

Домашний уход за людьми с дефицитом самообслуживания

Российский Красный Крест
Санкт-Петербургское отделение
Служба милосердия

Основные показатели жизнедеятельности организма

О состоянии здоровья любого человека можно судить не только по субъективным признакам самочувствия, но и по **основным показателям здоровья:**

- температура тела
- артериальное давление
- уровень кислорода в крови (сатурация)

Очень важно держать эти показатели под контролем, замерять ежедневно (несколько раз в день) и вести дневник наблюдения

Объем постороннего вмешательства по удовлетворению нарушенных потребностей подопечного зависит от его физического и психического статуса.

Уход за тяжелобольным - это, прежде всего, уход, который сочетается с заботой о человеке. Искусство ухода и заключается в том, чтобы ухаживать за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями.

Больной человек часто нуждается в помощи при осуществлении личной гигиены: умывании, бритье, уходе за волосами, ногтями, подмывании, приеме ванны, а также при осуществлении продуктов жизнедеятельности. В этой части ухода руки ухаживающего становятся руками подопечного. Но, помогая, нужно максимально стремиться к его самостоятельности и поощрять это желание.

Виды и основные принципы ухода

Общий уход позволяет обслуживать пациентов независимо от вида и характера заболевания.

Специальный уход позволяет обслуживать пациентов определённого типа патологии (больные неврологического, гинекологического, стоматологического профилей и тд)

Основные принципы ухода:

- информированность - согласие подопечного на процедуры
- конфиденциальность - информированность без огласки
- индивидуальность - персональный подход
- безопасность - инфекционная и физическая
- тактичность - умение владеть собой
- независимость - побуждение пациента к самоуходу
- адекватный уход - успех лечения и адаптация к новому образу жизни

Важно! Правильный уход за тяжелобольными пациентами - кратчайший путь выздоровления

Технические средства реабилитации

Оценка положения пациента в постели

Активное положение - это положение, при котором пациент самостоятельно может двигаться, переворачиваться в постели, садиться

Пассивное положение - это положение, при котором пациент не может самостоятельно двигаться, не может поменять позу

Вынужденное положение - это положение для облегчения состояния.



Мобильность - основная потребность человека, элемент свободы и независимости.

Обездвиженность ведет к нарушению функционирования всех органов и систем организма

- уменьшению экскурсии легких при акте дыхания
- образованию пролежней
- скоплению мочи,
- образованию камней в почках и инфицированию
- запорам
- бессоннице
- депрессии

Помощь пациенту с ограниченной мобильностью в пределах кровати

Безопасность пациента

Безопасность пациента — правильное размещение его в постели, перемещение и транспортировка.



Опасность травматизма для пациента

Факторы риска:

- возраст (старше 65 лет);
 - нарушения зрения;
 - расстройство походки
- дезориентирование,
спутанность сознания;
- медикаментозное лечение (транквилизаторы, седативные, снотворные препараты)

Профилактика падения:

- функциональная кровать с боковыми ограждениями и тормозом;
- средства связи с медицинской сестрой;
 - ночное освещение;
 - своевременность выполнения гигиенических процедур;
 - помощь при перемещении;

Измерение температуры тела

Термометрия - это измерение температуры тела и регистрация результатов измерения в температурном листе. Термометрия проводится не реже 2 раз в день (утром натощак с 7 до 9 ч и вечером перед ужином с 17 до 19).

Физиологическая температурная норма температуры тела человека составляет $36,6 - 37,2^{\circ}\text{C}$. Критическая температура тела считается $42,0^{\circ}\text{C}$, так как именно при данной температуре нарушается обмен веществ в тканях мозга.

Важно! В ротовой полости и в прямой кишке температура выше чем в подмышечной впадине

Различают следующие виды термометров:

Бесконтактный термометр;

Термометр соска;

Цифровой медицинский;

Термометр без ртутный;

Термометр-полоска;

Термометр инфракрасный бесконтактный.



Бесконтактный термометр



Термометр-соска



Цифровой медицинский термометр



Термометр медицинский без ртутный



Термометр-полоска



Термометр инфракрасный цифровой бесконтактный

Измерение артериального давления

Артериальное давление - это давление крови в крупных артериях человека. Различают два показателя артериального давления:

систолическое (верхнее) артериальное давление (СД) - это уровень давления крови в момент максимального сокращения сердца, равняется 100-130 мм рт.ст.

диастолическое (нижнее) артериальное давление (ДД) - это уровень давления крови в момент максимального расслабления сердца, равняется 50-89 мм рт.ст.

Пульсовое давление - разница между систолическим и диастолическим давлением (в норме составляет 40-50 и до 60 мм рт. ст. у пожилых людей)

Повышение артериального давления выше нормы называется - **артериальной гипертензией (АД 140/100 мм.рт.ст.)**, понижение ниже нормы - **артериальной гипотензией (АД 90/59 мм.рт.ст.)**.

Запомните! Измерение АД выполняется не менее 2-х раз с интервалом в 1-2 минуты. Верхнее и нижнее значение могут колебаться в пределах 5-10 делений в ту или иную сторону.

Однако при регулярном превышении таких отклонений, повышается риск развития артериальной гипертензии и ее осложнений: инфаркта, инсульта, нефросклероза и т. д.

Важно! Перед началом измерения убедитесь в том, что в манжете отсутствует весь остаточный воздух.



Измерение артериального давления



механический

полуавтоматический

автоматические

Тонометры для измерения артериального давления можно разделить на три вида:

- полностью механические
- полуавтоматические
- Автоматические

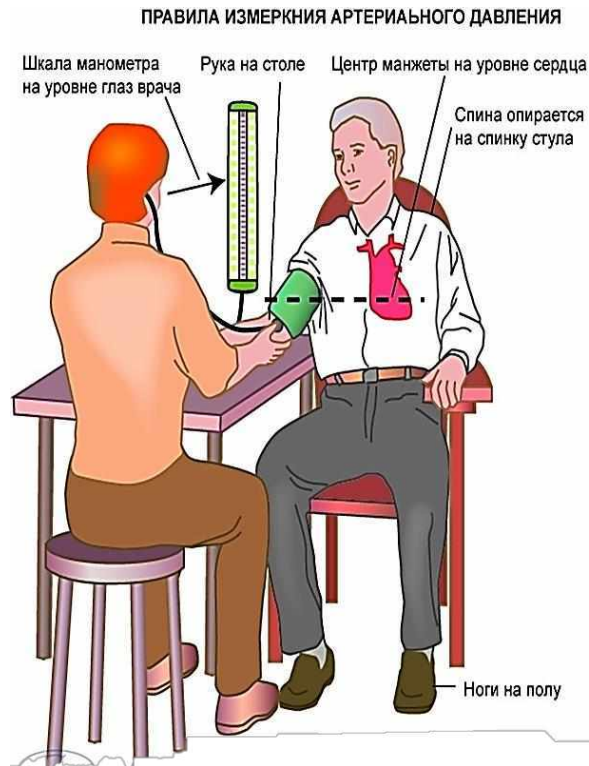
Для получения точных результатов измерения также важна методика оборачивания манжеты. Слишком свободное оборачивание приведет к ложно-завышенным результатам. Оборачивать манжету вокруг конечности следует так, чтобы пациент не чувствовал дискомфорта, оставляя лишь небольшое пространство, таким образом, чтобы между манжетой и поверхностью кожи можно было поместить только один палец

Измерение артериального давления

АД измеряется в положении «сидя», «лежа», «стоя», однако во всех случаях необходимо обеспечить положение руки, при котором середина манжеты находится на уровне сердца. На уровне 4-го межреберья в положении «сидя» и на уровне подмышечной линии в положении «лежа».

