

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал №4 (4)

декабрь 2014



ИНСУЛЬТ

Лечение

Реабилитация

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



Повышенное чувство сухости

Распределительный слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



Широкий ассортимент
впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии Seni:
8-800-200-800-3 (06:00-22:00, кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)
www.seni.ru

Учредитель:

Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор Е. Горковенко

Юридический адрес:

140300, Российская Федерация,
Московская область, г. Егорьевск,
ул. Промышленная, д. 9

Редакция:

главный редактор К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а,
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:

115583, г. Москва, а/я 59
fdo@bella-tzmo.ru
Свидетельство о регистрации
средства массовой информации
№ ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 г.
выдано Федеральной службой
по надзору в сфере связи,
информационных технологий
и массовых коммуникаций

Тираж 1000 экз.

Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии

ООО «Простые письма»
101000, г. Москва,
переулок Архангельский,
дом 9, офис 6

Верстка и редакция:

компания «Человек слова»
www.redcorr.ru
e-mail: glavred@redcorr.ru
Тел.: +7 (495) 508-75-91

форум

Номер 4 (4), декабрь 2014

Подписано в печать 16.12.2014

Выход в свет 25.12.2014

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно лицензионному договору

Перепечатка, копирование или
размножение в любой форме
осуществляются только с разрешения
ООО «БЕЛЛА Восток»

Дорогие друзья!

В этом номере мы собрали статьи российских и польских специалистов о возможностях лечения инсульта в России и Польше.

Первая часть журнала посвящена лечению больного с инсультом в условиях стационара и включает материалы о правильном позиционировании, реабилитационных мероприятиях, восстановлении ходьбы и др.

Вторая часть посвящена приспособлению жилищных условий пациента под новые нужды, обусловленные его изменившимся статусом, уходом за больным и лечением заболевания.

Заключительная часть номера представлена статьей психологического характера, в которой говорится о том, что поможет больному выздоравливать в благоприятной обстановке.

Надеемся, что информация этого номера будет полезна людям, которым стало знакомо слово «инсульт».

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

Лечение инсульта в стационаре

- 6 Против инсульта: вы не одни
- 9 Лечебно-реабилитационные процедуры для больных, перенесших инсульт
- 12 Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт
- 16 Позиционирование больного с инсультом
- 20 Восстановление функции ходьбы у больного с инсультом
- 23 Пролежни – эффективная профилактика и уход за больным

Реабилитация после стационара

- 25 Приспособление жилищных условий к потребностям людей с ограниченными возможностями
- 28 Постстационарная реабилитация инсультных больных
- 31 Постинсультный пациент после выписки из стационара: особенности реабилитации и уход
- 34 Повышение качества жизни тяжелобольных пациентов путем использования современных средств по уходу

Психологические аспекты

- 36 Терапевтическая роль прикосновения в уходе за хронически больными пациентами

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10/80 шт.

Салфетки sensitive

влажные
для особо чувствительной кожи
68 шт.



Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл



Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл



Крем

для тела
моющий, 3 в 1
950 мл

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл



Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл



Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл



Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл



Масло

для ухода
150 мл

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодором
100/200 мл



Крем

защитный
с аргинином и синодором
100/200 мл

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов
по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3
(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней.
Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

Против инсульта: ВЫ НЕ ОДНИ

Сегодня в нашей стране происходит полмиллиона инсультов в год, это вторая причина смерти после инфаркта. Это означает, что каждые две минуты в России у кого-то случается инсульт. Половина перенесших его людей становятся инвалидами.

Это грозные цифры, которые игнорировать нельзя. Для помощи людям, пострадавшим от инсульта, был создан фонд ОРБИ.

врачей и медсестер уже не будет рядом.

Обучающие занятия учитывают состояние каждого пациента, и на них обучают именно тому, что необходимо в конкретный момент – от ухода за лежачим больным до реабилитационной гимнастики. По мере выздоровления состояние пациента меняется, появляются новые вопросы. Ответы на



**МЕЖРЕГИОНАЛЬНЫЙ
ФОНД ПОМОЩИ
РОДСТВЕННИКАМ
БОЛЬНЫХ
С ИНСУЛЬТОМ**

Создание фонда – это личная история его президента Дарьи Лисиченко. У ее отчима случился инсульт. Из собственного опыта она узнала многое о тяжести лечения, сложностях каждодневного ухода за пациентом и реабилитации, о возникающих в семье психологических проблемах. Чтобы помочь пациентам и их родственникам, Дарья создала Межрегиональный общественный фонд помощи родственникам больных с инсультом «ОРБИ».

Дарья Лисиченко не только успешно руководит фондом, она также является для многих примером здорового образа жизни

– именно того, что позволяет людям избежать инсульта.

В фонде ОРБИ важным считают системный подход. Например, в ОРБИ работает школа здоровья «Жизнь после инсульта». Это открытые бесплатные уроки по уходу за пациентом с нарушением мозгового кровообращения. Программа реализуется в больницах, поликлиниках и центрах социального обслуживания. Таким образом, ОРБИ работает со всеми звеньями цепи здравоохранения и на каждой стадии болезни дает именно ту помощь, которая на этом этапе необходима. В стационаре родственников готовят к выписке больного, учат уходу за ним в домашних условиях, когда

них можно получить на занятиях школы здоровья в районных поликлиниках и ЦСО, куда после выписки из больницы обращаются пациенты.

Расписание занятий на месяц вперед есть на сайте фонда, и родственники пациента могут выбрать удобное для них время и район города. Для тех, кто не может посетить занятия, на сайте есть видеоуроки – просмотрев ролики, можно получить все базовые навыки ухода.

Фонд также помогает в оплате необходимого курса лечения и реабилитации, в приобретении тренажеров для восстановительных занятий на дому, средств ухода – тростей, ходунков, памперсов.

Инсульт – состояние, развивающееся быстро. Каждый час тут очень дорог. Самые ценные для оказания эффективной помощи – первые 3–5 часов. Чем быстрее будет начато лечение в специализированном неврологическом стационаре, тем выше шансы на восстановление. Поэтому первые признаки инсульта должен знать каждый. Сейчас в Москве на автобусных остановках можно видеть плакаты с простой и запоминающейся инфографикой, изображающей первые симптомы инсульта. ОРБИ сделал и разместил эти плакаты, зная, как это важно. В нужный момент эта информация поможет спасти человеческую жизнь.

В поликлиниках и центрах социального обслуживания фонд регулярно проводит лекции своих школ здоровья по профилактике инсульта. Там все люди, входящие в группу риска, могут узнать, как защитить себя от этой грозной болезни.

Инсульт – заболевание, неизбежно затрагивающее всех членов семьи. В фонде действует программа психологической помощи, в рамках которой пациенты и их близкие могут бесплатно получить помощь психолога.

Несколько раз в год ОРБИ организует в городских парках дни отдыха «Вместе против инсульта». На таких праздниках устраиваются многочисленные мастер-классы по здоровому питанию, рисованию, йоге, проводятся концерты, спортивные мероприятия. Там любой человек может пройти экспресс-диагностику у невролога. Есть возможность получить индивидуальную консультацию диетолога по здоровому питанию. Такие дни отдыха предназначены для всей семьи – для самих пациентов, перенесших инсульт, и всех их близких, включая детей. Тяжелая болезнь выматывает и паци-

ента, и тех, кто ухаживает за ним, поэтому отдых нужен всей семье.

Еще одной традицией ОРБИ являются благотворительные забеги – фонд организывает марафоны. Это эффективный способ напомнить: спорт и активное движение – простая и действенная защита от болезни.

Фонд помогает родственникам сориентироваться и получить необходимую информацию. На сайте ОРБИ есть ответы на вопросы

о том, как оформить инвалидность или опеку, какие документы необходимы для реабилитационного и санаторного лечения, как получить средства ухода.

В ОРБИ знают, что инсульт – многосоставная проблема: медицинская, социальная, психологическая. И решать ее нужно по всем направлениям.

Об этом рассказывает президент Межрегионального фонда помощи родственникам больных



инсультом «ОРБИ» Дарья Лисиченко.

– Дарья, название расшифровывается как «фонд помощи родственникам больных с инсультом». То есть в помощи нуждаются и пациент, и его родные?

– Инсульт в одно мгновение меняет жизнь и пациента, и его семьи. Взрослый самостоятельный человек внезапно становится беспомощным, зависимым во всех своих потребностях. Обычно семья оказывается не готова к таким резким переменам. Родственники пациента напуганы, подавлены, растеряны, они не знают, как ухаживать за больным, как организовать быт. Им тоже требуется помощь – психологическая, юридическая, практическая. Фонд работает по всем этим направлениям, помогая, обучая, давая ответы на все эти вопросы. Очень важно помочь системно, по всем направлениям, решая проблемы в комплексе.

– А что фонд может сделать для тех, кого не коснулось это заболевание?

– Предупредить! Предупредить и рассказать. Об инсульте у нас знают катастрофически мало. Люди не знают, как его избежать, какие можно принять профилактические меры. Не знают первых симптомов инсульта. Не представляют, что предпринять, когда заметили эти симптомы, и теряют драгоценное для лечения время – полагают, что «если полежать, то все пройдет».

Даже при огромной распространенности инсульта – 450 тысяч случаев в год! – эту болезнь окружает масса мифов. Например, что инсульт – болезнь стариков и алкоголиков. Хотя это совсем не так. В последнее время инсульт «молодеет» на глазах. Все больше пациентов, не достигших даже 50 лет. В своей работе мы сталки-

ваемся с отношением людей к инсульту, как к чему-то далекому, что никогда не коснется их лично, люди считают, что инсульт случается только у людей глубоко пожилого возраста. А это абсолютно не так.

К тому же на людей среднего возраста приходится самая большая стрессовая нагрузка. К стрессу добавляется сидячая работа, отсутствие времени на профилактическое обследование, курение, неправильное питание... И в зоне риска оказывается категория людей от 35 до 45 лет.

Мы обращаемся к людям через нашу социальную рекламу. Ждем их на устраиваемых ОРБИ спортивных мероприятиях. Для людей всех возрастов предназначены дни отдыха «Скажи инсульту нет!», где бесплатно можно пройти скрининг-диагностику. Мы помним, что предупредить инсульт легче, чем лечить.

– ОРБИ – первый и единственный фонд в России, помогающий больным с инсультом. Поэтому его опыт уникален. Что вы узнали из этой деятельности, что поняли за годы руководства фондом?

– Опыт моей семьи, прошедшей через болезнь близкого человека, и вся дальнейшая работа в фонде научили меня двум вещам. Первая: делай то, во что веришь. Мы видим, что деятельность ОРБИ необходима огромному количеству людей. Поэтому мы продолжаем ее, расширяем наши программы, открываем филиалы в разных городах, ищем новые способы говорить с людьми. Второй урок, вынесенный мной из этих испытаний: добиться результата в одиночку нельзя. Когда случается инсульт, рядом с пациентом находятся его близкие. От их усилий и компетентности зависит восстановление. Мы понимаем, как важно поддержать людей, чтобы они знали: они не одиноки в борьбе с болезнью.

Снизить количество случаев заболевания, научить распознавать инсульт и вызывать скорую помощь как можно раньше, правильным уходом быстрее вернуть пациента в обычную жизнь – вот задачи, которые каждый день решает фонд ОРБИ. ■

*Интервью записала
А. Доброжанская.
Межрегиональный фонд
помощи родственникам
больных с инсультом
«ОРБИ», г. Москва*

Лечебно-реабилитационные процедуры для больных, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Бернадета Жондло,

магистр, физиотерапевт учреждения по уходу за больными в Кольбушове (Польша)

Катажина Депа,

магистр, физиотерапевт учреждения по уходу за больными в Кольбушове (Польша)

Каждое полушарие мозга управляет активностью противоположной стороны тела, поэтому какое-либо повреждение одной стороны мозга приводит к нарушению функций именно противоположной стороны тела. Другими словами, нарушение кровообращения в правом полушарии мозга дает проявления на левой стороне тела, и наоборот.

Лицо, перенесшее удар, может встретиться со следующими трудностями:

- потеря управляемых двигательных способностей (связанная с неправильным напряжением мышц на пораженной стороне);
- трудности в глотании;
- недержание мочи и кала;
- нарушения чувствительности;
- проблемы с речью (афазия);
- трудности, связанные с чувством прикосновения, зрением, слухом, обонянием;

– проблемы психологические и эмоциональные (в основном депрессия).

Больной после пережитого удара должен пройти комплексные лечебные процедуры, особое внимание нужно обратить на раннюю реабилитацию и соответствующий уход, психотерапию и логотерапию. Все это имеет целью уменьшение смертности в течение первого месяца после начала заболевания, предупреждая опасные осложнения, которые влияют на состояние психомоторики и ухудшают качество жизни людей после инсульта.

Инсульт является третьей по частоте причиной смерти в большинстве стран, а также главной причиной тяжкого, долго не проходящего увечья и потери самостоятельности у взрослых людей.

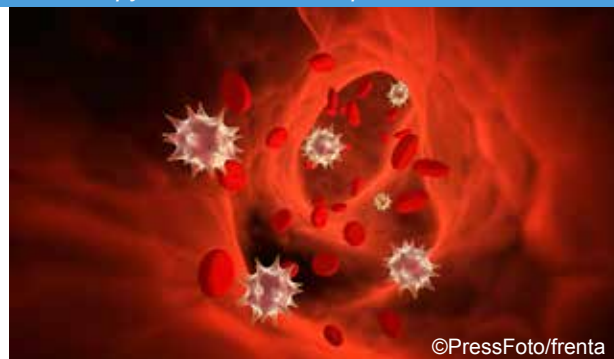
Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет инсульт как клинический синдром, характеризующийся проявлением очагового или общего нарушения деятельности мозга, симптомы которого наблюдаются дольше 24 часов (или приводят к смерти) и не имеют другой причины, кроме сосудистой. В настоящее время в Польше регистрируется около 60 тысяч новых случаев инсульта в год. Болезнь эта несколько чаще регистрируется у мужчин, чем у женщин, а наибольшая частота наблюдается в группе больных старше 70 лет.

Чтобы обеспечить пациенту соответствующую диагностику, лечение и уход, в отделении должен работать коллектив, в состав которого входят врачи-специалисты (невролог, реабилитолог, кардиолог и т. п.), медсестры, физиотерапевт, логопед, психолог и терапевт по занятиям с больными.

