

HOSPICE

Пансион для пожилых людей



« ... для тех, кто нуждается в заботе »

+38 (068) 645-73-11

Лежачие больные нуждаются в специальном уходе. Важной составляющей нормальной жизнедеятельности человека, в том числе с ограниченными двигательными возможностями, является питание. Существуют особенности метаболизма и пищеварительной функции у таких пациентов, которые необходимо учитывать при составлении рациона.



Особенности составления рациона

У лежачих больных метаболизм замедлен, из-за пониженной физической активности они нуждаются в меньшем количестве калорий. Кроме того, некоторые пациенты испытывают трудности с пережевыванием, глотанием твердой пищи.

Часто отсутствует аппетит, отмечается тошнота. Это обусловлено физиологическими причинами. Но, тем не менее, рацион должен быть сбалансированным, полноценным, чтобы восстановить резервы организма, ослабленного болезнью. Поэтому правила питания лежачих больных следующие:

- пища должна содержать необходимые для организма компоненты в сбалансированном количестве – белки, жиры, углеводы, минералы и витамины;
- меню должно быть максимально разнообразным, блюда вкусными, ароматными, чтобы стимулировать аппетит;
- рацион требуется составлять с учетом основного заболевания, диеты, рекомендованной врачом;
- прием пищи должен происходить в спокойных условиях, через равные промежутки времени, не менее 4, а лучше 5-6 раз в сутки;
- блюда должны иметь комфортную температуру, удобную для больного консистенцию;

- необходимо соблюдать питьевой режим – 1-1,5 л жидкости в день.

Если нет ограничений, необходимо узнать у пациента, какие блюда он любит, что бы ему хотелось съесть сегодня. С учетом этих пожеланий составляется меню на день. Больной не должен голодать, поэтому следует предпринять различные меры, чтобы стимулировать аппетит и устранить тошноту.



Как повысить аппетит?

Аппетит имеет тесную связь с функционированием пищевого центра. Его возникновение обусловлено сложными многоуровневыми процессами:

- работой отделов гипоталамуса, коры головного мозга;
- синтезом гормонов поджелудочной железы, жировой ткани, ЖКТ и т.д.

Возбуждение аппетита вызывают внутренние и внешние факторы:

- уровень содержания в крови промежуточных продуктов метаболизма;
- активность гормонов;
- содержание жидкости в клетках и межклеточном пространстве;
- перистальтика пустого желудка;
- снижение температуры тела;
- вкус, запах, внешний вид пищи.

Установлено, что некоторые группы нутриентов способствуют аппетиту:

- В12;
- железо;
- С.

Можно пациенту давать витаминные добавки или продукты с высоким содержанием этих веществ. Например, кислые морсы, соки, фруктовые пюре, отвар шиповника не только содержат аскорбиновую кислоту, стимулирующую аппетит, но и устраняют тошноту.

Железо содержится в яблоках, говяжьей печени, желтках куриных яиц, гречке. Из этих продуктов можно приготовить полезные и вкусные блюда. Элемент участвует в нормальной работе пищеварительной системы, увеличивает энергетический потенциал организма, поднимает иммунитет.

Свежий воздух, позитивные эмоции также повышают аппетит. Если пациент может передвигаться, то с ним нужно больше гулять. В случае полной неподвижности необходимо проветривать комнату, обеспечить доступ свежего воздуха, солнечного света.

Некоторые отвары лекарственных растений также купируют тошноту и стимулируют аппетит:

- корень цикория;
- полынь;
- корень аира;
- корень одуванчика;
- тархун;
- ревень;
- мята;
- Melissa.

Они стимулируют пищеварение, выделение пищеварительных

ферментов, желчи, желудочного сока. Мята купирует тошноту. Причиной потери аппетита могут быть стресс, депрессия. В тяжелых случаях врач пропишет препараты, улучшающие психоэмоциональное состояние.

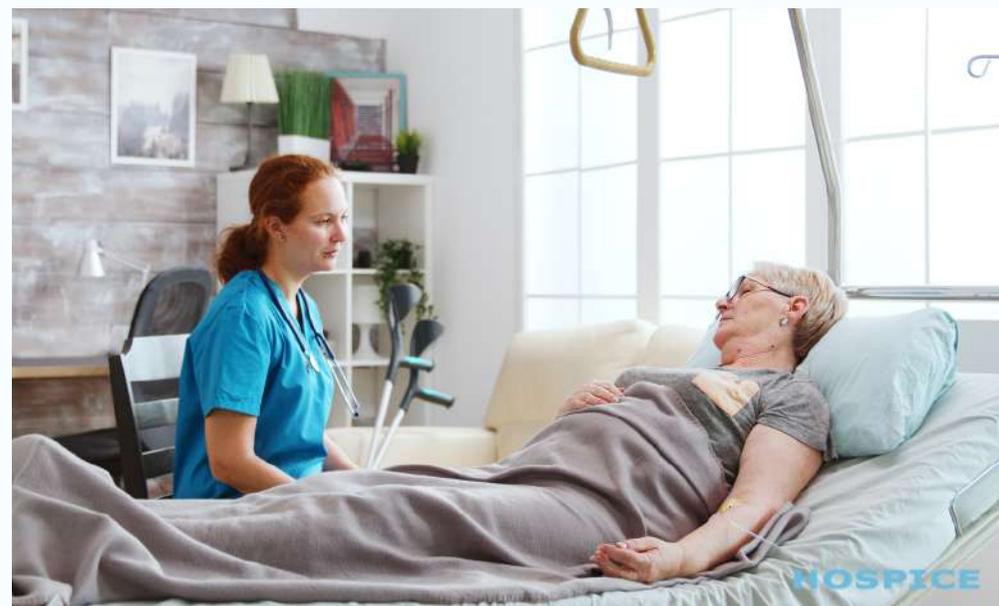
На аппетит могут влиять и запахи пищи, доносящиеся из кухни. Если у больного они вызывают тошноту или ложное ощущение насыщения, то необходимо блокировать доступ запахов в комнату.

Теплая вода с медом также стимулирует перистальтику кишечника и повышает аппетит. Красиво сервированное блюдо, приятная обстановка, доброжелательность, терпение людей, ухаживающих за лежачим больным, тоже способствуют появлению чувства голода.



Техника кормления лежачего больного

Кормить больного нужно в сидячем положении, в крайнем случае, рекомендуется приподнять головной конец кровати или под голову и плечи пациента подложить дополнительные подушки





По возможности сам пациент должен пользоваться столовыми принадлежностями. Кормить с ложки нужно только в случае, если пациент сам не может удерживать ложку даже с помощью ухаживающего. Тарелку лучше ставить на прикроватный столик, который можно легко подвинуть к груди больного

На столик положить салфетку или ограничители, чтобы она не скользила по поверхности.

Столовые приборы не должны выскальзывать из пальцев пациента. Поэтому следует приобретать ложки со специальной нескользящей ручкой. Можно их изогнуть, чтобы облегчить самостоятельные действия пациента



Если больной не может удерживать приборы сам, то ухаживающий может ему помочь своей рукой, поддерживая и направляя руку пациента. Для лежачего больного важно не чувствовать себя совсем беспомощным. Поэтому необходимо дать ему возможность держать хлеб, огурец или другие предметы.

В качестве столового прибора используют чайную или десертную ложку. Десертная удобнее, так как если набирать 2/3, то такую порцию больной способен проглотить за 1 раз, и она не прольется чере

край.

Ухаживающий должен контролировать температуру блюда, так как при некоторых патологиях пациент не ощущает ее и может серьезно обжечь ротовую полость и пищевод. Консистенция блюда должна соответствовать состоянию больного – способен ли он самостоятельно жевать, может ли проглатывать пищу.

Если есть проблемы с этим, то блюдо должно иметь пюреобразный или жидкий вид. Но постоянно кормить его кашицеобразной пищей не рекомендуется, чтобы не снизить перистальтику кишечника.

У человека при приеме пищи срабатывают следующие рефлексы:

- при прикосновении к нижней губе открывается рот;
- при касании к спинке языка происходит глотательное движение.

