоединить к зонду шприц с пищей;
- ввести питательную смесь;
- наложить зажим на зонд;
- отсоединить использованный шприц;
- подсоединить шприц с водой, снять зажим и промыть зонд под давлением поршня.

С использованием воронки:

- надеть перчатки;
- снять зажим/заглушку с зонда;
- подсоединить воронку к зонду;
- слегка наклонить воронку и наполнить питательной смесью, держать на уровне желудка пациента;
- медленно поднять воронку выше тела пациента, держать прямо;
- при достижении смеси устья воронки опустить воронку до уровня желудка (действия повторять до полного расходования смеси);
- промыть воронку кипяченой водой;
- отсоединить воронку.

Зондовые диеты

Цель назначения: обеспечить питание больных, которые не могут принимать пищу обычным путем из-за нарушения акта жевания и глотания или при непроходимости верхних отделов желудочно-кишечного тракта, а также бессознательном или резко ослабленном состоянии.

Общая характеристика. Диеты состоят из жидких и полужидких (консистенции сливок) продуктов и блюд, проходящих через зонд непосредственно в желудок или тонкий кишечник. Плотные продукты и блюда растирают и разводят жидкостью с учетом характера смеси (кипяченой водой, чаем, бульоном, овощными отварами, молоком, соком плодов и овощей). Отдельные продукты после размельчения через мясорубку протирают через протирачную машину или густое сито и процеживают через тонкое сито, чтобы исключить попадание трудно измельчаемых частей (прожилки мяса, волокна клетчатки и др.). Исключают холодные и горячие блюда и напитки. Температура блюд — 45–50 градусов, так как охлаждение делает пищу вязкой и трудно проходящей через зонд. При отсутствии противопоказаний — диеты, физиологически полноценные по химическому составу и энергетической ценности с разнообразным набором продуктов. В большинстве случаев зондовая (з) диета строится по типу диеты № 2 (№ 2з) или по типу диеты № 1 (№ 1з).

Химический состав и энергетическая ценность (для диет № 2з и 1з): белки 100–110 г (65% животные), жиры 100–110 г (25–30% растительные), углеводы 400–450 г; натрия хлорид 10–12 г (№ 1з) или 15 г (№ 2з), свободная жидкость — до 2,5 л. Энергетическая ценность — 12,1–13 МДж (2900–3100 ккал). Масса плотной части на 1 прием — не более 250–350 г.

Режим питания: 5–6 раз в день. Рекомендуемые продукты и блюда диет № 2з и 1з, в том числе:

- хлеб — 150 г сухарей из пшеничного хлеба (или сливочных), 50 г из ржаного хлеба; на диету № 1з только пшеничные или сливочные. После тщательного измельчения добавляют в жидкую пищу;
- супы — на нежирном мясном, рыбном бульонах, овощном отваре с тщательно протертыми и хорошо разваренными разрешенными овощами и крупой или крупяной мукой; супы-пюре из мяса и рыбы; молочные супы с протертыми овощами и крупой; из протертых плодов и манной крупы. Супы заправляют сливочным или растительным маслом, сливками, сметаной. Для диеты № 1з мясные и рыбные бульоны не используются;
- мясо, птица, рыба — нежирные виды и сорта из наиболее мягких частей (говяжьей туши, кролика, птицы, печень). Они освобождаются от жира, фасций, сухожилий, кожи (птица), кожи и костей (рыба). Вареное мясо и рыбу дважды пропускают через мясорубку с мелкой решеткой

- и протирают через густое сито. Мясные и рыбные пюре (суфле) смешивают с протертым гарниром и доводят до нужной консистенции добавлением бульона (диета № 2з), овощного или крупяного (диета № 1з) отвара. Таким образом, мясные и рыбные блюда подают в смеси с гарниром. В день в среднем пациент получает 150 г мяса и 50 г рыбы;
- молочные продукты: в среднем 600 мл молока, 200 мл кефира или других кисломолочных продуктов, 100–150 г творога, 40–50 мл сметаны и сливок в суточном рационе. При непереносимости молока — замена на кисломолочные и другие продукты. Творог протертый, в виде крема, суфле или сырков творожных. Протирают с молоком, кефиром, сахаром до консистенции сметаны;
 - яйца — 1–2 штуки в день, всмятку; для паровых белковых омлетов — 3 белка;
 - крупы: 120–150 г манной, овсяной, геркулеса, толокна, риса, гречневой. Мука крупяная. Каши протертые, жидкие, на молоке или бульоне (диета № 2з). Отварная протертая вермишель;
 - овощи: 300–350 г в день. Картофель, морковь, свекла, цветная капуста, кабачки, тыква, ограниченно — зеленый горошек. Тщательно протрите хорошо разваренные овощи и приготовьте пюре, суфле. Белокочанную капусту и другие не используют;
 - закуски не используют;
 - плоды, сладкие блюда, сладости: спелые фрукты и ягоды — 150–200 г в день в виде протертых пюре и компотов (как правило, пропускают через мясорубку и протирают через сито), желе, муссов, киселей, отваров, соков. Используют отвары сухофруктов. Сахар — 30–50 г, мед (при переносимости) — 20 г в день;
 - соусы не используют;
 - из напитков: чай, чай с молоком, сливками, кофе и какао с молоком, соки из фруктов, ягод, овощей; отвары шиповника и пшеничных отрубей;
 - из жиров — масло сливочное — 30 г, растительное — 30 мл в день.

Примерное меню диеты № 2з

1 - й з а в т р а к: яйцо всмятку, жидкая молочная манная каша 250 мл, молоко 180 мл.

2 - й з а в т р а к: пюре яблочное 100 г, отвар шиповника 180 мл.

Об е д: суп овсяный с овощами на мясном бульоне протертый 400 мл, мясное пюре с картофельным полужидким молочным пюре 100/250 г, компот 180 мл.

П о л д н и к: творог, протертый с молоком, 100 г, кисель 180 мл.

У ж и н: суп рисовый на бульоне протертый 250 мл, суфле из отварной рыбы 100 г, пюре морковное 200 г.

Н а н о ч ь: кефир — 180 мл.

Дополнения. В зондовых диетах можно применять пищевые концентраты и консервы, кроме закусочных (сухое и сгущенное молоко и сливки, сухое обезжиренное молоко, натуральные овощные консервы без добавок, концентраты третьих блюд — кисели, кремы и т.д.). Наиболее целесообразно использовать продукты детского и диетического питания со сбалансированным и стандартным химическим составом, что облегчает составление необходимых рационов. Эти продукты изготовлены в виде пюре, гомогенизированы или находятся в порошкообразном состоянии, удобном для разведения жидкостями: *энпиты*, консервы из мяса, рыбы, овощей, плодов, сухие молочные и ацидофильные смеси типа «Малютка» и «Малыш», сухие молочно-крупяные смеси, молочные кисели и др.

Суточный набор продуктов, рекомендуемых Институтом питания РАМН для зондовых диет

Молоко сухое цельное 150 г, яйца 2 шт., сухая молочная смесь типа «Малыш» с гречневой крупой — 400 г, пюре из мяса цыплят типа «Крошка» и консервы — в целом 400 г (пюре из моркови, из зеленого горошка), соки: яблочный 400 мл, виноградный 200 мл, масло растительное 30 мл, сахар — 100 г, жидкость до 2,5 л.

Это составляет около 135 г белка, 125 г жира, 365 г углеводов; энергетическая ценность — 13 МДж (3100 ккал).

Для зондовых диет можно на короткий срок (!) использовать упрощенную питательную смесь следующего состава (суточный объем): молоко 1,5 л, масло сливочное 40 г, масло растительное 10 мл, сахар 150 г, яйца 4 штуки. В смеси 67 г животного белка, 110 г легкоперевариваемых жиров, 220 г простых углеводов, энергетическая ценность — 8,8 МДж (2100 ккал). Смесь распределяют на 5 приемов. В нее вводят 100 мг аскорбиновой кислоты.

Специализированные продукты лечебного питания

ст. 39 Федерального закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» от 21.11.2011 № 323-ФЗ

Продукты диетического (лечебного) питания — пищевые продукты, предназначенные для использования в составе лечебных диет, полученные путем технологической или химической модификации традиционных пищевых продуктов



Специализированные продукты, предназначенные для употребления их в качестве самостоятельных продуктов (блюд) взамен отдельного приема пищи или рациона в целом (в т.ч. смеси для энтерального питания, предназначенные для нутритивной поддержки)

Пищевые ингредиенты: концентраты пищевых веществ (белка, ПНЖК, пищевых волокон, витаминов, минеральных веществ и др.) — смесей в сухом или жидком виде, применяемых в качестве компонента приготовления готовых блюд для диетического (лечебного и профилактического) питания смеси белковые композитные сухие (ГОСТ Р 53861–2010), которые включаются в рацион в количестве 20–50% от общего белка конкретной диеты и др.

Для зондовых диет используют *стандартные полимерные смеси* промышленного производства для взрослого населения. Они максимально подходят взрослому организму по своему составу. Такие растворы содержат в себе все необходимые минералы, микроэлементы, белки, жиры, углеводы. Они делятся на следующие виды:

- а) *сухие*, которые необходимо разводить и вводить в организм через зонд. Это энтеральное питание типа «Нутризон», «Берламин Модуляр», «Нутрикомп Стандарт» и др.
- б) *жидкие*, которые сразу же можно вводить через зонд. Они созданы для ситуаций, когда нельзя терять ни минуты, подавая жизненно важное питание человеку. К ним относятся «Берламин Модуляр», «Нутрикомп Ликвид», «Нутризон Стандарт» и некоторые другие.

Кроме того, используются *смеси направленного действия*. Этот вид питания по назначению сходен с элементарным видом смесей. Они предназначены для восстановления функциональности организма при конкретной патологии. Они корректируют нарушения обмена веществ при дыхательной недостаточности, нарушении функции почек и печени, иммунитета.

Сегодня на рынке имеется широкий выбор специализированных продуктов лечебного питания и специализированных концентратов. Для питания *зондовых пациентов* особое значение имеют разработанные Институтом питания РАМН энпиты. *Энпиты* представляют собой сухие питательные смеси для энтерального питания взрослых с повышенным или пониженным содержанием основных ингредиентов. Они имеют высокую питательную и биологическую ценность, легко перевариваются, не требуют жевания.

Выпускаются следующие виды энпитов:

- белковый энпит,
- обезжиренный энпит,
- калорийный энпит,
- противоанемический энпит.

Белковый энпит рекомендуется для обогащения белковой части рациона:

- при нарушении физического статуса пациентов,
- при нарушении процессов при язвенной болезни, циррозе печени, ожоговой болезни,
- при истощении у хирургических больных (до и после операции).

Может употребляться в виде напитка как самостоятельное блюдо. В сухом или жидком виде добавляют в рецептуру различных блюд.

Обезжиренные энпиты для энтерального зондового питания назначают с целью уменьшения содержания жира в рационе при сохранении нормального или несколько повышенного уровня белка.

Калорийный энпит применяют с целью повышения энергетической ценности рациона и обогащения полиненасыщенными жирными кислотами (ПНЖК). Может употребляться в виде напитка как самостоятельное блюдо или добавляться к различным блюдам.

Противоанемический энпит рекомендуется взрослым, страдающим анемией.

<p>100 г <i>белкового энпита</i> — 44 г белка, 14 г жира, 31 г легкоусвояемых углеводов, значительное количество хорошо сбалансированных минеральных веществ и витаминов, в частности 750 мг кальция; 15 мг железа; 1,1 мг, 2,4 мг, 9 мг, и 44 мг витаминов «В6», «В2», «РР» и «С» соответственно; его энергетическая ценность составляет 1,7 МДж (417 ккал)</p>	<p>100 г различных <i>противоанемических энпитов</i> содержат 26–44 мг хорошо усвояемого железа</p> <p>100 г различных <i>молочно-крупяных белковых энпитов</i> — 17–20 г белка, 5–7 г жира, 63 г углеводов — крахмала и простых сахаров, 1,5 МДж (370 ккал)</p> <p>100 г <i>жирового энпита</i> — 22 г белка, 41 г жира, 29 г легкоусвояемых углеводов, 2,4 МДж (564 ккал)</p>
--	---

Приготовление энпитов. Сухой порошок тщательно размешивают в теплой кипяченой воде, доливают горячей воды и доводят смесь до кипения, после чего энпит готов к употреблению. На 50 г сухого энпита (1 порция) требуется 200–250 мл воды. Более концентрированные растворы иногда плохо переносятся больными, вызывают поносы. Можно начинать с 50–100 мл напитка, вводить энпиты в каши, пюре, соки.

Продолжительность использования энпита составляет в среднем 15–30 дней, небольшими дозами от 10 до 50 мл.

Специализированные концентраты

- Содержат все необходимые пищевые вещества и могут быть существенным дополнением или единственным источником сбалансированного питания при заболеваниях челюстно-лицевой области, кишечника с нарушением переваривания пищи, поджелудочной железы, неврологических, онкологических заболеваниях, в том числе на фоне химио- и радиотерапии, после хирургических операций и травм и т. д. Питание таких тяжелобольных трудно организовать за счет обычных продуктов не только в домашних условиях, но и в больницах.

- В России разработаны следующие специализированные концентраты: энпиты, инпитан, оволакт, унипиты, фортоген, нутризон, нутритек, гепамин и др.; прошли успешное испытание зарубежные концентраты — пентамен, берламин, комплит, нутродрип, нутриен и многие другие. Эти концентраты предназначены для обычного употребления в виде напитков и для питания через зонд при расстройствах жевательной и глотательной функций и по иным причинам. Кроме того, эти концентраты могут быть дополнением любого лечебного питания путем введения в соответствующие блюда. Разумеется, выбор нужного специализированного концентрата для конкретного больного должен осуществлять врач.
- Энпиты можно применять в качестве напитка, вводить в каши, пюре, соки. Они имеют высокую пищевую ценность, легкую перевариваемость. Разработаны различные виды энпитов: ацидофильные, белковые, жировые, обезжиренные, безлактозные.
- Инпитан предназначен для питания через зонд или в качестве напитка; показания к применению такие же, как у оволакта.

РАЗДЕЛ XI

ПРИНЦИПЫ РАЦИОНАЛЬНОГО ПИТАНИЯ

При отмене зондового питания и переводе пациента на обычное питание (пероральное питание) диету подбирают, исходя из имеющегося у него неврологического статуса и его собственных пищевых предпочтений. Одним из основных принципов лечебного питания является *сбалансированность пищевого рациона*, т.е. соблюдение оптимального соотношения белков, жиров, углеводов, витаминов, минеральных жидкостей и воды при обеспечении суточной потребности человека в питательных веществах и энергии.

Рациональное питание (от лат. *rationalis* – разумный) – это физиологически полноценное питание здоровых людей с учетом их пола, возраста, характера труда и других факторов. Рациональное питание способствует сохранению здоровья, сопротивляемости вредным факторам окружающей среды, высокой физической и умственной работоспособности, а также активному долголетию. Требования к рациональному питанию слагаются из требований к пищевому рациону, режиму питания и условиям приема пищи.

К пищевому рациону предъявляются следующие требования:

- энергетическая ценность рациона должна покрывать энергозатраты организма;
- надлежащий химический состав – оптимальное количество сбалансированных между собой пищевых (питательных) веществ;
- хорошая усвояемость пищи, зависящая от ее состава и способа приготовления;
- высокие органолептические свойства пищи (внешний вид, консистенция, вкус, запах, цвет, температура);
- разнообразие пищи за счет широкого ассортимента продуктов и различных приемов их кулинарной обработки;
- способность пищи (состав, объем, кулинарная обработка) создавать чувство насыщения;
- санитарно-эпидемиологическая безупречность и безвредность пищи.

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

достаточно калорийным для поддержания идеальной массы тела пациента. В растительных продуктах для удовлетворения потребности организма человека белка мало, поэтому в пищевой рацион необходимо включать продукты животного происхождения (мясо, рыба, яичный белок, молоко). При недостаточном поступлении белков снижаются защитные силы организма. Однако в тех случаях, когда имеет место недостаточность функции печени или почек, потребление белков с пищей необходимо значительно снизить.

Доля *жиров* в пищевом рационе не должна быть большой (в среднем 70–100 г в сутки), при этом не менее трети отводится жирам растительного происхождения. Избыток животных жиров неблагоприятен в плане повышения риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. Следует учесть, что жиры легко образуются из углеводов, поэтому избыточный прием углеводов приводит и к увеличению потребления организмом жиров.

Оптимальное содержание *углеводов* в суточном пищевом рационе в среднем составляет 400–500 г. Избыточное потребление углеводов приводит к ожирению, в то время как недостаточное поступление углеводов ведет к усиленному распаду собственных жиров организма и расщеплению тканевых белков, что отрицательно сказывается на здоровье. Однако у больных сахарным диабетом (нередко встречающимся у больных с инсультами, в пожилом возрасте) содержание углеводов в пище снижают.