Уход за пациентом после инсульта

Правильный уход существенно влияет на дальнейший ход реабилитации. На ранней стадии восстановления больного после инсульта, кроме кормления и заботы о чистоте тела, о проходимости дыхательных путей, очень важно следить за правильным положением тела пациента, препятствующим появлению пролежней, судорог и тромбоза глубоких сосудов – главным осложнениям длительного обездвиживания.

Быстрое приведение пациента в движение или в вертикальное положение, а также изменение положения тела, принятие дренажных



©PressFoto/frenta

позиций, выполнение упражнений для тренировки сосудов, запрет на инъекции в конечности с нарушенной функциональностью препятствуют вышеперечисленным осложнениям.

В остром периоде инсульта очень важно регулярное опорожнение мочевого пузыря – или многократное катетеризование в течение суток, или, в случае необходимости, установка катетера на постоянное использование. Одновременно должна проводиться терапия нарушений речи, восприятия и эмоциональных нарушений (депрессии), а также поведенческая терапия с элементами самообслуживания.



Рисунок 1. Правильное укладывание пациента с гемипарезом правой стороны

Наилучшей для лечения является плоская кровать со складываемым ложем и регулируемой высотой, а также с соответствующим противопролежневым матрасом. Переворачивать больного, одновременно меняя его позицию, нужно каждые 2–3 часа: укладывать пациента на спину, на «здоровый» и на «больной» бок, а также на живот. Удерживать позу помогают дополнительные подушки, валики, мешочки или различные подкладки, в зависимости от потребности. Очень важным является положение кровати и столика: нужна возможность размещения прикроватного столика и доступа к пациенту с пораженной стороны, что препятствует синдрому запущенности гемипареза.

Правильное укладывание больного после инсульта

Сначала укладывание больного имеет пассивный характер. Изменяя положение больного, нельзя тянуть его за руку, держась за ладонь или запястье, и ни в коем случае нельзя переворачивать за поврежденное плечо – это является основной причиной появления синдрома болезненного плеча и даже может привести к его вывиху. Рутинная коррекция положения больного вырабатывает у него навык самостоятельного приема правильной позиции. Общаясь с пациентом, обращаться к нему нужно с пораженной стороны, так как доходящий голос стимулирует слух и зрение – часто ослабленные.

Гемипарез влияет отрицательно прежде всего на мышцы конечностей.

Оставление конечностей в неправильном положении может привести к ограничению подвижности в суставах, нарушению регуляции напряжения мышц и даже к мышечным судорогам и тугоподвижности суставов. Наилучшим для пораженных конечностей является среднее положение, обеспечивающее равновесие всем мышечным группам.

При положении пациента лежа на спине пораженная рука укладывается с отведением плеча на 65–90 градусов, предплечье развернуто, под лопатку помещается подкладка. Запястье должно быть слегка согнуто, большой палец в противопоставленной позиции, дающей возможность держать в ладони маленький валик. Пораженная нога должна быть выпрямлена, слегка согнута в коленном суставе и немного повернута наружу. Ступни нужно расположить под прямым углом и защитить от давления одеяла.

Лежание на «здоровом» боку облегчает дыхание пораженной стороной грудной клетки. Важно, чтобы пораженное плечо было оттянуто вперед, положено на подушку, локоть и запястье выпрямлены, а пальцы открыты. Нога должна быть согнута в коленном суставе и положена на подушку.

Реабилитация больных после инсульта

Реабилитационные процедуры бывают разные. Их интенсивность зависит от общего состояния пациента и этиопатогенеза удара. Больные должны быть приводимыми в движение как можно

раньше (при ишемическом ударе – на вторые сутки, при ударе с кровотечением – в конце первой недели). Терапевты и медсестры должны установить, насколько это возможно, контакт с пациентом и терпеливо приспосабливать свои сообщения и требования к познавательным возможностям пациента. Раннее приведение в движение, пассивные и выполняемые с посторонней помощью активные упражнения, проводимые в полном диапазоне движений, а также поэтапное поднятие тела в вертикальное положение обеспечивают соответствующую перцептивную стимуляцию (стимуляцию пространственной ориентации). В этот период полезно использовать такое оборудование и ортопедические вспомогательные средства, как парапеты, поручни, манежи для ходьбы, костыли и палочки.

Время продолжения ранней реабилитации индивидуально и зависит от состояния больного, но она должна быть закончена с началом использования инвалидной коляски или с началом обучения хождению. Протекание процесса улучшения состояния пациентов после инсульта определяется степенью тяжести и проявлений последнего, поэтому также можно применять различные реабилитационные методы – как традиционные (упражнения пассивные, пассивно-активные, с отягощением, с самопомощью и т. д.), так и специальные (NDT Bobath или PNF). Частью указанных методов является процесс подъема в вертикальное положение и обучение ходьбе, а также дополнительные упражнения (дыхательные и связанные с сосудами).

Физиотерапия

В процессе реабилитации больных в хорошем общем состоянии применяются также физиотерапевтические процедуры. Они только дополняют процесс восстановления и играют вспомогательную роль, выступая как подготов-

ка к упражнениям. Применяются тепловые, криостимулирующие процедуры, магнитотерапия, электротерапия, лазеротерапия и различного вида массажи. У этой группы больных часто встречаются нарушения поверхностной чувствительности, поэтому рекомендуется особая осторожность при применении вышеуказанных процедур.

Терапия занятиями

Важное место в процессе реабилитации занимает также терапия занятиями. Она является связующим звеном между лечебными процедурами и настоящей активностью и профессиональной работой. Часто эта терапия является для пациента более привлекательной формой кинезиотерапии, поскольку в работу в большей степени вовлекается его психика. Терапия с занятиями ставит перед пациентом конкретную цель или предполагает выполнение определенной работы. Больной, сосредотачиваясь на задании, часто забывает об усталости и даже о боли. Благодаря этому он способен выполнить большее количество движений, чем в гимнастическом зале. Выполнение порученной работы дает больному осознать его возможности и необходимость обществу, что помогает ему вернуть психическое равновесие. Большое значение придается наибольшей самостоятельности больного в выполнении ежедневных обязанностей, несмотря на существующий двигательный дефицит. Терапия занятиями имеет три важные цели: психическую, лечебную (терапевтическую, функциональную) цели и профессиональную переориентацию. Поэтому, планируя процесс восстановления, нужно помнить о ее большой пользе на каждом этапе.

Логотерапия

Часто проявляются нарушения речи в виде афазии или дизартрии, которые приводят к трудностям в вербальном общении,

поэтому пациентам необходимы логопедические упражнения. Они всегда объединяются с дыхательными и артикуляционными упражнениями, подбираются индивидуально по типу нарушений речи больного и его познавательных возможностей. Вначале эти упражнения заключаются в установлении контакта с больным с помощью невербального общения (жесты, мимика, показывание рисунков, предметов), а затем в постепенном произнесении слов (вербальное общение). При дальнейшем обучении речи нужно учитывать интересы больного, его профессию, эмоциональные состояния, а также использовать средства массовой информации (радио, пресса, телевидение).

Психотерапия

Очень важным аспектом лечебного процесса у больных после инсульта является психологическая поддержка, так как психическое состояние пациента, его мотивация, степень вовлечения и возможности понимания, обучения и концентрации внимания имеют огромное влияние на течение и эффективность реабилитации. Пациенты могут чувствовать депрессию, угнетение, беспокойство или неожиданные изменения настроения. Это все является реакцией на изменившиеся условия, в которых теперь они должны функционировать, особенно в случае лиц с афазией. При этом важен эмпатический подход медицинского персонала к больному. В процесс лечения нужно вовлекать семью и знакомых больного после их предварительного обучения.

Существенным элементом является также соответствующая подготовка жилища пациента и ликвидация барьеров, чтобы он мог в меру своих возможностей безопасно в нем функционировать после выписки из медицинского учреждения (дополнительные ручки для поддержки в ванной, кресло под душем и т. п.).



©PressFoto/SimpleFoto

Пациенты после инсульта принадлежат к группе лиц, для которых очень важна непрерывность реабилитации. Продолжение реабилитации в обществе делает возможным поддержание эффекта больничной реабилитации и дальнейшее улучшение состояния здоровья (как физического, так и психического), а также дает новые возможности возвращения к полноценной общественной жизни. ■

Литература

1. Cieślak-Korfel A. Usprawnianie po udarze mózgu, Elipsa-Jaim s. c. Kraków, 2009.
2. Członkowska A., Mirowska D. Chory po przeżytym udarze mózgu // Przew. Lek. 2001. № 11. С. 47–53.
3. Kwolek A. Postępy w leczeniu i rehabilitacji osób po udarze niedokrwiennym mózgu // Rehabilitacja Medyczna. 2002 № 6, С. 9–22.
4. Kwolek A. Schorzenia i urazy mózgowia / Rehabilitacja medyczna. Т. II. Kwolek A. (red.). Wrocław: Urban&Partner, 2003. С. 10–50.
5. Kwolek A. Zasady rehabilitacji po udarze mózgu / Rehabilitacja w udarze mózgu. Kwolek A. (red.). Wydawnictwo Uniwersytetu Rzeszowskiego, 2009. С. 132–233.
6. Paprocka-Borowicz M., Zawadzki M. Fizjoterapia w chorobach układu ruchu. Górnicki Wydawnictwo Medyczne. Wrocław, 2007. С. 13–29.
7. Raport Zespołu Ekspertów Narodowego Programu Profilaktyki i Leczenia Udaru Mózgu, Postępowanie w ostrym udarze niedokrwiennym mózgu // Przew. Lek. 2001. № 4, С. 65–82.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА за пациентами, ПЕРЕНЕСШИМИ ИНСУЛЬТ

Оксана Владимировна Шинкоренко,

врач восстановительной медицины КГБУЗ «Городская клиническая больница № 11 г. Барнаул» (Россия)

Смертность от цереброваскулярных заболеваний стоит на третьем месте после смертности от заболеваний сердца и злокачественных новообразований. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч инсультов. Около 80 % больных, перенесших инсульт, становятся инвалидами, из них 10 % нуждаются в постоянной посторонней помощи. Примерно 55 % пострадавших не удовлетворены качеством своей жизни, лишь менее 15 % выживших могут вернуться к труду.



©PressFoto/SimpleFoto

Самых первых часов после инсульта необходима организация активизирующего ухода и контроля за витальными функциями: мочеиспусканием, дефекацией, приемом

пищи. К активизирующему уходу на ранних этапах относится лечение положением (ЛП): ранняя активизация (вертикализация), раннее использование прикроватного туалета (а не судна), постоянная проверка функции глотания, примене-

ние специально подобранной диеты, достаточного количества потребляемой жидкости.

Уход за кожей

Необходимо соблюдать следующие основные правила:

- обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи. Хорошо зарекомендовали себя косметические средства по уходу Seni;
- частая смена положения пациента – каждые 2 часа днем и раз в 3,5 часа ночью;
- при нарушении функций тазовых органов применение подгузников Seni, в тяжелых случаях установка катетера Фолея;
- использование противопролежневых матрасов;
- проведение элементов массажа (поглаживание и растирание) участков кожи, подверженных наибольшему сдавливанию.

Проблема профилактики пролежней сохраняет свою актуальность и сегодня. Пролежни – патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у лежачих ослабленных больных. Пролежни могут осложняться флегмоной, абсцессом и др. Наиболее типичным осложнением для резко ослабленных больных является развитие сепсиса. При появлении пролежней необходимо

принять все меры для восстановления целостности кожного покрова. К примеру, можно использовать различные стерильные повязки Medisorb. Они эффективны для заживления как поверхностных, так и глубоких ран с умеренным и обильным отделяемым. Разобраться, какую повязку выбрать и как ее применять, можно на сайте www.na-gau.ru – это отличный помощник в выборе изделий.

Профилактика пневмонии

Чтобы избежать пневмонии, проводят следующие мероприятия:

- обеспечение проходимости верхних дыхательных путей с помощью воздуховода, интубационной трубки или путем наложения трахеостомы;
- санация ротовой полости и верхних дыхательных путей (выполняется каждый час);
- предупреждение аспирации – определение возможности безопасного глотания жидкости и пищи больным;
- активизация больного;
- перкуссионный массаж грудной клетки.

Вопросы питания и гидратации

Всем пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения необходима оценка функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор системы питания для каждого пациента. При выраженных расстройствах глотания используются зондовое и парентеральное питание или встает вопрос о гастростоме.

Основные правила:

- подбор позы для наиболее эффективного и безопасного глотания (наклон головы вперед, поворот в пораженную сторону в момент проглатывания). При затруднении глотания кормление проводят только в положении больного сидя (с опорой под спину);
- подбор консистенции пищи (нормальная, мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и жидкости



©PressFoto/Sergey Nivens

(консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа, воды);

- состояние абсолютного бодрствования пациента во время приема пищи через рот;
- приведение пациента в сидячее положение до еды и контроль за соблюдением такого положения в течение 20–30 минут после еды;
- исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию: жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай), хлеб, печенье, орехи и т. п.;
- закладывание пищи в рот небольшими порциями с непораженной стороны;
- контроль зубных протезов;
- тщательная ревизия полости рта после окончания кормления (оставшаяся пища может быть аспирирована).

Нарушения функций тазовых органов

При таких нарушениях показана ранняя активизация для обеспечения возможности поддержания

физиологической позы при мочеиспускании, дефекации. Необходимо обеспечение приватной обстановки. Пациента необходимо обеспечить адекватным количеством жидкости (желательно получение жидкости через рот или назогастральный зонд). Для профилактики запоров назначается диета с большим содержанием клетчатки, в рацион включаются кисломолочные продукты при их хорошей переносимости.

Риск травматизма

Нарушения при поражениях тех или иных участков мозга могут быть самыми различными, однако почти всегда страдают двигательные функции, что увеличивает риск травматизма.

Факторы, способствующие падению после инсульта:

- состояние самого больного: мышечная слабость (особенно мышц бедра), снижение чувствительности (особенно зрительные нарушения), нарушение равно-

весия и головокружение, спутанность сознания, невнимание больного при нарушении когнитивных функций, деформации (например, подошвенное сгибание), эпилептические припадки;

– окружающая среда: неправильно подобранная обувь, скользкий пол, лишняя мебель, плохо размещенные поручни и неправильно подобранные вспомогательные средства, недостаточное наблюдение, двери;

– лекарственные препараты (седативные, гипотензивные, антиспастические, противосудорожные).