Насильно засовывать пищу в рот нельзя. Необходимо притронуться ложкой к нижней губе, положить в рот часть пищи и подождать, пока больной не пережует и проглотит все.

Насильственное кормление, торопливость могут привести к отвращению к еде, отказу от приема пищи, рвоте. Ослабленные пациенты отдыхают между приемами каждой порции. Они на жевание тратят энергию, которой у слабых больных мало.

Питье также должно быть комфортной температуры. Если больной не может держать чашку, то следует поить его из специального поильника, в котором жидкость поступает маленькими порциями и нет риска облиться



Можно поить больного из чайной ложки или через соломинку.

Пациента, даже если он может сам принимать пищу, нельзя оставлять без присмотра. Больной должен сконцентрироваться на приеме пищи, поэтому лучше устранить все отвлекающие факторы – радио, телевизор, посторонние шумы, запахи.



Правила составления рациона

Для организма в качестве строительного материала необходимы белки. Они содержат незаменимые аминокислоты, составляющие все ткани, в том числе мышечные волокна. Белки – это:

- мясо – для лежачих больных рекомендована телятина, индейка, крольчатина, курица;
- рыба – лучше морская;
- орехи, бобовые;
- молоко и молочные продукты;
- яйца.

Нельзя кормить больного копчеными сосисками, колбасами, так как они содержат скрытые жиры, пряности и много соли.

Белковой пищи для лежачего больного должно быть довольно много в меню – не менее 1г/кг, а если образовались пролежни, то в 1,5-2 раза больше. В рационе должны быть жиры. Они необходимы для нервной системы, головного мозга, костей. В качестве источника лучше применять жирные сорта морской рыбы (лосось, треска, сардины), растительные масла.

Источники витаминов, минералов – овощи, фрукты, ягоды, зелень. Овощи можно запекать, тушить, отваривать. Если нет запрета врача, больному можно свежие салаты с добавлением растительного масла. В качестве напитков – травяные чаи, компоты, свежевыжатые соки, чистая вода. Не рекомендуются крепкий чай и кофе, магазинные соки и нектары, газировки. Примерное меню следует обсудить с лечащим врачом или диетологом.

Перед и после еды нужно проводить гигиенические процедуры – умывать лицо и руки, чистить зубы, прополаскивать ротовую полость. Нужно следить за чистотой постельного белья, удалить крошки, расправить простыню и одеяло. Пациент должен еще какое-то время находиться в сидячем положении, или полулежа. Чтобы облегчить отхождение проглоченного с пищей воздуха.



Режим дня

Четкий распорядок дня благотворно влияет на общее и психоэмоциональное состояние пациента, улучшает процесс пищеварения, дисциплинирует. Составляют распорядок в соответствии с состоянием больного, уровнем его активности, лечебными процедурами.

Рекомендуется следующий режим отдыха и активности лежащего больного:

- 7.00 – 7.15: пробуждение, утренний туалет (умывание, чистка зубов, интимная гигиена), смена пеленок или подгузников;
- 8.00: первый завтрак;
- 8.20 – 8.30: отдых, проветривание и влажная уборка помещения;
- 10.00 – 10.30: медицинские процедуры, мониторинг состояния;
- 11.00: второй завтрак – соки, отвары;
- 11.15: опорожнение естественных потребностей, при необходимости смена подгузников;
- 12.30 – 13.00: обед;
- 15.30: отдых, сон;
- 17.00: опорожнение естественных потребностей, смена подгузника, мониторинг состояния;
- 18.00: ужин;
- 18.15 – 18.30: чистка зубов, умывание, гигиенические процедуры;
- 19.00: влажная уборка, проветривание комнаты;
- 20.30: сон.

Правильное чередование активности и отдыха, тщательный уход за кожей, волосами, выполнение рекомендаций врача и рациональное питание благотворно влияют на состояние здоровья пациента, продолжительность его жизни.

Не менее важно организовать досуг пациента. Если он восстанавливается после травмы, инсульта, инфаркта, то в распорядок нужно включить занятия по восстановлению речи, мелкой моторики, памяти. Тренировки можно проводить в игровой форме.

Если пациент малоподвижен, но сохраняет остальные способности, он может читать, рисовать, смотреть телевизор. Больной должен гулять. Для прогулок используют кресло-коляску, ходунки. Можно дышать свежим воздухом на балконе.

Активные периоды должны быть интересными, насыщенными. Даже прикованный к постели человек не должен ощущать себя забытым, ненужным, беспомощным. Правильный распорядок дня поможет составить врач.

HOSPICE

Осложнения у лежачих больных и методы их профилактики

Длительная иммобилизация негативно влияет на физические параметры и психоэмоциональное состояние пациентов. Обездвиженность нарушает функции основных систем организма – дыхательной, кровеносной, костно-мышечной, пищеварительной, нервной. Дисфункция отягощает течение основного заболевания и может стать причиной развития сопутствующих патологий. Некоторые осложнения также являются причиной плохого/недостаточного ухода за малоподвижными пациентами. Применение мер профилактики в 80% случаев позволяет предупредить осложнения или значительно снизить их выраженность.



Сосудистые осложнения

Длительная (более 1 мес.) неподвижность приводит к замедлению кровотока. Без физической нагрузки сердце начинает работать в режиме умеренной активности. В результате:

- снижается артериальное давление;
- реже становится частота сердечных сокращений;
- нарушается венозный отток крови;
- образуются тромбы.

Наиболее частым осложнением у иммобилизованных и лежачих больных является массивный тромбоз глубоких вен, преимущественно нижних конечностей. Так называемый «мышечный насос», облегчающий работу сердца и отток крови по периферическим сосудам венозного круга, не функционирует в условиях отсутствия сокращения мышц. В результате происходит застой крови, расширение вен, образование тромбов.

Тромбоз является причиной еще одного жизнеугрожающего осложнения – тромбоэмболии легочной артерии. Около 10% смертей у длительно обездвиженных пациентов приходится на данную патологию. Признаками застойных явлений в нижних конечностях у лежачих больных называют:

- отечность;
- судороги;
- сосудистые звездочки;
- ощущение распирания, зуда, боль по ходу венозного ствола.

Для предупреждения развития сосудистых патологий необходимо:

- чаще менять положение тела с поднятием ножного конца кровати;
- выполнять посильные активные упражнения («Велосипед», «Ножницы»), если пациент не может сам двигаться, то делать пассивные, массаж;
- использовать компрессионный трикотаж



- соблюдать питьевой режим – 30 мл/кг/сут. при отсутствии противопоказаний;

- согласовать с врачом курс приема антикоагулянтов.

При перемене положения, особенно резком подъеме, у больного падает АД, и он ощущает головокружение. В зависимости от тяжести патологии врач может порекомендовать поддерживающую терапию. При выполнении физкультуры важны не интенсивность и продолжительность нагрузки, а регулярность. Необходимо чередовать упражнения и отдых.



Осложнения со стороны ЖКТ

Пребывание в горизонтальном положении приводит к снижению тонуса всех мышц, в том числе ЖКТ – желудка, толстой кишки. У большинства (30-60%) малоподвижных пациентов и у 80% больных старше 60 лет отмечаются следующие нарушения:

- запоры;
- изжога;
- тошнота;
- каловая интоксикация.

К нарушению акта дефекации приводят психоэмоциональные проблемы – стресс, стеснительность, необходимость оправляться в непривычном положении, помощь сторонних лиц для соблюдения интимной гигиены, ношение памперсов и их смена. Стресс от дискомфорта приводит к задержке дефекации, урежению испражнений, скоплению каловых масс и обратному всасыванию жидкости с растворенными в ней токсинами.

Отравление организма проявляется в виде:

- сероватого оттенка кожи;
- желтого налета на языке;

- дурного запаха изо рта;
- изжоги;
- спастических болей в левой части живота;
- вздутия живота;
- выпадения волос, ломкости ногтей;
- общей слабости;
- суставных и мышечных болей;
- потери аппетита;
- бессонницы;
- тошноты и др.

