

БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

ФАКУЛЬТЕТ ФИЛОСОФИИ И СОЦИАЛЬНЫХ НАУК

Кафедра социальной работы и реабилитологии

**УЧЕБНО - МЕТОДИЧЕСКИЙ КОМПЛЕКС
ПО УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ**

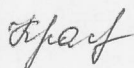
«ЧАСТНАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

1-86 81 01 «Реабилитология»

Автор-составитель: Милькаманович В.К., кандидат медицинских наук,
доцент

Одобрено и рекомендовано к утверждению на заседании кафедры
социальной работы и реабилитологии.
Протокол № 5 от 27. 12. 2018

Утверждаю
Зав. Кафедрой



Н.Н. Красовская

Одобрено и рекомендовано Советом факультета
Протокол № 6 от 22. 01 2019.

Утверждаю
Зам. Декана
По учебной и воспитательной работе



А.М. Бобр

Минск 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА	3
1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ	
Тезисы лекций по дисциплине «Частная реабилитация».....	7
РАЗДЕЛ 1 «УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА, ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ»	7
Тема 1.1. Универсальный дизайн. Общие положения. Дизайн открытых пространств, зданий и сооружений.....	7
Тема 1.2. Средства ориентации в пространстве.....	13
Тема 1.3.. Психологический дизайн открытых пространств, зданий и сооружений.....	14
Тема 1.4. Понятие о реабилитации с применением технических средств. Общие положения.....	20
Тема 1.5. Технические средства реабилитации для самообслуживания и медико-социального ухода.....	23
Тема 1.6. Технические средства реабилитации для инвалидов и пожилых граждан с поражением нижних конечностей, зрения и слуха.....	28
РАЗДЕЛ 2 «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ»	42
Тема 2.1. Реабилитация после инсульта.....	42
Тема 2.2. Реабилитация после травмы спинного мозга.....	62
Тема 2.3. Реабилитация после ампутации нижней конечности.....	81
Тема 2.4. Реабилитация после эндопротезирования тазобедренного сустава.....	105
Тема 2.5. Реабилитация после операции на сердце.....	119
Тема 2.6. Реабилитация при психических расстройствах.....	138
2.РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	203
Вопросы к зачету и экзамену по курсу «Частная реабилитация»....	203
Вопросы к зачету	203
Вопросы к экзамену.....	205
3.ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ	209
СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ	216

Курс «Частная реабилитация» для магистрантов представляет собой интегративный курс и состоит из двух разделов:

1. Универсальный дизайн реабилитационного пространства, технические средства реабилитации;
2. Реабилитация при основной инвалидизирующей патологии.

Универсальный дизайн – новое направление дизайна, которое, учитывая нормативные требования, как базовые, является открытым процессом, направленным на создание комфортной среды для всех, не выделяя отдельные категории населения со специфическими требованиями.

В числе основных направлений реабилитации инвалидов предусматривается использование технических средств реабилитации, повышающих их возможности вести самостоятельный образ жизни, сохранять максимально возможный уровень мобильности и доступа к информации и образованию. Инвалидам как особой социальной категории граждан государство гарантирует получение предусмотренных технических средств и услуг.

Большое значение приобретает подготовка магистрантов по вопросам реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях. Это необходимо для организации службы реабилитации на местах, правильной оценки состояния реабилитанта, грамотной реализации индивидуальной программы реабилитации (ИПР), особенно социального раздела, оценки эффективности проведенной реабилитации.

Цели и задачи учебной дисциплины.

Цель курса – формирование у магистрантов научно-практического представления об универсальном дизайне, о многообразии технических средств медико-социальной реабилитации различных категорий граждан, обретение навыков необходимых в практической деятельности специалиста по социальной работе при патологии, занимающей высокий удельный вес в структуре инвалидности.

Задачи курса:

- Понимание принципов универсального дизайна и тенденций развития практики современных проектных работ.
- Ознакомление с основными методами и приемами создания универсального реабилитационного пространства.
- Усвоение базовых требований технических нормативно-правовых актов в области архитектуры и строительства.
- Овладение знаниями об основных технических средствах реабилитации.

- Изучение теоретических и практических аспектов реабилитации с применением технических средств.
- Осмысление роли специалиста по социальной работе в назначении и применении технических средств в реабилитации и восстановительном лечении больных с различными видами патологий.
- Овладение общими и частными методами и технологиями в реабилитации при основных инвалидизирующих заболеваниях.

Место учебной дисциплины в системе подготовки специалиста с высшим образованием (второй ступени).

Компетенции, сформированные магистрантами в ходе изучения курса, могут быть реализованы в самых различных сферах практической деятельности специалиста по социальной работе посредством:

- способности формировать адекватные представления о роли и месте полученных знаний в работе специалиста по социальной работе занимающегося социальной реабилитацией личности;
- способности анализировать и интерпретировать научную и научно-популярную литературу по универсальному дизайну, анализировать реальные градостроительные и архитектурные и дизайнерские решения, составлять индивидуальные и групповые модели реабилитационных пространств, критически оценивать свои и сторонние проектные предложения;
- способности формировать представления о роли технических средств в реабилитации больных с различной инвалидизирующей патологией;
- способности анализировать и интерпретировать научную и научно-популярную литературу по реабилитации при основной инвалидизирующей патологии.

По учебному плану курс «Частная реабилитация» относится к циклу дисциплин специальной подготовки «Компонент учреждения высшего образования» для II ступени образования.

Магистрант должен:

- ✓ АК-1. Уметь применять базовые научно-теоретические знания для решения теоретических и практических задач.
- ✓ АК-2. Владеть системным и сравнительным анализом.
- ✓ АК-3. Владеть исследовательскими навыками.
- ✓ АК-4. Уметь работать самостоятельно.
- ✓ АК-5. Быть способным вырабатывать новые идеи (обладать креативностью).

- ✓ АК-6. Владеть междисциплинарным подходом при решении проблем.
- ✓ АК-7. Иметь навыки, связанные с использованием технических устройств, управлением информацией и работой с компьютером.
- ✓ АК-8. Обладать навыками устной и письменной коммуникации.
- ✓ АК-9. Уметь учиться, повышать свою квалификацию в течение всей жизни.

Специалист должен:

- ✓ СЛК-1. Обладать качествами гражданственности.
- ✓ СЛК-2. Быть способным к социальному взаимодействию.
- ✓ СЛК-3. Обладать способностью к межличностным коммуникациям.
- ✓ СЛК-4. Владеть навыками здоровьесбережения.
- ✓ СЛК-5. Быть способным к критике и самокритике (критическое мышление).
- ✓ СЛК-6. Уметь работать в команде.
- ✓ СЛК-7. Владеть способностью формирования этического сознания.
- ✓ ПК-21. Определять структуру ограничений жизнедеятельности лиц, страдающих социальной недостаточностью вследствие медицинских, социальных, психологических причин: инвалиды; дети-инвалиды; лица, страдающие зависимостями; пожилые; лица, пострадавшие при чрезвычайных ситуациях; бывшие заключенные и др.
- ✓ ПК-22. Обеспечивать социальный блок работы в деятельности медико-реабилитационных экспертных комиссий.
- ✓ ПК-23. Формулировать социальный диагноз с учетом ограничений жизнедеятельности и социальной недостаточности, исходя из соответствующей международной классификации.
- ✓ ПК-24. Выполнять социально-реабилитационные функции в бригадной форме организации реабилитационной работы, разрабатывать и обеспечивать реализацию социального и профессионального блоков индивидуальной программы реабилитации.
- ✓ ПК-25. Обеспечивать профессиональную диагностику и профориентацию лиц с ограничениями жизнедеятельности.
- ✓ ПК-26. Осуществлять комплекс социально-реабилитационных мер, диктуемых Конвенцией о правах инвалидов, проводить

информационно-просветительскую работу по социальным проблемам инвалидности и социальной недостаточности.

- ✓ ПК-27. Анализировать и представлять в органы госстатистики показатели результативности реабилитационной деятельности.

На изучение дисциплины «Частная реабилитация» учебным планом отводится 230 часов, из них 24 – аудиторных, 206 - самостоятельная работа.

Форма отчетности – 1-й семестр – зачет, 2-й семестр - экзамен.

1.ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ РАЗДЕЛ

ТЕЗИСЫ ЛЕКЦИЙ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «Частная реабилитация»

РАЗДЕЛ «УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА, ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ»

Тема 1.1. УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН: ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ, ДИЗАЙН ОТКРЫТЫХ ПРОСТРАНСТВ, ЗДАНИЙ И СООРУЖЕНИЙ

Универсальный дизайн. Общие положения

Теоретические основы универсального дизайна

Универсальный дизайн — это принцип создания изделий и организации окружающих условий, которые были бы наиболее пригодны к использованию каждым человеком, независимо от его возраста или способностей.

В Конвенции о правах инвалидов, принятой резолюцией Генеральной Ассамблеи ООН 6/106 от 13.12.2006 г., зафиксировано определение «универсальный дизайн — дизайн предметов, обстановок, программ и услуг, призванный сделать их максимально пригодными к пользованию всеми людьми без необходимости адаптации или специального дизайна»

Универсальный дизайн создает продукты, места и системы, которые уменьшают потребность в специальных помещениях и многих дорогих вспомогательных устройствах, а также снижает сегрегацию, помещая людей с инвалидностью вместе и в одинаковых условиях с другими категориями населения.

Понятие «универсальный дизайн» несет в себе новый образ мышления в связи с тем, что оно содержит более строгие требования равенства по сравнению с требованиями, заложенными в понятии «доступность для людей с инвалидностью». Доступность для людей с инвалидностью может быть достигнута путем применения специальных проектных решений или созданных приспособлений, универсальный дизайн предполагает, что основополагающее решение должно удовлетворять требованиям всех потребителей среды

Практическое использование теории универсального дизайна

При разработке решений в различных областях, в том числе в архитектуре, градостроительстве и архитектурном дизайне, базовыми, важными для практики и активно используемыми в настоящее время, являются следующие принципы универсального дизайна

1. Равенство в использовании.
2. Гибкость в использовании
3. Простой и интуитивно понятный дизайн
4. Восприимчивость информации.
5. Допустимость ошибки.
6. Низкое физическое усилие.

7. Размер и пространство для доступа и использования

Они могут рассматриваться как один из компонентов в процессе гарантии качества и функциональности с самого начала проектирования и до конечного результата.

Универсальный дизайн открытых пространств

Общие положения

Понятийно-терминологический словарь «Градостроительство и территориальная планировка» определяет открытые пространства поселений как «преимущественно не застроенные участки населенных мест, вычлененные из окружения с помощью зданий, сооружений и информационных знаков».

Различают:

- урбанизированные открытые пространства, ограниченные застройкой, включающие небольшие озелененные участки (площади, улицы и др.);
- природно-урбанизированные открытые пространства, в равной мере включающие застройку и озелененные участки (пешеходные зоны, бульвары, набережные и др.);
- природно-ландшафтные открытые пространства, включающие преимущественно зеленые насаждения и водоемы (парки, скверы и др.).

Таким образом, открытые пространства — специфический объект проектирования, полностью или частично не имеющий стен, ограждений и покрытия

Особенности проектирования открытых пространств, обеспечивающие доступность

На пешеходных путях движения предусматриваются максимально короткие и прямые маршруты движения, удобные для всех категорий населения. Тротуары и пешеходные дорожки проектируются, как правило, без вынужденных подъемов и спусков, а при их неизбежности предусматриваются лестницы и дублирующие их пандусы. Ширина пешеходного пути движения принимается с учетом движения людей как самостоятельно передвигающихся, так и передвигающихся с сопровождающими лицами, использующих для передвижения кресла-коляски, различные приспособления (опорные трости, костыли, ходунки и др.), собак-поводырей, а также взрослых с детскими колясками.

При проектировании лестниц на перепадах рельефа открытых пространств ширину проступи следует принимать не менее 0,4 м, высоту подступенка — не более 0,12 м. Все ступени лестниц в пределах одного

марша должны быть одинаковыми по форме в плане и по размерам (ширина проступи и высота подступенка), а количество ступеней в марше должно быть не менее трех и не более 12. С двух сторон лестницы следует предусматривать перила с непрерывными по всей длине поручнями, расположенными на высоте 0,7 и 0,9 м.

Лестницы, устраиваемые в местах перепадов рельефа, следует дублировать пандусами для обеспечения возможности комфортного передвижения людей, передвигающихся на креслах-колясках, перевозящих детей в колясках, а также перемещающих различные грузы, чемоданы и др.

Пешеходные переходы следует размещать в одном или в разных уровнях с транспортными потоками (наземные и подземные пешеходные переходы).

Около общественных зданий (сооружений), производственных и рекреационных объектов, специальных зданий на автомобильных стоянках и парковках предусматриваются места для автотранспортных средств людей с инвалидностью, а также удобные подходы к ним, обеспечивающие беспрепятственное передвижение.

Доступный транспорт — важная составляющая транспортного обслуживания населения.

Велосипедное движение, являющееся альтернативой транспортному, получило широкое распространение во многих странах.

Вдоль пешеходных путей движения не реже чем через 200 м следует предусматривать озелененные площадки для отдыха, а на прогулочных маршрутах в парках и рекреационных зонах — не реже чем через 60 м.

Непосредственно около входа на пляж необходимо предусмотреть автомобильную стоянку размером на одно машиноместо 3,5 x 8,0 м (не менее 2-х мест) и информационные стенды с визуальной, тактильной и желательно звуковой информацией.

Рекламные щиты, другие элементы и конструкции, размещаемые на вертикальных опорах, должны устанавливаться на высоте не менее 2,1 м (до низа крепления).

На открытых пространствах используются разнообразные приемы озеленения и цветочного оформления, как правило, аллеи, рядовые и групповые посадки деревьев и кустарников, вертикальное озеленение, живые изгороди, газоны, а также цветочные лужайки, миксбордеры, рабатки.

Универсальный дизайн: приемы оптимизации открытых пространств

Прием структурного разграничения пространств с контрастными функциями

Прием является достаточно распространенным в современной практике градостроительства и обеспечивает, в первую очередь людям с ограничениями жизнедеятельности, безопасность и комфортность нахождения на открытых пространствах. Достигается планировочными средствами и средствами ландшафтного, информационного, цветового и светового дизайна как самостоятельно, так и в сочетании между собой.

Прием фиксирования границ пространств

Для обеспечения безопасного передвижения людей на открытых пространствах в первую очередь необходимо фиксировать границы пешеходных путей движения. С этой целью целесообразно применять ограничительные бортики высотой не менее 0,05 м для предупреждения соскальзывания с пешеходной дорожки людей, передвигающихся на кресле-коляске, с помощью трости или костылей.

Прием наполнения пространств функциональными элементами

Прием играет важную роль в создании полноценной среды и включает в себя в основном места для сидения, уличную мебель, велостоянки, навесы, остановки общественного транспорта, оборудование для детских игровых комплексов, спортивных площадок, площадок для отдыха и занятий взрослых, емкости для мусора, общественные туалеты.

Прием акцентирования функциональных зон, мест, элементов

Прием используется с целью привлечения внимания и ориентации в пространстве.

Прием информационного заполнения пространств

В качестве информационного заполнения применяются визуальные, звуковые и тактильные указатели, знаки, схемы, карты, макеты и др.

Универсальный дизайн зданий и сооружений

Общие положения

При проектировании общественных зданий, сооружений и пространств общественного назначения необходимо обеспечить их доступность для людей с ограничениями жизнедеятельности, наряду с другими категориями граждан. Исключения могут составлять помещения и пространства с ограниченным режимом эксплуатации, пребывание в которых может представлять опасность, а также помещения и пространства, нахождение в которых связано с технологическим процессом или обслуживанием здания и требует специальной квалификации (например, неэксплуатируемые крыши, шахты и машинные помещения лифтов, трансформаторные узлы и др.).

Особенности проектирования зданий и сооружений, обеспечивающие доступность

В зданиях и сооружениях должен быть предусмотрен, по крайней мере, один доступный вход. Путь движения, ведущий к доступному входу, целесообразно совмещать с направлением движения основного потока посетителей, например, от остановок общественного транспорта и автостоянок, чем достигается соблюдение принципов универсального дизайна. В специальных зданиях количество доступных входов определяется режимом функционирования и таких входов должно быть не менее двух.

Входы в здание желательно предусматривать без перепадов высот, без лестниц и ступеней, площадку перед входом в здание рекомендуется размещать на одном уровне с полом первого этажа.

На путях движения по коридорам, галереям, переходам из здания в здание должны отсутствовать в плане отдельно стоящие колонны и другие точечные конструкции. При неизбежности их размещения необходимо предусматривать устройство визуальных и тактильных предупреждающих указателей. На путях движения по коридорам, галереям, переходам из здания в здание не должно быть перепадов высоты пола. Ширину пути движения, свободного от преград, необходимо предусматривать при одностороннем движении не менее 1,5 м, при двустороннем движении — не менее 1,8 м (в свету).

В зданиях (сооружениях) в местах перепада высоты пола 0,45 м и более необходимо устраивать лестницы (при меньшей высоте устраиваются пандусы).

Подъемники и лифты предусматривают в зданиях и сооружениях при размещении помещений на уровнях выше или ниже уровня входа в здание.

Рекреационные зоны зданий (сооружений), предназначенные для отдыха и ожидания, должны быть оборудованы с учетом возможности комфортного размещения всех категорий посетителей, в том числе людей, передвигающихся на креслах-колясках, а также сопровождающих их лиц.

В общественных зданиях (сооружениях), в том числе с предполагаемым кратковременным пребыванием посетителей, а также в производственных зданиях с участием в производственном процессе людей с инвалидностью, должно быть предусмотрено наличие универсальной и доступных уборных.

Универсальный дизайн: приемы оптимизации внутренних пространств жилых и общественных зданий (сооружений)

Прием структурного разграничения пространств

Структурное разграничение пространств определяется назначением зданий и сооружений, функциональным зонированием, составом и взаимосвязью помещений и обеспечивается в первую очередь планировочными приемами.

Прием фиксирования границ пространств

Прием достигается планировочными решениями, ограждающими конструкциями (стенами, перегородками), решетками, панелями, использованием фактурных материалов, поручней, средствами светового и цветового дизайна.

Прием наполнения пространств функциональными элементами

Состав и характер наполнения внутренних пространств определяется функциональным назначением помещений. Самым распространенным и активно используемым элементом наполнения, в первую очередь в жилых и в значительной части общественных зданий, а также частично в производственных объектах, является мебель и оборудование (например, санитарнотехническое — ванны, умывальники, унитазы, душевые поддоны, трапы и др., кухонное — холодильники, морозильники и др.).

Прием акцентирования функциональных зон, мест, элементов

Прием используется с целью привлечения внимания и ориентации в пространстве. В качестве акцентов могут использоваться предметное наполнение ярких цветов и выраженной фактуры необычной формы (например предметы мебели), скульптуры и скульптурные композиции, объекты арт-дизайна, другие произведения искусства, зеленые насаждения и цветочные композиции, а также фрагменты стен, полов, потолков, имеющие цвет и фактуру, отличающиеся от основного покрытия.

Прием информационного заполнения пространств

В общественных зданиях и сооружениях, особенно со сложной системой ориентации (например в транспортно-пересадочных узлах, на вокзалах, в аэропортах, в спортивных сооружениях и др.) наличие информационных пунктов, стендов, карт, макетов, указателей, выполненных в различных форматах (визуальном, тактильном, акустическом) является обязательным условием, обеспечивающим комфортное нахождение в них всех категорий населения.

Тема 1.2. СРЕДСТВА ОРИЕНТАЦИИ В ПРОСТРАНСТВЕ

Общие положения

В процессе восприятия окружающей среды в целом и средств ориентации в пространстве в частности принимают участие несколько анализаторов. Здоровый человек получает информацию при помощи обозначающих, предупреждающих и стимулирующих знаков посредством зрения, слуха, осязания, обоняния, вкуса. У людей с инвалидностью один или несколько рецепторов могут быть ослаблены или нарушены.

При нормальном зрении у большинства людей формируется зрительный тип восприятия — интерпретация воспринимаемого на зрительных образах. У слепых и слабовидящих людей преобладает гаптический тип восприятия. Такие люди предпочитают осязательную (тактильную) информацию зрительной, а также звуковую информацию. Для людей с нарушением слуха предпочтительна визуальная информация.

Приемы создания ориентации в пространстве включают:

- ♦ проектирование комплексной системы ориентации (визуальной, звуковой, тактильной) в доступном для всех категорий населения формате с использованием современных технологий (в том числе компьютерных), учитывающих разнообразный спектр возможных ограничений — двигательных, сенсорных, когнитивных;

- ♦ использование понятных и/или общепринятых в международной практике знаков и символов, языка жестов, шрифта Брайля, цветового кодирования;

- ♦ создание непрерывной системы ориентации;

- ♦ обеспечение доступности, безопасности, удобства и эффективности при пользовании средствами ориентации, призванные сократить физическую усталость, напряжение и сэкономить время.

Система средств ориентации на открытых пространствах, в зданиях и сооружениях должна обеспечивать непрерывность информации, своевременное ориентирование и однозначное указание доступных для путей движения остановок общественного транспорта, автомобильных стоянок и парковок, площадок для отдыха, входных узлов, зон и помещений для посещения или проживания.

Визуальные средства ориентации в пространстве. Визуальная идентификация среды

Для ориентации в пространстве широко применяется вербально-символьная система, использующая текстовую информацию, нумерацию, знаки, символы и обозначающая непосредственно место нахождения и направление движения, которые могут наноситься на поверхность земли, размещаться на фасадах зданий, отдельно стоящих элементах, на информационных стендах, дверях помещений.

К визуальным средствам информации относятся: информационные знаки, карты и схемы, световые маяки, элементы озеленения и благоустройства, а также арт-объекты.

Звуковые средства ориентации в пространстве. Акустическая идентификация среды

Звуковые средства информации предназначены для оказания помощи людям с нарушениями зрения, а также для дублирования наиболее важной визуальной информации. К ним относятся такие акустические устройства, как звуковые маяки (электрические, механические, электронные), ориентирующие людей в направлении источника звука и в расстоянии от него, шумовые индикаторы, средства звуковоспроизведения, речевые синтезаторы.

Тактильные средства ориентации в пространстве. Тактильная идентификация среды

Для дублирования визуальной информации, недоступной слепым и слабовидящим людям, рекомендуется использовать тактильные средства информации, к которым относят тактильные знаки, тактильные карты и макеты, наземные и напольные тактильные указатели. Тактильная информация воспринимается слепыми людьми разными способами: тростью, пальцами, кистями рук, ступнями ног.

Письменная информация для восприятия тактильно передается с помощью выпуклых букв и цифр, а также шрифта Брайля. Для более точной передачи информации дополнительно могут использоваться пиктограммы со специальными знаками.

Тема 1.3. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ ДИЗАЙН ОТКРЫТЫХ ПРОСТРАНСТВ, ЗДАНИЙ И СООРУЖЕНИЙ

Общие положения

Начнем с того, что создать благоприятную среду для одного человека не сложно. Если он находится в гармонии с самим собой, то интерьер зачастую представляет «слепок» индивидуально-психологических особенностей его личности. Например, согласно стандартным технологиям психодизайна, меланхолик не сможет работать в успокаивающем зелено-голубом интерьере. Для него более подходят стимулирующие бежево-красные тона. Зато импульсивность и стремительность холерика, напротив, можно притормозить, пустив по стене сложный геометрический орнамент с нейтральной цветовой палитрой. Нередко после изменения интерьера по правилам психодизайна у человека исчезали неосознанные страхи, тревоги, раздражение, а в ряде случаев пропадали головная боль и бессонница.

Еще одна интересная тенденция: свободный, преуспевающий человек будет чувствовать себя наиболее комфортно в окружении невысокой мебели. Интерьер, выстроенный по всей высоте стены, давит и лишает инициативы. Примером может служить логика построенных в средневековье готических соборов — высотой подавить человека.

Создавать интерьер для группы людей — семьи, коллег по работе — гораздо сложнее. Ведь, если исходить из того, что цвет и форма окружающих нас предметов соответствуют индивидуальным подсознательным программам человека, то становится понятным, почему одно и то же жизненное пространство оказывает неодинаковое воздействие на каждого члена семьи или сотрудника конкретной организации. Поэтому в данном случае основу психодизайна должны составить: анализ закономерностей групповой динамики, совместимости и адаптации сотрудников и членов семьи с учетом правила «разграничения зон»: выделение каждому хотя бы небольшого «личного пространства»

Психологический дизайн интерьера в собственном доме

Наш дом хранит воспоминания о прошлом, которые помогают или препятствуют нашему сознанию продвигаться вперед по жизненному пути. К тому же он наполнен предметами, несущими тепло и утешение, способными помочь нам пережить внешние и внутренние бури. Его задача - обеспечить нам возможность очищать тело и душу, расслабляться и работать, приятно проводить время с друзьями и возлюбленными, отдыхать и восстанавливать силы.

Благодаря чему наше жилище кажется «домашним», жилым, уютным и полным жизни? В первую очередь - это естественность. Наше жилище становится настоящим домом лишь тогда, когда отражает внутреннюю сущность своих обитателей, - сущность, которая не является большим секретом ни для них самих, ни для окружающих. Если в доме течет настоящая жизнь, в нем всегда ощущается внутренний потенциал. На этом пространстве даже тени способны приносить мир и покой. Именно в таком месте мы «бросаем якорь», здесь нам хочется сбросить с себя доспехи, снять маску, расслабиться. Поэтому главные вопросы, которые стоят перед вами, после того, как вы примите решение создать свой дом, таковы: «Как внутреннее пространство моего жилища дополняет целостность моего «Я» и целостность людей, которые живут в нем? Как сделать эти комнаты «милым домом» для наших душ?». Сделав свой дом вашим другом, вы никогда не окажетесь в столь отчаянном положении, чтобы во всем зависеть от других, даже если вам по-прежнему будут нужны помощники в лице друзей, родственников и профессионалов.

Каждая комната соответствует определенной области человеческого тела, ума или условий жизни. Поэтому забота о комнатах - один из способов заботы о вашем внутреннем мире.

Кухня символизирует питание. Эта комната - сердце дома.

В ванной мы проводим ритуалы очищения тела и его подготовку к той или иной значимой для нас деятельности.

Гостиная позволяет достичь единения с душой и всегда отличается убранством, которое отражает взгляд человека на принадлежность к тому или иному слою общества, открытость в отношениях с другими людьми, а также на то, видит ли он других людей дружелюбными, влиятельными или не склонными к межличностному общению.

Коридоры предназначены для волшебных путешествий в ваш внутренний мир. Они - не что иное, как проходы между разными частями вашего существа, которые способны чудесным образом соединять вас в единое целое (или не делать этого).

Стена необходима вам, чтобы найти в себе положительную точку опоры, почувствовать и понять, когда нужно вести за собой, а когда - следовать за другими.

Потолок ограничивает вас, показывая высоту, выше которой вы не можете подняться.

Психологический дизайн интерьера на рабочем месте

В Европе уже прошла мода на огромные производственные помещения с десятками совершенно одинаковых рабочих мест. Психологи выяснили, что в таких условиях человек чувствует себя наименее комфортно.

Если же коснуться специфики профессиональной деятельности медицинского персонала или социальных работников, то в большей степени отличает повышенный фон эмоциональной насыщенности контактов, публичности и постоянного пребывания в бурном информационном потоке. В поисках укрытия от многочисленных негативных «зональных» воздействий на психику, сотрудники стремятся хотя бы на некоторое время укрыться в естественных для них условиях покоя и тишины. Вот почему интерьер комнат отдыха для персонала учреждений здравоохранения и социального обслуживания должен отвечать важному условию — создание более тонкой «настройки» помещения функциональным потребностям сотрудников: снижение уровня тревожности, напряжения, достижение внутрличностного комфорта.

Психологический дизайн учреждений стационарного (интернатного) типа

Нужно определить психологическую структуру внутреннего пространства конкретного стационарного помещения, которое и задает ритм его жизни, диктуя значимые модели отношений между проживающими.

Во-первых, целесообразно определить, какие особенности эмоциональной сферы отдыхающих мы хотим активизировать, а какие — ослабить. Для этого достаточно выделить в здании так называемые «стигулирующие» и «гармонизирующие» уголки (это могут быть комнаты отдыха или что-то им подобное, а только номера для проживания).

Гармонизирующий тип интерьера рассчитан на его посещение той категорией проживающих, которые нуждаются в ощущении покоя, стабильности и умиротворенности. В колорите отделки такого помещения оптимальны теплые и светлые тона (мягкие оттенки оранжевого или желтого цвета в пределах от цвета речного песка до янтарного и терракотового). Мебель может быть компактной, но обязательно удобной и из натуральных материалов. Неплохо, если она имеет элементы некоторой строгости и элегантности. Тем не менее, ее главная задача — позволить проживающему окунуться в мир гармонии и удовольствия. Украшением стиля могут стать несколько картин, книги и, по возможности, фарфор. В то время как форма светильников не претендует на изысканность, свет, который они издают, должен быть мягким. Окна такого «уголка» могут иметь полупрозрачные жалюзи, полы — покрыты мягким ворсом, приглушающим шаги. Благодаря оптимальному сочетанию оттенков фактуры отделочных материалов, элементов декора и аксессуаров, интерьер подстраивается под ожидания конкретной социальной группы, но, по своей сути, является как бы продолжением внутреннего «я» конкретного клиента.

Во-вторых, правильно подобранная цветовая гамма сильно влияет на психологическое состояние человека.

Лучше сочетаются друг с другом краски из одной температурной группы. Так, теплые тона взбадривают, возбуждают, ускоряют течение процессов в организме. Например, красный цвет стимулирует мозг, эффективен при меланхолии, ускоряет пульс, усиливает аппетит, но в больших количествах повышает артериальное давление, частоту дыхания, сердцебиения и вызывает агрессию. Розовый цвет создает ощущение легкости, настраивает на мечтательный лад, обещая удовлетворение жажды глубоких, сильных чувств. Оранжевый цвет стимулирует чувства и эмоции, создает ощущение веселья и благополучия, но при длительном

воздействию утомляет. Желтый — цвет солнца, дня, надежды и активности — усиливает умственную активность.

Другая часть спектра расслабляет, успокаивает и помогает сосредоточиться на каком-то ощущении. Так, зеленый — это самый лучший цвет для отдыха, он прекрасно снижает напряжение мышц глаз, снимает раздражительность, усталость, бессонницу, благоприятно сказывается на кровяном давлении, поднимает тонус и настроение. Оттенки зеленого цвета обладают разной энергетикой. Консервативному человеку придется по душе устойчивый и серьезный темно-зеленый цвет, вызывающий ассоциации с дорогим английским сукном. А светлые оттенки зеленого (например, салатовый цвет) словно созданы для тех, кто ищет радость в постоянном обновлении жизни, в новых горизонтах, встречах и приключениях.

Синий цвет воплощает неторопливость и спокойствие. Он освобождает человека от суетных мыслей и негативных переживаний, погружая его в стихию прохлады и умиротворенности, понижает артериальное давление, частоту дыхания и сердцебиения. Однако его темные оттенки или большая интенсивность (как и фиолетовый, пугающий своей мистичностью) угнетают психику и могут вызвать депрессивное состояние. Чтобы избежать возможного негативного влияния на проживающих синего цвета, целесообразно использовать в интерьере светло-голубой цвет. Он наполнен теплой радостью и светом ясного весеннего неба. А вот темно-синий цвет на подсознательном уровне связан с ночью и сном.

Цветовую гамму можно разделить и по насыщенности. Светлые тона оптически раздвигают пространство, создают иллюзию свободы, полета, легкости. Они должны преобладать в любом интерьере, за исключением, возможно, неких специальных комнат, например, фотолаборатории. Пастельные оттенки могут настраивать на романтический лад, придавать помещению чистоту и свежесть. Темные краски успокаивают, уравнивают настроение, уменьшают и вытягивают предметы. Насыщенные краски оправданы для выделения нескольких цветовых пятен, на которые ложится основная декоративная нагрузка, потому что они будут сразу привлекать внимание.

Небольшие уголки, выполненные в темных и теплых тонах, будут выглядеть очень уютно. Гармонично и интересно смотрятся плавные переходы нескольких оттенков одного цвета. Контрастности в оформлении можно достичь сочетанием разных красок, причем резкие перепады оживляют любую композицию и привлекают взгляд.

Если обратить внимание на яркость цвета, то можно заметить следующую закономерность. Яркие оттенки бодрят, наполняют энергией, а пастельные расслабляют и настраивают на отдых. Выбирая цвет для помещения, целесообразно учитывать не только его размеры, но и то, на какую сторону выходят окна. Так, для жилой комнаты наиболее подходит зеленый цвет: он успокаивает, снимает напряжение и усталость. Для лучшего восприятия пространства к нему нужно добавить синие или желтые аксессуары.

Красный цвет подходит для оформления столовой. Однако необходимо помнить и о том, что он зрительно уменьшает пространство, повышает раздражительность и агрессивность.

Желтый цвет будет хорошо смотреться в помещениях с окнами на северную сторону.

Синий цвет вызывает ощущение расслабленности, покоя, снимает эмоциональное напряжение — он идеален для спального помещения.

Фиолетовый цвет вообще не следует выбирать для оформления помещения: его воздействие на психику проявляется в очень большом понижении физической активности и работоспособности, возникновении угнетенного состояния.

Также не стоит увлекаться и коричневым цветом. Несмотря на то, что он вызывает ощущение спокойствия, темные тона этого цвета могут спровоцировать возникновение мрачных мыслей.

Нейтральные цвета (белый, серый, черный) можно использовать в любом интерьере. Белый цвет может занимать очень большую поверхность в оформлении помещения, он прекрасно дополняет любые цвета и служит отличным фоном.

Используя в оформлении помещения черный цвет, нужно стремиться к тому, чтобы он не занимал слишком большую площадь. Лучше его применять в качестве оттеняющего для других цветов. Хотя светлые оттенки серого цвета и являются хорошим фоном для мебели, в больших количествах он действует угнетающе. Лучше, если в оформлении помещения будут главенствовать светлые тона, а яркие цвета занимать меньшую площадь. Исключение составляет случай, если темный цвет выбран для интерьера специально.

В-третьих, важными составляющими интерьера является свет — его интенсивность, тон и распределение в пространстве.

Кроме прямого биологического воздействия на организм человека, он обладает магическими свойствами: способен изменять пространство, придавая ему различную эмоциональную окраску — драматическую,

игривую, деловую или праздничную. Он влияет на уровень нашей работоспособности, создавая ощущение как радости и успеха, так и усталости, вялости, неудач в личных отношениях и на работе. Свет может быть спокойным и резким, открытым и загадочным. Например, затемненное помещение вызывает ощущение сонливости, снижается жизненный тонус и настроение. Равномерное освещение комнаты приводит к тому, что оно теряет свои контуры, представляется скучным и быстро утомляет, поскольку лишено контраста. В условиях бестеневого света человек не может чувствовать себя естественно продолжительное время: у него возникает ощущение «потери пространства» и искажения форм предметов, что отрицательно сказывается на деятельности психики в целом. Освещение прямыми лучами создает в помещении световые контрасты (предметы обретают четкие тени и объем), вносит оживление и пробуждает к активности. Однако слишком мощные светильники не только чрезмерно возбуждают психику, но и дают искривленные тени на стенах, мебели и лицах окружающих. Другими словами, контрастное освещение «ломает» форму предметов, утомляет зрительные рецепторы и раздражает. Следовательно, чтобы создать атмосферу комфорта и успокоения, следует использовать рассеянный свет. Ведь соседство света и тени пробуждает ассоциации прикосновения к природе, гармонизирует и создает уютное настроение.

При помощи света можно изменить любую планировку комнаты. Например, чтобы создать ощущение квадратной комнаты, стоит ярче подсветить наиболее удаленную стену, а «раздвинуть» пространство можно, если подсветить нижние углы комнаты.

Тема 1.4. ПОНЯТИЕ О РЕАБИЛИТАЦИИ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТЕХНИЧЕСКИХ СРЕДСТВ

Современные организационные и правовые основы обеспечения пожилых людей и инвалидов техническими средствами реабилитации

В нашей стране одним из приоритетных направлений государственной социальной политики является обеспечение инвалидов современными техническими средствами реабилитации, необходимыми для свободного передвижения и дальнейшей их интеграции в общество.

Изготовление вспомогательных средств реабилитации осуществляет РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр» Министерства труда и социальной защиты. Это единственное в стране предприятие по оказанию протезно-ортопедической помощи населению, которое изготавливает более 70% наименований изделий, выделяемых инвалидам за полную стоимость, бесплатно, на льготных условиях. Право

на обеспечение техническими средствами имеют граждане Республики Беларусь, иностранные граждане и лица без гражданства, постоянно проживающие на территории нашей страны.

РУП «БПОВЦ» располагает сетью филиалов и мастерских во всех областных центрах и крупных городах республики.

Ежегодно услугами РУП «БПОВЦ» пользуются около 180 тысяч граждан нашей страны.

Обеспечение инвалидов I группы техническими средствами социальной реабилитации (инвалидная коляска, подушка противопролежневая для сидения в инвалидной коляске и др.) происходит в соответствии с Постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 11.12.2007 № 1722.

Данным постановлением утвержден Государственный реестр (перечень) технических средств социальной реабилитации, а также Положение о порядке обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации органами по труду, занятости и социальной защите и Положение о порядке обеспечения граждан техническими средствами социальной реабилитации государственными организациями здравоохранения.

Абсолютное большинство технических средств социальной реабилитации, указанных в реестре, инвалидам I группы предоставляются бесплатно.

Выделение технических средств социальной реабилитации осуществляется на основании индивидуальной программы реабилитации (ИПР) инвалида или заключения ВКК государственной организации здравоохранения по месту жительства гражданина. Их выдача производится через управления (отделы) по труду, занятости и социальной защите местных исполнительных и распорядительных органов по месту жительства, организации здравоохранения или Белорусским протезно-ортопедическим восстановительным центром и его филиалами.

Для того что бы получить коляску активного типа в заключении ВКК или ИПР инвалида должно быть указано: *«кресло-коляска* активного типа *«Гепард»*», либо *«кресло-коляска* активного типа КВ АК ЦСИЕ.03.481.00.00.00» с указанием раз-мера коляски.

Кроме заключения ВКК, для получения кресла-коляски активного типа инвалиду требуется наличие сертификата (справки) о прохождении обучения по пользованию коляской активного типа. Сертификат выдаётся по окончании курса на БПОВЦ или после курса в лагере активной

реабилитации, проводимым ОО «Республиканская ассоциация инвалидов-колясочников».

Для обеспечения средствами реабилитации по индивидуальному проекту (статья №19 реестра), в ИПР инвалида или медицинском заключении ВКК должны быть указаны физиологические особенности гражданина (вес, рост и другие особенности).

Для получения технического средства социальной реабилитации гражданину необходимо представить:

1. заявление;
2. индивидуальную программу реабилитации инвалида (ИПР инвалида) или заключение врачебно-консультационной комиссии государственной организации здравоохранения (заключение ВКК) о нуждаемости в техническом средстве;
3. документ, удостоверяющий личность;
4. удостоверение инвалида I группы.

Граждане, имеющие право на обеспечение средствами реабилитации бесплатно либо на льготных условиях, подают указанные документы, в течение срока действия ИПР инвалида или заключения ВКК о нуждаемости их в средствах реабилитации.

Заключение ВКК оформляется и выдается гражданину в день заседания ВКК. ИПР инвалида выдается гражданам в случаях, установленных законодательством Республики Беларусь, после прохождения ими медико-социальной экспертизы в медико-реабилитационной экспертной комиссии.

Одновременно с получением заключения ВКК или ИПР инвалида граждане получают информацию об условиях получения средства реабилитации.

Вопросами оформления заявок на обеспечение техническими средствами социальной реабилитации нуждающихся граждан занимается ТЦСОН (территориальный центр социального обслуживания населения). Для получения кресло-коляски (кресло-коляска комнатная, кресло-коляска с электроприводом, кресло-коляска прогулочная, кресло-коляска активного типа) пациенту необходимо обратиться в ТЦСОН по месту регистрации в дни приема. Ему покажут каталог выпуска технических средств социальной реабилитации РУП «Белорусский протезно-ортопедический восстановительный центр». Специалист по социальной работе поможет заполнить заявление, в котором обязательно указывается модель выбранной кресло-коляски, а также проинформирует дальнейшие действия необходимые для получения средства реабилитации.

Отдельные средства реабилитации (а именно выданные бесплатно), например, инвалидные коляски, велоколяски, малогабаритные коляски и так далее подлежат возврату. Если гражданину по каким-то причинам эти приспособления уже не нужны, то они возвращаются в территориальный центр социального обслуживания населения.

Тема 1.5. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ САМООБСЛУЖИВАНИЯ И МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УХОДА

Технические средства реабилитации для самообслуживания

Бандажи, корсеты и реклинаторы

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

Бандажи оказывают давление на область, вокруг которой они обвязаны, тем самым препятствуют движению внутренних органов, провисанию кожи и мышц, позволяют зафиксировать травмированные части тела при травмах.

Ортопедические бандажи предназначены для поддержания, иммобилизации поврежденных или болезненных суставов, мышц или конечности в целом. Бандажи для локтевых, коленных, голеностопных и других суставов предназначены для сдерживания суставов от чрезмерной подвижности, для поддержания суставной сумки и мышц и исключения влияния чрезмерных нагрузок. Эластичность и прочность бандажей для суставов позволяет сохранить подвижность, но, вместе с тем, ограничивает её. Бандаж для мышц спины и позвоночника необходим для поддержания туловища в правильном вертикальном положении и снятия нагрузки на больной отдел позвоночника или мышцы.

Бандажи для брюшной стенки применяются при возникновении грыжи брюшной стенки. Их назначение – поддержание мышц живота и спины. При грыжах такие бандажи имеют форму пояса, опоясывающего зону возникновения грыжи. Бандаж искусственно восстанавливает эластичность кожи и мышц вокруг грыжи и уменьшает её выпячивание.

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

По типам предназначения корсеты делятся на две группы: корсеты, используемые для профилактики заболеваний позвоночника, и лечебные корсеты. Во вторую группу входят корсеты, предназначенные для активной и пассивной коррекции позвоночника на различных стадиях деформации.

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

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

В основном реклинаторы являются изделиями массового производства с обширным типоразмерным рядом. Применяются различные разновидности изделий

Аппараты. Тютеры.

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

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

Основное предназначение любого аппарата на верхнюю конечность – обеспечение возможности вовлечения поражённой конечности в выполнение бытовых и трудовых операций.

В зависимости от медицинского назначения ортопедические аппараты на верхние конечности условно делятся на 3 типа: *функциональные (тренировочные), фиксационно-корректирующие и разгружающие.*

Главное предназначение аппаратов на нижние конечности – обеспечение функции опоры, частичное или полное восстановление локомоторного акта.

В зависимости от медицинского предназначения ортопедические аппараты на нижние конечности делятся на 3 типа: *функциональные, фиксационно-корректирующие и разгружающие.*

Тютор представляет собой ортопедическое изделие, в котором отсутствуют шарнирные соединения и которое предназначено для жёсткой

фиксации сустава (ов) или сегмента конечности и их частичной разгрузки в приданном положении коррекции.

Туторы подразделяются на две подгруппы: туторы на верхние и нижние конечности.

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

Туторы на нижние конечности предназначены для фиксации и удержания её сегментов в корригированном (с устранением имеющихся патологических установок) или определённом положении, что может быть обусловлено необходимостью целесообразной нагрузки ноги или с целью анкилозирования сустава и сращения костей при замедленной их консолидации.

Кроме того, туторы должны создавать благоприятные условия для восстановления функции ослабленных перерастяжением мышц, а у детей, в процессе их естественного роста, способствовать нормализованному формированию костно-суставной системы, дозированно воздействуя на имеющиеся фиксированные деформации. Кроме фиксационно-корректирующей функции, в нагрузочных туторах может быть обеспечена частичная или полная разгрузка дистального отдела или всей конечности (например, при значительном дефекте бедренной кости). В зависимости от преобладающего воздействия на нижнюю конечность той или иной функции, туторы подразделяются на безнагрузочные и нагрузочные (нагружаемые при ходьбе).

Обувь. Специальная одежда.

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

К ортопедической обуви предъявляются следующие требования:

- ортопедическая обувь должна быть изготовлена по индивидуальной мерке (ортопедическая обувь никогда не может быть массового производства);
- ортопедическая обувь должна быть изготовлена главным образом из жесткой кожи, которая может быть усилена металлическим или

пробковым каркасом, придающим обуви жесткость для исправления деформации ноги (стопы);

- верх обуви не должен быть целиком изготовлен из ремешков или по-лос;
- ортопедическая обувь должна быть предназначена для исправления деформации стопы и облегчения боли при ходьбе.

Ортопедическая обувь для инвалидов делится на два вида: *малосложная* и *сложная*.

Малосложная ортопедическая обувь – это обувь, внутренняя форма которой унифицирована и разработана с учетом анатомических изменений нижних конечностей при дефектах, на которые она рассчитана. Индивидуальный подход к пациенту обеспечивается за счет варьирования профиля вкладной ортопедической стельки, параметры которой учитываются при проектировании внутренней формы обуви.

К *сложной ортопедической обуви* относится обувь, изготавливаемая по слепку, а также обувь, при изготовлении которой требуется примерка и подгонка. К сложной ортопедической обуви также следует относить обувь, изготавливаемую на колодке, индивидуально доработанную для конкретного больного.

Специальная одежда для инвалидов – одежда, сконструированная и изготовленная с учетом функциональных возможностей и потребностей инвалида в комплекте с различными техническими вспомогательными средствами и с использованием специальной фурнитуры, а также материалов со специфическими качествами.

Функционально-эстетическая специальная одежда должна обеспечивать незаметность для окружающих анатомических особенностей фигуры инвалида.

В настоящее время разработаны различные комплекты специальной одежды для инвалидов, имеющих дефекты верхних конечностей. Они имеют особенности конструкции в зависимости от вида и уровня дефектов рук; использования протезно-ортопедических изделий; необходимости выполнения действий по самообслуживанию; а также функционального предназначения (пальто, костюм, брюки, юбка, трусы, комбинезон и полукомбинезон), пола и возраста инвалида.

Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов

Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов предназначены для использования инвалидами в жилых помещениях в процессах приготовления и приема пищи, мытья посуды, надевания и снятия одежды и обуви, открытия и закрытия дверей и окон, пользования постельными

принадлежностями, мебелью, электроприборами, радио- и телеаппаратурой, для уборки помещений.

Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов должны обеспечивать удобство в пользовании изделиями бытового назначения; удовлетворять санитарно-гигиеническим требованиям; быть эстетичными и удобными при эксплуатации.

Технические средства для медико-социального ухода

Противопролежневые матрацы и подушки

Противопролежневые матрацы и подушки – это технические средства реабилитации, обеспечивающие снижение риска развития и лечение пролежней у пациентов с различными видами патологии и с длительной неподвижностью.

Принцип действия противопролежного матраца заключается в постоянном массажном воздействии и перераспределении давления с одних частей тела на другие.

Специальные средства при нарушениях функций выделения

Среди людей с ограничениями жизнедеятельности особую группу составляют инвалиды с нарушениями функций выделения в виде стомы кишечника или мочевых путей.

Стома – это отверстие, искусственно созданное хирургическим путем. Вслед за удалением части кишечника, мочевых путей на передней брюшной стенке формируется постоянный или временный свищ, через который происходит неконтролируемое отхождение газов, содержимого кишечника или мочи. Термин «стома» греческого происхождения, означает «рот» или «устье».