Эмболия легочных артерий

Закупорка легочных артерий является причиной примерно 25 % неблагоприятных исходов у больных с инсультом. Для профилактики рекомендуется использовать эластичные бинты, например, бинты МАТОКРЕП COHESIVE, МАТОПАТ UNIVERSAL. Также необходимо с первых суток после инсульта проводить гимнастику для ног.

Правильный настрой

Степень настроенности каждого пациента и поддержка со стороны его семьи также в значительной степени влияют на восстановление.

Меры, которые могут помочь:

– напоминания в окружающей обстановке – часы, надписи, календарь, газеты;

– информирование пациента – повторяйте свои высказывания часто, используя одни и те же слова, пользуйтесь простыми и ясными предложениями;

– знакомые предметы и люди – постоянный персонал, фотографии членов семьи или знакомых мест;

– напоминание о недавних событиях;

– разговоры с пациентом, когда он спокоен, а не только во время возбуждения;

– предоставление подопечному возможности что-то делать самому. Не навязывайте ему свою волю, всегда уважайте его желание;

– поощрение увлечений больного, его хобби. Рекомендуйте посмотреть телевизор, почитать газету, заняться его любимым делом.

Боли в паретичных конечностях

Такие болезненные ощущения, особенно в плечевом суставе, являются частым постинсультным осложнением.

Для компенсации используются следующие методы:

– позиционирование больных (ЛП) – придание парализованным конечностям и телу правильного положения (корректирующие позы) в течение того времени, когда больной находится в постели или в положении сидя;

– обучение персонала и родственников щадящим техникам перемещения пациента и правилам обращения с паретичной рукой;

– раннее применение пассивных движений в паретичных конечностях.

Лечение положением можно проводить всем больным вне зависимости от тяжести состояния с первых часов инсульта. Основные составляющие:

– укладка парализованных конечностей на одном уровне в горизонтальной плоскости при положении пациента на здоровом боку, что обеспечивает равномерную гравитационную нагрузку на конечности;

– при размещении на парализованной стороне укладку в положении, противоположном позе Вернике – Манна;

– положение на животе без подушки;

– положение на животе с опорой на предплечья и кисти.

Основой правильного укладывания являются:

– симметричность расположения частей туловища и конечностей;

– поддержка всех сегментов тела;

– бережное отношение к крупным суставам, в частности к плечу паретичной руки;

– ограничение времени пребывания на спине.

Если больной лежит на спине, то паретичное плечо должно быть поддержано подушкой высотой 2–3 см, под ягодицей с пораженной стороны должна находиться плоская подушка, чтобы «больная» нога не была развернута наружу. В настоящее время нецелесообразным считается упор паретичной стопы, а также распластывание кисти руки под мешочком с песком, приводящие к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта.

Несмотря на свою простоту, правильное выполнение ЛП способствует достижению следующих позитивных результатов:

– снижение мышечной спастичности;

– выравнивание асимметрии мышечного тонуса;

– восстановление схемы тела;

– нормализация глубокой чувствительности;

– снижение патологической активности тонических шейных и лабиринтных рефлексов;

– предупреждение развития контрактур, болевого синдрома, патологических установок в конечностях и туловище.

Положение больного меняется каждые 2–3 часа, поэтому ЛП выполняет также функции профилактики пролежней, тромбофлебита, пневмонии.

Инсульт развивается довольно быстро: от нескольких минут до нескольких часов, но последующее течение болезни, клиническая картина, восстановление нарушенных функций зависят от многих факторов. Правильный уход и позиционирование предупреждают развитие нежелательных осложнений, способствуют восстановлению функциональной двигательной активности и являются важным звеном в комплексе нейрореабилитационных мероприятий. ■



Наборы matopat – помощь в лечении лимфатического отека

Терапевтический эффект:

- уменьшение лимфатического отека
- поддержание положительных эффектов ручного лимфатического дренажа
- повышение эффективности работы сердечно-сосудистой мышцы (увеличение объема транспортированной крови и лимфы)
- ускорение регенерации фиброзной ткани
- уменьшение активности воспалительного процесса в коже

Набор matopat для терапии лимфатического отека включает в себя:

- трубчатый бинт – защищает кожу под компрессионным бинтом
- легкая и пушистая подкладка – заполняет пространство под компрессионной повязкой, защищает кровеносные сосуды и нервные окончания от излишнего сдавливания и повреждения, впитывает пот и отделяемое, снижает риск возникновения раздражения кожи
- набор компрессионных бинтов – обеспечивает постоянное поверхностное давление и увеличение оттока крови и лимфы во время терапии
- гипоаллергенный пластырь – для фиксации компрессионной повязки



1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

Перед использованием, пожалуйста, проконсультируйтесь с врачом или специалистом по реабилитации.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНЫХ ИНСУЛЬТОМ

Ольга Викторовна Камаева

ассистент кафедры «Медицинская реабилитация и АФК» ПСПбГМУ им. И. П. Павлова,
врач-реабилитолог, г. Санкт-Петербург (Россия)

Инсульт – тяжелое заболевание, часто приводящее в остром периоде к обездвиженности, т. е. к невозможности смены позы самим пациентом. В этих случаях менять позы помогают ухаживающие. Частота переключения зависит от ощущений пациента и от степени риска возникновения пролежней. Обычная рекомендация – через каждые 2–2,5 часа днем и раз в 3 часа ночью. Но иногда, если у пациента возникает ощущение «затекания» или боли в какой-либо части тела, может потребоваться перемена положения раньше. Кроме возникновения дискомфорта, есть еще один важный фактор, определяющий частоту смены положений, – риск развития пролежней. Это измеряемая величина. Существует шкала определения степени риска развития пролежней – шкала Ватерлоу. Ею в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни» (ОСТ 91500.11.0001-2002) Минздрава РФ пользуются медсестры для определения риска.

В этой статье мы рассмотрим вопрос о том, в каких позах должен находиться пациент с инсультом. Правильные позы – важный элемент восстановительного лечения при инсульте. Они позволяют предупредить возникновение осложнений – пролежней, спастичности, боли в плече и тазобедренном суставе. Правильное позиционирование способствует восстановлению восприятия тела и пространства, безопасному глотанию, полноценному дыханию и общению.

Золотым правилом ведения пациентов в остром периоде инсульта является утверждение: пациент лежит на любом боку, но не на спине. Почему пациенту опасно лежать на спине?

Во-первых, лежа строго горизонтально на спине, человеку трудно дышать. Во время вдоха опускает-

ся диафрагма, за счет этого увеличивается объем грудной клетки и легкие наполняются воздухом. Когда пациент лежит на спине, его диафрагма «подпирается» органами брюшной полости, ей некуда смещаться. В результате пациент делает неглубокие вдохи, его кровь, а значит, и мозг, недополучают кислорода. В положении лежа на боку внутренние органы и передняя брюшная стенка смещаются вперед, предоставляя больше пространства диафрагме.

Вторая причина ухудшения дыхания в горизонтальном положении – это невозможность нормально откашляться. Мокрота остается в бронхах и выключает части легких из дыхания. Для полноценного кашля мы всегда приподнимаемся или наклоняемся. Пациент, перенесший инсульт, не имеет сил приподняться во время кашля, поэтому мышцы передней брюшной стенки

остаются растянутыми и не могут эффективно сократиться, чтобы обеспечить кашлевой толчок. На боку же человек лежит чуть согнувшись, мышцы брюшного пресса не растянуты и могут сильнее сократиться, обеспечивая эффективное откашливание. Кроме того, в положении пациента лежа на спине мокрота не может смещаться под действием силы гравитации. Когда человек лежит на боку, дренируется «верхнее» легкое – мокрота стекает в зону раздвоения трахеи на бронхи и оттуда легче откашливается.

Во-вторых, в горизонтальном положении лежа на спине возможно затекание слюны в дыхательные пути. Если у пациента существует нарушение глотания, то даже при питании через назогастральный зонд мы не можем исключить аспирации слюны. Статистика показывает, что у 64–90 % пациентов в остром периоде инсульта, находящихся в сознании, имеет место дисфагия (Хэрролл, 2011). Аспирация возникает у 22–42 % пациентов с дисфагией (Ч. Варлоу, 2001). В положении лежа на боку у таких пациентов происходит накопление слюны за щекой, откуда возможно ее аппаратное отсасывание, или слюна сама вытекает изо рта.

В-третьих, есть неврологические механизмы, которые могут способствовать повышению мышечного тонуса и приводить к спастичности у пациента, лежащего на спине, – это влияние шейных тонических рефлексов.

В-четвертых, человек, лежащий на спине горизонтально, не может полноценно общаться и ощущать пространство вокруг себя.

Позиционирование на возвышенном изголовье

Вместо того чтобы класть пациента на спину горизонтально, лучше расположить его на приподнятом изголовье. Поза на изголовье, поднятом на 30 градусов, не является нагрузочной, не имеет противопоказаний, способствует углублению дыхания, хорошему откашливанию, обеспечивает лучший обзор. Кормить пациента можно только тогда, когда он находится на приподнятом изголовье.

Позиционируя пациента на высоком изголовье, нужно обязательно соблюдать следующие правила (рис 1).

1. Прежде чем приподнять спину пациента, под колени нужно подло-

жить треугольный валик. Хороший валик получается из двух удлиненных подушек размером 50 × 70 см. Треугольный валик хорошо поддерживает голени, снимая давление с пяток пациента, а упор задней поверхности бедер в валик замедляет сползание пациента с высокого изголовья и уменьшает риск возникновения пролежня на крестце. Подушку, прилегающую к бедрам, в целях гигиены можно вложить в просторный полиэтиленовый пакет (пакет для мусора объемом 35 литров), но сверху обязательно надеть наволочку.

2. Спина пациента должна полностью лежать на изголовье. Угол, где начинается подъем, должен приходиться на тазобедренные суставы, а не на поясницу или лопатки. При неправильном выкладывании пациент оказывается скрюченным, его грудная клетка зажата, легкие не расправлены,

в пояснице может возникнуть боль. Если изголовье кровати короткое, его удлиняют, подкладывая под спину пациента каскад подушек.

3. Пациент должен лежать симметрично. Если слабая нога больше развернута в сторону, чем сильная, то под ягодицу со слабой стороны нужно подложить подушку (сложенное махровое полотенце, сложенную впитывающую простынку) толщиной примерно 2 см – нога займет симметричное положение. Ее разворот возникает в результате перекоса таза. Выравнивая таз, мы добиваемся симметричного расположения ног. То же самое нужно сделать, выравнивая уровень плеч. Если плечо со слабой стороны заваливается вниз, нужно подложить под лопатку подушку 2 см толщиной и расположить слабую руку вдоль тела, немного приподняв предплечье и кисть. Под локоть ничего подкладывать не нужно! Следите за тем, чтобы подложенные материалы не имели комков и не оказывали давления на участки кожи.

Позиционирование на изголовье с углом наклона 30 градусов используется для отдыха пациента, 45 градусов – для оценки глотания и для кормления пациента (рис. 2).

Позиционирование на боку

Как указывалось выше, позиционирование на боку имеет ряд преимуществ перед позиционированием на спине: пациенту легче дышать, откашливаться, меньше риск аспирации, это положение часто более комфортно для спины.

При нарушении кровообращения в одной половине головного мозга у пациента возникает гемипарез – слабость в противоположной стороне, поэтому позиционирование на сильной и слабой стороне отличаются, но есть и общие черты:

- за спину пациента всегда подкладывают подушку, чтобы сделать позу более устойчивой;
- «верхнюю» ногу, независимо от того, сильная она или слабая, располагают на подушке. Это по-

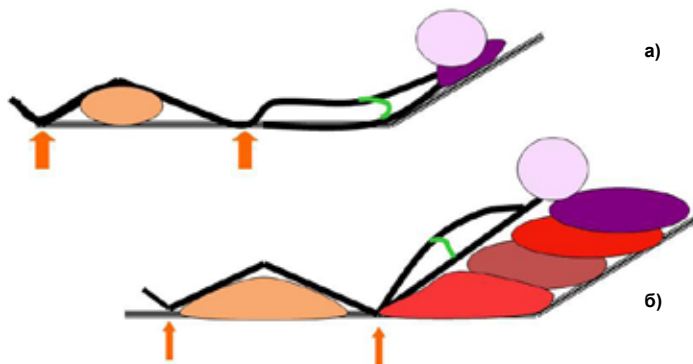


Рисунок 1. Положение на приподнятом на 30 градусов изголовье: а – неправильно, б – правильно



Рисунок 2. Позиционирование на изголовье с углом наклона 45 градусов



Рисунок 3. Позиционирование на сильной стороне (левосторонний гемипарез)



Рисунок 4. Позиционирование на слабой стороне (левосторонний гемипарез)

зволяет не допустить чрезмерного наклона вперед и снимает давление с нижнего бедра;

- голова пациента должна быть расположена по средней линии;
- ноги ни во что не упираются.

Позиционирование на сильной стороне

При позиционировании на сильной стороне пациенту придается небольшой наклон вперед (рис. 3). Сильная рука расположена произвольно, как удобно пациенту. Слабая рука по всей длине поддерживается подушкой. Лопатка на слабой стороне продвинута вперед. Микроциркуляция на сильной стороне тела сохранена, это снижает риск развития пролежней при таком позиционировании. Но есть

и недостаток в этой позе: пациент «придавлен» парализованной стороной, не может воспользоваться сильной рукой.



Позиционирование на слабой стороне

При позиционировании на слабой стороне пациент располагается, слегка откинувшись назад (рис. 4). Это положение, при котором пациент не лежит на слабом плече, а опирается на лопатку. Слабая рука продвинута вперед. Сильная рука остается свободной: пациент может ею двигать, например поправлять волосы, одеяло. Грудная клетка развернута, что создает хорошие условия для дыхания. Тактильная стимуляция и обзор пространства с пораженной стороны приводит к лучшему осознанию слабой стороны. Минусом этого позиционирования является то, что из-за возможного нарушения микроциркуляции в слабой стороне увеличен риск развития пролежней.

Таким образом, в каждом положении есть свои сильные и слабые стороны. Поэтому следует чередовать положения, регулярно переворачивая пациента.