Помимо белков, углеводов и жиров в суточный рацион обязательно включают в среднем 1,5–2 л *воды*, а также *витамины и микроэлементы*.

Кроме этих веществ, в питание необходимо вводить и так называемые балластные вещества (пищевые волокна), представляющие собой пустые клеточные оболочки растений. В кишечнике они связываются с водой и набухают, увеличивая тем самым объем кишечного содержимого и двигательную функцию кишечника. Пищевые волокна также необходимы для связывания и выведения токсических веществ, образующихся в организме в процессе его жизнедеятельности. В сутки человеку рекомендуется потреблять не менее 30–40 г пищевых волокон, которыми особенно богаты овощи и фрукты (свекла, слива, черная смородина, яблоки), сухофрукты (чернослив), овсяная и гречневая крупы, сушеные грибы, бобовые (зеленый горошек), хлеб из муки грубого помола.

**Оптимальным считается четырехразовый режим питания:
завтрак, второй завтрак, обед и ужин.**

Старайтесь, чтобы еда выглядела аппетитной и приятно пахла. Кроме того, она должна быть достаточно теплой, так как пациентам с нарушенным глотанием требуется длительное время для приема пищи.

Если же пациент не ощущает температуры пищи или, наоборот, имеет повышенную чувствительность к теплой еде, кормите его пищей комнатной температуры.

При сохранении нарушений глотания легче проглатывать пищу консистенции пудинга, т.е. достаточно жидкую и однородную, чтобы не жевать, и одновременно достаточно густую, чтобы формировать пищевой комок. Такая полужесткая пища переносится пациентами с нарушениями глотания лучше всего, так как она стимулирует чувствительность слизистой рта и улучшает возможность глотания. Предпочтение при кормлении больных с нарушениями глотания отдается такой пище, как запеканка, густой йогурт, протертые фрукты и овощи, каши. Йогурт и пресованный творог не просто хорошо переносятся, но и являются богатыми источниками кальция.

Рубленая полужесткая пища предпочтительнее пюре, так как в ней больше структурных частиц, стимулирующих глотание. Пища в виде пюре менее предпочтительна еще и по той причине, что пациенту трудно определить, что он ест; к тому же избыток пюре во рту может привести к аспирации.

РАЗДЕЛ XII

ЛИЧНАЯ ГИГИЕНА ПАЦИЕНТА

В процессе ухода за пациентом с ограничениями самообслуживания следует ежедневно наблюдать за:

- выражением лица;
- голосом;
- состоянием кожи;
- количеством и качеством выделяемых мочи и кала;
- запахом тела;
- дыханием;
- пульсом;
- артериальным давлением.

Температура тела является важным диагностическим критерием оценки состояния пациента. Ее изменения свидетельствуют о развивающемся заболевании, особенностях его течения и реакции пациента на патологический процесс. Температуру тела необходимо измерять ежедневно. Пациентам, которые перенесли инфаркт или инсульт, необходимо не менее 2-х раз в сутки измерять артериальное давление, записывать показания и показывать их лечащему врачу, также отмечать сведения о стуле и мочеиспускании.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ЛЕЖАЧИМ ПАЦИЕНТОМ

Физиологические отправления (мочеиспускание и дефекация). 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. 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. Физиологические отправления у таких пациентов происходят в лежачем положении, а для этого нужно иметь специальные приспособления — *подкладное судно и мочеприемник*. После использования их моют в горячей

воде, затем обрабатывают раствором дезинфектанта. Нужно следить, чтобы стул был ежедневно, при необходимости давать минеральные воды, обладающие выраженным послабляющим эффектом, или слабительные средства. Для ухода за пациентом понадобятся также *газоотводная трубка, резиновая клизма или кружка Эсмарха, грелка, градусник, корнцанг и пинцет.*

Дефекация проводится ежедневно по потребности с целью оказания пациенту помощи в использовании судна или калоприемника при осуществлении акта дефекации, для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием кала. Если пациент, испытывающий потребность опорожнить кишечник, находится в общей палате, то его желательно отгородить от других пациентов ширмой. Чисто вымытое и продезинфицированное судно с небольшим количеством воды, добавленной для устранения запаха, подводят под ягодицы пациента, предварительно попросив его согнуть ноги в коленях и помогая ему свободной рукой несколько приподнять таз. Гигиеническую обработку перианальной области проводят в зависимости от консистенции кала, либо не убирая подкладное судно (при жидкой консистенции), либо без него.

Очистительная клизма (технология проведения)

Приготовить: кружку Эсмарха, воду, ректальный наконечник в упаковке, вазелин (глицерин), салфетки, непромокаемую пеленку, перчатки, контейнер с дезинфектантом.

Положение пациента: лежа на левом боку на пеленке, ноги согнуты в коленях, приведены к животу.

Последовательность действий:

- вымыть и осушить руки,
- заполнить кружку Эсмарха водой (1–1,5 л, температура 20–28С), подвесить на штатив,
- подсоединить к системе клизменный наконечник,
- открыть вентиль, заполнить систему водой, закрыть вентиль,
- смазать наконечник вазелином (глицерином),
- надеть перчатки,
- приподнять левой рукой ягодицу и правой рукой осторожно ввести в анус наконечник на 3–4 см по направлению к пупку и затем на 5–6 см параллельно позвоночнику по ходу кишечника,
- немного приоткрыть вентиль и обеспечить медленное заполнение кишечника водой,
- закрыть вентиль, извлечь наконечник через салфетку,
- попросить пациента удерживать воду в течение 5–10 минут и затем опорожнить кишечник в унитаз/судно,

- отсоединить наконечник и погрузить в дезинфектант,
- снять перчатки, вымыть, осушить руки,
- обеспечить комфорт пациенту.

Рекомендации для ухаживающего лица

- Соблюдать температурный режим воды в зависимости от состояния кишечника (при атонии — холодную, при спазме — теплую).
- Проводить процедуру в кровати в особых случаях можно и в положении лежа на спине: наконечник вводить прямо на 3–4 см и на 5–6 см вверх.
- Добавить в воду (по рекомендации врача!) солевой раствор (хлорид натрия, сульфат магния), глицерин или различные масла (вазелиновое, подсолнечное) для усиления перистальтики.

Микроклизмы: послабляющие и лекарственные

Послабляющие микроклизмы: гипертоническая и масляная

Эти клизмы идентичны в оснащении, методике постановки, последовательности действия, очистительном эффекте. Но механизм действия различен. Гипертоническая клизма усиливает перистальтику, вызывая послабляющий эффект, а также трансудацию — выход жидкости из тканей в просвет кишечника. Это вызывает обильный жидкий стул. Данный механизм действия используют для борьбы с массивными отеками. Масло при введении в кишечник обволакивает и размягчает каловые массы. Опорожнение наступает через 6–10 часов, клизму целесообразно ставить вечером, перед сном.

Постановка гипертонической микроклизмы

Приготовить: шприц Жане или резиновую грушу, газоотводную трубку, солевой раствор 50–100 мл (10% раствор натрия хлорида или 20% раствор магния сульфата), температура которого 37–38°C, вазелин, салфетку, непромокаемую пеленку, перчатки, контейнер с дезинфектантом.

Положение пациента: лежа на левом боку на пеленке, ноги согнуты в коленях, приведены к животу.

Последовательность действий:

- вымыть и осушить руки;
- набрать раствор в шприц Жане или резиновую грушу;
- надеть перчатки;
- смазать газоотводную трубку вазелином;
- приподнять левой рукой ягодицу и правой рукой осторожно ввести в анус газоотводную трубку на глубину 15–20 см по ходу кишечника;

- присоединить к трубке шприц Жане / резиновую грушу, медленно ввести раствор;
- отсоединить грушу / шприц от трубки, не разжимая ее, извлечь газоотводную трубку через салфетку;
- погрузить использованные предметы в дезинфектант;
- попросить пациента удерживать раствор в течение 20–30 минут и опорожнить кишечник в унитаз (горшок, судно);
- снять перчатки, сбросить в контейнер, вымыть, осушить руки;
- обеспечить комфорт пациенту.

Рекомендации для ухаживающего лица

- Выполнять масляную клизму аналогично гипертонической.
- Использовать для масляной клизмы растительные масла объемом 100–200 мл, температура которых 37–38 °С.
- Оценить послабляющий эффект через 6–10 часов.

Мочейспускание проводится ежедневно по потребности. С целью оказания больному помощи используется *судно* или *мочеприемник* при осуществлении акта мочеиспускания для предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием.

Уход за глазами

Ежедневно глаза промывают кипяченой водой движением от наружного угла глаза к внутреннему. Выделения из глаз удаляют ватным тампоном, смоченным водой или 0,02% раствором фурацилина. Для каждого глаза используется индивидуальный тампон.

Уход за ушами

Туалет наружных слуховых проходов проводят раз в неделю. Для этого наклоняют голову пациента в противоположную сторону, оттягивают ушную раковину назад и вверх и закапывают в слуховой проход 6–10 капель 3% раствора перекиси водорода. В таком положении пациента оставить на 5 минут, затем оттянуть ушную раковину назад и вверх и ватной *турундой* легким вращением очистить наружный слуховой проход (турундочка – маленький тампон, свернутый из ваты или марли). Кожу задней поверхности ушной раковины, особенно у места ее перехода на область сосцевидного отростка, периодически следует протирать, чтобы избежать появления воспалительных изменений.

Уход за полостью носа

Запрокинуть голову пациента, ввести в носовой ход ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле, на 2–3 минуты. Удалить

СПЕЦИАЛЬНЫЕ СРЕДСТВА УХОДА

	<p><i>Кружка Эсмарха и резиновая груша</i> представляют собой емкость с трубкой для проведения медицинской процедуры – клизмы</p>
	<p><i>Газоотводная трубка</i> – небольшая мягкая толстостенная трубка из резины. Ее длина от 30 до 50 см, а диаметр – 0,3–0,5 см. Один конец газоотводной трубки закруглен, а другой косо срезан</p>
	<p><i>Мочеприемник</i> – сосуд, предназначенный для сбора мочи</p>
	<p><i>Подкладное судно</i> – специальное средство, предназначенное для проведения гигиенической процедуры очищения кишечника</p>
	<p><i>Корнцанг</i> – хирургический инструмент для захватывания и подачи инструментов и перевязочного материала, представляющий собой зажим с кремальерой, длинными прямыми или изогнутыми браншами и овальными губками с насечкой</p>

содержимое новыми сухими ватными турундами, прокручивая их в полости носа. Каждый носовой ход обрабатывается поочередно индивидуальной турундой.

Уход за волосами, ногтями, бритье тяжелобольного пациента

Проводится ежедневно, что повышает качество жизни, психологический статус и самооценку пациента. Волосы ежедневно следует расчесывать, применяя индивидуальную щетку или расческу для волос. Мытье волос осуществляется по мере загрязнения, но не реже раза в неделю с использованием специальных устройств (ванночки) и медицинских средств для мытья головы лежачих больных (шапочки, «сухие» шампуни и др.). Использование «сухих» шампуней не заменяет регулярное мытье волос, но может использоваться для ежедневного ухода. Бритье осуществляется по мере роста бороды. Стрижка ногтей проводится раз в 7–10 дней. Стрижка волос осуществляется по мере необходимости. Обработка придатков кожи должна производиться в режиме максимального щажения и предупреждения повреждения кожных покровов. Ногти на руках и ногах стригут систематически, лучше после ванны, душа или мытья ног. После процедуры ножницы дезинфицируют (протирают ватой, смоченной 70 % спиртом или 1 % раствором хлорамина).

Уход за полостью рта и зубами

Зубы надо чистить не реже 2-х раз в день, полоскать рот после каждого приема пищи. У тяжелобольных уход за полостью рта выполняется следующим образом. Конец языка обернуть стерильной марлевой салфеткой и левой рукой вытянуть изо рта. Правой рукой, используя влажный ватный шарик, зажатый пинцетом, снять налет с поверхности языка. Затем язык отпустить и другим тампоном протереть зубы с внутренней и наружной стороны, особенно у шейки. Слизистую оболочку щек не протирают, чтобы не внести инфекцию в выводные протоки слюнных желез. Попросите пациента ополоснуть рот теплой водой. Инструменты следует продезинфицировать.

Уход за кожей

Ежедневно утром и вечером перед сном пациенты должны умываться. Перед каждым приемом пищи пациенту нужно мыть руки с мылом. Умывать пациента можно водой из кувшина или при помощи губки. Уход за кожей тяжелобольного пациента проводится каждые 2 ч с целью предотвращения развития пролежней, профилактики инфекционных осложнений. Не следует допускать чрезмерного увлажнения или сухости кожи: при чрезмерном увлажнении — подсушивать, используя присыпки без

талька, при сухости — увлажнять кремом, применяя для этого различные профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия с увлажняющими и защитными свойствами для ухода за кожей. Мытье кожи проводить *без трения и использования кускового мыла*, для этого применяются профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам. Ноги и голову также моют в постели. Ноги следует мыть 2–3 раза в неделю в тазике, который ставят на кровать. Пациентов, страдающих недержанием мочи и кала, а также тяжелобольных после каждого акта дефекации и мочеиспускания необходимо подмывать.

В случае проведения массажа не подвергать участки зон риска трению. Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска (в радиусе не менее 5 см от костного выступа), проводить после обильного нанесения питательного (увлажняющего) крема на кожу.

Уход за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольного

Проводится ежедневно, по мере загрязнения, регулярно, но не менее двух раз в день, даже в отсутствие видимого загрязнения. Проводится с целью предотвращения развития пролежней, контактного дерматита, ассоциированного с недержанием мочи и кала. Для гигиенического ухода за промежностью и наружными половыми органами тяжелобольных следует применять профессиональные (косметические) средства, медицинские изделия для ухода за кожей, например, моющий лосьон, пена и др. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями, используя изделия из махровой ткани, уделяя особое внимание кожным складкам и проблемным зонам.

Рекомендуется использовать *абсорбирующее белье* (впитывающие простыни (пеленки), подгузники, впитывающие трусы, урологические прокладки и вкладыши и др.), препятствующие увлажнению кожи, уменьшающие ее инфицированность при недержании мочи и кала. Выбор абсорбирующего белья и подгузника является строго индивидуальным, зависит от тяжести состояния пациента и степени недержания мочи, возраста, массы тела, телосложения, степени активности. Необходимо учитывать типоразмеры и степень впитывающей способности.

ИНТИМНАЯ ГИГИЕНА ЖЕНЩИНЫ

Важно установить доброжелательные конфиденциальные отношения. Если пациентка самостоятельно может выполнить процедуру, предложите ей это сделать и оставьте ее наедине.

Первый способ

Подготовка к процедуре

Для этого понадобятся: лоток, *корнцанг*, салфетки, клеенка, пеленка, мыло, судно, кувшин или кружка Эсмарха с водой (температура воды 36–38 °С), перчатки, клеенка с пленкой.

Технология

1. Подстелите клеенку и пеленку под таз пациентке, поставьте судно (если возможно) под ее крестец на клеенку.
2. Укройте женщину простыней так, чтобы один угол был на груди, другие прикрывали туловище.
3. Помогите женщине согнуть ноги в коленях и слегка развести их в стороны.
4. Встаньте справа от пациентки.
5. Приготовьте мыльный раствор или специальные гигиенические средства для ухода за кожей интимной зоны, взбейте пену.
6. Возьмите резиновую трубку от *кружки Эсмарха* или кувшин в левую руку, а *корнцанг* со смоченной в мыльном растворе марлевой салфеткой в правой.

В домашних условиях можно сделать из махровой ткани рукавичку и использовать ее вместо *корнцанга* и марлевых салфеток. Менять салфетки необходимо также последовательно, как и делать обработку. Нельзя использовать грязную салфетку для повторной обработки. Используемые салфетки следует сбросить в лоток для дезинфекции.

Выполнение процедуры

1. Обработайте наружные половые органы и промежность в следующей последовательности: область лобка, наружные половые органы, промежность, область анального прохода.
2. Раздвиньте половые губы одной рукой и вымойте одну половую губу, смените салфетки.
3. Вымойте промежность в направлении от лобка к анальному отверстию.
4. Ополосните промежность пациентки в той же последовательности, как и при мытье.
5. Вытрите кожу насухо в той же последовательности и направлении, меняя салфетки.
6. Вымойте, ополосните и тщательно осушите промежность и область анального отверстия пациентки.