Виды технических средств реабилитации для инвалидов с нарушениями функций выделения:

- калоприемники;
- уроприемники;
- вспомогательные средства ухода за стомой;
- уропрезервативы;
- мешки для сбора мочи;
- катетеры;
- комплексные системы для интермиттирующей катетеризации;
- анальные тампоны;
- абсорбирующее белье;
- подгузники.

Калоприемники и уроприемники – устройства, носимые на себе, предназначенные для сбора кишечного содержимого и мочи и устранения их агрессивного воздействия на кожу.

Калоприемники и уроприемники относятся к техническим средствам реабилитации, так как их использование решает вопрос о компенсации ограниченной жизнедеятельности, возвращая инвалида со стомой к активной творческой и трудовой деятельности.

К калоприемникам и уроприемникам предъявляется ряд требований: безопасность для кожных покровов, прилегающих к калоприемникам и уроприемникам, полная и надежная изоляция кишечного содержимого или мочи от окружающей среды и элементов одежды пациента, герметичность, прочность крепления, а также незаметность под одеждой, простота использования и пр.

Кресла-стулья с санитарным оснащением

Кресло-стул с санитарным оснащением предназначено для использования в туалетных или других помещениях при самообслуживании и уходе за инвалидами.

Инвалиды обеспечиваются изделиями в виде кресла-стула с санитарным оснащением нескольких модификаций:

- кресло-стул с санитарным оснащением активного типа;
- кресло-стул с санитарным оснащением (с колесами);
- кресло-стул с санитарным оснащением (без колес);
- кресло-стул с санитарным оснащением пассивного типа повышенной грузоподъемности (без колес).

Тема 1.6. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ПОЖИЛЫХ ГРАЖДАН С ПОРАЖЕНИЕМ НИЖНИХ И ВЕРХНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ, ЗРЕНИЯ И СЛУХА

Технические средства реабилитации для инвалидов и пожилых граждан с поражением нижних конечностей

Инвалиду с нарушением двигательных функций конечностей в первую очередь необходимы следующие технические средства, облегчающие его перемещения:

- кресло-коляска,
- опора в кровать веревочная,
- опора в кровать металлическая,
- подъемник для перемещения лежачего пациента,
- костыли,

- трости,
- ходунки,
- скользящая сшивная простыня,
- доска для перемещения.

Кресло-коляска

Главным субъектом решения основных жизненных проблем людей, которые по воле судьбы оказались в инвалидной коляске, является действующее с 1997 года общественное объединение «Республиканская ассоциация инвалидов-колясочников».

Деятельность ОО "РАИК" нацелена на то, чтобы сделать жизнь инвалидов-колясочников в Беларуси полноценной и независимой, максимально включить их в социум.

Среди основных видов деятельности особое значение имеют лагеря-семинары активной реабилитации, программа «Первый контакт», проведение обучающих и просветительских тренингов для инвалидов и сотрудников организаций, работающих с инвалидами, содействие созданию безбарьерной среды для людей с инвалидностью в Республике Беларусь.

Кресла-коляски характеризуются большим разнообразием конструкций. Классификация кресел-колясок включает: кресла-коляски модульного типа, кресла-коляски универсальные, комнатные, прогулочные, спортивные, детские, складные и нескладные, кресла – коляски с механизмом подъема и опускания (посадки) пользователя на сиденье кресла-коляски, а также кресла – коляски активного типа.

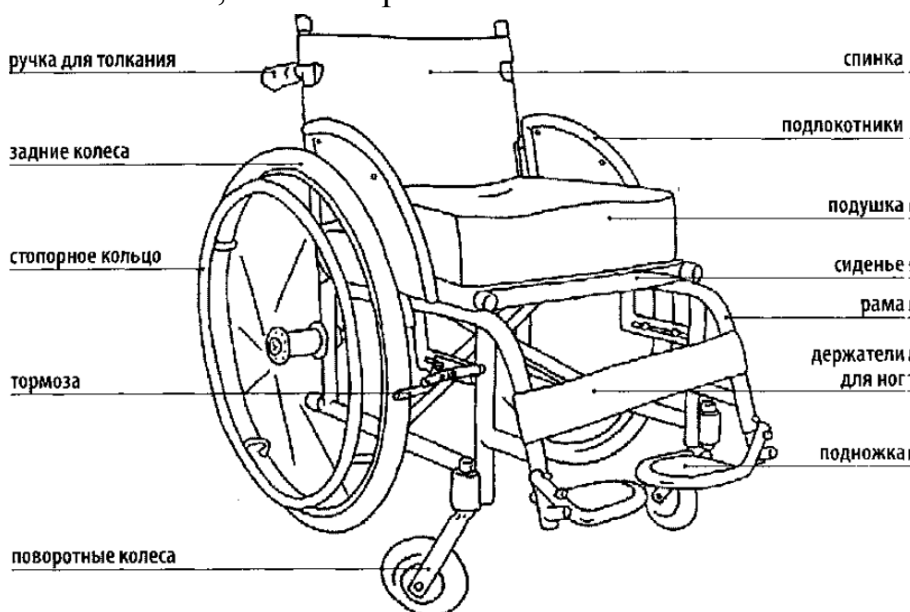


Рис. 1. Кресло-коляска с ручным управлением и его составные части

Положение пациента в кресле-коляске должно быть равномерным и удобным (рис.2).

Наклон спинки должен быть таким, чтобы не натереть себе позвоночник.

При посадке ноги должны быть параллельно полу и при попытке засунуть ладошку под ягодицу она должна заходить не свободно и не плотно. Тогда масса тела распределяется равномерно и нагрузка на седалищные кости минимальная.

Бедра должны находиться параллельно по отношению к полу. Угол согнутого колена должен быть девяносто градусов.

Стопы не должны свисать с подножки кресла-коляски, чтобы при движении или при повороте не травмировать их о какую-то преграду.

Высотой подножки можно подрегулировать и угол колена и правильность положения стопы.



Рис. 2. Правильное положение в кресле -коляске

Медицинская сестра может без затруднения оценить способность пациента передвигаться в кресле-коляске. Результаты оценки условно распределяются по трем градациям:

- ✓ низкий уровень (элементарный);
- ✓ средний уровень;
- ✓ высокий уровень.

Пациенты с низким уровнем пользования креслом-коляской могут проехать вперед-назад в помещении, повернуть на 90°, развернуться на 180°, проехать через дверь и дотянуться до предмета на высоте 1,5 м, переместиться с кресла-коляски на кушетку и обратно, проехать по наклонной поверхности 5° градусов вверх и вниз.

Больные с результатами среднего уровня дополнительно могут перебраться через порог 2 см и переместиться с земли в кресло-коляску.

Пациенты с высоким уровнем пользования креслом-коляской, могут подняться на порог 15 см, держать баланс на задних колесах, в единичных случаях подниматься и спускаться по лестнице на кресле-коляске.

Правила обращения с пациентом, передвигающегося с помощью инвалидной коляски

- ✓ Помнить что инвалидная коляска - неприкосновенное пространство пациента. Не облакачиваться на нее, не толкать, не класть на нее ноги без разрешения.
- ✓ Всегда спрашивать, нужна ли помощь, прежде чем оказать ее. Если предложение о помощи принято, четко следовать инструкциям пациента.
- ✓ Если пациент разрешил передвигать коляску, надо сначала катить ее медленно. Коляска быстро набирает скорость, и неожиданный толчок может привести к потере равновесия.
- ✓ Следует лично убедиться в доступности места, где запланировано мероприятие. Заранее предусмотреть возможные проблемы или барьеры, и как их можно устранить.
- ✓ Нельзя хлопать человека, находящегося в инвалидной коляске, по спине или по плечу.
- ✓ Если возможно, надо расположиться так, чтобы при общении лица были на одном уровне. Нужно избегать положения, при котором пациент должен запрокидывать голову.

Опора в кровать веревочная

Опора в кровать веревочная представляет собой устройство для поднимания пациента посредством поочередного перехватывания горизонтальных реек, изготовленных из твердых материалов (металла, дерева, пластмассы) и закрепленных в веревочный каркас, который крепится к спинке кровати или потолку над кроватью. Эта веревочная лесенка помогает лежачим больным принимать в постели положение сидя,

способствует восстановлению движения и облегчению самообслуживания (рис. 3).



Рис. 3. Опора в кровать веревочная

Опора в кровать металлическая

Опора в кровать металлическая — это дуга напольная прикроватная, которая предназначена для облегчения самостоятельного перемещения и изменения положения тела пациента на кровати, а также обеспечения опоры при подъеме с кровати (рис.4).

Она имеет следующие технические характеристики: металлическую конструкцию, которая должна быть устойчива к дезинфекционной обработке; регулируемую по высоте штангу; подвесной поручень (ручку-опору); регулировку длины цепи поручня; регулировку расстояния цепи от штанги; возможность фиксирования опоры защелками в любом положении; возможность расположения напольной части опоры под кроватью.



Рис. 4. Опора в кровать металлическая

Подъемник для перемещения лежачего пациента

Подъемник для перемещения лежачего пациента облегчает перемещение пациента с нарушением функций нижних конечностей (рис.5). Колеса подъемника снабжены тормозами.



Рис.5. Подъемное устройство

Костыли

Костыли— это вспомогательные технические средства, предназначенные для облегчения ходьбы, имеющее ножку, рукоятку и опору на подмышечную область или на предплечье (рис.6 и 7).



Рис. 6. Костыль подмышечный



Рис. 7. Костыль с опорой под локоть

Костыли подлокотниковые и подмышечные регулируются по высоте; имеют резиновые насадки. Ручки должны находиться на расстоянии от

пола до запястья руки больного, а подмышечная опора – от подмышки до пола. Применяются как дополнительная опора при перемещении.

Трость опорная

Трость опорная – это техническое средство реабилитации, предназначенное для облегчения самостоятельного передвижения инвалида, для осуществления поддержки инвалида во время ходьбы, для улучшения равновесия за счет создания дополнительной точки опоры (рис. 8 и 9).

Они бывают регулируемые и нерегулируемые по высоте; формы ручек различные; имеют резиновые насадки и насадки против скольжения, которые в зимний период предотвращают возможность поскользнуться и упасть.

Ручка трости должна находиться на расстоянии от пола до запястья пациента. Применяются в качестве опоры при передвижении и обучения ходьбе.

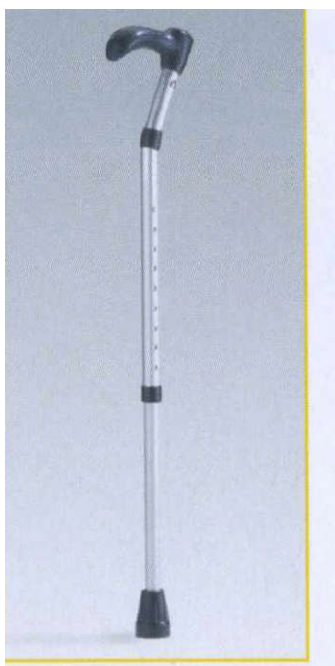


Рис. 8. Трость одноопорная

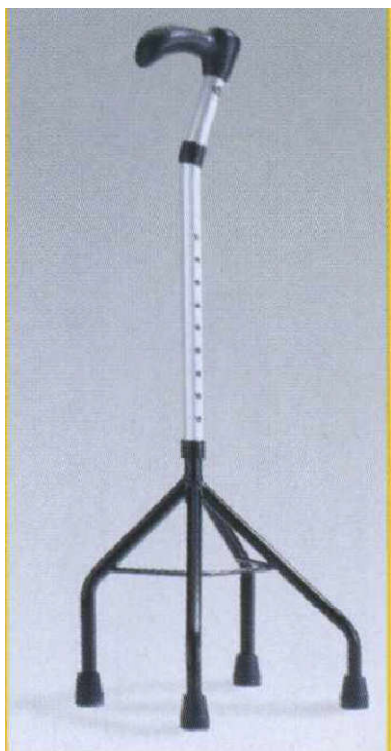


Рис.9. Трость четырехопорная

Ходунки

Ходунки - приспособления, предназначенные для поддержания вертикального положения и ходьбы инвалидов с выраженными нарушениями возможности передвижения (рис.10 и 11).

Это техническое средство реабилитации с четырьмя опорами и двумя рукоятками, управляемое обеими руками пациента, возможно в комбинации с верхней частью тела.

Ходунки условно можно разделить на следующие виды: стационарные, шагающие, универсальные, ходунки на колесах (роллаторы), ходунки с двумя уровнями поручней.

Стационарные ходунки используются для ходьбы по твердой и ровной поверхности; существуют различные модели стационарных ходунков – цельные, складные, регулируемые. При передвижении с помощью шагающих ходунков пользователь поочередно двигает левую и правую стороны ходунков, имитируя шаг. Существуют ходунки с двумя уровнями поручней (верхними и нижними), располагающимися друг над другом, что помогает пациенту с их помощью встать с кровати или стула. Ручки на ходунках бывают с пористым покрытием и пластиковые.

Высота регулируется. При установке высоты ходунков для пациента измеряют расстояние от пола до запястья руки.



Рис.10. Ходунки с одним уровнем поручней



Рис. 11. Ходунки с несколькими уровнями поручней

Скользкая сшивная простыня

Скользящая сшивная простыня помогает пациенту самостоятельно пересесть с кровати в коляску (рис.12). Простыню сшивают так, чтобы скользящая поверхность ткани находилась внутри. При перемещении скользящие поверхности, лежащие друг на друге, облегчают передвижения пациента.



Рис.12. Перемещение с кровати в кресло-коляску по скользящей простыне

Доска для перемещения

Доска для перемещения облегчает перемещение пациента с кровати в коляску (рис. 13). Выпускаются пластиковые и деревянные доски.

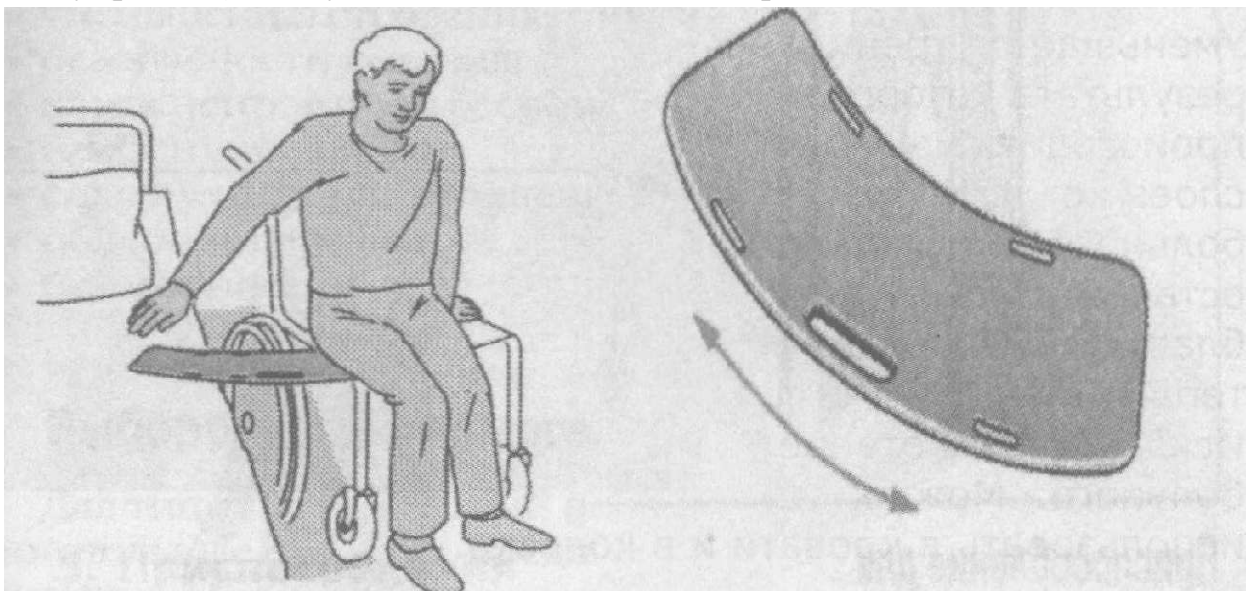


Рис. 13. Перемещение с кровати в кресло-коляску по доске

Современные технические средства являются ярким доказательством того, что инвалид с нарушением двигательных функций конечностей – это «человек с особыми потребностями», а не «субъект с ограниченными

возможностями». Общение с ним должно приносить всем радость и удовольствие.

Технические средства реабилитации для слабовидящих и слепых инвалидов

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

Устройства для чтения «говорящих книг» должны позволять различным категориям инвалидов по зрению самостоятельно работать с плоскочечатными текстами (книгами, периодическими изданиями и другими документами) посредством звукового ряда первоисточника с использованием информационных носителей, записанных в специальном защищенном тифлоформате воспроизведения «говорящих книг».

Специальное устройство для чтения «говорящих книг» на флэш-картах, относящееся к тифлотехническим средствам реабилитации для слепых и слабовидящих, позволяет осуществлять компенсацию нарушенных функций зрения и способствует активному приспособлению инвалида к окружающей среде.

К таким устройствам относятся различные виды тифлофлешплееров, тифломагнитофонов с функцией чтения дисков, записанных в формате MP3, тифломагнитол.

Специальные устройства для оптической коррекции слабовидения

Электронный ручной видеоувеличитель - портативное устройство со встроенным дисплеем; предназначен для чтения плоскочечатного текста инвалидами по зрению.

Электронный стационарный видеоувеличитель – это устройство, предназначенное для чтения плоскочечатного текста, рассматривания мелких рисунков, заполнения и подписи документов, работы с калькулятором и др. инвалидами по зрению посредством вывода на экран монитора увеличенного изображения в различных, комфортных для зрения конкретного пользователя, контрастных видеорежимах. Устройство совместимо со всеми современными компьютерами и телевизорами. Стационарная модель может использоваться как дома, так и на рабочем месте. С помощью электронного стационарного видеоувеличителя инвалид может прочесть книги и газеты, может смотреть телевизор или работать за компьютером.

Лупа – это техническое средство реабилитации, предназначенное для оптической коррекции слабовидения инвалидов с нарушением зрения. Лупа позволяет осуществлять компенсацию нарушенных функций органа зрения для обеспечения доступа инвалида к чтению различной печатной

информации (в виде текстов и рисунков) с целью увеличения шрифта печатных материалов.

Собака–проводник с комплектом снаряжения

Обеспечение слепых инвалидов собакой-проводником служит улучшению ориентации, общения, мобильности, способствует социальной интеграции незрячих людей, что определяет значительный реабилитационный эффект данного вида помощи. Собака – проводник с комплектом снаряжения включена в число технических средств реабилитации.

В комплект снаряжения входит специальный ошейник, поводок, намордник, шлейка, гребешок.

Собака-проводник проходит специальное обучение, чтобы обеспечить инвалиду возможность передвижения по маршруту, на котором имеются препятствия (забор, бордюр, светофор и т.д.). Собака – проводник узнает местность и пути движения, которые она посещала вместе с хозяином. Обученная собака останавливается и тем самым информирует о возникшей проблеме. В этом случае инвалид, пользуется тактильной тростью или помощью прохожих, находит выход из затруднительного положения. При пользовании общественным транспортом собака - проводник помогает инвалиду найти вход и выход из салона. Ориентируясь на местности, собака – проводник может найти нужный дом, безопасный дорожный переход, сопроводить инвалида в подземный переход, следуя за остальными прохожими.

Практика показала, что самыми подходящими породами собак для такой работы являются лабрадоры, голден ретриверы, колли, немецкие и северо-азиатские овчарки.

Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом, сигнализаторы звука световые и вибрационные

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

Медицинский термометр с речевым выходом имеет высокое быстродействие, точность измерения, автоматическое выключение, сохранение в памяти последнего измерения. В верхней части термометра на передней панели расположен жидкокристаллический дисплей. Под дисплеем находится кнопка, нажатие на которую обеспечивает включение/выключение прибора и голосовое сообщение показаний

дисплея. На задней стороне термометра в верхней части находится динамик. Под динамиком расположен отсек для батарей.

Сигнализаторы звука световые и вибрационные

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

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

Технические средства реабилитации для слабослышащих и глухих инвалидов

Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления

Слуховой аппарат - электронный прибор, предназначенный для звукоусиления по воздушному или костному звукопроводению.

Его основное назначение – преобразование сигнала, создаваемого источником звуковой информации, таким образом, чтобы этот сигнал смог быть воспринят слабослышащим человеком с достаточно высокой степенью слухового ощущения. Для этого слуховой аппарат усиливает звуковые сигналы, а также изменяет их динамические и частотные характеристики в соответствии со степенью и характером нарушения слуха.

Каждый слуховой аппарат имеет:

- Микрофон, преобразующий акустический сигнал в электрический, чтобы затем передавать их на усилитель. В современных слуховых аппаратах используются два типа микрофонов – разномнаправленные (они одинаково хорошо воспринимают звуки из разных направлений, поэтому предназначены для тихой беседы) и напнавленные (воспринимают звук из одного напнавления, особенно эффективны в шумной обстановке). Для подавления шумов в ряде слуховых аппаратов применяются два адаптированных микрофона.
- Усилитель электрического сигнала. Аналоговые усилители принимают сигнал от микрофона в виде аналогового электрического импульса, усиливают его и передают на телефон. Цифровые усилители преобразуют электрический импульс в цифровой код,

усиливают сигнал и передают его на телефон снова в виде электрического импульса.

- Батарейки питания.
- Элементы управления, настраиваемые пользователем или слухопротези-стом.
- Телефон, преобразующий электрический сигнал обратно в акустический сигнал. Современные телефоны (динамики) передают звук очень высокого качества (без искажений).

Телевизор с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами, телефонные устройства с текстовым выходом, голосообразующий аппарат

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

РАЗДЕЛ 2 «РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ»

Реабилитация или восстановление здоровья больного человека с инвалидизирующим заболеванием – это весьма продолжительный, а нередко пожизненный труд по достижению физического, психологического и социального благополучия при наличии хронического, порой прогрессирующего недуга.

Больной человек, имея хроническое заболевание, может чувствовать себя здоровым. В этом и состоит золотое содержание понятия «восстановление здоровья».

Безусловно, роль модератора и организатора в восстановлении здоровья подопечного после тяжелого заболевания, либо при его наличии и прогрессировании, принадлежит медицинской сестре. Поэтому именно ей адресуются все рекомендации по реабилитации.

Однако, это не умаляет значение и роль социального работника, волонтера и близкого родственника больного человека.

Тема 2.1. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Инсульт и его последствия

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к внезапному расстройству функций головного мозга.

Инсульт является одной из основных причин инвалидности и смертности во многих индустриальных странах мира, в том числе и в Республике Беларусь. Частота инсультов колеблется в различных регионах мира от 1 до 4 случаев на 1000 населения в год. Обычно инсульт

возникает у людей старше 65 лет. Увеличение вероятности развития инсульта у пожилых людей обусловлено возрастными изменениями мозга.

Тяжелый психосоциальный дистресс, обусловленный событиями, связанными с угрозой жизни, также значительно повышает риски развития инсульта и усугубления его клинических последствий.

Среди инсультов около 85% составляют ишемические (тромбозы, эмболия церебральных сосудов, другие причины) и 15% - геморрагические (внутричерепные и субарахноидальные кровоизлияния).

Заболевание характеризуется острым началом и отличается разнообразием симптомов поражения головного мозга.

Последствиями инсульта являются парезы и параличи, нарушение координации, нарушение чувствительности, поражение черепно-мозговых нервов, расстройства речи, когнитивные нарушения, нарушения высших психических функций и др.

Процесс восстановления движений в конечностях длится 3–6 месяцев от начала инсульта. Сложные двигательные навыки, такие как самообслуживание, трудовая деятельность могут полностью восстановиться только через 1–2 года. Поэтому реабилитационные мероприятия должны начинаться в максимально ранние сроки, и если позволяет состояние пациента, с первых суток заболевания.

Целью реабилитации является возвращение пострадавшего к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества.

Восстановление здоровья человека после перенесенного инсульта предусматривает следующие взаимосвязанные направления:

1. *психологическая реабилитация;*
2. *медико-социальный уход;*
3. *адаптивная физическая реабилитация;*
4. *профилактика повторного инсульта.*

Помощь в психологической реабилитации

Многие пациенты отмечают снижение настроения, сужение круга общения, чувство тревоги и безнадежности, апатию, нежелание действовать, навязчивые мысли и страхи. Эти психоэмоциональные расстройства существенно нарушают мотивации и адекватность их поведения, значительно затрудняя тем самым процесс реабилитации..

При выраженной эмоциональной лабильности и утомляемости пациента медицинская сестра ограничивает его общение с окружающими людьми. При необходимости многократно повторяет инструкции и отвечает на вопросы пациента. Подключает к лечению и реабилитации

лиц, вызывающих положительные эмоции. При нарушении познавательных функций напоминает пациенту о времени, месте, значимых лицах. Постоянно мотивирует пациента к выздоровлению.

Отношение к пациенту должно быть подчеркнуто уважительным. Если его речь затруднена выслушивать пациента внимательно и терпеливо. Говорить надо медленно и ясно, обычным голосом. Нельзя «сюсюкать» или говорить пренебрежительным тоном.

Пациента нужно обеспечить сигналом для вызова (например, колокольчиком), до которого он сможет дотянуться здоровой рукой.

При необходимости можно общаться с помощью специально подготовленных рисунков. На них изображаются предметы, которые необходимы пациенту (чашка, ложка, платок), либо указываются какие-то действия.

На видном доступном месте всегда должна лежать ручка и блокнот, в который пациент мог бы записать возникающие в течение дня проблемы и вопросы.

Нужно обеспечить доступность просмотра телевизионных программ, прослушивание радио, магнитофона, чтение книг и газет. Следует поставить телефон в достигаемом для пациента месте, чтобы он не чувствовал себя одиноким.

В психологической коррекции нуждаются и родственники. У них зачастую возникает психологический дискомфорт, неосознанность и неготовность к возникшей ситуации. Беседа с ними — важная часть работы медицинской сестры. Она доходчиво объясняет природу нарушений, которые произошли в головном мозге пациента. Подбадривая пациента, медицинская сестра делает так, чтобы любое, даже незначительное улучшение его состояния было замечено близкими людьми. Её похвала стимулирует дальнейшее желание пациента восстановиться.

В общении с пациентом и его родственниками медицинская сестра подчеркивает, что инсульт не является приговором. Это всего лишь период заболевания, который можно преодолеть и вернуться к привычной жизни.

Однако следует остерегаться гиперопеки. Ухаживающему персоналу и родственникам проще и быстрее накормить, переложить, посадить подопечного, однако всему этому с первых дней следует обучать его самого.

Необходимо с самого начала воспитывать у пациента стремление к независимому образу жизни. Чрезмерная опека в дальнейшем может сказаться не только на степени восстановления, но и на поведении

пациента, способствуя формированию психологии «инвалида», что ухудшит качество жизни как его самого, так и членов его семьи.

Помощь в медико-социальном уходе

У пациента, перенесшего инсульт, могут развиваться опасные вторичные осложнения. Это, в первую очередь, пролежни, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, нарушения дыхания и терморегуляции, аспирация и аспирационная пневмония, боли и отеки в парализованных конечностях, боль в плечевом суставе, травма, дезориентация, нарушения навыков самообслуживания.

Профилактика пролежней

Образованию пролежней способствуют длительное пребывание пациента в одном и том же положении (лежит в постели, либо сидит в кресле), а также влажная, неопрятная постель со складками и крошками.

Медицинская сестра сможет избежать образования пролежней у своего пациента при условии:

- ✓ перекладывания каждые 2 часа в различные положения в постели с учетом правил биомеханики тела;
- ✓ использования функциональной кровати и противопролежневого матраца;
- ✓ применения достаточного количества подушек подходящего размера, валиков из простыней, пеленок и одеял;
- ✓ использования специальной подставки для стоп, предотвращающей подошвенное сгибание.

Профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей

У лежачих пациентов замедляется скорость кровотока по сосудам парализованной конечности, что способствует развитию тромбоза вен.

Медицинская сестра выполняет следующие действия:

- ✓ забинтовывает больную ногу эластичным бинтом, если у пациента есть варикозное расширение вен;
- ✓ проводит ручной массаж (поглаживание и разминание) от стопы к бедру;
- ✓ придаёт определенное положение в постели (например, лежа на спине, приподнятые ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков).

Коррекция нарушений дыхания

Обеспечение проходимости дыхательных путей является приоритетной задачей у пациентов, находящихся в коме и при рвоте. Вероятными причинами обструкции дыхательных путей могут быть западание корня языка, аспирация рвотных масс и накопление мокроты в трахеобронхиальном дереве.

С целью профилактики обструкции дыхательных путей медицинская сестра должна:

- ✓ удалить съемные зубные протезы;
- ✓ регулярно санировать полость рта и верхние дыхательные пути;
- ✓ периодически контролировать и изменять положение тела пациента;
- ✓ производить пассивную дыхательную гимнастику.

Контроль терморегуляции

Для поддержания у пациента функции терморегуляции медицинской сестре необходимо соблюдать следующие требования:

- ✓ температура воздуха в помещении должна придерживаться в пределах 18°-20°С
- ✓ необходимо проводить проветривание палаты
- ✓ недопустимо использование перин и толстых одеял на постели пациента.

Профилактика аспирации и аспирационной пневмонии

Для предупреждения аспирации и аспирационной пневмонии медицинской сестре необходимо:

- ✓ применять загустители (специальный порошок, крахмал) во все жидкости, так как пациенты чаще всего поперхиваются водой;
- ✓ с учетом вкуса пациента использовать йогурты, мороженое, студень, пюре, приготовленное с помощью миксера;
- ✓ не смешивать твердую и жидкую пищу;
- ✓ делать после каждого глотка пациента паузу (длительность ее индивидуальна);
- ✓ поить пациента из небольшой и невысокой кружки, а лучше из поильника с длинным носиком, который стимулирует глотание;
- ✓ после еды создать пациенту положение сидя, либо полусидя на 30 – 40 минут;
- ✓ при выраженных расстройствах глотания организовать зондовое питание пациента.

Предупреждение боли и отека в парализованных конечностях

Медицинской сестре необходимо:

- ✓ исключить свисание конечностей;
- ✓ применить пневматическую компрессию, бинтование специальными бинтами или компрессионные (эластические) чулки, гольфы и т.п.;
- ✓ поддержать достаточный объем пассивных движений;
- ✓ периодически придавать парализованным конечностям приподнятое положение;

- ✓ укладывать парализованную руку пациента на подушку, когда он ложится в постель,— а при ходьбе на поддерживающую повязку (косынку).

Предупреждение боли в плечевом суставе

Медицинская сестра может:

- ✓ использовать правильное позиционирование пациента — выведение лопатки в положение вперёд при расположении пациента на «больном» боку, поддержка парализованной руки здоровой в положении лёжа на «здоровом» боку, поддержка плечевого сустава подушкой (в положении лёжа на спине).
- ✓ обучить младший медицинский персонал и родственников пациента щадящим техникам его перемещения и правилам обращения с парализованной рукой (ногой);
- ✓ обеспечить пассивные ранние движения в парализованной руке в пределах физиологической амплитуды движения, соблюдая объём естественного движения.

Профилактика травматизма и дезориентации

Медицинская сестра обеспечивает ему дополнительную поддержку, учит правильному пользованию вспомогательными техническими средствами передвижения.

В поле зрения медицинской сестры всегда должны быть вероятные пространственно-средовые барьеры безопасному передвижению пациента.

Так, на пути подопечного не должно быть препятствий. Мебель, порожки, ковры, мелкие предметы, за которые он может зацепиться, необходимо убрать. Если коляска не входит в дверной проём, снимается дверь между комнатами или их делают раздвижными.

В комнате и коридоре следует сделать перила, если пациент может вставать и передвигаться самостоятельно.

Обувь пациента не должна скользить по полу.

Медицинская сестра следит за тем, как пациент пользуется острыми столовыми приборами. Из-за нарушения чувствительности он может серьезно пораниться, не почувствовав этого.

С целью предупреждения риска дезориентации пациента, она регулярно его информирует, напоминает о недавних событиях, сопровождает к местам приема процедур, пищи и др.

Помощь в восстановлении навыков самообслуживания

Ведущими проблемами самообслуживания у пациентов являются: контроль тазовых функций, вставание с постели, персональный туалет, личная гигиена (умывание лица, причёсывание, чистка зубов), одевание и

раздевание, прием пищи, прием душа и ванны, передвижение в пределах жилого помещения, подъем по лестнице.

Медицинская сестра должна:

- ✓ периодически оценивать уровень функциональной зависимости пациента;
- ✓ обсуждать с лечащим врачом показанный (доступный) пациенту объем двигательной активности и самообслуживания;
- ✓ обучать пациента пользованию приспособлениями, облегчающих самообслуживание;
- ✓ оказывать содействие в случае ограничения самообслуживания, не вызывая у пациента смущения и чувства беспомощности;
- ✓ контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления.

Медицинская сестра в процессе приема пищи окажет действенную помощь пациенту, если будет стараться:

- ✓ включать в рацион растительную пищу, богатые клетчаткой продукты, улучшающие деятельность кишечника (свёклу, курагу, отруби, чернослив);
- ✓ постепенно расширять рациона питания за счет молочно-растительной пищи с содержанием клетчатки;
- ✓ обеспечивать приём пищи сначала в кровати (высокое положение Фаулера и специальный столик), а затем по мере расширения двигательного режима сидя за столом;
- ✓ следить за пациентом, когда он ест, чтобы предотвратить поперхивание и своевременно обнаружить аспирацию пищи;
- ✓ помещать (подавать) пищу в ту сторону рта, которая не поражена парезом;
- ✓ следить за тем, чтобы пациент сидел прямо, упираясь ногами в подставку или в пол — это значительно облегчает проглатывание пищи.

Помощь в адаптивной физической реабилитации

Адаптивная физическая реабилитация это система мероприятий по восстановлению и/или компенсации физических возможностей и интеллектуальных способностей организма человека средствами и методами адаптивной физической культуры.

У пациента, перенесшего инсульт, терапия адаптивным движением не заканчивается в медицинском стационаре, а продолжается всю жизнь на основе самореабилитации.

Основными методами адаптивной физической реабилитации являются:

- ✓ кинезотерапия (гимнастические упражнения, спортивно-игровые упражнения, постуральные упражнения),
- ✓ эрго – и трудотерапия,
- ✓ лечебный массаж,
- ✓ мануальная терапия,
- ✓ физиотерапия,
- ✓ ортезотерапия.

Кинезотерапия

Кинезотерапия – это современный вид лечебной физкультуры. Своё название она получила от латинского слова «кинезис» - движение. Доказано, что движение является главным стимулятором биологических функций организма. Поэтому оно показано практически всем пациентам с двигательными нарушениями.

Правильно подобранные упражнения (специальные движения и нагрузки) обладают общетонизирующим воздействием. В мышцах, принимающих участие в движениях, улучшаются трофические процессы и процессы регенерации. Нормализуются процессы ремоделирования костной ткани, восстанавливаются функции сухожильно-связочного аппарата. Немаловажно, что при этом у пациентов значительно улучшается настроение, так как они отвлекаются от тяжелых мыслей.

В практике кинезотерапии широко используются разнообразные технические средства:

- ✓ снаряды, предметы и простейшие устройства (гимнастическая стенка, скамейки, мячи, палки, обручи, цилиндры для тренировки хвата, подвесные устройства для облегчения движений в паретичной конечности и т.д.);
- ✓ тренажеры.

В кинезотерапии пациентов с двигательными нарушениями применяют в основном физические упражнения трех видов:

- ✓ гимнастические упражнения,
- ✓ спортивно-прикладные игры,
- ✓ постуральные упражнения (лечение положением).

Гимнастические упражнения – это упражнения, характеризующиеся искусственным сочетанием движений и выполняемые из определенных исходных положений, с точно предусмотренными направлениями, амплитудой и скоростью движений.

По характеру активности выделяют пассивные, идеомоторные и активные физические упражнения.

Пассивные упражнения — упражнения, выполняемые инструктором либо с помощью здоровых конечностей самого пациента, но без волевого усилия и мышечного напряжения в пораженной области. Пассивную гимнастику при неосложненном ишемическом инсульте обычно начинают в первый день болезни, а при геморрагическим инсульте — на 2–3 день (при стабильном состоянии пациента и стабильной гемодинамике).

Для предупреждения повышения мышечного тонуса упражнения начинают с проксимальных отделов конечности, постепенно переходя к дистальным. Движения выполняются как на больной, так и на здоровой стороне (избегая повышения тонуса), сочетаются с дыхательной гимнастикой и обучением пациента активному расслаблению мышц.

Идеомоторные упражнения — упражнения выполняемые «мысленно» самим пациентом.

Активные упражнения — упражнения, выполняемые самим больным, требующие волевого усилия и напряжения мышц в области тренируемой части тела.

Активную гимнастику (для паретичных конечностей начинают с упражнений в изометрическом режиме) при отсутствии противопоказаний назначают при ишемическом инсульте через 2-5 дней, при геморрагическом — через 4-7 дней от начала заболевания. Двигательная активность в пределах постели включает обучение технике подъема головы, таза («мост» и «полумост») и поворотов на больную и здоровую сторону.

Следующий этап двигательной активности — постепенная вертикализация (обучение стоянию и ходьбе).

Переход в положение сидя из положения лежа начинается с 3-его дня при ишемическом и с 4-7 дня при геморрагическом инсульте; если позволяет общее состояние, больного начинают обучать сидению. Вначале пациенту 1-2 раза в сутки придают полусидячее положение на 3-5 минут, затем начинается обучение сидения со спущенными ногами.

Вслед за этим переходят к вертикализации – обучению стоянию около кровати на обеих ногах, попеременно на больной и здоровой. При этом коленный сустав пораженной стороны фиксируется руками методиста или лангетой. Если пациент овладевает стоянием, начинается обучение ходьбе.

По характеру работы мышц упражнения бывают динамическими и статическими.

Динамические упражнения – это упражнения, при которых необходимо мышечное сокращение (уменьшение длины сокращающихся мышечных волокон).

Статические упражнения – упражнения, при которых происходит изометрическое сокращение мышц (то есть без укорочения длины мышечного волокна). Такое сокращение отмечается при усилии, направленном на сжатие, удержание тяжести, при попытке столкнуть с места тяжелый предмет.

По форме кинезотерапия может быть индивидуальной и групповой. В первом случае она назначается пациентам с выраженными двигательными расстройствами, а также в случаях, когда посещение групповых занятий затруднено по причине нарушений речи, праксиса и гнозиса. Длительность индивидуальных занятий составляет 15—30 минут.

Кинезотерапия в форме групповой лечебной гимнастики назначается пациентам с легкими двигательными нарушениями. Они объединяются в группы по признакам характера и выраженности двигательных нарушений. Длительность групповых занятий — 30—45 минут.

Остановимся подробнее на некоторых гимнастических упражнениях, в которых может принимать участие медицинская сестра, как в вечернее время, так и в выходные дни.

Общеукрепляющие упражнения - маховые движения в крупных суставах, повороты и наклоны туловища, шейно-тонические упражнения.

Упражнения на меткость и точность движений - плавные движения в отдельных суставах и конечностях по определенной траектории, попадание в цель рукой или ногой. Упражнения предусматривали постепенно нарастающую усложняющуюся согласованность, выполнение движений одновременно, поочередно, последовательно, с включением большого количества мышечных групп: одновременное движение в одном направлении в суставах верхних (нижних) конечностей, например сгибание рук в локтевых суставах; одновременное движение в противоположных направлениях в одних и тех же суставах верхних или нижних конечностей, например сгибание правой верхней конечности в локтевом суставе с одновременным разгибанием левой руки (смена положения рук); одновременное движение в суставах одноименных (правых или левых) конечностей, например сгибание правой руки в локтевом суставе и правой ноги в коленном суставе, затем их разгибание; одновременное движение в суставах разноименных конечностей - правой верхней и левой нижней, например сгибание правой руки в локтевом суставе, левой ноги – в коленном и разгибание их; поочередное движение в одинаковых суставах верхних и нижних конечностей в одном направлении, например сгибание и разгибание правой руки в локтевом суставе, то же левой рукой; последовательное выполнение различных

движений по команде, например правую руку в сторону, левую руку в сторону, правую руку вверх; левую руку вверх, правую руку в сторону, левую руку в сторону; правую руку вниз, левую руку вниз.

Баллистические упражнения - имитация бросательного движения без предмета, броски мячиком (свернутым шарфом, пластиковой бутылкой и др.) в цель с постепенным увеличением массы предмета и удаленности цели, уменьшением площади цели, броски из различных положений (сидя, стоя, лежа, на ходу), смена исходных положений во время бросков.

Глазодвигательная гимнастика - упражнения с фиксацией глазами неподвижной точки с медленными поворотами и наклонами головы, движения глазами в различных направлениях при неподвижной голове (по мере уменьшения атактических нарушений увеличивалась амплитуда движений глазных яблок и число повторений упражнения).

Тренировки функции равновесия и ходьбы - упражнения на поддержание

равновесия в положении сидя, стоя с постепенным уменьшением площади опоры и увеличением дестабилизирующих влияний (например, раскачивающие движения рук, упражнения на вращающемся диске); тренировка равновесия при ходьбе с постепенным ее усложнением – ходьба по сложной следовой дорожке (следовая дорожка составлялась из окружностей, сделанных из разноцветных шнурков, веревочек, подручных материалов), по неровной поверхности (искусственные препятствия из свернутых полотенец), передвижение спиной или боком вперед, осторожная ходьба с закрытыми глазами; предлагалось также сочетание ходьбы с глазодвигательной гимнастикой; стояние и ходьба с увеличением массы корпуса (рюкзак сзади и спереди).

Тренировка мышечно-суставного чувства - угадывание формы и массы предметов с постепенным уменьшением их размеров (при этом требовалась помощь ассистента).

В первые дни пациентам предлагается выполнять упражнения в замедленном темпе, в положении лежа и сидя, прекращать упражнения при усилении головокружения, появлении чувства тошноты, одышки.

Помимо двигательных нарушений, многие пациенты страдают от возникшего расстройства речи вплоть до афазии (сенсорной, моторной или смешанной). С такими пациентами должны работать логопед и психоневролог. Медицинская сестра по их указанию может проводить занятия по восстановлению навыков устной речи (чтение, произношение звуков и слогов, речевая гимнастика). Проводится тренировка моторики мимических мышц и орального тракта, стимулирующая периферические

рецепторы речедвигательной мускулатуры. Комплекс упражнений включает гимнастику губ, щек и языка и проводится 1-2 раза в день, каждое упражнение повторяется до 8 раз. Восстановление речи может продолжаться до 2–3 лет.

Параллельно с речетерапией пациентов обучают письму. При отсутствии движений в правой руке его обучают письму левой рукой.

По мере достижения состояния тренированности, уверенности в своих силах и высокой положительной мотивации на улучшение здоровья рекомендуется (на домашнем этапе реабилитации) увеличивать продолжительность и кратность выполнения упражнений, частоту занятий в течение дня, усложнять упражнения (использовать отягощения, сложные приемы выполнения и т.п.).

Спортивно-игровые упражнения (игровая терапия) – это упражнения в ходе игровой деятельности, в которой исключаются максимальные нагрузки. У пациентов с двигательными нарушениями могут применяться как малоподвижные игры (для тренировки внимания, координации), так и подвижные, с включением в содержание игры ходьбы, бега, кидания мячей и т.д. Эти игровые занятия направлены на развитие у пациента необходимых категорий жизнедеятельности – самообслуживания, самоконтроля, ориентировки в пространстве, координации движений и др.

Игры в домашней обстановке должны быть более спокойными и менее подвижными, чем игры на открытом воздухе.

В качестве примера приведем описание такой игры, которую медицинская сестра может предложить пациенту и его родственникам.

«Кто самый меткий?». Для соревнований в меткости можно использовать сделанные из проволоки или прутьев кольца, маленькие мячи (особенно для настольного тенниса), даже просто плотный комок бумаги, туго перевязанный ниткой, шпагатом. Мишенью для метания колец могут быть ножки перевернутого стула, привязанная к его спинке палка, бутылка из толстого стекла, мишенью для мяча — вырезанный в листе бумаги круг, кольцо, корзинка и т. п. Маленькие мячи, спичечные коробки, катушки ниток позволяют организовать в комнате игру типа кеглей.

Эта и подобные ей игры позволяют организовать для всех собравшихся в доме турнир занимательного многоборья. Соревнования проводятся по олимпийской системе: участники разбиваются на пары, проигравшие выбывают из игры и становятся болельщиками, а победители встречаются между собой. С каждым туром задания усложняются: увеличивается расстояние до мишени, число предметов, которые надо запомнить, уменьшается размер колец для метания, мишеней и т. д. Всё необходимое

для игр-аттракционов надо подготовить заранее: это сделает их проведение более динамичным.

Игры на открытом воздухе следует начинать с относительно малоподвижных (крокет, городки) и только постепенно переходить к более динамичным играм. Выполняемые на свежем воздухе разнообразные движения положительно влияют на все системы и органы и, в частности, на деятельность регуляторных механизмов нервной системы.

Особенно полезны для пациентов те виды занятий, которые позволяют сочетать тренирующий эффект физических упражнений с закаливающим действием естественных сил природы. Летом — купание и плавание, зимой — прогулки в парке или за городом.

Постуральные упражнения (лечение положением) -это физиологические укладки, которые осуществляются путем придания парализованным конечностям правильного положения во время нахождения пациента на постельном режиме при помощи различных простых приспособлений: лонгет, фиксирующих повязок и др.

Лечение положением направлено главным образом на предупреждение или устранение контрактур в суставах конечностей.

Парализованную руку укладывают на подушку так, чтобы вся рука и плечевой сустав находились на одном уровне в горизонтальной плоскости, руку отводят до угла 90° (при болях начинают с меньшего угла, доведя его в последующем до 90°), выпрямляют и супинируют. Кисть с разведенными и разогнутыми пальцами фиксируют лонгетой, предплечье — мешочком с песком.

Ногу на стороне паралича сгибают в коленном суставе под углом $15-20^\circ$ (под колено подкладывается валик), стопу приводят в положение тыльного сгибания под углом 90° и удерживают в таком положении упором стопы о край кровати или деревянного ящика, прикрепленного к спинке кровати и обтянутого мягкой тканью, либо с помощью специального футляра.

При положении пациента *на здоровом боку* паретичные конечности должны лежать на подушках спереди, нога согнута в коленном и тазобедренном суставах.

При положении *на парализованной стороне* нельзя «заваливаться» вперед здоровой половиной, рука должна находиться сбоку или сзади от тела, парализованную ногу нужно разогнуть в тазобедренном суставе, но можно согнуть в коленном. Здоровая нога сгибается в коленном и тазобедренном суставах и лежит спереди от пациента на подушке.

Важно предотвращение длительной фиксации конечностей в одной позиции. Укладки в положении на спине и здоровом боку меняют через 2 часа. При раннем повышении тонуса лечение на спине продолжается до 2 часов, на здоровом боку — 30–60 мин.

Во время занятий кинезотерапией обязателен медицинский контроль, который предполагает анализ самочувствия пациента, наблюдение за его внешним видом и поведением, регистрацию пульса и артериального давления до начала, во время и после завершения занятия.

Эрго – и трудотерапия

Эрготерапия - восстановление навыков повседневной жизни, а также формирование новых практических навыков. Название состоит из двух латинских слов - *ergon* - делание, занятие, греч. *therapia* – лечение.