Позиционирование в положении сидя

Когда врач разрешит сажать больного, нужно будет помочь ему принять правильную позу сидя (рис. 5). Вначале пациента высаживают в кровати со спущенными вниз ногами. В это время он, может быть, еще не в состоянии сесть сам, поэтому ему нужно помочь повер-



Рисунок 5. Положение сидя: а – на краю кровати, б – в кресле



Рисунок 6. Создание симметричной позы выравниванием таза:
 а – пациент сидит без коррекции; б – под правую ягодицу подложена подушка

наться на бок, спустить ноги с края кровати, а затем сесть, помогая себе сильной рукой. Ни в коем случае нельзя тянуть пациента за слабую руку! Помогают сесть, подталкивая под плечо или под бок.

В кровати пациент должен сидеть глубоко – так, чтобы край кровати нахотился в подколенных ямках. Под спиной пациента должна быть надежная опора. Руки расположены симметрично на «подлокотниках», сделанных из подушек или свернутого одеяла. Стопы должны быть расположены плоско на твердой опоре. Если ноги пациента не достают до пола, под стопами должна быть небольшая скамья или твердый ящик. Все суставы нижних конечностей (тазобедрен-

ные, коленные и голеностопные) должны быть согнуты под прямым углом. Важно, чтобы пациент сидел симметрично и не заваливался в сторону. Те же правила распространяются и на положение сидя в кресле. В любом случае в положении сидя у пациента слабая рука должна быть поддержана подушкой, подложенной под локоть. Это поможет предупредить растягивание мышц и связок плечевого сустава и позволит избежать боли в плече.

Частой причиной асимметричной позы является, как и в положении лежа на спине, перекос таза. Посмотрите внимательно на пациента – если таз со слабой стороны расположен ниже, подложите под

ягодицы со слабой стороны небольшую подушку, чтобы выровнять туловище (рис. 6).

Если обе ягодицы пациента находятся на одном уровне, но он предпочитает переносить вес и сидеть больше на одной стороне, то нужно проследить, чтобы у пациента под руками с обеих сторон была надежная высокая мягкая опора (рис. 7). Такая асимметричная поза характерна для пациентов с нарушением восприятия пространства. Надежная опора помогает им преодолеть страх падения и принять более симметричную позу.

Мы рассмотрели основные позы, применяемые при позиционировании больных, перенесших инсульт, в положениях лежа и сидя. Помогая пациенту принять позу, помните, что она должна быть комфортна для пациента, безопасна – не вызывать страх падения и не создавать сдавление каких-либо частей тела внешними предметами или весом самого больного. Для того чтобы перемещать пациентов с наименьшими усилиями и минимальным риском перегрузить спину, нужно знать правила безопасного перемещения и обучаться специальным техникам. Значительную помощь при перекладывании пациента дает использование специального скользящего оборудования – скользящих рукавов и простыней. ■



Рисунок 7. Создание симметричной позы надежной опорой с обеих сторон:
 а) пациентка отклоняется в слабую сторону из опасения упасть вправо;
 б) надежная опора помогла пациентке принять симметричную позу

ВОССТАНОВЛЕНИЕ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ у пациентов с последствиями инсульта

Татьяна Валентиновна Буйлова,

*врач травматолог-ортопед высшей категории, д. м. н., профессор ГБОУ ВПО
«Нижегородская государственная медицинская академия» МЗ РФ, главный специалист
по реабилитации Поволжского федерального округа, г. Нижний Новгород (Россия)*

Для любого человека ходьба – это чрезвычайно значимая функциональная активность, с которой связаны его бытовая и профессиональная деятельность, его хобби, социальная жизнь, и при ограничении которой происходит значительное снижение качества жизни в целом.



Восстановление функции ходьбы является одной из актуальных задач реабилитации пациентов с последствиями острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК). По статистике, почти у 80 % больных, перенесших инсульт, развиваются те или иные двигательные нарушения, которые приводят к ограничениям возможностей передвижения.

Процесс восстановления ходьбы у пациентов с ОНМК начинается в остром и раннем восста-

новительном периодах. Уже на 2–5-й день заболевания больной обучается простейшим двигательным актам: перекату-повороту на бок из позы лежа на спине и поднятию таза из исходного положения лежа на спине с согнутыми и сведенными вместе коленями. Вначале пациент выполняет эти упражнения с помощью медсестры или инструктора ЛФК, а затем и самостоятельно 2–4 раза в сутки. Для подготовки к ходьбе в положении лежа проводится стимуляция экстеро- и проприорецепторов. На 4–5-й день заболевания осуществляется локальная попеременная вибростимуляция обеих подошв с помощью вибратора в ритме медленной ходьбы (скорость 60 шагов в минуту, частота 120 Гц, время подачи импульсов 1,5 минуты, интервал между пачками сигналов 30 секунд, продолжительность процедуры 15–20 минут). Экстерорецепторы тренируют путем прикосновения к подошве

материалов с различной фактурой поверхностей: наждачной бумаги, линолеума и дерева. Для воспитания адекватного восприятия проприоцепции проводится обучение регистрации пассивных движений в суставах ног (особенно в голеностопном) с отключенным зрением, сначала с максимально возможной амплитудой движений в суставах, а затем с все меньшей и меньшей амплитудой. При наличии в медицинском учреждении соответствующего оборудования с 5–6-го дня заболевания возможна ранняя стимуляция ортостатической функции на поворотном столе. Нарастание нагрузки обеспечивается увеличением угла наклона стола от полувертикали до вертикали, времени пребывания в вертикальном положении от 5 до 20–30 минут и переходом к повторным тренировкам до 2–4 раз в день.

Основным шагом к вертикализации является переход пациента в позу сидя, который осуществляется постепенно. Вначале больному придается полусидячее положение под углом 30–40 градусов, которое сохраняется в течение 5–10 минут. В течение последующих 3–6 дней под контролем состояния пациента (уровня артериального давления, частоты сер-

дечных сокращений) угол сидения постепенно возрастает до 60–80 градусов, а длительность положения сидя увеличивается до 20–30 минут. Также постепенно увеличивается и число повторов данного упражнения в течение дня. Еще через 2–3 дня разрешается сидение со спущенными с постели ногами (сначала при поддержке медперсонала, потом самостоятельно и, наконец, при легком противодействии).

При переходе пациента с ОНМК в положение сидя обучающему медперсоналу следует обратить внимание на ряд существенных моментов. Во-первых, при вертикализации пациента с инсультом паретичная рука должна обязательно подвешиваться на косынке, что важно для профилактики боли в плече, осложняющей процесс реабилитации у 30–80 % больных. Наиболее частой причиной болей в плече у пациентов с ОНМК является сублюксация плеча – подвывих головки плечевой кости из суставной впадины. Использование поддерживающих устройств (повязки, бандажа, косынки и т. д.) позволяет уменьшить боль и риск подвывиха плеча при тренировке восстановления функции ходьбы у пациентов после инсульта. Во-вторых, при вертикализации необходимо обратить внимание на тренировку поддержания равновесия в положении сидя. Исследования доказывают, что ранняя возможность поддержания равновесия сидя положительно коррелирует с восстановлением функции ходьбы. В положении сидя важно выровнять позицию пациента и научить его переносить вес тела на ягодицу слабой стороны. Для тренировки перемещения веса на паретичную сторону можно рекомендовать больному сидеть со скрещенными ногами (сильная нога закидывается на слабую), смещать согнутые в коленях ноги в слабую сторону. Кроме того, в положении сидя важно контролировать, чтобы стопы пациента

стояли плоско на твердой опоре, что является профилактикой укорочения икроножной мышцы.

Когда пациент может уверенно сидеть на краю кровати со спущенными ногами, начинается тренировка пересаживания по кровати и с нее на стул с откидными подлокотниками (с паретичной стороны). Пересаживание по кровати в слабую сторону способствует стимуляции проприорецепции и развитию опорной функции слабой ноги. При пересаживании с кровати на стул пациент опирается здоровым локтем на кровать, приподнимает таз, а затем, опираясь на непарализованную ногу, осуществляет поворот на 90 градусов и опускается на стул. Обе руки пациента при этом находятся на подлокотниках.

Следующей фазой восстановления функции ходьбы является обучение вставанию. Для пациента с ОНМК предпочтительно вставание с высокой поверхности (важно не нарушить достигнутое в положении сидя выравнивание), поэтому при тренировке вставания целесообразно подобрать адекватную высоту (специальная кушетка или кровать, меняющие высоту). При переходе в вертикальное положение важно контролировать одновременную опору на обе ноги, в том числе на паретичную. До начала ходьбы необходимо добиться устойчивого равновесия больного в позе стоя и научить его перемещать вес тела на паретичную ногу. Для контроля величины нагрузки под каждую ногу устанавливаются напольные весы. Переобучение равновесию начинается при широкой площади опоры (расстояние между стопами около 50 см). Площадь опоры постепенно уменьшается, в стопе важно преодолевать варусную установку. Следует помнить, что большинство больных с инсультом испытывают трудности при перемещении веса на паретичную ногу, так как стопа находится в положении подошвенного сгибания из-за укорочения икроножной

мышцы. Причиной укорочения икроножной мышцы может быть длительное пребывание пациента в положении лежа на спине (при сгибании шеи у 1/3 больных происходит стимуляция симметричного шейного тонического рефлекса, который вызывает повышение тонуса в разгибателях ноги и приводит к подошвенному сгибанию стопы, укорочению икроножной мышцы), а также упор паретичной стопой в изножье кровати (при этом также стимулируется подошвенное сгибание стопы). Для восстановления опоры на паретичную ногу рекомендуют устанавливать сильную ногу пациента на скамейку (напольные весы) сбоку. Перенос веса на больную ногу осуществляется при фиксации колена инструктором ЛФК. При улучшении состояния пациента используется нефиксированная опора (на плечо медперсонала, на мяч и т. д.).

Следующим этапом восстановления функции ходьбы является обучение ходьбе с дополнительными средствами опоры (высокие или низкие ходунки, много- или одноопорная трость), сначала небольшими шагами с широкой площадью опоры вперед паретичной ногой. На этом и последующих этапах реабилитации очень важно учитывать особенности походки больных с ОНМК, обусловленные повышенным тонусом мышц-разгибателей. Снижению тонуса в разгибателях ноги способствуют движения туловища относительно конечностей (при вставании, пересаживании по кровати, толкании мяча). Значительное преобладание тонуса подошвенных сгибателей стопы и ее варусная установка могут корректироваться голеностопным ортезом или пронатором, а отклонение таза назад при движении из-за дефицита сгибания в коленном и голеностопном суставах должно контролироваться инструктором. Для усиления произвольного контроля за качеством ходьбы больному на начальных этапах рекомендуется

стремиться к осознанному и несколько преувеличенному сгибанию паретичной нижней конечности в коленном и голеностопном суставах и установке стопы на всю площадь подошвы («щитно»). Для активизации мышц тазобедренного сустава хорошим упражнением является стояние и ходьба на коленях, а также стояние на одном колене (сильная нога впереди на стопе). Для стабилизации коленного сустава используются такие упражнения, как вставание-приседание у стола, приседание на слабой ноге (здоровая – впереди на скамеечке), или специальные ортезы.

Если рассматривать пять классических этапов обучения ходьбе (подъем в позу стоя, стояние с неподвижной двусторонней опорой (параллельные брусья, спинки кроватей), передвижение между брусьями, хождение вне брусьев, подъем по ступенькам), то для пациентов с последствиями инсульта

та критически трудными являются первый и четвертый этапы. Именно они требуют наибольших энергозатрат и наиболее продолжительное время тренировки. Более быстрые результаты достигаются при левополушарных поражениях. Тренировку ходьбы на всех этапах (особенно на первых) оптимально проводить в условиях зрительного самоконтроля с помощью зеркала.

Пациентам, которые хорошо освоили ходьбу с дополнительными средствами опоры или без них, показано проведение функциональной многоканальной электростимуляции мышц. Данная методика предполагает синхронизацию стимулирующего сигнала с фазой шага с помощью угловых датчиков. Больным с последствиями инсульта проводится стимуляция ягодичных мышц, четырехглавой и приводящих мышц бедра на паретичной стороне в начале опорной фазы шага, а в конце фазы опоры и в фазу переноса стимулируются сгибатели бедра, голени и тыльные сгибатели стопы.

При отсутствии противопоказаний пациентам с умеренно выраженным гемипарезом проводится гидрокинезиотерапия. Сначала больных обучают стоянию в воде, затем ходьбе с поддержкой, с опорой на неподвижные поручни, а в последующем – с опорой на инструктора и на подвижные устройства (трапецию, поплавок) в течение 40–45 минут. В воде проводятся индивидуальные и групповые занятия. Постепенно в процессе реабилитации уменьшают глубину и увеличивают скорость передвижения в воде.

По мере улучшения состояния пациента проводится усложнение условий ходьбы: уменьшение площади опоры, увеличение длины шага, ускорение темпа, замена неподвижной опоры на подвижную (подвесная монорельсовая дорога, ходунки, костыли, четырехногая или обычная трость). При освоении ходьбы без опоры тренируют повороты в положении стоя и во

время ходьбы, ходьбу по кругу, боком и задом наперед, используют отвлекающие факторы (хлопки в ладоши, задавание неожиданных вопросов и т. д.), беговую дорожку (тредмил) с увеличением угла подъема от 5 до 20 градусов. Усложнение условий включает в себя также ходьбу с решением двойных задач (например, «смотри на мяч и иди прямо»), ходьбу с пространственным планированием (например, по узкой дорожке, отграниченной шестами или палками на полу или ходьба вперед, не наступая на кольца, или с преодолением небольших препятствий и т. д.), ходьбу по разным покрытиям (асфальту, гальке, песку и т. д.).

Обучая подъему и спуску по лестнице с двухсторонними перилами, пациента с последствиями инсульта инструктируют о том, что при подъеме вверх вначале перемещается паретичная конечность, что требует сгибания в трех суставах, а затем к ней подтягивается здоровая нога. При спуске вниз первой идет прямая паретичная нога. В связи с тем, что у большинства больных с ОНМК есть страх падения, при обучении их ходьбе по лестнице вниз перед пациентом всегда должен находиться страхующий его инструктор ЛФК.

В восстановлении функции ходьбы у пациентов, перенесших инсульт, на всех этапах реабилитации принимают участие все члены междисциплинарной бригады (врачи, медсестры, кинезиотерапевты, эрготерапевты, психологи), сам пациент и его родственники.