У малоподвижных больных развиваются и другие заболевания органов пищеварения:

- язвенные поражения верхних отделов ЖКТ;
- перитонит;
- кровотечения.

Чтобы избежать таких тяжелых осложнений, необходимо:

- делать посильные упражнения – напрягать брюшную стенку, поднимать и прижимать к животу согнутые в коленях ноги;
- тем, кто не может двигаться, массажировать поясничную и крестцовую области;
- делать очищающие клизмы и следить за стулом;
- правильно, сбалансированно, дробно питаться;
- потреблять необходимое количество жидкости (выпитый стакан теплой воды за 30 мин. до еды снизит риск запоров);
- пить кисломолочные напитки и принимать пробиотики.

Ухаживающему необходимо создать комфортные условия для пациента:

- отгородить его ширмой или создать атмосферу приватности при дефекации;

- оборудовать санузел для безопасного и комфортного процесса, который пациент сможет посещать самостоятельно;
- использовать специальные накладки на унитаз, стул-унитаз, мини-биотуалеты, сидя на которых больной находится в физиологической позе.



Необходимо побеседовать с больным, объяснить ему важность регулярных опрделений, расположить его к себе, чтобы он перестал стесняться. Доброта, благожелательность, забота играют важную роль в нормализации эмоционального состояния пациента.



Осложнения костно-мышечной системы

Наиболее частыми осложнениями у маломобильных людей со стороны опорно-двигательной системы отмечаются:

- остеопороз – нарушение минерального состава и архитектоники костей;
- атрофия мышц, выражающаяся в снижении мышечной силы и массы ткани;

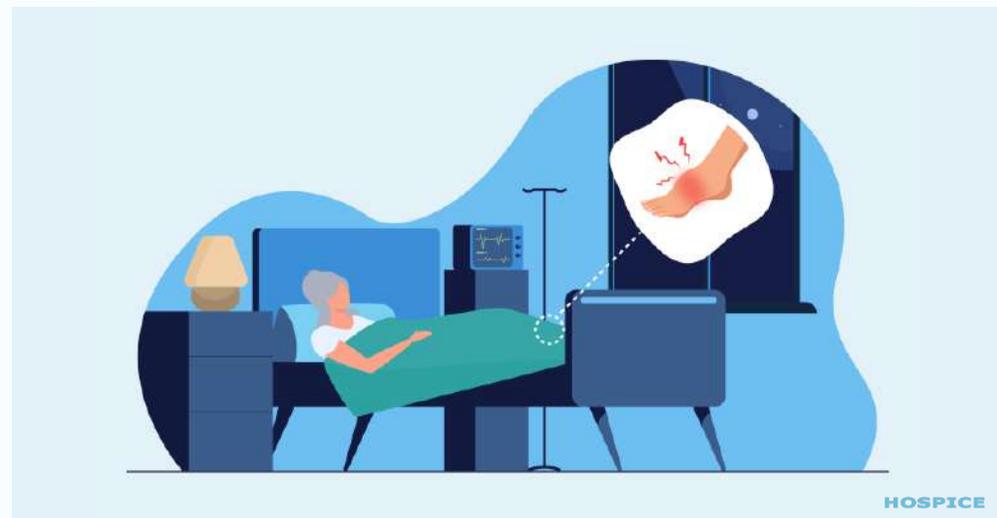
- контрактуры – нарушение функции суставов и фиксирование их в одном положении.

При полной неподвижности человек теряет в сутки до 3% мышечной массы. Это значит, что через 30 дней иммобилизации может развиваться атрофия мышц.

К контрактурам могут привести различные патологии (артрозы, артриты), заболевания или новообразования головного мозга и т.д. У лежачих больных патологический процесс вызывает отсутствие движений в суставе. Организм включает «режим экономии», при котором:

- снижается приток крови и питательных веществ к неработающим мышцам;
- мышцы, лишённые питания, уменьшаются в объеме (атрофируются) и укорачиваются, что приводит к вынужденному положению сочленения;
- мышечная ткань в дальнейшем заменяется соединительной, требующей еще меньше питания и энергии.

Если не принять мер по профилактике, кости сустава срастаются, и он полностью теряет подвижность. Отмечается анкилоз.



У лежачих больных часто развивается так называемая «конская стопа». Под тяжестью одеяла стопа занимает вынужденное положение (подошвенное сгибание). Для профилактики контрактуры голенистопа используют специальное устройство, удерживающее одеяло в приподнятом состоянии

Контрактуры бедренных и коленных суставов делают невозможным самостоятельное изменение положения больного в кровати, нарушают двигательную активность. С контрактурой рук больной не может себя обслуживать – умываться, чистить зубы, принимать пищу.

Заподозрить аномалию можно, если заметить, что конечность находится в неестественном положении – разведенные, растопыренные пальцы кисти, согнутые пальцы в форме «лапы» или вытянутые, как у балерины, пальцы ног. При попытке изменить положение ощущается тугоподвижность сочленения, а выпрямленная конечность через время принимает то же положение.

На стадии анкилоза медицинская помощь только одна – операция. Для предупреждения контрактуры необходимо:

- выполнять активные и пассивные упражнения, в зависимости от состояния больного, (они не должны быть насильственными и причинять боль);
- массаж – бережные растирания, поглаживания при гипертонусе мышц и пощипывания, похлопывания при гипотонусе;
- тренировать конечность с помощью эспандеров, мячей, конусов, обернутых шерстяной тканью



- делать теплые ванночки;
- шинирование для придания конечности нужного положения.

Если упражнения вызывают сильную боль, то врач может назначить обезболивающие препараты или новокаиновую блокаду.

Остеопороз часто отмечается у людей со сниженной двигательной активностью. Костная ткань быстро теряет основной минерал – кальций, становится хрупкой, легко ломается без усилий. Пациенты после иммобилизации, с нарушениями двигательной активности рискуют сломать кости при незначительном ударе.

Сложность ранней диагностики остеопороза в отсутствии симптомов. Упражнения, массаж, прием витаминно-минеральных комплексов помогут предупредить патологию.



HOSPICE

Нарушения функции мочевыделения

Длительная неподвижность приводит к нарушениям функции мочевыделения:

- застою мочи в почках;
- выпадению кристаллов солей;
- образованию песка, камней;
- воспалительным и инфекционным процессам.

При выраженной проблеме задержки мочеиспускания проводят катетеризацию мочевого пузыря.

Еще одна значимая проблема парализованных и малоподвижных людей – недержание мочи. Мышечная атония затрагивает и мышцы тазового дна, сфинктер не может удержать мочу, и она изливается самопроизвольно. Для устранения дискомфорта таким пациентам надевают памперсы, используют другие виды гигиенических изделий с повышенной абсорбцией



Чтобы предупредить недержание или снизить количество актов мочеиспускания, используют специальные упражнения для тренировки мышц – комплекс Кегеля. Благодаря регулярным тренировкам удастся увеличить интервалы между позывами от 3 до 5 часов.



Изменения нервной системы и психики

Человек, длительное время находящийся в «горизонтальном» положении, страдает от множества факторов, отсутствия привычных физических раздражителей – солнечного света, движения воздуха, запахов, звуков улицы и др.

Люди, общающиеся с больным, находятся в разных плоскостях, возвышаются над ним. Пациент перестает правильно воспринимать и оценивать действительность, что усугубляет психические нарушения. Это проявляется в:

- удушье, ощущении недостатка воздуха;
- синдроме замкнутого пространства;
- нарушении суточного ритма;
- бессоннице;
- агрессии.

Больной теряет пространственную и временную ориентацию, начинаются изменения личности.

Задача ухаживающего создать особый микроклимат в общении – интересоваться самочувствием, мыслями, желаниями больного. Делиться с ним положительными эмоциями, событиями из окружающей жизни, быта семьи.

Для восстановления навыков, двигательной и умственной активности подойдут занятия арт-терапией:

- вязание;
- вышивание;
- плетение;
- чтение;
- пение;
- просмотр фильмов;
- разгадывание кроссвордов и ребусов и др.