Правила измерения

1. Отдых перед измерением не менее 5 мин.
2. Исключить прием кофе и курение за 1 ч до измерения.
3. Подбор манжетки с учетом окружности плеча пациента.
4. Полная опора предплечья на горизонтальную поверхность.
5. Нескрещенные ноги.
6. Середина баллона манжеты на уровне сердца пациента.
7. Молчание.



Измерение артериального давления

Артериальное давление (категория)	Верхнее артериальное давление (мм. рт. ст.)	Нижнее артериальное давление (мм. рт. ст.)
Гипотония (пониженное)	ниже 100	ниже 60
Оптимальное давление	100–119	60–79
Нормальное давление	120–129	80–84
Высокое нормальное давление	130–139	85–89
Умеренная гипертензия (повышенное)	140–159	90–99
Гипертензия средней тяжести	160–179	100–109
Тяжелая гипертензия	более 180	более 110

Измерение артериального давления

Поведение при гипертоническом кризе:

1. С помощью третьего лица (при возможности) срочно вызываем врача
2. Укладываем пациента в удобное для такой болезни положение: голову приподнимают дополнительной подушкой, ноги при этом должны быть опущены
3. Подошвы ног и голени закрывают теплым одеялом, можно приложить грелку или горчичники к икроножным мышцам
4. Обеспечим доступ свежего воздуха (открыть окно, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду)
5. Если у пациента появилось носовое кровотечение, его надо успокоить, так как это хороший знак
6. Измерить АД, подсчитать пульс. Обеспечить физический и эмоциональный покой.
7. До приезда врача нужно контролировать давление больного и дать таблетку для его снижения (тот препарат, который им употребляется постоянно). Для купирования криза, нужно, чтобы в течение часа давление снизилось не более чем на 30 мм. рт. ст. в сравнении с первоначальным
8. Контроль артериального давления, пульса через 20 минут. Резко снижать давление при гипертоническом кризе нельзя (может наступить коллапс).

Гипертонический криз - возникает из-за резкого повышения артериального давления и эти показатели очень индивидуальны. Для кого-то 160/100 мм рт. ст. — «привычные цифры», а для другого - 140/90 мм. рт. ст. - тяжелейший криз!

Важно! Гипертонический криз всегда сопровождается значительным ухудшением самочувствия и требует снижения давления!

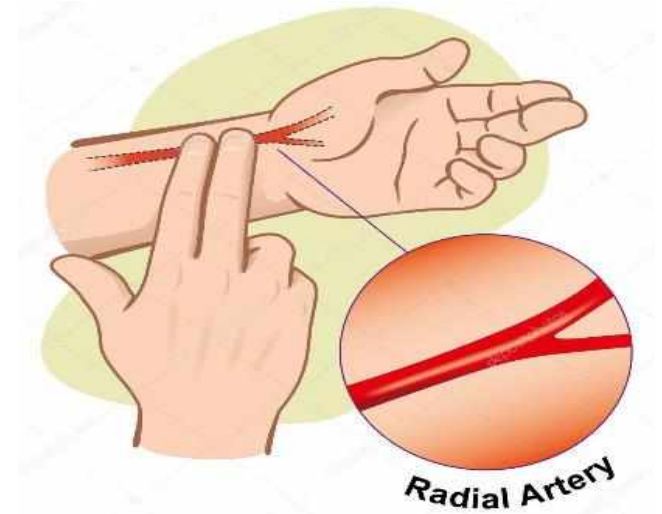
Определение пульса

Пульс - величина непостоянная, может увеличиваться и уменьшаться в зависимости от состояния организма:

- **средний** - умеренной частоты - 60-90 уд./мин
- **брадикардия** - частота сокращений менее 60 ударов в минуту (редкий пульс)
- **тахикардия** - частота сокращений предсердий и желудочков более 89 ударов в минуту (частый пульс)

Артериальный пульс может быть центральным (на аорте, сонных артериях) или периферическим (на лучевой артерии, тыльной артерии стопы и т. п.)

Лучевой пульс проверяется тремя пальцами: указательным, средним и безымянным. Поместите три пальца на запястье, на радиальной артерии, на одной линии с очень небольшим промежутком между собой. Слегка надавите немного ниже лучевой кости (пястной кости) и ощутите точки пульса. Каждый палец должен отчетливо чувствовать пульсовую волну. Затем немного уменьшите давление пальцев, чтобы почувствовать различные движения пульса.



Определение сатурации и пульса

1. Объяснить цель и ход процедуры
2. Включить пульсоксиметр, подождать несколько секунд, пока он завершит самотестирование
3. Закрепить датчик на пальце так, чтобы фиксация была надежной, но отсутствовало излишнее давление
4. Подождать 5-20 секунд пока пульсоксиметр выведет на дисплей данные по сатурации и пульсу:
 - норма - 95% и более
 - 1 степень - 90-94%
 - 2 степень - данные менее 75%
 - гипоксемическая кома - менее 60%
5. Записать показатель сатурации и пульса и сообщить лечащему врачу (при необходимости)

Важно! Перед тем как применять пульсоксиметр, нужно проверить уровень зарядки батарей. Если уровень заряда низкий, необходимо его зарядить

Пульсоксиметрия



Количество растворенного в крови кислорода выраженное в процентом соотношении. Не менее 95%

Пульс. Частота сердечных сокращений в минуту. - 60-80 ударов.



Определение дыхания

Дыхание - основной жизненный процесс, обеспечивающий непрерывное поступление в организм кислорода и выделение углекислоты и водяных паров.

Частота дыхательных движений в 1 минуту у здорового взрослого человека от 16 - 20 в минуту. У женщин на 2-4 движения чаще. У спортсменов ЧДД от 6-10 в минуту. В положении стоя ЧДД чаще, чем в положение лежа.