Однако следует помнить, что, несмотря на интенсивную реабилитацию, примерно 15–20 % больных с инсультом (с тяжелыми двигательными нарушениями, расстройствами глубокой чувствительности и (или) когнитивными нарушениями) имеют неудовлетворительный прогноз восстановления функции ходьбы и вынуждены использовать для передвижения инвалидные кресла-коляски. ■



©PressFoto/Phovoir

ПРОЛЕЖНИ – эффективная профилактика и уход за больным

Моника Орловска,

медицинская сестра, Европейский центр по долгосрочному уходу, г. Торунь (Польша)

Поэтому, собственно, такой большой акцент и делается на профилактике. Профилактика новых пролежней – тяжелая работа, которая требует полной отдачи, но благодаря этому мы очень много выигрываем, избавляемся от мучений пациента, от лишней работы, связанной с длительным лечением, не говоря уже о дополнительных расходах.

Пролежень – это омертвевшая язва, появившаяся в результате нарушения кровоснабжения, вызванного длительным прижатием.

Наиболее частые места появления пролежней

Расположение пролежней в большой степени зависит от положения тела. У пациента, проводящего большую часть времени лежа навзничь, можно выделить следующие места особого риска:

- затылок;
- ушные раковины;
- лопатки;
- локти;
- область крестца и копчика.

У пациента, лежащего на боку, наиболее подвержены пролежням следующие части тела:

- область за ушами;
- область бедренного сустава;
- колени, особенно их внутренняя часть (в месте соприкосновения колен).

Зная места, наиболее подверженные образованию пролежней, мы должны стремиться уменьшить

Пролежни – это всегда актуальная медицинская проблема. Особенно это касается хронически больных пациентов, долго и неподвижно лежащих на кровати. Лечение пролежней – процесс необычайно трудный и длительный. Он требует применения специальных, часто дорогих перевязочных средств.

на них нагрузку и укладывать пациента в таком положении, которое обеспечит ему удобство и минимизирует риск появления пролежней. Позиция тела должна быть также наиболее приближена к физиологической. Укладывая пациента, нужно применять различные приспособления для профилактики пролежней. Если нет специальных приспособлений, мы можем использовать подушки разного размера и одеяла.

Положение на спине

– Подушка должна быть опорой для шейного отдела позвоночника.

– Верхние конечности должны быть отведены в плечевом суставе под углом 90 градусов, предплечье согнуто в локтевом суставе под углом 90 градусов.

– Под предплечья стоит положить подкладки в виде прямоугольных клиньев или продолговатые подушки. В руку можно вложить предмет, по форме похожий на валик (например, бандаж), чтобы предупредить судороги пальцев.

– Нижние конечности должны быть отведены в бедренных суставах, слегка согнуты в коленных суставах, ступня в тыльном изгибе. Не нужно подкладывать валики под колени, так как это может спрово-



©PressFoto/korionov

воцировать застой крови в сосудах, которые проходят в этой области. Однако рекомендуется подпор стоп, чтобы избежать косолапости.

– Нужно помнить о защите локтей и пяток. Можно применять для этого специальные приспособления. Так, для пяток можно использовать валик, который мы помещаем немного выше пяток так, чтобы пятки были немного приподняты над уровнем постели.

Положение на правом боку

Как и в случае укладывания на спину, мы должны позаботиться об удобстве и физиологическом положении тела.

– Чтобы избежать переворачивания на спину, нужно подпереть спину подушкой или одеялом, свернутым в рулон.

– Под левую ногу необходимо подложить подушку так, чтобы коленный сустав находился в одной плоскости с бедренным суставом.

– Под правый локоть и щиколотку правой стопы надо подложить специальные кружки.

Аналогично укладываем больно-го на левом боку.

Укладывая больного в той или иной позиции, всегда нужно помнить, что пациент не должен оставаться в ней дольше, чем 1,5–2 часов. При необходимости положение нужно сменять чаще.

Указанием для более частого изменения позиции является покраснение в местах, подверженных давлению. Поэтому человек, ухаживающий за больным, при каждой смене позиции должен внимательно осматривать его тело.

Противопролежневая профилактика – широкое понятие, это могут быть любые действия, целью которых является недопущение появления пролежней.

Противопролежневая профилактика включает следующие аспекты:

– убеждение и мотивировка больного к самостоятельному движению (если это возможно),

а больных с частично ограниченной подвижностью – к самостоятельному изменению положения в кровати;

– регулярное изменение позиции тела больных, не способных двигаться (не реже чем каждые 2 часа);

– при смене позиции применение скользящих приспособлений или, при их отсутствии в домашних условиях, перемещение пациента на плотной подкладке, чтобы избежать трения поверхности кожи о матрац;

– применение противопролежневых матрацев, а также приспособлений для укладывания больного в кровати в разных позициях;

– наблюдение за кожей с точки зрения болезненных изменений с особым вниманием к местам, наиболее подверженным таким изменениям;

– применение постельного и личного белья исключительно из натуральных тканей, пропускающих воздух и не вызывающих аллергии и потертостей;

– забота о чистоте и тщательное высушивание кожи больного;

– применение поглощающих материалов, приспособленных к индивидуальным потребностям больного;

– контроль общего состояния больного, лечение сопутствующих болезней.

Лечение пролежней

Главной задачей лиц, занимающихся уходом за хроническими больными, является недопущение появления пролежней. Противопролежневая профилактика на вид кажется трудной, но она значительно проще, чем процесс лечения пролежневых изменений.

Если же дошло до появления пролежней, необходимо незамедлительное применение соответствующих мер.

Лечением пролежней занимаются врачи и медицинские сестры. Нужно знать, что современные методы лечения ран, в том числе и пролежней, опираются на обеспечение для них влажной среды, что возможно при применении современных перевязочных материалов.

Достоинством специальных перевязочных материалов, кроме их эффективности, является тот факт, что они не требуют ежедневной замены. Это уменьшает риск развития инфекции и минимизирует риск повреждения новых тканей, как бывает при частой смене традиционных перевязочных материалов.

Чтобы эффект был удовлетворительным, нужно много терпения и участия со стороны лечащего коллектива. Лечение пролежней не освобождает от их дальнейшей профилактики. Сотрудничество между работниками по уходу и медицинским персоналом является в этом случае необходимым условием результативности лечения. ■

Литература

1. Krakowiak P., Krzyżanowski D., Modlińska A. Przewlekłe chory w domu. Gdańsk, 2011.
2. Stapor T. Stopa cukrzycowa // Medi – leczenie ran. 2011. С. 30–33.
3. Talarska D., Wieczorkowska-Tobis K., Szwabkiewicz E. Opieka nad osobami w wieku podeszłym i niesamodzielnymi. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2009. ■



©PressFoto/finnaelstal

Приспособление жилищных условий к потребностям людей с ограниченными возможностями

Максимилиан Стец,
архитектор, докторант факультета архитектуры Варшавского политехнического института, г. Варшава (Польша)

Такие действия каждый раз требуют анализа: одним образом приспособляется помещение и его оборудование к потребностям людей, перемещающихся на коляске, и иначе – к потребностям людей невысокого роста. Одни требования имеют глухонемые, другие – плохо видящие или слепые. Потребности также изменяются с возрастом людей, зависят от степени их ограничений. Хорошо оборудованное жилище будет удобным в использовании и для лиц вполне самостоятельных, которые временно ограничены в возможностях, например из-за сломанной руки, тяжелых сумок с покупками или необходимости толкать детскую коляску.

Ванные комнаты и санитарные помещения

Одним из помещений, в котором мы встречаемся с наибольшими неудобствами, является ванная. Это связано с тем, что ванные часто маленького размера, оборудованы традиционными умывальниками, унитазами и смесителями (батареями), а их ремонт тянет за собой временами значительные

Множество проблем, с которыми мы встречаемся и на которые должны обратить особое внимание при приспособлении помещения к потребностям людей с ограниченными возможностями, требуют размышления и анализа многих аспектов. При ответственном подходе относительно простыми способами можно получить очень хорошие результаты, которые существенно улучшат комфорт жилища.



©PressFoto/ClipDealertotalpics

перестройки и изменение организации помещения.

Ванная, как влажное помещение, должна иметь пол с нескользящим покрытием. Подобным нескользящим покрытием должно обладать также дно ванной или

душевой кабины – такие элементы часто делаются рифлеными, а большинство фирм имеют в своем предложении специальные продукты для лиц с ограниченными возможностями перемещения. В случае когда есть ванна и нет



©PressFoto/Devteev

возможности заменить ее на душевую кабину (или в ситуации, когда ее использование неизбежно: при необходимости принимать лечебные ванны или проводить процедуры гидромассажа), можно установить переносное кресло-накладку, поворачивающееся на 90 градусов, которое поможет лицу с ограниченными возможностями сесть в ванной. Часто они автоматизированы, управляются с помощью двигателя и водонепроницаемого пульта.

Умывальники, которые находятся в ваннах, должны подвешиваться так, чтобы их верхний край находился на высоте 85–90 см, а свободное пространство под умывальником должно достигать высоты 75 см. Хорошо было бы, чтобы умывальник был оснащен низким сифоном, а смеситель, установленный на нем, – краном с одной ручкой или инфракрасным датчиком так, чтобы не было необходимости в его дополнительном обслуживании, и человек с ограниченными возможностями мог сам им пользоваться. Также нужно установить наклоняемое зеркало, угол наклона которого можно изменять.

Очень важными элементами в ваннах комнатах с точки зрения влажности этих помещений будут разного вида ручки-ухваты, помогающие лицам с ограниченными возможностями удерживать равновесие. Их нужно смонтировать возле ванны, унитаза и умывальника. Стоит выбрать более дорогие ручки, но зато лучшего качества – они будут более крепкими

и не будут угрожать безопасности пользователей.

Кухня

Кухонное помещение должно обладать свободным от препятствий и мебели пространством между шкафами и полом – это должен быть круг диаметром 150 см. Такая планировка облегчает пользование кухней лицам, перемещающимся на колясках. В случае переделки кухонного помещения нужно применить выдвигаемые столешницы, под которые смогут подъехать лица на инвалидных колясках. При перестройке мебели, особенно в маленьких кухнях, нужно помнить о том, чтобы оставить по крайней мере 40 см свободной поверхности с каждой стороны возле мойки и газовой плиты, чтобы было где поставить посуду и кастрюли.

Коридоры

Важнейшими элементами, от которых зависит комфорт пребывания и перемещения по жилым помещениям, являются коридоры (их ширина), а также размещение и тип дверей. Перед дверьми должно иметься большое пространство, которое позволит лицу, перемещающемуся на коляске, свободно их открывать, – свободное место перед дверью 150 × 150 см. Двери с той стороны, где расположена дверная ручка, должны находиться как минимум в 40 см от ограничивающих маневровое пространство других элементов (таких, например, как внутренние углы стен или столбы). Минимальная требуемая ширина дверного проема в проходе – 90 см. Нужно подумать также о доводчике – устройстве, монтируемом обычно в верхней части дверного полотна, которое само закрывает за нас двери.

Окна и балконные двери должны, как и обычные двери, иметь ручки на высоте от 80 до 120 см от поверхности пола. Если это невозможно, нужно обеспечить возможность открывания более высоких окон с

нормального уровня жилища, например с помощью дистанционного управления.

Лестницы, если они необходимы, должны иметь двухсторонние поручни, быть простыми, без лишних поворотов. Поручни должны иметь круглое сечение, лучше всего с диаметром 35–50 мм. Для удобства и безопасности, если это позволяет пространство внутри жилища, нужно выпустить концы балюстрад на 30 см за начало и конец балюстрады. Если существует необходимость пользования верхними этажами лицом с ограниченной подвижностью и отсутствует лифт, стоит установить лестничный подъемник в виде кресла (такое устройство становится все более популярным). Все это необязательно, если мы живем в одноэтажном доме или квартире.

Жилые помещения

Колористика интерьеров, особенно для слабовидящих лиц, должна быть контрастной, но в то же время спокойной, а цвета нужно подобрать таким образом, чтобы они помогали ориентироваться. Цвета элементов оборудования, мебели должны быть контрастными по отношению к стене, возле которой они находятся, что позволит их заметить и безопасно перемещаться рядом с ними. Светлые цвета, особенно в соседстве с наружными стенами и окнами, способствуют передаче и отражению внутрь помещения дневного света с улицы и помогут в релаксации и отдыхе, а также в более быстром восстановлении и выздоровлении.

В спальне по соседству с кроватью маневренное пространство или расстояние до стены или мебели должно составлять не менее 90 см по ширине так, чтобы обеспечить свободный доступ к кровати. Удобная высота кровати – 50 см. Она позволяет больному свободно сесть и не затрудняет выполнение необходимых лечебных процедур. Существуют также системы подъемников и ремней, которые помо-

гают в особых случаях более простым и легким способом уложить больного на кровати. В случае необходимости стоит подумать о применении подвижных кроватей на колесиках (с возможностью их блокирования), а также с возможностью регулировки наклона части матраса.

Электрическая проводка

Во время ремонта и приспособления жилища рекомендуется установить выключатели света и электрические розетки ниже обычного – на высоте от 80 до 100 см. Это высота удобна не только для лиц, перемещающихся на колясках, но и для лиц пожилого возраста, имеющих проблемы с поднятием верхних конечностей, равно как и для лиц маленького роста и детей, которые смогут самостоятельно включать и выключать свет. Для этого придется проштробить канавки в стенах и изменить размещение электрических проводов, но это хорошая возможность одновременно осуществить ремонт электропроводки и заменить устаревшие провода.

Окружение объекта

Окружение дома должно быть также приспособлено к потребностям лиц с ограничениями. Различного типа спуски и подъезды с обязательными перилами помогут преодолеть разницу в высоте территории. Контрастные материалы, камень или брусчатка различных оттенков серого, красного цвета помогут лицам с нарушениями органов зрения безопасно перемещаться и ориентироваться на территории. Стоит позаботиться, чтобы окружение было интересно организовано, способствовало отдыху, релаксации и движению на свежем воздухе. Важно, чтобы возле скамеек находилась свободная часть дорожки, где могло бы остановиться лицо, перемещающееся на коляске.