Необходимо стимулировать самостоятельность больного. Он должен выполнять посильные действия, задания. При нарушении сна можно использовать легкие фитопрепараты с седативным эффектом, вывозить пациента на свежий воздух, выполнять упражнения.

Для психического и эмоционального состояния больного важно общение. Пациента нужно терпеливо, благожелательно выслушать. Поговорить с ним о том, что ему интересно, доставляет удовольствие, попросить совета и рассказать, как его рекомендации помогли. Все это повысит самооценку, поможет избавиться от чувства одиночества, ущербности, побороть депрессию.

Правильные рекомендации по общению с лежачим больным может дать психолог. При этом осуществляющий уход человек должен не только вести себя правильно с больным, но и выглядеть так, чтобы не вызвать негативных эмоций:

- быть чистым, опрятным;
- носить одежду, скрывающую большую часть тела;
- избегать украшений, которые могут нанести травмы, оцарапать;
- не использовать сильные запахи;
- иметь ухоженные короткие ногти без яркого лака;
- носить удобную бесшумную обувь.

Пациент длительное время контактирует с ухаживающим, что отражается на его психоэмоциональном состоянии. Правильный уход стимулирует выздоровление, предупреждает развитие физических и психических нарушений.

Уход за лежачим больным в домашних условиях

Не все больные с хроническими заболеваниями нуждаются в постоянном пребывании в стационаре. Чаще всего им достаточно амбулаторного наблюдения и лечения в домашних условиях. В привычной обстановке они чувствуют себя лучше и спокойнее, что положительно влияет на физическое и психическое здоровье пациента. Но необходимо создать комфортные условия пребывания в квартире. Особый уход нужен людям с ограниченной подвижностью или прикованным к постели.



Организация жилого пространства

Людям с ограниченными физическими возможностями необходимо создать условия для самообслуживания:

- организовать пространство таким образом, чтобы они могли передвигаться на кресле или с ходунками по всей квартире/дому беспрепятственно;
- имели возможность готовить пищу, пользоваться бытовыми электроприборами, сервировать стол, мыть и убирать посуду;
- самостоятельно вставать/ложиться в кровать;
- одеваться без посторонней помощи;
- выполнять ежедневные гигиенические процедуры и др.

Для оптимизации жизнедеятельности инвалидам необходимо затратить довольно значительные материальные средства:

- расширить дверные проемы с учетом ширины инвалидной коляски и сидящего в ней человека;
- убрать пороги, перепады пола;
- постелить нескользящее напольное покрытие;

- убрать лишнюю мебель, ограничивающую место для маневра;
- сделать пандус или безопасные перила для лестницы;
- перенести розетки и выключатели на высоту поднятой руки сидящего человека;
- вместо обычной распашной двери установить раздвижную или избавиться от двери там, где это возможно;
- сделать удобные задвижки, которые легко открываются и др.

Кроме перепланировки жилого помещения, нужно сделать удобными и безопасными кухню, гардеробную, межкомнатные переходы и ванную комнату.



Переустройство кухни

В некоторых европейских государствах мебель для колясочников устанавливается за счет бюджета страны. Но создать приемлемые условия возможно и самостоятельно. Сложность в том, что часто с инвалидами проживают члены его семьи. Поэтому мебель должна иметь возможность легко трансформироваться.

Основные правила следующие:

1. Рабочие поверхности устанавливаются в соответствии с параметрами сидящего в коляске человека. Для этого можно оборудовать на нужной высоте выдвижные столешницы.
2. Следует учесть, что под столешницами, раковиной нельзя закрывать нишу, чтобы колясочник мог вплотную подъехать к необходимому предмету.
3. Часто используемые продукты, кухонную утварь, столовые приборы нужно расположить на полках соответствующей высоты – верхние ящики мебели недоступны сидящему человеку. Если есть возможность, то лучше оборудовать кладовку с полками средней высоты.



4. Потребуется освободить середину кухни, чтобы свободно перемещаться от плиты к мойке, холодильнику.
5. Варочная панель или плита должны иметь систему управления на передней панели, чтобы при работе человек не получил ожоги



6. Необходимо установить краны на мойке сбоку или использовать гибкую насадку



7. Важно использовать боковые модели холодильников, чтобы облегчить доступ к полкам инвалидов



Можно оборудовать кухню мини-лифтами, с помощью которых предметы, расположенные выше/ниже комфортной зоны, станут доступны простым нажатием кнопки механизма.

Готовя пищу, накрывая на стол, моя посуду, человек на инвалидной коляске чувствует себя самостоятельным, не доставляющим проблем другим членам семьи, что улучшает его психоэмоциональное состояние и повышает самооценку.



Обустройство ванной комнаты

Поддержание личной гигиены важно всем, а особенно людям с ограниченными возможностями. Для них возможность самостоятельно помыться, сходить в туалет без посторонней помощи, очень важна. Поэтому переустройство санузла должно учитывать индивидуальные особенности и возможности пользователя:

- лучше всего совместить ванную комнату и туалет;
- дверной проем необходимо расширить для проезда коляски;
- ванну нужно заменить душевой кабинкой без поддона с поручнями и специальным сидением;
- унитаз также должен иметь поручни с боков и длинные перила напротив;
- высота унитаза подбирается индивидуально, но она отличается от стандартной;
- раковина не должна иметь тумбочку под ней и низко расположенный сифон, чтобы близко подъехать в коляске и не упираться коленями;
- раковину лучше выбирать с неглубокой чашей и утолщенным передним краем для опоры руками;
- гарантия безопасности – антискользящее покрытие пола;
- для увеличения стандартной ширины сидения унитаза можно использовать специальные пластиковые накладки с ручками, выступом под спину.

В идеале ванная комната должна быть такой величины, чтобы коляска свободно могла развернуться вокруг своей оси.



Обустройство спальни комнаты

Спальное место оборудуется в соответствии с тяжестью проблем с двигательной функцией. Между стенами и кроватью должно быть достаточно места для проезда инвалидной коляски. Высота кровати должна соответствовать высоте сидения коляски, чтобы пациент мог самостоятельно лечь и сесть. Специальные поручни и стойка с мягкой петлей позволяют самому менять положение тела.

Ортопедический матрас и подушки поддерживают правильное положение тела, позволяют полноценно отдохнуть. Идеально, если кровать может менять положение изголовья, бедренной части и нижнего края. Современные модели медицинских кроватей оснащены подвижными боковыми ограждениями, регулируются по высоте, позволяют прикреплять капельницы, выполнять упражнения.

Но multifunctional спальное место стоит дорого и не всем доступно. Повысить комфорт и безопасность инвалида можно, используя недорогие подручные материалы, которые есть в любом строительном магазине.

Если пациент не может контролировать свои естественные отправления, то, кроме обычного постельного белья, нужна клеенка, одноразовые пеленки, памперсы. Простыни лучше приобрести или оснастить резинками, которые предотвратят сползание, образование заломов.

Особые требования предъявляются для организации кровати лежачих больных:

1. Высота должна быть такой, чтобы людям, ухаживающим за больным, не нужно было слишком низко наклоняться. Если кровать не регулируется, то сделать ложе выше можно с помощью брусков, подставленных под ее ножки, или использования двух матрасов достаточной жесткости.
2. Доступ к кровати должен быть со всех сторон, для облегчения смены белья, проведения гигиенических и лечебных процедур.
3. Кровать и вся мебель в спальне должны быть выполнены из экологичных материалов, позволяющих проводить ежедневную санобработку.

Кроме постели, сама спальня должна соответствовать ряду требований. Комната должна:

- быть достаточно просторной, светлой;
- проветриваться не менее 2 раза в день;
- иметь возможность регулировать освещение, дополнительный источник света должен располагаться в изголовье кровати;
- иметь установку климат-контроля – оптимальная температура воздуха + 21°C.