Под глубиной дыхания понимают разницу между объемом легких при вдохе и выдохе.

Различают дыхание поверхностное- дыхание может быть неслышным на расстоянии или слегка слышным. Оно часто сочетается с патологическим учащением дыхания, и **глубокое дыхание**, слышимое на расстоянии, чаще всего связано с патологическим урежением дыхания.

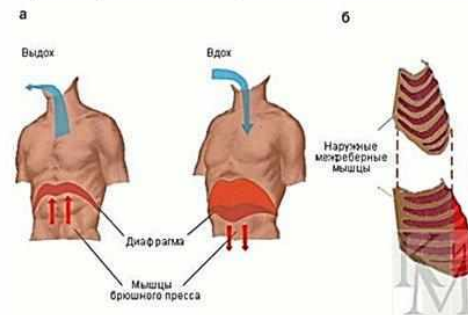
Ритмичное - одинаковые по глубине и частоте дыхательные движения.

Аритмичное - при тяжелых нарушениях функций дыхательного центра.

Важно! Наблюдение за дыханием следует проводить незаметно для пациента, так как он может произвольно изменить частоту, ритм, глубину дыхания.

Типы внешнего дыхания:

- У мужчин брюшной тип дыхания, дышат за счёт сокращения диафрагмы.
- У женщин грудной, дышат за счёт сокращения межрёберных мышц.



Определение дыхания

Изменения глубины и частоты дыхания

Брадипноэ — это редкое дыхание, может наблюдаться:

- при повышенном артериальном давлении
- при гипероксии - (кислородное отравление)

Полупноэ — частое поверхностное дыхание, может наблюдаться:

- при лихорадке,
- при функциональных нарушениях центральной нервной системы (истерия),
- при поражении легких (ателектаз, пневмония, застойные явления)
- при боли, возникающей в областях тела, участвующих в дыхательном акте (грудная клетка, брюшная стенка, плевра). Боль приводит к ограничению глубины дыхания и увеличению его частоты (щадящее дыхание).

Апноэ - дословно переводится как отсутствие дыхания, но обычно этим словом обозначают временную остановку дыхания.

Одышка (диспноэ) - субъективное ощущение затрудненного дыхания. Объективными признаками одышки является изменение глубины, ритм дыхания.



Определение дыхания

Наиболее распространены 8 формулировок одышки

1. Стеснение в грудной клетке (чаще всего у больных бронхиальной астмой)
2. Ощущение чрезмерного дыхательного усилия (при ХОЗЛ, интерстициальных болезнях легких, патологии нейромышечного аппарата и грудной клетки)
3. Учащенное дыхание (характерно для застойной сердечной недостаточности, интерстициальных болезней легких)
4. Тяжелое дыхание (описывается при бронхиальной астме)
5. Нехватка воздуха (наблюдается при ХОЗЛ, застойной сердечной недостаточности)
6. Удушье (при бронхиальной астме, застойной сердечной недостаточности)
7. Неполный выдох (чаще присущ пациентам с бронхиальной астмой)
8. Поверхностное дыхание (фиксируется при интерстициальных болезнях легких, патологии нервно-мышечного аппарата)



Личная гигиена

Личная гигиена - это меры, направленные на соблюдение чистоты тела и на тщательный уход за ним, и, тем самым, на сохранение и укрепление здоровья человека.

- **Ухаживающие** должны уметь оценивать возможные осложнения при осуществлении гигиенического ухода за тяжелобольным пациентом
- знать профилактические аспекты возможных осложнений
- развивать аккуратность, четкость и внимание при выполнении манипуляций
- воспитывать в себе ответственное отношение к своим обязанностям,
- аккуратность, терпение и такт при общении с подопечными различных возрастных групп
- милосердие и сострадание

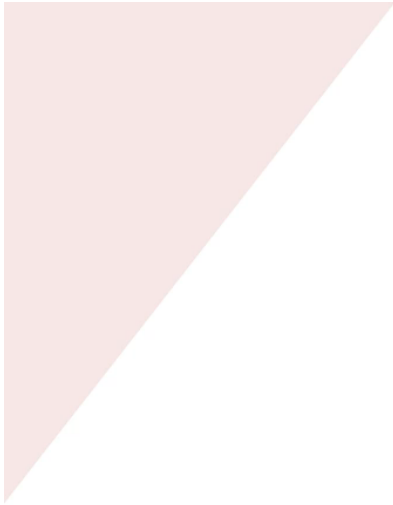
Цель ухода - максимальное создание безопасности (предупреждение травм у подопечного, как физических, так и психологических) и конфиденциальности (не разглашение тайн)

Важно! При тяжелом состоянии мероприятия личной гигиены подопечного выполняются в полной мере.



Личная гигиена

Смена постельного белья



Личная гигиена

Утренний туалет глаз, носа, ушей



Показания:

1. Тяжелое состояние больного
2. Невозможность самоухода
3. Проводится ежедневно.

Внимание! Не рекомендуется вводить турунду глубоко в ушную раковину и носовой ход, так как можно причинить боль и повредить слизистую носа или тонкие перегородки.

Личная гигиена

Уход за глазами, ушами и носом лежачего больного



Личная гигиена

Уход за полостью рта

Перед любой процедурой нужно сообщать цель манипуляции, возможные ощущения (ожидаемые или неприятные), как вести себя, возможные варианты участия в проведении процедуры самого подопечного.