Цель эрготерапии - максимально возможное восстановление способности пациента к самостоятельной жизни, независимо от того, какие у него есть нарушения, ограничения жизнедеятельности или ограничения участия в жизни общества. С помощью эрготерапии разрешаются проблемы постинсультных пациентов по восстановлению статодинамических функций, восприятия и ощущения, когнитивных функций, психоэмоционального состояния, общения, самообслуживания, продуктивной деятельности и досуга

Главная задача эрготерапии – так организовать окружающую среду, чтобы человек с ограничениями мог жить и действовать максимально независимо от других. Для комфортного существования пациента оборудуется его место жительства - устанавливаются поручни и дополнительные ручки, полки, сидения, упоры, столешницы, прикроватные столики и др.

Выделяют несколько главных векторов эрготерапии:

- ✓ обучение независимости в быту;
- ✓ обучение самостоятельному ведению домашнего хозяйства;
- ✓ тренировка передвижения;
- ✓ обучение процессу приема пищи;
- ✓ сенсомоторные тренировки (формирование правильного двигательного стереотипа, создание на его основе моторной программы и внедрение её в головной мозг);
- ✓ графомоторика.

Например, можно обучить пациента пользоваться специально оборудованным санузлом, научить его обходиться только одной рукой - завязать шнурки, застегнуть пуговицы, почистить картофель, заправить постель и т. д. Особое внимание при этом уделяется восстановлению

работы рук при гемипарезах, так как развитие мелкой моторики представляет наибольшую сложность,

Пациента после перенесенного инсульта обучают поворачиваться в кровати, правильно присаживаться и садиться в кровати, пересаживаться в прикроватное кресло, вставать и перемещаться, пользоваться костылями, протезами, колясками и др.

Затем стараются подобрать упражнения, которые имеют практическую направленность (переставить стул, переложить предмет, набрать номер телефона, открыть дверь, закрыть замок и др., вплоть до продевания нитки в игольное ушко). Можно использовать игры в шахматы, шашки, домино, используя паретичную конечность, лепку, конструктор, рисование и многое другое.

Для восстановления (или улучшения) независимого образа жизни пациента после инсульта используются различные специальные вспомогательные приспособления для застегивания пуговиц, длинные ручки для обуви, накладки на дверные ручки и ключи.

К примеру, рассмотрим два простых приспособления для приготовления пищи.

1. Доска разделочная со штырями для фиксирования пищи и ее разрезания (рис.1).

2. Устройство для фиксации банки с приспособлением для открывания крышки (рис.2).

Медицинская сестра помогает пациенту адаптироваться в его повседневной жизни. Уже на стационарном этапе она обучает пациента следующим необходимым бытовым навыкам:

- умывание: использовать зубную электрощетку, щетку с длинной ручкой и увеличенным диаметром для облегчения удержания; маникюрные ножницы или кусачки должны быть легкими и удобными; пилку для ногтей можно закрепить на стене или столе; бритву лучше взять легкую электрическую; мыло должно находиться на магнитной мыльнице;
- одевание: сначала одежда надевается на пораженную сторону, потом – на здоровую;
- причесывание: в положении сидя с опорой локтей о стол;
- прием пищи: тарелки не должны скользить по столу, быть глубокими; чашки легкие, лучше – с двумя ручками; на приборы надеваются насадки для увеличения площади захвата кистью; нож фиксируется лентой на запястье пациента; доска рекомендована с ограничителем;

под тарелки, доски, кастрюли подкладывают влажное полотенце для того, чтобы избежать скольжения предметов.

Работа проводится как непосредственно в палатах, так и в специально оснащенных кабинетах со стендами для разработки движений мелких суставов кисти.

Важной составной частью эрготерапии является трудотерапия. Это комплекс специальных упражнений по восстановлению либо компенсации утраченных функций при помощи разумной работы, направленной на создание полезного продукта.

В раннем и позднем восстановительном периоде инсульта могут использоваться трудовые движения для восстановления навыков мелкой моторики и координации. В зависимости от имеющихся в реабилитационном учреждении условий (материально-техническая база, соответствующие специалисты), трудотерапия применяется в различных видах — от элементарных трудовых процессов с облегченной нагрузкой (картонажные работы, наматывание ниток, изготовление изделий из поролона, марли др.) до вырабатывающих тонкую координацию движений пальцами (работа на пишущей машинке, компьютере, лепка из теста, перебирание фасоли, плетение, вязание и др.). Наиболее широкое распространение получили столярные работы, шитье, переплетные работы, гончарные работы, макраме, ковроткачество, флористика, плоскостная лепка, аппликация тканью, бумагой, соломкой, вязание, шитье, вышивка.

Трудотерапия дает эффект только в том случае, когда труд целесообразен, а выполняемая работа приносит практические результаты. Особую ценность приобретает трудотерапия в реабилитации пациентов с двигательными расстройствами верхней конечности, так как обычные упражнения не могут полностью воспроизвести сложные движения, необходимые для выполнения бытовых и трудовых актов.

Исходя из поставленных целей и задач, решаемых в процессе реабилитации, трудотерапия может быть:

- ✓ лечебно-тренирующей - тренировка мышечной силы, нормализация объема движений в суставах, восстановление координации движений и нарушенных схватов;
- ✓ психотерапевтической - отвлекающее воздействие труда на пациента при длительном пребывании его в больничных условиях;
- ✓ обучающей (или с элементами переобучения) - обучение или переобучение пациента новой профессии, исходя из остаточных функциональных возможностей.

Лечебный массаж

При воздействии массажа улучшается кровообращение, лимфообращение и окислительно-восстановительные процессы в мышцах, суставах и окружающих их тканях. Повышается возбудимость, сократимость и эластичность нервно-мышечного аппарата. При массаже в коже, мышцах, суставах возникают афферентные импульсы, которые поступают в спинной и головной мозг, обеспечивая соответствующую эфферентную импульсацию к внутренним органам и системам организма; этим объясняется не только местное, но и общее воздействие массажа.

Массаж при неосложненном ишемическом инсульте начинают уже на 2–5 день болезни, при геморрагическом инсульте — на 6–8 день.

При раннем массаже спастичных мышц возможно применение только плоскостного поверхностного поглаживания в медленном темпе; при массаже их антагонистов — плоскостное поглаживание, негрубое растирание и разминание, темп более быстрый.

Массаж проводят в положении пациента на спине и здоровом боку, ежедневно, 8–10 мин, увеличивая постепенно продолжительность процедуры до 15–20 мин. Массаж начинают с проксимальных отделов конечности и продолжают по направлению к дистальным отделам, на курс до 30–40 сеансов.

Мануальная терапия

Мануальная терапия — это комплекс приемов ручного воздействия с использованием различных положений тела для устранения функциональных нарушений двигательной системы. Она показана в восстановительном периоде инсульта при повышении мышечного тонуса, напряжении связок, болевом синдроме, тугоподвижности суставов, нарушении лимфо- и кровоснабжения.

Непосредственным объектом воздействия мануальной терапии являются мышцы и/или суставы. Широкое распространение при выраженном мышечном спазме получила постизометрическая релаксация мышц. Это пассивное растяжение мышцы тотчас же после выполнения ею работы в изометрическом режиме в течение 8—10 секунд.

Вначале необходимо оказывать легкое сопротивление в направлении, противоположном сокращению мышцы (фаза изометрического напряжения мышцы).

Затем пациенту дается команда расслабиться, и в это время в течение 10—20 секунд производится плавное, максимально возможное растяжение мышцы (фаза расслабления и пассивного растяжения мышцы). Пассивное растяжение должно выполняться плавно и без усиления имеющихся болевых ощущений. Этот цикл, состоящий из двух фаз, повторяется 5—6

раз. Фаза напряжения выполняется на медленном вдохе, с отведением глаз в сторону соответствующей мышцы, фаза растяжения — на медленном выдохе, с отведением глаз в противоположную сторону.

Физиотерапия

Методы физической терапии в реабилитационной практике с пациентами после инсульта применяются очень широко. Физиотерапевтические процедуры имеют своей целью улучшение крово- и лимфообращения, рассасывание отека и улучшение чувствительности, нормализацию мышечного тонуса, восстановление мышечной силы, увеличение функциональных возможностей и работоспособности уцелевших, сохранившихся элементов нервной и мышечной систем, развитие компенсаторных возможностей,

В остром периоде инсульта проводят электростимуляцию и магнитную стимуляцию парализованных конечностей, транскраниальную магнитную стимуляцию, теплолечение (парафин, озокерит), криотерапию.

В раннем восстановительном периоде инсульта с конца третьей недели применяют электростимуляцию парализованных, преимущественно, растянутых мышц с помощью СМТ (по 2–3 курса лечения с перерывом 3–6 недель).

У пациентов со спастическими парезами проводится лечение теплом (*парафинотерапия*). Температура аппликации 50–55 °С, длительность процедуры — 15–20 мин, курс лечения 20–30 процедур. Повторные курсы рекомендуется проводить через 2–4 мес.

В позднем восстановительном периоде назначаются:

- ✓ *водолечение* в виде кислородных, хлоридно-натриевых, сероводородных и радоновых ванн (продолжительность воздействия 10–15 мин, на курс лечения 10–15 процедур, проводимых через день);
- ✓ *электростимуляция* антагонистов спастичных мышц;
- ✓ *магнитотерапия* на паретичные конечности и очаг ишемии головного мозга;
- ✓ *ДМВ-терапия* на очаг ишемии головного мозга;
- ✓ *лазеротерапия* на область проекции магистральных артерий головы.

При постинсультной артропатии проводятся повторные курсы *ДДТ, СМТ и интерференционных токов; грязевые аппликации* (40–42 °С) на вытянутую и разогнутую в локтевом и лучезапястном суставах паретичную верхнюю или нижнюю конечность. Продолжительность воздействия 20 мин, курс лечения 10–15 процедур, ежедневно или через день;

Ортезотерапия

Ортезы — это функциональные приспособления, изменяющие структурные и функциональные характеристики опорно-двигательного аппарата. К ним относятся различные лечебно-профилактические шины, воротники, тютеры, корсеты, простейшие аппараты, предназначенные для обеспечения временной надежной иммобилизации отдельных сегментов опорно-двигательного аппарата, а также для компенсации функционально неполноценных конечностей и частей тела.

Основной целью использования ортезов является улучшение нарушенной функции поврежденного сегмента (с перспективой на полное восстановление), облегчение больному выполнения лечебных и реабилитационных программ.

По определенной схеме конечностям пациента можно придавать нужное физиологическое положение.

Помощь в профилактике повторного инсульта

Профилактика повторного инсульта включает в себя коррекцию его основных факторов риска возникновения и дальнейшего развития:

- ✓ борьба с психосоциальным дистрессом,
- ✓ отказ от курения,
- ✓ отказ от употребления алкоголя,
- ✓ увеличение физической активности,
- ✓ рациональное питание,
- ✓ уменьшение избыточной массы тела),
- ✓ контроль артериального давления,
- ✓ лекарственная терапия,
- ✓ при необходимости хирургические методы лечения: каротидная эндартерэктомия, стентирование внечерепных и внутричерепных артерий и др.

Противостояние психосоциальному дистрессу может значительно понизить риск повторного инсульта как непосредственно, вызывая благоприятные изменения в сердечно-сосудистой системе, так, и опосредовано через минимизацию многих других факторов риска - курение, злоупотребление алкоголем и в целом - нездорового образа жизни.

Диетотерапия предусматривает правильную организацию питания пациентов с целью профилактики дальнейшего прогрессирования атеросклероза сосудов - одной из самых частых причин усугубления хронических форм цереброваскулярной недостаточности.

Принципиальное значение имеет максимальное снижение (до оптимального уровня) содержания жиров и холестерина в рационе. Акцент

в питании делается также на подборе продуктов, которые легко перевариваются ферментами желудочно-кишечного тракта и быстро усваиваются организмом.

Рекомендуется дробное питание, то есть прием пищи небольшими порциями 4-5 раз в день. Основные принципы лечебной диеты в период восстановления после инсульта:

- ✓ строгое соответствие калорийности рациона энергетическим тратам организма;
- ✓ антисклеротическая направленность питания;
- ✓ значительное ограничение натрия хлорида (поваренной соли);
- ✓ исключение из рациона продуктов и блюд, возбуждающих центральную нервную систему (алкоголь, кофе, крепкие мясные или рыбные бульоны);
- ✓ обогащение рациона питания витаминами С, Е, группы В и микроэлементами;
- ✓ ограничение потребления продуктов, вызывающих (усиливающих) газообразование и вздутие кишечника;
- ✓ исключение экстрактивных веществ (пряностей, специй, консервов);
- ✓ умеренное ограничение потребления жидкости;
- ✓ строгое соблюдение режима питания.

В рацион питания пациента в первую очередь рекомендуется включать рыбу, фрукты и овощи.

Лекарственная терапия имеет субъективно немаловажное значение в нормализации самочувствия пациентов, так как многие из них убеждены в первостепенной роли лекарственных средств.

Медикаментозная терапия осуществляется с учетом тяжести и выраженности основной патологии, выраженности сопутствующей патологии, а также лечения, полученного пациентом на предыдущих этапах.

Наиболее часто применяются ноотропные препараты, гемангиопротекторы, антигипоксанта, антиоксиданты, витаминные препараты, бензодиазепины с вестибулолитическим действием, бетагистиновые препараты (у пациентов с вестибулярными нарушениями), антитромботические средства, антигипертензивные средства, статины и др.

Выписанного из стационара пациента через определенные временные промежутки должны курировать участковый терапевт и медицинская сестра, а также по показаниям невропатолог и другие специалисты.

Тема 2.2 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ТРАВМЫ СПИННОГО МОЗГА

Понятие о травматической болезни спинного мозга

В отечественной медицине травма позвоночника и спинного мозга обозначается как «позвоночно-спинномозговая травма» (ПСМТ), или «травма спинного мозга» (ТСМ).

Все изменения, которые возникают и развиваются после острого повреждения вещества спинного мозга или его питающих сосудов, оболочек и корешков - обозначаются как «травматическая болезнь спинного мозга» (ТБСМ). За рубежом ПСМТ и ТБСМ называют «спинальной травмой».

Выделяют острый, ранний, промежуточный и поздний периоды ТБСМ, каждому из которых присущи свои клинические особенности.

Острый период продолжается 2–3 дня после травмы. В этом периоде формируются опасные для жизни пациента осложнения и сопутствующие заболевания, которые негативно влияют как на течение заболевания, так и на всю его дальнейшую жизнь.

Ранний период начинается через 2–3 дня, после стабилизации общего состояния, и продолжается в среднем 3 недели или до разрешения спинального шока, но не более 4 недель.

Промежуточный период ТБСМ устанавливается при первых признаках восстановления автономной деятельности спинного мозга ниже уровня поражения: восстанавливаются тонус мышц и сухожильные рефлексы, появляется спастичность.

Поздний период начинается через 3–6 месяцев после травмы и может продолжаться неопределенно долго. Для позднего периода ТБСМ характерно стабильное течение, без существенной неврологической динамики.

В различных странах частота ПСМТ варьирует от 30 до 50 случаев на один миллион жителей. При этом более половина пострадавших - лица моложе 40 лет; мужчины в сравнении с женщинами травмируются в 2.5-4 раза чаще.

К сожалению, число людей, страдающих ТБСМ, не уменьшается. Лица с травмой позвоночника и спинного мозга составляют от 1 до 4% от общего числа с различными видами травм.

Причины ПСМТ в мирное время можно условно разделить на три большие группы:

1. **Автокатастрофа.** Особенно опасным является вождение мотоциклов, поскольку у них отсутствует задняя спинка сидения, способная снизить риск повреждений позвоночника.
2. **Падение с высоты** у спортсменов, у любителей прыгнуть в воду в незнакомом месте, у самоубийц и т.п.
3. **Падение в бытовых условиях** - при неудачном спуске в незнакомом месте, падение с лестницы, при гололеде, на скользком полу и др.

В относительно недалеком прошлом, когда медицинская реабилитация еще только зарождалась, такие пациенты умирали от тяжелых осложнений и последствий. Травмы такого рода без квалифицированного лечения и своевременной реабилитации неизбежно приводят к тяжелой инвалидизации или смерти в течение последующих 8-10 лет. Сегодня, благодаря своевременному предотвращению опасностей для жизни, многие из пострадавших сохраняют удовлетворительное качество жизни и продолжают жить почти столько же, как люди без травмы.

Спинномозговой позвоночный ствол связывает головной мозг со всеми системами жизнеобеспечения организма, исправно подавая им нужные сигналы. Спинной мозг находится в многообразных анатомических и функциональных связях и с другими органами.

Всего выделяют 31 спинномозговой сегмент, каждый из которых отвечает за конкретные органы.

Главные функции спинного мозга — проводниковая и рефлекторная. Огромное количество рефлекторных дуг, замыкающихся в сером веществе спинного мозга, регулируют вегетативные и соматические функции организма. Регуляция потоотделения, диаметра зрачка, мочеиспускания и половой функции осуществляется в различных сегментах спинного мозга.

Благодаря проводниковой функции спинного мозга, информация от внутренних и внешних рецепторов по восходящим путям поступает в головной мозг, а по нисходящим путям импульсы от двигательных центров, расположенных в головном мозге, идут к соответствующим органам и участкам тела. Проводниковая функция обеспечивает контроль головного мозга над многими рефлексам.

Таким образом, спинной мозг исполняет роль координатора работы органов и мышц, через него информация ото всех частей тела поступает в головной мозг и обратно.

При травме возникают кровоизлияния и очаги разрушения в спинном мозге и в его оболочках. Часть нервных клеток погибает немедленно, другая часть — позднее, вследствие кислородного голодания, а третья — через еще некоторое время из-за апоптоза - запуска программы

самоуничтожения клетки. Со временем на их месте нередко появляются внутримозговые кисты.

В результате спинальной травмы головной мозг, управляющий посредством спинного мозга всем телом, лишается информации о том, что же происходит с телом ниже места травмы позвоночника.

Локализацию спинномозговых травм выделяют по отделам позвоночника: шейному, грудному и пояснично-крестцовому. От нее зависит распространение клинических последствий травмы, будет ли пациент способен самостоятельно передвигаться и как скоро сможет вернуться к привычному образу жизни.

Наиболее уязвимым при травме являются поясничный и грудной отделы позвоночника. Остальные повреждаются значительно реже.

Осложнения и последствия позвоночно-спинномозговой травмы

1. Психические расстройства

Повреждение спинного мозга является мощной стрессовой ситуацией, неизбежно приводящей к кардинальным изменениям во всех сферах жизни. После спинальной травмы все пациенты погружаются в депрессивное состояние и пребывают в нем до двух и более лет. Оно возникает на фоне утраты иллюзии собственной неуязвимости, собственной беспомощности и, порой, полной и неустранимой зависимости от других людей.

Тяжелая депрессия приводит к снижению активности и физической работоспособности, а также мотивации к восстановительному лечению и реабилитации. Она влечет за собой длительную госпитализацию, повышенный риск суицида, ухудшающееся здоровье, ограниченное участие пациента в жизни общества. До 50% пациентов после ПСМТ начинают злоупотреблять алкоголем.

2. Утрата возможности двигаться и ходить

- При значительных повреждениях выше уровня позвонка С5 наступает паралич дыхательных мышц, часто приводящий к летальному исходу.
- Поражения на уровне С4, С5 и выше вызывают расстройства движений верхних и нижних конечностей в виде паралича - полной утраты мышечной силы и активных движений; или пареза - ослабления мышечной силы и уменьшения объема активных движений.
- Поражения на уровне С6 - С7 приводят к параличу нижних конечностей и кистей, но остаются возможными движения в плечевых суставах и сгибание предплечий.

- Поражения на уровне Th1 и Th2 ведут к парезу мышц выше и ниже коленного сустава.
- Травма конского хвоста приводит к парезу нижних конечностей с гипотонией и арефлексией, обычно сопровождающемуся болями и гиперестезией в зоне иннервации пораженных корешков.
- При повреждении III, IV и V крестцовых корешков или конуса спинного мозга на уровне L, полностью утрачиваются контроль над функцией мочевого пузыря и кишечника, а также сексуальная функция у мужчин.
- Остро возникшее поперечное повреждение спинного мозга (период спинального шока) немедленно приводит к развитию вялого паралича ниже уровня поражения, утрате всех видов чувствительности и рефлекторной деятельности (в том числе вегетативных функций).
- После спинального шока формируется **спастический синдром** («спастичность») в виде непроизвольных сокращений и скованности мышц. Это патофизиологическое явление объясняется активностью автономного участка спинного мозга, лишённого рефлекторного контроля. Любое непроизвольное движение, начавшись, совершается практически с максимальной амплитудой и силой, вовлекая все мышцы, иннервируемые ниже уровня поражения. В нормальных условиях спинной мозг, с одной стороны, передаёт сигнал на сокращение нужных мышечных групп, с другой стороны — одновременно контролирует точность ответного движения.

3.Нарушения в работе органов и систем:

- Инфекционно-воспалительные нарушения в связи с инфицированием дыхательной и мочевыводящей систем, а также с пролежневым процессом, который протекает по типу гнойной раны.
- Сосудистые и нейротрофические нарушения в связи с денервацией тканей и органов — дегенерация тканей, тромбоз глубоких вен, образование пролежней и связанные с ними возможные осложнения (некроз, отек тканей, кровотечение из ран и пр.)
- Нарушения метаболизма - гипопроотеинемия, гиперкальциемия, гипергликемия, остеопороз, анемия.
- Нарушение вегетативной иннервации внутренних органов - кишечника, мочевого выделения, терморегуляции и др., что приводит к развитию гнойно-некротических язвенных колитов, энтероколитов, гастритов, к острым желудочно-кишечным кровотечениям, к дисфункции печени,

почек, поджелудочной железы, камнеобразованию в желчных и в мочевыводящих путях, и т.п.

- Нарушения функции тазовых органов - расстройства мочеиспускания и дефекации.

4.Болевой синдром, ограничение подвижности травмированного отдела позвоночника и его функциональная несостоятельность

- Стойкие невропатические боли как в области травмы, так и отраженные боли в других местах.
- Нестабильность травмированного отдела позвоночника.
- Сколиозы и кифозы позвоночника.
- Вторичные вывихи, подвывихи и патологические переломы.
- Дегенеративные изменения в межпозвонковых дисках, суставах и связках позвоночника.
- Деформация и сужение позвоночного канала с компрессией спинного мозга.

5.Набор лишнего веса

Обычно после исчезновения острых проявлений травмы, пациент привыкает к своему положению и успокаивается. Он начинает питаться так, как это делал до травмы. Однако если раньше его питание не вызывало прибавку в весе, из-за того, что он двигался, теперь прежняя диета приводит к избыточному весу и ожирению.

Реабилитация пациента с травматической болезнью спинного мозга

Основная цель реабилитации – восстановить двигательную активность пациента, предупредить инвалидность и помочь ему адаптироваться к физическим, эмоциональным и социальным последствиям травмы.

Реабилитация спинального пациента – процесс трудоемкий и длительный, как для него самого, так и для людей, ухаживающих за ним. Он может занять период времени: от нескольких месяцев до 1,5 – 2 лет. Пациент заново «с нуля», подобно младенцу, учится выполнять элементарные вещи, например, самостоятельно одеваться и раздеваться, есть, пить, держать в руках те или иные предметы. Если нет полного разрыва спинного мозга, то нервные клетки в месте повреждения начинают постепенно восстанавливать свои функции. Если есть полный разрыв, то пациенту необходима полная психологическая и эмоциональная поддержка, помощь в адаптации, как в бытовом, так и в социальном плане.

Успех восстановления зависит от целеустремленности самого пациента, его силы воли, желания вернуться в строй, стать полноценным членом общества.

Реабилитацию спинального пациента проводят по специально разработанным программам, включая соответствующий объем двигательных и силовых упражнений, а также упражнений по его передвижению в пространстве, с учетом характера и степени тяжести двигательных нарушений.

Общепризнанно, что эффективность реабилитационных мероприятий зависит от ранних сроков начала реабилитационного процесса. В идеальном варианте, лечебно-реабилитационные мероприятия осуществляются круглосуточно.

Медицинской сестре отводится особая роль, поскольку она наиболее полно вовлечена в процесс повседневного контакта с пациентом. Она является главным помощником лечащего врача, оказывая поддержку и обеспечивая основные нужды спинального пациента в течение дня.

Следует также подчеркнуть её важную роль в обеспечении лечащего врача и родственников общедоступной информацией о динамике состояния пациента в режиме реального времени. Их всегда интересует температура тела пациента, АД, рекомендуемая укладка, рекомендуемая форма питания, контроль над функцией мочевого пузыря, двигательный режим и др. Это позволяет им правильно ориентироваться в содержании проводимых мероприятий и осуществлять эффективный контроль.

Медицинская сестра, как никто другой, может помочь членам семьи приобрести все необходимые навыки и создать такую атмосферу, чтобы они чувствовали себя достаточно уверенно и не стеснялись задавать вопросы.

Хорошими способами повышения успешности общения с лицами, ухаживающими за госпитализированными пациентами, могут быть:

- ✓ размещение стенда объявлений при входе в отделение с информацией для родственников о медперсонале отделения и о том, как можно с ними связаться;
- ✓ осуществление обходов во время часов посещения;
- ✓ привлечение родственников к уходу за подопечным;
- ✓ организация школы для лиц, ухаживающих за пациентами;
- ✓ организация обсуждения с членами семьи дальнейших действий спинального пациента после выписки из стационара.

Помощь в профилактике психологических расстройств и нарушений

Медицинская сестра обеспечивает вокруг своего подопечного атмосферу общения и корректного поведения в отношении, исключая оскорбительные, дискриминационные и неуважительные элементы. Она

предотвращает и пресекает любые непродуктивные эмоциональные реакции окружающих по поводу пациента с ТБСМ (любопытство, чувство вины, гиперопеку, страхи и т.п.).

Следует запрещать посторонним лицам из жалости, либо сопереживания поглаживать пациента по голове, касаться его инвалидной коляски, скутера или трости. Люди с ТБСМ считают свои реабилитационные приспособления частью личного пространства.

При общении с пациентом нельзя допускать использование таких терминов, как «инвалид», «калека», «физически ослабленный», «с ограниченными возможностями» и т.п. В случае с любым нарушением спинного мозга следует избегать слов с негативным смыслом, таких, как «жертва» или «страдающий». Пациенты с ТБСМ воспринимают их весьма болезненно. Так, например, можно сказать «человек, пользующийся коляской», а не «прикованный к коляске». Коляска — это то, что позволяет человеку передвигаться и участвовать в жизни общества; она освобождает, а не ограничивает.

Медицинская сестра должна передать пациенту свою уверенность, что его костно-суставной аппарат обладает самостоятельным компенсаторным потенциалом, который позволит ему стоять и ходить с опорой даже при параличе нижних конечностей.

Она отмечает, что полный перерыв спинного мозга, который установлен в лечебном учреждении, на практике часто не подтверждается. Нередко «полный анатомический перерыв» ошибочно диагностируется даже на ЯМРТ. То есть у пациента всегда должна быть надежда, что медицинский диагноз «полный перерыв спинного мозга» еще не приговор.

Важной задачей медицинской сестры является формирование мотивации к восстановлению и развитию своих способностей в целом и двигательного навыка в частности.

Необходимо обращать внимание на настроение пациента, не проявлять излишней жалости, а иногда и наоборот, относиться с большей требовательностью.

Эмоциональная поддержка пациента с травмой спинного мозга должна противодействовать развитию у него явлений деперсонализации, которые могут возникнуть из-за утраты контроля над собственным телом.

Медицинской сестре, которая работает с обездвиженным пациентом, необходимо:

- ✓ объяснять реабилитационный смысл проводимых процедур;
- ✓ успокаивать его, убеждая в том, что он не одинок, что ему окажут эффективную помощь;

- ✓ относиться с уважением к личности пациента, учитывать его интересы и увлечения, разрешать ему пользоваться домашними предметами; считаться с тем, что у него могут возникать потребности уединиться и осмотреть свое тело, сексуальные желания; укреплять в нем чувство достоинства и самоуважения;
- ✓ выяснить причины особенно сильных переживаний пациента, источники его тревоги и страхов;
- ✓ способствовать чуткому отношению к пациенту со стороны лиц, осуществляющих уход за ним, — например, они должны своевременно предотвращать высыхание слизистой рта, вытирать постоянно текущие слезы, своевременно (особенно перед приемом посетителей) производить мытье головы, бритье, макияж, уход за ногтями и волосами;
- ✓ понимать, что особенности поведения больного, его излишняя раздражительность, стремление командовать окружающими могут быть для него способом психологической защиты.

В таких случаях желательно находить компромисс и по возможности удовлетворять требования пациента, когда речь идет, скажем, о выборе времени физиотерапии, выборе еды, посетителей и т. п.

Медицинская сестра внушает пациенту, что при спинальной травме нет каких-либо «мелочей», особенно в здоровом и здравосозидательном образе жизни, так как любая из них может иметь значение.

Так, например, разрушительное действие курения и алкоголя на организм немного сильнее при парализованных конечностях и нарушениях функции внутренних органов. Резко возрастает риск переломов. Например, неловкое падение на бок может вызвать перелом шейки бедра. От непродолжительного стояния на парализованных ногах могут стремительно образоваться пролежни на подушечках всех пальцев и на пятке.

Медицинская сестра при всяком удобном случае должна подчеркивать, что оздоровительная физкультура и спорт у данного контингента — наиболее действенный метод среди других основных видов реабилитации.

Физическая активность в форме лечебной физкультуры идеальным образом препятствует уходу пациента в свою болезнь. Она противодействует тому ненормальному психологическому и антисоциальному поведению, которое часто возникает на почве тяжелой инвалидности.

Оздоровительная физкультура и спорт имеют огромное значение для интеграции пострадавшего в обществе. Они развивают самодисциплину,

самоуважение, дух соревнования, доброжелательность и другие личностные качества, необходимые в трудной жизненной ситуации.

Добросовестное выполнение медицинской сестрой своих обязанностей, внимательное и чуткое отношение к пациенту оказывают неоценимое влияние на исход заболевания.

Помощь в профилактике пролежней

- ✓ гигиеническое содержание постели;
- ✓ щадящее дозированное переворачивание каждые два часа (при поворотах тела пациента необходимо учитывать возможность развитие коллапса);
- ✓ при необходимости использование рамы Страйкера и других приспособлений,
- ✓ наблюдение за состоянием кожных покровов,
- ✓ обработка кожных покровов тела (протирание кожи камфорным или салициловым спиртом);
- ✓ подкладыванием под пятки, крестец и другие костные выступы поролоновых или резиновых кругов,
- ✓ использование мягких матрасов из пористой резины или специальных противопролежневых матрасов.

При травмах грудного и поясничного отделов позвоночника целесообразно положение больного «на животе», шейного – «на спине».

Помощь в профилактике контрактур и деформаций опорно-двигательного аппарата

Длительное положение на спине приводит к формированию, в зоне контакта с постелью, вначале мягкого, а затем и твердого отека, который сковывает подлежащие ткани. Вследствие твердого отека и неподвижности, формируются контрактуры. Неподвижность и неправильное положение конечностей способствуют укорочению мышц. Контрактуры в свою очередь приводят к стойким деформациям крупных суставов конечностей, затрудняющим тренировку локомоторной функции и выработку навыков передвижения, сидения и самообслуживания.

Сестринская помощь состоит в правильной укладке конечности, в том числе с помощью специальных лонгет и ортезов (особенно важно не допускать формирования отвисания стоп); физиотерапии, проведении массажа и лечебной гимнастики.

Необходимо оборудовать кровать со щитом и опорой для стоп с целью профилактики сгибательных контрактур в тазобедренных и голеностопных суставах.

Пациенту следует придать положение, противоположное патологической позе и деформации. Для этого используют укладки и фиксации. Укладки — это придание определенных поз пациента в положении лежа. Фиксация — это иммобилизация с относительной неподвижностью отдельного звена конечности или тела. При вялых параличах фиксация нужна, чтобы ослабленные мышцы не перерастягивались, а суставы не деформировались. В случаях спастических параличей применяются укладки с жесткой фиксацией.

Зафиксированное нужное положение конечности в суставе позволяет на следующий день начинать физические упражнения с достигнутого ранее уровня.

При накладывании шины, лонгеты или ортеза необходим постоянный контроль над состоянием подлежащих тканей.

Рекомендуется назначать различные физиотерапевтические процедуры (парафиновые, озокеритовые и грязевые аппликации и теплые ванны). Они ускоряют процессы рассасывания и репарации в спинном мозге, а также стимулируют регенераторные процессы в неподконтрольных ему тканях и органах.

Ванны (особенно общие сероводородные ванны) эффективны при спастических парезах и наличии вегетативно-сосудистых расстройств. Их восстановительное действие направлено на сосудистые, обменные, эндокринные и трофические нарушения.

При наличии твердого отека и триггерных узлов, провоцирующих спастическую контрактуру, показан массаж.

Очень полезны ранний перевод в вертикальное положение и тренировка опорно-локомоторных функций в зале ЛФК и в водной среде, включающие пассивные движения, упражнения на растяжение мышечно-связочного аппарата.

При наличии неустраняемых контрактур и деформаций конечностей необходимо вовремя поднимать вопрос об ортопедической коррекции тех или иных деформаций:

- ✓ туторы,
- ✓ ортопедическая обувь,
- ✓ оперативное лечение.

Помощь в восстановлении или улучшении функции дыхания и сердечно-сосудистой системы

Для улучшения деятельности дыхательной и сердечно-сосудистой систем назначается общеукрепляющая гимнастика в форме индивидуальных простых гимнастических упражнений общего характера.

Она начинается сразу же после поступления пациента в стационар. Во время занятий он остается в гипсовой повязке, в воротнике, на реклинаторе и т.д.

Цель — способствовать уменьшению застойных явлений в легких путем освобождения бронхов от скопившегося секрета и повышения легочной вентиляции, а также улучшению функции сердечнососудистой системы.

Важно то, что эти гимнастические мероприятия оказывают общетонизирующее воздействие, а также стимулируют деятельность других внутренних органов.

Постепенно в ходе занятий общеукрепляющие упражнения заменяют специальными.

В раннем периоде лечебную гимнастику начинают с дыхательных упражнений и упражнений для дистальных отделов конечностей. Постепенно добавляют те движения, в которых участвуют, мышцы, прикрепленные к позвоночнику,

Широко используются дыхательные упражнения статического и динамического характера (с помощью, с сопротивлением, применением надувных шаров, резиновых игрушек, локализованное, произвольное, управляемое дыхание и др.), которые выполняются в различных исходных положениях (лежа на спине, на животе, на боку, сидя на кровати или кресле-коляске, стоя в «манеже»).

При травме шейного отдела позвоночника занятия проводят вначале в исходном положении лежа на спине, к концу раннего периода - в положениях сидя и стоя. Рекомендуют так же движения нижней челюстью - широкое открывание рта, движения вправо, влево, вперед. Все упражнения выполняют в медленном темпе с паузами для отдыха. Исключаются упражнения в прогибании туловища, повороты и наклоны головы.

При травме грудного и поясничного отделов позвоночника лечебная гимнастика проводится в положении больного лежа на кровати на щите с приподнятым головным концом кровати. Исходное положение - лежа на спине. Используют дыхательные упражнения, упражнения мелких и средних мышечных групп и суставов, активные движения ногами в облегченных условиях (использование наклонной плоскости) и попеременно .

Примеры дыхательных упражнений при травме спинного мозга:

- выполнение глубокого вдоха и выдоха по команде инструктора;

- глубокий вдох с одновременным отведением рук при помощи методиста, затем глубокий выдох с одновременным опусканием рук на переднюю поверхность грудной клетки;
- выполнение глубоких вдохов и выдохов по команде инструктора, с одновременным надавливанием на переднюю брюшную стенку (с помощью рук инструктора или мешочка с песком);
- пациент откашливается с одновременным нажатием на брюшную стенку;
- с помощью дыхания отклонять подвешенный на нитке к прикроватному оборудованию шарик;
- при помощи вдоха «прокачивание» жидкости в сообщающихся сосудах.

Для профилактики дыхательных нарушений проводится массаж грудной клетки и межреберных мышц. Он облегчает выделение секрета из глубоких отделов дыхательных путей.

- Рекомендуется следующий порядок выполнения массажа грудной клетки: различные приемы поглаживания и легкое поколачивание отделов грудной клетки и межреберных промежутков;
- сдавливание и вибрационный массаж при расположении левой руки на верхней части груди, а правой — на противоположной стороне, и наоборот; в) сдавливание и вибрация с боковых и задних поверхностей /грудной клетки;
- вибрация межреберных мышц.

Помощь в профилактике тромбоза глубоких вен

- ✓ бинтование ног эластичными бинтами;
- ✓ отжимающий массаж с целью устранения нейрогенного отека;
- ✓ пружинистые сгибания в голеностопном суставе два-три раза в день;

6. Помощь в профилактике нарушений функций мочевого пузыря

При стойкой задержке мочеиспускания для выведения мочи применяют либо периодическую катетеризацию мочевого пузыря, либо приливно-отливной дренаж (систему Монро).

Катетеризация мочевого пузыря проводится 4-6 раз в день при строжайшем выполнении правил асептики и антисептики. Обязательна обработка кожи и слизистой вокруг мочеиспускательного канала - например, водным раствором хлоргексидина.

Приливно-отливная система Монро состоит из стерильного сосуда, заполненного антисептической жидкостью (фурацилин 1:5000), закрытого сосуда для сбора мочи и катетера, который с помощью тройника соединяется с вышеуказанными сосудами. Скорость подачи жидкости в

катетер регулируется с помощью регулятора частоты капель. Сущность приливно-отливного дренирования мочевого пузыря заключается в том, что антисептик редкими каплями (40-60 в мин.) поступает в мочевой пузырь. Отводящее колено системы Монро устанавливают на высоту, необходимую для выработки нормального тонуса детрузора. Поскольку оптимальным давлением в полости мочевого пузыря, необходимым для выработки пузырного рефлекса, является давление 150 мм водного столба, то отводящий конец трубки поднимают обычно на 15 см выше уровня мочевого пузыря. При достижении этого давления в мочевом пузыре моча начинает механически вымываться из мочевого пузыря вместе с фурацилином.

Преимущества системы Монро в сравнении с периодической катетеризацией заключаются в том, что отпадает необходимость несколько раз в сутки заводить катетер в мочевой пузырь; мочевой пузырь всегда содержит антисептическую жидкость, что препятствует сморщиванию его стенок и предотвращает развитие цистита и восходящей инфекции; объем жидкости, содержащийся в мочевом пузыре под давлением 150 мм вод. ст., адекватно раздражает стенку, вызывая ее рефлекторное сокращение и способствуя выработке пузырного рефлекса.

Для восстановления нормальной функции мочевого пузыря, помимо его дренирования, уже в раннем периоде начинают использовать физиотерапию иглорефлексотерапию и лечебную гимнастику, которые можно проводить в палате, без перевозок пациента в соответствующие кабинеты.

Основная цель гимнастических упражнений при спинальных нарушениях мочеиспускания — способность нормализации функций сфинктерного аппарата мочевого пузыря. В комплекс лечебной физкультуры входят упражнения для мышц брюшного пресса, спины, промежности, а также упражнения с брюшным дыханием, напряжением мышц живота, разнообразными движениями ног.

Помощь для установления контролируемого акта дефекации при гипотоническом запоре

- ✓ Сегментарный массаж, массаж живота с использованием элементов точечного, тонизирующим методом.
- ✓ Грязевые прямокишечные тампоны.
- ✓ Лечебная гимнастика для мышц живота и тазового пояса.
- ✓ Очень важна диета, включающая растительную клетчатку и не допускающая ограничения жидкости;

- ✓ У некоторых больных возможно применение трав со слабительным действием (ромашка, сенна), теплой минеральной воды.

8. Помощь в нормализации тонуса мускулатуры кишечника при спастическом запоре

- ✓ Массаж живота и сегментарный массаж, курсом до 15 процедур.
- ✓ Грязевые и парафиновые аппликации на область живота, температура аппликаций 38-42°, 20-25 мин., № 10-12.
- ✓ Грязевые прямокишечные тампоны.
- ✓ Электросон частотой 10-20 Гц, длительность импульсов 0,9-0,5 мсек, по глазнично-затылочной методике, продолжительность сеанса 30 мин., № 6-10.
- ✓ Хвойные ванны, жемчужные ванны, температура воды 35-36°, 10 мин., № 10 через день.

В течение трех недель ежедневно производится **очистка кишечника**: энтеродез и другие сорбенты через день чередуют с клизмами, отмывая кишечник до чистой воды, чтобы избежать всасывания токсических продуктов.

Помощь при недержании кала

- ✓ Гидромассаж струевой на область живота, сегментарной зоны, области промежности, передней поверхности бедер, 1.5 атм, 10 мин., № 10.
- ✓ Лечебная гимнастика для укрепления мышц тазового дна и брюшного пресса.

10. Помощь в организации правильного режима питания

Особых ограничений не существует. Но, в связи с тем, что пациент не в состоянии активно двигаться, нельзя забывать, что пища не должна быть слишком калорийной, но обязана включать в себя все питательные вещества, обеспечивать поступление в организм всего комплекса необходимых витаминов и минеральных веществ.

Для решения данной проблемы следует проконсультироваться с диетологом, который подробно распишет такой рацион питания, каждого дня недели. Это позволит обездвиженному человеку получать нужное количество калорий и не поправляться, а также улучшить эмоциональное состояние.

Помощь при формировании навыков движения конечностей

В воспитании двигательных функций решающую роль играет лечебная гимнастика (кинезотерапия). Вначале кинезотерапия проводится в палате, в формах индивидуальной активной и пассивной гимнастики. Койки необходимо оборудовать балканскими рамами с передвигающимися

блоками, что позволяет проводить занятия в палате и существенно расширять комплекс индивидуальной гимнастики.

В комплекс лечебной гимнастики включаются упражнения, в которых участвуют не только конечности, но и сам позвоночник.

При спастических параличах противопоказаны упражнения, ведущие к сближению точек прикрепления спастических мышц или сопровождающиеся силовым напряжением.

При вялых параличах противопоказаны упражнения, связанные с растягиванием паретичных мышц.

Уже в первые дни после травмы пациент регулярно многократно повторяет простые физические упражнения, которые выводят на новый уровень обменно-энергетические процессы в парализованных мышцах.

Пассивные движения в паретичных конечностях осуществляются только в физиологических пределах. Важно помнить, что при ранней двигательной активации пациента недопустимы перегрузки.

Желательно активные движения наиболее слабых (пораженных) мышц осуществлять в облегченном положении, например, на резиновой подвеске для нижних конечностей.

Выработка ритмичных координированных движений заключается в соблюдении следующих приемов:

- ✓ регулярной систематической отработки активного сгибания-разгибания,
- ✓ отведения-приведения и ротации конечностей;
- ✓ чередования медленных и быстрых диагональных движений;
- ✓ отработки однонаправленных и разнонаправленных симметричных движений.

Особое значение имеет хорошая сила глубоких мышц спины, без которых не будет передаваться усилие на ноги. Хорошие глубокие мышцы спины также необходимо иметь для правильного распределения веса.

С помощью глубоких мышц спины пациент будет уверенно стоять на парализованных ногах, восстановит ходьбу в бруснях, а затем научится ходить с подвижной опорой.

Эффективность ЛФК значительно возрастает, если занятия дополняют упражнениями с гимнастическими снарядами и предметами: скользящие поверхности, подвесные системы (петля, гамак, подвес-укладка, блоки, эластичные тяги), гимнастическая палка, булава, мячи, гантели, гири, эспандеры, ручная лестница, наборы мелких предметов, батут, опорные приспособления, поплавки, ортостенд.

Гимнастические снаряды способствуют развитию пластичности, точности, согласованности и координации движений, повышают общую подвижность, при этом возрастает и физиологическая нагрузка.

Важное место в реабилитационной практике занимают лечебная гимнастика в воде (гидрокинезотерапия):

- ✓ гимнастика для отдельных конечностей и их сегментов в ванне;
- ✓ гимнастика в ванне;
- ✓ гимнастика и обучение ходьбе в бассейне.

Поскольку сопротивление воды действует мягко, оно легче преодолевается мышцами, при этом мышцы испытывают тренирующее влияние;

Движения в отдельных суставах можно осуществлять с помощью различных аппаратов (механотерапия). Однако сложные тренажёры и биомеханические комплексы в реабилитации спинальных пациентов не обязательны. Их отсутствие не снижает её эффект. Так, например, если свои первые движения пациент с шейным уровнем травмы восстанавливает, делая трубки из картона или линолеума, это только во благо. В каждом конкретном случае пациент восстанавливает себя сам. Задача медицинской сестры показать самый простой и кратчайший путь к восстановлению поражённых сегментов спинного мозга.

Помощь при выработке навыков стояния и ходьбы

На данном этапе реабилитации с целью восстановления и компенсации навыков передвижения пациент выполняет упражнения, которые восстанавливают направленность движений в пространстве и кинематику ходьбы. Эти упражнения пациент выполняет в положении лежа, на четвереньках, на коленях и стоя.

Обучение ходьбе начинается с переводом пациента в вертикальное положение при тренировках ортостатической функции на поворотном столе-вертикализаторе (ортостоле). Пациент, фиксированный ремнями к поворотному столу, может выполнять упражнения для укрепления мышц верхних конечностей. Вначале упражнения выполняют при помощи методиста, затем с опорой на барьер, на поручни поворотного стола.

На всех этапах вертикализации больных с позвоночно-спинномозговой травмой может применяться роботизированная терапия на комплексе Lokomat.

Эффективность восстановительных мероприятий во многом зависит от вида и качества протезно-ортопедических изделий. Они помогают обеспечить вертикальную устойчивость и выработать координационные движения для обучения ходьбе.

Из протезных изделий используют корсеты, фиксирующие пояса, различной конструкции аппараты для ходьбы — замковые, беззамковые, и шинно-гильзовые. Чтобы предупредить отвисание стопы, показана корригирующая ортопедическая обувь на голеностопные суставы.

Обучение стоянию проводится с помощью коленодержателей и манежей. Время стояния увеличивают постепенно и доводят до 2-3 часов.

Учиться ходьбе начинают в барьерах (брусках) или ходунках. Очень эффективно использование подвесной монорельсовой «дороги», которую можно соорудить в гимнастическом зале, в коридоре, в бассейне. На пациента надевают специальный жилет с фиксирующими устройствами и «подвешивают» к монорельсе, уменьшая таким образом воздействие силы тяжести тела и облегчая перемещение.

После освоения ходьбы в ходунках либо по монорельсовой дороге приступают к обучению ходьбе на костылях. Необходимо научить пациента правильно падать: при потере равновесия костыли разводят в стороны либо бросают и стараются упасть на полусогнутые руки, напрягая мышцы.

По мере овладения навыками ходьбы переходят на ходьбу с двумя тростями, затем с одной и, наконец, без трости.

После освоения ходьбы по горизонтальной поверхности приступают к ходьбе по наклонной плоскости, лестнице, продолжают тренировать падать и вставать.

Помощь при формировании доступной (безбарьерной) среды

«Безбарьерная» или «доступная» среда — это окружающая среда, в которую могут свободно заходить, попадать и которую могут использовать люди с ТБСМ. Слабая сформированность безбарьерной среды является для такого пациента препятствием, то есть пространственно-средовым барьером. Даже в тех случаях, когда пациент имеет средства передвижения (кресло-коляска, специально оборудованный автомобиль и др.), организация жилой среды и транспорта не является «дружественной» к нему.

Пациента нужно научить правильно пользоваться инвалидной коляской, костылями, ходунками, тростью.

Инвалидная коляска должна иметь тормоза и быть подобрана в соответствии с характером недуга, весом и степенью активности пациента, так чтобы обеспечивать комфортное сидячее положение.