Для освещения лучше использовать лампочки, дающие теплый желтый свет. Также рекомендуют применять подсветку светодиодными лентами. Разноцветная подсветка улучшает настроение, снижает уровень стресса. Стены комнаты рекомендуется окрашивать в мягкие пастельные тона, но интерьер разнообразить небольшими яркими акцентами.



Планировка гардеробной или платяного шкафа

Возможность самостоятельно одеваться, также важна для психоэмоционального состояния пациента с ограниченными двигательными возможностями. Гардеробная с оборудованными доводчиками ящиками и лифтами, опускающими штангами с вешалками, облегчает выбор одежды на день или для отдыха. Но не у всех есть место для гардеробной комнаты. Стенные шкафы проще и дешевле переоборудовать для нужд колясочника.

Дверки могут быть раздвижными, что удобнее, чем распашные. У распашных ручки должны иметь D-образную форму, позволяющую открыть его даже при проблемах с координацией движений и слабости мышц пальцев.

Полки и ящики должны располагаться на высоте, доступной сидящему в коляске человеку. Чтобы достать одежду с вешалки, можно использовать длинную палку с V-образным наконечником. Специальная система, опускающая/поднимающая штангу, также стоит не дорого



HOSPICE

Сегодня во многих странах существует практика создания «безбарьерного жилья» – квартир и домов, оборудованных для нужд людей с ограниченными возможностями. В нашей стране пока такого жилья строится очень мало.

Для того чтобы приспособить обычную квартиру к комфортному проживанию колясочника необходимо обладать определенными знаниями и материальными средствами. Но это гарантирует больному независимость, улучшает качество жизни и психоэмоциональное состояние.

Пролежни появляются у 15-20% ослабленных, хронически болеющих людей, длительное время прикованных к постели. Они не только снижают качество жизни, удлиняют период госпитализации и приводят к физическим/моральным страданиям пациентов. Пролежни сопровождаются опасными осложнениями, вплоть до гнойного сепсиса и смерти пациента.



Причины развития пролежней

Пролежни – это хронические дефекты мягких тканей, вызванные локальной недостаточностью кровообращения (ишемии) и обусловленным этим процессом, некрозом (гибелью клеток). Основными факторами появления пролежней являются:

- продолжительное непрерывное давление;
- силы смещения тканей;
- трение, оказываемое на эпидермис;
- влажность, вызванная повышенным потоотделением, недержанием мочи и кала;
- ограниченная двигательная активность;
- недостаточное питание;
- избыточный/недостаточный вес.

Увеличивают риск развития пролежней хронические патологии:

- сахарный диабет;
- паркинсонизм;
- параплегия;
- анемия.

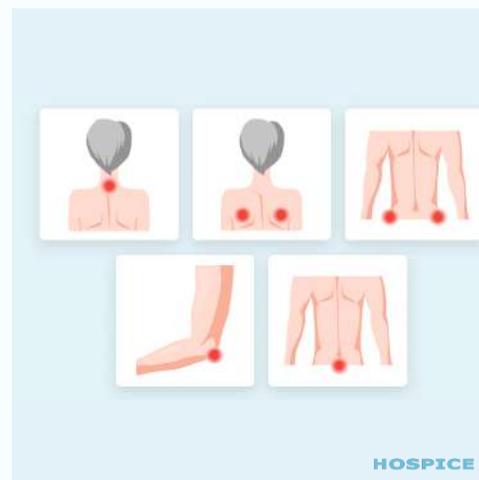
Установлено, что давление в 70 мм рт. ст. на ткани уже через 2 часа вызывает в них необратимые изменения. Но если менять положение тела каждые 5 мин., то изменения минимальные или совсем отсутствуют.



Разновидности пролежней

Существует множество разных классификаций пролежней. Но самым популярным является подразделение их на экзогенные (внешние) и эндогенные (внутренние). Первые образуются при длительном сдавлении мягких тканей. В свою очередь они делятся на:

- поверхностные;
- глубокие.



Поверхностные экзогенные пролежни обусловлены повреждениями кожи. Чаще всего они образуются в местах, где между кожей и костью нет мышечной ткани – в области:

- затылка;
- лопатки;
- бедер;
- локтей;
- копчика.

Глубокие пролежни заметить сложно, так как изменения происходят в глубоких слоях мягких тканей. Они обнаруживаются тогда, когда патологические изменения затрагивают эпидермис. Экзогенные пролежни вызывают:

- складки постельного белья и одежды;

- ортопедические аппараты, протезы, корсеты;
- гипсовые повязки, шины;
- тугие повязки.

Ошибки в наложении ортопедических пособий, бинтовании, неправильный подбор протезов, недостаточный уход за лежачими больными приводит к потертостям кожи, сдавлению тканей.

Внутренние пролежни развиваются в местах давления на ткани жестких дренажей, катетеров, которые длительное время находятся в органах и полостях тела. Кроме нарушений микроциркуляции, причиной эндогенных пролежней является аномалия иннервации. Такой тип пролежней характерен для пациентов с:

- переломами позвоночника;
- новообразованиями головного мозга;
- поражениями крупных нервных стволов.



Меры профилактики

При проведении несложных превентивных мероприятий в 80% случаев удается предотвратить образование пролежней.

Профилактические мероприятия включают:

- обнаружение риска развития пролежней;
- мониторинг состояния кожного покрова;
- устранение/уменьшение местного давления на ткани;
- обеспечение подвижности пациента;
- интенсивный уход за кожей;
- диетическое питание с высоким содержанием необходимых нутриентов и белков;
- соблюдение питьевого режима.

Чтобы установить, входит ли пациент в группу риска развития пролежней, оценивают ряд параметров:

- пол;
- возраст;
- тип кожи;
- мобильность пациента;
- питание;
- тяжелая сопутствующая патология;
- наличие/отсутствие недержания кала и/или мочи.

Если 1-2 пункта присутствуют, то необходимо начинать противопролежневые мероприятия.



Осмотр кожи и признаки ишемии

У тяжелых лежачих пациентов осмотр кожи, особенно в типичных для развития пролежней местах, проводить нужно ежедневно.

Признаками патологических процессов в тканях служат:

- очаги бледности или покраснения с четкими границами;
- отечность;
- снижение температуры очага.

Рекомендуется провести простой тест. Чтобы определить, есть ли нарушение циркуляции крови в этом месте, нужно нажать пальцем на подозрительный участок. Если покраснение не проходит, то можно заподозрить, что нарушена циркуляция в венах, и лимфатическая система в этой части уже повреждена.

При обнаружении первых признаков пролежней нужно снизить давление и менять положение тела каждые 2 часа. Для устранения

локальной компрессии используют:

- плотные валики;
- полые круги (кольца);
- подушечки с гранулированным наполнителем.

Равномерно распределить нагрузку на тело позволит ортопедический матрас для профилактики пролежней. Он имеет ячеистую или трубчатую структуру. Такой аксессуар укладывают на основной матрас. Выполнено изделие из пенополиуретана или полихлорвинила.

Так как переворачивать больного каждые 2 часа, включая ночное время, нереально, поэтому периодичность смены положения тела пациента рассчитывается индивидуально.



Обеспечение подвижности

Поскольку основным фактором появления пролежней является неподвижность, то для профилактики патологических нарушений необходимо поддерживать подвижность больного. Этого можно добиться с помощью массажа и пассивных упражнений (в случае неподвижности пациента) или специальных активных упражнений, которые ускоряют восстановление двигательной способности.



Интенсивный уход за кожей

Риск развития пролежней в пожилом и старческом возрасте гораздо выше, так как в стареющей коже:

- продукция сальных, потовых желез снижается;

- скорость клеточных метаболических процессов замедляется;
- снижается регенерация клеток;
- роговой слой, защищающий эпидермис от механических воздействий, истончается;
- кислотный баланс нарушается;
- отмечается значительное обезвоживание.

Возрастная кожа отличается сухостью, зудом, истонченностью, повышенной чувствительностью к различным внешним воздействиям. Такую кожу нельзя мыть обычным мылом, чтобы еще больше не высушивать ее. Подойдет мягкая пенка для мытья или лосьон. После очищения необходимо наносить защитные средства на жировой основе.