Периодичность процедур по личной гигиене

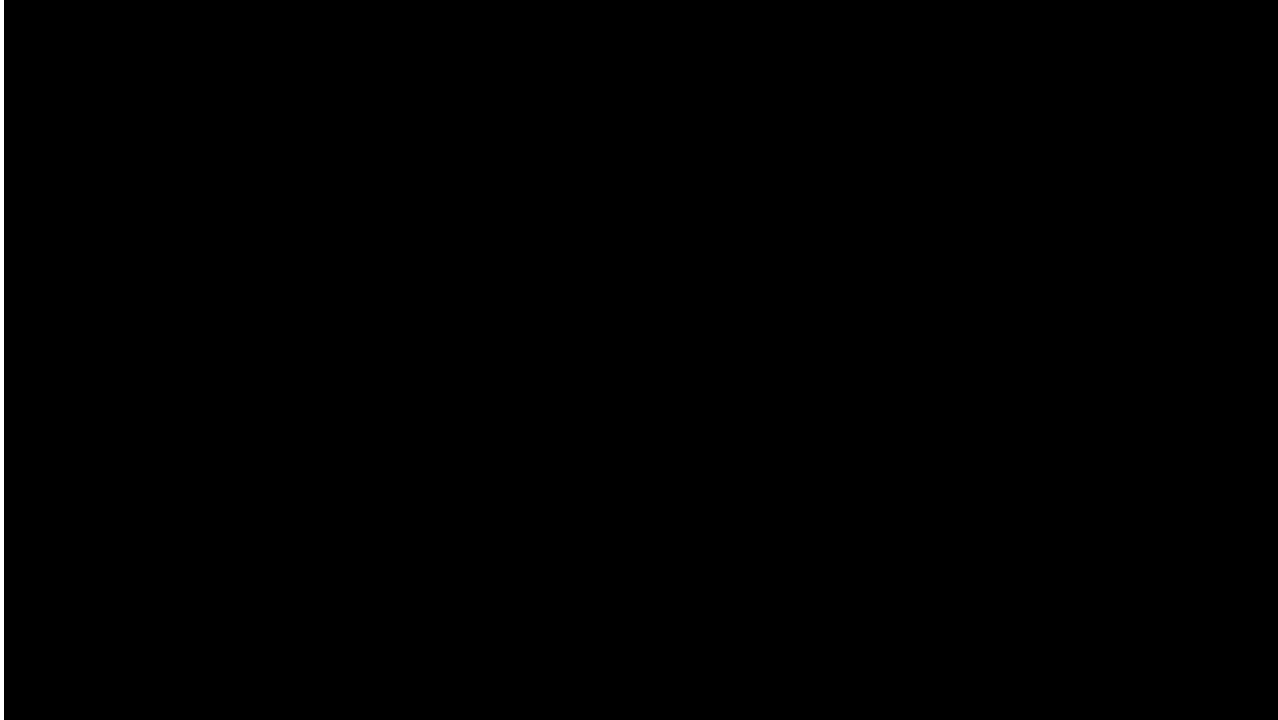
- Умывать лицо не реже 2-х раз в день - утром и вечером
- Мытье головы, душ или ванна (если возможно) - 1 раз в неделю
- Влажное обтирание кожи - ежедневно не реже 3-х раз в день
- Мытье рук - перед каждым приемом пищи
- Мытье ног - не реже 1 раза в 3 дня
- Постельное и нательное белье у тяжелобольного меняется сразу по мере его загрязнения, или не реже 1 раза в 3 дня.

Важно! Уход за кожей обеспечивает ее очистку, стимуляцию кровообращения, гигиенический и эмоциональный комфорт.



Личная гигиена

Уход за полостью рта



Личная гигиена

Мытье головы



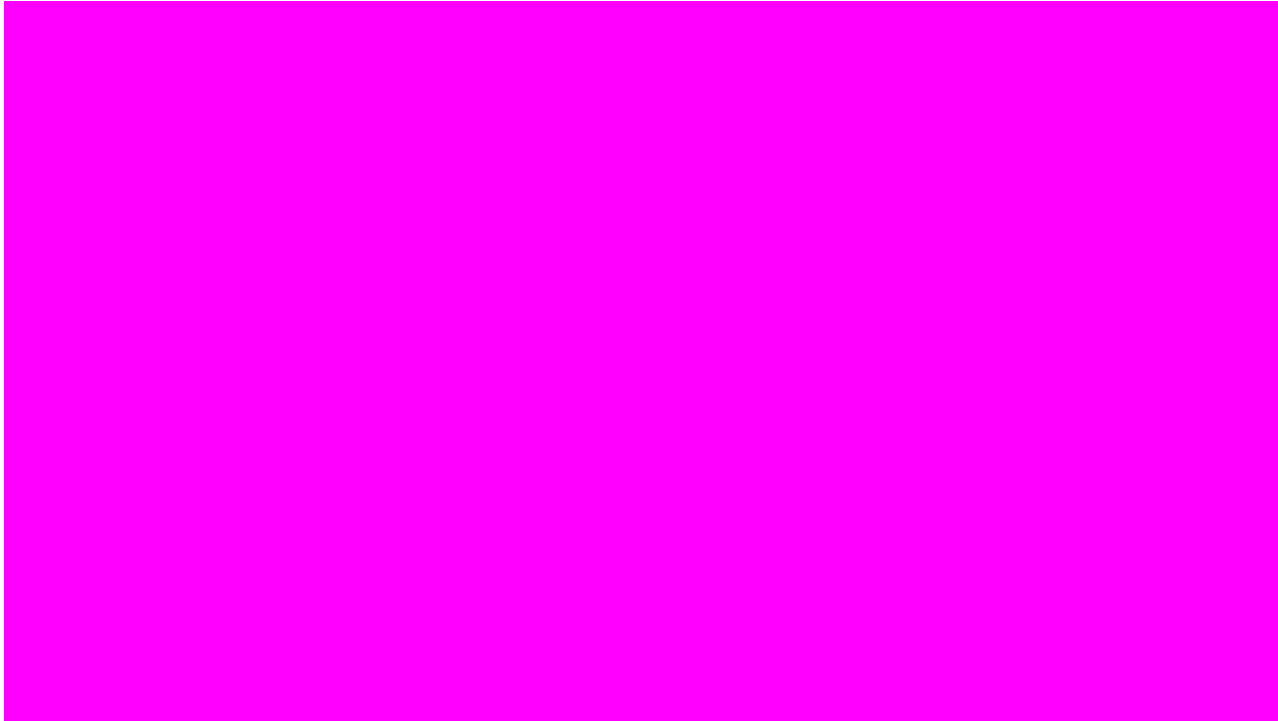
Проводится в случаях:

1. Тяжелое состояние пациента
2. Невозможность самообслуживания
3. Проводится раз в неделю (чаще, если есть необходимость)



Личная гигиена

Мытье головы



Личная гигиена

Уход за ногтями и бритье



Важно! Бритье тяжелобольного рекомендовано выполнять электробритвой для уменьшения раздражения и риска инфицирования кожи. При повреждении кожи пациента следует обработать ее 70% спиртом.

Личная гигиена

Уход за ногтями



Личная гигиена

Подмывание и полное мытье в постели



Процедура подмывания выполняется тяжелобольным пациентам, находящимся на строгом постельном и постельном режиме. Проводится 2 раза в сутки, а также после каждого акта дефекации у всех больных, у женщин после каждого мочеиспускания.

Личная гигиена

Подмывание над судном

Личная гигиена

Полное мытье в постели



Личная гигиена

Причины возникновения опрелостей

Опрелость — воспалительное заболевание, поражение бактериями, грибами или вирусами складок кожи, развивающееся в результате раздражающего и длительного увлажняющего влияния продуктов кожной секреции (кожного сала, пота), а также трения соприкасающихся поверхностей кожи

Места образования

Чаще всего, опрелости появляются в области ягодиц, нижнего участка живота, детородных органов, реже их можно обнаружить за ушами, в бедренных, паховых, подмышечных, шейных складках.