Пригонку *костылей* по размеру осуществляют в положении пациента стоя; при этом он должен либо прислониться к стене, либо опереться на стул. Для устойчивости верхние перекладины костылей должны

располагаться на 5 см ниже передних подкрыльцовых складок, а концы на 5—20 см впереди и по бокам от ног. Вес пациента ложится на ручки, которые пригибаются так, чтобы угол сгибания в локтевом суставе составлял 15°.

Трость должна обеспечивать угол сгибания в локте, равный 25°.

Медицинская сестра должна быть информирована о требованиях, которые предъявляются к инфраструктуре для полноценной жизни людей с серьезными нарушениями опорно-двигательного аппарата.

Глубина лестничных ступеней должна составлять 25 см, а высота — не более 15 см; желательно, чтобы концы ступеней были приподняты. Необходимы перила, по крайней мере с одной стороны, высотой около 80 см, которые должны выходить примерно на 45 см за пределы верхней и нижней ступеней. Для свободного проезда инвалидных колясок требуется дверной проем шириной около 80 см, свободное пространство размером 150 x 150 см для разворота.

Пандусы должны иметь поверхность, обеспечивающую достаточное сцепление с колесами; угол наклона должен быть порядка 8 см/м. Необходимо, чтобы перила высотой около 80 см при расстоянии между ними 120 см выступали примерно на 30 см за пределы пандуса.

В туалетной комнате необходимы поручни диаметром 3-4 см, расположенные параллельно полу на высоте 80 см от него и на расстоянии 3—4 см от стены. Стульчак должен быть приподнят, чтобы облегчить передвижение с коляской. Над стульчаком устанавливают две ручки: одну параллельно его поверхности и на 10 см над ней, а другую вертикально на расстоянии 20 см от поверхности стульчака. Обе ручки размещают на расстоянии 3—4 см от стены.

Ручки-поручни в душевой комнате должны начинаться от пола и кончаться на уровне головы (как минимум: от колен до головы); расстояние от стены 3—4 см. Стульчаки и сиденья для душа могут быть различных конструкций, как встроенные, так и передвижные.

Требования к оборудованию кухни включают расположение стола на высоте 65—70 см от пола (или на высоте талии), а ручек управления у кухонной плиты на передней панели; духовка должна быть на высоте кресельных ручек, а трубы под раковиной следует утопить в стену, оставляя свободное пространство для заезда коляски.

Водопроводные краны должны быть рычагового типа, предпочтительно крыльчатые, открываться и закрываться простым движением руки или кисти. Пользование раковиной облегчается, если краны размещены сбоку от раковины, а не на задней ее стенке.

Помощь при выработке навыков самообслуживания

Среди пациентов, перенесших ПСМТ, только 5–10% могут обслуживать себя, 20–30% обслуживают себя частично, у остальных возможность самообслуживания утрачена полностью.

Выработка навыков самообслуживания производится как в палате, так и в кабинете эрготерапии— восстановление навыков личной гигиены, питания, одевания, перемещения и ведения домашнего хозяйства, рукописного и машинописного письма.

Для отработки функциональных движений в кистях рук применяют учебно-тренировочные стенды с закрепленными на них предметами, с которыми пациенту предстоит общаться в быту (водопроводный кран, телефон, штепсель, различные замки, задвижки, застежки и т. п.).

От степени овладения этими манипуляциями зависит переход к тренировкам функции тонкого захвата, обеспечивающей застегивание пуговиц, шнуровку, завязывание.

Первоначально занятия также следует проводить на стендах или макетах (лиф с набором пуговиц различного диаметра, корсет, ботинок).

Овладев этими движениями, пациент может уже самостоятельно одеваться. Одновременно проводятся тренировки в проведении простейшего туалета — умывание, чистка зубов, причесывание, бритье.

Следующим этапом тренировок является восстановление навыка письма. При этом для обучения применяют ручки, карандаши, фломастеры с утолщенным корпусом, оснащенные ремennыми креплениями и кольцевым приспособлением.

Помощь при выработке трудовых навыков

Трудовые навыки пациент получает на занятиях в кабинете трудотерапии и мастерских. Трудотерапия — это активный метод восстановления нарушенных функций и трудоспособности при помощи трудовых операций.

Она восстанавливает или улучшает мышечную силу и подвижность в суставах, нормализует кровообращение и трофику, приспособливает и тренирует пациента для использования в оптимальных условиях остаточных функций.

С психологической точки зрения трудотерапия развивает у пациента внимание, вселяет надежду на выздоровление, сохраняет физическую активность. Она предоставляет пациенту возможность работать в коллективе.

При спастических парезах целесообразно выбирать трудовые операции, при которых исключались бы статические нагрузки, а при вялых

парезах изометрические напряжения проводились бы одновременно или попеременно с движениями.

При этом на первом этапе занятий (облегченные процедуры) необходимо применять операции, не требующие тонкой координации.

К занятиям трудотерапией целесообразно приступать в конце раннего периода или в начале позднего периода ТБСМ, когда уже достигнуты минимальный объем активных движений в паретичных конечностях и достаточный уровень самообслуживания.

Тема 2.3 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНЕЙ КОНЕЧНОСТИ

Понятие об ампутации и протезировании нижней конечности

Ампутация конечности([лат. amputatio](#)) — хирургическое удаление конечности или ее части. Уровень, на котором производят ампутацию, зависит от характера, локализации и тяжести повреждения. Оставшаяся часть усеченной конечности называется культей.

Это всегда вынужденная крайняя мера, к которой прибегают только в случае невозможности сохранить нормальные функции конечности. Удаление конечности бывает единственным необходимым способом спасения жизни, либо предотвращения дальнейшего прогрессирования опасного заболевания. Причиной для ампутации конечности могут быть огнестрельные ранения, автодорожные, производственные, бытовые травмы, злокачественные новообразования, некоторые инфекции, врожденные аномалии и пороки развития, ожоги и отморожения, сахарный диабет. Сегодня наиболее часто встречающимися причинами ампутации являются сердечно-сосудистые заболевания.

Вопрос об ампутации тщательно продумывается, так как операция всегда очень тяжело переносится пациентами физически и морально, нередко приводя их к инвалидности. Среди всех лиц с ампутационными дефектами у 90% имеется ампутация нижних конечностей и только у 10% — верхних конечностей.

В зависимости от степени нарушения функций, ограничения жизнедеятельности и социальной недостаточности этим людям устанавливается 3-я, 2-я, или 1-я группа инвалидности. Они нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении таких специалистов как ортопед, терапевт, кардиолог, эндокринолог и др. Нередко после ампутации нижней конечности для передвижения многие из них вынуждены использовать костыли, протезы или кресла-коляски, а после ампутации обеих нижних конечностей оказываются обездвиженными и требуют постоянного ухода.

Потеря конечности резко меняет дальнейшую судьбу человека. В его личной жизни нередко происходят драматические изменения. Те виды деятельности, которые раньше казались совершенно естественными, теперь требуют новых усилий и навыков. Его активность и участие во всех сферах жизнедеятельности ограничивается.

Возможности восстановления здоровья такого человека в каждом случае зависят от характера произведенной операции, возраста, пола, физической подготовленности, качества протеза (его конструкции), психологического статуса и т.д. Для быстрого и успешного приспособления к новым условиям существования в период длительных перестроек организма необходима полноценная реабилитация, в процессе которой сам подопечный обязан стать его активным участником. Только при этом условии можно добиться необходимого результата.

Все надежды людей после ампутации связаны со своевременным и качественным протезированием, которое позволяет заменить утраченную конечность. Современные достижения технологического прогресса позволяют им, перенесшим ампутацию, продолжить прежнюю жизнь и сохранить социальный статус.

Протезы нижних конечностей предназначены для максимально возможного восстановления утраченных опорно-двигательных функций, а также компенсации имеющегося косметического дефекта. После протезирования человек обретает возможность находиться в положении стояния, сидения, приседания; возможность ходьбы: по ровной поверхности в произвольном темпе, в ускоренном темпе; по наклонной поверхности в направлении вверх и вниз; возможность ходьбы по лестнице вверх и вниз; по пересеченной местности; возможность перемещения в стороны приставным шагом.

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

- ✓ протезы стопы (код номенклатуры - ПНО);
- ✓ протезы голени (код номенклатуры - ПНЗ);
- ✓ протезы бедра (код номенклатуры - ПН6);
- ✓ протезы после вычленения бедра (код номенклатуры - ПН8).

По своим функциональным и косметическим качествам они подразделяются на *функционально-косметические и рабочие*.

Функционально-косметические протезы, благодаря используемым в них промышленно изготовленным узлам и деталям (в том числе модульным узлам, внешним источникам энергии) и индивидуальной схеме

построения, обеспечивают наиболее полное восстановление утраченной опорно-двигательной функции конечности и возмещение косметического дефекта.

Рабочие протезы предназначены для обеспечения достаточной функции опоры (в ущерб биомеханическим характеристикам локомоторного акта и возмещения косметического дефекта), в них отсутствуют искусственная стопа и естественная локомоция при ходьбе.

Протезы при ампутации стопы необходимы в основном для косметических целей .

При ходьбе с протезом такие пациенты способны полноценно ощущать опорную поверхность, что позволяет им чувствовать себя увереннее. В ряде случаев может понадобиться специальная обувь с подкладкой под подошву здоровой ноги, так как она может оказаться короче протезированной.

Протезы при ампутации на уровне голени подразделяются на модульные, каркасные и шинно-кожаные.

Модульный протез голени состоит из культеприемной гильзы, педилинового вкладыша, рабочего модуля и стопы (рис.1,2,3, 4), а в случае очень короткой культи голени или патологий коленного сустава, может дополнительно снабжаться гильзой на бедро со шнуровкой (рис.5).



Рис. 1. Протез голени без косметической облицовки



Рис. 2. Протез голени с косметической облицовкой



Рис. 3. Протез голени с вкладышем



Рис. 4. Протез голени для купания



Рис. 5. Протез голени с гильзой на бедро

Ампутация при вычленении коленного сустава оставляет бедренную кость целой и образует торец культи, способный служить опорой для тела. Вследствие этого при ходьбе человек ощущает землю и чувствует себя более уверенно. Однако в положении сидя протезированное бедро по длине отличается от здорового бедра, даже при использовании специальных коленных модулей. Протез состоит из культеприемной гильзы, адаптера для гильзы, коленного шарнира, несущего модуля и стопы.

Протезы при ампутации на уровне бедра делятся на две группы – модульные и каркасные,

Обычно протезы каркасного типа носят в основном люди пожилого возраста.

Модульные протезы бедра состоят из культеприемной гильзы, гильзового адаптера, коленного модуля, несущего модуля и стопы.

Во всех современных конструкциях протезов бедра применяется голень трубчатой конструкции, для соединения которой с коленным модулем и искусственной стопой используются различные модификации адаптеров (юс-тировочных устройств).

В зависимости от двигательных способностей протезируемого человека, его массы и индивидуальных потребностей могут применяться стопы с регулируемой жесткостью пяточной части и различной упругостью носковой части; с устройством, которое позволяет изменять положение стопы относительно голени в сагиттальной плоскости (т.е. устанавливать её в соответствии с имеющейся высотой каблука обуви); содержать устройство для ограниченной подвижности во фронтальной плоскости, что обеспечивает лучший контакт стопы с неровной опорной поверхностью.

Для предотвращения непосредственного контакта кожных покровов культи голени или бедра с поверхностью приемной гильзы, а также для обеспечения лучшего размещения её мягких тканей в приемной полости, применяются специальные чехлы на культю, соответствующие её размерам: шерстяной, хлопчатобумажный или из полимерных материалов. При надевании протеза концевая часть надетого на культю чехла протягивается через специальное отверстие внизу приемной гильзы, что не только облегчает погружение культи в гильзу, но и распределение в ней мягких тканей, особенно при наличии их избытка на культе бедра.

Культиеприемные гильзы нередко снабжаются вакуумным креплением.

При помощи клапана воздух выкачивается, в результате чего гильза плотно фиксируется за счет вакуума. Для снятия протеза достаточно открыть клапан и извлечь культю. При использовании такой системы вес тела приходится на седалищный бугор – самую малочувствительную губчатую кость, укрытую мощными мышцами.

. Протез может крепиться на культю при помощи эластичного бандажа или силикон-лайнера.

Лайнер (силиконовый чехол) обеспечивает удобство пользования протезом при повседневных и значительных нагрузках. Для людей с нестандартной формой и длиной культи изготавливаются лайнеры по индивидуальному заказу. Благодаря высокой эластичности лайнер точно повторяет форму культи. Специальная текстильная матрица материала снижает до минимума предельное растягивание, а силикон улучшает прочное соединение культи к лайнеру.

При наличии очень короткой культи бедра, не пригодной для управления протезом бедра, а также при наличии культи после вычленения бедра изготавливают ***протез после вычленения бедра***.

Такой протез крепятся к телу с помощью специального корсета, крепление осуществляется за счет формы и зажимных ремней. Протезы при вычленении тазобедренного сустава состоят из тазобедренного модуля, коленного узла, стопы и регулировочно-соединительных узлов (рис.6). При использовании таких протезов вес тела приходится на седалищный бугор – самую малочувствительную губчатую кость, укрытую мощными мышцами.



Рис. 6. Протез после вычленения бедра без косметической облицовки

В процессе восстановления здоровья пациента после ампутации можно выделить два этапа. Первый этап - период подготовки к протезированию и второй этап – период протезирования и использования протеза. Абсолютное большинство людей после ампутации пользуются своими протезами постоянно.

Наблюдение за человеком после ампутации конечности

Волонтеры, близкие люди и родственники подопечного при работе с ним контролируют следующие вероятные клинические последствия ампутации, которые подлежат активному восстановительному воздействию.

1. Эмоциональная напряженность. Человек после потери нижней конечности нередко лишается возможности элементарного самообслуживания и передвижения. Это усугубляет его психическое состояние, порождает тревогу, как к нему теперь будут относиться члены семьи, родные и близкие, сомнения в целесообразности дальнейшего существования, семейных и служебных отношений. Шок, страх, депрессия, утрата смысла жизни, развитие комплексов и неврозы – весьма вероятные последствия ампутации. Возможны суицидальные попытки, включая осознанный отказ от приема любой пищи. Все это резко тормозит выздоровление и нарушает качество жизни.

2. Послеоперационные осложнения, которые создают значительные трудности для последующего протезирования.

Так, например, ампутация конечности при сахарном диабете опасна тем, что высока вероятность незаживающей язвы, инфицирования операционной раны, нарушения кровообращения и чувствительности, деформации культи и др.

3. Нарушения крово- и лимфообращения в культе, частичная атрофия и гипотрофия ее подкожно-жировой и мышечной ткани.

Серьезной проблемой после операции, которую необходимо решить, является отек. Он всегда возникает при хирургическом вмешательстве, однако в благоприятных условиях проходит через 1-2 недели.

Нередко прогрессирует атрофия мышц ампутированной конечности, которая ведет к тому, что культя в протезе «болтается». В результате возникают потертости и намины культи, ушибы суставов, воспаления, лимфангиты и другие осложнения.

4. Опасность развития контрактур из-за временно вынужденного постельного режима.

После операции из-за временно вынужденного постельного режима, а также вследствие болевого синдрома ограничивается подвижность сохранившихся суставов конечности.

При культях голени формируется сгибательно-разгибательная контрактура коленного сустава, а при культях бедра — сгибательная и отводящая контрактура тазобедренного сустава, что в дальнейшем будет мешать ходить в протезе.

5. Гиперчувствительность кожи, при которой даже обычное прикосновение бывает мучительным и болезненным.

6. Боль, являющаяся следствием операционного вмешательства и травмирования тканей.

Она обычно проходит с заживлением операционной раны.

7. Фантомные боли — особый вид болевого ощущения, не связанного с травмированием тканей.

Фантомные ощущения возникают в разных местах ампутированной конечности, например, в отсутствующем пальце, как продолжающееся ощущение размождения фаланги, возникшее в момент несчастного случая.

В первые месяцы после операции к усилению фантомной боли могут привести такие факторы как слишком низкая или высокая температура окружающей среды, депрессия, напряжение, недостаток сна, нарушение кровообращения в ампутированной конечности, длительная неподвижность и инфекции (например, грипп или инфекции мочевыводящих путей)

8. Резкое увеличение массы тела (ожирение) вследствие малой подвижности после ампутации нижних конечностей.

9. Утомление мышц плечевого пояса при хождении на костылях и с палочкой, а также плоскостопия оставшейся конечности.

У некоторых людей при пользовании костылями происходит сдавление подмышечных сосудов, нервов и нередко возникают невриты.

10.Нарушение равновесия (статики) и падения.

В результате удаления нижней конечности масса тела на стороне ампутации резко снижается. Центр тяжести перемещается в сторону сохранившейся конечности, вызывая напряжение нервно-мышечного аппарата, необходимое для сохранения равновесия. Следствием этого является наклон таза в сторону, где нет опоры, что в свою очередь влечет искривление позвоночника в поясничном отделе во фронтальной плоскости. Компенсаторно могут развиваться сколиотические искривления в противоположную сторону в грудном и шейном отделе позвоночника. Очень часто из-за нарушения осанки наблюдаются боли в спине.

Помощь в период подготовки к протезированию

В среднем, период подготовка культи к протезированию после ампутации продолжается до полугода.

На данном этапе необходимо, чтобы нормализовалось психическое состояние пациента, произошло полное заживление послеоперационной раны, отпал струп со швов, целостность кожи на всей культе была не нарушена, отек был ликвидирован, чувствительность была близка к норме; общее физическое состояние было удовлетворительным, не было обострений сопутствующих заболеваний.

Поэтому помощь при подготовке к протезированию включает в себя следующие мероприятия:

- ✓ психологическая поддержка,
- ✓ уход за кожей культи и операционной раной,
- ✓ процедуры по предупреждению отечности и контрактур культи,
- ✓ восстановление поверхностной чувствительности,
- ✓ устранение боли,
- ✓ подготовка мышечной системы пациента к вертикализации.

Психологическая поддержка

Психические изменения могут быть как следствием самой ампутации, так и реакцией на связанную с ней ситуацию; их следует предвидеть и своевременно реагировать на них, стараясь успокоить подопечного и стремясь к пониманию его проблем. Следует периодически возвращать его к утешительной мысли, что ампутация помогла спасти его жизнь.

Нужно постоянно проявлять сочувствие и понимание страданий человека после ампутации. Дать понять, что семья заботится о его здоровье. Спросить о том, что облегчает ему движение. Помочь выбрать одежду, которая скрывала бы изменения в осанке.

Рекомендовать подопечному как можно чаще делать что-то для себя самостоятельно. Это даст ему возможность почувствовать себя более независимым. Разрешать ему выражать свои чувства словами. Терпеливо выслушивать и побуждать его рассказывать о своих переживаниях.

Обеспечивать и всячески поощрять контакты с другими людьми. Вовлекать его в действия, которые ему нравятся. Очень важно, чтобы он сохранял интерес к окружающему миру, чтению, посещению кино, театра и т. д.

Психологическая помощь и поддержка продолжаются на протяжении всего реабилитационного периода. Для создания общего психоэмоционального настроя необходимы психофизический покой, постоянное проведение различных процедур и здоровый распорядок дня. Подопечный должен находиться в комфортных условиях, включая пятиразовое лечебное питание.

Благоприятное воздействие на психическое состояние оказывает беспрепятственное пребывание родственника или сиделки в его комнате или больничной палате.

Обретению душевного спокойствия и надежды на выздоровление способствуют лечебная физкультура, фитотерапия, терапия минеральными водами, аквагимнастика, эргометрические тренировки, аэробика и т.п. Если медицинские показания позволяют, то подопечному можно организовать ароматерапию, лечебные ванны с йодированной или морской солью.

Повышенной мнительности и тревожно-депрессивному состоянию человека после ампутации следует уделять особое внимание. Не допустимы шутки и критика по поводу его жалоб и опасений.

Очень важно ободряющее слово, что не все потеряно, что можно вернуться к обычной жизни в семье и к трудовой деятельности. В общении с подопечным надо направлять его волевые качества на потребность как можно быстрее восстановить функции, которые утрачены, в том объеме, который является доступным, и желание не быть в тягость для окружающих. Рекомендовать в меру сил участвовать в активной жизни и поддерживать дружбу с другими людьми вне дома, чтобы не чувствовать себя изолированным от других. Желательно его познакомить с теми, кто тоже перенес подобную операцию и успешно адаптировался к новым условиям жизни.

Уход за кожей культи и операционной раной

Кожа культи очень чувствительна после операции, поэтому ежедневная гигиена культи играет важную роль в профилактике появления

возможных раздражений и воспалительных процессов на коже, развития гнойничковых заболеваний. Два раза в день утром и вечером культю нужно мыть теплой водой с детским мылом, особенно тщательно - рубцы и кожные складки, а после этого насухо вытирать чистым мягким полотенцем.. Сухую кожу, склонную к образованию поверхностных трещин, места прежних ран, рубцы и трансплантаты кожи после мытья нужно смазывать ланолином, глицерином или питательным кремом для сухой кожи. Опрелости на коже культи следует припудривать тальком, смазывать кипяченым подсолнечным или вазелиновым маслом.

Иногда после операции развивается гиперчувствительность кожи, при которой даже обычное прикосновение бывает мучительным и болезненным. В таких случаях успокоить кожу помогает легкий массаж с увлажняющим лосьоном (без отдушек и спирта).

Следует закалять оперированную конечность. Для этого рекомендуются воздушные и солнечные ванны. Первые пять дней можно подставлять культю солнечным лучам не больше чем на одну минуту. А потом каждый день прибавлять по одной минуте и довести длительность процедуры до четверти часа.

Очень полезны контрастные ванночки два раза в день по десять минут. По одной минуте держать культю в холодной воде - не ниже 20-25 градусов Цельсия и теплой воде - не выше 45-50 градусов Цельсия - воде.

Для того чтобы кожа культи огрубела и стала более выносливой, ежедневно после утреннего туалета можно протирать ее отваром коры дуба. Особенно это полезно летом, в жаркие дни, когда повышается потливость и могут появиться опрелости. При появлении на коже культи гнойничков, необходимо обрабатывать их однопроцентным раствором бриллиантовой зелени или слабым раствором марганцовокислого калия.

Для пациентов с диабетом или нарушением кровообращения, склонных в дальнейшем к развитию инфекции в операционной ране и других кожных осложнений, после согласования с лечащим врачом целесообразно использовать специальные медикаментозные средства для ухода за культей.

Процедуры по предупреждению отека культи и контрактуры сустава

В послеоперационный период очень важно не допустить развитие отека культи и контрактуры сустава. Так, например, ограничения подвижности, которые возникают при отеке голени и контрактуры коленного сустава, будут серьезно мешать эффективному протезированию, так как нога не будет полностью разгибаться в колене.

Отек – естественная реакция тела на хирургическое вмешательство, и при нормальных условиях через 1-2 недели он проходит. В этот период для снижения отека применяются бинтование эластичным бинтом и специальные компрессионные чехлы.

Наложение эластичной повязки является наиболее доступным способом уменьшения отеков. Эту процедуру вначале выполняет медицинская сестра, которая затем этому обучает подопечного и его родственников, так как её можно выполнять дома. Слишком свободная повязка не окажет желаемого эффекта, а слишком тесная (не затянутая на конце культи, но сжимающая ее выше) может повредить ткани. Бинтование культи осуществляется по определенным правилам: культя бинтуется строго снизу вверх, натяжение бинта всегда одинаковое, а увеличение компрессии на конечном участке культи осуществляется за счет увеличения количества туров бинта.

Важно, чтобы компрессия в конечной части культи была больше, чем в её центральной части. Тогда вся лимфа (жидкость) уходит по сосудам вверх. Бинтование начинают с тыльной поверхности культи (рис 7). Моток эластического бинта располагается внутри, а не снаружи.

Затем, положив конец эластического бинта с тыльной поверхности, сделать его натяжение (рис. 8), перехватить большим пальцем (рис.9). Затем по диагонали «восьмеркой» начинать накладывать с натяжением эластический бинт (рис. 10). Натяжение должно быть небольшое, чтобы не пережать сосуды. Туры бинта идут по диагонали так, чтобы каждый последующий перехлестывал предыдущий ровно наполовину. Если бинт закончился, берут второй и продолжают бинтовать. Опять начинают снизу таким же образом. Край бинта лучше крепить обычным пластырем.

Сначала бинт оставляется на культе на 15-20 минут и эта процедура повторяется несколько раз в течение дня, а со временем необходимо довести продолжительность компрессии с утра до вечера. В ночные часы, как правило, компрессия снимается и культя отдыхает.



Рис. 7. Начало бинтования с тыльной поверхности культи



Рис. 8. Натяжение эластического бинта



Рис.9. Перехват эластического бинта большим пальцем



Рис.10. Наложение эластического бинта «восьмеркой»

Компрессионный чехол - важное дополнение к уходу за культей (рис. 11).



Рис. 11. Компрессионный чехол культи бедра

Он прост в использовании и обеспечивает равномерное давление от конечной к центральной области культи. Чехол способствует уменьшению послеоперационного отека, улучшает кровообращение и питание тканей культи, предотвращает появление отеков после снятия протеза.

Чтобы избежать отечности в культе и контрактуры в коленном суставе существует ряд правил, соблюдая которые можно сохранить подвижность конечности.

1. Сразу после ампутации сохраненному сегменту прооперированной конечности придают возвышенное положение. Это необходимо для улучшения оттока в отечной культе и скорейшей нормализации кровообращения. В момент отдыха подопечного его культя должна находиться в полностью выпрямленном положении в коленном суставе. Когда он сидит важно, под ампутированную конечность подкладывать стул или табурет, либо культя должна находиться в горизонтальном положении.

Нельзя держать культю в опущенном вниз состоянии. Когда подопечный сидит с опущенной вниз культей в ней скапливается жидкость.

2. Когда подопечный лежит, нельзя подкладывать подушку или валик под колено. Это будет пережимать сосуды и нарушать крово- и лимфообращение в культе. Подушку следует положить непосредственно под конец культи.

Такой же валик или подушку желательно подкладывать и под здоровую ногу, так как её малая подвижность может привести к отечности и контрактуре в её суставах.

3. С целью предотвращения контрактур сохраненных суставов прооперированной конечности в течение дня следует менять положение культи по отношению к туловищу. Для этого время от времени нужно

опускать культю с возвышения и на 20-40 минут - по разрешению лечащего врача - ложиться на живот.

Это особенно важно при культях бедра, чтобы предупредить тугоподвижность в тазобедренном суставе на ампутированной конечности. Поверхность, на которой лежит подопечный, должна быть ровной и достаточно жесткой. Если нет подходящей по жесткости кровати или дивана, упражнения для профилактики контрактур можно делать на полу.

Следует поворачивать голову в противоположную сторону от ампутации. Чтобы было легче лежать и максимально расслабить мышцы спины, нужно под здоровую ногу подложить валик, свернутый из полотенца, или подушку. Это упражнение препятствует образованию контрактуры в тазобедренном суставе, так как при этом спина ровная, а бедро максимально выпрямлено.

4. Кухля должна располагаться в выпрямленном положении как можно больше времени. Нельзя долго держать культю в согнутом состоянии, так как мышцы будут укорачиваться, а подвижность культи снижаться.

К ограничению подвижности в суставе приводит привычка держать культю на подушке и спать на мягкой постели. Чтобы этого не случилось, под матрац укладывается деревянный щит.

5. Рекомендуются активная и пассивная лечебная гимнастика. Следует иметь в виду, что эластичная повязка, в отсутствие регулярных упражнений, может стать причиной возникновения спастических явлений в суставе и развития контрактуры. При выполнении упражнений, противопоказаны движения, вызывающие боль.

На первом этапе гимнастика проходит под наблюдением врача лечебной физкультуры, начиная с дыхательной гимнастики, упражнений на растяжку, укрепления мышц позвоночника, рук, здоровой ноги, равновесия и координации. При ампутации части нижней конечности лечебную гимнастику в первом периоде делают из исходных положений лежа на спине, животе и боку на стороне здоровой конечности.

Если, например, нога ампутирована до коленного сустава, то для профилактики контрактуры выполняют следующие специальные упражнения: движения надколенником; сгибание и разгибание в коленном и тазобедренном суставах; поднятие и опускание культи, отведение в сторону разогнутой в коленном суставе культи; круговые движения по часовой и против часовой стрелки в тазобедренном суставе, а также маховые движения назад.

Если проведена ампутация ноги выше колена, то указанные мероприятия в этот период помогут предотвратить возникновение контрактур в тазобедренном суставе.

После того, как заживет рана, для лучшего лимфодренажа и кровоснабжения, предупреждения контрактур и атрофии культы рекомендуется возможно раньше применять ежедневный лимфодренирующий массаж или самомассаж конечности и культы по 10 – 20 минут в день (курс — 20—25 процедур)..

Перед самомассажем подопечный присыпает кожу тальком, чтобы не натереть ее. Массаж начинается от конца культы по направлению снизу вверх.

Приемы самомассажа:

- ✓ поглаживание кожи культы пальцами или ладонью,
- ✓ растирание (сдвигание) кожи и подлежащих тканей круговыми движениями,
- ✓ разминание мышц - легкое оттягивание и сдавливание их,
- ✓ поколачивание конечности ладонью или ребром кисти,
- ✓ вибрация - пальцами обхватить культю и потрясти.

Восстановление поверхностной чувствительности

Легкий массаж культы с увлажняющим лосьоном (без отдушек и спирта) поможет восстановить чувствительность кожи и адаптировать нервную систему к отсутствию конечности. Приучение кожи к контакту с различными материалами со временем снижает гиперчувствительность нервов. Для этого кожу начинают массировать очень мягкими материалами, такими как хлопок, постепенно переходя к более грубым и жестким.

5. Устранение боли

Боль, являющаяся следствием операционного вмешательства и травмирования тканей, обычно, при соответствующем лечении, проходит с заживлением операционной раны.

В первые месяцы после операции к усилению боли могут привести такие факторы как слишком низкая или высокая температура окружающей среды, депрессия, напряжение, недостаток сна, нарушение кровообращения в ампутированной конечности, длительная неподвижность и инфекции (например, грипп или инфекции мочевыводящих путей).

Часто причиной боли являются спайки тканей при образовании рубцов. Причиной более поздней боли могут быть небрежность при уходе за культей, а в последующем неправильное использование протезов.

При согласовании с врачом боли можно уменьшить или ликвидировать при помощи аппликации парафина, озокерита, грязи на область культи; общих жемчужных, хвойных или сероводородных ванн.

Снижению фантомных болей способствуют моральное принятие факта утраты конечности, массаж культи, равномерное давление, создаваемое за счет биндажа, раннее начало физических упражнений, использование временных протезов и физиотерапевтические процедуры. В этом вопросе помимо постоянной поддержки семьи и родственников нужна помощь психолога.

Подготовка мышечной системы к вертикализации

Для предупреждения атрофии мышц культи и поддержания мышечного тонуса следует ежедневно дважды в день 5-7 минут уделять фантомно-импульсивной гимнастике. Она заключается в том, что подопечный мысленно сгибает и разгибает отсутствующий сустав, а мышцы при этом поочередно то напрягаются, то расслабляются. При сохраненном суставе, нужно сгибать и разгибать усеченную конечность. Упражнения выполняются сидя или лежа без чрезмерных усилий, они не должны причинять боль.

Чтобы начать пользоваться протезом, необходимо укрепить мышцы. Для этого рекомендуются физические упражнения, которые вначале следует выполнять по 10 раз за два-три подхода в течение дня. Во время выполнения упражнений дыхание не задерживается.

- ✓ Лечь на живот на ровной поверхности, свести ампутированную и здоровую ноги вместе. Поднять ампутированную ногу вверх как можно выше, сосчитать до 10, затем медленно опустить ее вниз. При выполнении упражнения необходимо следить за тем, чтобы нога не отклонялась в сторону.
- ✓ Лежа на спине, на ровной поверхности, согнуть здоровую ногу в колене и упереться в поверхность стопой. Ампутированную ногу выпрямить. Не сгибая колена, поднять ампутированную ногу до уровня колена здоровой ноги, задержаться в этом положении и сосчитать до 10. Опустить ногу, не сгибая колена.
- ✓ Лечь на бок ампутированной ногой вверх. Поднять ампутированную ногу до угла 45-60 градусов, сосчитать до 10, затем медленно опустить ее. При подъеме голова, тело и вторая нога должны оставаться параллельными плоскости пола.
- ✓ Лечь на бок ампутированной ногой книзу. Для опоры поставить стопу напротив бедра ампутированной ноги. Поднять ампутированную ногу строго вверх, не допуская отклонения вперед или назад, задержаться в

этом положении, сосчитав до 10. Медленно опустить ногу. В случае ампутации ниже колена, ногу необходимо держать прямой.

Для лиц с культей бедра очень полезно тренировать опорную функцию культы. Исходное положение, сидя на стуле, под культей лежит кусок поролона. Подопечный надавливает своей культей на него в течение 1-2 минут, но не до боли. Постепенно, изо дня в день, давление увеличивается до тех пор, пока он сможет безболезненно встать, опираясь на культю.

Начинать тренировать равновесие можно возле кровати, держась за спинку, и делая упражнения по укреплению рук и тела. Они развивают навыки, необходимые для перемещения с кровати на коляску, посещения туалета, а также помогают сохранить физическую форму для обучения ходьбе, которое проводится как с протезами, так и без них.

Необходимы корригирующие упражнения, направленные на профилактику расстройств осанки: плавание способом брасс, выполнение упражнений в бассейне с резиновыми амортизаторами, тренировки в зале на тренажерах (включают только симметричные упражнения для конечностей).

Помощь в период протезирования и использования протеза

Примерно через 3-4 недели после ампутации изготавливают первый протез, называемый временным. Временный протез или первичный протез – это протез, предназначенный для адаптации культы и пациента в переходном периоде. Время ношения временного протеза занимает от трех до шести месяцев. При подгонке временного протеза его косметическая отделка большого значения не имеет. При использовании временного протеза рекомендуется носить новые полуботинки на низком каблуке, со шнуровкой или на «липучках».

Временный протез неизбежно оказывает воздействие на культю, в результате которого меняется ее форма и объем. В результате это может привести к раздражению и дефектам кожи культы.

Чтобы предупредить подобные последствия при использовании постоянных протезов, до перехода на них применяют пробную культеприемную гильзу. Она изготавливается из специального прозрачного пластика, что позволяет отслеживать изменения цвета кожи культы. Затем с пробной гильзы уже изготавливают слепок для постоянной культеприемной гильзы.

Освоение техники самостоятельного обращения с культей и протезом

При первом использовании протеза, его носят 3-4 раза в день, не больше чем по 15-20 минут. Если покраснение, наблюдающееся после

снятия протеза, держится не более пяти минут, протез можно носить 1-2 часа. Затем кожу необходимо осматривать каждые два часа и после нагрузок. Это связано с повышенной чувствительностью и ранимостью кожи культи, так как кожа в области бедра или голени не рассчитана на большие статические нагрузки. Для удобства осмотра нижней части культи подопечный может использовать небольшое карманное зеркальце.

Время ношения протеза постоянно увеличивается, и в итоге его снимают два раза в день для вентиляции, гигиенических процедур и чистки.

Кожный покров людей, пользующихся протезами, подвергается усиленной нагрузке. Вместе с потом из кожи человека выделяются токсины, соли и продукты обмена веществ. Пот является питательной средой для болезнетворных бактерий, особенно у людей с нарушением pH-кожи. Могут появиться неприятный запах, раздражение кожи, опрелость, язва и потертость. Поэтому культю, культеприемную гильзу и лайнер необходимо как минимум один – два раза в день промывать и очищать.

Капроновые и хлопчатобумажные чехлы обычно стирают через день. Сам протез должен быть всегда сухим. Два раза в неделю протирают протез внутри и снаружи тряпочкой, смоченной в мыльной воде. Кожаные и замшевые его детали один раз в неделю протирают бензином, спиртом или одеколоном.

Также необходимо наблюдение за сохранной ногой, и это должно стать ежедневной пожизненной практикой для предотвращения осложнений из-за повышенных нагрузок, возникающих при ходьбе. Особое внимание должно быть уделено костным выступам, областям между пальцами и пяткой.

Подопечный должен сам следить за тем, как адаптируется культя к новым функциям и не происходят ли в ней какие-либо изменения. Установлено, что размер культи по мере использования протеза первые 10-12 месяцев изменяется.

Следует иметь в виду, что мочегонные средства, химиотерапия, употребление алкоголя могут спровоцировать изменение объемов культи и нарушить соответствие протеза культе.

Если объём культи уменьшился, на конечность под протез надо надеть дополнительный чехол. Эти чехлы прилагаются к протезу. Протез нужно заменить, если периметр культи уменьшился настолько, что дополнительный чехол не помогает, либо так увеличился, что конечность в протез не помещается.

Освоение ходьбы на протезе

При ампутации нижней конечности подопечного учат правильно надевать протез. Вначале на культю надевают тонкий шерстяной чехол или чулок без швов и складок, так как он должен плотно облегать ее. Если ампутация сделана на голени, то протез надевают сидя; на бедре — стоя и сидя, а при ампутации двух бедер — лежа и сидя.

После полной подгонки гильзы протеза под культю начинается процесс освоения ходьбы на протезе.

При освоении ходьбы на протезе всегда необходимы разные упражнения для восстановления мышечно-суставного чувства, равновесия, подвижности позвоночника и суставов. Так, в случае ходьбы на протезе голени используют специальные приемы сокращения икроножной мышцы и сгибателей коленного сустава. Это способствует правильному удержанию протеза на культе, а расслабление в фазе опоры на протезированную конечность - улучшению кровообращения культи.

Технику ходьбы на протезе бедра условно разделяют на три этапа:

1. стояние на протезе;
2. разучивание и закрепление элементов шага, освоение управления протезом;
3. освоение координированной ходьбы, приближающейся к ходьбе здорового человека.

Задачи первого этапа - адаптация тканей культи к приемной гильзе в положении «стоя», стояние с равномерным распределением массы тела на обе конечности, перенос массы тела с одной конечности на другую, выработка устойчивости на протезированной конечности, тренировка мышц таза и культи в статике, устранение контрактур и тугоподвижности в тазобедренном суставе.

Задачи второго этапа — выработка равновесия в фазах шага, укрепление мышц таза и культи в движении, тренировка координированных движений верхних и нижних конечностей.

Задачами третьего этапа являются адаптация тканей культи к меняющейся при ходьбе нагрузке, подъему и спуску по лестнице, преодолению препятствий.

Для облегчения самостоятельного передвижения по квартире целесообразно провести в ней некоторые изменения, например, оборудовать специальными поручнями все места обитания.

Поручни в зависимости от целей использования, могут быть разного типа:

- ✓ вертикальные поручни, которые прикрепляют на стене около кровати или к кровати для того, чтобы подопечный мог сесть из положения «лежа» и наоборот (рис 12);
- ✓ горизонтальные поручни, которые используются для того, чтобы подопечный мог оттолкнуться или подтянуться, встать из положения «сидя» в туалетной или ванной комнатах, в коридорах, в жилой комнате ;
- ✓ наклонные поручни, облегчают подопечному перемещение из различных положений (рис.13).



Рис. 12. Вертикальный поручень для самоподнимания



Рис. 13. Наклонные поручни для самоподнимания

Первоначально ходьба в протезе проводится с опорой на гимнастические бруссы.

Затем каждый день начинается ходьба в протезе на костылях, наращивая постепенно пройденное расстояние.

Существуют два вида костылей – локтевые с опорой под локоть (рис.14) и подмышечные (рис.15.)



Рис.14. Костыль локтевой



Рис. 15.Костыль подмышечный

На момент начала протезирования и первых шагов пользоваться подмышечными костылями нежелательно. Когда подопечный встает на подмышечные костыли у него положение корпус в позе «просителя», то есть с некоторым наклоном вперед. С этого положения очень трудно научиться ходить правильно.

Поэтому рекомендуется использовать локтевые костыли. До начала протезирования нужно научиться ходить именно на таких костылях. Важно правильно подобрать высоту ручек локтевых костылей. Высота ручки должна соответствовать большому вертелу бедренной кости с одной стороны и с другой стороны туловища.

После освоения уверенной ходьбы с костылями, пациент переходит к ходьбе в протезе с тростью (рис.16) и ходьбе без дополнительной опоры.

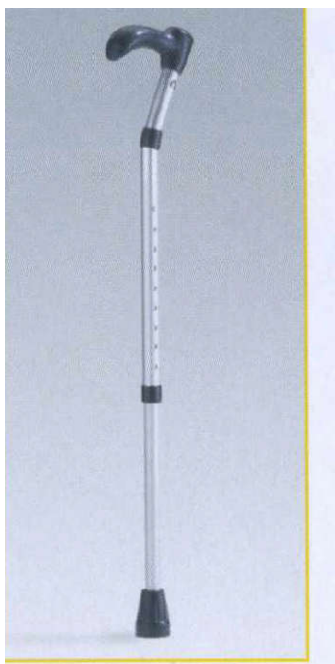


Рис. 16. Трость одноопорная

Оптимальную длину трости определяют, согнув руку в локте под углом 135 градусов, — измеряют расстояние от кисти до пола.

С целью сохранения равновесия во время ходьбы на протезе, нужно несколько минут постоять прямо, распределяя вес тела на обе ноги и нагрузку руками на костыли. Первые шаги делают одинаковой длины (но не больше длины стопы) по прямой линии, начиная с протезной ноги.

Вставать, стоять и ходить учатся вначале перед зеркалом. Затем осваивают быструю ходьбу с поворотами, внезапными остановками, привыкают носить небольшие грузы в руках или рюкзаке, учатся ложиться, вставать, поднимать предметы с пола, падать и подниматься.

Во время сидения на стуле, протезированную ногу выставляют вперед. То же наблюдается и при вставании.

При ампутации выше колена, поднимаясь по ступенькам, нужно опираться на здоровую ногу, а при спуске — на протезированную

Помощь при восстановлении физической силы и уровня общей тренированности

В течение всего дня двигательный режим пациента должен быть организован так, чтобы паузы отдыха чередовались с занятиями лечебной физкультурой. Это позволяет эффективно сократить сроки первичного протезирования и быстро освоить технику ходьбы на протезе.

Противопоказания к назначению лечебной физкультуры: острый воспалительный процесс в культе; общее тяжелое состояние больного; высота температура тела; опасность кровотечения. При проведении занятий с больными после ампутации нижних конечностей по поводу

облитерирующего энтерита, диабета, атеросклероза, а также с людьми пожилого возраста необходимо особенно осторожно и последовательно увеличивать нагрузку, контролируя реакцию со стороны сердечно-сосудистой системы.

Обычно занятия физкультурой начинаются уже в первые сутки после операции. В них включают дыхательные упражнения, упражнения для здоровых конечностей.

Со 2—3-го дня выполняются изометрические напряжения для сохранившихся сегментов ампутированной конечности и усеченных мышц; облегченные движения в свободных от иммобилизации суставах культи; движения туловищем (приподнимание таза, повороты).

С 5—6-го дня применяют фантомную гимнастику (мысленное выполнение движений в отсутствующем суставе), которая очень важна для профилактики контрактуры и атрофии мышц культи.

После ампутации верхней конечности больной может садиться, вставать, ходить. После ампутации нижней конечности больной в основном соблюдает постельный режим. Однако при удовлетворительном общем состоянии с 3—4-го дня больной может принимать вертикальное положение — для тренировки равновесия и опороспособности здоровой конечности. Его обучают ходьбе на костылях.

Особое значение имеют следующие упражнения, которые восстанавливают дыхание и кровообращение, мышечно-суставное чувство, равновесие, подвижность позвоночника и суставов, выносливость мышц, координацию движений и навыки самообслуживания.

1. Дыхательные упражнения, которые пациент выполняет ежедневно и многократно.

2. Позиционные упражнения и изометрические упражнения, при которых напряжение мышц достигается без движения участвующей в упражнении части тела (конечности).

3. Упражнения по перемещению с кровати в кресло-коляску.

4. Упражнения для укрепления мышц бедра, туловища, брюшной стенки и мышц спины. Движения в тазобедренном суставе выполняются во всех направлениях. В коленном суставе сгибания и разгибания — сначала лежа в кровати на спине или здоровом боку, затем в положении стоя на здоровой ноге возле кровати, держась руками за ее спинку. При односторонней или двусторонней ампутации голени необходимо несколько раз в день ходить на коленках в кровати по матрацу.

5. Упражнения с ампутационной культей для сохранения подвижности суставов.

6.Тренировка устойчивости и равновесия, стоя на сохранившейся ноге на полу возле кровати с опорой руками на ее спинку, отпуская руки на несколько минут.

7.Тренировки на различных тренажерах для профилактики гиподинамии.

Весьма эффективным средством восстановления физической силы и уровня общей тренированности, профилактики ожирения и коррекции стресса после ампутации являются подвижные и спортивные игры.

Тема 2.4 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЯ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

Понятие об эндопротезировании тазобедренного сустава

В настоящее время эндопротезирование является методом выбора при лечении тяжелых форм дегенеративно-дистрофических и посттравматических заболеваний тазобедренного сустава. Это высокотехнологическое хирургическое вмешательство, при котором производится замена поврежденного сустава на искусственный сустав.

Впервые протез тазобедренного сустава был предложен в 1952 году. Изготавливался он из металлического штифта с наложенным на него прототипом головки из акрилата.

По статистике в развитых странах на 1000 человек осуществляется минимум одно эндопротезирование. В Республике Беларусь каждый десятый больной, страдающий патологией тазобедренного сустава, нуждается в такой операции. В случаях, когда все виды консервативного лечения (физиотерапия, использование корсетов, специальные ванны, анальгетики, противовоспалительные препараты и др.) оказываются недейственными, это единственный способ устранения острой боли в поврежденном суставе, восстановления подвижности сустава и утраченных функций конечности. Эндопротезирование позволяет эффективно вернуть пациенту возможность трудовой деятельности и самообслуживания.

Как правило, установленный протез служит около 15-20 лет. Поэтому пациент обязан правильно соизмерять свои жизненные потребности с техническими возможностями искусственного сустава. Это помогает не только улучшить приспособительную активность, но и отдалить время замены дорогостоящего изделия. Пациенты молодого возраста в течение жизни могут подвергнуться повторной операции эндопротезирования.

Самыми распространёнными причинами, по которым осуществляется эндопротезирование тазобедренного сустава у людей пожилого возраста, являются коксартроз и ревматоидный артрит.

У молодых пациентов наиболее частые причины эндопротезирования – это асептический некроз головки бедренной кости, вызванный его недостаточным кровоснабжением, травмы, а также чрезмерная нагрузка на сустав, например, в связи с избыточной массой тела или интенсивными занятиями спортом.

Конструкция эндопротеза идеально повторяет человеческую анатомию (рис.1).