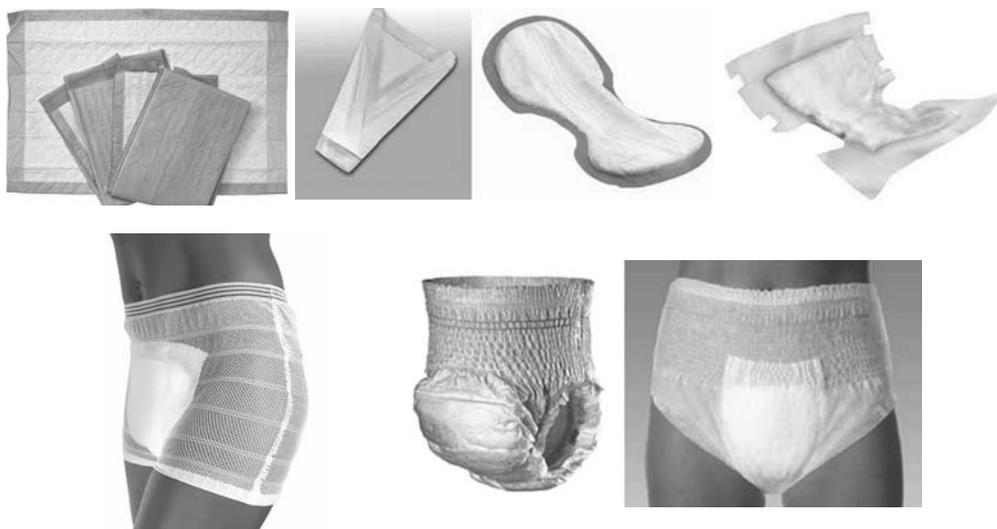
Окончание процедуры

1. Уберите судно и клеенку, снимите перчатки.
2. Расправьте постельное белье (при необходимости смените), укройте пациентку.
3. Вымойте и высушите руки.

Второй способ (с использованием влажных салфеток)

1. Помогите пациентке принять удобное положение на спине.
2. Подстелите под ягодицы пациентки впитывающую пеленку.
3. Помогите пациентке согнуть ноги в коленях и развести их в стороны.
4. Одной салфеткой протрите паховые складки движением сверху вниз к анальной области.
5. Второй салфеткой протрите лобок и большие половые губы движением сверху вниз.
6. Третьей салфеткой протрите складку между большими и малыми губами движением сверху вниз.
7. Помогите пациентке повернуться набок.
8. Осмотрите область ягодиц и спины на предмет ранних изменений на коже.
9. Четвертой салфеткой протрите область крестца и ягодиц.
10. Пятой салфеткой протрите складку между ягодицами движением сверху вниз.

Абсорбирующее белье – это специальное белье, предназначенное для ухода за пациентами с недержанием мочи и кала. Примером могут быть прокладки, простыни, салфетки, трусы, памперсы, подгузники и др.



РАЗДЕЛ XIII

МЫТЬЕ ПАЦИЕНТА В ПОСТЕЛИ

Прежде чем взглянуть на мытье с практической точки зрения, рассмотрим, почему чистоплотность так важна:

1. Быть чистым — это основное желание человека.
2. Быть чистым более приятно и для самого человека, и для окружающих, так как это уменьшает неприятный запах тела. Это очень существенно и в больнице, и в домашних условиях, где люди находятся очень близко один от другого. Чистота способствует нормальному общению больного с окружающими.
3. Будучи чистым, любой чувствует себя лучше, это все мы знаем по опыту. То же самое может сказать пациент, если он вымыт и одет в чистое белье. Если пациент чувствует себя комфортно, он быстрее будет выздоравливать.
4. Чистоплотность препятствует распространению инфекции. Ослабленные люди более чувствительны к инфекции.
5. Чистота может предотвратить последствия неконтролируемых физиологических отправления. Остатки мочи и кала приводят к инфекции и к тому же повреждают кожу, вызывают жжение и способствуют возникновению пролежней.

Приготовление к мытью

Приготовление к мытью означает, что необходимо заранее подготовить все оборудование. Важно продумать заранее каждую мелочь.

Общая информация

1. При подготовке к мытью лежачего пациента сначала узнайте о его индивидуальных особенностях. Оцените, что он может сделать сам, а что надо сделать для него. Самостоятельность нужно поощрять, но пациент не должен испытывать мучений. Узнайте о его предпочтениях, например, любит ли он мыть лицо мылом. Обязательно поинтересуйтесь, что хочет сам подопечный. Возможно, он чувствует себя усталым в этот день или к нему должны скоро прийти посетители. Может быть, он хочет вымыть только голову или надеть какую-нибудь особенную одежду. Пациент может захотеть воспользоваться судном перед мытьем.

2. Информация об особенных проблемах. Необходимо иметь информацию о заболеваниях пациента. Возможно, они будут определять способ мытья. Некоторые пациенты нуждаются в очень осторожном передвижении из-за наличия у них специального оборудования (дренажи, трахеостомические трубки). Пациентам после радиотерапии нужно сохранять сухими участки кожи, к которым прикладывались пластины, так как кожа в этих местах подвержена воспалению. Пациенты со сломанной ногой, возможно, будут двигать ею только в одной плоскости. У пациента могут быть множественные боли в теле или очень чувствительные участки кожи, а может быть рана, которую потребуется перевязать. Обсудите эти проблемы с ним. При таком общении он скорее будет испытывать к вам доверие и чувствовать себя спокойно.

3. Информация для пациента. Обязательно сообщите ему, где и как будет проходить процесс мытья, и объясните почему.

4. Требуемая помощь. Заранее решите, потребуется ли для мытья больного помощь кого-нибудь еще, и позаботьтесь об этой помощи. Возможно, помощь не будет требоваться постоянно, а только на отдельных этапах (например, для поднятия или подтягивания).

5. Процесс мытья. Заранее подумайте о том, как вы собираетесь мыть пациента, когда и что вам потребуется. Имейте в голове мысленную картину процесса мытья. Окружающее пространство подготовьте так, чтобы у вас было достаточное количество места. Возможно, потребуется кое-что передвинуть, например, стулья, прикроватный столик или убрать со столика вещи. Подготовка к мытью очень важна. Хорошая подготовка экономит ваше время и силы. Кроме того, пациент не будет чувствовать себя комфортно, если в процессе мытья вы обнаружите, что что-то забыли, или если пациент будет испытывать боль или мерзнуть.

Процесс мытья

В процессе мытья обратите внимание на следующие моменты:

1. *Минимальное распространение инфекции.* Начинайте и заканчивайте процедуру с мытья своих рук. Это препятствует распространению инфекции, к тому же больному очень приятно знать, что ухаживающие за ним руки чистые. Обратите внимание на грязное белье. Лучше всего принести к кровати бак, мешок или ведро и поместить белье туда. Не кладите грязное белье на пол!

2. *Правило: от «чистого к грязному».* Во всем, что вы делаете, вы должны двигаться от чистого к грязному. Если вы касаетесь чего-то «грязного», то обязательно вымойте свои руки прежде, чем делать что-то «чистое». Мочалку, использованную для грязных участков тела, не используйте потом для чистых участков.

3. *Поднимание или переворачивание.* Вы должны сами решить, поднимать или переворачивать пациента. Некоторые из пациентов могут

садиться, некоторые нуждаются в помощи двух человек, чтобы можно было помыть нижнюю часть тела.

4. *Разбрызгивание воды.* Сильное разбрызгивание и расплескивание воды создают дискомфорт. Вовремя убрав в нужное место грязное белье, вы также предупредите неудобства.

5. *Особые части тела.* Некоторым частям тела уделите особое внимание. Область под грудью, подмышечные впадины, пупок, паховые складки, жировые складки, между пальцами ног — здесь может скопиться грязь, образоваться опрелости, возникнуть инфекция. Между пальцами ног просушите кожу особенно тщательно. Не забудьте вымыть больному уши.

6. *Наблюдение.* Во время мытья внимательно осмотрите кожу пациента: места возможного образования пролежней, опрелостей, мацерации и прочие болезненные участки тела.

7. *Переохлаждение.* Во время мытья пациента не допускайте переохлаждения. Раскрывайте только те части тела, которые нужно мыть. Вымытые части тела немедленно укрывайте.

8. *Достоинство пациента.* Личное достоинство пациента всегда нужно уважать. Без необходимости не раскрывайте и не обнажайте его. Во время мытья дверь в комнату держите закрытой, пользуйтесь окологочными ширмами. Шутки и смех во время процедуры недопустимы.

9. *Общение.* Во время мытья общайтесь с пациентами. Пациенты с воспалениями кожи и пролежнями особенно нуждаются в успокаивающих объяснениях, в личной беседе. Когда они разговаривают, то меньше смущаются и беспокоятся. Всегда разъясняйте пациенту, что вы собираетесь делать и что делаете.

10. *Размещение.* После процедуры мытья оставьте пациента в наиболее удобном положении с учетом особенностей его заболевания (инсульт с поражением какой-либо стороны, травма, наличие пролежней и т.д.). Обязательно учитывайте тяжесть его состояния и, конечно же, личные пожелания пациента.

Все оборудование должно быть на месте прежде, чем мытье начнется.

1. Полотенца (3 шт.):
 - одно махровое для головы;
 - два небольших для тела.
2. Постельное и нательное белье
3. Пеленки (4 шт.):
 - две штуки для укутывания вымытых частей тела;
 - две штуки для застилания на клеенку во время мытья.
4. Ведро или бак для грязного белья.

5. Таз для тела (2 шт., лучше большие тазы):
 - для мыльной воды;
 - для чистой воды.
6. Таз для головы.
7. Таз для ног.
8. Маленький тазик для кистей рук.
9. Кувшин.
10. Клеенки (2 шт.):
 - для мытья головы;
 - для мытья тела.
11. Прищепка или зажим для закрепления клеенки на шее.
12. Мыло, шампунь, фен, расческа или гребешок.
13. Мочалки или «рукавички» из хлопчатобумажной ткани (2 шт.).
14. Ватные тампоны и вазелин (при мытье головы вставляют в уши).
15. Ватные турундочки или гигиенические палочки (для чистки ушей).
16. Ножницы и кусачки (для ногтей).
17. Необходимые лекарства и перевязочные средства (если раны и пролежни надо перевязывать в процессе мытья).
18. Питательный крем (для сухой кожи), присыпка (для влажной кожи и для лучшего просушивания складок кожи и между пальцами ног).
19. Резиновые медицинские перчатки (2 пары):
 - для мытья промежности;
 - для стрижки видоизмененных ногтей.

Ногти могут изменить нормальный вид в результате нарушения кровообращения в пальцах или при грибковых заболеваниях. Чтобы не подвергнуться опасности заражения грибком, лучше при любых измененных ногтях надеть перчатки.

20. Судно или мочеприемник (они могут понадобиться в процессе мытья).
21. Если в комнате холодно, то перед мытьем ее можно дополнительно обогреть. Для этого годятся безопасные обогреватели и тепловентиляторы.

Мытье ног в постели

Технология

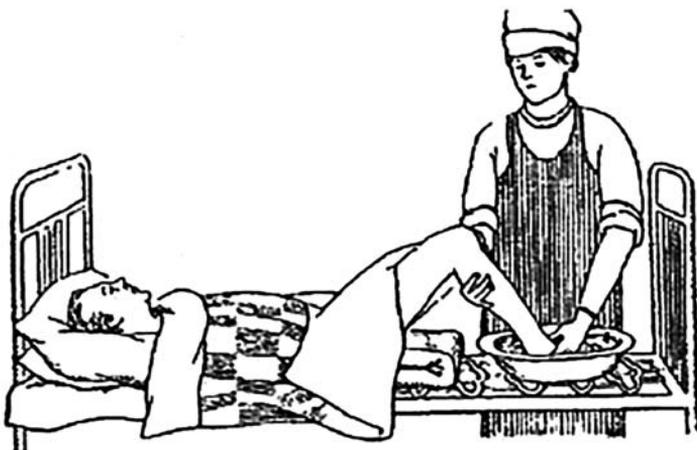
1. Установите доброжелательные, конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Вымойте и вытрите насухо руки.
3. Наденьте перчатки.
4. Закатайте валиком матрас под колени пациента.
5. Подстелите клеенку, поставьте таз с теплой водой на сетку.

6. Вымойте в тазу ноги пациента с помощью индивидуальной губки и мыла.
7. Вытрите ноги индивидуальным полотенцем для ног.
8. Подстригите пациенту ногти.
9. Смените нательное и постельное белье.
10. Продезинфицируйте ножницы.
11. Уберите все предметы для мытья ног.
12. Снимите перчатки, вымойте и высушите руки.

Мытье головы в постели

Технология

1. Установите доброжелательные, конфиденциальные отношения с пациентом.
2. Вымойте руки, высушите их.
3. Наденьте перчатки.
4. Закатайте валиком матрац под головой пациента и застелите его клеенкой.
5. Поставьте таз на сетку, подстелите под него клеенку.
6. Намыльте голову пациента.
7. Смойте мыло теплой водой из кувшина.
8. Вытрите голову пациента полотенцем.
9. Подсушите феном волосы.
10. Расчешите волосы пациента.
11. Продезинфицируйте предметы ухода.
12. Снимите перчатки, вымойте и высушите руки.



Мытье ног в постели (понадобятся таз с теплой водой, клеенка, индивидуальное мыло и губка, полотенце, ножницы, перчатки)



Мытье головы в постели (понадобятся таз, перчатки, кувшин с теплой водой, индивидуальное мыло, полотенце)

Не каждый пациент нуждается в полном объеме помощи в процессе мытья.

Вы должны решить, какую помощь окажете ему для того, чтобы он оставался чистым. Не каждый пациент, прикованный к постели, нуждается в полном мытье каждый день. Ежедневная ванна в постели необходима для тяжелобольных и пациентов с недержанием мочи. Иногда пациент не хочет мыться регулярно или полностью. Это часто бывает с пожилыми людьми. В этом случае вы должны решить, является ли его нежелание основательным или нет. Вы должны знать, что бывают пациенты, которые правильно не могут оценить степень своей чистоты. Уход за такими пациентами потребует большого внимания и заботы. При этом вы должны постараться понять нежелание пациента мыться — для этого всегда есть причина (страх боли, депрессия или слабость).

Количество салфеток, необходимое для очищения одной области, зависит от степени ее загрязненности. Направление движения салфетки учитывает анатомические особенности и возможности занесения инфекции (например из ануса во влагалище и уретру).

Как часто (рекомендации)

Мытье тела — один раз в 7 дней.

Мытье ног — ежедневно.

Мытье головы — один раз в 7 дней.

Стрижка ногтей — один раз в 7 дней.

Интимная гигиена — ежедневно утром и вечером.

РАЗДЕЛ XIV

СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Приготовление и смена постельного белья тяжелобольному

Используется хлопчатобумажное постельное белье, легкое одеяло. Смену постельного белья тяжелобольному необходимо проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения — лучше *ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней*. При смене простыни пациента осторожно отодвигают на край постели, освободившуюся часть грязной простыни скатывают вдоль (как бинт) и на это место расстилают чистую простыню.

После этого больного перекадывают (перекатывают) на чистую простыню, скатывают оставшуюся часть грязной и полностью расправляют свежую простыню. Возможен иной алгоритм: грязную простыню скатывают сверху и снизу до половины туловища больного, одновременно сверху подкладывают чистую простыню и расстилают ее сверху вниз; после этого грязную простыню убирают снизу, а чистую простыню подводят сверху и полностью расправляют. При смене постельного белья необходимо избегать трения и смещения кожных покровов.

Общие правила

В комнате разделяют две зоны.

Условно чистая зона: тумбочка, холодильник, подоконник, который предварительно протерт. Здесь можно располагать «чистое» белье.

Условно грязная зона — стул. Сюда можно класть валики, подушки, одеяла (без пододеяльников).

Последовательность белья в стопке для застилания кровати без пациента (сверху вниз):

1. Простыня.
2. Клеенка.
3. Пеленка.
4. Пододеяльник.
5. Наволочки.