Существует три степени опрелости:

легкая - легкое покраснение кожи без нарушения ее целостности

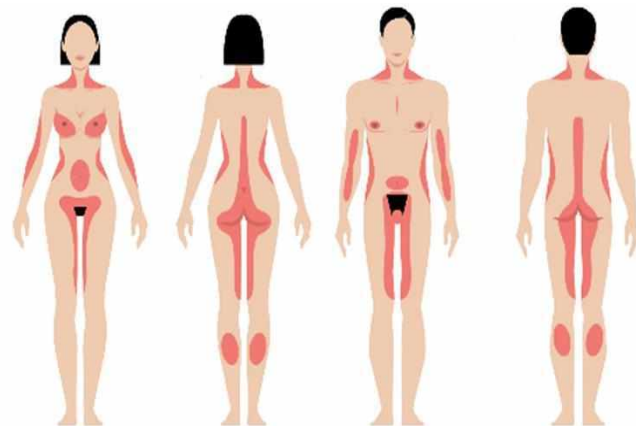
средней тяжести - краснота с явными эрозиями на коже

тяжелая - ярко-выраженная краснота вследствие многочисленных объединенных между собой эрозий, иногда сопровождается образованием язвочек

Первыми признаками опрелостей являются жжение и зуд.

Обычно человек начинает расчесывать пораженное место, что значительно расширяет границы опрелости. Кожные изменения влияют и на общее самочувствие: больной становится нервным, плохо спит.

Важно! Опрелость может развиваться очень быстро, иногда в течение нескольких часов.



Личная гигиена

Эргономика жизненного пространства



Личная гигиена

Профилактика опрелостей

- Профилактика опрелости - это каждодневные гигиенические процедуры
- сбалансированный рацион питания с достаточным количеством витаминов
- исключение напитков и пищи, которые могут вызвать аллергию
- борьба с произвольным испусканием мочи
- ношение комфортной одежды и обуви
- воздушные ванночки для складок кожи



Рекомендуется снизить или вообще ликвидировать причины, которые вызывают развитие опрелостей, то есть это влага и трение. Нужно как можно чаще промывать кожные складки теплой мыльной водой, антисептическими средствами или слабым раствором марганцовки, затем необходимо тщательно просушить тканью из х/б, так как она отлично впитывает влагу. Затем следует воспользоваться тальком или другими подсушивающимися мазями, неплохой эффект оказывают детские кремы.

Важно! При появлении малейшего покраснения стоит обратиться к врачу для точной диагностики и лечения. Опытный специалист в большинстве случаев может провести дифференциальную диагностику по внешним признакам заболевания

Личная гигиена

Перемещение на себя ручным способом

Личная гигиена

Причины возникновения пролежней

Пролежень - некроз мягких тканей в результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями кровообращения и нервной трофики.

Длительное (более 1-2 ч) действие давления приводит к обструкции сосудов, сдавлению нервов и мягких тканей.

Повреждение мягких тканей от трения возникает при неправильной технике перемещения больного, когда кожные покровы тесно соприкасаются с грубой поверхностью (складки, швы на одежде и постельном белье, крошки и др.), при неправильном расположении больного в постели, при неправильном подборе средств ухода и др.

Трение приводит к травме как кожи, так и более глубоких мягких тканей.

Повреждение от сдвига возникает в том случае, когда кожные покровы неподвижны, а происходит смещение тканей, лежащих более глубоко. Такое возможно при неправильном положении больного в постели, кресле-каталке и др.

Важно! 70% пациентов, у которых возникают пролежни - это пожилые люди, 66% - пожилые люди с переломами бедра (шейки бедра), 33% пациенты в реанимационных отделениях, 3-25% - люди, находящиеся дома (лежащие больные)

Причины возникновения пролежней

Личная гигиена

Факторы риска развития пролежней

Внутренние факторы риска

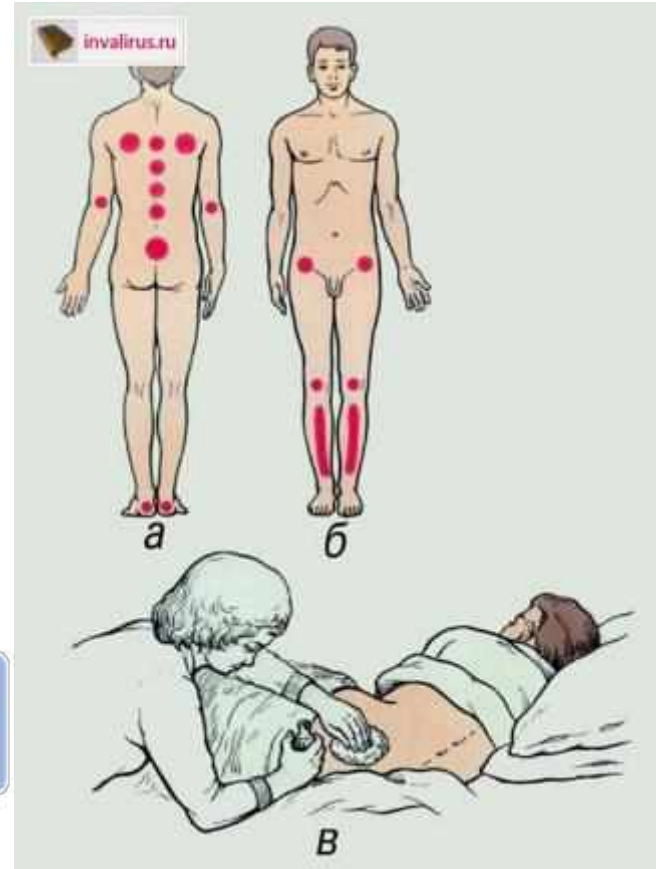
Внешние факторы риска

Истощение/
Ожирение;
обезвоживание;
анемия и т.

Старческий возраст;
- терминальное состояние;
- дистрофические изменения кожи

Предшествующее обширное хирургическое вмешательство продолжительностью более 2 ч

Плохой гигиенический уход;



Личная гигиена

Места локализации пролежней



Личная гигиена

Факторы риска развития пролежней

- Каждый день тщательно осматривать тело пациента и каждые 2 часа осматривать все зоны риска и места костных выступов.
- Каждые 2-3 часа (в том числе и ночью) менять положение тела пациента. Лучше, если пациент будет находиться на медицинской кровати – это облегчит смену положения. Кровать больного должна стоять таким образом, чтобы к ней был доступ со всех сторон.
- Температура в комнате не должна быть слишком высокой, чтобы не провоцировать потение и образование опрелостей.
- Застилать постель больного можно только мягким постельным бельем из натуральных тканей. Сверху лучше постелить впитывающую простынь, которая не образует складок и остается всегда сухой. Нежелательно стелить клеенки - для защиты матраса можно использовать влагонепроницаемый наматрасник.
- Одежда пациента должна быть комфортной и по возможности бесшовной, без пуговиц и застежек. Использование синтетики недопустимо.
- Нужно своевременно менять постельное белье (оно не должно быть влажным или мокрым) и использовать соответствующие средства гигиены: урологические прокладки и подгузники (особенно в ночное время). Однако нельзя надевать на больного памперсы на весь день – коже нужны воздушные ванны.
- Ногти больного следует стричь очень коротко, чтобы он не расчесывал кожу, которая при длительном лежании часто зудит.