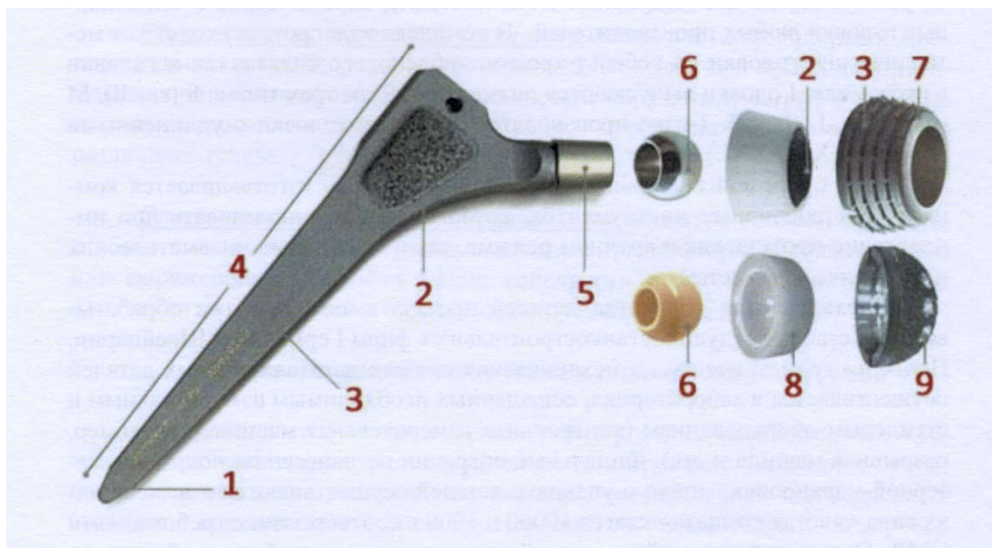


Рис. 1. Эндопротез тазобедренного сустава

1 - ножка эндопротеза; 2 - пористая титановая вставка в проксимальной части бедренного компонента и полиэтиленовом вкладыше чашки протеза; 3 - покрытие ножки эндопротеза и чашки оксидом титана; 4-четырнадцать типоразмеров ножки протеза; 5- шейный конус бедренного компонента; 6- головка эндопротеза (металлическая и керамическая); 7 - закручивающаяся чашка эндопротеза с самонарезающей резьбой; 8 - вкладыш пресс-фит чашки эндопротеза; 9 - чашка эндопротеза пресс-фиксации с отверстиями для шурупов.

Ножка эндопротеза вставляется внутрь бедренной кости. Шаровидная головка, располагаясь на ножке, вставляется в чашку эндопротеза (рис.2).

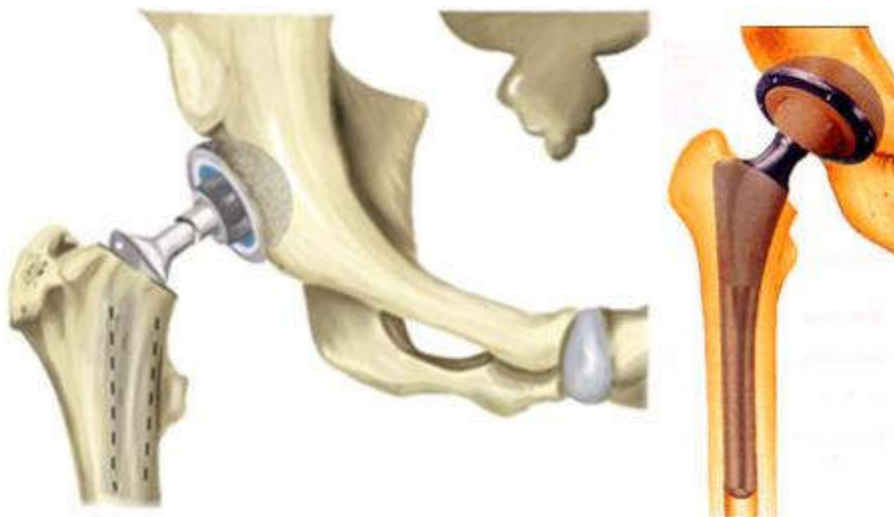


Рис.2. Ножка и чашка эндопротеза тазобедренного сустава

Материалы, используемые для искусственного тазобедренного сустава - это специальные сплавы металлов, сверхпрочный полиэтилен и керамика, разработанные специально для эндопротезирования. Они обеспечивают отличную тканевую совместимость, абсолютно безболезненное движение и максимальную прочность эндопротеза.

При замене тазобедренного сустава различают однополюсные эндопротезы и тотальные эндопротезы. Однополюсное эндопротезирование тазобедренного сустава подразумевает лишь замену шейки бедра и головки бедренной кости, а вертлужная впадина остаётся природная. При тотальном эндопротезировании тазобедренного сустава производится полная замена всех его компонентов - шейки бедра с головкой бедренной кости и вертлужной впадины. Нужно заметить, что при этом удаляются связки. Искусственный сустав удерживается на своем месте только мышцами. Поэтому их нужно постоянно тренировать для сохранения функции сустава.

При использовании цементного эндопротезирования, стержень и вертлужная впадина искусственного сустава крепятся к кости посредством костного цемента. Если используется бесцементное эндопротезирование, искусственный сустав врастает в кость без использования костного цемента.

Осложнения после эндопротезирования тазобедренного сустава возникают не часто. Однако медицинская сестра в первые дни после операции должна быть готова их обнаружить у своего пациента.

- ✓ *Гематомы (синяки)* могут появляться сразу после операции и, как правило, проходят через несколько дней.

- ✓ *Тромбозы в венах ног или в тазовой области.* Их признаки — боль в ноге, не связанная с местом разреза; покраснение икроножной части; опухание бедра, икры, лодыжки или ступни.
- ✓ *Инфекция в области эндопротеза и/или в области операционной раны.* На инфицирование указывают постоянная повышенная температура ($>37^0$) озноб, покраснение, болезненность или опухание послеоперационного шва, выделения из раны, нарастающая боль в суставе в активном и спокойном состоянии. Это самое опасное осложнение, которое плохо поддается лечению, иногда даже требуя удаления эндопротеза.
- ✓ *Дислокация (смещение) протеза и вывих шаровидной головки из чашки* при осуществлении первых попыток передвижения в случаях неадекватной двигательной активности или падений.
- ✓ *Аллергия* в форме тканевых реакций при контакте с хромо - никелевым сплавом искусственного сустава.
- ✓ *Циркуляторные нарушения (нарушения питания в окружающих тканях)* при использовании костного цемента для фиксации искусственного сустава.
- ✓ *Нарушение чувствительности кожи вокруг разреза и/или боли в области раны.* Со временем эти ощущения сглаживаются.
- ✓ *Расшатанность сустава* в том участке, где металл или цемент соединяются с костью. Основной причиной этого является продолжающийся процесс разрушения кости. Расшатанный протез обычно вызывает сильную, а порой невыносимую боль.

Этапы восстановления здоровья после протезирования

Восстановление здоровья или реабилитации после эндопротезирования тазобедренного сустава — это длительный, непрерывный и многоэтапный процесс, в который пациент включается до полного восстановления функции оперированной конечности.

Цель реабилитации — оптимальное восстановление функций замещенного сустава и статодинамической функции конечности для самостоятельной социально-бытовой, социально-средовой и профессиональной активности.

Медицинская сестра является главным помощником врача в организации реабилитационного процесса. Она должна быть готова объяснить пациенту и его родственникам принцип имплантации искусственного тазобедренного сустава, что избавит их от возможных необоснованных страхов и опасений.

Медицинская сестра предупреждает пациента о том, что для полного возвращения к привычной жизни, после операции понадобится длительная

реабилитация, успешность которой будет зависеть прежде всего от него. Она подчеркивает, что восстановление двигательной функции после эндопротезирования тазобедренного сустава требует от пациента немалого терпения. В состоянии покоя ему комфортно, но при малейшем движении он испытывает сильные боли. При первых шагах у него может появляться головокружение. В этой ситуации медицинская сестра мобилизует пациента выйти из этой «зоны комфорта» и заставить себя привыкать к новому суставу. Пересиливая боль и головокружение, пациенту следует двигаться и продолжать ходить при поддержке медперсонала. Он должен научиться самостоятельно передвигаться при помощи костылей или ходунков. Только это может гарантировать ему полное восстановление функциональных возможностей сустава. И если пациент проявит слабохарактерность, то процесс его реабилитации может затянуться на неопределенное время.

В реабилитационном процессе после эндопротезирования тазобедренного сустава можно выделить несколько периодов.

1. Ранний период (1,5 мес. после операции) — период восстановления функциональных возможностей нижней конечности, профессиональной диагностики, школы больного, составления индивидуальной программы реабилитации. Главная цель - не допустить осложнений.

Первые 4 суток пациент нуждается в тщательном послеоперационном уходе. Соблюдаются самые строгие меры по асептике и антисептике. Швы удаляются обычно на 10 сутки после операции. После удаления швов пациенту разрешается принимать душ, не закрывая рубец, при условии не растирать его мочалкой или полотенцем.

Новый сустав пока еще не полностью зафиксирован в правильном физиологическом положении. Для его фиксации необходимо восстановление перерезанных во время операции и сшитых заново мышц и фасций. Сращивание рассеченных тканей происходит примерно за 3-4 недели.

2. Промежуточный период (от 1,5 до 3,5 мес. после операции) — период восстановления опороспособности оперированной конечности (переход к полной нагрузке при ходьбе без дополнительных средств опоры) и выполнения ИПР. Продолжительность этого периода неодинакова для всех. Она колеблется в зависимости от возраста, состояния здоровья и прочих факторов. Его цель - укрепить мышцы нижних конечностей и овладеть минимальными навыками ходьбы с новым суставом.

3. Поздний реабилитационный период (от 3,5 до 8 мес. после операции) — период полного восстановления показателей статодинамической

функции конечности, формирования нормального стереотипа ходьбы, социально-трудовой адаптации, проведения медико-социальной экспертизы, социально-трудовой реабилитации по показателям выявления и ликвидации поздних осложнений на предыдущих этапах реабилитации. Цель третьего периода - адаптация нового сустава к обычной двигательной активности.

4. Диспансерное наблюдение — лечебно-профилактическое лечение, планирование и осуществление оздоровительных мероприятий, рекомендаций по режиму, диете, дозированию физических нагрузок, определение показаний к лечению в дневном стационаре, к плановому стационарному и санаторному лечению.

Общие правила упреждения рискованных действий после эндопротезирования

Медицинская сестра регулярно напоминает пациенту, что полное заживление и укрепление его мышц и других тканей, как правило, длится около 3 месяцев. Все это время возможен риск повреждения сустава или вывиха головки протеза из суставной сумки, что потребует повторного вмешательства. Чтобы этого не произошло, она постоянно упреждает рискованные действия пациента и контролирует соблюдение им следующих правил.

- ✓ Не допускать сгибания ноги в тазобедренном суставе больше, чем на 90 градусов по отношению к телу, то есть подтягивание коленей к груди и другие аналогичные движения.
- ✓ Не сидеть на низком стуле, унитазе и кровати. В сидячем положении коленям необходимо находиться немного ниже, чем бедрам (на сиденье стула надо подложить маленькую подушку). При этом стопы должны находиться на полу (расстояние между ними 15–20 см).
- ✓ Не сидеть по диагонали.
- ✓ Не сидеть на корточках.
- ✓ Сидя, не наклоняться в одну сторону (например, не наклоняться за обувью, сидя на стуле).
- ✓ Не класть оперированную ногу на здоровую ногу, не скрещивать ноги (не пересекать оперированной ногой условную линию середины туловища). Не перекрещивать ноги, лёжа на боку.
- ✓ Не допускать выворачивания ступни внутрь или наружу (например, когда надевается обувь). Для этого нужны соответствующие вспомогательные средства. Ступни при ходьбе и поворотах ставить прямо.

- ✓ Не ложиться на бок прооперированной ноги. Не ложиться на здоровую сторону без специального валика (пилота) или подушки между бёдер (это предотвратит смещение сустава прооперированной ноги).
- ✓ Не делать резкие движения бедрами.
- ✓ Не поворачивать туловище при фиксированных ногах или при фиксированной тазовой части.
- ✓ Не допускать падения.
- ✓ Не принимать обезболивающие препараты во время занятий лечебной физкультурой.
- ✓ Не наклоняться и не поднимать с пола упавшие предметы — это можно делать с помощью каких-либо приспособлений типа палки.
- ✓ Не наклоняться к ногам в положении сидя на кровати, например, пытаясь дотянуться до одеяла, лежащего в ногах.

В том случае, если боль в области прооперированного сустава внезапно усилилась, появился отек, либо повысилась температура, следует немедленно проинформировать об этом лечащего врача.

Помощь при ходьбе

1,5-2 месяца после операции надо использовать дополнительную опору – ходунки, костыли либо две трости. В дальнейшем, можно обходиться и одной тростью. Первые движения осуществляются с помощью ходунков уже в 1-2 сутки после операции.

В данном случае главная задача пациента — сохранение равновесия, когда опора переносится именно на здоровую ногу. Медицинская сестра показывает, как надо правильно пользоваться костылями.

Необходимо вставать и выставлять костыли вперед на длину шага и в сторону пальцев ноги. Слегка согнув локоть, прямо удерживать бедра настолько это возможно. При ходьбе крепко держаться за ручки костылей. При этом основной вес должен удерживаться ладонями, а не подмышками.

В дальнейшем, если пациент ходит уверенно и без хромоты, он может обходиться одним костылем или одной тростью. Костыль должен быть со стороны здоровой ноги. Трость надо держать в руке, противоположной по отношению к больной ноге. При ходьбе эта нога ставится одновременно с тростью.

При ходьбе в первые дни следует лишь касаться оперированной ногой пола. Затем можно увеличить нагрузку на ногу, пытаясь наступать на нее с небольшой силой. Продолжительность ходьбы зависит от самочувствия пациента и состояние прооперированной ноги. Основным показателем недопустимого превышения нагрузки – увеличение отека ноги к концу дня.

На первом этапе ходить нужно 3-4 раза в день, избегая неровных и скользких поверхностей. Шаги должны быть одинаковыми по длине, время опоры на каждую ногу тоже. Сначала на пол ставится пятка любой ноги. При первых признаках утомления необходимо устраивать периоды отдыха, стоя прямо, располагая ноги на ширине плеч. Длительность каждой такой прогулки не должна превышать 5-10 минут.

Когда мышцы станут крепче, повысится выносливость, число ежедневных хождений можно сократить до 2-3, но при этом сделать их более продолжительными – от 20 минут до получаса.

Помощь в освоении ходьбы по лестнице

Пациент должен твердо усвоить алгоритм пошагового движения при ходьбе по ступеням.

1. До движения по лестнице – вначале обе ноги стоят на одном уровне (на одной ступени).
2. При ходьбе вверх - первый шаг здоровой ногой, второй шаг больной ногой, затем двигаются костыли или трости (трость).
3. При ходьбе вниз - первыми передвигаются костыли или трости (трость), далее больная нога, затем здоровая нога.

Помощь в тренировке равновесия

Для начала можно держаться за поручни или за стену, меняя ноги. Затем можно добавить махи ногой с закрепленной на ней эластичной лентой. Такие упражнения помогут пациенту укреплять всю совокупность мышц бедра в комплексе.

Для тренировки баланса можно использовать небольшую приподнятую платформу для занятий степ-аэробикой. На невысоком степе пациент может делать шаги вверх и вниз, заставляя работать мышцы. Такие упражнения очень хорошо тренируют равновесие.

С укреплением чувства равновесия следует постепенно отказываться от трости в пользу ходьбы без опоры.

Помощь при усаживании на стул

Нужно идти к стулу, повернувшись спиной, пока не почувствуется его край. Затем оба костыля переставляются в сторону здоровой ноги. Необходимо садиться на стул, опираясь на руки и вытянув оперированную ногу вперед, делая больший упор на ягодицу здоровой ноги.

Стул должен быть высоким, прочным, со спинкой и подлокотниками. На обычный стул следует класть жесткую подушку для увеличения его высоты.

Чтобы встать со стула, надо вначале ухватиться руками за его подлокотники и опереться на них. Затем встать на здоровую ногу, слегка

вытянув оперированную ногу. Далее взять костыли обеими руками и встать на оперированную ногу.

Помощь при укладывании в постель

Вначале следует проверить, что кровать твердо и крепко стоит на полу. Высота кровати от пола должна быть примерно 70 см., а если кровать слишком низкая можно положить ещё один матрас.

Пациент должен, повернувшись спиной к кровати, сесть на кровать у изголовья. Затем подвинуться немного назад и поставить сначала здоровую, а за ней оперированную ногу на кровать. Если у пациента нет достаточно сил, чтобы приподнять больную ногу, то ему нужно захватить руками бедро, поднять больную ногу и повернуть её к середине кровати.

Оперированная нога в положении лежа должна быть отведена на 20 градусов от средней линии, пальцы стопы направлены строго вверх.

Самый лучший вариант это спать на спине. Для предотвращения нежелательного скрещивания ног во сне. при поворотах в постели на бок и живот между ногами следует укладывать валик или подушку.

Вставать с постели нужно со стороны здоровой ноги, постепенно спуская ее вниз с койки и подтягивая к ней прооперированную ногу. При этом надо следить, чтобы бедра не сильно расходились в стороны, а ступня прооперированной ноги не выворачивалась кнаружи. Можно здоровую ногу подкладывать под оперированную и сопровождать ею оперированную ногу до пола.

Помощь в ванной комнате

Первые шесть недель после операции желательно избегать приема горячей ванны и лучше мыться в теплом душе. При этом желательно чье-нибудь присутствие рядом.

Костыли оставляются снаружи, но поблизости. Для поддержания равновесия нужны не скользкий коврик и рукоятка на стене. Под душ сначала ставится здоровая нога. Чтобы исключить чрезмерное сгибание бедра, при купании нужно использовать губку или мочалку с длинной ручкой и гибкий душ. При выходе из душа сначала выносятся больная нога.

Добираться до широкой части ванны нужно на костылях. Перед тем как войти в ванну следует отрегулировать температуру воды.

При заходе в ванну пациент садится на край, противоположный крану. Можно сесть на высокий стул (выше, чем ванна), находящийся прямо возле ванны. Ноги по очереди переносятся в ванну через её край, сначала оперированная нога, потом уже здоровая. При этом всю нагрузку следует перенести на руки, которыми пациент должен прочно держаться за края

ванны. Затем можно осторожно погружаться в воду, при этом всю нагрузку следует перенести на слегка согнутую здоровую ногу, а больную лучше держать выпрямленной.

При выходе из ванны пациент поднимает ноги и осторожно перекидывает их через край ванны. Выходить из ванны следует осторожно, сосредоточив всю нагрузку на руках и здоровой ноге. Больная нога плавно перемещается из ванны, оставаясь в выпрямленном положении.

Помощь при одевании и раздевании

Вначале пациенту необходимы помощь других людей и/или вспомогательные средства для одевания. В качестве простого вспомогательного средства можно использовать крючок. Верхний загиб крючка цепляется за пояс одежды, и с его помощью пациент натягивает одежду на оперированную ногу. Затем встав на здоровую ногу при помощи костыля, он продолжает одевание. При раздевании сначала снимается одежда со здоровой ноги.

Для снятия или одевания носков и чулков также необходимо вспомогательное устройство в виде палки с прищепкой на конце.

Обувь одевается при помощи обувного рожка с длинной ручкой. На первых порах лучше носить обувь без задников либо без шнурков. Подошва обуви должна быть мягкой.

Помощь при занятии лечебной физкультурой

Физические упражнения — важнейший компонент реабилитации, особенно первые 3 месяца после эндопротезирования тазобедренного сустава. Основная цель лечебной физкультуры — улучшение циркуляции крови в оперированной ноге, восстановление силы мышц оперированной конечности и восстановление нормального объема движений в её суставах. Хорошо развитая мускулатура бедра и ягодицы значительным образом способствует стабилизации тазобедренного сустава.

В первые недели после операции лечебная физкультура проводится лежа в постели в утренние, дневные и вечерние часы. Вначале лечебная физкультура состоит из изометрических упражнений для напряжения бедренных мышц. Все упражнения надо выполнять плавно, медленно, избегая резких движений и чрезмерных напряжений мышц.

Во время занятий лечебной физкультурой имеет значение правильное дыхание — вдох совпадает с напряжением мышц, выдох с их расслаблением.

Медицинская сестра при участии специалиста по лечебной физкультуре, а также лечащего врача помогает выполнять пациенту

комплексы упражнений, которые он может затем регулярно выполнять в домашних условиях. Эти упражнения ему необходимо делать ежедневно.

Упражнения в положении лежа в постели

1. Выполнять медленные движения ступней - вверх и вниз. Упражнение следует делать по несколько раз через каждые 5-10 минут.

2. Выполнять вращение в голеностопном суставе. Совершаются вращательные движения стопой оперированной ноги: сначала 5 раз по часовой стрелке, затем столько же раз против часовой стрелки. Во вращательных движениях должен быть задействован только голеностопный сустав (не коленный). Повторить по 5 раз в каждом направлении.

3. Напрячь четырехглавую мышцу, которая находится на передней поверхности бедра. Затем попытаться выпрямить колено, прижав заднюю поверхность ноги к кровати. Удерживать мышцу в напряженном состоянии в течение 5-10 секунд. Упражнение проделывается по 10 раз обеими ногами.

4. Выполнять сгибание колена с поддержкой пятки: двигать пятку по направлению к ягодицам, при этом сгибая колено и касаясь пяткой поверхности кровати. Не позволять колену поворачиваться по направлению к другой ноге и не сгибать тазобедренный сустав больше 90 градусов. Повторить 10 раз.

5. Выполнять сокращения ягодиц: сжать мышцы ягодиц и удерживать их напряженными до 5 секунд. Упражнение повторяется 10 раз

6. Отвести прооперированную ногу как можно дальше в сторону, затем вернуть ее назад в исходное положение. Повторить 10 раз.

7. Выполнять поднятие выпрямленной ноги. Напрячь мышцы бедра так, чтобы колено лежащей на поверхности кровати ноги было полностью выпрямлено. Затем нужно постараться приподнять выпрямленную ногу хотя бы на несколько сантиметров над поверхностью кровати. И так по 10 раз с «больной» и здоровой ногой.

Упражнения в положении стоя с опорой, например, за спинку кровати, стол, стену или прочный стул

1. Поднимать колено прооперированной ноги (не поднимать выше уровня талии). Удерживать ногу в течение 3 секунд, затем опустить ее.

2. Выполнять медленное отведение прооперированной ноги назад (спина при этом прямая). Удерживать ногу в течение 2-3 секунд, затем вернуть ее обратно на пол.

3. Выполнять отведение прооперированной ноги в сторону (бедро, колено, и стопа должны быть направлены строго вперед). Корпус держать

прямо. Затем медленно опустить ногу обратно, чтобы стопа встала на пол. Выполнить 6-8 раз.

5. Выполнять поочередное сгибание ног в коленях (ноги на ширине плеч). Повторить 4-6 раз.

6. Выполнять подъем согнутой в колене ноги. Сделать каждой ногой по 4-6 раз.

7. Выполнять отведение согнутой в колене ноги назад. Сделать каждой ногой по 4-6 раз.

Упражнения в положении стоя с опорой на костыли

Для укрепления мышц бедра можно, стоя на костылях отводить ногу в сторону, вперед-назад. Для определения нагрузки на оперированную конечность можно использовать напольные весы, наступая на них оперированной ногой. Это также можно использовать как упражнение с нагрузкой. В течение первых двух месяцев рекомендуются упражнения с нагрузкой менее 50% собственного веса, с постепенным увеличением (75 - 80%) в течение третьего месяца.

Помощь в организации на дому простейших мер предосторожности

Дома на этапе восстановления после операции пациенту требуется:

- ✓ закрепить поручни в душе или ванной;
- ✓ сделать перила вдоль всех ступенек;
- ✓ приподнять сиденье в туалете (для этого можно использовать импровизированную подкладку);
- ✓ поставить скамейку для душа или ванной;
- ✓ положить для мытья щетку, губку или мочалку на длинной ручке;
- ✓ иметь приспособления, помогающие надевать и снимать одежду, носки и обувь без чрезмерного изгиба тазобедренного сустава;
- ✓ положить твердые подушки для сиденья на стулья, в кресла, на диваны, на сиденье в автомобиле;
- ✓ иметь на кухне фартук с несколькими карманами, вращающийся стул, специальную тележку для переноса посуды, швабру с длинной ручкой.
- ✓ убрать все ковровые дорожки и подвижные коврики в квартире, на которых можно поскользнуться;
- ✓ не ходить по влажной поверхности;
- ✓ исключить бесконтрольное передвижение домашних животных, чтобы они случайно не попали под ноги;
- ✓ убрать все электрические шнуры с пути перемещения по дому;
- ✓ убрать на время из дома все предметы, имеющие острые углы, а также громоздкую мебель, которая загромождала проход;
- ✓ не носить неудобную обувь, ходить в обуви на низком каблуке.

Помощь при диспансеризации

Обязательным является ежегодное посещение пациентом ортопеда - травматолога в течение первых 5 лет, а в последующем каждые 2-3 года. Бережное и внимательное отношение к имплантированному искусственному суставу может продлить его функцию и избавить пациента от хромоты и боли на многие годы.

Перед каждым контрольным визитом к врачу необходимо сделать рентгенограмму оперированного сустава, сделать анализы крови и мочи.

Первый контрольный осмотр обычно происходит через 3 месяца после операции. В этот визит важно выяснить, как установился сустав, нет ли в нем вывихов или подвывихов, можно ли приступать к полной нагрузке на ногу.

Следующий контроль — через 6 месяцев. В этот момент пациент, как правило, уже довольно уверенно ходит, полностью нагружая оперированную ногу. Поэтому нужно определить, что и как изменилось в состоянии окружающих сустав костей и мышц после нормальной нагрузки, нет ли у него остеопороза или какой-то другой патологии костной ткани.

Третий плановый контроль—через год после замены сустава. В это время врач отмечает, как закрепился сустав, нет ли реакции со стороны костной ткани, как изменились окружающие кости, мягкие ткани и мышцы в процессе новой, более качественной жизни.

В дальнейшем визиты к врачу необходимо делать по необходимости, но не реже одного раза в 2 года.

При болях в оперированном суставе пациент может принимать обезболивающие препараты в таблетках или свечах (например, индометацин), которые ему назначил лечащий врач.

В течение первых месяцев после операции рекомендуется держать специальный валик (пилот), 10-15 см. в диаметре, между бёдер.

Для профилактики тромбозов рекомендуется бинтование нижних конечностей (в течение 3-х недель после операции), а также приём ацетилсалициловой кислоты (аспирина) по 1/4 таблетки 1 раз в день в течение полутора – двух месяцев.

Необходимо постоянно держать мышцы в тонусе. Для этого пациент обязан регулярно выполнять программу физических упражнений, составленной врачом лечебной физкультуры.

Профилактические советы по некоторым жизненно важным вопросам

Медицинская сестра должна быть готова дать пациенту конкретные советы по таким актуальным для него вопросам, как дальнейшая половая жизнь, прогулки пешком, занятия спортом, поездки в автомобиле и др.

Половая жизнь

Половая жизнь после эндопротезирования тазобедренного сустава разрешена через 6-8 недель после операции. Этот период требуется для заживления мышц и связок, окружающих оперированный сустав. Затем в течение 3-4 месяцев вступают в силу некоторые ограничения относительно поз партнеров во время полового акта. Для обоих полов не рекомендованы позы, связанные с лежанием на прооперированном боку, чрезмерным разведением бедер, либо большим напряжением тазобедренных мышц.

Наилучшим положением для женщины считается лежание на здоровом боку. Для прооперированного мужчины наиболее подходящей является поза, когда он лежит на спине, а его партнерша находится сверху.

Прогулки пешком

После полного выздоровления для пациента полезно выработать и закрепить привычку регулярных пеших прогулок по 30-40 минут, 3-4 раза в неделю. Это эффективно поддерживает тонус связочно-мышечного аппарата и укрепляет организм.

Вначале нужно гулять налегке только по ровным и не скользким дорогам. Такие прогулки должны длиться не более 5-10 минут. Постепенно с учетом самочувствия расстояние пешей прогулки увеличивается. Обувь для прогулок должна быть крепкой и удобной. Желательно использовать при прогулках трость.

Во время прогулки не следует поднимать и носить тяжести. При необходимости можно использовать рюкзак.

Занятия спортом

Спорт, которым хочет заниматься пациент, не должен вызывать чрезмерную нагрузку на суставы или представлять высокий риск получения травмы.

Поэтому, к сожалению, занятия некоторыми видами спорта после эндопротезирования тазобедренного сустава строго запрещены. Так, например, верховая езда, бег, прыжки, тяжёлая атлетика, футбол, боевые искусства, альпийское катание на лыжах и т.п. Это те виды спортивной деятельности, которые связаны с резкими и/или напряженными движениями, избыточными поворотами, прыжками на оперированной ноге, подъемом или ношением тяжестей, резкими ударами по оперированной конечности и т.п.

Рекомендуются ходьба по мягкому грунту, плавание, поездки на велосипеде, спокойная ходьба на лыжах, игра в кегли, теннис, легкие пробежки по пересеченной местности и др. Спортивная нагрузка должна быть постепенно возрастающей.

Поездки в автомобиле

Пациенту не рекомендуется управлять автомобилем до тех пор, пока он пользуется костылями. Вождением автомобиля можно заниматься в том случае, если пациент хорошо владеет оперированной ногой и может легко нажимать на педали тормоза и газа. Нельзя садиться за руль под действием сильного обезболивающего препарата.

При посадке в автомобиль в роли пассажира нужно максимально отодвинуть сиденье назад. Занимая место в машине, повернуться спиной к сиденью, опуститься на него с опорой на здоровую ногу. Далее, приподняв колени, плавно развернуть одновременно ноги и тело по направлению к середине салона. Для удобства вращения корпусом на сиденье желательно положить полиэтиленовый пакет. При выходе из машины все повторяют в обратном порядке. Вставать необходимо, опираясь на здоровую ногу, а рукой на спинку сиденья.

Воздушные перелеты

Новый сустав будет всегда обнаруживаться металлоискателем при досмотре в аэропорту. Поэтому пациент должен заранее предупредить об этом служащих и предъявить медицинский документ, подтверждающий наличие у него эндопротеза тазобедренного сустава.

Тема 2.5 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ НА СЕРДЦЕ

Характеристика операций на сердце

Сегодня никто уже не удивляется стремительно возросшему количеству людей, перенесших операции на сердце и крупных кровеносных сосудах. Эта ситуация обусловлена тем, что современная кардиохирургия является эффективным методом лечения определенных типов пороков сердца, ишемической болезни сердца и позволяет предотвратить развитие инфаркта миокарда, а также устранить его последствия - аневризмы. Оперативное вмешательство применяют также в тех случаях, когда консервативные методы лечения малоперспективны и состояние больного человека ухудшается. К операции на сердце может привести и несвоевременное обращение больного к врачу, когда единственным способом помощи остается только хирургическое вмешательство.

Однако нельзя забывать, что операции на сердце опасны своими осложнениями. Их основными признаками являются повышение

температуры, боль в прооперированной области, тахикардия, падение артериального давления, одышка. На ЭКГ фиксируются характерные изменения. У значительной части кардиохирургических пациентов, особенно старших возрастных групп, развиваются различные по характеру и выраженности психоэмоциональные и когнитивные нарушения, которые не купируются после выписки из стационара и могут принимать затяжной характер. Это отрицательно сказывается на результатах проведенного лечения, эффективности реабилитации после операции на сердце на всех её этапах, трудоспособности и социальном статусе пациентов. Обесценивается труд многих специалистов. Восстановительный период затягивается на многие месяцы и годы.

Прогноз пациентов, перенесших операцию на сердце, зависит от ряда обстоятельств.

Первыми в ряду этих обстоятельств являются тип операции на сердце и вид (особенности) оперативного вмешательства.

Типы операций на сердце

Операция на открытом сердце – это любой вид операции, во время которой хирург вскрывает грудину, а при необходимости и сердце. Шунтирование коронарных артерий, замена клапана сердца, пересадка сердца – все это операции на открытом сердце.

Операция на работающем сердце - это любой вид операции, во время которой хирург вскрывает грудину, а при необходимости и сердце. Однако сердце не останавливают и не используют аппарат искусственного кровообращения.

Малоинвазивная операция– это операция, во время которой хирург между ребрами делает маленькие надрезы. Малоинвазивные операции нужны для некоторых типов шунтирования и операций «лабиринтного» типа.

Виды операций на сердце

1. *Ангиопластика и стентирование коронарных артерий* - устранение препятствий кровотока за счет расширения артерии изнутри баллоном с воздухом или стентом – устройством, не позволяющим артерии спадаться.

2. *Аортокоронарное шунтирование (АКШ) и маммарокоронарное шунтирование (МКШ)* – восстановление кровоснабжения сердечной мышцы с помощью шунтов – при АКШ из кусков артерий или вен, взятых у самого пациента в области конечности, а при МКШ - из внутренней грудной артерии.

3. *Трансмиокардиальная лазерная реваскуляризация* - восстановление кровоснабжения сердечной мышцы через проделанные лазером небольшие канавки в сердечной мышце, доходящие до левого желудочка сердца.

4. *Протезирование клапанов сердца* – установка механического или биологического клапанного протеза на открытом сердце, с использованием аппарата искусственного кровообращения.

5. *Пластика дефектов межпредсердной и межжелудочковой перегородки* – ушивание дефекта или пластика синтетической, либо биологической заплатой.

6. *Хирургические методы лечения аритмий* - радиочастотная катетерная абляция или же имплантация под кожу или под грудную мышцу водителя ритма (кардиостимулятора или дефибриллятора).

7. *Пластика постинфарктной аневризмы левого желудочка* - уменьшение объёма левого желудочка за счет разграничения области аневризматического расширения и здоровой части левого желудочка перегородкой из плотной упругой ткани человека.

8. *Пересадка сердца (трансплантация сердца)* - замена больного сердца на здоровое от умершего донора.

9. *Операция по вживлению вспомогательной желудочковой системы или искусственного сердца* - механического насоса, который используется для поддержания сердечной функции и кровообращения у пациента со слабым сердцем.

Прогноз пациентов, перенесших операцию на сердце, во многом зависит также от сопутствующих заболеваний до проведения операции. Отдаленные результаты операций свидетельствуют, что только у небольшого числа пациентов наступает полное восстановление здоровья и трудоспособности. Это объясняется тем, что еще задолго до операции у многих пациентов сформировались различные дистрофические и кардиосклеротические изменения в миокарде, в сосудах малого и большого кругов кровообращения, а также детренированность и нарушения психологического статуса.

Следует заключить, что у кардиохирургических пациентов, особенно старших возрастных групп, всегда имеются объективные причины для осложнений после операции, для расстройств психологического статуса и нарушения когнитивных возможностей. Поэтому основной задачей реабилитации на этом этапе является мотивирование и мобилизация усилий пациента, лечащего врача и медицинской сестры, направленных на предупреждение и профилактику ранних послеоперационных осложнений (мерцательная аритмия, сердечная недостаточность, венозные тромбозы и

тромбоэмболии, медиастиниты, инфекции и др.), предупреждение дальнейшего прогрессирования атеросклероза, ИБС, артериальной гипертензии, сахарного диабета и других опасных сопутствующих заболеваний..

Все пациенты, несомненно, нуждаются в кардиологической реабилитации и восстановительном лечении, чтобы вернуть утерянную трудоспособность и вернуться к нормальному образу жизни. Реабилитация после операции на сердце – это длительная многолетняя программа. Нередко процесс реабилитации может протекать всю оставшуюся жизнь.

Реабилитационные мероприятия осуществляются после обязательного тестирования. Только с учётом всех показателей, кардиохирургическому пациенту могут быть рекомендованы психотерапия, особая диета, лечебная физкультура, включающая в себя тренировку дыхания, пешеходные прогулки различной степени сложности, плавание в бассейне, массаж, занятия на специальных медицинских кардиологических тренажёрах и т.д.

В результате не только нормализуется работа сердца и сосудов, но и повышается иммунитет организма, поддерживается его работоспособность, приходит к норме артериальное давление. Для пациентов, проходящих кардиологическую реабилитацию, очень важно следить за поддержанием нормального уровня холестерина и сахара в крови, а так же за недопустимостью появления излишнего веса. Всё это может привести к нежелательным нагрузкам на сердечную мышцу, что особенно опасно в послеоперационный восстановительный период.

Особая ответственность возлагается на медицинскую сестру, которая осуществляет постоянное наблюдение за пациентом, перенёвшим операцию на сердце, а также тщательный контроль переносимости им назначенных процедур. Иногда, у пациентов во время кардиологической реабилитации могут встречаться травмы, такие как растяжение мышц, связок, или даже переломы костей, что отмечается при патологии мышц, связочного аппарата или костной ткани.

Кардиохирургическая реабилитация должна начинаться уже тогда, когда пациент начал готовиться к операции на сердце, затем после операции в стационаре на лечении, а после выписки продолжаться всё необходимое время. Известно, что у многих кардиологических больных нарушается взаимодействие систем кровообращения и внешнего дыхания, ухудшается церебральное кровообращение и оксигенация мозга.

Двухнедельная комплексная реабилитация перед операцией, включающая лечебную гимнастику и дозированную ходьбу, а также элементы психологической коррекции, как правило, способствуют

уменьшению количества пациентов с депрессивными расстройствами, обусловленными психоэмоциональным переживанием, как самого заболевания, так и предстоящей операции. Регулярные физические нагрузки улучшают психологическое благополучие, обеспечивая человеку позитивные ощущения, релаксацию, снижая реагирование на стресс, увеличивая уверенность в себе и, среди прочих эффектов, улучшая качество сна.

Для того, чтобы медицинская сестра могла оказать действенную и безопасную помощь в реабилитации пациенту кардиохирургического профиля ей вначале нужно оценить его индивидуальные реабилитационные возможности. Она устанавливает их параметры с учетом состояния своего подопечного, его менталитета, возраста, желаний и интеллекта. Эта работа проводится поэтапно в тесном сотрудничестве с лечащим врачом.

Основные действия медицинской сестры реабилитационной направленности можно условно разделить на три взаимосвязанных блока:

- ✓ улучшение психоэмоционального статуса пациента;
- ✓ формирование у пациента четких представлений о факторах риска основного и сопутствующего заболеваний и мероприятиях по их устранению;
- ✓ ориентирование пациента на восстановление физической активности.

Восстановление психоэмоционального статуса пациента

Развитие психопатологических реакций после операции на сердце зависит в основном от особенностей личности пациента, а не только от самой операции на сердце, искусственного кровообращения, стрессовой ситуации и тяжести его состояния. Казалось бы, устранение кардиологической патологии коронарных артерий, объективное улучшение гемодинамики и повышение толерантности к физической нагрузке должны создать благоприятные условия для эффективного восстановления качества жизни пациентов. Однако, эти ожидания в полной мере не оправдываются - возврат к трудовой деятельности, их социальная активность продолжают оставаться низкими. В послеоперационном периоде у 80% пациентов наблюдаются различные по характеру и степени выраженности нарушения нервно-психической сферы, которые могут принимать стойкий, затяжной характер.

Поэтому реабилитация кардиохирургического пациента в первую очередь базируется на коррекции его психологического состояния.

Постоянный контакт медицинской сестры с кардиохирургическим пациентом предоставляет ей следующие возможности «малой психотерапии»:

- 1) оценивать характер и степень выраженности нервно-психических расстройств и особенностей личностного реагирования на болезнь;
- 2) блокировать и уменьшать психоэмоциональное напряжение, раздражительность, фобии и другую невротоподобную симптоматику;
- 3) предотвращать ятрогению;
- 4) вдохновлять пациента на борьбу с болезнью и воспитывать необходимые волевые качества с помощью простейших психотерапевтических методик.

Оценка характера и степени выраженности нервно-психических расстройств и особенностей личностного реагирования на болезнь

Уже до операции пациент начинает испытывать большие психологические нагрузки. Предоперационная фаза бывает отмечена колебаниями между страхом смерти и нереалистическими ожиданиями от операции.

После операции при общении с пациентом кардиохирургического профиля медицинская сестра может наблюдать следующие типы личностных реакций пациента в зависимости от его отношения к своей болезни.

1. Адекватные (нормальные) психологические реакции

В этих случаях поведение пациента, его переживания и оценка болезни соответствуют полученной от лечащего врача информации. Он соблюдает предписанный режим и в состоянии контролировать свои эмоции.

2. Патологические (невротические) реакции

В зависимости от преобладания тех или иных симптомов выделяют:

- а) кардиофобическую реакцию, для которой характерен страх перед возможным осложнением и внезапной смертью;
- б) депрессивную (тревожно-депрессивную), проявляющуюся сниженным настроением, пессимизмом, тревогой, предчувствием приближающейся беды;
- в) ипохондрическую (депрессивно-ипохондрическую) с постоянной переоценкой своего состояния, чрезмерной фиксацией внимания на своем здоровье;
- г) истерическую (эгоцентризм, демонстративность, эмоциональная лабильность);

д) анозогнозическую реакцию, т. е. отрицание любых последующих угроз для своего здоровья, игнорирование врачебных рекомендаций и назначений.

Более тяжело патологические психические реакции протекают на фоне сопутствующих заболеваний и состояний – при энцефалопатии, церебральных сосудистых расстройствах, неврозах, алкоголизме и других. Даже через месяц после операции у многих пациентов отмечаются кардиофобии и выраженный в разной степени астенический синдром: плохой сон, раздражительность, легкая возбудимость и быстрая утомляемость.

Снижение психоэмоционального напряжения, раздражительности, фобий и другой невротоподобной симптоматики

Основными методами восстановления психоэмоционального состояния пациента кардиохирургического профиля являются

- ✓ рациональная психотерапия (аргументированное убеждение, направленное на коррекцию ошибочных представлений, понятий, суждений, ставших причиной дезадаптации),
- ✓ аутогенная тренировка;
- ✓ групповая психотерапия в форме «Школы кардиохирургического пациента».

В первые дни после операции во время бесед необходимо в первую очередь успокоить пациента, вселить в него уверенность в благополучном исходе. В период дальнейшего стационарного лечения следует создать у него установку на лечение и реабилитацию, чтобы отвлечь его от вопросов будущего трудоустройства и неизбежных ограничений после выписки.

Необходимо в оптимистическом тоне объяснить пациенту в доступной форме сущность болезни, значение лечебных и реабилитационных мероприятий. В ежедневных психотерапевтических беседах рекомендуется фиксировать внимание больного на положительных изменениях в его организме. В некоторых случаях разъяснения лечащего врача и медицинской сестры необходимы для коррекции недостаточно критического отношения к основному и сопутствующему заболеваниям, проявляющегося обычно в нарушениях лечебно-реабилитационного режима.

За несколько дней до выписки из стационара у большинства пациентов появляется «предотъездное беспокойство». У некоторых из них может усиливаться психопатологическая симптоматика. Поэтому в конце пребывания в стационаре необходима психологическая подготовка к выписке. Надо заранее обсудить те вопросы и трудности, с которыми

пациенту придется столкнуться после выписки, устранить опасения в связи с прекращением круглосуточного врачебного и сестринского наблюдения, дать четкие и подробные рекомендации по дальнейшему постепенному расширению физической активности, борьбе с факторами риска основного заболевания и т.д.

Необходимо, чтобы и родственники почувствовали важность проведенного хирургического вмешательства, правильно участвовали в процессе восстановления и реабилитации пациента. Важной формой психотерапевтической работы медицинской сестры является формирование у близких родственников кардиохирургического пациента адекватных представлений об оперативном вмешательстве и путях преодоления его последствий. Следует выработать у пациента и членов его семьи единые психологические установки, способствующие рациональному изменению образа жизни, активному и сознательному участию в программе реабилитации. Наиболее доступной формой работы с родственниками пациента являются групповые или индивидуальные занятия и беседы, на которых им даются необходимые медико-гигиенические сведения. В процессе занятий целесообразно разъяснить принципы и методы реабилитации, роль ЛФК, психологические аспекты, гигиену половой жизни после операции на сердце, подготовку к возвращению больного на работу, образ жизни после операции, необходимость отказа от курения, рацион питания больных и т. п.

Эффективным средством психологической реабилитации считается аутогенная тренировка, для чего кардиохирургических пациентов обучают приемам самовнушения на фоне мышечной и психической релаксации. Занятия проводят индивидуально или в группах до 10 человек и с помощью централизованной магнитофонной записи, лучше в час послеобеденного отдыха. При аутогенной тренировке активно применяются такие упражнения, как «легкость в теле», «тепло», «свобода в груди» и др. Аутогенная тренировка в течение 2—3 месяцев особенно эффективна при кардиофобическом и неврастеническом синдромах.

В целях восстановления психоэмоционального состояния пациента используют также групповую психотерапию в форме «Школы кардиохирургического пациента». В такой школе создается эффективное реабилитационное партнерство лечащего врача, медицинской сестры и пациента, перенесшего операцию на сердце.

При организации такой школы, основная часть работы возлагается на медицинскую сестру. Главной задачей школы является формирование понимания пациентом значимости своего участия в реабилитации, для того

чтобы он не превращался в пассивного и безвольного «потребителя» медикаментов и различных процедур с одной стороны, и не начал безответственно относиться к своему здоровью после наступления улучшения, с другой.

Успешному результату способствует доверительная атмосфера общения, взаимопонимание и чувство сопереживания, а также умение слушать, обсуждать.

Профилактика ятрогений

Так, если до операции на сердце пациент в большинстве случаев был полностью информирован о наличии у него серьезного заболевания, то в послеоперационном уже следует избегать таких выражений, как «тяжелое состояние», «угроза осложнения», «необратимое последствие», «повреждение» и т. п. Целесообразнее говорить о «временном обострении основного или сопутствующего заболеваний», «перестройке организма к новым условиям» и т.п.

В ряде случаев причиной психопатологических изменений у кардиохирургических пациентов являются ошибки в поведении медицинского персонала (запугивание с целью добиться выполнения больным режима, необоснованные ограничения и запреты), а также чрезмерная опека со стороны родственников. Отрицательное психологическое воздействие нередко оказывают другие пациенты, поступившие в стационар по поводу повторной операции на сердце.

Мобилизация личности пациента на борьбу с болезнью и воспитание необходимых волевых качеств с помощью простейших психотерапевтических методик

У части пациентов после операции на сердце, особенно при возобновлении или учащении приступов стенокардии, сердечной и дыхательной недостаточности возникает психоэмоциональная дезадаптация в виде патологического развития личности.

Для целей реабилитации медицинская сестра, не будучи специалистом в области охраны психического здоровья, может беспрепятственно воздействовать на негативные личностные качества у своего пациента. В результате пациент преодолевает свои личностные ограничения, в ряду которых могут быть:

- общее ухудшение характера;
- эмоциональная неустойчивость (плаксивость, раздражительность, агрессивность и др.);
- агрессивность к себе и самообвинение;

- снижение самооценки;
- стеснительность, скованность;
- холодность и равнодушие;
- тревоги и страхи различного происхождения;
- разочарование в жизни.

Представление об особенностях личности пациента медицинская сестра может получить при его расспросе. Можно попросить его самого охарактеризовать себя; либо поговорить с другими людьми, которые хорошо его знают. Однако, не следует придавать слишком большого значения самооценке пациента, поскольку это может привести к ошибкам.

Так, например, пациент в состоянии депрессии часто строго судит себя, говоря о себе как о неудачнике, что не подтверждается теми, кто с ним знаком.. В состоянии этого психического расстройства он может показаться патологически застенчивым и неуверенным в себе.

В настоящее время наибольшее распространение среди пациентов кардиохирургического профиля получили такие простейшие психотерапевтические методики, как арттерапия, библиотекотерапия, глиноterapia, музыкотерапия, сказкотерапия, гарденотерапия, иппотерапия, компьютерные технологии, анимационная терапия, туротерапия, игровая терапия, изотерапия и др.

Арттерапия — совокупность методов, в которых используются приемы художественной деятельности — рисунок, танец, музыка, поэзия, театральная игра, чтение, риторика, — направленные на преодоление или компенсацию психоэмоционального нарушения.

Библиотерапия- рекомендуется лицам, имеющим проблемы личностного плана и нарушения в эмоционально-волевой сфере, применяется как в индивидуальной, так и в групповой форме. Особое значение придаётся чтению произведений о выдающихся деятелях науки, культуры и искусства, которые сумели побороть свой недуг.

Глиноterapia — это метод, имеющий в своей основе работу с пластическими материалами (глина, пластилин, тесто и т. п.). Основной вид деятельности — изготовление глиняной игрушки, посуды, других изделий. Среди участников занятий возникает атмосфера заинтересованного общения, формируется положительная аура.