Технология

Первый способ

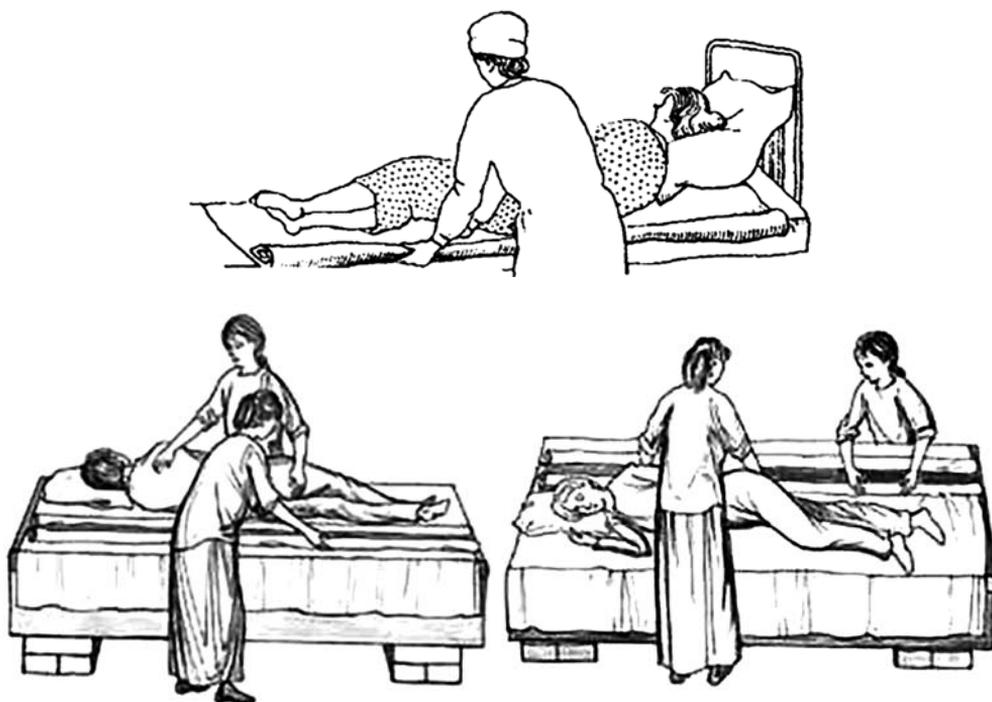
1. Поверните пациента набок, грязную простыню сверните валиком по всей длине и подсуньте под крестец больного.

2. На освободившееся место положите чистую простыню, также наполовину свернутую в валик по всей длине. Этот валик подсуньте под крестец пациента.

3. Пациента поверните сначала на спину, а после этого на другой бок. Таким образом он оказывается на чистой простыне. Грязную простыню уберите, а чистую расправьте.

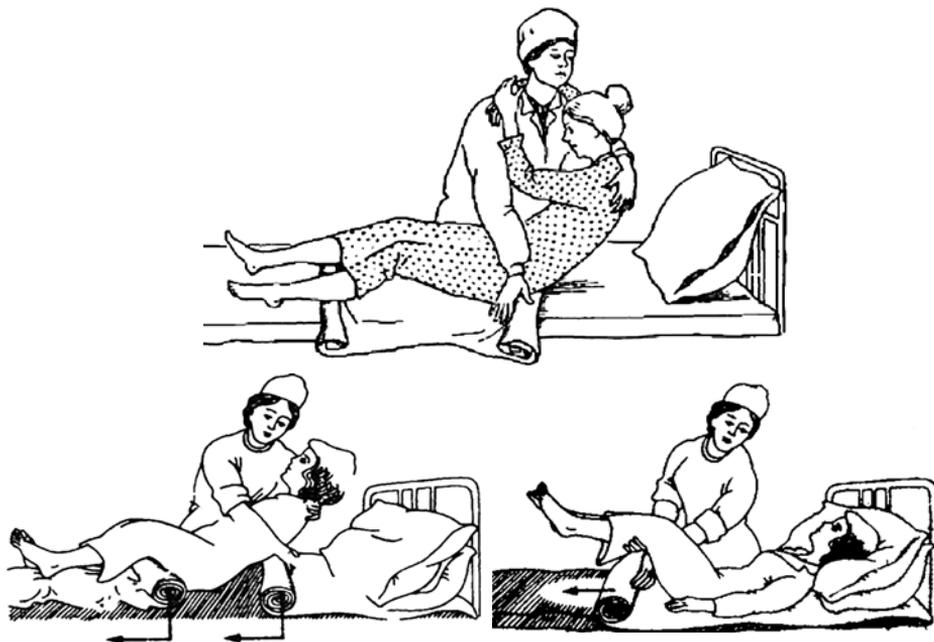
Смена постельного белья двумя людьми

Один придерживает пациента в положении на боку. Второй скатывает грязную простыню до середины кровати и расстилает чистую, предварительно сложенную так, чтобы ее можно было раскатать; пациента поворачивают на другой бок (см. поворот набок к себе); грязная простыня убирается с кровати, чистая раскатывается.



Второй способ (пациенту запрещено двигаться)

1. Грязную простыню скатайте сверху и снизу до половины туловища пациента.
2. Сверху подложите чистую простыню и расстелите ее сверху вниз.
3. Грязную простыню снизу уберите, а чистую простыню подведите сверху и полностью расправьте.



Как часто

Смену постельного белья необходимо проводить по мере загрязнения, лучше *ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней.*

Безопасность

1. Перед работой и после работы с бельем и постельными принадлежностями необходимо вымыть руки.
2. Белье и постельные принадлежности нельзя взбивать и встряхивать. При необходимости работайте в маске.
3. Никогда не прислоняйте к себе как чистое, так и грязное белье.
4. Для предотвращения падения белья и постельных принадлежностей на пол, располагайте их на горизонтальной поверхности.
5. Соблюдайте минимальное соприкосновение «чистого» и «грязного» белья.
6. Не дотрагивайтесь руками до своего лица.
7. Не производите никаких действий на весу.

РАЗДЕЛ XV

СМЕНА РУБАШКИ

Процедура проводится с целью оказания помощи пациенту по смене белья и одежды. Смену белья и одежды тяжелобольному проводить всегда при загрязнении, в отсутствие загрязнения — лучше *ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней*. При смене рубашки (удобнее рубашка-распашонка) руку подводят под спину, подтягивают за край рубашки до затылка, снимают ее через голову и освобождают рукава. При повреждении или бездвиженности одной из рук сначала снимают рубашку со здоровой руки. Надевают рубашку, наоборот, начиная с больной руки, и пропускают ее затем через голову по направлению к крестцу больного. Оказывая пособие, следует избегать трения и смещения кожных покровов.

Общие правила

1. Работайте с боку или со спины пациента.
2. Одевайте пациента, начиная с больной руки.
3. Снимайте рубашку со стороны здоровой руки.
4. Одевайте и снимайте рубашку через голову со стороны лица по направлению к затылку. Исключение: когда две руки пациента парализованы, то рубашку следует снимать с затылка на лицо.

Технология

- При одной парализованной руке
1. Возьмите рубашку и сверните ее (соберите) до рукавов.
 2. Наденьте рукав рубашки на свою руку (выше локтя).
 3. Возьмите больную руку пациента за два сустава (локоть и запястье) и уложите ее на свою руку.
 4. Перенесите (передвиньте) рукав рубашки со своей руки на руку пациента.
 5. Осторожно уложите руку пациента.
 6. Наденьте рубашку на голову пациента со стороны лица в сторону затылка.
 7. Наденьте рукав рубашки на здоровую руку, при этом бережно придерживайте локоть пациента рукой.
 8. Расправьте рубашку.

Снимайте рубашку в обратном порядке: здоровая рука — голова — больная рука.



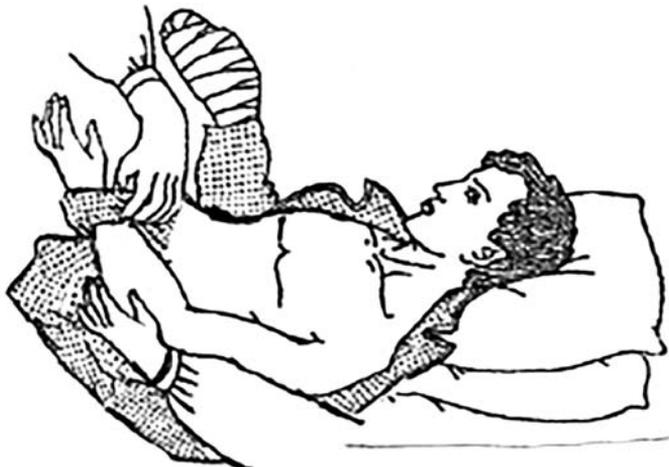
Чтобы надеть рубашку на больную руку:

- нужно взять больную руку пациента за два сустава (локоть и запястье) и уложить руку пациента на свою руку;
- перенести (передвинуть) рукав рубашки со своей руки на руку пациента.

При двух парализованных руках

1. Возьмите рубашку и сверните ее (соберите) до рукавов.
2. Наденьте рукав рубашки на свою руку (выше локтя).
3. Возьмите больную руку пациента за два сустава (локоть и запястье) и уложите руку пациента на свою руку.
4. Перенесите (передвиньте) рукав рубашки со своей руки на руку пациента.
5. Осторожно уложите руку пациента.
6. Аналогично поступите со второй рукой.
7. Поднимите рубашку как можно выше, сворачивая (собирая) ее, примерно до подмышек больного (над грудью).
8. Введите свою ладонь в горловину рубашки, положите ладонь на голову пациента. Попросите пациента несколько опустить голову. По ладони перенесите рубашку на голову пациента.
9. Расправьте рубашку.

Снимайте рубашку в обратном порядке: голова — рука — рука. Начиная с затылка, введя ладонь в горловину рубашки и положив ее на голову пациента. Как только рубашка снята с головы, поправьте волосы больному и только после этого снимайте рубашку с рук.



Чтобы надеть рубашку на «здоровую руку»:

- нужно надеть рубашку на голову пациента со стороны лица по направлению к затылку;
- потом надеть рукав рубашки на здоровую руку пациента, при этом следует беречь локоть больного, поддерживая его рукой.

Как часто

Нательное белье следует менять лучше *ежедневно, но не реже одного раза в 7 дней и при необходимости.*

РАЗДЕЛ XVI

РАСПОРЯДОК ДНЯ ПАЦИЕНТА

Для ухода за пациентом дома нужно не только приобрести необходимые средства ухода, но и составить индивидуальный план ухода — *распорядок дня*.

При составлении плана необходимо учесть потенциал и потребности пациента.

Если в уходе за пациентами участвуют несколько членов семьи, то ведение дневника ухода поможет сориентироваться в гигиенических и лечебных процедурах, которые уже выполнены, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

С чего начинается утро. Утро больного человека должно начинаться так же, как и здорового — с гигиенических процедур. Это очень важно не только для улучшения самочувствия, но и для повышения самооценки больного. *Если пациент пользуется креслом-туалетом и в состоянии частично себя обслуживать* (например, вымыть лицо, плечи и т.д.) — предоставьте ему такую возможность. В данном конкретном случае от вас требуется посадить пациента в кресло-туалет, подготовить все необходимое для ухода за полостью рта и мытья тела и поставить перед пациентом все, что вы подготовили, на столик или прикроватную тумбочку.

Если пациент не в состоянии обслужить себя и вы ухаживаете за ним, то перед тем как начать уход, необходимо сообщить пациенту о том, что вы будете сейчас с ним делать. Пример: «Сейчас я подготовлю все и вымою вам (тебе) лицо, шею и т.д.».

ВАЖНО!

Обо всем, что вы будете делать, необходимо сообщать пациенту для того, чтобы он не пугался и, следовательно, не сопротивлялся тому, что с ним делают. С пациентом необходимо разговаривать независимо от того, отвечает он вам или нет.

Примерный распорядок дня

7.00	Туалет (возможно использование кресла-туалета). Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости)
7.15	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание комнаты
8.00	Завтрак
8.30	Время покоя для больного. Уборка комнаты
10.30	Профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (чай, вода, сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости). Подготовка к обеду
12.30	Обед
15.30	Послеобеденный сон. Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости). Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости). Подготовка к ужину
18.00	Ужин
18.30	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание помещения
20.00	Подготовка ко сну
20.30	Сон

Советы родственникам

- Обязательно нужно выработать и соблюдать привычную последовательность действий. Например, сначала вы моете больному лицу, затем тело, в завершение гигиенических процедур вы проводите туалет интимной области и меняете подгузник;
- отгородите место, где находится пациент, от посторонних взглядов;
- следите за нормальной комнатной температурой, избегайте сквозняков, чтобы не простудить пациента;
- перед проведением гигиенических или лечебных процедур необходимо подготовить все заранее.

РАЗДЕЛ XVII

**УХОД В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ
ЗА ЛЕЖАЧИМ ПАЦИЕНТОМ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

После возвращения из больницы пациента, перенесшего инсульт, ухаживающим за ним лицам надо знать определенные правила по уходу за пациентом. К основным мероприятиям по уходу относят:

1. *Борьба с пролежнями, их профилактика.* Рекомендуем иметь *противопролежневый матрац*. Это специальный матрац. Он разгружает поверхность кожи и не дает образовываться пролежням, что значительно повышает качество жизни и гарантию выживаемости. Используйте специальные профилактические методики, описанные ниже.

2. *Профилактика венозных тромбозов.* У «лежачих пациентов» имеется застой крови в нижних конечностях. При застое могут образовываться тромбы, а их кусочки, отрываясь, могут попасть в головной мозг, сердце, легкие и вызвать смерть пациента. Профилактика тромбов проводится, в том числе с помощью специальных изделий из *компрессионного трикотажа*, которые сдавливают вены нижних конечностей, снижая застой и риск тромбообразования

3. *Профилактика застоя в легких, пневмонии от недостаточной вентиляции легких.* Для ликвидации застоя нужно делать дыхательные упражнения: например, надувание воздушного шарика. Самое простое — выдувание воздуха через трубочку, опущенную в емкость с водой, образуя пузырьки. Эти упражнения повторяйте с пациентом несколько раз в день.

4. *Нормализация функции кишечника.* Включите в достаточном количестве в рацион пациента клетчатку. Если может жевать, то клетчатку овощей и фруктов. Если есть проблемы с жеванием, купите клетчатку (отруби) в магазине или аптеке и давайте по 1–2 столовых ложки в сутки, запивая водой или другим напитком. Иногда врач дополнительно назначает пациенту желчегонные препараты для лучшего отделения желчи, которая участвует в переваривании пищи, а значит, и в перистальтике кишечника, регулярном отхождении стула.

5. *Часто спрашивают, можно ли пациенту смотреть телевизор.* И можно, и нужно. Чем больше информации у пациента, чем он больше

интересуется окружающим миром, тем быстрее он выздоравливает. У него больше эмоций. Больше выбрасываются гормоны радости и удовольствия — эндорфины, которые стимулируют мозговой процесс.

Для возвращения двигательной активности реализуется комплекс реабилитационных мероприятий. Их, по возможности, надо начинать как можно быстрее. Их объем и интенсивность будут зависеть от состояния пациента. Реабилитация увеличивает среднюю продолжительность жизни на 5–10 лет, возвращение к труду — чаще в 2 раза, улучшение переносимости физических нагрузок.

Суть реабилитации после инсульта

Поражение мозга после инсульта приводит к формированию неврологических нарушений: слабость руки и ноги на половине тела, нарушение чувствительности, речи, зрения и т.д. Лекарства помогают мало, так как часть мозга погибла. Однако у мозга есть запас прочности, другие участки мозга могут взять на себя функцию пострадавшего участка. Но эти участки никогда такую работу не делали, их необходимо научить и заставить это делать! В этом и заключается суть реабилитации. Реабилитация начинается в стационаре. Ее проведение сегодня стандартизировано и проводится в сосудистых центрах. Пациентом одновременно занимается несколько специалистов (врачи, инструкторы ЛФК, психологи, физиотерапевты, массажисты и др.). Здесь проводится много мероприятий педагогического и тренировочного характера. Требуется упорство, дисциплина и определенные навыки.

Чем больше нервных клеток вокруг очага сохранили функцию во время постинсультного лечения, тем эффективнее будет реабилитация. Для каждого пациента подбирается индивидуальная программа реабилитационных мероприятий.

Существуют единые основные направления реабилитации, которые применяются ко всем пациентам:

- восстановление двигательных функций с помощью лечебных физических упражнений, массажа, физиотерапии и т.п.;
- психологическая помощь, социальная реабилитация пациента;
- восстановление после инсульта памяти, речи;
- предупреждение повторного приступа, профилактические меры против осложнений.

ВАЖНО!

Чтобы пациент мог сидеть, держа спину, мог держать ложку.

Питание — одна из составляющих программы реабилитации. Каждый прием пищи должен приносить удовольствие и быть следующим шагом к выздоровлению.

Включите в рацион пациента:

- Цельнозерновые каши с высоким содержанием клетчатки. Они позволяют снизить уровень холестерина и помогут очистить кишечник от шлаков;
- Овощи и фрукты. Собирая на тарелке цветовую радугу фруктов, вы обеспечите своему подопечному необходимый набор витаминов и микроэлементов;
- Рыба: лосось и сельдь;
- Нежирные сорта мяса, птицы, растительный белок орехов, бобов и гороха.