Чтобы предупредить образование пролежней, не следует не только пересушивать кожный покров, но и переувлажнять его. При потере влаги кератиновый слой разрушается, отшелушивается и обнажается дерма, которая более чувствительная и ранимая. При чрезмерном увлажнении роговой слой разбухает, и его защитная функция нарушается, повышается риск инфицирования.

Рекомендуется протирать кожу подогретым камфарным спиртом или мыльным раствором. Но при сухом типе эпидермиса эти средства использовать нельзя. Если целостность покровов не повреждена, то можно использовать массаж, тонирующие гели, кремы, жидкости.

Регулярно необходимо протирать места, на которых чаще всего образуются пролежни. Тщательно обрабатывать складки, область под молочными железами, животом, в паху и т.д.



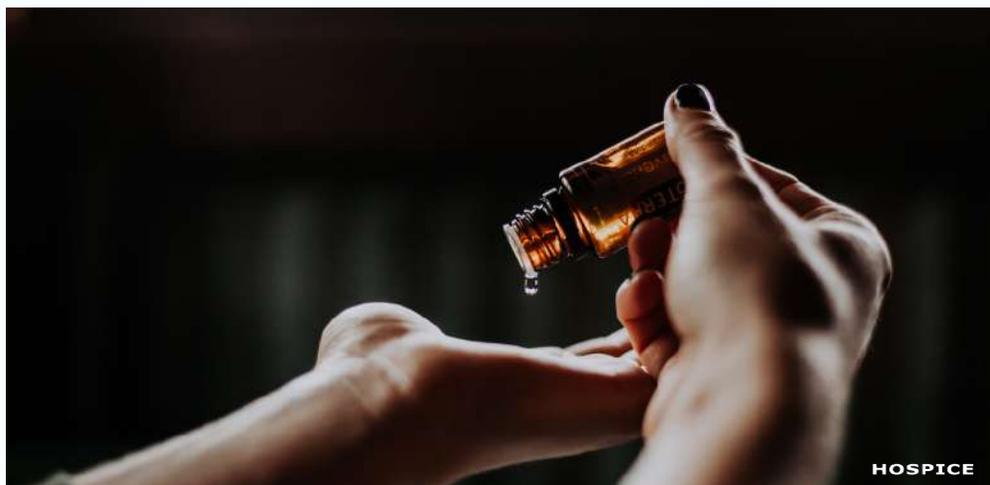
Способы лечения пролежней

Стратегия лечения пролежней зависит от стадии их развития и

включает 3 составляющие:

- устранение давления на ткани;
- местную терапию;
- лечение основной патологии.

При обнаружении области ишемии достаточно обрабатывать место камфарным спиртом, холодной водой.



На II стадии появляются пузырьки, заполненные жидкостью, которые сливаются. Верхняя часть эпидермиса слезает, образуя место сухого или влажного некроза. На этом этапе необходимо:

- предупредить проникновение в рану инфекции;
- активизировать кровообращение в зоне поражения;
- способствовать отторжению отмерших клеток тканей и очищению раны;
- стимулировать заживление.

Нельзя обрабатывать раны перекисью водорода, йодом. Они не только уничтожают нормальную микрофлору, но и обладают

цитотоксическими свойствами. Рекомендуется в качестве средства для промывания использовать физраствор. Для обработки также можно применять:

- Гексахлорофен;
- Хлоргексидин;
- Повидон-йод.



Эти средства изменяют проницаемость клеточной мембраны, что препятствует проникновению в них инфекции. После обработки место нужно тщательно промокнуть и нанести препарат, улучшающий микроциркуляцию, мази Актовегин и Бетадин.



У пациентов пожилого и старческого возраста пролежневые язвы лечат с помощью современных перевязочных средств – интерактивных и атравматических повязок. Атравматические повязки позволяют поддерживать в тканях нормальный уровень влаги, что гарантирует очищение раны и быстрое заживление. Они не

прилипают к ранам, поддерживают природный газообмен и оптимальный pH тканей. Рекомендуется использовать гидроколлоидную повязку Грануфлекс.

В случае сухого некроза поверхность раны покрыта болезненной коркой. Для ее растворения применяют гидроколлоидные гели, например, Гранугель. Через 2-3 нанесения корка размягчается, и рана очищается. Ее закрывают атравматической повязкой до полного заживления.

На третьей стадии назначают **комбинированное лечение** – медикаментозное и хирургическое. В стерильных условиях вскрывают пузыри, очищают рану, удаляют мертвые ткани.

После этого используют препараты, ускоряющие восстановление, заживление, улучшающие обменные процессы и микроциркуляцию. Например, разные фармацевтические формы **Актовегина** – растворы для внутривенных инъекций местные средства: крем, гель, мазь. Рану закрывают интерактивными повязками.



На IV ст. в ране видны кости и сухожилия. Самостоятельно такая рана не заживает, а при влажном некрозе язва быстро распространяется на участки, где развивается ишемия. Необходимо оперативное лечение с последующей пересадкой кожи. Для ускорения

заживления глубоких пролежневых язв назначают физиотерапию:

- УВЧ;
- электрофорез с антибиотиками;
- лазеротерапию;
- дарсонвализацию тканей, окружающих язву;
- электроакупунктуру и др.

Если через 2 недели глубина язвы не сократится на 30%, то назначают новую операцию.



При каких симптомах нужно вызвать врача?

Ежедневный осмотр кожи лежачего больного необходим, чтобы вовремя выявить пролежни, предупредить их развитие, инфицирование. Медицинская помощь необходима в случае, когда:

- область покраснения не уменьшается и не исчезает в течение 14 суток, не смотря на интенсивный уход;
- кожный покров вокруг области повреждения имеет признаки изменений – трещинки, потертости, складчатость, припухлость;
- обнаруживаются симптомы инфицирования – выделения из раны, припухлость, распространение пролежня, жалобы на боль, местное повышение температуры;
- отмечается лихорадка у пациента.

Если врач считает необходимым, пациента поместят в стационар. Возможно амбулаторное лечение.



Способы перемещения пациента

Часто причиной образования пролежней или их прогрессирования являются травмы тканей при перемещении больного. Поэтому делать это нужно правильно, соблюдая «золотые» правила:

1. Необходимо подготовить место для перемещения заранее – поставить на тормоз коляску, убрать все предметы, которые могут помешать (тапки, штатив, стул и т.д.).
2. Объяснить пациенту, что будет происходить, зачем его будут перемещать, что ему делать, чтобы помочь персоналу (ухаживающему). Это поможет избежать испуга.
3. Если пациента перемещают 2 человека, то необходимо договориться между собой, какие команды будут использованы, уточнить детали перемещения.

Чтобы не повредить себя, необходимо принимать правильные позы при перемещении пациента:

- крепко опереться на пол ногами, поставленными на ширину плеч вдоль оси перемещения;
- при наклоне вперед нужно согнуть ноги в коленях;
- спина должна быть выпрямлена;
- нельзя скручивать спину.

Если больной сохраняет подвижность, хотя бы частичную, необходимо задействовать его.



Пересаживание на стул или в инвалидное кресло с кровати

Во время пересаживания с кровати, например, на стул либо кресло/коляску необходимо, чтобы их высота была одинаковая. Человека одевают, подготавливают тапочки и подвигают близко к кровати кресло.

1. Больной садится на кровати и ставит на пол ноги.
2. Кресло поворачивают по диагонали к краю кровати (должна быть неподвижна или стоять на тормозе) с наиболее сильной стороны пациента.
3. Затем прибирают подлокотник с той стороны, где будет посадка, и подножку.
4. Ставят его на тормоз.
5. Человек одной рукой упирается в кровать, а другой захватывает в кресле подлокотник.
6. Пациент потихоньку встает и аккуратно спиной поворачивается к сиденью.
7. Присаживается осторожно на него. Сиделка или ухаживающий страхует человека.

При пересаживании с кресла/коляски на кровать все этапы выполняют в обратном порядке.