Музыкотерапия — метод, основанный на целительном воздействии музыки на психологическое состояние человека. С помощью правильно подобранного музыкального произведения возможно снизить чувство тревожности, депрессии и неуверенности. Предлагаются такие

музыкальные произведения либо их фрагменты, которые вызывают очень широкий спектр эмоциональных состояний (радость, печаль, сочувствие и т.д.). В качестве средств, способствующих музыкотерапии, часто используют дополнительные приемы, такие как дыхательные упражнения, аутотренинг, живопись или танец.

Гарденотерапия - особое направление реабилитации путем приобщения пациентов к работе с растениями, создания из них различных композиций. Особые эмоциональные переживания, вызванные выполнением такой работы, способствуют достижению психического баланса и стабилизации психоэмоционального состояния пациента.

Факторы риска основного и сопутствующего заболеваний, мероприятия по их устранению

Очень важно убедить пациента в целесообразности преодоления ошибочных стереотипов поведения и выработать у него установку на борьбу с артериальной гипертензией, гиперхолестеринемией, избыточным весом и ожирением, курением и гиподинамией.

Все пациенты кардиохирургического профиля, являясь реабилитантами, требуют к себе повышенного внимания медицинской сестры. Каждый пациент до операции на сердце прошел свой путь непростого кардиологического больного, который определенное время обследовался и лечился у разных специалистов. Многие из них продолжают болеть и сохранять риски основного и сопутствующего заболеваний. Например, страдают артериальной гипертензией в сочетании с гиперхолестеринемией и избыточной массой тела, много курят и ведут малоподвижный образ жизни.

Уровень каждого из имеющихся факторов риска сам по себе может быть увеличен умеренно, но их комбинация всегда дает основание отнести кардиохирургического пациента к группе высокого риска. Они нуждаются в регулярных обследованиях, рекомендациях в отношении изменения образа жизни (таких, как отказ от курения и алкоголя), постоянного наблюдения с точки зрения соблюдения рекомендаций по питанию, снижению веса, физической активности, медикаментозного лечения и др.

Хорошее взаимопонимание между медицинской сестрой и пациентом – вот главное условие для успешной реабилитационной коррекции факторов риска. Желательно, чтобы медицинская сестра

- ✓ установила с пациентом партнерские отношения и договорилась о терапевтическом сотрудничестве,

- ✓ предоставила необходимую информацию и дала ответы на возникающие вопросы, чтобы добиться осознания пациентом взаимосвязи между его поведением и его здоровьем;
- ✓ получила от пациента заверения, что он готов изменить свой образ жизни;
- ✓ позволила пациенту самому выбрать те факторы риска, на которые он хотел бы повлиять;
- ✓ помогла разработать план исправления нездорового поведения;
- ✓ помогла пациенту преодолеть барьеры, стоящие у него на пути к исправлению своего нездорового образа жизни;
- ✓ отмечала прогресс пациента при последующих контактах с ним.

Все рекомендации в отношении образа жизни и статуса здоровья пациента медицинская сестра должна давать только в форме пожеланий и советов, а не каких либо собственных установок или распоряжений.

Помощь в борьбе артериальной гипертензией

Основой немедикаментозной программы снижения АД, которую следует рекомендовать всем пациентам, независимо от тяжести АГ и медикаментозного лечения, является *коррекция образа жизни*.

Для этого нужно провести работу с пациентом по следующим направлениям:

- снизить массу тела при избыточной массе тела;
- ограничить потребление алкоголя (мужчины - не более 30 мл этанола в день, т.е. 720 мл пива, 300 мл вина или 60 мл виски, женщины — не более 15 мл этанола в день);
- увеличить аэробную физическую активность (непрерывная ходьба 30-45 мин. не менее 4 дней в неделю);
- ограничить потребление натрия (не более 6 г хлорида натрия в день);
- поддерживать адекватное потребление калия (за счет свежих фруктов и овощей);
- поддерживать потребление кальция и магния на уровне, необходимом для общего здоровья;
- прекратить курение и уменьшить потребление насыщенного жира и холестерина.

Успех в реализации указанных направлений определяется главным образом готовностью пациента к изменению стиля своей жизни.

Помощь в борьбе с гиперхолестеринемией

Установлено, что смертность от ИБС увеличивается в 2 раза с увеличением холестерина от 5,2 ммоль/л до 6,5 ммоль/л и утраивается при 7,8 ммоль/л. У мужчин 40-59 лет при уровне холестерина 7,0 ммоль/л инфаркт миокарда развивается в 3 – 4 раза чаще, чем при уровне 5,2 ммоль/л.

Регулярное определение уровня холестерина рекомендуется, прежде всего, кардиохирургическим пациентам с клиническими проявлениями ИБС или другими атеросклеротическими поражениями, артериальной гипертензией и сахарным диабетом. Каждое измерение холестерина должно сопровождаться соответствующим советом о благоразумной диете и разъяснением значения результатов обследования (особенно при повышенных уровнях). Необходимо определять другие факторы риска ишемической болезни сердца, поскольку в значительной степени важность самого уровня холестерина зависит от их присутствия, так как он может играть незначительную роль в качестве фактора риска, если отсутствуют другие факторы, например, такие как курение и артериальная гипертензия.

Степени гиперхолестеринемии определяются от верхнего нормального значения общего холестерина в сыворотке крови <5,2 ммоль/л:

- легкая гиперхолестеринемия - 5,2-6,5 ммоль/л;
- умеренная гиперхолестеринемия - 6,5-7,8 ммоль/л;
- выраженная гиперхолестеринемия - >7,8.

Пациентам с уровнем общего холестерина 6,2-6,85 ммоль/л рекомендуется диета с низким содержанием жира и (или) богатая клетчаткой. Поэтому медицинская сестра должна иметь перечень основных продуктов, которые она может рекомендовать к потреблению для снижения уровня холестерина в крови, либо советовать их ограничить или вовсе не потреблять.

Рекомендуемые продукты должны постоянно входить в состав рациона кардиохирургического пациента

Продукты, которые можно употреблять в умеренном количестве, содержат полиненасыщенные жиры или небольшие количества насыщенных жиров. Эти продукты разрешаются в среднем не чаще 1-3 раз в неделю. Например: а) говядина не чаще 3 раз в неделю; б) сыры средней жирности, мясные и рыбные паштеты 1 раз в неделю; в) домашние пироги, печенья, пирожные, приготовленные на подходящем маргарине с полиненасыщенными жирами - дважды в неделю.

Нерекомендуемые продукты содержат большие количества насыщенных жиров. По возможности их нужно исключить из состава рациона.

Жиры

Рекомендуемые. Все жиры необходимо ограничить.

Умеренное потребление. Подсолнечное, кукурузное, соевое, оливковое масло, маргарин с пометкой «обогащен полиненасыщенными жирами», «пасты» для бутербродов с низким содержанием жира.

Нерекомендуемые к потреблению. Сливочное, топленое, кокосовое масло, лярд, мясной жир, свиное сало, кулинарный жир, гидрогенизированные (в твердом виде) жиры, масла, маргарины.

Мясо

Рекомендуемые. Курица, индейка, телятина, кролик, дичь.

Умеренное потребление. Постная говядина, бекон, ветчина, свинина, баранина, постный фарш, котлеты хорошего качества, паштет, приготовленный с применением разрешенного жира - не чаще 1 раза в неделю.

Нерекомендуемые к потреблению. Видимый жир на мясе, жирная свинина с брюшной части, баранья грудинка, слоистый бекон, копченые колбасы, мясной фарш, содержащий сало, утка, гусь, кожа птицы, сильно зажаренные закуски, паштет.

Рыба

Рекомендуемые. Треска, камбала, пикша, сельдь, скумбрия, сардины, тунец, лосось.

Умеренное потребление. Рыба, жаренная в разрешенном масле, моллюски, рыбные паштеты, приготовленные с применением разрешенного жира - не чаще 1 раза в неделю.

Нерекомендуемые к потреблению. Икра рыб.

Молочные продукты

Рекомендуемые. Снятое молоко; обезжиренные сыры и творог; творожный сыр; обезжиренный йогурт, кефир, белок яйца.

Умеренное потребление. Полуснятое молоко; сыры средней жирности менее 30% - не чаще 1 раза в неделю, 1-3 яйца в неделю.

Нерекомендуемые к потреблению. Цельное, сухое и сгущенное молоко; сметана; жирные и плавленые сыры обычной жирности, йогурт, кефир.

Супы

Рекомендуемые. Прозрачные супы, домашние вегетарианские супы.

Умеренное потребление. Супы из концентрата, мясные супы.

Нерекомендуемые к потреблению. Супы на жирных бульонах, супы - пюре.

Хлеб, крупы, мучные изделия

Рекомендуемые. Хлеб из муки грубого помола, блюда из цельных зерен, блюда из овса, кукурузы, риса; хрустящие хлебцы; овсяное печенье.

Умеренное потребление. Белый хлеб, сладкие блюда из зерен; сладкие каши, обычное сладкое, полусладкое и пресное печенье; кексы, пирожные, печенье, приготовленные на разрешенном виде маргарина или растительном масле - не чаще, чем 2 раза в неделю; домашние закуски, приготовленные на полиненасыщенных жирах.

Нерекомендуемые к потреблению. Хлеб из муки высшего сорта; слоеная выпечка; острые сырны печенья: пирожные, кексы и печенья, приготовленные на насыщенных жирах, клецки на сале; пироги со свининой и говядиной.

Овощи, фрукты

Рекомендуемые. Все свежие и замороженные овощи, горох, бобы, сладкая кукуруза, все сорта сушеных бобовых, чечевица, вареный картофель, в т.ч. в мундире, где возможно с кожурой, свежие фрукты, несладкие консервированные фрукты, сухофрукты, грецкие орехи; каштаны.

Умеренное потребление. Сушеный и жареный картофель, приготовленный на растительном масле - раз в две недели, фрукты в сиропе; лесной орех; миндаль.

Нерекомендуемые к потреблению. Сушеный и жареный картофель, приготовленный на не рекомендованном жире; хрустящий картофель; кокосовые орехи.

Приправы

Рекомендуемые. Обезжиренные соусы; травы, специи, горчица, перец, уксус; обезжиренные подливы, прозрачные маринады.

Умеренное потребление. Мясные и рыбные пасты; низкокалорийная сметанная приправа к салату, низкокалорийный майонез, томатный соус, соевый соус.

Нерекомендуемые к потреблению. Обычная сметанная приправа к салату, майонез, подливки со сметаной или плавлеными сырами, соусы на масле или сметане

Сладости

Рекомендуемые. Сахарозаменители; обезжиренные пудинги, желе, муссы; пудинги на снятом молоке.

Умеренное потребление. Сладкие маринады и компоты; варенье, мармелад, мед, сироп, марципаны; вареные сладости, пастила, мятные лепешки, сахар, сорбит, глюкоза, фруктоза.

Нерекомендуемые к потреблению. Пудинги, приготовленные на нерекомендованном жире, шоколадные паты, шоколадные конфеты, шоколад, молочное мороженое, кокосовые палочки.

Напитки

Рекомендуемые. Чай, некрепкий кофе, минеральная вода, безалкогольные напитки без сахара; фруктовые соки без сахара, безалкогольное пиво.

Умеренное потребление. Сладкие безалкогольные напитки, обезжиренные напитки на солоде, обезжиренный шоколад, спиртные напитки.

Нерекомендуемые к потреблению. Крепкий кофе, обычные напитки на солоде, обычный шоколад.

Помощь в борьбе с избыточным весом и ожирением

Вес (массу тела) необходимо измерять в соответствии со стандартизированной шкалой, предпочтительно утром до завтрака; рост нужно измерять без обуви, пятки должны быть прижаты к стенке.

Ожирение как фактор риска определяется при помощи индекса массы тела (ИМТ). Медицинская сестра обучает каждого отдельного пациента контролировать свою массу тела по формуле:

$$\text{ИМТ} = \text{вес в кг} / (\text{рост в м})^2$$

ИМТ и связанный с ним риск для здоровья интерпретируются по следующей шкале:

- ИМТ менее 20 свидетельствует о недостаточной массе тела, что может быть связано с какими-либо проблемами здоровья;
- ИМТ между 20 и 25 является показателем нормальной массы тела характерной для большинства здоровых людей;
- ИМТ между 25 и 30 свидетельствует об избыточном весе или ожирении 1-й степени;
- ИМТ между 30 и 40 оценивается как ожирение 2-й степени;
- ИМТ более 40 - это тяжелая степень ожирения (3-я степень).

Объем талии также можно использовать как клинический показатель степени и характера ожирения. Объем талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин является показателем избыточной массы тела, а объем талии >102 см у мужчин и >88 см у женщин - показатель центрального характера ожирения.

При работе с пациентами, имеющими избыточную массу тела, медицинская сестра уделяет внимание следующим моментам:

- ✓ говорит об избыточной массе тела как риске для здоровья, уделяя при этом внимание взаимосвязи с другим риском для здоровья (например, курением);

- ✓ спрашивает пациента о привычках питания и условиях жизни для того, чтобы дать совет, соответствующий потребностям и обстоятельствам жизни;
- ✓ даёт советы по снижению веса пациенту с ИМТ выше 27, ставит реальные долгосрочные цели по снижению веса (0,5-1 кг в неделю);
- ✓ учит пациента ориентироваться в продуктах питания, определять свою идеальную массу тела, рассчитывать индивидуальный рацион, а также подбирать себе достаточный уровень физической нагрузки;
- ✓ подчеркивает важность здорового питания и достаточного уровня физической активности для поддержания веса после его снижения до желательного уровня;
- ✓ предлагает пациенту с ИМТ выше 37 обратиться к эндокринологу в случае, если он не снизит вес после одного месяца диеты.

Помощь в борьбе с курением

Основная цель воздействия медицинской сестры - полный отказ от курения для курящих пациентов и предотвращение начала курения для некурящих.

Медицинская сестра должны давать своим пациентам практические советы в простой и персонализированной форме: не курить или даже не пытаться курить. Нужно также обсуждать риск от пассивного курения для детей, имеющих курящих родителей.

Установки на образ жизни будут более эффективными, если они направлены на все семью в целом, а не на отдельного человека. Семья - это уникальная среда, где можно прервать вредные для здоровья традиционные привычки, связанные с культурой, такие как курение, и вместо этого открыть путь для внедрения здоровых привычек, устраняя риск развития заболеваний.

Сестринская помощь в борьбе с курением осуществляется следующим образом:

1. одна – две короткие консультации с глазу на глаз относительно прекращения курения, во время которой пациенту можно дать пояснительные брошюры или памятки;
2. повторные консультации или приглашение на серию встреч с регулярными интервалами (через 1, 3, 6 месяцев), во время которых происходит усиление антикурительной установки.

Для обеспечения эффективности вмешательства, направленного на прекращение курения, медицинская сестра должна:

- ✓ спрашивать пациента о привычке в отношении курения (Вы курите? Курит ли самый близкий Вам человек?);
- ✓ обязательно вести медицинские записи, включающие информацию о том, является ли пациент курильщиком или нет;
- ✓ укреплять позитивный имидж некурения;
- ✓ искать возможность поднять и обсудить вопросы, связанные с курением, об отношении пациента к курению и о состоянии здоровья всех курильщиков при каждой консультации, встрече с пациентом или визите на дом;
- ✓ советовать всем курильщикам бросить курить;
- ✓ давать полную, ясную, специфичную и персонализированную установку по поводу рисков и вреда, наносимого курением здоровью; повторять и закреплять ее;
- ✓ изучить отношение пациента и исправить неправильное восприятие, например, что это уже слишком поздно;
- ✓ поддерживать мотивацию пациента и подготовить его к принятию «действий», но не заставлять пациента насильно, если он к этому еще не готов;
- ✓ помогать пациентам, которые готовы бросить курить, при помощи составления плана индивидуальной стратегии, направленной на прекращение курения, предлагая советы, раздавая буклеты по самопомощи и брошюры и оказывая всю необходимую поддержку (например, устанавливать определенную дату, подключать супруга и друзей, избегать «курительных ситуаций» и т.д.);
- ✓ обеспечивать постоянный контроль, в случае возобновления курения поощрять пациента попытаться отказаться вновь.

Восстановление физической активности

Основная цель медицинской сестры в данном направлении реабилитации - убедить кардиохирургического пациента в необходимости постоянного поддержания достаточной физической активности, указать реальные способы борьбы с гиподинамией, ознакомить с основными приемами самоконтроля при физических тренировках.

Пациенту необходимо напоминать, что восстановление физической активности и общественно полезный труд, проводимый с соблюдением определенных правил, является эффективным лечебным и реабилитационным средством.

Физическая активность является незаменимым средством сохранения и поддержания здоровья кардиохирургического пациента, чья повседневная жизнь характеризуется повышенной психоэмоциональной напряженностью, не требует значительных физических усилий, а питание в подавляющем большинстве случаев является избыточным и несбалансированным.

Умеренная, но регулярная физическая активность снижает у него риск дальнейшего развития основного и сопутствующего заболеваний. Систематические физические тренировки способствуют нормализации массы тела, артериального давления, уровня холестерина в крови, уменьшают склонность к тромбозам, повышают устойчивость к психоэмоциональному напряжению, другим неблагоприятным воздействиям внешней среды, расширяют адаптационные возможности организма.

Польза для здоровья при малых и умеренных физических нагрузках может быть получена, даже если у пациента имеется несколько факторов риска развития основного и сопутствующего заболевания.

Программа физической реабилитации после операции на сердце включает различные виды нагрузок: дозированную ходьбу, лечебную гимнастику в расширенном объеме, велоэргометрические тренировки и т. п. Обоснованность уровня тренирующих нагрузок обеспечивается данными, получаемыми при проведении пробы с дозированной нагрузкой. Наибольшее распространение получила велоэргометрия. Велоэргометрическая проба проводится с субмаксимальной нагрузкой до 75% от уровня максимального потребления кислорода. Этим достигается достаточная информативность исследования и его безопасность.

Во время обычных визитов к пациенту или в специально выделенное время медицинская сестра имеет возможность:

- обсуждать вопросы физической активности с пациентами (риск для здоровья, связанный с недостаточной физической активностью, взаимодействие их с другими факторами риска, пользу для здоровья регулярной физической активности);
- мотивировать повышение уровня физической активности путем включения физических упражнений в повседневную жизнь;
- спрашивать пациента об их физической активности во время досуга, выясняя: «Сколько раз в неделю пациент выполняет какую-нибудь физическую нагрузку (включая ходьбу), которая длится 30 минут или более? Какая нагрузка была бы для него достаточно тяжелой, чтобы нарушилось дыхание или участился пульс?»;

давать рекомендации по постепенному увеличению уровня физической нагрузки до оптимального с точки зрения продолжительности, частоты и интенсивности;

Тема 2.6 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВАХ

Реабилитация при синдроме аутизма.

Понятие о синдроме аутизма

Аутизм - это психическое расстройство, при котором у больного человека отмечается ослабление связей с реальностью, отрешенность от внешнего мира. Доминирование мира внутренних переживаний пациента приводит к тому, что он становится обузой для собственной семьи и окружающих его людей.

. Суть аутизма кроется в названии, которое происходит от латинского слова *autos* – «сам, внутри себя, погружение в себя» и означает отрыв от реальности, отгороженность от мира. Этот термин в 1943 году впервые употребил американский психиатр Лео Каннер, изучая психические патологии детского возраста. Именно всматривание в себя считается наиболее ярко выраженной отличительной чертой детей с аутизмом. Они во всём мире удивительно похожи особой, характерной только для них эксцентричностью поведения. Что касается распределения их по полу, то у мальчиков это расстройство встречается в среднем в три-четыре раза чаще, чем у девочек. При этом следует отметить, что у девочек наблюдаются случаи более сильного расстройства, чем у мальчиков.

Внимание к аутизму во всём мире обусловлено неуклонным увеличением численности людей с этим заболеванием, осложненными формами его клинического течения, трудностями своевременной диагностики, высоким уровнем инвалидности. Так, в Республике Беларусь с 2005 по 2015 год общее число детей, состоящих под наблюдением врачей-психиатров, по причине аутизма, возросло почти в три раза.

По инициативе Генеральной Ассамблеи ООН 2 апреля провозглашен Всемирным днем информирования о проблеме аутизма, который в настоящее время стал одной из самых серьёзных проблем наряду со злокачественными новообразованиями, сахарным диабетом, СПИД/ВИЧ и др..

Причины возникновения заболевания не известны. Однако существуют версии, что наиболее вероятной причиной возникновения аутизма является сочетание каких-либо токсических воздействий на хромосомы во время беременности и родов (различные осложнения, инфекционные заболевания, отравления ионами и солями металлов,

вредные привычки и плохая экология), а так же генетические факторы. Есть предположение о наследственной передаче заболевания в рамках одной семьи. Если у семейной пары ребенок страдает аутизмом, то можно предположить, что и второй малыш будет страдать этим заболеванием. Риск возникновения заболевания у детей увеличивается также при наличии аутизма у одного из родителей.

Ребенок с синдромом аутизма может родиться у совершенно здоровых родителей, если у плода произойдут генетические нарушения на хромосомном уровне. Никакие внешние факторы не могут стать причиной развития аутизма у изначально здорового ребенка.

Аутизм как медико-социальная проблема является результатом сложного нарушения нейроразвития на уровне микроархитектуры и нейронных связей в мозге ребенка. Он диагностируется только в детстве. Это пожизненное стойкое патологическое состояние со стабильной симптоматикой. Поэтому дети, страдающие аутизмом, вырастают и превращаются во взрослых с этим же диагнозом. Если кто-то стал похожим на аутиста только во взрослом состоянии, то это уже совсем другое заболевание.

Аутизм – в большей степени синдром, нежели самостоятельная нозологическая форма. С одной стороны это медицинский диагноз, в котором отражены проблемы психической сферы больного человека. С другой стороны – это психолого-педагогический диагноз, в котором обозначены его социальные и поведенческие особенности. Поэтому главное внимание в работе с этими людьми уделяется психологической коррекции и реабилитации. Проявления аутизма могут быть в определенной степени смягчены. Это создает предпосылки для улучшения качества жизни людей с аутизмом, повышения уровня социальной адаптации и интеграции в общество.

В большинстве стран Западной Европы и Северной Америки развитие системы помощи детям с аутизмом связано с борьбой родителей за права своих детей. В Белоруссии активно работает Международная благотворительная общественная организация (МБОО) «Дети. Аутизм. Родители».

Типичными признаками аутизма считаются

1. *Нарушения социального взаимодействия.* Всех людей с синдромом аутизма объединяет единый тип построения процессов взаимодействия с внешним миром. Они не способны объединять детали и части в единый образ. Они видят человека в «расчленённом состоянии» как несвязанные руки, нос, уши и прочие части тела. Они практически не

могут отличить живую природу от неодушевленных предметов. Сенсорные особенности детей с аутизмом делают их сверхчувствительными к одним раздражителям (звукам, запахам, свету, прикосновениям) и почти не чувствительными к другим (например, к боли). Поэтому многие внешние факторы вызывают у них острое чувство дискомфорта.

Ребенок, а в последующем молодой или взрослый человек вместо того, чтобы активно исследовать окружающий мир, вынужден выстраивать свой особый механизм адаптации и защиты от окружающего мира. Он не общается с другими людьми, не реагирует на свое имя, игнорирует происходящее вокруг. Ребенок старается ограничиться от окружающего мира и уйти в себя.

2. *Нарушения коммуникативных навыков.* Пациенты не используют жесты и слова для общения, так как не понимают обращенную речь и соответственно свою собственную речь. Как правило, у них хороший музыкальный слух. Они танцуют, держат ритм и т.п. А вот обработка речевых сигналов у них отсутствует либо резко замедлена. Речь для таких детей – это простой шум. В результате не образуется вербальный интеллект, который связан с речью. Однако они могут повторять длинные фразы, не понимая их смысла.
3. *Нарушения поведения.* Вследствие нарушений в работе центральной нервной системы у людей с синдромом аутизма отсутствует способность объединять чувственные впечатления в осознанное целое. Вместо упорядоченной информации в восприятии может возникнуть хаос, что проявляется в форме социально неадекватного поведения. Отмечаются аффективные вспышки, крик, расторможенность, причинение вреда себе, неприятные привычки, нарушения пищевого поведения, сна, проблемы с пользованием туалетом, сопротивление изменениям, игнорирование других людей, агрессии и др.
4. *Однотипность и монотонность движений.* Пациент может совершать одни и те же движения без использования каких-либо предметов, например, размахивать руками, прыгать или раскачивать корпус тела из стороны в сторону. Либо он может задействовать предметы: стучать ими, перелистывать страницы книги.

Он из дня в день играет в одни и те же игры, рисует одни и те же картинки. Способность к игре и фантазированию развивается плохо. Игрушки используются для неуместных манипуляций, не соответствующих целям, для которых они предназначены. Дети предпочитают играть с явно неигровыми предметами: ботинками,

обрывками газет, шнурками и тому подобное. Если попытаться изменить привычный уклад жизни больного человека, он окажет сопротивление.

Несмотря на то, что аутизм в сущности не связан с мыслительными способностями, у подавляющей части детей-аутистов имеется умеренная или легкая форма умственной отсталости.

Около 30 % людей с синдромом аутизма страдают эпилепсией, приступы которой начинаются либо в раннем детстве, либо в позднем подростковом возрасте.

Если взять всех лиц с синдромом аутизма, то только 5% из них являются «низкофункциональными». У них имеется «классический» аутизм, который характеризуется одномоментным проявлением всех или почти всех специфических признаков заболевания. Даже при самой эффективной схеме лечения лучшим результатом считается достижение уровня IQ до отметки 50 баллов, что соответствует умственному развитию шестилетнего ребенка.

Остальные 95% - это пациенты с расстройствами аутистического спектра (РАС). У них отмечается всего один или два специфических признака. Это либо «высокофункциональные» больные с синдромом аутизма в практически сохранном состоянии, либо пациенты с теми или иными вариантами умеренных аутистических расстройств. У многих из них ключевые симптомы с течением времени значительно уменьшаются, и у некоторых в старшем детском или в подростковом возрасте уже налаживается хороший контакт с родителями, братьями и сёстрами. Они реагируют на других людей более-менее нормально, хотя некоторые симптомы аутизма у них не исчезают, а межличностные контакты отличаются от контактов большинства обычных людей.

Люди с синдромом аутизма почти никогда не женятся, очень немногие налаживают дружеские отношения с людьми противоположного пола. Несмотря на то, что в отдельных случаях существуют дружеские отношения, большинство взрослых не способно к построению межличностных отношений, но виною тому не отсутствие социального интереса, а отсутствие навыков построения таких отношений. Большинство взрослых людей с аутизмом продолжает зависеть от посторонней помощи.

Интеллект отдельных подопечных может быть избирательно высоким. Они могут хорошо успевать в рисовании, музыке, математике, но отставать от ровесников по остальным дисциплинам. Иногда встречаются случаи савантизма – явления, когда человек с синдромом аутизма чрезвычайно одарен в определенной области. Например, он способен

сыграть мелодию, которую слышал лишь единожды, или очень точно нарисовать картину, или запомнить столбики цифр и решать вычислительные операции высокой сложности без дополнительных средств. Будучи взрослыми они добиваются успехов в карьере, совершают научные открытия, но при этом у них остаются серьезные проблемы в общении, в быту.

К наиболее известным видам аутизма относятся ранний детский аутизм (синдром Каннера) и синдром Аспергера.

Начало симптоматики раннего детского аутизма (РДА) приходится на период до 30-го месяца жизни ребёнка. Хотя многие симптомы узнаваемы ещё до трёхлетнего возраста, полная клиническая картина РДА развивается не позже, чем между четвёртым и пятым годом жизни ребёнка, а между пятым и шестым годом типичные симптомы заболевания приобретают наиболее тяжёлую форму.

В поведении детей с синдромом РДА во время игр отчётливо проявляется отсутствие или недостаточность социального взаимодействия. Наблюдается также непонимание чувств, выражаемых другими людьми, отсутствие желания приблизиться к матери, неизменность поведения в разных ситуациях. У таких детей ограничен интерес к окружающим, они почти не устанавливают контактов с другими людьми. Развитие речи слабое, а мимика и жесты выражены у них очень скудно. Иногда ребёнок совсем перестает пользоваться речью и не реагирует на речь окружающих. Характерным признаком речи аутиста является избегание употребления в отношении себя местоимения «я». Он может обращаться к себе по имени, называть себя «она», «он» или «ты».

По мере взросления и реабилитации признаки аутизма могут уменьшиться, когда ребенок контактирует со своими близкими. Но при контакте с посторонними людьми аутизм проявляется очень ярко.

Синдром Аспергера— это другая форма аутизма, диагностируемая только после трёхлетнего возраста. Речевое развитие нарушено незначительно, а проблемы с поведением, как правило, проявляются гораздо позже — часто только тогда, когда дети идут в школу или ещё позже. При синдроме Аспергера задержка умственного развития почти не встречается и трудности, связанные с социальным и коммуникативным дефицитом, выражены слабее.

Интересы людей с синдромом Аспергера ограничиваются чётко определённой областью, но, тем не менее, многие из них обладают чрезвычайными способностями в той сфере, которая их особенно интересует. Это может быть устный счёт, рисование, музыка или

сохранение в памяти огромной по объёму информации и способность воспроизводить её.

Для определения специфики отставания в развитии ребенка или взрослого пациента соответствующий специалист (детский психиатр, педагог, психолог, специалист по социальной работе и др.) тестирует ребенка с использованием специальных опросников.

Параллельно производятся следующие исследования.

- ✓ Проверка слуха у сурдолога – чтобы исключить связь речевой задержки с тугоухостью.
- ✓ ЭЭГ – для диагностирования эпилептических приступов (аутизм нередко сопровождается эпилепсией).
- ✓ УЗИ головного мозга – чтобы исключить повреждение мозга, способное вызвать характерные симптомы.

Дети и взрослые с аутизмом имеют те же болезни, физические и эмоциональные проблемы, что и все остальные люди. Более того у них гораздо чаще встречаются такие заболевания, как экзема, аллергия, астма, ушные и респираторные инфекции, желудочно-кишечные проблемы, сильные головные боли, мигрени и судороги. Поэтому вероятность обслуживания такого пациента по причинам иным, нежели аутизм, весьма высока.

Медицинская сестра любого профиля всегда способна помочь родителям ребенка с аутизмом в проведении коррекционной работы. Смысл её помощи пациенту с синдромом аутизма и его родственникам является всяческое содействие, ободрение и участие.

Этические аспекты взаимодействия с ребенком и его родителями

Медицинская сестра обеспечивает атмосферу общения и корректного поведения в отношении людей с синдромом аутизма, исключая оскорбительные, дискриминационные и неуважительные элементы. Она в процессе взаимоотношений подопечного и его среды предотвращает и пресекает любые непродуктивные эмоциональные реакции по поводу пациента с аутизмом (любопытство, насмешки, неловкость, чувство вины, гиперопеку, страхи и т.д.).

Она должна предостерегать окружающих от излишней романтизации аутизма – «люди дождя», «дети индиго», «дети – марсиане», «дети – скрытые гении» и т.п., поскольку их надо своевременно и очень серьезно обследовать и пожизненно с ними заниматься. Раннее выявление и диагностика аутизма, своевременное и качественное лечение позволяет быстрее восстановить имеющийся потенциал.

Приоткрыть «ворота» в душу пациента с аутизмом и его родственников можно лишь при сочувствии и терпении к ним. В общении необходим ровный эмоциональный фон. Все свои фразы и предложения надо формулировать исключительно в положительном ключе.

Тактичное проявление медицинской сестры к родителям ребенка с аутизмом может выражаться, например, в следующих формах:

- ✓ сохранить спокойствие и нейтралитет;
- ✓ проявить понимание и заботу;
- ✓ дать понять, что осознаете и владеете ситуацией;
- ✓ не употреблять в разговоре обидные слова;
- ✓ ободрять и не критиковать;
- ✓ не привлекать к ребенку особого внимания и не рассматривать его пристально;
- ✓ убрать опасные предметы, находящиеся в непосредственной близости от ребенка;
- ✓ предложить свою помощь.

Нельзя отождествлять больного человека с его диагнозом. Иначе он может стать для окружающих «аутистом», как, например, кто-то другой «астматиком, дементным» и т.п. Правильно говорить «ребенок с аутизмом», «молодой человек с бронхиальной астмой», «пожилой человек с деменцией».

Прежде чем охарактеризовать какого-либо ребенка с аутизмом как больного или страдающего, надо поинтересоваться у его родителей, считают ли они его таковым. В любом случае желательно говорить о нем как о человеке с особыми потребностями и иными возможностями, человеке с альтернативной ментальностью.

Медицинская сестра должна придерживаться современных взглядов на успешную социализацию детей с синдромом аутизма. Многие дети с аутизмом могут учиться в массовых школах и гимназиях, если создана адаптированная под их сенсорные особенности среда, подготовлены педагоги, а в школьный штат включены сопровождающие-тьюторы. Детям с аутизмом общество сверстников еще нужнее, чем обычным. Только так они могут научиться играть, общаться, самостоятельно жить среди людей.

Помощь при медикаментозном лечении

В кризисных случаях лечащим врачом могут быть назначены антидепрессанты, антипсихотики, стимуляторы, противосудорожные и другие лекарственные препараты.

Все эти препараты имеют большое количество побочных эффектов. Поэтому при их употреблении медицинская сестра должна знать и

выявлять отрицательные побочные действия каждого препарата, а также учить этому родителей ребенка. Пациент, особенно в тяжелой стадии, не может сам сообщить о своем физическом дискомфорте.

Неправильное хранение и небрежное обращение с лекарствами также могут повлечь неприятные последствия и несчастные случаи. Поэтому в хранении медикаментов должны быть полностью исключены случайные места их нахождения, а также беспорядок и небрежность в их содержании. Для медикаментов должно быть выделено специальное место. Они должны храниться в строгом порядке. Все имеющиеся лекарства должны быть обозримыми и легкодоступными.

Помощь в поддержке коммуникации

Поддержка коммуникации людей с диагнозом раннего детского аутизма заключается в построении речи, а также альтернативной коммуникация с помощью языка жестов, картинок, символов и т.п.

Помощь в построении речи

Речь людей с аутизмом весьма своеобразна. Она часто содержит набор штампованных фраз, иногда наблюдается стремление к повторению малопонятных слов, которые были услышаны ими от окружающих или других средств коммуникации. Модуляция голоса либо очень бедная, либо гротескная, неадекватная значению. Подопечный может особенно громко и отчетливо произносить отдельные звуки или слоги.

Пациенты с синдромом аутизма могут плохо интерпретировать эмоциональные сигналы (такие как гнев или радость), независимо от сказанного слова. Им часто очень трудно распознать, позвали их с любовью или сердито, а разговорная речь и связанное с ней окружение иногда кажутся им чем-то угрожающим.

Правила выстраивания своей речи в общении с пациентом

1. Использовать четкие структурированные фразы, где в первую очередь, акцент именно на том, что мы именно хотим донести до ребенка. Например, «хочешь банан?» или «садись на стул». Если необходимо, можно слова подкрепить жестом.
2. Не загружать речь множеством дополняющих друг друга слов. Например, «давай-ка мы посмотрим с тобой, давай сядем и вот мы откроем книжечку, вот такая у нас интересная книжечка, а что у нас такое в этой книжечке?» и т.п. В таком случае речь превращается в шум. Она перестает быть функциональной и максимально понятной.
3. Говорить простым и четким языком, используя короткие предложения. Люди с аутизмом склонны все понимать буквально. Поэтому, если

сказать «Будет больно лишь секунду», человек будет ожидать, что боль исчезнет через секунду.

4. Сделать свой язык максимально конкретным, избегать использования идиом, иронии, метафор и слов с двойным значением, например, «Собачий холод». В результате пациент может задуматься, где здесь собаки.
5. Обращенные к пациенту просьбы должны быть прямыми. Например, «Пожалуйста, встаньте». Если сказать: «Вы можете встать?», то пациент может ответить «да», продолжая сидеть. Человек с аутизмом может не понимать, что вопрос может означать просьбу что-то сделать.
6. Удостовериться, что пациент понимает сказанное. Некоторые люди с аутизмом говорят очень хорошо, но при этом им трудно понимать речь.
7. Не применять язык тела, например, жесты или мимику, без дополнительных вербальных инструкций. Человек с аутизмом может их не понять.
8. Задавать вопросы, чтобы получить всю информацию, которая нужна. Человек с аутизмом может не сообщать даже жизненно необходимую информацию, если его об этом не спросят напрямую.

Медицинская сестра должна быть информирована о логопедии и таких технологиях стимуляции речи, как метод Томатиса и языковая программа Макатон.

Логопедическая работа направлена на развитие слухового внимания, фонематического и речевого слуха. Осуществляются постановка звуков, их автоматизация, вводятся дыхательные, голосовые упражнения. Особенно важными являются задачи расширения словарного запаса, развития способности к составлению предложений по картинкам, их сериям, работа над текстом, состоящим из бесед, пересказа, проигрывания, «драматизации» разных тем, воспроизведение стихотворной речи и др.

Одним из перспективных методов в борьбе с аутизмом является слуховая терапия по методу Альфреда Томатиса. Она заключается в прослушивании ребенком различных особых наборов звуков через наушники.

У детей с аутизмом гиперчувствительный слух: малейший звук ребенка раздражает, хотя сам он при этом может очень громко кричать. После аудиовокальных тренировок ребенок начинает слышать себя по-другому. Потребность в крике заметно уменьшается или вовсе исчезает. Дети, которые до начала тренировок не разговаривали, начинают издавать различные звуки, а дети с более развитыми речевыми навыками начинают говорить более длинными предложениями.

Языковая программа Макатон сочетает звучащую речь, жесты и символы. В результате применения жестов коммуникация становится возможной для человека, у которого отсутствует речь либо речь которого неразборчива. Символы позволяют общаться тем, кто не имеет возможности жестикулировать либо отдает предпочтение графическому выражению речи.

Помощь в альтернативной коммуникации

Понимание важности коммуникации открыло инновационные пути вспомогательных средств общения, которые в 1980 году нашли свое отражение в концепции альтернативной коммуникации (ААС – Augmentative and Alternative Communication). Как синонимы данного термина используются также «поддерживающая коммуникация», «вспомогательная коммуникация».

Важно понимать, что коммуникация - это не только слова. Преодолеть коммуникативные трудности ребенка с синдромом аутизма можно с помощью взгляда и мимики, жестов и телодвижений, предметов и фотографий, графических символов и технических устройств.

Поэтому знание и владение системой альтернативной коммуникации в настоящее время становится приоритетной задачей медицинской сестры, которая общается с особенным ребенком, а также основным запросом его родителей.

Альтернативная коммуникация представляет собою все способы коммуникации, дополняющие или заменяющие обычную устную и письменную речь людям, если они не способны при помощи неё удовлетворительно объясняться. Основное правило альтернативной коммуникации: «Человек должен иметь возможность сказать, что хочет, тем способом и с той скоростью, с которой может».

Альтернативная коммуникация может:

- использоваться постоянно;
- временно замещать речь;
- использоваться как вспомогательное средство для улучшения овладения речью.

Коммуникация с опорой на жесты

Жесты при нарушениях общения позволяют слову быть «видимым», помогая ребенку-аутисту лучше запоминать слова, в случае неразборчивости речи способствуют улучшению понимания смысла сообщения.

Выделяют следующие группы жестов:

- ✓ символические социальные жесты и движения, которые дети усваивают во время ситуативно-делового общения (да, нет, иди сюда, здравствуй, до свиданья и др.);
 - ✓ дополнительные социальные жесты – указательный;
 - ✓ группа жестов, которые являются имитацией простых предметных действий в меру формирования предметной деятельности;
 - ✓ жесты описательного характера – передают характерные черты и свойства, присущие определённому объекту (лиса, собака, конь и др.).
- Недостатки в использовании жестов, которые следует иметь в виду:
- ✓ не гарантируют развитие устной речи;
 - ✓ как более простой язык может мешать развитию устной речи;
 - ✓ низкий социальный статус, так как воспринимается окружающими людьми как «диговинка», либо как признак недоразвитости.

Язык жестов – это весьма трудная абстрактная система для детей с аутизмом, которым проще использовать и понимать символы, более похожие с тем, что они обозначают. Жесты ребенка также нелегко понять коммуникативному партнеру, если он не знает специфику его жестовой коммуникации.

Коммуникация с использованием картинок и графических символов

Сегодня резко возрос интерес к фотографиям, картинкам и символам, как к самостоятельным системам, так и вместе с устройствами, которые синтезируют речь. Развитие компьютерных технологий существенно облегчило доступ к большому количеству символов, которые были облачены в форму компьютерных программ (рис.1).

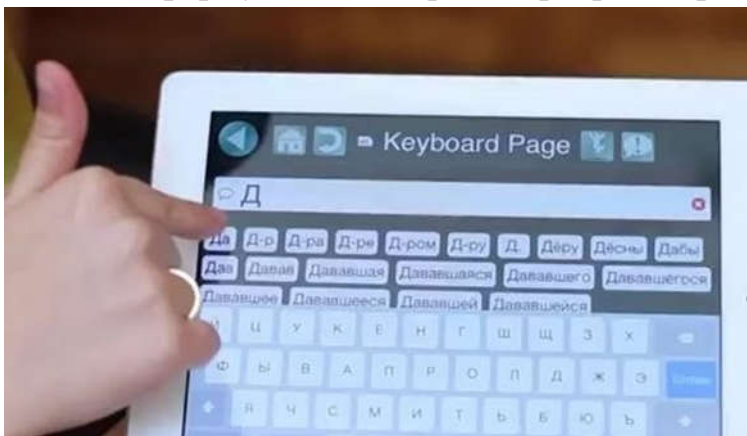


Рис.1. Выбор действия на планшете

Коммуникация с использованием символов может осуществляться с использованием картинки с изображением, путем указания на эту картинку либо рукой, либо пальцем, либо нажимая на необходимую кнопку, либо указывая направлением взгляда.

Каждый знак или символ имеет своё значение, а несколько символов могут комбинироваться, чтобы передать смысл слова или образовывать целые предложения. Подопечный может научиться показывать картинки или использовать карточки, на которых изображены определённые действия, предметы или состояния для того, чтобы, например, сообщить о своём желании.

Наиболее эффективной является система PECS, которая позволяет подопечным, у которых нарушена коммуникация, общаться при помощи картинок в случае появления у них собственного желания что-то получить либо совершить.

Главное преимущество этого метода в том, что оборудованием является небольшая и лёгкая книжка с рисунками (своеобразный разговорник), которую ребёнок всегда может носить с собой (рис.2). Эта система понятна большинству даже случайных участников коммуникации, так как в ней используются графические символы и иллюстрации, которые замещают определённые слова.



Рис. 2. Карточки PECS, которые позволяют ребенку выбрать желаемые или не желаемые предмет или объект деятельности

Помощь в улучшении социально адекватного поведения

Родителям и окружающим людям для понимания необычных действий пациента с синдромом аутизма можно предоставить таблицу-памятку, в которой объясняется его эксцентричное поведение.

Таблица-памятка для родителей и окружающих людей

Что видит здоровый человек	Это не...	Это может быть
----------------------------	-----------	----------------

Забывчивость. Витание в облаках. Неорганизованность.	Отлынивание от работы, обязанностей. Непослушание. Манипуляция. Апатия. Лень.	Повышенная тревожность. Стресс или реакция на новую ситуацию. Попытка регуляции сенсорных систем. Непонимание чужих ожиданий.
Повторяющиеся действия. Ответ на перемены в виде расстройства. Предпочтение однообразию. Сопротивление переменам.	Отказ от сотрудничества. Упрямство. Ригидность.	Неспособность воспринимать ситуацию со стороны. Попытка сохранить предсказуемость и порядок. Неуверенность в алгоритме выполнения указаний.
Мешающее поведение. Невыполнение инструкций. Импульсивность.	Желание находиться в центре внимания. Эгоизм. Нежелание слушаться. Провокации.	Задержка в обработке поступающей информации. Трудности в понимании общих и абстрактных понятий.
Нюхает разные предметы. Трогает различные предметы и вращает их. Не смотрит в глаза. Избегает определенного освещения или звуков.	Нежелание слушаться. Плохое поведение.	Крайняя зрительная, звуковая, обонятельная чувствительность Сенсорные проблемы. Сенсорные и телесные сигналы нормально не обрабатываются.

Если пациент находится в состоянии стресса (расстроился, кричит или плачет), то его можно успокоить, если он имеет право показывать такую реакцию. В таком случае нужно найти источник стресса и убрать его.

Если неприемлемое поведение является «капризом», то есть несет в себе функцию настоять на своем, выпросить что-то или же категорически отказаться от чего-то, то тогда нужно эмоционально проигнорировать, предлагая возможность адекватной просьбы или отказа. Следует обратить внимание на то, что игнорируя нежелательное поведение подопечного, нужно внимательно следить только за тем, чтобы он не причинил себе вреда.

При амбулаторном приеме пациента с синдромом аутизма его нужно принять первым, так как ожидание в переполненном коридоре медучреждения может вызывать у него сильный стресс. Если есть такая возможность, нужно попросить пациента и его семью подождать в маленькой свободной комнате, а не в коридоре.

– В качестве альтернативы, семья может подождать на улице в машине, а медицинская сестра может позвать их, когда врач освободится. Если прием откладывается, семья может решить, что лучше вообще уйти из медучреждения и вернуться в другое время.

Перед любой процедурой или обследованием пациента с синдромом аутизма необходимо заранее к этому подготовить. Например, показать картинку того, что случится, или использовать для объяснений куклу (если это уместно). Желательно попросить родителя или сопровождающего о помощи, особенно если пациент не говорит.

Если нужно произвести осмотр подопечного и при этом к нему прикоснуться, то нужно обязательно его об этом предупредить и объяснить цель осмотра.

Медицинская сестра не должна забывать, что у людей с аутизмом может быть очень высокий, либо очень низкий порог болевой чувствительности. Некоторые пациенты очень остро чувствуют боль от укола, в то время как другие вообще не будут на него реагировать. Даже если кажется, что пациенту не больно, в действительности у него может быть сломана кость. При этом реакции на боль у таких пациентов могут быть необычными, например, смех, мычание, пение, попытки снять с себя одежду.

Медицинская сестра должна быть знакома с основными методическими приёмами поведенческой терапии, которые необходимы подопечному для приобретения социальной и поведенческой компетенции в повседневной жизни.

Одной из самых доступных форм поведенческой терапии является АВА (эй-би-эй) – терапия. В её основе лежит постепенное и систематическое приучение подопечного с синдромом аутизма к

правильному поведению и обязательное поощрение при положительных реакциях.

В общих чертах, речь идёт не о запретах, а о поощрениях и вознаграждениях, в результате чего будут достигаться и качественно улучшаться желаемые типы поведения. Простой устной похвалы для подопечного с его малой социальной приспособляемостью недостаточно.

При выборе поощрения важно знать специфические потребности каждого пациента и обязательно им следовать. Для кого-то таковыми станут любимые блюда, для кого-то – звуки, музыка, одежда, любимая игра с механическими предметами и т.п. Далее все желательные реакции подкрепляют этим поощрением. Новые виды поведения следует заучивать, повторяя шаг за шагом для того, чтобы в конечном итоге он мог выучить и понять их полностью, а позже включить в свой «репертуар» поведения.

Грубо говоря: это чем-то напоминает дрессировку. По такому принципу возникает устойчивый контакт с подопечным, закрепляются нужные умения и пропадает деструктивное поведение в форме самоагрессии и истерик.