Личная гигиена

Для предупреждение образование пролежней следует

- употреблять в пищу достаточное количество жидкости (уточнить у врача) и не менее 120 г белка
- перемещаться в постели, в т. ч. из кровати в кресло, исключая трение
- использовать противопролежневый матрац и подушку для кресла
- находить в постели удобное положение, но не увеличивать давление на костные выступы
- изменять положение в постели каждые 2 часа
- делать упражнения, сгибая и разгибая руки, ноги
- делать 10 дыхательных упражнений каждый час: глубокий, медленный вдох через рот, выдох через нос
- использовать абсорбирующее белье и профессиональные средства (косметические), медицинские изделия для ухода за кожей для гигиены при недержания мочи и уменьшения негативного влияния мочи на состояние кожи

Важно! Задавайте вопросы медицинской сестре, если у Вас появились какие-то проблемы.

Личная гигиена

Пролежни

1 стадия - появление бледного участка кожи или устойчивая гиперемия кожи, не проходящая после прекращения давления; кожные покровы не нарушены. **2 стадия** - появление синюшно-красного цвета кожи, с четкими границами; стойкая гиперемия кожи; отслойка эпидермиса; поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов (поверхностная язва, которая клинически проявляется в виде потертости, пузыря или плоского кратера) с распространением на подкожную клетчатку. **3 стадия** - разрушение (некроз) кожных покровов вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу; могут быть жидкие выделения из раны. **4 стадия** - поражение (некроз) всех мягких тканей; наличие полости, в которой видны сухожилия и/или костные образования.



Личная гигиена

Профилактика пролежней



Личная гигиена

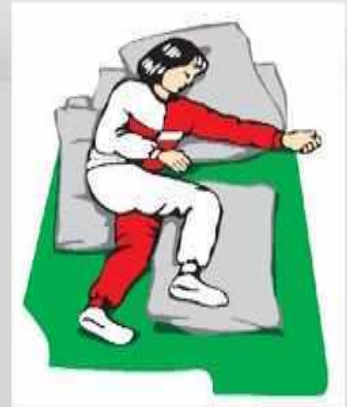
Профилактика пролежней



Рекомендуемый план ухода при риске развития пролежней (у лежащего пациента)

Изменение положения пациента каждые 2 часа:

- 8-10 ч. - положение Фаулера;
- 10-12 ч. - положение "на левом боку";
- 12-14 ч. - положение "на правом боку";
- 14-16 ч. - положение Фаулера;
- 16-18 ч. - положение Симса;
- 18-20 ч. - положение Фаулера;
- 20-22 ч. - положение "на правом боку";
- 22-24 ч. - положение "на левом боку";
- 0-2 ч. - положение Симса;
- 2-4 ч. - положение "на правом боку";
- 4-6 ч. - положение "на левом боку";
- 6-8 ч. - положение Симса



Ежедневно 12 раз

Помощь пациенту с ограниченной мобильностью в пределах кровати

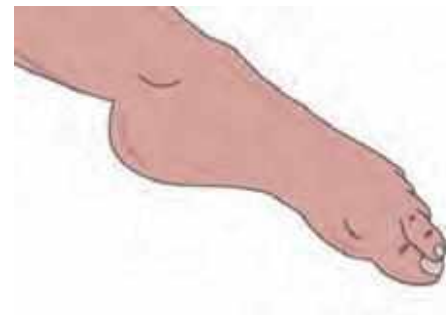
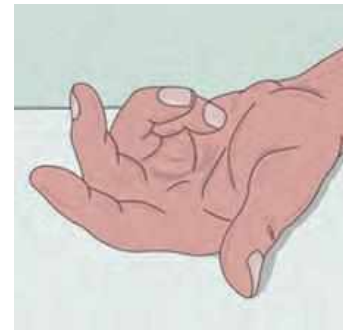
Причины развития контрактур

Контрактура - (стягивание) временное или постоянное ограничение движения в суставе, вызывающее атрофию мышц, которая проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости, а длительное укорочение определенных мышц ведет к ограничению движения сустава вплоть до полной его неподвижности

Контрактура голеностопного сустава («конская стопа»)

Стопа лежачего больного довольно быстро опускается вперед (положение лежачего человека как бы на «цыпочках») под тяжестью одеяла, и возникает контрактура голеностопного сустава - «конская стопа»

К первоочередному профилактическому мероприятию относят придание конечности правильного положения, соответствующего среднему физиологическому и способствующему предупреждению отека и ишемии.

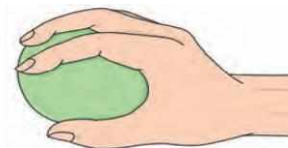
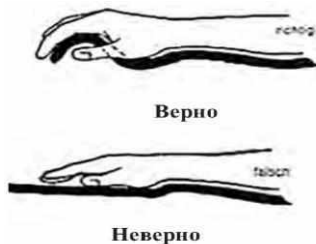


Помощь пациенту с ограниченной мобильностью в пределах кровати

Причины развития контрактур

Анкилоз суставов кисти

Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид птичьей лапки. Если пациент лежит неподвижно очень длительное время, а профилактику контрактур не проводят, не исключена полная потеря подвижности суставов в результате костного сращения суставных концов костей. Такую полную потерю возможности осуществлять движение в суставе называют анкилозом. При развитии наблюдают постепенно нарастающее ограничение подвижности пораженных суставов, изменение их формы. Конечность чаще занимает фиксированное положение. Возможно появление трещин и узелков на коже в области сустава. При образовании временной контрактуры больной ощущает боли, стойкие виды этой патологии развиваются незаметно и в начальной стадии не причиняют дискомфорта. В подавляющем большинстве случаев развитие контрактур становится результатом ошибок ухода, так как чем дольше длится обездвиженность суставов, тем хуже последствия



Положение пальцев кисти - слегка согнуты во всех суставах, большой палец немного отведен. Можно в руку дать тренировочный мячик

Помощь пациенту с ограниченной мобильностью в пределах кровати

Профилактика

Индивидуальное положение в кровати каждому пациенту придают, исходя из плана ухода.