Поверхности должны быть твердыми и ровными, чтобы обеспе-

чить свободное движение коляски, а также не затруднять движение лицам, которые имеют проблемы с хождением, пользуются палочкой, манежем или костылем. Нужно помнить и о том, чтобы к местам парковки не вели подходы с большой разницей по высоте, какими часто бывают бордюры, в ином случае это сделает невозможным свободный доступ к припаркованному автомобилю. Элементы, которые используются для отделки тротуаров и спусков, должны иметь нескользящее покрытие. Это может быть мелкая брусчатка, ажурная стальная клетка с маленькими отверстиями, противоскользкие керамические плитки.

Финансирование

На цели приспособления жилищ к потребностям лиц с ограниченными возможностями можно получить дополнительное финансирование, которое, несомненно, поможет при выполнении необходимого ремонта, покупке оборудования или разработке проекта. Часто такие работы должны выполняться под руководством специалиста или работников финансирующей организации. Виды и величина возможных для получения средств постоянно подвергаются изменениям, поэтому лучше всего обратиться за актуальной информацией на эту тему в региональный центр помощи семье, местный отдел государ-

ственного фонда реабилитации лиц с ограничениями, а также в различного типа другие организации или фонды, связанные с этой тематикой.

Подведение итогов

Нужно помнить, что многие организации, помогающие лицам с ограниченными возможностями, могут помочь советом и дать контакты людей, которые помогут в разработке и реализации действий, имеющих целью улучшение жилищных условий. Стоит также, особенно в случае больших проектов (например, при разработке проекта для учреждения по уходу), обратиться за помощью к архитектору, который выберет наилучшие решения для конкретного жилища или объекта.

В будущем нужно стремиться к тому, чтобы новое жилье проектировалось и строилось универсальным и с учетом новейших достижений так, чтобы оно могло быть легко приспособлено к потребностям различных возрастных и ограничительных групп. ■

Литература

1. Philippen D. P., Michalski D. Barrierefreies Bauen. Spaziergang durch einem barrierefreien Lebensraum. Düsseldorf, 2008.
2. Jockenhövel K. Wohnen ohne Barrieren – Komfort für alle. Beispielhafte Lösungen für Neubau und Bestand. Düsseldorf, 2007.
3. Kowalski K. Planowanie dostępności. Prawo w praktyce. Warszawa, 2012. ■



©PressFoto/logoboom

Постстационарная реабилитация ИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ

*Анна Анатольевна Доброжанская,
врач, координатор программ «Школа здоровья» и «Жизнь после инсульта», Межрегиональный фонд помощи родственникам больных с инсультом «ОРБИ», г. Москва (Россия)*

Инсульт – заболевание, встречающееся все чаще, и пациенты с этой болезнью все моложе. Ежегодно в России его жертвами становятся 500 тысяч человек. В Москве ежегодно госпитализируются более 2 тысяч человек с диагнозом «инсульт». Это в два раза больше, чем с инфарктом миокарда. И как причина инвалидности инсульт занимает первое место. Только 10 % людей, перенесших инсульт, возвращаются к обычной жизни. 80 % остаются инвалидами, нуждающимися в помощи. Изменить эти цифры может только реабилитация – как можно более ранняя и грамотная.



©PressFoto/Ohotnik

Первый, ранний период лечения проходит в больнице, куда пациента привозит скорая помощь. Он занимает около месяца. На этом этапе лечат само сосудистое нарушение и о том, что будет дальше, часто не думают – в первые недели стоит задача сохранения жизни. Родные же привыкли, что при тяжелой болезни нужны полный покой и постельный режим, и часто боются ранней активности. Поэтому в больнице ранней реабилитации часто не происходит – стационар не имеет для этого специалистов и условий, а близкие люди опасаются трогать пациента, чтобы не навредить. К тому же они не знают, как и что именно нужно делать. Так зачастую бывают не использованы возможности ранней реабилитации первых недель – первых из трех месяцев после инсульта, самого важного периода восстановления.

Через 3–4 недели больной возвращается домой. Сам он зависит от ухаживающих, подавлен своим изменившимся состоянием, родственники растеряны. В такой непростой ситуации начинается постстационарное пребывание, точнее самый важный его этап: первые три месяца после инсуль-

та. И от того, как он будет организован, зависит будущее качество жизни пациента, его способность к самообслуживанию.

Это важное время пройдет большей частью дома, частично – в реабилитационном центре. Дома пациент будет заниматься самостоятельно, следуя рекомендациям приходящих на дом специалистов: инструктора ЛФК, массажиста, логопеда. В реабилитационном центре рядом с ним будет многофункциональная бригада – физиотерапевты, неврологи, кинезиотерапевты, действующие по составленной индивидуально для этого больного программе.

Выбор такой клиники – важный момент. Чем могут тут руководствоваться пациент и его родственники? Есть два простых правила, которые стоит помнить. Первое: какими бы ни были дороги и сложными тренажеры, разнообразными лечебные бассейны, ориентируйтесь на индивидуальный подход. Не техника лечит, а руки врача. Второе: пусть курс реабилитации в специальном центре больной пройдет сразу после стационара. Там будет максимально эффективно использовано самое дорогое, самое важное время – первые три месяца после инсульта. Вернувшись домой, пациент будет иметь комплекс упражнений, составленный персонально для него в клинике, и сможет заниматься самостоятельно.

Сегодня после инсульта применяются следующие современные методики:

- физическая терапия (массаж, тренажеры и стабиллоплатформы);
- физиотерапия (электро- и магнитная стимуляция, лазер, ультразвук);
- акупунктура;
- водолечение (вихревые ванны, подводный массаж, кинезиотерапия в бассейне).

В реабилитационном центре неврологи подберут медикаменты,

при повышенном тоне мышц сделают инъекции «Диспорта». Нужны будут консультация и наблюдение невроуролога. Потребуется также работа с логопедом и психологом. Выбирая реабилитационный центр, убедитесь, что там есть все эти возможности и специалисты.

В реабилитационной клинике пациент проведет 3–4, максимум 6 недель. Но самая продолжительная работа будет им проделана там, где пройдет первый год после инсульта, – дома.

Пациенту предстоит восстановление поврежденных или утраченных возможностей. Методы зависят от характера нарушений. Основные примеры нарушений функций и методы их восстановления следующие.

В двигательной сфере это слабость или полная потеря двигательной активности, нарушение координации, спастичность, дистония (стойкая избыточная непроизвольная активность парализованных мышц), потеря эластичности и укорочение мышц в парализованных конечностях. Направленность программы в этом случае – работа над повышением мышечной силы и координации, пассивная и активная гимнастика, массаж, медикаментозное лечение спастики и дистонии. В данной ситуации нужны следующие специалисты: физический терапевт, акватерапевт, физиотерапевт, врач лечебной физкультуры, массажист.

Нарушения познавательных и мыслительных функций после инсульта выглядят как снижение внимания и памяти, потеря способности к быстрой ориентации в меняющейся обстановке, замедленность мышления, быстрая истощаемость, отсутствие интереса к жизни, снижение критики. Здесь необходимо вместе с пациентом и его родственниками поставить цель и идти к ней. Используются в этом случае психологические методы лечения в сочетании



©PressFoto/laures

с медикаментами. Необходимые специалисты: нейропсихолог, невролог, эрготерапевт.

В случае поражения речи может возникнуть нарушение собственной произвольной речи, нарушение понимания речи окружающих, больной забывает названия отдельных предметов.

При этом необходима стимуляция речи общением, просмотром телевидения и слушанием радио, письмом под диктовку, занятиями по различным пособиям (книги, азбуки, кубики, картинки и т. д.). Помогут такие специалисты, как логопед, нейропсихолог, физиотерапевт.

Нередко после инсульта возникают нарушения социальной сферы. Пациент утрачивает навыки самообслуживания в повседневной жизни – в одевании, мытье и гигиене, в приготовлении и принятии пищи, самостоятельном вы-

ходе на улицу и т. д. Индивидуальная программа предполагает обучение этим простейшим навыкам заново. Также потребуется освоение новых для пациента медицинских приспособлений – тростей или ходунков, поручней, инвалидного кресла. Нужна будет помощь эрготерапевта и нейропсихолога.

В эмоционально-психологическую сферу инсульт приносит депрессию, тревогу, раздражительность и агрессию. Часто встречаются нарушения сна. Обычным делом становится астения – быстрая утомляемость, истощаемость, скорое снижение интереса и способности воспринимать информацию. В этом случае программа направлена на медикаментозное и психологическое лечение. Необходимые специалисты: нейропсихолог, невролог.

Во всех этих случаях требуется последовательная работа со специалистом, обычно – приходящим на дом. Такие визиты, как правило, осуществляются один-два раза в неделю в течение недель и месяцев. Помимо работы с приходящим на дом

врачом обязательно нужно будет и самостоятельное выполнение «домашних заданий».

Для работы со специалистом, а главное, для самостоятельного выполнения индивидуально подобранных упражнений потребуются различные тренировочные предметы. Например, для восстановления мелких движений в парализованной руке хороши детские конструкторы, предназначенные для детей до 5 лет, – они имеют крупные детали и большие пазы. Начиная собирать их уже в первые недели, пациент может многого добиться в восстановлении функции пострадавшей руки.

Каждый день в постстационарном периоде нужно заниматься. Ни один результат не должен казаться достаточным. Пациент уверенно сидит в кровати? Значит, пора спускать ноги на пол и учиться пересаживаться на стул. Если эта цель достигнута – значит, время учиться стоять с опорой. Пациент стоит, опираясь на кровать или другую мебель? Пришло время первых шагов. Не останавливайтесь. Не надейтесь, что навыки вернуться

сами, – этого не произойдет. От упорства и раннего старта реабилитации зависит, какой будет жизнь больного после инсульта.

Инсульт – заболевание, очень резко меняющее жизнь человека. Только что он был самостоятелен, активен, сам принимал решения и отвечал за других. И вот в одночасье становится зависимым даже в мелочах. Он становится человеком, который собирает детский конструктор, носит памперс, которого кормят с ложки. Для взрослого человека такое состояние часто мучительно, оно воспринимается им как унижительное, вызывает раздражение и гнев. Близкие люди и специалисты по восстановлению должны объединить усилия и действовать сообща, чтобы помочь пациенту преодолеть последствия инсульта. Именно вместе они – и реабилитологи, и семья – смогут показать больному, что жизнь продолжается, а сегодняшнее состояние можно и нужно изменить.

Нужно понимать, что инсульт – тяжелое испытание не только для самого больного, но и для членов его семьи. Ведь их жизнь тоже разделилась на «до инсульта» и «после». Им необходимо располагать самой полной информацией о болезни и методах помощи. Родственникам также желательно получить помощь психолога, который подскажет, как жить и вести себя в этой изменившейся ситуации. Семья – это тот ресурс, которым располагает пациент в своей борьбе с последствиями инсульта.

Активность дома – каждодневный и обязательный труд. И когда у пациента будет нехватка мотивации или упорства, ему потребуется помощь и поддержка близких людей. Вместе со специалистами по реабилитации они смогут вернуть больному после инсульта его прежнюю жизнь. Ведь пациент имеет право на то, чтобы она была долгой и полноценной. ■



©PressFoto/Monkey Business Images

Постинсультный пациент после выписки из стационара: ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ И УХОДА

Елена Альбертовна Антипенко,

доцент кафедры неврологии, психиатрии и наркологии ФПКВ, к. м. н.

ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» ИЗ РФ, г. Нижний Новгород (Россия)

Инсульт является ведущей причиной приобретенной инвалидности у взрослых. По данным Всемирной организации здравоохранения, через пять лет после перенесенного инсульта у двух третей пациентов имеются стойкие остаточные явления с ограничением функциональной состоятельности, у 22,5 % – деменция, 15 % нуждаются в постоянном уходе, 20 % перенесли повторный инсульт. Перенесенный инсульт резко изменяет качество жизни и самого пациента, и его ближайшего окружения. Кроме того, следует помнить о том, что инсульт не случается у здоровых людей. Он, как правило, становится драматическим проявлением или трагическим завершением длительно существующего патологического процесса (гипертонической болезни, атеросклероза, сахарного диабета и др.). Поэтому величина пятилетней выживаемости после инсульта сходна с таковой при онкологической патологии. В связи с этим важнейшее значение имеет проведение вторичной профилактики повторного инсульта и прогрессирования основного заболевания, которое к этому инсульту привело. Таким образом, принципы ведения постинсультного пациента по завершении острого периода (через 3–4 недели после инсульта)

Болезнь – это жизнь при измененных условиях.

Р. Вурхов

сочетают в себе и реабилитационный, и паллиативный подходы.

В течение острого периода пациент, как правило, находится в условиях специализированного стационара, где проводится терапия, направленная на ограничение объема поражения мозговой ткани, и начинаются мероприятия по ранней реабилитации пациента. Ранний восстановительный период длится 6 месяцев после инсульта, когда пациент уже живет дома или в социальном учреждении. В течение этого времени наиболее активно идет восстановление двигательных функций, в связи с чем огромное значение имеет правильное позиционирование пациента, активные и пассивные упражнения. Безусловно, это требует от родственников и ухаживающих не только самоотверженности и готовности к длительной целенаправленной работе, но и понимания особенностей ухода за такими пациентами и их реабилитации. Период от 6 до 12 месяцев после перенесенного инсульта обозначается как поздний восстановительный период. В это время продолжается восстановление двигательных функций и речи. Восстановление речи наиболее ак-

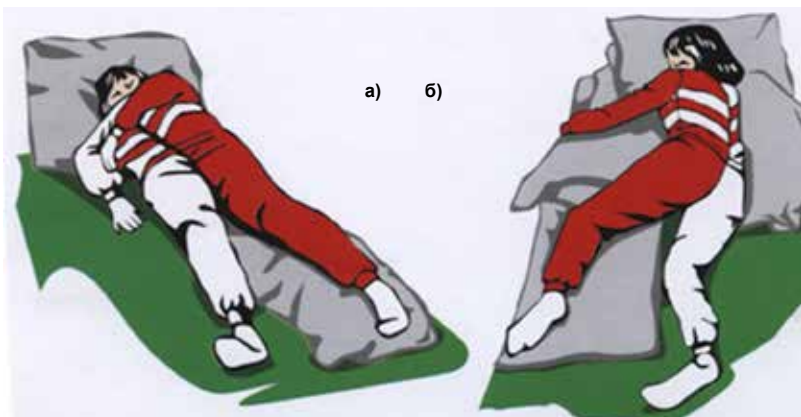
тивно идет в первые 2 года после инсульта. После года мы говорим о резидуальном этапе – периоде стойких остаточных явлений, последствий перенесенного инсульта. Однако не исключается положительная динамика состояния пациента и в этот период.