Ограничьте употребление:

- соли и сольсодержащих продуктов;
- рафинированных сахаров. Избыточное содержание в пище сахара напрямую связано с сахарным диабетом 2-го типа и гипертонической болезнью, ожирением, что угрожает повторению сосудистого катаклизма;
- полуфабрикатов и отработанных консервированных продуктов, в которых слишком много натрия (соли) и вредных добавок;
- алкоголя;
- насыщенных жиров: яичных желтков, сливочного масла и маргарина, мороженого, пальмового и кокосового масла, майонеза;
- трансжиров: жареной еды, печенья и пирожных.

Характер кулинарной обработки и консистенции пищи зависит от возможности глотания у пациента.

Нередко у пациентов, перенесших инсульт, встречаются проблемы, связанные с питанием. При отсутствии аппетита дайте пациенту блюда с приятным запахом или попробуйте дать продукты, стимулирующие аппетит. Сервируйте стол, чтобы еда выглядела привлекательно и аппетитно. Если присутствуют явления паралича/плегии конечности, применяются чашки-непроливайки с удобными ручками и трубочками для питья. Для измельчения пищи используйте блендер или используйте для еды мягкие продукты.

Кормите пациента разнообразно. Пусть в его рационе будет 5 разных овощей и фруктов каждый день, которые надо давать перед каждым приемом пищи для аппетита. Питьевой режим должен составлять не менее 1,5 л в сутки. Выбирайте для пациента полезную пищу.

Восстановление речевой функции

Одним из тяжелых осложнений инсульта является потеря речи, из-за чего теряется коммуникация между людьми, это вызывает депрессию у пациента. Восстановление речи требует очень много времени работы с логопедом, в среднем 2–3 года, а иногда и до 6 лет. Занятия надо

начинать в первые три месяца после сосудистого события/катастрофы. Программа занятий подбирается индивидуально. Нужно помнить, что речь спонтанно не вернется, потребуются ежедневные занятия со специалистами и этим должны заниматься профессионалы. Часто у пациентов, перенесших инсульт, наблюдается угнетение речевой функции. Однако это не значит, что они не понимают речь окружающих. Поэтому, в каком бы положении ни находился пациент, не следует при нем говорить о его состоянии или о чем-либо другом, что может взволновать, огорчить его. Не фиксируйте внимание на его ошибках и ограничениях его функций! Лучше успокоить больного, сказав, например, что в его положении нет ничего исключительно тяжелого, что при инсульте многие теряют речь и она со временем восстанавливается. Абсолютно недопустимы высказывания такого рода: «Он ничего не понимает» или «Он говорит какую-то ерунду». Задача окружающих — прежде всего попытаться растормозить сохранившуюся у него речь. Для этого необходимо правильное речевое общение. Оно ускоряет процесс восстановления речи, предупреждает нежелательные осложнения. Не принуждайте пациента делать то, что у него пока не получается. Этим вы можете замедлить процесс восстановления речи. Говорите с ним спокойным, ласковым голосом. Он должен чувствовать участие, а не жалость.

Прежде всего очень важно добиться, чтобы пациент понимал речь. Используйте любую возможность помочь ему. Ухаживая, обязательно разговаривайте с ним. Держа, например, в руке стакан, спросите, дать ли ему попить, а поправляя постель — взбить ли подушку. Все свои действия сопровождайте замечаниями, вопросами, а затем и просьбой подать или взять тот или иной предмет.

Не забывайте, что перед вами не ребенок и не глухонемой, а человек, имеющий большой речевой опыт, который не пропадает бесследно. И только опираясь на оставшиеся потенциальные речевые возможности, удастся добиться максимального успеха.

В случае, если пациент не может говорить, но может двигать пальцами, можно предложить общение через компьютер — подкладывать под руку клавиатуру, чтобы больной писал слова при условии, если он их помнит.

Примерно через две недели после начала заболевания становится возможным определить форму нарушения речи (афазии) и выбрать метод ее восстановления. При *моторной афазии* больной понимает обиходную речь, может выполнить несложные пожелания окружающих, показать, например, по их просьбе называемые предметы. В ответ на вопрос он чаще всего кивает головой и жестом показывает, что ничего сказать не может. Либо же он говорит, но с трудом, или произносит отдельные слова, обычно существительные.

У пациентов, страдающих *сенсорной афазией*, нарушено понимание обращенной к ним речи. Они ошибаются при показе окружающих предметов. А говорят между тем свободно, много, но чаще всего это набор звуков и осколки слов, и понять их невозможно. В словесном потоке встречаются и внятно звучащие слова (междометия, наречия, глаголы), и даже отдельные фразы. При сенсорной афазии основная задача — восстановление понимания речи. Пусть пациент по вашей просьбе подает различные предметы, вещи, которые вы предварительно положили рядом с ним на тумбочку. Иногда приходится объяснять, что вы намерены делать с тем или иным предметом. Заготовьте картинки с изображением трех-пяти предметов и отдельно подписи к ним; пусть пациент сам определит, каким картинкам соответствуют те или иные подписи. Нельзя использовать детские книги — перед вами взрослый человек. Для таких упражнений вначале лучше подбирать слова, различные по длине и звучанию: дом, самолет, цветок. У пациентов, страдающих сенсорной афазией, могут быть сохранены навыки письма. Но записывает пациент, как правило, только то, что сам произносит. Предложите ему складывать слова из разрезной азбуки. Не утомляйте, не упрекайте больного в лени. Если он закрывает глаза, значит, устал, дайте ему отдохнуть. Беседовать с ним лучше несколько раз в день минут по десять. Вы должны вооружиться терпением, верить в то, что речь обязательно восстановится, и поддерживать эту веру.

Логопедические упражнения для выполнения в домашних условиях

Комплекс речевых упражнений для постинсультных больных на первый взгляд не представляет особой сложности, но следует учитывать, что на первых порах даже простое движение губами доставляет пациенту значительные трудности.

Логопедами рекомендован следующий набор упражнений для восстановления функций речевого аппарата:

- в течение 5 секунд вытянуть губы вперед и затем вернуть в исходное положение;
- на 5 секунд с силой захватить верхними зубами нижнюю губу, потом на 5 секунд отпустить;
- проделать предыдущее упражнение с применением нижних зубов и верхней губы;
- на 3 секунды вытянуть шею и показать язык, отдохнуть 3 секунды;
- облизывать губы, сначала верхнюю, потом нижнюю движениями справа налево, затем слева направо;
- на 3 секунды высунуть сложенный трубочкой язык;

- кончиком языка дотягиваться до неба;
- хорошим упражнением для речевых мышц является также произнесение скороговорок.

Кроме упражнений для восстановления мышечной работы речевого аппарата, советуют применять также следующие приемы, которые помогут дополнить комплекс, рекомендованный логопедом:

- Необходимо стараться при общении с пациентом говорить медленно и короткими фразами, так как человек, перенесший инсульт, с трудом воспринимает быструю и пространную речь;
- Если он пытается что-то сказать, не стоит торопиться и пытаться закончить предложения вместо него. Нужно спокойно выслушать, не показывая своего нетерпения;
- Постараться не оставлять пациента без внимания, привлекать его к любым видам деятельности – собирание пазлов, рисование, участие в настольных играх. Человек должен чувствовать, что он является частью семьи. В ходе игры нужно стимулировать его для поддержания разговора, даже если он еще не может полноценно формировать звуки;
- В повседневной жизни необходимо постоянное побуждение пациента к участию в беседах. Пусть сначала это будут самые простые разговоры, отвечать на которые можно просто кивком. Все равно в данном случае восстанавливается коммуникационный процесс;
- В ходе ежедневных занятий нужно стимулировать восстановление памяти пациента, давая ему простые задания на восприятие речи. Например, показывать и называть картинки с простыми предметами и действиями.

При занятиях также не следует забывать о чтении и письме. Сначала это может быть простое размещение больным подписей к картинкам, выбор букв или цифр.

Восстановление речи после перенесенного инсульта – длительный процесс, иногда на реабилитацию уходят годы. Но следует иметь в виду, что афазия – это ни в коем случае не психическая болезнь, больной человек просто не может правильно выговорить звуки, поэтому, занимаясь с постинсультным пациентом, необходимо сохранять спокойствие, говорить мягко и негромко.

Восстановление памяти

Кроме упражнений и мероприятий по восстановлению функций речевого аппарата, необходимо также проводить реабилитационную терапию для нормализации процессов памяти. Нужно подчеркнуть, что восстановление памяти после инсульта проходит в течение длительного времени обязательно под наблюдением лечащего врача.

Для восстановления мозговой деятельности необходимо выполнять с пациентом следующее:

- Игры с пальцами. Читаются простые детские стихи, при этом пациент загибает пальцы, хлопает в ладоши, сжимает ладони в кулаки, делает поглаживающие движения руками. Задача пациента — запомнить правильный порядок выполнения действий при определенных словах. Такое упражнение помогает повысить внимание и тренирует память. Очень хорошо, если пациент сам начинает произносить строки стихика. Это может быть всего одна фраза в день, тем не менее он ее запоминает, то есть происходит восстановление функций памяти;
- Стараться вспоминать вместе с ним о положительных моментах его жизни, вспоминать истории из детства, радостные и смешные события юности;
- Игра в города. Проводится не торопясь, называется город, желательно хорошо известный пациенту, вместе с ним стоит вспомнить о приятных вещах, связанных с этим городом, и только потом попросить его назвать город на последнюю букву предыдущего;
- Читать детские книги, напечатанные крупным шрифтом. Если пациент забыл алфавит, то стоит начать обучение при помощи букваря;
- Обязательно нужно постоянно беседовать, задавая ему простые вопросы о его увлечениях, о том, что ему интересно, чтобы побудить к ведению диалога;
- Необходимо также развивать ассоциативное мышление, например, сопоставлять определенных людей или события с чертами, присущими только им. Это может быть одежда человека, запах духов, погода.

Никто не может сказать, что в большей степени будет способствовать восстановлению памяти. Поэтому нужно проделывать ежедневно эти действия, и, возможно, даже незначительное воспоминание даст толчок к восстановлению в памяти забытых человеком навыков и событий.

РАЗДЕЛ XVIII

ПРОФИЛАКТИКА ТРОМБОЗОВ

Тромбоз — вид сосудистой патологии, при котором происходит местное образование сгустка крови (тромба) в сосуде. Существует множество факторов, способных привести к подобному состоянию. Причины тромбоза — замедление тока крови вследствие ее сгущения или повреждения стенок сосудов. Различают две формы развития тромбоза — венозную (флеботромбоз) и артериальную. Тромбирование артерий чаще всего возникает на фоне закупорки просветов сосудов атеросклеротическими бляшками (по этой причине болезнь также называют атеротромбозом), что может привести к инфаркту любого органа или инсульту мозга. *Венозный тромбоз* — наиболее часто встречаемое заболевание, начинается с инфекционного воспаления стенки вены. При тромбозе вен нижних конечностей уже имеются нарушения свертывающей системы крови и патология стенок сосудов.

К профилактике тромбозов относят:

- обеспечение движения в коленных и голеностопных суставах;
- нормализацию физических нагрузок и гимнастику; пешие прогулки на свежем воздухе, закаливание;
- рациональное и витаминизированное питание и обильное питье;
- частую смену позы;
- удобную одежду; ношение компрессионного трикотажа;
- предупреждение инфекционных заболеваний.

Пассивная профилактика тромбозов включает:

- отказ от ношения одежды, сдавливающей различные участки тела (ремни, тугие резинки на белье, облегаящая одежда, корсеты, тесная обувь);
- отказ от пребывания на улице во время жары или холода, от приема горячих ванн и других тепловых процедур, от длительного нахождения под прямыми солнечными лучами;
- соблюдение диеты, препятствующей тромбообразованию;
- прием лекарственных средств по назначению врача;
- бинтование нижних конечностей до коленных суставов специальными эластичными бинтами (однако перед бинтованием необходимо проконсультироваться с врачом, так как в некоторых случаях эти профилактические мероприятия противопоказаны).

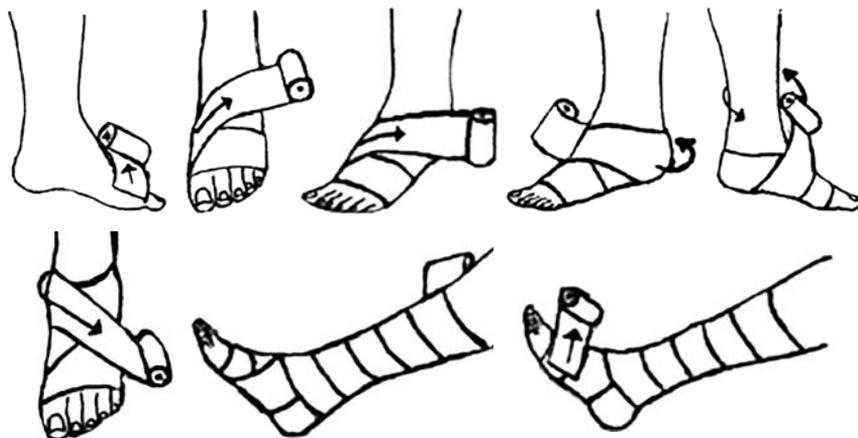
БИНТОВАНИЕ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Общие правила

1. Начинать бинтование снизу вверх.
2. Бинтовать необходимо равномерным натяжением по всей длине конечности, каждый следующий тур должен покрывать предыдущий на 1/2 ширины бинта.
3. Раскатывать бинт непосредственно по бинтуемой поверхности.
4. Бинтовать следует двумя руками: одной – раскатывать головку бинта, а другой – расправлять его ходы.

Технология

- начать у основания пальцев ног;
- бинтовать равномерным натяжением;
- очень важно обмотать пятку;
- обмотать ногу бинтом в форме восьмерки;
- винтообразное обматывание до коленного сустава (лучше обмотать ногу до уровня выше коленного сустава);
- обмотать вторым бинтом в противоположном направлении.



Компрессионный трикотаж призван выполнять функции мышечной помпы и каркаса, сдавливая ногу в определенном месте (у лодыжки) сильнее, в других чуть слабее (голень, бедро).

Компрессионный трикотаж:

- обеспечивает оптимальную степень воздействия на все участки ноги;
- нормализует кровоток, помогая крови двигаться снизу вверх;
- мягко сдавливая мышцы, усиливает тонус сосудистых стенок, не дает им растягиваться;
- сужает просвет поврежденных вен, помогая перераспределить часть крови в здоровые сосуды;

- нормализует работу клапанного аппарата;
- стимулирует отток лимфы, устраняя отеки и застойные явления;
- снижает нагрузку на больные вены.

Нормализуя кровообращение нижних конечностей, правильно выбранный компрессионный трикотаж выполняет еще несколько функций:

- улучшает обмен веществ и питание тканей;
- предотвращает развитие осложнений (тромбоз сосудов, омертвление тканей из-за кислородного голодания);
- снимает выраженные симптомы (боль, зуд, отечность после рабочего дня);
- предотвращает рецидив (повторное появление) варикоза после операции;
- не создает трудностей для лечения при постоянном ношении (если оно необходимо) – наружные средства можно наносить поверх изделия.

ВАЖНО!

- Выбирать белье по рекомендации врача-флеболога, он рассчитает время, в течение которого нужно его носить, и назначит комплексное лечение (без него ношение лечебного трикотажа неэффективно).
- Учитывая индивидуальные показания и противопоказания, только врач может определить, каким видом белья лучше пользоваться при варикозном расширении вен разной локализации, определит размер белья.

Виды белья

Вид трикотажа выбирают в зависимости от локализации основных проявлений, изделие должно быть на 15–20 см выше границы варикозного расширения:

- колготы используют при поражении обеих конечностей от голени до бедра и признаках застоя в малом тазу (расширенные вены и узлы в паху, геморрой);
- компрессионное белье при варикозе в виде чулок обычно выбирают, когда речь идет о восстановлении после операции по удалению вен (от голени до бедра) на одной ноге, их удобнее снимать и надевать (по сравнению с колготами);
- гольфы и гетры предназначены для профилактики и лечения варикоза голеней, если узлы и пораженные вены не поднялись до колена;
- носки используют, чтобы улучшить кровоток в области голеностопного сустава (лодыжки);
- рукавами устраняют выраженный лимфостаз (застой лимфы, отек) после операции, травмы, инфекционного полиартрита (воспаления суставов).

РАЗДЕЛ XIX

ПРИЧИНЫ ВОЗНИКНОВЕНИЯ, ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПРОЛЕЖНЕЙ. ОБУЧЕНИЕ РОДСТВЕННИКОВ ЭЛЕМЕНТАМ ПРОФИЛАКТИКИ ПРОЛЕЖНЕЙ

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 сдавливания кожи. Признаком пролежня является появление бледного участка кожи, затем синюшно-красного цвета без четких границ, затем слущивается эпидермис (верхние слои кожи), образуются пузыри. Далее происходит некроз тканей, распространяющийся вглубь и в стороны. Пролежни могут образовываться везде, где есть костные выступы.