Помощь при социальном взаимодействии

Единственный вариант приспособить ребенка с синдромом аутизма к социуму – создание благоприятной среды и упорные ежедневные занятия. Это большой труд педагогов и родителей, всегда приносящий свои плоды.

Помощь в обретении навыков самообслуживания

Характерной проблемой для подопечного с синдромом аутизма является отсутствие мотивации к повседневным делам. Их тяжело приучить к поддержанию гигиены и распорядку дня. Чтобы закрепить навыки самообслуживания, применяются карточки, для начала не больше пяти. На них могут быть изображены предметы или люди, выполняющие определенные действия. Например, встал с постели, оделся, умылся, почистил зубы, причесался и т.д.

Подготовка ко сну также разбивается на несколько действий, и на каждое действие заготавливается карточка. Сначала четко произносится: «Пора спать» и далее демонстрируются карточки. Карточки могут быть следующие: «снять одежду», «надеть пижаму», «почистить зубы», «умыться», «сходить в туалет», «пойти спать» и последней, картинка спящего ребенка. Показ картинок должен сопровождаться объяснением, но не многословным. Только четкое название действий и ничего больше. Через несколько месяцев, может быть, даже через год, достаточно будет сказать «пора спать» и ребенок будет знать, что ему нужно делать. Это

произойдет только в результате регулярных занятий. Такие карточки должны быть на все действия – «гулять», «кушать», «читать».

Помощь в установлении социальных отношений при помощи беседы

Терапия при помощи беседы — одна из основных в психотерапевтической практике. При лёгких формах синдрома Аспергера нужно регулярно беседовать с подопечным на различные социально-бытовые темы. В результате такой беседы он обретает способность реально оценивать себя и свои ограничения, осознавать свои сильные и слабые стороны и получать при этом позитивное чувство собственного достоинства.

Помощь в структурировании распорядка дня

Чёткое структурирование распорядка дня даёт подопечному ориентацию во времени и пространстве, помогает лучше видеть связь между рабочими заданиями и их последовательностью, лучше понимать своё и чужое поведение.

Неустойчивый распорядок дня и пугающая обстановка тормозят навыки у пациента с синдромом аутизма и способствуют еще большему его «погружению в себя».

Необходим строгий режим дня: ежедневно в одно и то же время он должен кушать, умываться, идти спать. Повседневные занятия, работа должны происходить в одно и то же время, со строгим соблюдением последовательности. Ни в коем случае нельзя менять привычный распорядок дня, так как любые отклонения от установленного распорядка дня вызывают у таких детей (или у взрослых) приступ злости, страх и панику. Приступ злости или страх может возникнуть даже из-за, казалось бы, совсем незначительных перемен, например, появления новой медицинской сестры или перемещения в другую комнату.

Очень трудно приучить ребенка к выполнению каких-либо новых действий. Но если он, в конце концов, принимает новшество, то сразу же сильно привязывается к нему.

Для подопечного важно, чтобы все предметы, которые он привык использовать и находить на определённом месте, всегда были именно там. Отсутствие привычной игрушки может вывести ребёнка из состояния равновесия, привести к аффективной вспышке, истерике — поэтому родителям или близким людям рекомендуется следить, чтобы все любимые игрушки и предметы были на своих местах.

Помощь в адаптивной физической реабилитации

Такие методы адаптивной физической реабилитации как лечебная физкультура, массаж, арт-терапия, танцы, трудотерапия, иппотерапия,

общение с домашними животными, игры и др. направлены на минимизацию у ребенка дефицита моторики или же полное его устранение, а также на уменьшение агрессивного поведения и гиперактивности.

Часто аутичному ребёнку приходится долго и с трудом учиться уверенно и правильно использовать свои мышцы, суставы, весь двигательный аппарат, чтобы совершать обыденные движения (ходьба, хватательные движения, управление всем телом, движение по лестнице и др.). Например, для развития координации можно взять 2 чашки, наполнить одну из них водой и попросить ребенка переливать воду из одной чашки в другую. По мере развития этого навыка, размер чашки должен уменьшаться.

Массаж черепа, крестца, позвоночника и стоп уменьшает психомоторную возбудимость ребенка, способствует снижению мышечного тонуса, улучшает работу лимфатической, кровеносной и нервной систем. У детей с проблемами со сном наблюдается улучшение и появляется самоконтроль физиологических функций.

Арт-терапия даёт сильные положительные чувственные впечатления и эмоциональные переживания. Аутичные дети получают удовольствие от творчества и познания окружающего мира с помощью разных чувств. Кроме того, применение техники рисования, живописи и др. способствует развитию их мануальных и двигательных умений. Арт-терапия помогает распознавать и выражать эмоции приемлемым способом.

Танцы включают в себя реакцию на ритм музыки и её построение, соотнесение с величиной помещения, а также отношения с партнером на основе подражания, так как при реакции на движение возникает эмоциональная невербальная коммуникация.

Танец и движение дают возможность самовыражаться творческим и конструктивным путём, что помогает другим людям понять его. Благодаря танцу у подопечного очень часто исчезает агрессивность или безучастность и постепенно развиваются способности в других областях (рисование, игра, речь).

Трудотерапия тренирует повседневные виды деятельности посредством исправлений, повторений или компенсации нарушенных способностей и умений. Так, например, при лепке ребенок раскатывает пластилин, делает из него шарики или просто разминает его. В результате у него одновременно будет развиваться и моторика, и сенсорная чувствительность.

Иппотерапия (лечебная верховая езда) оказывает положительное действие на подопечного при помощи интенсивной стимуляции, способствует бодрости, а также хорошему самочувствию.

Общение с домашними животными - собаки, кошки, кролики и т. д. развивают у ребенка социальные контакты. снижают чувства страха, успокаивают эмоции, повышают смелость и решимость.

Во время разнообразных игр (тематические игры, пластические игры, двигательные игры) у ребенка развиваются определенные функции и навыки, он вовлекается в коллективную деятельность, адаптируется его к социальной среде. Успехом можно считать уже то, что ребёнок согласится быть рядом, подключится к действиям как пассивный участник.

Зная об особенностях ребёнка, необходимо тщательно подбирать игрушки, книги, стихи, исключая то, что может эмоционально его травмировать. Важно постоянно хвалить ребёнка, но похвалу необходимо дозировать.

Реабилитация при шизофрении.

Понятие о шизофрении

Шизофрения (от греч. schizo – расщепляю, phren – сознание, душа, ум) – прогрессирующее психическое расстройство (вероятно, группа близких по своим проявлениям расстройств), характерным признаком которого является разорванность мыслей и чувств.

Разорванность мышления состоит в том, что мысли больного человека как бы соскальзывают с одной темы на другую без видимой логической связи. Он теряет способность отграничивать одно понятие от другого, воспринимать правильно реальность.

Чувства больного человека также не адекватны. Больной человек может смеяться при печальных событиях и плакать при радостных. На волнующие всех события он почти не реагирует, к близким людям и родственникам проявляет безразличие и эмоционально холоден.

Шизофренией страдает примерно 1% взрослого населения. Число таких людей в Республике Беларусь приближается к 80 тысячам.

Заболевание может начаться в любом возрасте, однако наиболее типичный возрастной период – от 15 до 35 лет. У женщин шизофрения протекает более остро. Причины шизофрении до конца не известны.

Термин «шизофрения» выражает хаос в переживаниях и поступках больного человека, который чувствует себя «потерянным, либо подмененным». Он может уверять, что все движения, мысли, чувства у него чужие и внедрены в него без его согласия.

Отчуждение человека с шизофренией от себя во внутреннем мире имеет затем своё продолжение и в окружающем его мире, который воспринимается им как «искусственно созданный».

Расстройства восприятия проявляются преимущественно зрительными, слуховыми, обонятельными и прочими галлюцинациями. Он начинает слышать так называемые «голоса», причем по своей воле остановить диалог, звучащий в его голове, он не может. Больной человек, например, «видит» сидящих за столом людей, слышит их сговор его убить.

У человека с шизофренией возникают устойчивые бредовые (ложные) убеждения. Например, что он предназначен спасти человечество. Или наоборот - чувствует себя объектом пристального внимания или опасного преследования.

В переживании больного человека окружающий мир воспринимается так, словно каждое событие и каждый предмет касаются его лично. Он убежден, что все, что он видит, слышит, обоняет, осязает или ощущает, есть послание, адресованное только ему. Отдельные предметы, явления он объясняет по своему, только для него значимому смыслу.

Так, например, информация в газете, по его мнению, полна намеков на его личную жизнь. Телевизионные передачи осуществляются специально для него и содержат важные сообщения.

Совместное проживание с другими людьми также наполнено подобного рода «сообщениями» и «откровениями». По мнению больного человека, другие люди регулярно раскрывают ему свои мысли. Поэтому он ощущает над ними некую высшую власть, верит в то, что ими управляет.

Нередко больные люди с шизофренией чувствуют, что их мысли подслушивают; подозревают, что повсюду спрятаны микрофоны и т.п. Многие испытывают личную угрозу. Тогда существование становится для них постоянным бессонным дежурством.

Обычная надпись на двери повелительного наклонения приобретает форму приказа. Незнакомая местность может восприниматься как хорошо знакомая, чужой человек — как близкий родственник, а собственный дом и близкие люди не узнаются и воспринимаются как незнакомые.

В итоге, больной человек теряет интерес к социальной активности и социально изолируется. Его ничто не волнует, не интересует. Он становится малоразговорчивым необщительным, замыкается в себе; теряет интерес к своей работе, учебе, к жизни и делам своих близких, друзей. У него отсутствуют реальные планы на будущее и стремление их осуществить.

Один перестает уделять внимание своему туалету, становится неопрятным и вялым. Другой, напротив, напряжен, суетлив, куда-то уходит, что-то делает, о чем-то сосредоточенно думает, не делясь с близкими тем, что его в это время занимает. Нередко на задаваемые им вопросы отвечает длинными невнятными и запутанными рассуждениями, бесплодно и неконкретно мудрствует.

Яркими проявлениями шизофрении являются состояние ступора (оцепенение) и импульсивного возбуждения с агрессивностью.

Ступор может быть двух видов: при первом виде у больного человека бывает сохранена элементарная ориентировка в окружающем и его оценка, при втором - сознание больного изменяется.

Импульсивное возбуждение сопровождается манерностью, вычурностью движений и речи, дурашливостью, весельем, гримасничаньем, кувырканьем, оголением, плоскими шутками. В тяжелых случаях речь отсутствует, или больной человек рычит, мычит, выкрикивает отдельные слова, слоги, произносит гласные. У некоторых появляется неудержимое стремление говорить. При этом речь вычурная, высокопарная, отмечаются повторения одних и тех же слов, бессмысленное нанизывание одного слова на другое. Возможны переходы из ступора в состояние возбуждения и наоборот.

Поведение больных шизофренией, в силу болезни, может быть асоциальным, что создает напряжение в семьях, на производстве, в общегитии и др. Во многих случаях шизофрения ведет к инвалидности.

Больные люди с шизофренией вне обострения сохраняют трудоспособность. Многие из них проживают в своей семье или у родственников. В отдельных случаях, если человек осознает всю степень серьезности своего заболевания, он может жить самостоятельно.

Как любому человеку, больному шизофренией может потребоваться квалифицированная медицинская и медико-социальная помощь по поводу другого заболевания. Специфика оказания такой помощи состоит в том, что не всякий больной с шизофренией способен правильно изложить свои жалобы. У некоторых понижен болевой порог, что часто приводит к несвоевременному выявлению симптомов болезни. Побочные эффекты от приема антипсихотических препаратов также иногда искажают общую картину заболевания. Многие подопечные не понимают суть врачебных предписаний и медицинских рекомендаций.

Современный уровень компетентности медицинских сестер и социальных работников позволяет помогать больному человеку с

шизофренией в создании доброжелательной среды по следующим базовым направлениям:

- ✓ преодоление стигматизации (дискриминации);
- ✓ противостояние факторам риска здоровью и жизни;
- ✓ психологическая поддержка;
- ✓ общение и поддержание позитивного диалога;
- ✓ самообслуживание;
- ✓ организация лечебно-охранительного режима;
- ✓ трудовая деятельность;
- ✓ культурно-творческое времяпровождение;
- ✓ смягчение психоэмоциональных и психических расстройств;
- ✓ питание и кормление;
- ✓ поддержание физической формы.

Помощь в борьбе со стигматизацией (дискриминацией)

Происхождение термина «стигматизация» связано со словом «стигма», которым в Древней Греции называли клеймо на теле преступника или раба. Со второй половины XIX в. это слово стало использоваться в переносном смысле как «метка», «позорное клеймо». Стигма определяется как признак пренебрежения или недоверия, который отделяет стигмизированного человека от остальных. Она, так или иначе, приводит к негативным переживаниям: чувству стыда, вины, социального отторжения.

Больные люди с шизофренией и их близкие вынуждены жить в атмосфере домыслов и предубеждений, которые зачастую господствуют в обществе по отношению к этой болезни. Часто шизофрения воспринимается как что-то пугающее, постыдное, нереальное, надуманное и неизлечимое. Больные шизофренией голословно предстают как агрессивные, опасные, склонные к жестокости люди.

Для большинства людей «шизофрения» - «это заблуждение ума и души, ведущее к полному безумию, ужасу, непредсказуемости, неспособности руководить своими поступками, безответственности». Слова, обозначающие лиц с различными психическими расстройствами, или производные от них («дебил», «шизо», «идиот», «кретин», «олигофрен», «психопат» и т. п.) используются в моменты эмоциональных срывов в качестве ругательств и оскорблений. Стремление избежать общения с психически больными людьми основано больше на неосознаваемом страхе и боязни возможных странностей в поведении человека с психическими расстройствами, чем на реальном негативном опыте.

Поэтому больные люди с шизофренией часто испытывают различные жизненные трудности в получении образования, в трудоустройстве, создании собственной семьи и т.д..

Многие из них по причине самовнушения имеют такое же негативное мнение о своем заболевании, как и население. Они усваивают стереотипы роли неспособного человека, становятся вследствие этого социально отгороженными, зависимыми от помощи других, вживаются в роль инвалида, что ведёт к усугублению нарушения социальной адаптации.

В ряде случаев стигматизации со стороны общества подвержены и семьи, в которых проживают душевнобольные лица с грубой психической патологией. Социальными последствиями этого невротизирующего фактора могут быть хронический дистресс у членов семьи; чувство вины по отношению к больному человеку; тенденция к защите от внешнего окружения, осуществляемой в форме социальной изоляции.

Медицинской сестре нужно и можно всячески бороться с предубеждениями относительно шизофрении. Для преодоления стигматизации особенно полезны выступления по радио и телевидению, беседы в школах и лекции перед населением, публикации в местных газетах, изготовление серии брошюр и плакатов, объясняющих, что такое шизофрения и насколько широко она распространена.

Помощь в противостоянии факторам риска здоровью и жизни

Наиболее опасными факторами риска здоровья и жизни больного человека с шизофренией являются:

- ✓ нежелание лечиться;
- ✓ агрессивное поведение;
- ✓ депрессия;
- ✓ риск суицида;
- ✓ табакокурение;
- ✓ пристрастие к употреблению крепкого кофе и чая;
- ✓ злоупотребление спиртными напитками;
- ✓ наркотики;
- ✓ беспорядочная половая жизнь и случайная беременность.

Нежелание лечиться

Почти все больные шизофренией в течение многих лет нуждаются в регулярном приеме типичных и атипичных антипсихотических препаратов.

Типичные психофармакологические препараты (галоперидол, аминазин, трифтазин, стелазин, мажептил и др.) хорошо устраняют острое психомоторное возбуждение, уменьшают галлюцинаторные и бредовые

расстройства, способствуют упорядочению поведения в период обострения заболевания.

Современные атипичные антипсихотики (рисперидон, оланзапин, кветиапин, zipразидон и др.) позволяют обеспечить надежную стабилизацию психического состояния, смягчить умеренные негативные симптомы, улучшить когнитивные функции в период ремиссии заболевания.

Широкое использование при лечении шизофрении антипсихотических препаратов создает основу для осуществления дальнейшей трудовой и социальной реабилитации.

Многие больные понимают, что они больны, и признают необходимость приема лекарств. Другие же не принимают лекарства, так как не признают своего заболевания, либо боятся их побочных эффектов или не доверяют своему врачу.

Прекращение медикаментозного лечения является основным фактором обострений шизофрении и повторных госпитализаций. Поэтому нередко приходится заставлять их принять лекарство под давлением или различными обманными действиями.

Агрессивное поведение по отношению к другим людям

Замечено, что больные люди до 30 лет более агрессивны и намного чаще представляют опасность для окружающих, чем пациенты старшего возраста.

Подопечный может скандалить, бросать предметы и т.п. Однако такое поведение говорит лишь о непонимании текущей ситуации, либо о неуверенности в том, как себя «следует» вести.

Ухаживающему персоналу необходимо сохранять полное спокойствие и самообладание. Возможно, это происходит из-за того, что он чувствует их нервозность. Нельзя бравировать своей «храбростью», так как это может спровоцировать внезапные (импульсивные) ответные агрессивные поступки больного, направленные против персонала или других больных. Так, например, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса может усилить агрессию больного человека. Нельзя озлобляться, или обижаться за его агрессивные намерения или действия, которые связаны с болезнью.

Желательно переключить внимание больного человека на более спокойное занятие. Постараться определить, что вызвало такую агрессивную реакцию подопечного, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

Не следует сразу подходить к больному человеку слишком близко. Это может быть воспринято как угроза. Затем можно осторожно попытаться установить телесный контакт с ним - взять за руку или похлопать по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Желательно занять положение на том же уровне, что и пациент.

Больного человека необходимо успокоить, объяснить, что ему ничто не угрожает, у него лишь расстроены нервы и это скоро пройдет и т.д. Иногда бывает полезно вообще не тревожить больного, что помогает ему успокоиться. В этих случаях необходимо следить за тем, чтобы он не причинил вреда себе и другим.

Женскому персоналу, работая с беспокойным больным нельзя носить бусы, серьги, брошки и др., так как все это мешает при удержании возбужденного больного человека и может быть сорвано им.

Из поля зрения больного необходимо убрать острые, колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы им в качестве орудия нападения или самоубийства. Необходимо преградить доступ к окнам и дверям, чтобы предотвратить попытку побега. По мере возможности нужно пытаться не демонстрировать подопечному, что он опасен, что его усиленно охраняют, так как это укрепляет его болезненное подозрение в том, что он окружен врагами, и усиливает страх и возбуждение.

Для помощи не следует привлекать много людей, так как это приводит к суете. Обычно достаточно 4-5 человек, а при большой физической силе подопечного или резком возбуждении - 5-6 человек. Желательно привлечь людей из ближайшего окружения клиента для оказания помощи. Важно расставить их таким образом, чтобы за больным человеком было обеспечено непрерывное наблюдение. Если он не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить с разных сторон одновременно, держа перед собой одеяла, подушки, матрацы или другие предметы, которые могут смягчить удары. Затем, удерживая руки больного, скрещенные на груди, одновременно резко подхватить обе ноги в подколенных областях. Удерживая подопечного, перенести его на кровать, к которой можно подойти со всех сторон. Его нужно уложить на спину так, чтобы он не смог нанести себе повреждений ударами головой о спинку кровати. Желательно удерживать подопечного в постели. При этом один человек должен держать его за ноги выше колен, другой за руки около кистей, третий — за плечи. Действовать надо осторожно, чтобы не причинить боли и не нанести повреждений. Руки больного человека лучше удерживать скрещенными на груди. Не следует надавливать на грудь —

это может привести к перелому ребер. Если он во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксирования рук и ног, необходимо третьему человеку удерживать голову больного. Для этого один человек становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце. Во время удерживания нельзя причинять подопечному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. При затаившемся возбуждении допустима кратковременная фиксация к кровати. Для этого используют длинные ленты, чулки и т.п., которые петлей надевают на кисти и лодыжки больного человека и привязывают к раме кровати.

Депрессия

В состоянии депрессии больные люди не обращают внимания на себя, поэтому за ними нужен особый уход: помогать им одеваться, умываться, прибирать постель и т.д. Нужно следить за тем, чтобы они ели, а для этого их подчас надо долго, терпеливо и ласково уговаривать. Часто приходится уговаривать их идти на прогулку.

Они пребывают в тоске, молчаливы и погружены в себя. Им трудно вести разговор. Поэтому не надо их беспокоить своими разговорами. Им нужен покой. Всякие развлечения могут только ухудшить их состояние.

Риск суицида

Риск суицида значительно повышается при скрытой враждебности членов семьи, друзей или больничного персонала. Этому также способствует и разрушение семьи.

В некоторых случаях больные люди, находясь в состоянии тяжелой депрессии либо под влиянием галлюцинаций и бредовых идей, предпринимают попытки причинить себе серьезные повреждения.

Больной с суицидальными попытками нуждается в неотложной психиатрической помощи. Риск повторной суицидальной попытки особенно высок в течение 3 месяцев после первой попытки.

В профилактике суицида и лечении таких больных важная роль принадлежит медсестре. Ее главная задача - помочь пациенту в разрешении его проблем, научить его жить с имеющимся заболеванием. От отношений между медсестрой и пациентом, от их взаимопонимания и сотрудничества зависит полнота достижения поставленных целей, а значит, и снижение риска повторных суицидальных попыток.

Необходимо обеспечить постоянный и непрерывный контроль над больным человеком, чтобы уберечь его от самоубийства. От такого подопечного нельзя отходить ни днем, ни ночью, не давать ему укрываться

одеялом с головой, необходимо провожать его в туалет, ванную комнату и т.д. Надо тщательно осматривать его постель с целью выяснить, не припрятано ли в ней опасных предметов: осколков, железок, веревочек, лекарственных порошков.

Больной человек должен принимать лекарства обязательно в присутствии социального работника или медицинской сестры, чтобы он не мог припрятать и накопить лекарства с целью самоубийства; надо также осмотреть его одежду, не припрятал ли он здесь что ни будь опасное.

Если наступает заметное улучшение в состоянии подопечного, то, несмотря на это, бдительность при уходе за ним должна быть полностью сохранена. Такой больной человек в состоянии некоторого улучшения даже может быть еще более опасным для себя.

Табакокурение

Значительная часть взрослых людей больных шизофренией курят. Они чаще являются заядлыми курильщиками, нежели психиатрические пациенты с другими диагнозами.

Последствия курения известны. Так, среди больных людей с шизофренией высока смертность от пневмонии и кардиологических заболеваний. По причине неосторожного обращения с сигаретами (например, курение в постели), резко возрастает угроза пожаров.

Пристрастие к употреблению крепкого кофе

Больные люди с шизофренией отличаются пристрастием к кофеину. Некоторые пациенты могут выпить в день по тридцать и более чашек кофе. Есть случаи, когда они покупают растворимый кофе и едят его ложками.

Наблюдение за пациентами, потребляющими очень много кофеина, показало, что иногда симптоматика шизофрении у них ухудшается. Отчасти это может быть объяснено тем, что кофе и, особенно, чай влияют на усвоение антипсихотических препаратов.

Поэтому подопечному необходимо установить определенные пределы, например, пачка сигарет и четыре чашки кофе в день, но эти лимиты должны быть гибкими в зависимости от поведения. Сигареты и кофе для больного человека с шизофренией в отдельных случаях можно использовать как стимул для того, чтобы добиться от него желаемого поведения, например приема лекарств.

Поскольку курение и потребление кофе для больных людей с шизофренией являются желательным способом времяпровождения, следует с большой осторожностью лишать их этих удовольствий. Однако, в то же время требовать, чтобы они при курении соблюдали правила

безопасности (то есть курили не в палатах, а только в специально отведенных местах).

Алкоголь и наркотики

Угрожающей проблемой для больных людей с шизофренией является алкогольная и наркотическая зависимость. Степень пристрастия может варьировать — от отдельных эпизодов до непрерывных запоев или наркомании.

Главная причина в том, что потребление алкоголя и наркотиков вызывают у подопечного приятные ощущения и приподнятое настроение. Кроме того, выпивка и наркотический «кайф» иногда дают ему возможность общения, ту социальную среду, которой он часто бывает лишен.

Последствия алкоголизма и наркомании для больных шизофренией те же, что и для здоровых людей — разрушение семейных и дружеских связей, потеря работы, жилья, денежные долги, медицинские проблемы, аресты и судимости. У многих больных употребление алкоголя или наркотика может привести к непредсказуемым обострениям психоза, для устранения которых может потребоваться довольно много времени. Большое число таких больных людей становятся бездомными.

Имеющиеся сегодня результаты лечения пациентов с указанными пристрастиями нельзя признать удовлетворительным. Многие из них после проведенного лечения сохраняют свою зависимость. В некоторых случаях больным людям с шизофренией следует делать принудительные анализы на алкоголь и наркотики. Прежде всего, это относится к тем пациентам, которые при употреблении спиртного или наркотиков становятся агрессивными или впадают в беспокойство.

Важным элементом в разработке правильного плана лечения является осознание пациентом своей зависимости от алкоголя и/или наркотиков, понимание последствий, установление жестких лимитов их потребления и при необходимости — проведение принудительного лечения (часто на основе судебных постановлений).

Половая жизнь

Большая часть взрослых больных людей с шизофренией ведут половую жизнь, либо проявляют к ней определенный интерес. У которых из них бывает несколько партнеров.

Однако по сравнению со здоровыми людьми половая жизнь больных людей с шизофренией значительно осложнена.

Многим из них очень трудно добиться гармонии в интимных отношениях, особенно когда их сопровождает бред, постоянные слуховые

галлюцинации и др. В психиатрической литературе имеется рассказ одного пациента, живо описывавшего, как «в момент полового акта в его спальне ангелы и демоны советовали ему, что делать и чего не делать».

На их половую жизнь могут побочно влиять применяемые ими антипсихотические препараты - снижаются половое влечение или потенция у мужчин, возникают трудности в достижении оргазма, нарушается менструальный цикл у женщин и др. Эти побочные эффекты служат причиной того, что больные люди прекращают принимать антипсихотические средства, часто скрывая этот факт.

К сожалению, некоторые люди, не контролируя своё состояние, попросту уступают сексуальным домогательствам злоумышленникам. Обычно это относится к женщинам, но иногда может иметь значение и для мужчин, подвергающимся домогательствам со стороны гомосексуалистов. Прояснить эту проблему могут консультации с лечащим психиатром и/или обслуживающим персоналом того учреждения, где находится или лечится подопечный.

Женщинам, которые неосознанно вступают в половую связь, например, ради пачки сигарет или чашки кофе, семья и обслуживающий персонал должны помочь решить проблему этой зависимости, обеспечив их и тем, и другим в разумном количестве, так, чтобы у них не было необходимости заниматься продажей собственного тела.

Беременность

Актуальным вопросом для больных людей с шизофренией является предохранение от беременности. Наиболее надежным контрацептивом являются презервативы, но многие больные мужчины отказываются ими пользоваться. Некоторые женщины не хотят пользоваться контрацептивами по религиозным соображениям. Поэтому приблизительно у 30% больных шизофренией женщин встречается нежелательная беременность, которая чаще всего заканчивается абортом. Они менее склонны соблюдать рекомендации врачей по поведению в период беременности и следовать их инструкциям.

Как известно, во время беременности лучше всего вообще избегать приема медицинских препаратов, однако для больных людей с шизофренией это часто бывает невозможно. Желательно прекратить во время первых трех месяцев беременности прием антипсихотических препаратов, если это не приводит к обострению болезни. Если женщине требуется антипсихотическое средство, то его следует применять. Беременная женщина с острыми психотическими симптомами представляет опасность как для себя самой, так и для ребенка.

Фактор наследственной предрасположенности к шизофрении детей, родившихся от больных отца и матери, также имеет значение.

Кроме того, сразу же возникает необходимость в организации надлежащего ухода за новорожденным или маленьким ребенком. Не следует принимать антипсихотические препараты в период кормления ребенка грудью. Если это невозможно, то малыш переводится на искусственное вскармливание из бутылочки.

Все проблемные вопросы продолжения беременности, аборта и ухода за младенцем нужно своевременно и ответственно решать на совместных консультациях с членами семьи, психиатром, семейным врачом, акушером-гинекологом, педиатром, юристом, духовным наставником, работником службы социального обеспечения и др.

После подобной консультации достигается общее мнение, разрабатываются план и программа мероприятий. В результате разделяется груз ответственности за принятие решения, что существенно облегчает положение, как самого подопечного, так и его семьи.

Помощь в психологической поддержке

Больной человек с шизофренией через некоторое время — благодаря лечению или спонтанно — возвращается из психотического состояния к реальным переживаниям. Он с трудом включается в реальную жизнь, будучи не в состоянии отбросить опыт переживаний, приобретенный в болезненном состоянии.

Несмотря на то, что медикаментозное лечение является единственным главенствующим фактором в профилактике повторных обострений психических расстройств, к некоторому улучшению состояния пациента может привести психологическая поддержка больного человека.

Психологическая поддержка даёт подопечному ощущение дружбы, привязанности, придаёт ему силы, помогает вести более социально активный образ жизни. Больной человек точно так же нуждается в дружбе, как и другой здоровый человек. Однако для установления дружеских отношений ему приходится преодолевать такие барьеры, как симптомы своей болезни и расстройство деятельности головного мозга вследствие заболевания.

Для многих пациентов общение весьма затруднено, потому что они не понимают слов, не улавливают членение предложения на слова, не могут сконцентрироваться на одной мысли, так как она сразу «перескакивает» на что-либо другое, не знают, что говорить и т.п. Становится понятно, почему они теряются при общении и иногда стараются его избежать. Некоторые

больные люди ведут практически изолированное существование, другие живут довольно замкнуто, подолгу смотря телевизор.

Люди с шизофренией, испытывают непреодолимые трудности в налаживании межличностных отношений. Как правило, они доверяют только какой-то одной медицинской сестре или близкому родственнику (человеку). С другими людьми подобной стабильной связи уже нет и ожидать, что они механически перенесут к ним свое доверие нереально.

Известны случаи, когда член семьи (обычно мать) устраивается медицинской сестрой, санитаркой, раздатчицей или воспитателем в интернат, в котором находится их родственник. Поэтому психологическая поддержка для больных шизофренией эффективна только при условии, что медицинская сестра или обученный член семьи подопечного взаимодействуют с данным пациентом достаточно долго.

Нужно дать больному человеку надежду, что его жизнь не кончена, что она продолжается и может стать лучше. Медицинская сестра в беседах с пациентом делает основной упор на его настоящее и будущее, а не на прошлое, то есть на проблемы, с которыми сталкивается пациент в текущей реальной жизни.

Идеальной формой отношений пациента с людьми, которым он доверяет, является сотрудничество. Нельзя рассматривать больного человека с шизофренией как объект «лечебного процесса», которым нужно «руководить» и т.п. Эти люди могут выступать в роли главного советчика подопечного, просвещать относительно его заболевания, помогать в поиске пристанища и получении пособий, осуществлять транспортировку пациента в клинику в назначенные для обследования дни, обеспечивать его участие в тех или иных программах реабилитации и др.

Хороший психотерапевтический результат наблюдается в тех случаях, когда волонтеры - психически здоровые люди, берут шефство над больными шизофренией, причем у каждого добровольца один такой подшефный. Они ходят вместе за покупками, в кино, в рестораны, играют в шахматы и шашки, в общем, ведут «общение по интересам».

Эффективность такой работы во многом зависит от личности того, кто ею занимается.

Медицинская сестра и члены семьи больного человека должны доступно просвещать подопечного относительно его заболевания. Это еще один подход к делу помощи подопечному в установлении дружеских контактов.

Можно организовать, либо посещать уроки специального обучения в малых группах. Они помогают больному человеку получить представление

о социальных предрассудках, научиться правильно понимать выражения лиц и вникнуть во все сложные нюансы межличностных отношений. В подобной школе пациента с шизофренией должны быть инструкция для преподавателя, учебное пособие и раздаточный материал для пациента, рекомендации и видеокассета.

Еще одной возможностью облегчить вынужденную изоляцию больного является общение с домашними животными, которые иногда могут принести много радости и составить ему отличную компанию — так же, как любому здоровому человеку. Подопечному бывает легче выразить свои эмоции по отношению к животному, так что дома или в интернате имеет смысл разрешать иметь рядом любимую кошку или собаку. Особенно хороши в качестве друзей собака, которая его любит, невзирая на расстройства мышления или слуховые галлюцинации.

Хорошим способом удовлетворить потребность больных людей шизофренией в дружеских отношениях является организация групп «самопомощи» и участие в их работе. Желательно, чтобы такая группа имела жизнеутверждающее оптимистичное название типа «Выздоровление в наших руках». Здесь каждый член группы может быть «самим собой». Однако следует сразу пресекать всякие попытки самолечения, опасные настроения против психиатрии вообще и недобровольной госпитализации в частности, неконструктивное отрицание шизофрении как заболевания головного мозга и т.п.

Помощь в общении и поддержании позитивного диалога

Медицинской сестре и близким людям, вступая с больным человеком в эмоциональный контакт, следует держаться как можно более естественно. Подопечный всегда высоко ценит то, что они доброжелательны, уважают его, видят в нем личность, имеющую чувство собственного достоинства, пусть и с заболеванием головного мозга. В то же время, он в категорической форме будет отказываться от общения с теми, кто ведет себя с ним пренебрежительно, свысока, постоянно напоминая о болезненном состоянии.

Общаясь с подопечным, нужно считаться с его «эмоциональной глухотой» и не воспринимать её как проявление неприятия, неуважения и пренебрежения. В силу своего заболевания, он с большим трудом может выражать эмоции. Часто больной человек общается очень холодно и отстраненно даже с самыми близкими ему людьми. Затруднения в общении с больным человеком с шизофренией часто вызываются его неспособностью к нормальному диалогу.

Многим пациентам нравится находиться в окружении людей, но они не любят вступать с ними в непосредственный контакт. Они осознают и понимают то, о чем говорят вокруг, но они не способны принять участие в беседе. Они сидят в полном молчании или что-то бормочут себе под нос.

Не следует препятствовать, если подопечный «уходит в себя». Важно признать необходимость для него «побыть в своем мирке», даже если он не может это выразить вслух. Например, подопечный по многу дней не выходит из своей комнаты, отправляясь поест лишь по ночам. Обычно это не предвестник иных симптомов рецидива заболевания, а естественная потребность больного человека вести себя соответствующим образом.

В таком случае нужно оставить больного человека наедине с самим собой и не настаивать, чтобы он выходил из спальни и принимал участие в общении. Такой «уход в себя» не требует срочной консультации лечащего врача-психиатра, а является одним из способов самостоятельно разобраться с царящим в голове хаосом. Однако медицинская сестра и близкие подопечному люди всегда должны были готовы прийти ему на помощь, когда потребуется их поддержка, когда он попытается с нами заговорить.

С больным человеком нужно разговаривать медленно, простыми краткими фразами, ясно и недвусмысленно. При этом нужно внимательно на него смотреть. Это обусловлено тем, что его мозг может обработать только сигнал

Помощь при самообслуживании

При работе с больным человеком, особенно подростком либо молодым человеком, нужно периодически определяться со степенью его самостоятельности, с которой он в состоянии справиться.

Самостоятельные действия, делегируемые подопечному, желательно увеличивать постепенно, шаг за шагом. Например, он хочет возвращаться из дневного стационара самостоятельно. Тогда ему можно пообещать, что так и будет, когда он докажет, что знает маршруты автобусов и в течение двух недель не будет, уходя, забывать запираť входные двери на ключ.

Очень важно научить подопечного самостоятельно распоряжаться личными деньгами. Вначале он может наивно полагать, что имеет право тратить их по собственному усмотрению. Бывает так, что больной человек не в состоянии контролировать свои траты, он готов раздать все свои деньги незнакомым людям.

Ему следует напоминать, что его бюджет должен покрывать затраты, например, на одежду и еду, а не только на сигареты и кофе. Одновременно

с этим молодой человек должен уметь самостоятельно посещать магазины и совершать различные покупки.

Результат обучения подопечного нередко просто поразителен. Так, две-три недели назад он с трудом мог самостоятельно одеться, а сегодня уже самостоятельно ездит на автобусе и разумно тратит свои деньги.

Предоставление подопечному некоторой финансовой самостоятельности можно увязать с другими аспектами его поведения. Так, например, он не моется несколько недель подряд. В таком случае ему можно пообещать увеличить сумму карманных расходов, если он начнет хотя бы принимать душ без напоминания. Аналогичным образом может поощряться и успешное выполнение домашних обязанностей.

Помощь при организации лечебно-охранительного режима

Больной человек, как правило, нуждается в лечебно-охранительном режиме, связанном с социальными контактами. У подопечного имеются затруднения с восприятием и обработкой поступающих в мозг внешних раздражителей, он не всегда может понять, что ему говорят и чего от него ожидают.

Поэтому нужно сократить до минимума количество проходящих мероприятий и участвующих в них посторонних людей. Часто подопечный может безболезненно выдержать одного посетителя, но несколько человек для него уже может стать непосильной нагрузкой на его психику. Точно так же не стоит куда-либо брать его с собой, если предполагается, что будет много народа.

Больному человеку, где бы он ни проживал, важно обеспечить две вещи — возможность уединения и четкий распорядок дня.

Подопечному нужна своя отдельная комната или свое определенное спокойное тихое место в общей комнате за ширмой или легкой перегородкой, где ему можно было бы уединиться.

Четко установленный распорядок дня чрезвычайно полезен подопечному даже в самые трудные дни. Это придает однообразной жизни больного человека определенный ритм, делает её предсказуемой и вместе с тем создает ощущение хода времени.

Помощь в трудовой деятельности

Трудовая деятельность больного человека с шизофренией имеет главенствующее значение в его медико-социальной адаптации и реабилитации.

- ✓ Во-первых, в процессе работы он успешно контролирует симптомы своего заболевания. Сам факт занятости дает понятие о режиме дня,

заставляет утром подняться с постели и приступить к своим ежедневным обязанностям.

- ✓ Во-вторых, значительно повышается его самооценка, появляется устойчивое ощущение себя как личности.
- ✓ В-третьих, сам факт того, что он работает, предоставляет ему возможность равноправных социальных контактов. Совместное проживание больных людей с шизофренией с другими членами семьи становится более полезным и гармоничным.
- ✓ В-четвертых, работа дает дополнительный доход, что улучшает его материальное положение.

В области трудовой реабилитации больных людей с шизофренией можно выделить несколько этапов как самостоятельных форм, переходящих от одной к другой.

1.Трудовая занятость. Это занятие нерегламентированной трудовой деятельностью, в частности хозяйственно-бытовым трудом. Она является несложным способом адаптации в новых условиях.

Эта форма трудовой реабилитации на начальной стадии может быть единственно возможной, максимально достижимой в связи с еще довольно низким уровнем трудовых возможностей. У довольно большого числа больных людей шизофренией наблюдаются остаточные нарушения в виде расстройства мышления и слуховых галлюцинаций, иногда настолько острые, что это делает невозможным их полноценную занятость.

Однако уборку, мытье посуды, вынос мусора, кормление собаки, прополку грядок и т.п. можно смело поручить такому больному человеку.

Близкие люди или сердобольные сотрудники интерната, находясь сами в состоянии стигмирования, часто боятся что-либо доверять ему, опасаясь возможного стресса и его влияния на усиление симптоматики заболевания. Этим нередко пользуются ленивые подопечные с выраженной степенью иждивенчества. Они умело используют эту боязнь в своих интересах, симулируя при необходимости обострение своих симптомов.

Привлечение к выполнению хозяйственно-бытовых обязанностей никоим образом не ухудшает их состояние, напротив, оно широко практикуется в различных реабилитационных программах.

2.Трудовая терапия. Она имеет целью восстановить психофизиологические функции организма, трудовые и профессиональные навыки, воздействовать на личностно-психологическую сферу больного человека.

В процессе трудовой терапии нагрузки дозируются и имеют тренирующий характер. Трудовой процесс управляется и контролируется,

что способствует развитию реабилитационного потенциала подопечного. Многие пациенты успешно занимаются шитьем, огородничеством и цветоводством, столярничают, ведут домашнее хозяйство, работают на кухне и т.п.

Трудовая терапия может быть единственной, либо предшествовать трудовому обучению с учетом потенциальных возможностей подопечного, выявленных в ходе трудовой терапии.

3. Трудовое обучение. Это обучение навыкам, элементарным профессиям. Оно преследует цели развития не только интеллекта (при умственной отсталости), но и моторики. В процессе трудового обучения приобретается профессия, формируется личность, корректируются эмоциональная сфера и поведение, создаются предпосылки к интеграции подопечного в социум.

4. Трудоустройство как конечный этап трудовой реабилитации является отражением высокого уровня овладения профессией, когда клинический статус и функциональные возможности человека с шизофренией находятся в соответствии с характером и условиями труда, что позволяет определить конкретную организационно-правовую форму участия в труде.

Для больного человека с шизофренией лучшим прогностическим показателем возможности дальнейшей работы является его работа на предыдущем месте. Человеку, который заболел, уже проработав какое-то время, бывает легче найти работу, чем тому, кто заболел, не имея трудового стажа.

Помощь в культурно-творческом времяпровождении

Больному человеку с шизофренией как никому другому необходим лечебно-оздоровительный досуг, который должен доставлять ему истинное удовольствие. Во время заболевания ему будет в радость любое посильное и интересное времяпровождение.

Тому, кто организует просмотр телевизионных программ нужно знать, например, что понять сюжетные фильмы подопечный не всегда в состоянии. Ему, как правило, нравится смотреть по телевизору простые мультфильмы, «Клуб путешественников» и т.п. Из спортивных репортажей бокс воспринимается легче, чем баскетбол или футбол. Из зрелищ лучше всего подойдет цирк или балет на льду, тогда как драматический спектакль может вообще не восприниматься.

Некоторые больные люди с шизофренией отдают предпочтение общению с природой. С их слов это позволяет им воспринимать мир не

как «чуждое и разрозненное нагромождение вещей», а как «растущее и живое целое».

Помощь в смягчении психоэмоциональных и психических расстройств

Многие близкие люди, с которыми проживает подопечный, ошибочно считают, будто все проявления его нежелательного или неадекватного поведения вызваны шизофренией. На самом же деле многие недостатки подопечного, отклоняющиеся от установленной нормы, обусловлены не болезнью, а его характером, воспитанием и другими жизненными обстоятельствами. У больного человека так же, как это бывает и со здоровыми людьми, могут быть плохие и хорошие дни.

Поэтому нужно заранее тщательно обдумывать, что именно сделать, как управлять ситуацией. Главное не реагировать на возражения с его стороны. Например, спокойно и твердо сказать: «Ты должен быть готовым к. восьми утра», после чего выжидающе стоять, подать пальто и отворять дверь.

Медицинская сестра и близкое окружение подопечного должны распространять вокруг себя атмосферу спокойствия и уверенности при любой его неожиданной реакции, какой бы странной она ни была. Если, например, однажды утром слуховые галлюцинации у него усиливаются, нужно принять это как факт, заявив вслух: «Жаль, что сегодня тебя больше беспокоят эти «голоса». Тогда уверенность и спокойствие передаются больному человеку, что способствует погашению вспышкам агрессии и бреда.

Никогда не следует вступать в споры с больным человеком, особенно когда он находился в состоянии обострения психоза. Если относиться к бреду с подопечного с сарказмом, либо пытаться убедить его в несостоятельности бредовых идей, то это часто заканчивается непониманием и раздражением.

Лучше просто выразить свое с ним несогласие. В ответ на утверждение, что «там под кроватью змеи», можно ответить примерно так: «Я знаю, ты убежден, что там змеи, но я ни одной из них не видела и очень сомневаюсь, что они там есть», а не запелляционно заявлять: «Никаких змей там нет». Или сказать: «Я знаю, у тебя есть какие-то причины считать, что там есть змеи, но мне кажется, что это вызвано твоей болезнью, неправильной работой твоего мозга».

Можно предложить больному человеку выражать свои бредовые идеи только близким людям и членам семьи. Надо открыто и доброжелательно объяснить ему, что в общественных местах разговоры о «голосах», «змеях

под кроватью» и т.п. производят шокирующее впечатление на окружающих здоровых людей.

Помощь в питании и кормлении

Порядок приема пищи у больного человека нередко нарушается без видимой на то причины. Он может отказаться от еды в установленное время, а затем через два-три часа у него неожиданно возникает острое чувство голода.

На этот случай нужно всегда иметь наготове оставленную порцию пищи для разогрева, полуфабрикаты, из которых можно что-нибудь быстро приготовить, йогурт, сыр, холодное мясо и так далее, на столе — фрукты. Совсем не обязательно придерживаться назначенного заранее времени.

Поддержание физической формы больного при снижении физической активности

Спортивные занятия и физические упражнения помогают на некоторое время сохранить существующие физические и умственные способности больного. Характер и объем нагрузок нужно согласовать со специалистом по лечебной физкультуре.

Так, если до болезни человек любил посещать бассейн или спортивный зал, работать в саду или на даче, ему может доставить удовольствие использование сохранившихся навыков. По мере прогрессирования заболевания способности и интересы больного могут меняться. Поэтому, осуществляя уход, важно внимательно наблюдать за больным и вносить коррективы в характер и содержание его занятий.

Реабилитации при деменции, в том числе при болезни Альцгеймера.

Понятие о деменции.

Деменция, в том числе болезнь Альцгеймера — дегенеративное заболевание головного мозга пожилых людей, главным проявлением которого является постепенно прогрессирующее слабоумие. Эмоциональная сфера и личность распадаются. У больных отмечается утрата двигательных навыков, приобретенных ранее практических умений и усвоенных знаний, в том числе при выполнении простейших действий, связанных с гигиеной и приемом пищи.

Почти 95% пациентов с деменцией проживают в семьях. В связи с этим особую значимость приобретают проблемы адаптации такого человека к условиям проживания в семье и его реабилитации в амбулаторных условиях.

Болезнь Альцгеймера является наиболее распространенной формой возрастного слабоумия и на ее долю приходится не менее 55-60% случаев

деменции у пожилых людей. Для человека, достигшего 65-летнего возраста, суммарный риск заболеть этим расстройством примерно такой же, как и риск возникновения инфаркта миокарда. Считается, что распространенность болезни Альцгеймера среди населения в целом составляет 1-1,5%, среди лиц старше 65 лет - не менее 5%, а среди наиболее пожилых (80-89 лет) - около 11%.

Второе место занимает *сосудистая деменция*. Это ступенчато нарастающее снижение интеллекта и психофизиологических функций вследствие повторяющихся нарушений мозгового кровообращения, преимущественно в мелких и средних сосудах, и следующих за ними повреждений вещества мозга.

Реже в качестве причин деменции выступают какие-либо новообразования, развивающиеся непосредственно в головном мозге, черепно-мозговые травмы, заболевания нервной системы и др.

В старческом возрасте преобладает *сенильная деменция* (именно эту патологию принято определять как старческий маразм).

К сожалению, усилия медицинской науки и практики пока малоэффективны перед тяжелыми формами деменции. Лекарственные препараты, в том числе нейролептики и седативные средства, используются только как вспомогательное средство в строгом соответствии с показанием к их назначению. Назначение психотропных препаратов производится только в случае галлюцинаций и бессонницы.

Все большую поддержку находит мнение специалистов о том, что нефармакологические методы лечения должны занимать первое место в работе с больными деменцией. Специальный уход и применение мер терапии, ориентированных на подавление симптоматики, позволяет серьезно облегчить состояние больного человека. Во многом это также связано с качественным лечением сопутствующих заболеваний (особенно при сосудистой деменции), таких как атеросклероз, артериальная гипертензия, сахарный диабет и др.