Основные проблемы, с которыми сталкиваются пациент и его помощники дома, связаны с двигательными и когнитивными нарушениями.

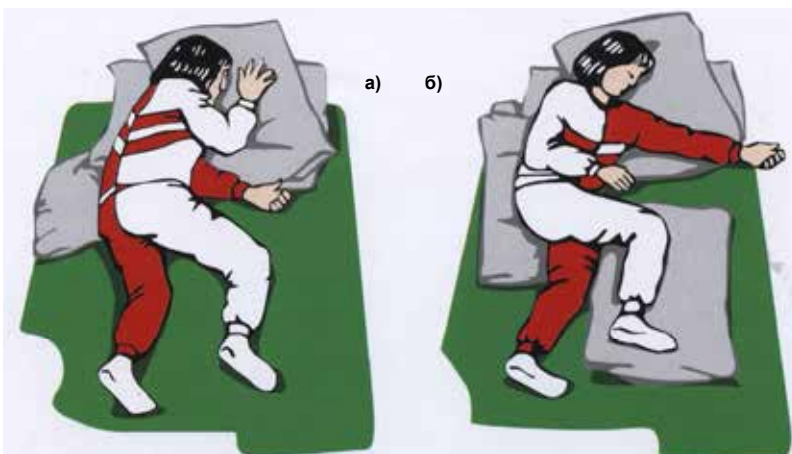
Гемипарезы развиваются у 81,2 % пациентов, но более чем в половине случаев мышечная слабость является умеренной или легкой, что позволяет постепенно адаптировать пациента к самообслуживанию. Препятствуют восстановлению двигательных функций неправильное проведение укладки и упражнений, спастичность и развитие контрактур, формирование патологического двигательного стереотипа, сочетание парезов с когнитивными оптико-пространственными нарушениями, снижение или отсутствие мотивации.

Правильное позиционирование пациента – это его укладывание или усаживание в физиологически выгодной позе, которая не создает ощущения дискомфорта, натяже-

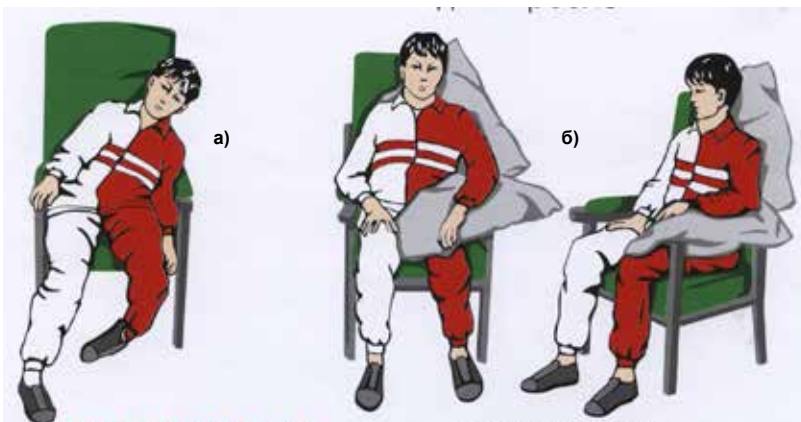
Рисунок 1. Варианты позиционирования пациента



Положение сидя на здоровой стороне: а) неправильно; б) правильно



Положение лежа на «больной» стороне: а) неправильно; б) правильно



Положение сидя на «больной» стороне: а) неправильно; б) правильно

ния мышц, чрезмерного усилия. На рис. 1 приведены варианты правильного и неправильного расположения пациента. Рука и нога должны находиться в среднефизиологическом положении, следует избегать переразгибания в суставах, растяжения мышц, раздражения ладонных поверхностей. Голова не должна быть приведена к туловищу. Сидеть пациент дол-

жен с опорой под спину, в кресле с подлокотниками (не на краю кровати!), ноги должны доставать до пола с опорой на всю стопу. При стоянии необходимо добиваться опоры на обе ноги, выравнивания таза. Широко распространенный у постинсультных пациентов болевой синдром плеча, как правило, является следствием неправильного расположения пациента

в остром и раннем восстановительном периодах, при котором перерастягивается капсула плечевого сустава паретичной руки, а также случайной травматизации вращательной манжеты плеча при некорректном перемещении пациента (резких и тянущих пассивных движений в плечевом суставе). Неправильное укладывание может приводить и к формированию или усилению спастичности с последующим развитием контрактур.

Спастичность – повышение мышечного тонуса, вызывающее напряжение, боль, вынужденное положение конечности и затруднение произвольных движений. Спастичность может развиваться при любой степени пареза. При грубом парезе спастика в мышцах-сгибателях руки и разгибателях ноги может создавать иллюзию сохраненной мышечной силы, поскольку помощник не в состоянии разогнуть руку или согнуть ногу больного, но произвольные движения в конечностях при этом невозможны. Развитию спастичности способствует также любой дискомфорт, боль, страх, холод, запор. В связи с этим важнейшее значение имеют профилактика и лечение пролежней, контроль мочеиспускания и стула.

Чрезмерное усилие также провоцирует развитие спастичности, поэтому пациент должен выполнять только те упражнения, которые он выполняет с усилием, но без повышения мышечного тонуса. Для лечения спастичности используют ЛФК, точечный массаж, медикаментозную коррекцию, локальное введение ботулинического токсина.

Для формирования правильного двигательного стереотипа и восстановления самообслуживания пациента важно создать удобное окружающее пространство, в котором пациент был бы максимально независим даже при наличии пареза. Так, предметы первой необходимости должны находиться на уровне, до которого пациент может дотянуться. Высота кровати долж-

на быть такой, чтобы при вставании пациент сразу доставал ногами до пола. Около кровати должны быть стул или ходунки, на которые можно опереться, прикроватный столик. Стульчак также должен находиться рядом с кроватью. На кухне нужна высокая табуретка, на которую пациент мог бы присаживаться. Следует убрать пороги между комнатами, чтобы пациент не спотыкался о них. Дверные ручки нужно снабдить пластиковыми увеличителями или использовать ключи с удлиненным захватом. В ванной комнате и туалете необходимо прикрепить поручни. Вместо туалетной бумаги лучше использовать салфетки. Предметы ежедневного пользования (ложка, нож, ручка, зубная щетка, расческа) должны быть доступны для захвата паретичной рукой. Для этого нужно сделать их ручку толстой, например, намотать на нее бинт или надеть поролоновую трубку. Чтобы пациент мог сам нарезать продукты, понадобится разделочная доска с вбитыми гвоздиками, стол с регулируемой высотой столешницы. Целесообразно использовать глубокие тарелки, легкие пластиковые чашки с двумя ручками. Если нет нарушений глотания, то можно использовать соломинки для питья. Для уменьшения скольжения тарелок применяют нескользящие подставки или влажные полотенца. Чтобы облегчить включение водопроводных кранов, используют рычаги на кране, резиновые или пластиковые насадки. При одевании необходимо соблюдать правильную последовательность: сначала надевают одежду на пораженную сторону. Вместо шнурков и пуговиц нужно использовать липучки. Понадобится также длинный рожок для обуви. На рис. 2 представлены варианты приспособлений для облегчения самообслуживания пациента. Главное – это оценить окружающую обстановку с точки зрения функциональных возможностей пациента.



Рисунок 2. Приспособления для облегчения самообслуживания



Активное участие пациента в бытовой деятельности является залогом его успешного восстановления и профилактикой развития постинсультной депрессии, которая формируется в 60 % случаев к 3–4 месяцу после инсульта и значительно ухудшает прогноз не только восстановления, но и выживания пациента. Для лечения уже развившейся постинсультной депрессии применяют антидепрессанты в течение не менее чем двух месяцев.

Когнитивные нарушения также снижают мотивацию пациента к восстановлению. Наиболее часто встречаются речевые расстройства – различные варианты афазии, нарушения праксиса (организации целенаправленной деятельности) и синдром неглекта – игнорирование половины пространства. При синдроме неглекта пациент не пользуется паретичной рукой и не принимает во внимание предметы, находящиеся в пора-

женной половине его поля зрения. Для устранения этого дефекта необходимо помещать различные предметы, звуковые, слуховые и сенсорные раздражители в зону игнорируемой стороны. Иногда применяют методику так называемой «арестованной руки»: каждый день ненадолго фиксируют здоровую руку, чтобы стимулировать пациента к использованию больной руки.

Таким образом, ключевыми моментами постинсультной реабилитации и ухода за пациентом после выписки из стационара являются следующие:

- правильное позиционирование пациента;
- предупреждение осложнений и уход;
- пассивные упражнения;
- активные упражнения;
- создание удобного окружающего пространства;
- медикаментозная поддержка. ■

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫХ ПАЦИЕНТОВ путем использования современных средств по уходу

Наталья Александровна Ушакова,

*член Всероссийской ассоциации паллиативной медицины, преподаватель ГБ ОУ СПО
ВО «Владимирский базовый медицинский колледж», г. Владимир (Россия)*

В учреждениях здравоохранения известно о том, что самое ценное – это Человек, так как эти учреждения действуют для его добра и призваны служить ему.



©PressFoto/ClipDealerSean Prior

Проблема качественного ухода за неподвижными больными никогда не теряет актуальности. Нередко такие больные нуждаются не в активном лечении и повседневном врачебном наблюдении, а прежде всего в уходе и создании приятных бытовых условий.

Тема пролежней – одна из самых актуальных в нашем здравоохранении. Пролежневые язвы сопровождают человечество со времен его зарождения. В литературе встречаются данные об обнару-

жении язв от сдавливания тканей у мумии египетской жрицы, насчитывающей более 3000 лет.

Пролежни являются серьезным осложнением у больных с нарушенным питанием тканей, развивающимся как под воздействием внешнего сдавливания, так и в результате различных системных заболеваний. На сегодняшний день установлены наиболее важные факторы, способствующие образованию пролежневых язв:

- непрерывное давление из-за неподвижности;
- смещение слоев кожи при перемещении;
- трение и влажность, приводящие к мацерации кожи.

К развитию пролежней predisполагают также ограниченная двигательная активность больных, недостаточное питание и неадекватный гигиенический уход, недержание мочи и кала.

Казалось бы, современные компьютерные технологии, роботы и нанолечения... А человек, оказавшийся обездвиженным, по-

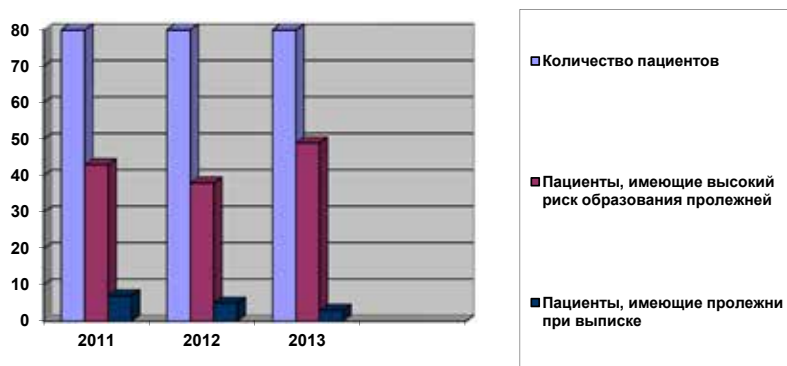
гибает от того, что его кожа не выдерживает давления костей. Как все банально...

Эта проблема не должна оставаться в тени. Она отнесена к компетенции среднего медицинского персонала и поставлена в ряд процедур сестринского ухода. Профессиональный уход – это сложный и ответственный процесс, который требует знаний и отработанных навыков. Профессиональный уход за тяжелобольным пациентом – это прежде всего максимально качественный уход.

Создание благоприятных условий для больного человека, деликатное и тактичное отношение к нему, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательными условиями качественного сестринского ухода.

Приоритетным направлением современного здравоохранения является ориентация на повышение качества жизни пациентов и их семей.

Неадекватные противопролежневые мероприятия приводят к значительному возрастанию прямых медицинских затрат, связанных с последующим лечением образовавшихся пролежней и их инфекцией. Адекватная профи-



Статистика результатов использования современных средств по уходу за тяжелобольным пациентом с высоким риском образования пролежней

лактика позволит повысить уровень качества жизни пациента.

На Первом всероссийском конгрессе пациентов, который состоялся 28 мая 2010 года в Москве, была принята Декларация о правах пациентов в России, одним из пунктов которой является право на доступ к инновационным методам лечения и ухода. Но, несмотря на конституционные и законом определенные права пациентов в России, различные барьеры продолжают ограничивать доступ многих людей к необходимой медицинской помощи.

Мыть, чистить, снимать механическое давление – вот обычные представления о возможностях профилактики. Но в нашу жизнь постепенно входят цивилизованные средства медицинского ухода за больным. В настоящее время на российском рынке представлено огромное количество средств по уходу за тяжелобольными пациентами. Это гели и пенки для мытья кожи, массажные масла, кожные протекторы, воздухопроницаемые подгузники, пеленки, кремы и многое другое. На смену вате и пеленкам из простыней приходят современные средства гигиены, впитывающее белье, многочисленные средства ухода за кожей. Использование современных средств по уходу за тяжелобольными пациентами поможет значительно повысить качество жизни людей, оказавшихся беззащитными перед болезнью.

По статистике, 80 % случаев образования пролежней можно предотвратить, используя современные подходы к профилактике и лечению (Отраслевой стандарт «Протокол ведения больных. Пролежни» от 17.04.2002). Подтверждением тому является социологическое исследование, которое было проведено студентами ГБОУ СПО ВО «Владимирский базовый медицинский колледж» в неврологическом отделении одной из городских больниц г. Владимира. Целью данной работы было установить, влияет ли использование современных средств по уходу за лежачими больными на образование пролежней. В качестве предложенных средств были пенка для кожи, гель для мытья, массажное масло, пеленки, подгузники.