Для профилактики **конской стопы** можно использовать подставку под одеяло, которая не позволяет одеялу давить на стопу больного. Для профилактики контрактуры суставов стопы следует освободить стопу от давления одеяла и придать ей положение под углом 90° . Для этого можно воспользоваться ортезом или подоткнуть под ноги больного подушку



Ортез для голеностопного сустава

Личная гигиена

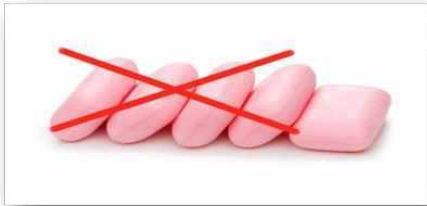
Средства для очищения кожи



Личная гигиена

Негативные технологии для профилактики и лечения пролежней

1. Бриллиантовый зеленый 1 % или 2 % спиртовой или водный раствор (уровень доказательности D).
2. Калия перманганат раствор (уровень доказательности E).
3. Фукорцин раствор и другие красящие средства (уровень доказательности D).
4. Гексахлорофен раствор (уровень доказательности D).
5. Хлоргексидин раствор (уровень доказательности D).
6. Повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям) (уровень доказательности D).
7. Спирт камфорный (уровень доказательности D).
8. Спирт этиловый 95 % - 96 %, 90 %, 70 %, 40 % (уровень доказательности D).



Питание и кормление

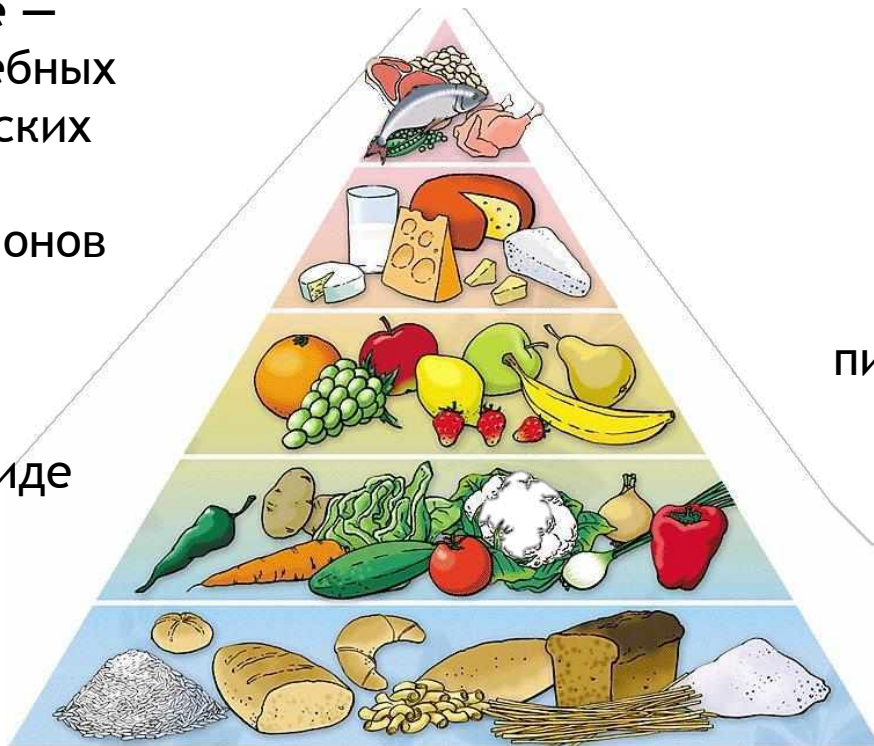
Питание - одна из фундаментальных потребностей человека. Оно обеспечивает человека энергией, водой, материалом для построения клеток и увеличивает сопротивляемость организма к заболеваниям.



Питание и кормление

Лечебное питание – применение в лечебных или профилактических целях специально составленных рационов питания и режима приема пищи.

Лечебное питание назначает врач в виде суточных пищевых рационов – диет



Рациональное питание - питание, сбалансированное в энергетическом отношении и по содержанию питательных веществ в зависимости от пола, возраста и рода деятельности

Питание и кормление

Лечебное питание может состоять из определенных продуктов, в том числе специализированных продуктов лечебного питания, включая смеси белковые композитные сухие и витаминно-минеральные комплексы, подвергаемых соответствующей технологической обработке, а также лечебные продукты энтерального питания и растворы. Пища вводится в организм парентерально в виде растворов путем внутривенной инфузии, в желудок или кишечник через зонд или стому (фистулу) в полужидкой или жидкой консистенции.

Задача лечебного питания – восстановить нарушенное равновесие в организме во время болезни путем приспособления химического состава рациона к обменным особенностям организма, подбора и сочетания продуктов по составу и способу кулинарной обработки.

Питание тяжелобольного человека может сильно отличаться от того, к какому мы привыкли в повседневной жизни. Из-за болезни одни продукты перестают усваиваться, другие начинают вызывать неприятные симптомы. Бывает, что человек не хочет есть или теряет способность питаться обычной пищей и обычным способом.



Питание и кормление

Виды питания по способу приема пищи

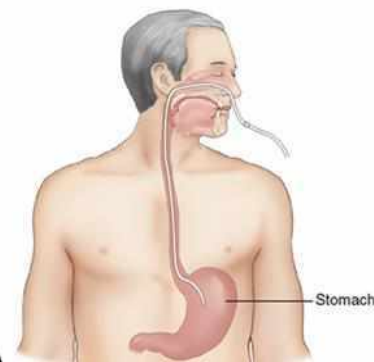
Естественное питание:

- пероральное (обычное питание)

Искусственное питание:

- зондовое - назогастральное
- через гастростому
- Парентеральное

Искусственное питание - это питание пациента при невозможности естественного кормления, т.е. введение в организм питательных веществ противоестественным путем, минуя ротовую полость. Искусственное питание иногда является дополнением к нормальному. Количество и качество пищи, способ и частоту кормления определяет врач.



Питание и кормление

Посуда



Используйте специализированную посуду для кормления тяжелобольных: специальные ограничители, чтобы тарелка не двигалась, чашки-непроливайки, тарелки с присосками на дне, кружки-поильники с ручками, ортопедические ложки с утолщенными ручками.