Установлены три основных механизма, приводящих к образованию пролежней: давление, «срезающая» сила и трение.

1. *Давление.* Под действием собственного веса тела происходит сдавливание тканей относительно поверхности, на которую опирается человек. Сдавливание уязвимых тканей еще более усиливается под действием тяжелого постельного белья, плотных повязок, одежды.

2. *«Срезающая сила».* Под действием непрямого давления происходит разрушение и механическое повреждение тканей. Оно вызывается смещением тканей относительно опорной поверхности. Смещение происходит, когда пациент «съезжает» по постели вниз, подтягивается к ее изголовью, а также при неправильной подаче судна.

3. *Трение.* Является компонентом «срезающей» силы. Оно вызывает отслодку рогового слоя кожи и приводит к изъязвлению ее поверхности. Трение возрастает при увлажнении кожи. Наиболее подвержены такому воздействию пациенты с недержанием мочи, усиленным потоотделением, во влажном и не впитывающем влагу нательном белье, а также располагающиеся на не впитывающих влагу поверхностях.

Места возникновения пролежней:

- затылок, ушные раковины;
- лопатки;
- область плечевого сустава (большой и малый бугры плечевой кости);
- области локтевого сустава (локтевой отросток, медиальный отмышелок);
- область лучезапястного сустава (шиловидный отросток лучевой кости);
- области крыла подвздошной кости;
- крестец;
- область большого вертела;
- область седалищных бугров;
- область подколенников;
- таранная кость;
- бугристость ладьевидной кости.

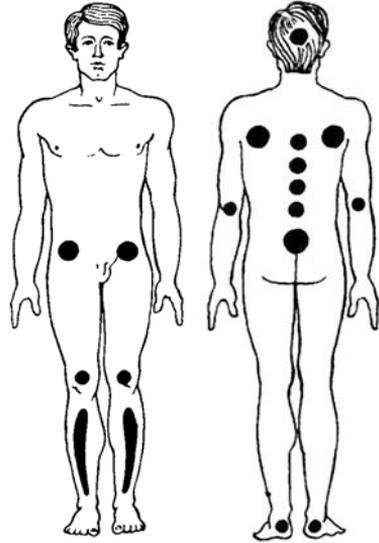
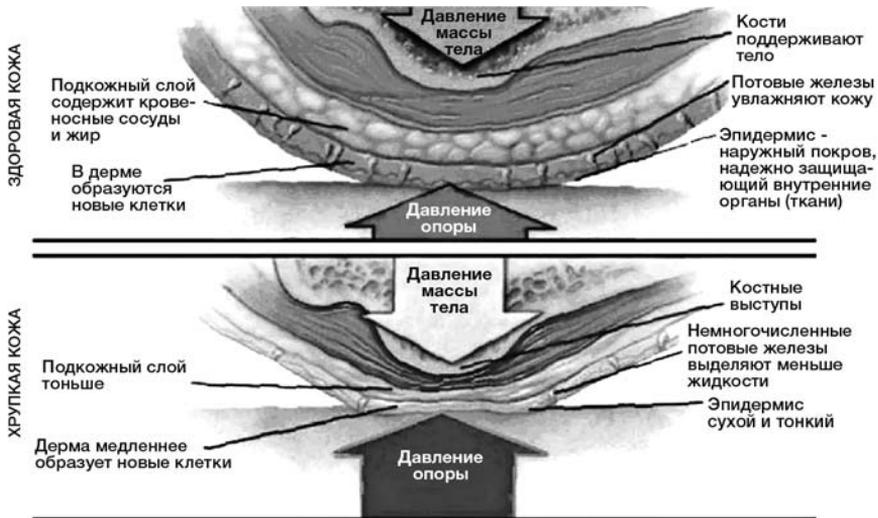
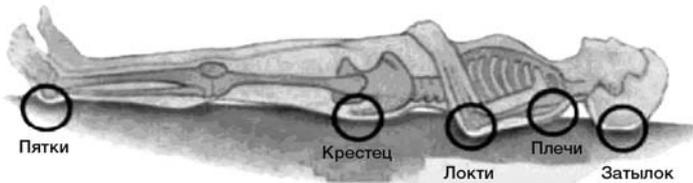


Схема образования пролежней



Запомните!
Точки давления - потенциальные места развития пролежней

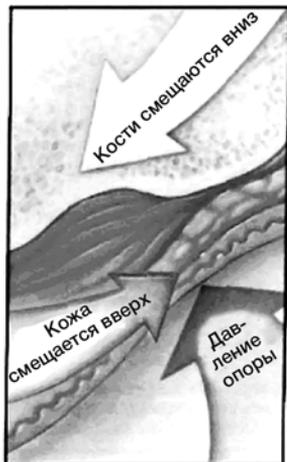
НА СПИНЕ



Факторы, способствующие образованию пролежней

СДВИГ И ТРЕНИЕ

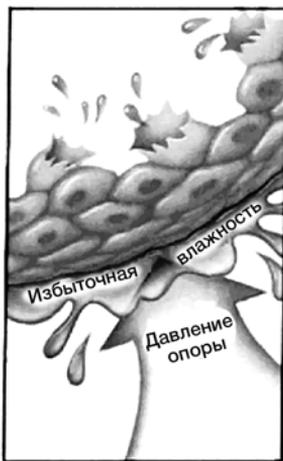
Два силовых воздействия приводят к пролежням: сдвиг костей вниз, а кожных покровов вверх, что сдавливает кровеносные сосуды; шероховатости опорных поверхностей могут вызвать локальные повреждения кожи при трении



Сдвиг приводит к защемлению кровеносных сосудов, что прекращает доступ кислорода

ВЛАЖНОСТЬ КОЖИ

Кожа, перенасыщенная жидкостью, недолговечна. Некоторые жидкости тела человека — пот, моча, фекалии, — могут стать благоприятной средой развития болезнетворных бактерий. Влажность увеличивает трение



Перенасыщенные жидкостью клетки легко разрываются

ПЛОХОЕ ПИТАНИЕ

Для нормальной репродукции клеток кожи нужно их хорошее питание. Репродукция снижается при болезни человека или повреждении кожи. Потеря пациента в весе приводит к образованию морщин и трещин на коже

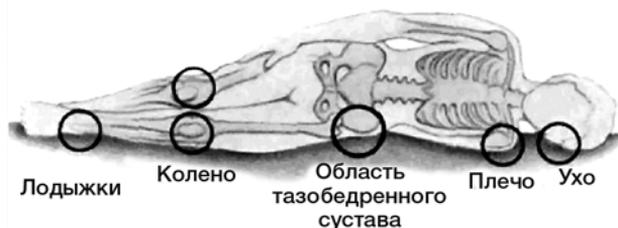


При недостатке питательных веществ клетки снижают репродуктивную функцию

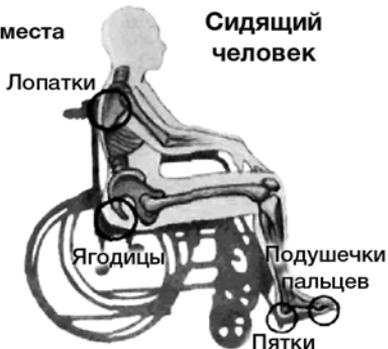
ЗАПОМНИТЕ!

Точки опоры - потенциальные места развития пролежней

На боку



Сидящий человек



Кроме того, к факторам, увеличивающим риск возникновения пролежней, относятся:

- длительность болезни;
- комплекция пациента (полный — повышенное давление, худой — нет амортизации подкожно-жировой клетчатки);

- вредные привычки (курение — табак лишает клетки способности усваивать кислород, пьянство — алкоголь выводит жидкость из клетки, наркомания);
- сахарный диабет;
- состояние кожи: повышенное увлажнение (недержание мочи) или, наоборот, очень сухая кожа;
- питание (недостаток белков, витаминов, железа).

На всех этапах развития пролежней используются пять принципов их профилактики.

Технология

1. Уменьшение сжатия

- используйте противопролежневый матрас, валики, подушечки и др.;
- в течение дня поворачивайте пациента, правильно используя приемы поднятия и положения, исключая сдвиг мягких тканей;
- на ночь укладывайте пациента на здоровую сторону;
- расправляйте все складочки на постельном и нательном белье, вытряхивайте из постели крошки и мелкие личные вещи пациента.



- Используйте подушки под «икры» от колена до голеностопного сустава, чтобы поднять ногу;
- Изменяйте угол (положение) ног и рук.
- Пациент должен поднимать себя каждые 2 часа;
- Подушки под спину и ягодицы, мягкие прокладки под ноги.

2. Уменьшение влажности кожи

- меняйте памперсы. При недержании мочи каждые 4 часа, при недержании кала — немедленно, с последующим подмыванием;
- на день женщин оставляйте с урологическими прокладками (большими) на пеленке. Мужчин, которые не ворочаются, можно

- укладывать на пеленке с подставленным мочеприемником (вместо памперса);
- более «здоровые пациенты» могут лежать на пеленке (на случай неудержания мочи). Часто подходите и предлагайте помочиться в мочеприемник или на судно;
 - меняйте влажное постельное и нательное белье;
 - используйте присыпку под грудью, в паху (или тряпочку).



- Поддерживайте кожу чистой и смазанной кремом, но без излишней влажности.
- Используйте прокладки при недержании.
- Проконсультируйтесь с врачом о применении лекарственных средств в связи с диареей.
- Используйте присыпки без талька или защитные кремы.
- Положите полотенце между складками кожи.
- Промокайте кожу после мытья.
- Смачивайте кожу лосьоном.

3. Уменьшение раздражителей

- подмывайте пациентов, в том числе после стула сразу же;
- смазывайте в складках кожи, под грудью, в паху защитным кремом;
- старайтесь максимально выпраивать пациентов (не менее 1,5–2 л жидкости в течение суток, если к этому нет противопоказаний) для уменьшения концентрации мочи и поддержания тургора кожи в нормальном состоянии.

4. Уход за кожей

- ежедневно (утром и вечером) обмывайте части тела пациента, подвергающиеся особому увлажнению и сдавливанию, используйте мягкую ветошь;
- при уходе за сухой кожей – обмывайте водой и наносите кремы (голени, пятки, локти, руки);
- при уходе за жирной кожей – мойте с мылом (жидкое или мягкое);
- на ноги надевайте носки для уменьшения трения;

- ежедневно меняйте рубашку, один раз в три дня – смена постельного белья. Используйте белье из хлопчатобумажной ткани, не крахмаленное, без швов.



- Используйте подкладную простыню или специальную доску для перемещения пациента;
- Очищайте и разглаживайте поверхность постели;
- Поднимайте изголовье кровати не более чем на 30°;
- Бережно поднимайте ноги в кровати.
- Поддерживайте подушкой спину пациента;
- Используйте подставку для ног.

5. Питание пациента

- пища должна быть богата белком, витаминами и железом;
- пациентам с нарушением глотания, жевания или сниженным аппетитом давайте детское питание с мясом, овощами или фруктами; кефир, творожки, йогурты;
- по возможности максимально выпаивайте пациента;
- избегайте употребления пациентами алкоголя и кофе.



Клетки регенерируют быстрее при дополнительном питании.

Оцените степень истощения, массу тела и результаты анализа крови пациента. Проконсультируйтесь с диетологом и врачом по поводу диеты.

- Кормите пациента чаще;
- Заказывайте калорийную пищу, богатую протеином;
- Давайте витаминные добавки;
- Кормите через трубочку (если нужно).

Классификация средств по уходу для профилактики пролежней (на основе принципов доказательной медицины)

1. Абсорбирующие средства: подгузник в виде трусов, подгузник в виде прокладки-вкладыша, подгузник в виде раскроя трусов с фиксирующими элементами, впитывающие простыни (пеленки) и др.

2. Средства по уходу за кожей и волосами.

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

2.2. По консистенции: мазеобразные / кремообразные (жидкие или густые), твердые (на жировосковой основе), жидкие, желе- или гелеобразные, порошкообразные;

2.3. По целевому назначению: средства ухода за кожей, средства ухода за зубами и полостью рта, средства ухода за волосами, средства ухода за ногтями;

2.4. По назначению: средства для очищения кожи, средства для питания кожи, средства для увлажнения кожи, средства для защиты кожи;

2.5. По типу использования: влажные гигиенические салфетки, лосьон для тела, очищающая пена, моющий лосьон, шампунь, защитное масло-спрей, тонирующий гель, молочко, специальные защитные средства (крема, пленки, бальзамы, присыпки и др.).

3. Противопротлежные средства (противопротлежный матрас полиуретановый, противопротлежный матрас гелевый, противопротлежный матрас воздушный (с компрессором), противопротлежная подушка гелевая, противопротлежная подушка полиуретановая, противопротлежная подушка воздушная и др.).

4. Изделия гигиены для ухода (одноразовые пеленки, одноразовые простыни, одноразовые салфетки, перчатки, одноразовые фартуки, одноразовые рукавицы, защитные нагрудники, ватные палочки и др.).

5. Вспомогательные средства (сиденье для ванны, поручни для туалета ванны, подголовник надувной для мытья головы, ванна надувная, мочеприемники (судно) и др.).

Основные мероприятия, направленные на профилактику пролежней

1. *Необходимо уменьшить давление на кожу при сидячем или лежащем положении больного.*

Для выполнения этого условия необходимо:

- каждые 2 часа (и чаще) менять положение тела лежащего больного;
- поворачивать больного на бок и фиксировать положение тела под углом 30° или 45° (для этого используются специальные подушки);

- использовать специальные матрасы, подстилки, подушки с зёрнами, искусственный мех.

2. Активизация кровообращения:

- ежедневный массаж кожи с использованием специальных средств (масло для кожи, тонирующая жидкость, лосьон для тела);
- стабилизация кровообращения за счет смены активных и пассивных движений;
- одежда должна быть просторной.

3. Защита кожи:

- ежедневное мытье или протирание кожи с использованием рН-нейтральных средств для мытья кожи;
- использование чистого, без складок постельного и нательного белья;
- использование подгузников, прокладок с гелеобразующим веществом при недержании мочи и кала;
- количество употребляемой жидкости должно быть не менее 1,5–2 л (если нет противопоказаний). Ограничение приема жидкости приводит к сухости кожи, раздражению мочевого пузыря. Концентрация мочи увеличивается и может усилить недержание мочи.

Сбалансированное питание

При тучности количество потребляемой пищи необходимо снизить, при дефиците массы тела – увеличить. Обеспечить прием лекарственных препаратов и витаминов, прописанных врачом.

Определенные продукты могут раздражать мочевой пузырь, поэтому при недержании мочи лучше их избегать. К ним относятся: кофе и содержащие кофеин напитки, газированные напитки, алкоголь и никотин, цитрусовые и соки из них, острая пища, искусственные заменители сахара.

Советы родственникам по соблюдению правил личной гигиены пациента

- Постоянно контролируйте чистоту белья.
- Своевременно меняйте влажное и загрязненное белье.
- Исключите крошки в постели после кормления пациента.
- Используйте только хлопчатобумажное белье и легкие одеяла ввиду высокой гигроскопичности.
- При гиперактивности пациента фиксируйте зажимами простыни к матрасу по углам кровати.
- На кровати стелите непромокаемую пеленку/поперечную простынь без складок, рубцов, швов.
- При недержании мочи и кала используйте салфетки для обработки интимных мест, памперсы. Регулярно проводите гигиену промежности, подмывая пациента.
- Обеспечьте пациента индивидуальным мочеприемником и судном.

- Ежедневно осматривайте состояние кожи, а также проводите осмотр кожи при каждом перемещении для выявления участков риска возникновения пролежней: области крестца, пяток, большого вертела бедренной кости, лопаток, затылка, локтей.
- Своевременно и правильно проводите гигиенический уход за телом пациента: тщательно мойте или протирайте кожу теплой водой не менее 2 раз в день с использованием жидкого мыла, махрового полотенца, губки с последующим тщательным осушением кожи.
- Учитывая индивидуальные свойства и состояние кожи, используйте специальные средства (см. выше).
- Исключайте раздражающие пластыри, массаж на гиперемированных участках кожи, особенно в области костных выступов.
- Кварцуйте места возможного образования пролежней.

ВАЖНО!

Обучение родственников проведению гигиенических процедур пациенту в постели.