Из данной диаграммы видно, что более половины поступающих пациентов имеют высокий риск образования пролежней. И в то же время число пациентов, имеющих пролежни при выписке, в последние годы значительно снизилось. Так, в 2013 году из 80 пациентов, поступивших в отделение, примерно 48 человек находилось в группе риска по образованию пролежней, но лишь у трех пациентов пролежни сохранились при выписке. Это можно объяснить тем, что с декабря 2011 года использовались современные средства по уходу за кожей тяжелобольных, что облегчило труд медперсонала, который выполнял процедуру без физиче-

ского напряжения, и доставило удовлетворение пациенту. В ходе исследования также выяснилось, что особый интерес у родственников пациентов вызвали урологические прокладки, которые явились достойной альтернативой подгузникам для пациентов с легким недержанием мочи.

Следовательно, вышеперечисленную продукцию можно с уверенностью использовать для ухода за пациентами, входящими в группу риска по образованию пролежней. А поскольку в должностные обязанности медсестры входит обучение, то эти средства необходимо предлагать родственникам пациентов для облегчения ухода.

Таким образом, инновационные технологии в медицине очень важны, так как они повышают качество оказания медицинской помощи пациентам, способствуют оптимизации труда медсестры, эстетике проводимых процедур и улучшению качества жизни семей, которые столкнулись с проблемой ухода за тяжелобольным пациентом. ■



©PressFoto/ClipDealerSean Prior

ТЕРАПЕВТИЧЕСКАЯ РОЛЬ ПРИКОСНОВЕНИЯ в уходе за хронически больными пациентами

Анна Заремба,
физиотерапевт (Польша)

Отделение долгосрочного ухода. Двенадцатая смена постели, следующая смена белья, следующая капельница. Следующая перевязка, запах незаживающих ран. Седьмой час дежурства. И прикосновение, полное нетерпения, человеческой усталости, озабоченности – но озабоченности своими ежедневными проблемами, и часто рутинна...



©PressFoto/ClipDealerSean Prior

А ведь, собственно, это прикосновение может все изменить... С первых дней нашей жизни (и даже еще во чреве матери) прикосновение является основной формой нашего общения с окружающим миром. Принято говорить, что язык – вербальная коммуника-

ция – является первым и основным каналом взаимопонимания, но когда мы смотрим на детей или людей, которые лишены возможности словесного общения, то быстро замечаем, какое огромное влияние на их эмоции и самочувствие оказывает прикосновение, с которым они встречаются, которое мы дарим им. Слова бывают

по-разному воспринимаемы, слова могут скрывать правду, но прикосновение всегда несет нашу настоящую внутреннюю энергию, говорит о том, что мы действительно чувствуем, где мы находимся. Поэтому оно имеет такое огромное значение в уходе за пациентами, особенно теми, которые к этому прикосновению в разных его формах в известной степени приговорены. Они не могут его избежать, не могут избежать и его влияния. Ведь при ежедневном уходе, при всех терапевтических и туалетных процедурах мы все время касаемся наших пациентов. Мы часто задумываемся над значением реабилитации при долгосрочном уходе, не давая себе отчета в том, что каждое наше прикосновение может быть формой реабилитации. Очевидно и во многих исследованиях подчеркивается, как сильно влияет ограничение двигательной активности на организм человека, как много патологий и нарушений во всех системах оно может приносить. Редко, однако, говорится о том, что отсутствие нежного и теплого прикосновения может изменять функционирование хронически больных пациентов во всех аспектах.

Помню день, когда я поняла, как наша энергия может влиять на состояние пациента, как может изменять его тело через воз-



©PressFoto/YayMicro/Hakan KÄ±zÄ±ltan

действие на его эмоциональное состояние.

Тогда моей пациенткой была женщина с тяжелой черепно-мозговой травмой. Это была трудная для меня терапия. Пациентка, не желающая сотрудничать, с очень сильной спастикой. Она часто была агрессивна в словесной форме, что провоцировало мое нежелание работать с ней, беспокойство и фрустрацию. Я чувствовала это всегда, когда приближалось время наших занятий, пока в один прекрасный день, когда я немного раньше вошла в комнату, не увидела сцену, полную любви и чувств. Молодая девушка обнимала эту женщину с большой нежностью, целуя ее в лоб. Никогда не забуду глаза моей пациентки – первый раз полные спокойствия, блестящие и светлые. Когда они заметили меня, девушка поднялась и, касаясь ладонью своей матери, шепнула ей что-то на ухо и вышла.

Ее прикосновение в тот день изменило нашу терапию, изменило мою пациентку. Дало ей силу для

борьбы с болезнью и чувство нужности, заметности. Это прикосновение также изменило и меня. Показало, как наше отношение и мысли, которыми мы заполняем пространство между нами и пациентом, могут изменить его жизнь через воздействие на его психофизическое состояние. Если говорить о физиологических реакциях, то давно известно, что движение, используемое в терапии, также как и прикосновение, вызывают выделение эндорфинов, называемых гормонами счастья. Это они приводят к тому, что пациент чувствует себя лучше, расслаблен и радостен. Но ведь человек – это не только гормоны, кровеносные сосуды, мышцы, суставы и прочая магическая машинерия нашего организма. Есть что-то большее, чем то, чего мы можем коснуться, увидеть и изучить. То, из-за чего пациент в хорошем клиническом состоянии вдруг начинает слабеть и его здоровье ухудшается по необъяснимым причинам. Наша психика. Это для нее так важ-

но каждое подаренное пациенту прикосновение.

Уход за хронически больным пациентом является очень сложной задачей. Он поглощает много сил, энергии, терпения и вызывает истощение. Наша система ухода за больными также не делает задачу более легкой. Все это приводит к тому, что мы часто чувствуем себя слишком усталыми и разочарованными, чтобы предложить пациентам что-то сверх того, что определено кругом наших обязанностей, нечто большее, чем нередко одетая в рутину помощь.

Есть у меня неотвратимое впечатление, что культура Запада отодвинула прикосновение в интимно-эротическую сферу, что оно чаще всего ассоциируется с ней. Из-за этого мы часто боимся спонтанно и «по-человечески» касаться пациентов, потому что можем быть оценены как фамильярничающие непрофессионалы. Тем временем простое сердечное прикосновение к чьей-то ладони или плечу, когда мы хотим

оказать поддержку, является наиболее естественной формой выразить это, а к тому же еще тем, чего ожидают от нас пациенты. Если мы являемся физиотерапевтами, то у нас есть на выбор огромная гамма терапевтических методов, основанных, собственно, на непосредственном прикосновении к пациенту. Благодаря применению таких терапевтических форм у пациентов улучшается состояние отдельных частей их тела, но они также получают необходимую для нормального функционирования ежедневную порцию прикосновений. Уже давно американский психотерапевт Вирджиния Сатир сказала, что человек, чтобы жить, нуждается в четырех объятиях ежедневно, в восьми объятиях, чтобы сохранить здоровье, а в двенадцати, чтобы развиваться. Это говорит только о том, что мы все, невзирая на наше образование и должность, при встрече с пациентом владеем таким простым в применении, эффективным и одновременно так часто упускаемым средством. А чтобы наше прикосновение могло стать формой терапии, чего действительно ожидают пациенты, что помогает им

чувствовать себя оцененными, окруженными заботой и теплом, мы не должны забывать о нашем самочувствии. Это оно часто формирует наш подход и внутреннюю готовность нести помощь. Каждый терапевт должен заботиться об уровне мотивации и о запасе хорошей энергии, которой он мог бы делиться с пациентами. Поэтому так важен поиск жизненных увлечений, хороший отдых и релаксация, окружение себя любящими людьми и личное развитие. Это все приводит к тому, что наша жизненная энергия растет, а этот рост естественным образом позволяет одаривать наших подопечных терпением, заботой и позитивным отношением к жизни, которое часто так сильно может изменить их самочувствие.

Можно много написать на тему терапевтически-реабилитационных методов, которые могут применяться к пациентам, получающим долгосрочный уход. Мы могли бы привести немало научных исследований, говорящих о позитивном влиянии таких методов на кровообращение, систему дыхания, гормональную систему и многое другое. Только нужно добавить, что их применение требует со-

ответствующей подготовки – как терапевта, так и пациента, тщательной оценки состояния его здоровья и функционального состояния, а также дополнительных врачебных консультаций. В то же время внимание и намеренное прикосновение существенно влияют на улучшение соматического и психоэмоционального состояния и одновременно являются чем-то таким, без чего мы при общении с пациентом не можем обойтись. Существом дела является только наш настрой и осознание влияния этой простой терапевтической формы. Прикосновение часто является для пациентов, особенно для невидящих и неслышающих, единственным источником информации об отношении окружающего мира к их личности. Неоднократно пациенты неделями помнят касающиеся их «беспокойные» руки.

Поэтому и буквально, и в переносном смысле: все в наших руках. Реабилитационное воздействие могут оказывать такие простые вещи, как прикосновение, как сердечный взгляд в глаза. Мы имеем в своем распоряжении чудесное терапевтическое средство – наше прикосновение. Не колеблясь, используем его с энергией и настроим, и тогда результаты нашей работы могут удивить нас самих. В любое время дня во время ежедневного ухода, туалетных процедур, физиотерапевтических двигательных упражнений, изменений позиции или перемещений мы можем быть источником силы, которая улучшает качество жизни пациента. Помним, что мы касаемся не только кожи, но и глубинной сущности человечности. ■

Литература

1. Carter R. Tajemniczy świat umysłu. Poznań: Oficyna ATENA, 1999.
2. Ostrzyżek A. Jakość życia w chorobach przewlekłych // Probl Hig Epidemiol. 2008. № 89(4). С. 467–470.
3. Andrieu B. Le soin de toucher. Paris: Belles lettres, 2007.
4. Szczęotka P., Mikula E. Współczesny masaż. Poznań: Body Work, 1998. ■



©PressFoto/Pressmaster



Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни» в комплекте с DVD-диском

Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также организация питания, правил приема лекарственных препаратов, их действия и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Как купить книгу? Вы можете:

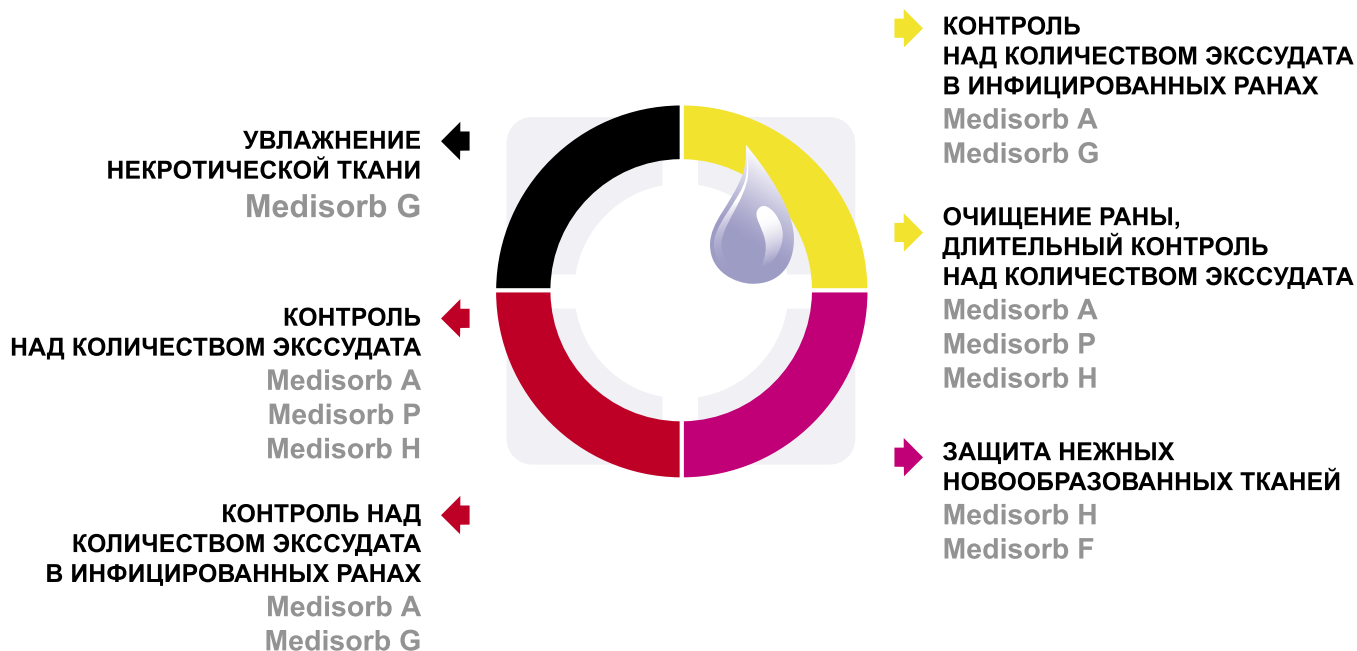
- обратиться в региональные представительства TZMO SA в России по адресам, указанным на последней странице журнала;
- позвонить по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3 для приобретения книги наложенным платежом Почтой России (06.00 – 22.00 ч., кроме выходных и праздничных дней, звонки по России бесплатные);
- заказать по электронной почте kniga@seni.ru для приобретения книги в г. Москве.



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ
ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН



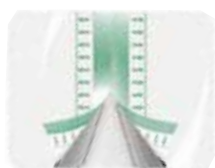
Medisorb



СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb A



Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P



г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563 г. Москва, ул. Шпиловская, д. 28а
Тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: infopost@bella-tzmo.ru

г. Самара, Филиал №2 ООО «БЕЛЛА Восток»
443100 г. Самара, ул. Лесная д.7, оф. 602
Тел.: +7 (846) 270-60-33, e-mail: office-samara@bella-tzmo.ru

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена - Север»
196627 г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д. 235а
Тел.: +7(812) 676-00-66, e-mail: office@bella-spb.ru

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036 г. Екатеринбург, пгт Широкая речка, ул. Суходольская д.197
Тел.: +7 (343) 383-60-83, e-mail: bella-ural@bella-ural.ru

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152 г. Нижний Новгород, ул. Кащенко, д. 2
Тел.: +7 (831) 220-14-30, e-mail: office-nnov@bella-tzmo.ru

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024 г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд д. 2/3
Тел.: +7 (383) 373-18-01, e-mail: office@bella-siberia.ru

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла - Дон»
344065 г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52
Тел.: +7 (863) 203-74-74, e-mail: bella@bella-don.ru

www.matopat.ru • www.na-rany.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама. Соответствие подтверждено.