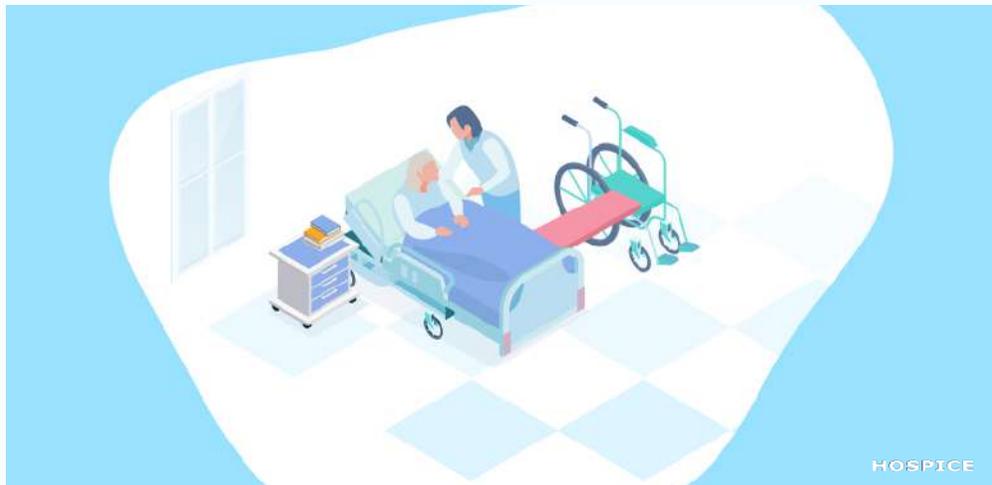


Как использовать доску для перемещения?

Данный процесс также выполняется поэтапно:

1. Человека на кровати усаживают. Ноги не опускают на пол.
2. Вплотную подкатывают инвалидную коляску либо кресло, подлокотник убирают с предполагаемого места посадки.

3. Кресло устанавливают боком, доску кладут одним краем на сиденье, а вторым на кровать, подсовывая его под ягодицы.



4. Помощник подходит к пациенту со спины и обхватывает его за область талии.
5. Человек одной рукой опирается на кровать, а второй на доску.
6. Передвигая руки, с участием сиделки перемещается по поверхности доски на сиденье.
7. Ноги пациента ставят на подножку. Доску вытаскивают и опускают подлокотник.
8. С помощью доски пациента можно переместить обратно, выполняя процедуру в обратном порядке.



Как сиделка помогает переместиться?

В том случае, если человек слишком слаб и не в состоянии сам руками опираться, приподняться ему помогает сиделка-помощница. Как только коляска будет установлена и поставлена на тормоз, сиделке необходимо выполнить следующие действия:

1. Из положения лежа больного поднимают, одной рукой поддерживают за спину, а второй под бедрами.

2. Просят пациента обхватить за плечи либо талию.
3. Ухаживающий сгибает в коленях ноги, выпрямляет спину, перемещая пациента к краю кровати.
4. Человек сидит на краю, упираясь ногами в пол, ухаживающий располагается лицом на минимальном расстоянии.
5. Больной продолжает держать ухаживающего за талию, а он его под руками за спину.
6. Приподнимает пациента с кровати и усаживает в кресло.

Каждое движение помощник должен проговаривать пациенту, чтобы подготовить его и согласовать движения.

Правила и способы поддержания гигиены лежачи больных

Лежачий пациент полностью зависит от ответственности и профессионализма персонала. В домашних условиях за больным ухаживают близкие и члены семьи, поэтому они должны знать, как правильно это делать.



Требования к ухаживающему

Близкие, ухаживающие за тяжелобольным членом семьи, прикованным к постели, должны соблюдать определенные правила:

- быть тактичным, не сообщать печальные известия из жизни хороших знакомых, семьи;
- не говорить об осложнениях заболевания, не обсуждать диагноз, негативные перспективы;
- быть доброжелательным, терпеливым, милосердным.

Больной человек испытывает депрессивное или тревожно-депрессивное состояние из-за своей болезни. Он обостренно реагирует на любую негативную информацию, поэтому следует воздержаться от любых высказываний, информации, способных огорчить пациента.

Длительная болезнь, немощность приводят к изменениям в характере человека и его поведения. Больной становится капризным, замкнутым, раздражительным, истеричным и даже агрессивным.

Тем, кто за ним ухаживает необходимо понимать, что виноват не больной, а его болезнь. Поэтому нужно относиться к нему терпеливо, с теплотой, пониманием, сочувствием. Нельзя показывать свои негативные эмоции, следует ободрять, поддерживать человека,

побуждать выполнять его посильные действия.

Ухаживающий должен подавать пример не только позитивного настроения, оптимизма, хорошего настроения, но и опрятности, соблюдения личной гигиены. Руки должны быть чистыми, с короткими ногтями, без яркого маникюра и лишних украшений.

Одежда опрятная, чистая. Она должна хорошо стираться. Для защиты можно использовать фартук. Обувь нужно подбирать удобную, с нескользящей подошвой и без каблуков, чтобы не издавать шум, который может потревожить пациента.

Если больному назначены медицинские процедуры, ухаживающий должен записать все рекомендации и тщательно их соблюдать. Всегда нужно интересоваться желаниями больного, прислушиваться к его потребностям, жалобам, своевременно выполнять его просьбы.



Подготовка спального места

Лежачий больной большую часть времени находится в кровати. Поэтому важно создать ему комфортные условия:

1. Выбрать многофункциональную кровать, облегчающую пребывание в ней пациента и снижающую риск развития осложнений, обусловленных неподвижностью.
2. Использовать ортопедический матрас и ортопедические подушки для медицинских целей – специальные постельные принадлежности, имеющие свойства памяти, противопролежневые функции и водонепроницаемый съемный чехол.



3. Постельное белье из натуральной ткани должно быть мягким, легко стираться. Простыни с резинками надежно закрепляются на матрасе, предупреждая сползание, образование заломов, складок. Наволочки не должны иметь пуговиц, застежек, вызывающих давление на кожу.
4. Одеяло должно быть легким, теплым, но не жарким, с натуральной набивкой, обеспечивающей воздухопроницаемость.
5. Иметь в наличии специальные валики, кольца, подушки для подкладывания под разные части тела при появлении пролежней.



Если матрас не имеет специального защитного чехла, то необходима клеенка и одноразовая пеленка для защиты от протекания мочи.

Кровать должна иметь свободный доступ со всех сторон, чтобы ухаживающий смог подойти к больному для проведения гигиенических процедур, кормления, смены белья, медицинских манипуляций. Необходимо соблюдать высоту кровати, чтобы облегчить уход, не наклоняясь слишком низко, и легко проводить уборку помещения. Рекомендуемая высота кровати составляет 60 см.

Для лежачих больных разработаны медицинские кровати с разным количеством подвижных секций. Самый простой вариант –

двухсекционный. Есть 3 и 4 секционные для комфорта пациента, профилактики варикоза, сердечно-сосудистых и легочных осложнений, кормления, изменения положения (переворачивания) больного. Некоторые кровати имеют встроенное (выдвижное) судно.



Отдельно можно приобрести устройства для модернизации обычной кровати – подголовники, столики, боковые ограждения, приспособления для подтягивания, крепления капельницы и т.д.



Правила при перестилании постели

Ухаживающий должен знать и соблюдать правила, предупреждающие инфицирование лежачего больного при замене его комплекта белья:

1. Нельзя взбивать, трясти спальные принадлежности в комнате пациента.
2. Не рекомендуется контактировать с грязными предметами без защитных средств – фартука, халата, перчаток. Они могут быть загрязнены инфицированными биологическими жидкостями – кровью, мочой, калом, сукровицей, гноем.

3. Для транспортировки, сбора, хранения белья до стирки нужно использовать пластиковые корзины, мешки, ведра с крышкой.
4. Необходимо обеспечить подход к кровати со всех сторон, чтобы не перегибаться через больного и облегчить манипуляции.
5. Необходимо придерживаться правил асептики – тщательно мыть руки перед и после манипуляций, ополоснуть лицо, прополоскать нос и горло. Чтобы не менять одежду после процедуры, следует надевать халат, который легко снять и постирать.