**Перечень негативных технологий для профилактики
и лечения пролежней**

(на основе принципов доказательной медицины)

1. Бриллиантовый зеленый 1%-й или 2%-й спиртовой или водный раствор.
2. Калия перманганат, раствор.
3. Фукорцин, раствор, и другие красящие средства.
4. Гексахлорофен, раствор.
5. Хлоргексидин, раствор.
6. Повидон-йод, раствор.
7. Спирт камфорный.
8. Спирт этиловый 95% – 96%, 90%, 70%, 40%.
9. Одеколон.
10. Соляно-коньячный раствор.
11. Салициловая кислота, раствор.
12. Перекись водорода, раствор (может применяться по ограниченным показаниям).
13. Разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем.
14. Картолин, мазь.
15. Линимент бальзамический по А. В. Вишневскому.
16. Растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганный корень, настой зеленого грецкого ореха, скумпия и др.).

17. Применение резинового круга (резинового судна), в т.ч. обернутого ветошью, марлей.
18. Применение ватно-марлевых кругов, матерчатого «бублика».
19. Массаж «рискованных» участков тела.
20. Гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, пенек, кремов, защитных пленок и др.

Классификация стадий пролежней

Стадии пролежней	Вмешательства по уходу
1-я стадия – эритема, стойкая гиперемия определенных участков кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены	Проводить профилактические мероприятия пациенту: <ul style="list-style-type: none"> – на различных участках тела с учетом риска образования пролежней; – увеличить двигательную активность пациента, менять положение тела не реже чем каждые 2 часа; – проводить лечебные мероприятия: обрабатывать эритему специальными средствами по уходу; – устранить факторы давления, трения, смещения
2-я стадия – стойкая гиперемия кожи, отслойка эпидермиса, появление пузырьков, поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку (некротические изменения)	<ul style="list-style-type: none"> – обрабатывать эритему специальными средствами по уходу антисептического действия; – устранить факторы давления, трения, смещения; – усилить профилактические мероприятия
3-я стадия – полное разрушение (некроз) кожного покрова на всю толщину до мышечного слоя; возможны жидкие выделения из раны (формирование язвы)	<ul style="list-style-type: none"> – наложить ранозаживляющую повязку по назначению врача (использовать мази «Левомеколь», «Солкосерил», «Олазол», «Левосин», «Пантенол»); – используются специальные гелевые салфетки и средства обработки кожи
4-я стадия – поражение всех мягких тканей вплоть до кости, скопление некротических масс, образование полости	– хирургическое лечение

Отторжение некротических масс

Для отторжения некроза используют:

- механическое удаление некротических масс хирургическим путем;
- применение лекарств, ускоряющих самостоятельное отторжение (например мазь «Ируксол»).

Лечение очистившейся раны

Необходимо создать влажные условия содержания раны, используя, например, альгинаты (в форме салфеток и порошка для заполнения ран), средства типа Menalind Professional (продуктовая линейка по уходу за чувствительной, зрелой кожей, особенно подходит для лежачих и тяжелобольных), гидроколлоидные повязки (Hydrocoll, Duoderm, Hydrosorb и др.), способствующие очищению и закрытию раны. Повязки эти достаточно дорогие. Для заживления раны можно использовать самые разнообразные заживляющие средства: мази «Левосин», «Левомеколь», «Актовегин», «Солкосерил» и многие другие. Нередко пролежни осложняются присоединением вторичной инфекции, и тогда необходимо использование антисептических и антибактериальных средств, таких как 3%-й раствор перекиси водорода, раствор фурацилина 1:5000, мазей «Левомеколь», «Левосин». В тяжелых случаях у ослабленных и пожилых пациентов показано применение антибактериальных препаратов внутрь. Большие по площади и трудно заживающие пролежни иногда удается вылечить только хирургическим путем — пересадкой тканей. При лечении пролежней необходимо применять повязки. Там, где это возможно, для фиксации повязок применяйте бинт, в других случаях используйте пластырь. Не всякий пластырь годится для этого. Пролежни лечить надо долго, а это значит, что и пластырь придется применять длительное время. Пластырь препятствует нормальному функционированию кожи (дыханию, выделению и др.). При снятии пластыря поверхностный слой клеток кожи отрывается, из-за чего в месте длительного применения пластыря могут возникнуть дополнительные раны. Чтобы избежать таких осложнений, используйте пластырь на бумажной или тканевой основе — кожа под ним хорошо дышит, а клей хорошо фиксирует повязку, но не отрывает клетки с поверхности кожи при удалении пластыря. Накладывая пластырь, не натягивайте его сильно, чтобы избежать образования мелких кожных складок, а также учитывайте тот факт, что при изменении положения пациента мягкие ткани будут смещаться и натягиваться, что может привести к образованию нежелательных складок кожи.

За кожей вокруг пролежня необходим самый тщательный уход. Ее необходимо мыть, применяя специальные гигиенические средства, описанные выше. После чего необходимо добиться самостоятельного подсушивания кожи. Накладывая повязки на глубокие пролежни, раны необходимо на всю глубину тампонировать (закрывать) повязкой, но не туго, а рыхло.

ВАЖНО!

Обучение родственников пациентов с ограничениями самообслуживания элементам профилактики пролежней в домашних условиях является одним из важных аспектов профилактики.

РАЗДЕЛ XX

СТАРОСТЬ. СТАРЧЕСКАЯ АСТЕНИЯ

«Никогда не знал, что так радостно быть стариком...» — удивлялся писатель Корней Иванович Чуковский. Недаром он интересовался американским поэтом Уолтом, вдохновенно воспевавшим старость, и мастерски переводил его:

Счастье — это не только разделенная любовь,
Не только почет, богатство, успехи в политике и войне,
Но и когда жизнь медленно вянет и утихают бурные страсти,
И наступает великолепие прозрачных тихих закатов,
И осенние дни светятся мягким сиянием,
И наливаются, наконец, яблоко и висит на ветке,
Созревшее и готовое упасть,
Тогда приходят самые счастливые и умиротворенные дни,
Благостные дни в мирном раздумье...

В последние годы произошла смена представлений о понятии «*успешное старение*». Ранее «успешное старение» связывали исключительно с отсутствием болезни, хорошим физическим и когнитивным (умственным) статусом, самостоятельностью и социальной поддержкой.

Современное понимание «успешного старения» значительно шире. Оно включает в себя психологическое, физическое и социальное здоровье, удовлетворенность жизнью, чувство цели, финансовую стабильность, познание нового, достижения, внешний вид, деятельность, чувство юмора, духовность.

Успешное старение — основная психологическая потребность пожилого человека. Даже в очень преклонном возрасте люди сохраняют потребность в активной жизни и развитии. Физическая активность, любая деятельность, социальная интеграция способствуют успешному старению.

Медицинский персонал и персонал, ухаживающий за лицами пожилого возраста, должен знать закономерности изменений организма человека, связанные со старением, уметь рано распознавать гериатрические проблемы и обладать навыками по их предупреждению и замедлению прогрессирования.

Мы привыкли считать, что когда человек стареет, он обязательно становится ослабленным, худеет, теряет аппетит и ежедневно требует помощи для обеспечения своих потребностей. Но так быть не должно! Это неблагоприятный вариант старения, имеющий название «синдром старческой астении».

Старческая астения — ассоциированный с возрастом синдром, основные клинические проявления которого медлительность и/или непреднамеренная потеря веса, общая слабость. Старческая астения сопровождается снижением физической и функциональной активности многих систем, адаптационного и восстановительного резерва, способствует развитию зависимости от посторонней помощи в повседневной жизни, утрате способности к самообслуживанию, ухудшает прогноз состояния здоровья. В зарубежной литературе ослабленных пациентов в пожилом и старческом возрасте называют *хрупкими* (frailty).

Старческая астения включает более 85 различных гериатрических синдромов, основные из которых синдромы падений, мальнутриции (недостаточности питания), саркопении (уменьшение массы мышечной ткани и мышечной силы), недержание мочи, а также сенсорные дефициты, когнитивные нарушения, депрессия.

- общая слабость;
- медлительность;
- потеря более чем 4,5 кг веса без диет за год;
- ухудшения памяти и способности к анализу;
- падения;
- депрессии;
- недержание мочи;
- нарушения чувствительности;
- ухудшение слуха и зрения.

В основе старческой астении лежат три тесно взаимосвязанных состояния:

- синдром недостаточного питания (в медицине это называется мальнутрицией): когда в организм попадает недостаточное количество нужных питательных веществ. Это связано с ухудшением здоровья ротовой полости, уменьшением вкусовой чувствительности, а также с синдромом быстрого насыщения, когда человек неосознанно снижает объем порций. В результате всех этих составляющих снижается аппетит, объем и качество пищи. Это приводит к снижению мышечной силы и выносливости, уменьшению физической активности, снижению массы тела;
- синдром под названием «саркопения», под которым подразумевается снижение массы и силы мышц, связанное с возрастом. Она развивается вследствие окислительного стресса и протекающего

в организме воспаления в сочетании с недостаточным питанием (предыдущим синдромом). Из-за саркопении человек становится менее устойчивым в пространстве, чаще падает. А в результате уменьшения физической работы мышц снижается и кровоснабжение костей и они становятся более хрупкими;

- снижение интенсивности метаболических процессов. В результате снижается чувствительность тканей к инсулину, нарушается функционирование всех внутренних органов, в том числе головного мозга. Из-за этого страдают когнитивные (умственные) функции.

При минимальных внешних и внутренних воздействиях все эти три фактора, этот замкнутый патологический круг, способны в минимальные сроки привести к ухудшению состояния здоровья, инвалидности и смерти.

Развитие старческой астении может быть предотвращено, отсрочено или замедлено.

Наличие тяжелого соматического заболевания у пожилого человека сердечной, дыхательной недостаточности или перенесенного мозгового инсульта увеличивает риск развития старческой астении и ее прогрессирования.

Лицо, осуществляющее уход за ослабленным больным или престарелым человеком, при ежедневном с ним контакте может контролировать состояние здоровья в динамике, незамедлительно реагировать на острые ситуации, привлекая специалистов, врачей скорой медицинской помощи, лечащего врача или врачей-консультантов. В некоторых случаях от человека, оказывающего помощь больному, могут потребоваться навыки оказания первой помощи. Следует всегда держать «под руками» аптечку с медицинскими изделиями для оказания первой помощи, в состав которой входят жгут, бинты, пластырь, нашатырный спирт.

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

Наиболее частым осложнением старческой астении является *сосудистая деменция*. Она заставляет человека путать числа и даты, теряться в собственной квартире, постепенно терять социальные навыки и способность к самообслуживанию. В результате вместо того, чтобы достойно прожить старость, он медленно угасает, теряя качество жизни. А на фоне астении у него развиваются психические нарушения, суставные контрактуры, пневмонии, трофические язвы, инфаркты миокарда или инсульты.

Избежать всех этих осложнений старческой астении невозможно, но риск их возникновения можно значительно снизить.

Это состояние является физиологической особенностью некоторых людей старше 65 лет, то есть нормальным для них состоянием. У других людей старческая астения обусловлена сочетанием хронических заболеваний. Ими же, в комплексе с генетическими особенностями пожилого человека, диктуется тяжесть и скорость развития этого состояния. В нашей стране, в связи с высоким уровнем заболеваемости и небольшой продолжительностью жизни астения развивается по второму сценарию. Избежать этого состояния нельзя, но можно вовремя заметить его и, выделив основные его проявления, минимизировать их.

Группы риска по развитию старческой астении

- женщины;
- с возрастом: чем больше лет человеку, тем больше утяжеляется астения: примерно в 5 раз каждые 5 лет после 65 лет;
- люди, у которых нет семьи;
- люди, живущие в маленьких городах и селах;
- те, кто больше работает руками, чем головой;
- люди, живущие в неблагоприятных социально-бытовых условиях и имеющие низкий доход.

Проявления старческой астении

Это состояние не появляется внезапно: вначале пожилой человек активен, довольно энергичен, не ограничен в физическом плане. Затем у него начинают проявляться различные заболевания (суставов, нервной системы, сердца, органов пищеварения), которые практически не выражены, но все же несколько снижают качество жизни. Через время симптомы хронических болезней становятся более выраженными, ухудшают качество жизни, но еще хорошо поддаются терапии. Этап, который уже принято считать старческой преастенией (то есть который предвещает развитие астении), выглядит как частые обострения хронических болезней, декомпенсация некоторых из них, из-за чего качество жизни начинает страдать более сильно. Далее развивается легкая старческая астения: человек худеет, ухудшается его память, зрение или слух, ему труднее становится ходить в пределах своего привычного маршрута. Но он еще может с трудом выйти на улицу и даже сходить в магазин. Умеренная старческая астения — это когда слабость и нарушения или способности хорошо соображать, или координации приводят к тому, что пожилой человек нуждается в длительном уходе. Родственники уже не могут просто приготовить ему пищу и уйти: требуется уже и покормить, и вывести на улицу (на скамейку), и до своей кровати проводить. Если такой человек попадает в больницу, его состояние также требует почти постоянного присутствия родственников (если речь не идет о специализированном пансионате). Прогрессирование астении приводит к сильному снижению памяти, постоянным нарушениям координации, в результате

которых человек становится очень неустойчивым. Он уже не может выходить на улицу, его нужно водить в туалет и до кровати, накладывать еду в тарелку и наливать воду, помогать поесть и совершать гигиенические процедуры. Такой человек нуждается в ношении подгузника, так как страдает постоянным недержанием мочи и иногда кала. Также ему необходимо или давать слабительные (время от времени или постоянно), или делать клизмы. В терминальной (конечной) стадии старческой астении человек лежит, практически не вставая. Его надо кормить, поить, мыть и переворачивать прямо в кровати.

Постановка диагноза

Диагностикой старческой астении занимается специальная гериатрическая комиссия. Она состоит из трех обязательных специалистов: врача-гериатра, гериатрической медсестры и специалиста по социальной работе. При необходимости в команду включается врач-диетолог, физиотерапевт, логопед, медицинский психолог, инструктор-методист по ЛФК.

Эти специалисты оценивают:

- уровень зрения и слуха;
- объем мышц и амплитуду их движений;
- мышечную силу — с помощью динамометрии;
- степень хронической боли;
- наличие и степень недержания мочи;
- наличие и степень изменения психического статуса;
- потребность в посторонней помощи и уходе;

Тестирование пациентов

- Похудел ли человек на 5 кг или больше за последние 6 месяцев?
- Не чувствует ли человек снижения слуха или зрения?
- Не было ли травм, связанных с падением, в последний год?
- Чувствует ли человек себя подавленным, грустным или встревоженным в последние несколько недель?
- Нет ли проблем с памятью, ориентацией, пониманием, способностью планировать?
- Есть ли недержание мочи?
- Тяжело ли ходить до 100 м по улице и дому? Подниматься на один лестничный пролет?

Если три и больше положительных ответа — это синдром старческой астении. Она требует обязательного обращения к гериатру.

Ответов «да» один-два. Это преаастения. В этом случае нужно проконсультироваться с врачом-гериатром и заняться профилактикой синдрома старческой астении.

Ноль положительных ответов означает отсутствие старческой астении. Такой пациент должен наблюдаться у участкового терапевта, профилактика астении ему тоже необходима.

Лечение старческой астении

Это комплекс мероприятий, которые геронтологи подбирают индивидуально в зависимости от выявленных при осмотре изменений.

При снижении веса необходима регулярная физическая активность.

Для этого пожилой человек не менее 150 минут в неделю должен выполнять упражнения средней интенсивности, три дня в неделю или чаще делать упражнения на равновесие; делать силовые упражнения два раза в неделю или чаще. При этом пожилые люди, которые долго были малоподвижными, должны очень постепенно приступать к занятиям, начиная с нескольких минут в день. Нагрузки они также должны наращивать постепенно.

Протезирование зубов

Плохое пережевывание пищи или употребление пюрированных блюд отрицательно сказывается на здоровье желудочно-кишечного тракта.

Диета

Суточная потребность в калориях для пожилого человека составляет около 1600 ккал. Если у него уже отмечается снижение веса, суточная калорийность повышается до 3000 ккал. Его ежедневная пища должна состоять из 5–7 порций углеводов; 4–5 порций овощей; 2 порций мясных продуктов, при этом белка должно быть не более 100 г/сутки; 1–2 порций жиров; 6–8 стаканов жидкости (даже при наличии сердечной недостаточности и отеков). Пищу пожилой человек должен принимать 4–5 раз в день, при приготовлении можно использовать специи.

Если человеку трудно глотать, пища должна быть разнообразной, но однородной, пюреобразной консистенции, а жидкость, наоборот, — более густой (в виде киселей, кефира, простокваши).

Пересмотр всех принимаемых препаратов

Это нужно для того, чтобы оценить необходимость каждого из них, их возможных противопоказаний и побочных эффектов.

Социальная поддержка

Члены геронтологической комиссии решают, достаточно ли сил семьи для поддержания хорошего психоэмоционального состояния пожилого человека или нужна помощь психологов, социальных работников.