Питание и кормление

Правила кормления

- **Перед приемом пищи** подопечному обязательно предлагается сделать **последовательно три глотка** из ложки, а потом выпить полстакана воды.
- Держите голову больного в приподнятом положении во время еды и в течение получаса после приема пищи
- Подавайте больному пищу в рот сбоку, с неповрежденной стороны, так как он не сможет почувствовать пищу с поврежденной стороны и она будет скапливаться у него за щекой
- Следите, чтобы больной наклонял голову вниз при жевании, поощряйте больного жевать тщательно и медленно

При недостатке жидкости:

- предлагайте напитки той температуры, которую предпочитает подопечный;
- предложите пить жидкость во время еды в большем количестве, чем ранее, даже если это для пациента непривычно;
- предложите трубочку (соломинку) для питья в том случае, если человек боится пролить воду из чашки.



Питание и кормление

Мебель и приспособления



Обратите внимание на ортопедические воротники, специальные подставки под спину, столик, который крепится к бортику кровати или ставится в постели на ножках.



Питание и кормление

Правила кормления тяжелобольного человека

- ❖ Используйте мягкие продукты: из-за слабости жевательных и глотательных мышц человеку тяжело есть. Питание должно быть сбалансированным и легко усваиваемым, а еда – теплой (не горячей!) и приятной на вид;
- ❖ Исключите из рациона больного жирные, копченые, острые и соленые блюда и газированные напитки;
- ❖ Используйте пароварку или блендер, чтобы сохранить в пище максимум полезных веществ;
- ❖ Следите за тем, чтобы в пище было повышенное содержание калорий и белков;
- ❖ Предложите больному питаться через трубочку (соломинку) – так ему будет легче;
- ❖ Придайте больному удобное сидячее или полусидячее положение, приподнимите ему голову: используйте возможности функциональной кровати (если есть) или подушки и подставки. После кормления оставьте человека в сидячем положении еще на 30-45 минут;
- ❖ Создайте спокойную обстановку и помогите человеку соблюдать его любимые привычки. Но будьте внимательны: больному лучше сосредоточиться на приеме пищи, поэтому внешние раздражители лучше убрать;
- ❖ Если человек может держать ложку в руке, но у него нет сил, чтобы есть самостоятельно, используйте метод «рука в руке» – придерживайте его руку и помогайте ей управлять;
- ❖ Обрабатывайте полость рта больного утром и вечером, не забывайте полоскать рот после каждого приема пищи, приступа рвоты. Если не нарушено глотание, можно делать полоскание из отвара ромашки

Питание и кормление

Правила кормления тяжелобольного человека (продолжение)

- ❖ Если человек отказывается от еды и питья, попробуйте дать ему лимонную воду или увлажните ему губы и рот;
- ❖ Соблюдайте режим питания: кормите человека примерно каждые 4 часа, ночью делайте 10-часовой перерыв, а после 18:00 лучше вместо плотного ужина предложить человеку кефир или яблоко;
- ❖ Часто человек устает во время приема пищи, делайте перерывы. Не настаивайте и не критикуйте, если он не съел всю порцию: он расстраивается. Лучше предложите ему снова поесть немного позже, не кормите человека насильно;
- ❖ Красиво оформляйте место приема пищи, убирайте лишние вещи, накрывайте стол скатертью, обедайте вместе, семьей – это поднимет аппетит человека;
- ❖ Кормите человека медленно, независимо от способа кормления, даже если это гастростома или зонд. Кормление должно длиться не менее 10-15 минут, если сделать это быстрее, у человека могут возникнуть неприятные ощущения: вздутие живота, рвота, отрыжка;
- ❖ Постарайтесь изолировать больного и помещение, где он находится, от запахов приготовления пищи, чаще проветривайте помещение: запахи могут вызвать у человека тошноту, рвоту;
- ❖ Не отказывайте человеку в любимой еде, даже если эта пища не совсем ему полезна. Дайте хотя бы небольшой кусочек: человеку нужно вкусовое удовольствие;
- ❖ Если пациент устал от протертой еды, дайте ему подержать во рту кусочек сыра. Главное, не оставляйте его одного: будьте рядом, особенно если у человека нарушено глотание;
- ❖ Можно использовать смешанное питание: совмещать обычную пищу и энтеральное питание.

Питание и кормление

Возможные причины снижения аппетита у тяжелобольного человека

- ✓ Заболевания, которые провоцируют отказ от пищи, прогрессирование заболевания; Человек может отказываться от еды и воды из-за снижения скорости обмена веществ. Иногда влияют и некоторые лекарственные препараты.
- ✓ Плохие зубные протезы. Часто со временем протезы деформируются, особенно если за их состоянием не следят. Такие протезы травмируют слизистую, из-за этого возникает болезненность;
- ✓ Некачественная обработка полости рта снижает и искажает вкусовые ощущения;
- ✓ Качество приготовленной еды;
- ✓ Обстановка, в которой находится тяжелобольной, и его эмоциональное состояние – депрессия или стресс;
- ✓ Иногда человек ощущает свою зависимость от других, не может или стесняется попросить лишний раз.

Питание и кормление

Возможные признаки недоедания

Недоедание бывает, если в рационе человеку не хватает каких-то продуктов, нарушено пищеварение и всасывание в желудочно-кишечном тракте, присутствует избыточная потеря питательных веществ.

- человек может страдать от истощения
- атрофируются мышцы
- снижается артериальное давление и частота сердечных сокращений
- нарушается работа желудочно-кишечного тракта. Появляется слабость, быстрая утомляемость, сухость кожных покровов и слизистых оболочек, нарушение сна. Из-за этого тяжелобольной человек становится менее активным.

Внимание! Чтобы не возникало недоедание, старайтесь кормить больного (и поддерживайте его в этом) в течение дня маленькими порциями — до 7 раз в день. Следите за тем, чтобы человек достаточно пил, вводите в рацион жидкости, которые содержат много белка и калорий, высокоэнергетические питательные смеси.

Питание и кормление

Возможные признаки обезвоживания

- ❖ Вялость
- ❖ Сонливость
- ❖ Сухость и бледность кожи
- ❖ Тургор кожи (кожа становится менее эластичной и упругой)
- ❖ Снижение количества выделяемой мочи
- ❖ Запор

Внимание! Если пациент потребляет мало жидкости, у него может случиться обезвоживание, которое может привести к серьезным осложнениям.

Как проверить, есть ли у пациента обезвоживание?

- ❖ Защипните складку кожи на тыльной стороне его руки: если после отпускания она быстро разгладилась, все в порядке. Если складка расправляется не сразу, значит, есть проблема и нужно обратить внимание на потребление большим жидкости.
- ❖ Учитывайте не только жидкости в чистом виде, но и съеденные супы, фрукты, овощи, ягоды, мороженое.
- ❖ Контролируйте количество выпиваемой человеком жидкости в течение суток, а также количество выделяемой мочи.
- ❖ Наблюдения можно записывать в дневник.

ЖЕЛАЕМ УСПЕХОВ!

**БЛАГОДАРИМ ЗА
ВНИМАНИЕ!**