Помещение после перестилания постели нужно проветрить и провести влажную уборку. Медицинские кровати для лежачих пациентов выполняются из материалов, выдерживающих частую санобработку агрессивными дезсредствами.

1
2
3

Порядок перемены постельного белья

Алгоритм включает 3 этапа:

- подготовка;
- процедура;
- завершение манипуляций.

На подготовительном этапе необходимо:

- уведомить больного о проведении процедуры;
- если пациент сохранил частичную подвижность, то нужно обсудить с ним помощь ухаживающему;
- приготовить чистый комплект постельных принадлежностей;
- подготовить емкости для грязных вещей;
- помыть руки и надеть перчатки.

Сама процедура включает следующие действия:

- поинтересоваться самочувствием пациента;
- осторожно убрать одну подушку и снять с нее наволочку;
- грязную вещь поместить в контейнер или мешок;
- надеть чистую наволочку на подушку;
- снять одеяло и удалить пододеяльник;
- пододеяльником укрыть пациента и надеть на одеяло чистый;
- снять грязный с больного и укрыть его одеялом;
- грязный пододеяльник убрать в контейнер;
- простынь менять продольным или поперечным способом, скатывая ее в валик (способ выбирают в зависимости от подвижности пациента)
- использованную простынь поместить в емкость для грязного белья.

В завершении манипуляций:

- поправляют постель, придают пациенту удобную позу;
- проверяют самочувствие пациента;
- снимают перчатки;
- моют руки.

При замене простыни на нее кладут клеенку и одноразовую пеленку.

Продольный способ замены простыни применяют, если больной может переворачиваться на бок самостоятельно или с помощью ухаживающего человека. Полотнище скатывают валиком вдоль на 2/3 ширины. Больного укладывают на бок лицом от ухаживающего.

Несвежее полотно скатывают валиком до спины пациента. А у чистого свободный край заправляют под матрас и раскатывают до пациента. Осторожно переворачивают его через валики на чистое место. Скатывают и убирают использованный аксессуар и раскатывают на его место чистое белье. Края тщательно заправляют

под матрас, расправляют складки и укладывают пациента в удобную позу. Подкладывают под голову подушку и укрывают одеялом.

При продольном способе простыню скатывают валиком вдоль. Верхний ее край извлекают из-под матраса в изголовье и скатывают, поднимая плечи, спину пациента. Одновременно раскатывают свежую. Затем приподнимают таз и конечности, продолжая замену. Оправляют постель. Укладывают больного удобно и укрывают одеялом.



После всех манипуляций необходимо протереть пыль с тумбочки или прикроватного столика, вымыть пол, проветрить комнату. Постель меняют по мере загрязнения, но не реже 1 раза в 6-7 дней. Часто смена постельного белья сочетается с мытьем пациента. Делать это лучше перед тем, как постелить свежий комплект.



Поддержание гигиены тела

Личная гигиена лежачего больного – важный этап терапии и профилактики осложнений. Из-за патологии иммунная защита ослабевает, нарушаются природные барьеры, в том числе

эпидермальный. Это повышает риск дерматозов, грибковых поражений, пролежней. Поэтому:

- мыть все тело и голову необходимо не реже 1 раза/нед.;
- ухаживать за ротовой полостью и зубами – 2 раза/сут;
- лицо, руки – после сна и еды;
- нижние конечности – 2-3 раза/нед;
- промежность и анус – 1 раз/сут. (утром) или по мере надобности.

Чтобы не нарушить состояние кожного покрова, необходимо использовать моющие средства с $pH=5,5$. Они должны быть мягкими, без отдушек, красителей и не содержать бактерицидных добавок. Мыло не должно оставлять нерастворимый налет, который усиливает раздражение кожи.

Для мытья подходит специальное крем-мыло или моющий крем. Для частых процедур его можно чередовать с несмываемым лосьоном или очищающей пенкой.



Также можно использовать влажные салфетки.

Но полностью заменить мытье этими средствами нельзя, так как теплая вода, мягкая губка или рукавичка:

- тонизируют кожу;
- удаляют ороговевшие клетки;
- стимулируют микроциркуляцию.

Мыть больного нужно водой температурой $+30...+35^{\circ}C$, а температура в помещении не должна быть ниже $+24...+25^{\circ}C$. Каждую часть тела моют отдельно, чтобы не простудить пациента. Если есть возможность, то больного переносят в ванну и моют его там.

Верхнюю часть туловища больного приподнимают и подкладывают валик из подушки, покрывала под плечи. Можно приобрести специальную подушку в форме «косточки».



Матрас закрывают непромокаемой простыней. Чтобы жидкость не попала в слуховой проход, его закладывают ватным шариком.

Волосы опускают в тазик с теплой водой, смачивают их и вспенивают шампунь. Тщательно промывают пряди, вытирают полотенцем. Голову сушат феном или покрывают платком. Если пациент прикован к кровати длительное время, то прическу лучше сделать короче, чтобы упростить уход.



Интимная гигиена

Для мытья половых органов, области ануса и паховых складок используют:

- жидкое средство для интимной гигиены;
- глубокое судно, объемом ≥ 3 л;
- салфетку из натуральной ткани или мягкую губку;
- емкость с теплой водой;
- медицинские перчатки;
- гигроскопичную салфетку или полотенце;
- крем от опрелостей или присыпку.

Пациента укладывают на спину, под таз подкладывают клеенку и пеленку. На них ставят судно. Ткань или губку смачивают водой, вспенивают моющее средство и бережно наносят пену на половые органы, область промежности и ануса.

Тщательно смыть средство. Промокнуть воду в том же порядке. Тщательно просушить кожу в складках и обработать средством от опрелостей. Убрать судно и клеенку. Укрыть пациента. Процедуры необходимо выполнять в перчатках.



Особенности принятия ванны

Ванная комната людей с ограниченной подвижностью должна быть безопасной. Ее оснащают:

- поручнями на стенке для обеспечения опоры при посадке в ванну;



- ручками по краям ванны, для облегчения посадки и вставания;
- нескользящими напольными ковриками и вкладышами в ванну;
- накладным сиденьем или стулом;



- лесенкой для подъема к бортику и т.д.

Все эти приспособления позволяют пациенту самому принимать ванну. При выраженной мышечной слабости, нарушении координации движений, параличе конечностей банные процедуры помогают принять ухаживающие члены семьи.

Оглавление

Питание и распорядок дня 2

Особенности составления рациона	2
Как повысить аппетит?	3
Техника кормления лежачего больного	5
Правила составления рациона	8
Режим дня	9

Осложнения у лежачих больных и методы их профилактики 12

Сосудистые осложнения	12
Осложнения со стороны ЖКТ	14
Осложнения костно-мышечной системы	16
Нарушения функции мочевыделения	19
Изменения нервной системы и психики	20

Уход за лежачим больным в домашних условиях 23

Организация жилого пространства	23
Переустройство кухни	24
Обустройство ванной комнаты	27
Обустройство спальни комнаты	28
Планировка гардеробной или плательного шкафа	30

Пролежни: профилактика и лечение **32**

Причины развития пролежней	32
Разновидности пролежней	33
Меры профилактики	34
Осмотр кожи и признаки ишемии	35
Обеспечение подвижности	36
Интенсивный уход за кожей	36
Способы лечения пролежней	37
При каких симптомах нужно вызвать врача?	41
Способы перемещения пациента	42
Пересаживание на стул или в инвалидное кресло с кровати	43
Как использовать доску для перемещения?	43
Как сиделка помогает переместиться?	44

Правила и способы поддержания гигиены лежачих больных **46**

Требования к ухаживающему	46
Подготовка спального места	47
Правила при перестилании постели	49
Порядок перемены постельного белья	50
Поддержание гигиены тела	52
Интимная гигиена	54
Особенности принятия ванны	55