При синдроме падений в первую очередь нужно наладить безопасный быт:

- на скользкий пол постелить ковры;
- заменить лампочки в комнатах и на лестницах на более яркие;
- постелить в ванну или душевую кабину коврик;

- оборудовать ванную комнату и туалет поручнями;
- не давать залезать на стулья или стремянки.

Кроме этого, важно дать пожилому человеку опору — трость или ходунки. Если он плохо видит — обеспечить его хорошо подобранными очками, но при этом не давать носить очки с мультифокальными линзами во время ходьбы, особенно по лестницам. Борьба с падениями также включает: регулярную физическую активность; пересмотр врачом психоактивных препаратов: некоторые из них могут вызывать нарушение равновесия; прием витамина D в дозе 800 МЕ/сутки; определение гиповитаминоза B12 и его коррекция; ношение особой обуви в зимнее время; использование при ходьбе бедренных протекторов.

При нарушениях памяти, внимания, способности к анализу свои силы объединяют гериатр и невролог. А если когнитивные нарушения сопровождаются галлюцинациями, депрессией тяжелой степени, агрессией, суицидальными желанием, неадекватным поведением, то к лечению подключается также и психиатр. Для лечения когнитивных (умственных) нарушений и ухудшения памяти применяются такие методы: физическая активность; лечение болезней сердца и сосудов; контроль и своевременное снижение артериального давления; заучивание стихов, разгадывание кроссвордов, изучение иностранных языков; мероприятия, применяемые для профилактики падений.

Коррекция недержания мочи. В этом случае пожилой человек должен быть осмотрен урологом (если это мужчина) или гинекологом (если это женщина), при необходимости может быть выполнена хирургическое лечение этого состояния. Если гинеколог и уролог не видят необходимости в операции, необходимо консервативное лечение недержания мочи. Оно заключается в выполнении упражнений Кегеля: по 3 подхода по 8–12 сокращений мышц тазового дна по 8–10 секунд каждый, выполняемых трижды в день. Курс — не менее 15–20 недель; ведение дневника мочеиспусканий, с помощью которого можно определить интервал между походами в туалет. Исходя из этих данных, пожилому человеку нужно будет ходить в туалет не по требованию, а через вычисленные минимальные промежутки времени. Затем рекомендуется увеличивать интервал между мочеиспусканиями. Постепенно, за 4–6 недель, нужно выйти на интервал в 3–4 часа между походами «по-маленькому». Все время лечения недержания мочи пожилому человеку стоит носить абсорбирующее белье или специальные гигиенические прокладки. *Уменьшать употребляемую жидкость нельзя!*

Лечение основных заболеваний на фоне синдрома старческой астении

У человека со старческой астенией необходимо контролировать уровень артериального давления, холестерина и глюкозы крови, так как

на фоне такого истощения сил организма риск сосудистых катастроф значительно возрастает. По назначению врача показан прием статинов, дезагрегантов.

Профилактика старческой астении

Всем детям, чьи родители находятся в возрасте 65 или старше, пока не развились явные признаки старческой астении, нужно максимально предупредить ее появление. Для этого пожилого человека нужно забрать к себе и контролировать регулярность приема пищи и полноценность его рациона. Не менее 4 раз в день «тормозить» его, не давая лежать, уговаривать и заставлять его двигаться, выполнять некоторые простые действия (уборка, мытье посуды, занятие с внуками). Принимать меры профилактики атеросклероза (низкохолестериновое питание, физическая активность); препятствовать социальной изоляции человека; вовремя давать обезболивающие препараты, не допуская, чтобы пожилой человек терпел боль.

Лечение и уход

Для пациентов, страдающих старческой астенией, в первую очередь необходим квалифицированный уход. Для этого привлекают сиделок, переводят пациентов в геронтологические центры или специализированные дома престарелых. Если есть возможность, обучают родственников правилам ухода за больным. Своевременное проведение гигиенических мероприятий, прогулки на свежем воздухе, кинезотерапия, контроль рациона, общение и повышение социальной значимости пациента дает положительные результаты. Прием лекарственных препаратов для лечения хронических заболеваний, бессонницы, тревожно-депрессивных синдромом должен быть согласован с врачом. Важно проходить регулярные медицинские осмотры.

РАЗДЕЛ XXI

УХОД ЗА ЛЮДЬМИ, СТРАДАЮЩИМИ СЛАБОУМИЕМ (ДЕМЕНЦИЕЙ)

Расстройство интеллекта (слабоумие) (от лат. intellectus — понимание, познание) — психиатрический интеллектуально-мнестический синдром; врожденное (умственная отсталость) или приобретенное (деменция) поражение интеллекта, в результате которого у человека снижается способность понимать связь между окружающими явлениями, утрачивается способность отделять главное от второстепенного, утрачивается критика к своим высказываниям, поведению. Это комплекс симптомов, вызванных различными болезнями. Проявляется проблема в форме нарушений мышления, контактов пациента с людьми и провалов в памяти. Эти изменения не являются результатом физиологического процесса старения. Слабоумие часто сопровождается соматическими заболеваниями, большинство пациентов умирают в течение 5 лет. Слабоумие обычно начинается со снижения умственной деятельности, может привести к ограничению подвижности и способности думать и чувствовать.

Самое сложное в общении с этими людьми — это то, что они как будто потеряны. Они потеряли себя как личности, они не способны двигаться и думать. Они уже никогда не станут теми, кем были раньше. И они полностью зависят от других людей, которые оказывают им помощь абсолютно во всем. Есть несколько причин возникновения слабоумия (применение медицинских препаратов, недостаток питания и витаминов, осложнения некоторых хронических заболеваний, например диабета, недостаток кислорода, рак, обезвоживание, употребление алкоголя и др.). Психические отклонения поддаются лечению, если причина известна и устранена. К сожалению, в большинстве случаев причины остаются неизвестными. Поэтому причины не могут быть устранены. Пример проявления пациента со слабоумием является болезнь Альцгеймера. Ухаживать за таким пациентом достаточно сложно.

Несколько советов по уходу

1. *Установите режим дня.* При этом попытайтесь сохранить привычные занятия пациентов, благодаря режиму сокращается необходимость принятия решения, запутанная повседневная жизнь пациента становится

более организованной, режим может стать источником уверенности и защищенности.

2. *Поддерживайте независимость пациента.* Пациенту необходимо как можно дольше оставаться независимым. Это поможет сохранять чувство уважения к себе и облегчит вашу работу.

3. *Помогайте сохранять чувство собственного достоинства.* Не забывайте, что вы ухаживаете за личностью. Воздерживайтесь от обсуждения состояния пациента в его присутствии или от критических замечаний в его адрес.

4. *Воздерживайтесь от стычек.* Любой конфликт приводит к стрессу, который не нужен ни вам, ни пациенту. Желательно переключить его внимание на другой объект или вид активности. Проявления гнева только ухудшат ситуацию. Виновата болезнь. Не командуйте пациентом. Не говорите, что ему нельзя делать. Вместо этого следует сказать, что ему надо делать.

5. *Давайте пациенту простые задания.* Дайте ему простые инструкции и задания, не затрудняйте жизнь пациенту.

6. *Сохраняйте чувство юмора.* Старайтесь смеяться вместе с пациентом, но не над ним. Юмор прекрасно избавляет от стресса.

7. *Позаботьтесь о безопасности в доме.* Потеря памяти и координация движений повышают травмоопасность пациента. Сделайте дом более безопасным. Поощряйте спортивные занятия, физические упражнения, во многих случаях они позволяют сохранить психические и умственные способности.

8. *Пытайтесь создать условия для максимального проявления сохранившихся у пациента способностей.* Тщательно продуманные занятия могут повысить чувство собственного достоинства пациента. При планировании занятий проявляйте наблюдательность и готовность их менять по интересам пациента.

РАЗДЕЛ XXII

БИОМЕХАНИКА. В ПОМОЩЬ УХАЖИВАЮЩИМ ЛИЦАМ

Биомеханика — наука, изучающая правила механического движения тела в пространстве и живых системах.

Медицинская сестра (ухаживающее лицо) должна применять правила биомеханики в своей работе по обучению пациентов и его родственников для эффективного удовлетворения потребности двигаться и избегать опасности травм, падений, повреждений.

Правила биомеханики:

1. Равновесие тела обеспечивает центр тяжести тела к площади опоры (стопы расставлены на ширине плеч, одна нога выдвинута вперед).
2. Риск падения возможен при смещении центра тяжести относительно площади опоры.
3. Соблюдение правильной осанки сохраняет равновесие тела и снижает нагрузку на позвоночник.

В положении стоя — давление между позвонками возрастает в нижней части поясничного отдела в 4 раза относительно позиции лежа.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (разгрузка поясничного отдела позвоночника):

1. Располагать ноги на ширине плеч.
2. Равномерно распределять массу тела на обе ноги.
3. Снимать физическое напряжение, перемещая центр тяжести с одной ноги на другую.
4. Поддерживать правильную осанку (обеспечение физиологических изгибов позвоночного столба): встать прямо, плечи и бедра в одной плоскости, спина прямая, напрячь мышцы живота и ягодиц.
5. При повороте — вначале повернуть стопы, затем туловище (не начинать поворот с поясницы).

В положении сидя — значительно возрастает давление между позвонками, если сестра сидит, наклонившись вперед, опираясь на руки.

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

(перераспределение массы тела, уменьшение нагрузки на позвоночник)

- Держать колени выше бедер.
- Спина прямая («королевская осанка»), мышцы живота напряжены.
- Плечи расправлены, симметричны бедрам.
- При повороте — повернуться всем туловищем, а не только грудью и плечами.

При выборе стула необходимо соблюдать следующие условия:

- спинка стула располагается под углом 3–5° по отношению к сиденью;
- уровень верхней планки спинки расположен под лопатками;
- 2/3 бедра расположены на сиденье;
- колени находятся выше уровня бедер;
- ноги достают до пола, стопы свободны, при необходимости использовать подставку.

Мягкая мебель может вызывать напряжение мышц позвоночника, поэтому рабочее пространство сестры/ухаживающего лица обеспечивают эргономичным оборудованием.

РАЗДЕЛ XXIII

ПОНЯТИЕ ОБ ЭРГОТЕРАПИИ

Эрготерапия — это область медицины, которая нацелена на оказание помощи человеку в повседневной жизни, развитие, восстановление и поддержание навыков, необходимых при выполнении действий, важных и значимых для здоровья и благополучия данного человека. Основная задача данной методики — лечение путем самосовершенствования. Для пожилых людей эрготерапия (окупационная терапия) — способ замедлить старение и ускорить выздоровление. Например, пробуждение творческой активности у «лежачего пациента» может повлечь за собой исчезновение депрессии, а это, в свою очередь, приведет к дальнейшему восстановлению двигательных функций. В обратном случае при потере надежды на выздоровление в результате госпитализации в больницу, плохом уходе и равнодушном отношении родных и врачей развивается депрессия, сопровождающаяся отказом от еды и питья. Быстро возникающие из-за этого пролежни приводят к развитию сепсиса, что влечет за собой летальный исход.

Термин пришел в современную медицину от латинского слова «эргон», что в переводе означает «работа, труд»; а терапия «лечение». Реабилитация в системе эрготерапии подразумевает целый комплекс мероприятий, который направлен на возобновление естественной, ежедневной жизнедеятельности человека с определенным и строгим учетом заболеваний и нарушений, которые уже имеются. Только специалист — эрготерапевт способен помочь пациенту заново научиться общаться, развлекаться, следить за собой. Данная методика нашла широкое применение в разных областях медицины, так как она вошла в программу многих реабилитационных мероприятий. В большинстве случаев эрготерапию используют в неврологии. Эрготерапевт помогает человеку восстановиться при следующих нарушениях и болезнях: паралич тела; нарушения опорно-двигательного аппарата; после перенесенного инсульта; при черепно-мозговой травме. А также эрготерапия очень часто применяется в лечении психических болезней (доктора помогают людям с психологическими травмами жить нормальной жизнью и следить за собой за границами медицинского учреждения). Специалист составляет индивидуальную программу

общения и обучения каждого пациента. Для этого применяют разнообразные методы.

При оккупационной терапии применяют два основных подхода: методика формирования навыков самообслуживания; методика для повышения продуктивности пациента. Первая методика применима для пациентов, живущих с гемипарезом (частичный паралич мышц тела); паразетезом (неврологический симптом, который охватывает обе конечности); атаксией (частичная либо полная потеря координации произвольных мышечных движений); апраксией (нарушение целенаправленных движений); гиперкинезом или дискинезией (непроизвольные движения в одной либо целой группе мышц). Второй метод направлен на обучение пациента разным способам обращения с кухонной утварью, предметами личной гигиены. Методика используется при обучении инвалидов-колясочников, а также людей, которые страдают неврологическими и умственными нарушениями. Используются определенные физические и гимнастические упражнения, которые тренируют мелкую моторику и координацию. Медицинский специалист помогает решать конкретные трудности и проблемы, встающие на пути к исцелению. Для их выявления он просит выполнить простое задание (написать цифру, букву), наблюдая за движениями пациента, делает выводы о характере нарушения и определяет способы его коррекции. К сожалению, пока таких специалистов недостаточно.

ПОСЛЕСЛОВИЕ

Представление советов-рекомендаций по уходу за пациентами с дефицитом (ограничениями) самообслуживания хотелось бы закончить теми же словами, с которых и начали.

Уход за пациентом — это искусство!

Профессиональный уход за пациентом с ограничениями самообслуживания вне зависимости от причин ограничений — это прежде всего максимально качественный уход за пациентом.

Невозможно сразу ответить на все вопросы по уходу, особенно за лицами с ограничениями самообслуживания. Есть много нюансов при уходе за пациентом с конкретной патологией, поэтому для представления в нашем издании были выбраны наиболее актуальные разделы и темы. Надеемся, что советы подскажут вам, как решить в домашних условиях возникающие вопросы по уходу за пациентом. Изучить более подробно этот и другой материал, проконсультироваться и проверить свои знания и навыки вы сможете, посещая занятия в школе для родственников. Навыки, знания, приходят с повторяющимся во времени обучением, приобретением практического опыта. Главное, чтобы не исчезал интерес к познанию новых знаний, стремление учиться новому, для того, чтобы быть полезным людям.

Если наши советы помогли вам получить новые знания — цель достигнута.

СОДЕРЖАНИЕ

<i>Введение</i>	6
Раздел I. Создание безопасной среды для пациента и его окружения	7
Раздел II. Потенциальные проблемы пациента с ограниченной двигательной активностью	11
Раздел III. Организация быта пациента	12
Раздел IV. Перемещение пациента в кровати	20
Раздел V. Выбор удобного положения тела и перемещение пациента.	30
Раздел VI. Помощь при ходьбе.	40
Раздел VII. Кормление пациентов с ограничениями самообслуживания	44
Раздел VIII. Лечебные диеты	48
Раздел IX. Расстройство глотания	52
Раздел X. Зондовые диеты. Техника постановки зонда	58
Раздел XI. Принципы рационального питания.	68
Раздел XII. Личная гигиена пациента	71

Раздел XIII.	
Мытье пациента в постели	80
Раздел XIV.	
Смена постельного белья	86
Раздел XV.	
Смена рубашки.	89
Раздел XVI.	
Распорядок дня пациента	92
Раздел XVII.	
Уход в домашних условиях за лежачим пациентом после инсульта	94
Раздел XVIII.	
Профилактика тромбозов	101
Раздел XIX.	
Причины возникновения, профилактика и лечение пролежней.	
Обучение родственников элементам профилактики пролежней.	104
Раздел XX.	
Старость. Старческая астения	115
Раздел XXI.	
Уход за людьми, страдающими слабоумием (деменцией)	123
Раздел XXII.	
Биомеханика. В помощь ухаживающим лицам.	125
Раздел XXIII.	
Понятие об эрготерапии	127
<i>Послесловие</i>	129

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

ДЛЯ ЗАМЕТОК

**СОВЕТЫ ПО УХОДУ ЗА ПАЦИЕНТОМ
С ДЕФИЦИТОМ (ОГРАНИЧЕНИЯМИ) САМООБСЛУЖИВАНИЯ**

Под редакцией
Е. И. Темниковой

Корректор *Н. Г. Любомудрова*
Компьютерная верстка, дизайн *С. И. Захаров*

Издатель Захаров С. И. («СерНа»)
Тел. 8-910-914-95-30
E-mail: sergeizah@gmail.com

Подписано в печать 06.06.18. Формат 70×100^{1/16}.
Бумага офсетная. Печать офсетная. Объем 8,5 п. л.
Тираж 1000 экз.



Отпечатано в ОАО «Можайский полиграфический комбинат»,
143200, г. Можайск, ул. Мира, 93
Тел.: 8(495) 745-84-28, (49638) 20-685
www.оаомпк.ru, www.оаомпк.рф