Улучшить состояние больного человека и предотвратить эмоциональное выгорание родственников, которые за ним ухаживают, можно только научившись с ней жить. Близость смерти родного человека с деменцией разрушает у них иллюзию собственной неуязвимости, что может привести к тревожным расстройствам, депрессии и психосоматическим заболеваниям.

Заболевание развивается медленно и непрерывно: пожилой человек начинает забывать, прежде всего, самые последние события, затем он последовательно теряет из памяти прошедшие годы.

В норме мозг сохраняет все периоды нашей жизни – от рождения до самой смерти. При деменции он как «открытая ёмкость с накопленной памятью» переворачивается, и содержимое слой за слоем начинает безвозвратно высыпаться. Недавние события не запоминаются вовсе, а те, что произошли раньше и оставшиеся в долговременной памяти, постепенно «стираются», причем от конца к началу. Словно разматывается старая киноплёнка, причем «просмотренные» кадры исчезают навсегда.

Поэтому бывают случаи, когда, например, старик спрашивает у своих детей о какой-то Марии, но про которую они не имеют никакого понятия: «Где моя Мария, мы же с ней вчера ели мороженное?» Он только о ней говорит, только её и ждёт. Это было до их матери, которая уже «высыпалась» из его «емкости памяти» и больше её там нет. Была у него когда-то в юности любовь, и снова переживая отрезок жизни связанный с ней, он мыслит теми событиями. Про жену забыл, детей не узнаёт, а про Марию, с которой он ел мороженное в кафе – помнит. Даже то, как им шоколад сверху в розетки натёрли.

Но потом и Мария «высыплется» из его «емкости памяти». Последними в его памяти как у младенца останутся мама и папа.

Поэтому родственники, ухаживающие за больным человеком должны знать, что он не осознает ни происходящих с ним изменений, ни собственной болезни.

Как чувствует своё окружение и реагирует на него больной человек с деменцией? Для этого достаточно представить себе, что мы проснулись в незнакомом месте, где «все другое – люди, вещи, стены...». Рядом какие-то незнакомые личности, с навязчивой и неприятной настойчивостью называющие себя нашими родственниками, хотя точно знаем, что впервые в жизни этих людей видим. Причем эти странные личности почему-то считают себя вправе указывать нам, что делать, что надеть, когда мыться и что поесть. Или вообще не кормят. На самом деле, из-за того, что текущие события не запоминаются, на поздних стадиях болезни пациент просто не помнит, что недавно ел. Но он этого не осознает.

Мы хотим домой, ищем дверь – но нас не пускают. По-прежнему нас уверяя, что на самом деле мы находимся в кругу любящих родных людей. И даже зеркало над нами издевается: вместо юной красивой девушки или ладного крепкого мужчины показывая старого морщинистого субъекта. Или вовсе в комнате какой-то чужой человек, который над нами издевается, передразнивая каждый жест. Пациент часто пугается зеркал, не узнает себя, считая, что в комнате находится чужой злой человек.

Вот тогда можно понять его испуг, либо активный отказ от непрошеной заботы каких-то самозванцев, безудержное желание убежать домой к любимым родителям и т.п.

Пациент с деменцией, живет в мире неизвестности и ненадежности. Он постоянно ищет вещи, может заблудиться в собственной квартире и путешествует бесцельно в пределах и за пределами квартиры, так как не узнает предметы и не может быстро перестроиться и переключиться. Он незащищен в чужом мире — и это вызывает у него страх. Даже если уже несколько раз объяснить подопечному, что он находится в собственной квартире или доме, он не может сохранять эту информацию длительно: некоторое время спустя он снова спросит, когда он может идти домой. Жизнь больного человека определяют разные по форме страхи:

- ✓ перед взломщиками, нападением или силой (насилием),
- ✓ перед изолированностью,
- ✓ перед опекой,
- ✓ перед беспомощностью,
- ✓ перед всем новым и неизвестным,
- ✓ быть обузой для других,
- ✓ страхи, вызванные истинными галлюцинациями.

Родственник может наблюдать у больного пожилого человека разнообразные признаки деменции.

- ✓ **Дезориентация** - нарушение ориентации во временном пространстве и в масштабах ориентации на месте.
- ✓ **Изменение личности** - черты, свойственные личности, усиливаются (энергичные и жизнерадостные люди становятся беспокойными и суевливыми, а люди бережливые и аккуратные – жадными).
- ✓ **Изменение поведения** - усиление эгоизма, исчезновение отзывчивости и чуткости относительно окружения, подозрительность, конфликтность, обидчивость, сексуальная расторможенность, бродяжничество, собирание различного хлама и т.п. Часть больных, наоборот, становятся крайне пассивными, они утрачивают интерес к общению. Неопрятность сочетается с нежеланием самообслуживания (гигиена и пр.), с нечистоплотностью и в целом отсутствием реакции на присутствие людей рядом с собой.
- ✓ **Нарушение концентрации внимания** - утрата способности к реагированию на несколько актуальных стимулов сразу, а также утрату способности к переключению внимания от одной темы к другой.
- ✓ **Нарушение мышления** - замедленность темпа мышления, а также снижение способности к логическому мышлению и абстрагированию.

Больные утрачивают способность к обобщению и решению задач. Возможно появление заблуждений и бредовых идей, зачастую с нелепым и примитивным их содержанием. Человек, страдающий деменцией, может обвинять других в воровстве или лжи. Например, «украдена норковая шуба», которой у больной никогда не было, «неверность супруги (а)» и т.п. Иногда заблуждения связаны с прошлым человека, факты смешиваются с вымыслом.

- ✓ **Понижение критического отношения**, как к самому себе, так и к окружающим. Стрессовые ситуации нередко приводят к появлению острых форм тревожно-депрессивных расстройств, определяемых как «катастрофическая реакция». Это бурная реакция в ответ на, казалось бы, незначительное событие. Она может возникнуть, если кто-то начнет оспаривать заблуждение или галлюцинацию. Катастрофические реакции порой происходят, когда пациент плохо себя чувствует, когда его торопят (возможно, он не вполне понимает, о чем его просят) или он вынужден думать одновременно о слишком многих вещах.
- ✓ **Нарушение памяти** - как кратковременной, так и долговременной, помимо этого не исключаются ложные воспоминания (конфабуляции).
- ✓ **Нарушение речи** (афазия) - утрачивается способность к использованию фраз и слов в качестве средств для выражения собственных мыслей, что обуславливается поражением головного мозга в определенных участках его коры.
- ✓ **Расстройство тактильного, слухового, зрительного восприятия** с одновременным сохранением сознания и чувствительности – агнозия.
- ✓ **Расстройства восприятия**. По мере прогрессирования заболевания у пациента могут возникать галлюцинации и мании. Реакции на галлюцинации бывают разными — от удовлетворения (видит любимую кошку, жившую 30 лет назад) до ужаса (слышит в соседней комнате крики убиваемых в ней детей).
- ✓ **Утрата приобретенных ранее навыков** (апраксия), которые формировались на протяжении многих лет (речевые, бытовые, двигательные, профессиональные).
- ✓ **Эмоциональная неустойчивость** - депрессивные состояния в сочетании с раздражительностью и тревожностью, злоба, агрессия, плаксивость или, наоборот, полное отсутствие эмоций по отношению ко всему, что окружает. Больной человек, страдающий деменцией, нередко бывает раздражительным, крайне нетерпеливым. Он может скандалить, бросать предметы. Однако такое поведение говорит лишь о том, что он не понимает текущую ситуацию. Беспокойство больного

может также быть вызвано неуверенностью в том, как себя «следует» вести. Возможно, это происходит из-за того, что он чувствует нервозность окружающих его людей.

В общем варианте течения деменция может быть легкой, умеренной или тяжелой.

В состоянии *легкой деменции* у больных ослабляется интерес к условиям внешнего мира, в результате чего они отказываются от увлечений и привычных вариантов проведения свободного времени. Признаки болезни заметны только близким больному людям. Нарушения проявляются невозможностью концентрироваться, быстрым умственным истощением, вялостью, снижением общей мотивации и интереса к окружающему. Прежде всего, страдает память на текущие события, характерна быстрая смена эмоциональных состояний. Больной человек еще может относительно самостоятельно справляться со своими повседневными делами, хотя часто ему приходится пользоваться вспомогательными средствами, таким как памятки.

Умеренная деменция характеризуется более выраженными нарушениями памяти и значительным ограничением способности ориентироваться в пространстве. Больные могут заблудиться в привычной для них местности. Они становятся раздражительными, агрессивными или наоборот апатичными. Страдает умственная деятельность, выполнение сложных комплексных задач становится невозможным. Человек начинает пренебрегать домашним хозяйством, собственным питанием и уходом за собой.

На стадии *тяжелой деменции* подопечный полностью зависит от опеки окружающих. Отмечаются резко выраженная потеря массы тела, мышц и мышечной силы. Это объясняется недостаточным потреблением пищи и обездвиженностью.

Характерны нарушения равновесия и ходьбы, которые проявляются замедлением походки, укорочением и неравномерностью шага, затруднением в начале движений, неустойчивостью при поворотах, потребностью в увеличении площади опоры. В этих условиях нередки падения, которые могут приводить как к летальному исходу, так и к серьезным повреждениям (переломы костей таза, шейки бедра, тел позвонков, черепа).

Нарушаются функции мочевого пузыря и кишечника. Недержание мочи — распространенное явление, которое само по себе угрожает целостности кожи, вызывая чувство дискомфорта. Запор, который иногда может приводить к задержке или к недержанию мочи вследствие

переполнения мочевого пузыря, возникает или при плохом питании, или при недостаточном употреблении жидкости, или в случае, когда лекарственный препарат замедляет время прохождения содержимого через кишечник.

Обездвиженность и снижение ощущения позывов на стул еще больше усугубляют проблему. Как следствие, возникает чувство дискомфорта, боль или интоксикация. У человека может усиливаться состояние спутанности или возбуждения. Типичный признак запора — стремление наклоняться в сторону.

Пожилые люди с тяжелой деменцией уязвимы в отношении инфекций. Пневмония остается распространенной причиной их смерти.

По мере усугубления деменции возникает несколько проблем с кормлением подопечного. Ухудшается аппетит и исчезает ощущение удовольствия от пищи, утрачиваются чувство голода, и потребность в регулярном приеме пищи. Все более заметным становится нарушение последовательности глотательных движений.

Людей с тяжелой деменцией нельзя отстранять от психологической помощи. Когда они становятся неподвижными, полностью зависимыми и лишаются речи, многие думают, что они нуждаются только в физическом уходе. Любая смена обстановки у больных с деменцией может вести к ухудшению состояния (возникновению тревоги, депрессивных симптомов, манифестации бредовых идей или состоянию спутанности).

Родственник должен быть уверен в необходимости общения с подопечным в кратковременные периоды его вменяемости, поскольку он постоянно находится в состоянии психологического дискомфорта. Установлено, что люди с нарушениями в психической сфере нуждаются в душевной поддержке, которая помогает им выдержать страшную болезнь.

Построение бытового пространства

Даже в тех случаях, когда старый человек, страдающий деменцией, обеспечен должным уходом, его жилая среда не всегда является миролюбивой и дружественной к нему.

Обустроить благоприятное и безопасное бытовое пространство можно с помощью следующих рекомендаций.

- ✓ Позаботиться о создании в доме ненапряженной и доверительной атмосферы с помощью картин (фотографий), музыки, ароматов из молодости больного человека. Знакомые предметы, фотографии, музыка, запахи дают ощущение безопасности и вызывают приятные воспоминания.

Отрицательно воздействует на дементного человека красный или розовый цвет, он вызывает чувство угрозы. В помещении, где находится подопечный, не должен присутствовать черный цвет. Он вызывает ужас. Поэтому не следует использовать этот цвет с целью отстранить дементного человека от розеток, дверей, вещей.

Положительно влияет синий цвет. Он успокаивает. Если мы хотим восстановить хороший сон, лучше использовать голубой цвет. Желтый цвет стимулирует умственную деятельность. Зеленый умиротворяет, успокаивает, появляется чувство уверенности и защищенности.

Дементному больному человеку нужен бестеневой, верхний *свет*. Из-за теней, которые возникают при боковом свете, у дементных могут возникать образы, неприятные воспоминания, галлюцинации. Поэтому на ночь не стоит оставлять включенный ночник, это может стать причиной нарушения сна.

Ароматы являются важным элементом пространства. У каждого человека есть свои любимые запахи. Хорошо, если подопечного будут окружать знакомые запахи, они будут его успокаивать и улучшать состояние. Если вы не знаете, какие запахи нравятся подопечному, то можно прибегнуть к ароматерапии и использовать запах хвои, лаванды, корицы и т. д. Немаловажную роль играют *звуки*. Для дементного человека подходят тихие, успокаивающие звуки падающей воды, пения птиц, шум моря и т. д.

- ✓ Помочь в ориентировании внутри квартиры с помощью вывесок-указателей (лучше, если они будут в виде картинок).
- ✓ Избегать инноваций (новая мебель, обои, телефон, телевизор и др.).
- ✓ Исключить психотравмирующую ситуацию, связанную с переменой места жительства.
- ✓ Постараться уменьшить шум в помещении. Некоторые пациенты не в состоянии сами осознать и сказать, что радио, музыка и телепередачи их утомляют.
- ✓ Следует держать комнаты хорошо освещенными, чтобы уменьшить тени. Нужно убедить подопечного простым объяснением, что шторы качаются от ветра, что громкий звук – не что иное, как пролетевший самолет или вой сирены.
- ✓ Хранить домашние вещи и мебель в одном месте.
- ✓ Сделать мебель и занавески по возможности яркими, но без узоров.
- ✓ Выделить ярким цветом или крупными наклейками двери в ванную и туалет – так больному человеку будет легче их запомнить.

- ✓ Четко выделить посуду без мелких узоров, которые часто «пугают» больных, вызывая зрительные иллюзии.
- ✓ Если больной человек нервничает от вида зеркал завесить их, либо убрать.
- ✓ Особый элемент нашего пространства – *телевизор*. Если человек до деменции любил смотреть телевизор, засыпал под него, то оставляйте его включенным. Если такого подопечного телевизор успокаивает, то сделать так, чтобы видеоряд и звуковое сопровождение не требовало постоянного длительного внимания. Например, подойдут ролики с пейзажами под музыку. Если же телевизор его раздражает или пугает – убрать его из комнаты.

Общение и поддержка позитивного диалога

С развитием болезни общение между ухаживающим родственником и больным человеком может становиться все труднее. В этом случае рекомендуются следующие условия для позитивного (дружелюбного) и конструктивного диалога.

Обращаться к больному старому человеку непосредственно по имени. Например, «здравствуй, Саша!». Слова «Вы» или «Мы» ему малопонятны. Вместо «Мы пойдем купаться», лучше сказать «Ты идешь купаться, я сопровождаю тебя».

Важно овладеть вниманием подопечного. Надо учитывать, что больной человек не способен длительно концентрировать внимание. Предел его возможностей - 15-20 минут. Для этого нужно ограничить воздействие факторов, отвлекающих внимание и посторонних шумов – выключить радио или телевизор, задернуть шторы или наглухо закрыть дверь, перейти в более тихое место. Если мы хотим поговорить о чем-то важном, делать это лучше всего в утренние часы. Как показывает опыт, именно в это время больные люди наиболее внимательны. Обязательно поддерживать зрительный контакт и держать подопечного за руку во время разговора – это поможет наладить тесную связь во время диалога. Не перебивать, когда больной человек говорит.

Говорить медленно и отчетливо. Составлять короткие предложения, несущие как можно больше информации. Например: «Доброе утро. Меня зовут Марина». Родства лучше не упоминать, так как подопечный может не поверить: «Это ты-то моя дочь? Такая старая и врешь?!». Формулировать предложения надо таким образом, чтобы самая важная информация шла в начале предложения. Пример: «Ты хочешь *сегодня или завтра* (очевидно второстепенная информация)... пойти погулять?». Лучше: «Ты хочешь *погулять* сегодня или завтра?».

Исключить пословицы, иронии или переносные значения — подопечный их не поймет. Учитывать тот факт, что слова и понятия, используемые пожилыми людьми, отличаются от тех, которые использует молодое поколение. Указание «Расслабься!» может многих поставить в тупик. Вместо этого лучше использовать фразу «Ничего страшного» или «Не обращай внимания». Определенные слова, могут невольно вызвать у подопечного протест или вызвать стресс. Например, это могут быть слова, к которым больной человек испытывает личную неприязнь (например, «деньги» или «больница»).

При общении используются только простые слова и предложения. Говорить надо медленно, четко, ободряющим тоном, не повышая тембр или громкость голоса. Если больной с первого раза не воспринимает адресованную ему информацию, нужно повторить сообщение, используя те же слова или перефразируя вопрос.

Вопросы должны ставиться в очень простой форме, и родственник должен быть готов ждать ответа в течение какого-то времени. Важно не продолжать задавать вопросы, если ответ не получен немедленно.

Задавать простой вопрос, на который легко ответить. Лучше всего такой, на который можно ответить «да» или «нет». Не задавать сложные вопросы или предоставлять слишком широкий выбор. Например - не предлагать ему чай, кофе, какао и молоко одновременно. А просто спросить: «Ты будешь чай или кофе?». Еще проще: «Чай будешь?», «Кофе будешь?». Лучше без слов продемонстрировать варианты выбора — визуальные сигналы также помогают пояснить Ваш вопрос и стимулировать ответную реакцию больного. Если подопечный затрудняется с ответом, можно дать ему подсказку.

Если родственник начинает разговор, то будет это делать с учетом того, что подопечный может думать лишь очень медленно и концентрироваться только на одной мысли в данный момент времени.

Если больной человек не может ответить на вопрос, надо терпеливо и без раздражения повторить его, используя те же слова. Он обрабатывает информацию медленнее и для ответа ему требуется больше времени. Новая формулировка вопроса скорее собьет его с толку, нежели поможет.

Задав вопрос, никогда не торопить больного человека с ответом. Дать время отреагировать на обращение, имея при этом в виду, что речь идет о минутах, а не о секундах. Надо сохранять спокойствие и терпение, чтобы не смущать собеседника. Не задавать ему других вопросов, в то время когда он обдумывает первый вопрос. Если он трудится над ответом, естественно дать ему подсказку, помочь вспомнить конкретные данные,

касающиеся времени, даты, места и имен. Пациент чувствуют себя уверенней, когда он слышит нужные слова от нас, вместо того, чтобы длительное время безрезультатно отыскивать их в своей памяти

Установить зрительный контакт — лучше всего на высоте уровня глаз и быть доброжелательным. При разговоре смотреть больному человеку в лицо, он вам ответит тем же. Зачастую приходится наклониться, чтобы заглянуть в его глаза. Если он сидит, присесть тоже для установления зрительного контакта. Надо посмотреть на окружающий мир его глазами. Может оказаться, что подопечный давно не видел лица своего родственника, он видит только его ноги. То есть на самом деле он понятия не имеет, кто стоит перед ним.

Следить за тем, чтобы старый человек мог нас хорошо видеть и слышать. Убедиться в том, что пациент использует имеющиеся у него вспомогательные средства общения (очки, слуховой аппарат). Регулярно проверять настройки слухового аппарата. Если мы разговариваем с больным человеком, когда он лежит в постели, он должен иметь возможность нас видеть. Спросить у него, хорошо ли он нас видит и слышит. Если он плохо слышит одним ухом, сесть с той стороны, которая лучше слышит.

Спорить с подопечным абсолютно бесполезно, к тому же это отнимает много сил у обоих. Например, если мы нашли очки в холодильнике, надо без замечаний переложить их на правильное место. Больной человек все равно забудет, что мы показали ему должное место. Или он настаивает на том, чтобы спать на полу — надо положить надувной матрас на пол и сделать его спальное место комфортным. Вступая в спор и пререкания с нами, подопечный чувствует себя еще растеряней и беспомощней, от этого возрастает и его агрессия, он старается доказать свою правоту. Важно помнить, что мы можем изменить наше поведение или физическую среду. Перемена нашего собственного поведения часто приводит к перемене в поведении больного человека.

Родственник не должен убеждать подопечного в неправоте или во лжи, так как он искаженно видит окружающую действительность, вспоминает вещи, которые никогда не имели места в реальной жизни. Следует концентрировать своё внимание только на чувствах, которые он выражает — они истинны - и отвечать словесным и физическим выражением поддержки через прикосновение, рукопожатие, объятие и похвалу.

Успокоить подопечного, разговаривая с ним дружелюбно. Например, «Я тотчас же вернусь!» или «С твоим внуком все в порядке, ты не должен волноваться».

Также может помочь отвлечение внимания или смена занятия. Порученная подопечному работа, как, например, складывание белья, поможет ему почувствовать себя нужным и полезным.

Больной с деменцией часто не способен к вербальному общению, поэтому родственник старается передать ему знаки своего уважения и заботы о нем невербальными средствами. Например, проводить с ним время, не требуя от него поддержания беседы, а просто сидеть с ним, выражая свое участие прикосновениями.

Наше поведение и язык тела более понятны больному человеку, чем наши слова. Поэтому следует разговаривать с подопечным в приятном и вежливом тоне, используя мимику, тембр голоса и телесные контакты для передачи информации и нежных чувств. Можно обнять его, погладить иной раз по голове, взять за руку. Тактильная близость дает ощущение надежности и безопасности.

Надо научиться понимать невербальные сигналы конкретного пациента. Чем дальше будет прогрессировать болезнь, тем менее членораздельной будет становиться речь, а со временем и все общение станет невербальным. Учиться видеть символизм в поведении больного человека. Возбужденное состояние или стягивание с себя одежды может означать, например, потребность посетить туалет.

Родственник внимательно следит за невербальными знаками и языком тела подопечного. Например, для некоторых людей, является обычным осознавать внутреннюю потребность совершить мочеиспускание, но они утрачивают способность найти туалет. Если эта ситуация не разрешается, то результатом будет недержание мочи со всем присущим ему дискомфортом и смущением. Но родственник видит, что подопечный выглядит обеспокоенным, при этом кажется, что он что-то разыскивает; он может даже дергать свою одежду или тереть живот. Увидев такое поведение, он предложит ему помочь найти туалет и воспользоваться им.

Следить за тем, чтобы наш язык тела дополнял и соответствовал содержанию нашей речи. При общении больной человек во многом ориентируется на невербальные знаки. Фраза «Рад тебя видеть» поставит его в тупик, если при этом наши телодвижения будут говорить о спешке или безразличии. Подопечный может «считывать» страх и раздражение, написанное на лице их собеседника.

Следует воздерживаться от повышения тембра или громкости голоса. В ситуациях, когда хочется поднять голос, говорить намеренно тихо. Ни в коем случае не повышать голос только потому, что подопечный сам это делает. Громкая речь может запугать его, привести его в замешательство.

Нельзя ругать подопечного. Например, мы нашли в платяном шкафу протухшую колбасу. Надо подумать, почему он спрятал там колбасу. Возможно, он в данный момент переживает голод в свои военные годы. Такой человек будет прятать продукты в других местах, надеясь, что там их не найдут. Если нам уже известно, что подопечный прячет продукты, надо незаметно от него заменить колбасу на банку консерв. Он заглядывая в свой тайничок, убеждается, что у него есть запас и успокаивается.

В начальной стадии болезни с больным человеком еще можно договориться - выдавать ему пирожок или бутерброд, с условием, что если он его до завтра не съест, то принесет назад и получит взамен свежий.

По возможности надо отказаться от запретов. Подопечный и без того постоянно чувствует ограничения и неприятие. Если мы не можем выполнить просьбу больного человека, следует предложить ему на выбор несколько других вариантов. Таким образом, мы создадим у него ощущение свободы и значимости.

Всячески поощрять больного человека вести разговоры вообще. Даже если нам кажется, что говорить не о чем, всегда есть тема для разговора. Например: «Ты видишь небо за окном? Сегодня небо голубое. На улице хорошая погода. Весна пришла. Ты слышишь детей на улице?».

Постоянно вспоминать старые добрые времена. Воспоминания прошлого часто являются успокаивающим и жизнеутверждающим занятием. Многие люди с деменцией не могут вспомнить, что происходило 45 минут назад, но они ясно вызывают в памяти события сорокапятилетней давности. Знакомая музыка помогает вспомнить прошедшие события, которые произошли, когда больному было от 15 до 25 лет.

Если подопечный расстроен, можно попробовать сменить род деятельности. Например, попросите его о помощи или предложите пойти погулять. Нужно добиться связи с больным на чувственном уровне, прежде чем переориентироваться. Можно сказать: «Я вижу, ты расстроен. Давай, пойдем – что-нибудь посмотрим».

Где это возможно, не касаясь личности подопечного, нужно относиться ко всему с легким юмором. У больного деменцией обычно сохраняются социальные навыки, и он рад весело посмеяться.

Организация лечебно-охранительного режима

Важно установить режим, благодаря которому жизнь больного человека становится более организованной. Режим – это значит планы на текущий день, потому что свои привычки подопечный легко забывает.

Четкая организация дня позволяет ему быть максимально самостоятельным, насколько позволяет болезнь в данный момент. Благодаря простым правилам и твердым привычкам сокращается необходимость принятия решений, запутанная повседневная жизнь становится более простой и организованной. В таком случае режим может стать источником уверенности, защищенности.

При этом необходимо как можно дольше сохранять заведенный прежде порядок жизни больного. Режим дня больного должен включать привычные для него занятия, это поможет ему сохранить ощущение независимости, уверенности и защищенности. Важно попытаться помочь пациенту сохранить чувство собственного достоинства.

Так, привычка банного дня по субботам, мытье рук перед едой, определенная расстановка мебели и др. – все это позволяет человеку дольше справляться с натиском болезни, дольше оставаться самостоятельным. Если это не противоречит курсу лечения больного, допустимо умеренное табакокурение и употребление алкогольных напитков.

Курение сигарет, однако, может повлечь за собой серьезные последствия: возникает опасность пожара и причинения вреда здоровью больного. Поэтому при курении следует наблюдать за больным, или убедить его бросить курить вообще.

Очень важно удерживать пациента в семейной жизни. Самое главное – он должен видеть, что и как делается. Например, если мы готовим обед и чистим, надо дать подопечному несколько картофелин и нож – пусть наблюдает и помогает. Даже если картофелина будет испорчена, похвалить его.

Больной человек может не проявлять сотрудничества или противиться выполнению повседневных обязанностей: питанию, купанию, одеванию. Часто это является ответной реакцией на чувство потери контроля над действительностью, спешки, боязнь или смущения того, о чем его просят.

Можно вдохновить подопечного выполнить посильное ему задание, если разделить его на небольшие этапы. Мягко напоминать ему о том, что он должен сделать в череде последовательных действий, необходимых для выполнения задания, и которые он забывает. Ободряющим голосом объяснять каждый шаг до того, как его предпринять. Использовать

визуальные сигналы, например, указать рукой, куда поставить суповую тарелку.

Предупреждение травм и несчастных случаев

Для человека с деменцией очень велик риск получения травм (ушибы, переломы при падениях). Поэтому необходимо принять надлежащие меры к тому, чтобы снизить вероятность их получения.

В домашнем обиходе это значит:

- ✓ Удалить скользкие ковры, заменить скользкие полы (опасность падения).
- ✓ Поместить на лестницах поручни, предупреждающие падение.
- ✓ Позаботиться о хорошем освещении.
- ✓ Сделать стеклянную часть дверей четко видимой, чтобы подопечный не «прошел» через неё насквозь (наклеить на дверь картинки).
- ✓ Перенести хрупкие вещи: стеклянные вазы, чаши в недостижимое место.
- ✓ Предусмотреть защиту лестниц, окон и балконов, чтобы больной человек не мог выпасть.
- ✓ Оборудовать санузел и ванную комнату вспомогательными ручками, поручнями (желательно контрастного цвета, чтобы они бросались в глаза).
- ✓ Сделать в санузлах, ванной комнате или душевой кабине противоскользящую поверхность, либо положить резиновые коврики.
- ✓ Использовать защиту плиты и духовки (предотвращение возгорания и пожара).
- ✓ Не оставлять никаких электроприборов, за которые можно схватиться (кипятильник, утюг, хлебoreзка, фен, тостер и т.д.).
- ✓ Тщательно убирать и запирать средства, относящиеся к бытовой химии и медикаменты (опасность отравления).
- ✓ Проследить, чтобы зажигалки и спички не лежали в доступных местах.
- ✓ Курящие подопечные должны курить только под присмотром (опасность пожара).
- ✓ Не оставлять ключи (особенно ключи от машины) в доступном месте.
- ✓ Не оставлять ключи в выходной двери, иначе больной человек может запереться изнутри и не сможет выйти.
- ✓ Повесить занавеску перед выходной дверью, чтобы последняя не ассоциировалась с выходом (опасность, что больной человек самостоятельно покинет квартиру).

Проведение гигиенических мероприятий

Родственник - основной куратор подопечного при ограничении его способности к самообслуживанию. Особое внимание уделяется умению больного человека контролировать мочеиспускание и самостоятельно посещать туалет, умываться, пользоваться душем и принимать ванну, одеваться и принимать пищу. Он обучает подопечного навыкам самообслуживания, а также обеспечивает атмосферу интимности для сохранения у него чувства собственного достоинства.

Пожилые люди с деменцией часто с трудом помнят о соблюдении гигиены: чистке зубов, пользовании туалетом, принятии ванны и душа, регулярной смене одежды. Поскольку это сугубо личные и интимные процедуры, то присутствие другого лица может спровоцировать чувство испуга, унижения, стыда. В результате соблюдение личной гигиены может превратиться в испытание, как для пациента, так и для того, кто осуществляет уход за ним.

Родственник стремиться к тому, чтобы его подопечный как можно дольше самостоятельно осуществлял гигиенические процедуры. Так, например, при чистке зубов или во время причесывания может потребоваться показать больному человеку, как это делается. Пытаясь подражать, он может восстановить утерянный навык.

Помощь при купании

Больной человек с деменцией может забывать умываться, не видеть необходимости в умывании или забывать, как это делать.

Если подопечный смущается при купании или принятии душа, можно оставить закрытыми определенные участки тела. Быть раздетым и вымытым чужим человеком может спровоцировать у подопечного чувство испуга, унижения и стыда. В результате любая гигиеническая процедура может превратиться в испытание, как для больного человека, так и для лица, осуществляющего уход за ним.

Облегчить процедуру купания можно с помощью следующих действий.

- Определиться с гигиеническими процедурами, которые подопечный предпочитал до болезни (принимал душ или ванну, утром или вечером, мыл ли он голову в салоне-парикмахерской или самостоятельно, были ли у него любимые духи, лосьон, присыпка, которыми он часто пользовался и т.п.). В большинстве случаев купание в ванной заменяют на душ. Достаточно мыть больного человека два раза в неделю.
- Выбрать день для купания, чтобы создать устойчивую привычку. Например, суббота является купальным днем. Выбрать время дня, в

которое больной человек менее всего склонен к сопротивлению: вечером после ужина или незадолго до отхода ко сну.

- Перед купанием можно проигрывать записи со старыми песнями и упомянуть в этой ситуации, что сегодня купальный день. Рассказать больному человеку как может быть приятно купание (ванна) и что он почувствуют себя после этого не только лучше и свежее, но и будет более приятен для окружающих. На глазах у подопечного приготовить чистые вещи, такие как ночная сорочка или пижама; подготовить ванную, положить любимое полотенце, любимый гель для душа или ароматическую добавку для ванны.
- Часто подопечный не помнит, как происходит процесс мытья, какие при этом используются движения. Иногда достаточно вложить мочалку в его руку и провести ею по телу, и он продолжит далее эти движения самостоятельно.
- Если подопечный стесняется, надо плотно закрыть двери и задернуть шторы в ванной комнате. При принятии ванны или душа растянуть перед ним полотенце, приподнимая его по мере надобности. Держать наготове полотенце или халат, пока он выбирается из ванной.
- Обеспечить безопасные и комфортные условия для купания (температура в ванной комнате и воды). Использовать нескользящие коврики, поручни, и сиденья для ванной и душа. Лучше всего установить съемный душ, который можно держать в руке. Помнить, что люди с деменцией часто боятся падающей сверху воды.
- Никогда не оставлять больного человека одного ванной или душе. Если принимается ванна, надо сначала налить в нее воды. Дать подопечному убедиться, что вода теплая - вылить ему на руки воду из чашки, предварительно зачерпнув из ванной, прежде чем он войдет в нее. Разъяснить еще раз назначение поручней и предложить свою помощь. Если он отказывается мыться самостоятельно, помочь ему, во время мытья, разговаривая с ним дружелюбно и ласково.
- Если подопечный в категорической форме отказывается от мытья головы, надо сделать это отдельной, независимой процедурой. Или использовать сухой шампунь.
- Если принятие ванны невозможно из-за дискомфорта подопечного, альтернативой может стать обтирание полотенцем «полотенечная ванна». При этом используются большое полотенце и маленькие влажные полотенца, которые замачиваются в емкости с теплой водой с мылом, не требующим смывания. Большое полотенце используют,

чтобы накрыть пациента во время процедуры, в то время как маленькими влажными полотенцами растирают тело.

Помощь при одевании больного человека

Одевание является препятствием для большинства больных с деменцией. Больной человек может быть одетым неподобающим образом, так как не видит необходимости в смене одежды, либо забывает, как правильно одеваться.

В данной ситуации решить проблему больного человека можно с помощью следующих рекомендаций.

- Убирать грязную одежду из комнаты. Не спорить, если подопечный настаивает на ношении той же одежды снова.
- Ограничить выбор одежды, убрав из платяного шкафа все редко носимые вещи.
- Положить одежду больного в том порядке, в котором ее необходимо надевать. Использовать картинки, что за чем надевать.
- Одежда больного человека должна быть свободной и комфортной, с простой застежкой (молния или кнопки) и минимальным количеством пуговиц. использовать предметы одежды на резинках, липучках, молниях и т.п.
- Не торопить больного при одевании, поощрять его самостоятельные действия, а при необходимости их повторять.
- Обеспечить больного удобной обувью. Она должна быть нескользкой, на резиновой подошве, свободной, не спадать с ноги.

Помощь при посещении туалета и недержании мочи

Непроизвольное мочеиспускание является одной из самых частых проблем при обслуживании больных с деменцией. Такой больной может не ощущать позывы на мочеиспускание или дефекацию при наполненных пузыре или кишке, может забывать, где туалет находится и что делать, находясь в туалете.

Обеспечить условия для самостоятельного посещения туалета помогают следующие рекомендации.

- Всячески поощрять посещение больным туалета. Обращать внимание на признаки, указывающие на необходимость посещения туалета: беспокойное сидение, покачивание ног и т.д. Посоветовать больному сходить в туалет или отвести его туда.
- Установить определенный режим посещения туалета. Необходимо следить, чтобы больной посещал туалет регулярно после подъема, после еды, перед сном и прежде чем покинуть дом.

- Обозначить дверь в туалет разборчиво большими цветными буквами или поместить на неё пиктограмму (яркую картинку).
- Путь к туалету должен быть не слишком долгим, чтобы его можно было легко найти. Ночью путь к туалету должен быть хорошо освещен. Оставить дверь туалета открытой, чтобы проще было его найти.
- Убедиться, что одежда больного легко снимается. Практично, когда на больном одежда, которую легко снять или расстегнуть, например, брюки на резинке или на несложной застежке.
- В случае недержания мочи по рекомендации врача ограничить прием жидкости перед сном.
- Поставить ночной горшок рядом с постелью.

Если проблемы с недержанием постоянны, необходимо использование памперсов. Однако нужно иметь в виду, что при недержании мочи у больного человека, который убежден в своей неспособности к нормальному мочеиспусканию, применение пеленок и памперсов у него только усугубляет функциональное недержание мочи. Строгое соблюдение расписания посещения туалета и регулярное опорожнение мочевого пузыря намного улучшает функцию выведения мочи, а также повышает дневную активность подопечного.

Питание и кормление

Больному человеку с деменцией, который ещё не полностью утратил способность готовить пищу, необходимо установить приспособления для безопасного приготовления пищи, чтобы предупредить его травмирование, например, ожоги и порезы. Желательно обеспечить пациента полуфабрикатами или уже приготовленной пищей.

Бывают случаи, когда подопечный ничего не ест, поскольку считает, что этот повседневный ритуал он уже выполнил, либо он ест постоянно, поскольку не осознает, что уже поел. Поэтому нужно следить за тем, чтобы он употреблял достаточное количество питательных продуктов, и в то же время не съедал больше одной порции сразу.

Иногда больной человек отказывается от еды по причине кататонического ступора, негативизма, бредовых установок (идеи отравления, самообвинения), повелительных галлюцинаций, которые запрещают кушать и т.п.

В такой ситуации нужно выяснить конкретную причину отказа от еды. Терпеливо уговорить начать кушать самостоятельно. При возможности, преодолевая небольшое сопротивление, покормить больного.

Подобрать родственника, которому пациент доверяет кормить себя. При явлениях негативизма у больного человека оставить пищу и отойти в сторону.

Если все принятые меры не приводят к положительным результатам, больного человека кормят искусственно через зонд.

Грозными последствиями недостаточного питания являются:

- ✓ потеря массы тела,
- ✓ раздражительность,
- ✓ бессонница,
- ✓ дезориентация,
- ✓ проблемы с дефекацией и мочеиспусканием.

Зачастую больной человек забывает о том, что ему нужно поесть, попить. Он не знает, ел ли он сегодня уже что-либо или нет. Если больной все-таки помнит, что он что-то ел, то на вопрос что именно – ответить не в состоянии. Жидкие прозрачные супы больной человек не видит, поэтому он их не ест. По этой же причине он игнорирует воду. Обезвоженность ухудшает их состояние. Тогда можно поставить ему стакан с желтым лимонадом или красным компотом. Нужно обращать внимание на то, чтобы подопечный принимал в среднем 1,5-2 л жидкости ежедневно.

Не нужно в борщ или солянку насыпать петрушку или укроп, так как он будет вылавливать каждую травинку из супа либо цедить его сквозь зубы, а процеженное содержимое выплевывать на стол и на пол.

Если подопечный перестал пользоваться ложкой-вилкой, пусть ест руками. Это лучше, чем кормить его против воли самому, подолгу сидеть рядом с ним, уговаривая его пользоваться столовыми приборами.

Трудной проблемой может быть то, что больной человек не ощущает вкус еды, либо отмечает её «странный» вкус. У него может быть потеряно ощущение горячего и холодного, что чревато ожогом рта горячей едой или напитком.

Опасным для жизни осложнением является выраженные затруднения жевания и глотания. Эти нарушения могут зайти так далеко, что его придется кормить искусственно.

Основные рекомендации при приеме пищи:

- ✓ Выделить подопечному неограниченное количество времени для неспешного приема пищи.
- ✓ Организовывать регулярный прием пищи и перекусы ежедневно в одно и то же время. Прием обильного количества пищи разбить на 5-6 меньших по объему порций. Обращать внимание на то, чтобы больной принимал достаточное количество жидкости (в среднем 1,5-2 л

ежедневно). Подавать блюда по очереди, чтобы предотвращать стресс выбора.

- ✓ Ввести ритуал приема пищи. Включить спокойную музыку, выключить радио и телевизор. Подбадривать и «нахваливать» подопечного при каждом глотке.
- ✓ Забыть о «хороших» манерах и чистоте. Главное, чтобы подопечный кушал самостоятельно, нежели «аккуратно» и «с соблюдением правил приличия».
- ✓ Стараться принимать пищу одновременно с подопечным, невзирая на все собственные неприятные ощущения. Следует всегда сидеть в поле зрения подопечного, чтобы он видел, как мы пользуемся ложкой, как мы делаем себе бутерброд. Он будет нам подражать, хотя и весьма неуклюже. Обязательно нужно высоко оценить его бутерброд, даже если он намазал масло на варенье. Можно подправлять его рукой, — возможно, он вспомнит процесс движения руки с прибором ко рту и будет далее есть самостоятельно.
- ✓ Предложить тяжелый, большой столовый прибор, чтобы подопечный смог его лучше удерживать.
- ✓ При отказе пользоваться столовыми приборами предлагать продукты, которые можно есть руками. Это поддерживает «самостоятельность». В этом случае надо сделать еду пригодной для взятия её руками. Например, картофель нарезать дольками, бутерброд, пирожки или котлеты - небольшими кусочками, макароны должны быть крупными. Можно использовать соломку для коктейлей или детский поильник, если удерживать стакан больному человеку становится трудно.
- ✓ При нарушении жевания или глотания использовать в рационе пищу мягкой консистенции или разрезать пищу на очень маленькие кусочки. Можно мягко двигать подбородком больного человека в такт жевательным движениям или слегка поглаживать гортань для стимуляции акта глотания.
- ✓ Приспособить количество приемов пищи к потребностям больного человека. Так, при истощении, предлагать подопечному калорийные, питательные перекусы между приемами пищи. На завтрак предпочтение отдавать пище с повышенным содержанием углеводов. При ожирении пища должна быть низкокалорийной. В качестве перекусов использовать сухофрукты и овощные закуски.

Поддержание физической формы

Физические упражнения и спортивные занятия и помогают на некоторое время сохранить существующие физические и умственные

способности больного человека. Любая физическая нагрузка расширяет сосуды мозга, несет в мозг питательные вещества и заставляет клетки мозга работать. Характер и объем нагрузок нужно согласовать со специалистом по лечебной физкультуре.

Так, если до болезни человек любил посещать бассейн или спортивный зал, работать в саду или на даче, ему может доставить удовольствие использование сохранившихся навыков. По мере прогрессирования деменции способности и интересы подопечного могут меняться. Поэтому, осуществляя уход, важно внимательно наблюдать за больным и вносить коррективы в характер и содержание его занятий.

Особенно полезны физические занятия с участием мелкой моторики. Это различные мелкие операции своими руками – шитье и вышивание, вязание, плетение и т.п. Они активируют различные территории головного мозга и таким образом улучшают его кровообращение.

Для пациента с признаками деменции очень полезны следующие виды физических нагрузок.

- Утренняя гимнастика
- Ходьба
- Дыхательная гимнастика, особенно по методу Бутейко, либо по методу Стрельниковой
- Занятия физическими упражнениями, особенно аутогемокибернетика по методу Аринчина
- Занятия спортом
- Игры на открытом воздухе
- Игры в домашней обстановке
- Рыболовство
- Туризм
- Уход за животными

Трудовая и досуговая занятость

Обычно люди, страдающие деменцией, не могут выразить свои потребности. Они делают что-то, вроде ежедневного «вытряхивания» всех вещей из платяного шкафа. Бесцельное для стороннего взгляда блуждание подопечного происходит по причине скуки и отсутствия какой-либо работы. Таким способом удовлетворяется потребность быть занятым и продуктивным.

Необходимо поощрять занятия увлечениями, которые были до болезни. Например, если раньше больной человек любил заниматься приготовлением блюд, не ограничивать его, а оказать посильную помощь, позволяя быть как можно дольше самостоятельным. До тех пор, пока

подопечный в состоянии делать самостоятельно хоть что-то – пусть делает. Полить цветы, почистить картошку, налить себе воды.

В уходе за пациентом нужно способствовать сохранению его интересов и хобби. Положительные эмоции помогают замедлить прогрессирование его болезни.

Больной человек способен получать удовольствие, общаясь с друзьями, слушая музыку, ухаживая за домашними животными. Поэтому следует всячески содействовать подопечному в доступном и интересном для него времяпрепровождении. Например, пожилые женщины еще долгое время могут выполнять кухонные работы, например, чистить фрукты и овощи, мужчины любят работать в саду. Даже если результат не очень эффективен, тем не менее, больной человек получит ощущение, что может делать что-то рациональное.

Известно, что присутствие животного, например собаки, возле больного человека, меняет его поведение в лучшую сторону. Собака нуждается в том, чтобы ее гладили, общались и разговаривали с ней. Поэтому поведение подопечного в присутствии собаки меняется: он улыбается, смотрит на нее, гладит, разговаривает. В зависимости от степени тяжести заболевания можно дать подопечному определенные поручения, которые помогут ему с помощью собаки мобилизоваться, выполнять определенные обязанности, занять свой досуг.

Смягчение психоэмоциональных и психических расстройств

Помощь родственника при психоэмоциональном переживании заключается, в первую очередь, в создании условий для нервной «разрядки». Недопустимо привлекать внимание подопечного к его неудачам. Проявления гнева, ожесточенности или обиды больного человека должны быть восприняты родственником с пониманием их причины. Иначе возможен конфликт, который лишь ухудшит ситуацию и усилит проблему. Нужно всегда сохранять спокойствие, улыбаться и смеяться вместе с больным человеком (но не над ним). Хороший и добрый юмор отличным образом избавляет от стресса, от любой конфликтной ситуации и переживаний.

Помощь при страхе

Больной, страдающий деменцией, живет в мире неизвестности и ненадежности. Он беззащитен в чужом мире - и это вызывает у него страх, который им управляет.

Существуют две полярные реакции на страхе – агрессия и желание спрятаться. Панический страх может побудить подопечного к бегству, вызвать оцепенение или, наоборот, возбуждение, агрессивное поведение.

При этом он плохо контролирует себя, не осознает, что делает и что происходит вокруг.

В этой ситуации можно положить его руку себе на запястье, чтобы он ощутил спокойствие. Предложить дышать глубоко и ровно. Сделать легкий массаж наиболее напряженных мышц тела.

В разговоре с ним внимательно выслушать его, подчеркивая заинтересованность, понимание и сочувствие. Чтобы не укреплять больного человека в его страхах, лучше уклониться от ответа, если ответив, мы можем усилить страх. Говорить ободряющим голосом. Не сдерживать подопечного.

Помощь при катастрофической реакции

Катастрофическая реакция— это бурная реакция больного с деменцией в ответ на малозначимое событие. Она может возникнуть также, если кто-нибудь начнет оспаривать его заблуждение или галлюцинацию. Эта реакция порой происходит, когда такой больной плохо себя чувствует, либо когда его торопят (возможно, он не вполне понимает, о чем его просят) или он вынужден думать одновременно о многих вещах.

Помощь заключается в поддержке и сострадании. Внимание больного нужно мягко перевести на другой объект. Если он очень расстроен, важно дать ему время успокоиться перед тем, как что-то сделать или заговорить снова. При катастрофической реакции пациента нельзя осуждать, поправлять, спорить, уговаривать. Такое поведение неэффективно и вредит взаимоотношениям.

Помощь при галлюцинациях и мании

Дементные люди страдают галлюцинациями (видение или слышание того, что не видят и не слышат другие) и маниями (ошибочная уверенность в том, что кто-то пытается ранить или убить кого-то). Они могут находиться в ситуациях, которые произошли с ними десятки лет назад. Важно понимать, что галлюцинации такого человека воскресают из его памяти, он действительно видит реальные события, людей, места, которые имели место в его жизни. Дементный человек может помнить родителей и видеть их в других людях, общаться с ними, как с живыми. Память может сохранить многие страхи, обиды, другие сильные как позитивные, так и негативные впечатления.

Например, подушка у подопечной может представляться ее ребенком. И она никогда не положит голову на эту подушку. Не нужно объяснять, что это галлюцинации, это очень сильно её расстроит.

Так, престарелый мужчина, все время просит позвонить его семье и сказать, что он задержался в командировке. Он четко помнит адрес, номер

телефона, говорил все внятно и осознано, хотя вне этого воспоминания не может связать двух слов. В такой ситуации нужно сказать, что семье уже позвонили, они знают и не волнуются, поговорить с ним о его жене и детях, работе. Но нельзя задавать вопросы аналитического характера, например: почему ты думаешь, что ты сейчас в командировке? Следует избегать спора или желания переубедить этого больного человека в неправильности его мироощущений. Наоборот, проявить интерес к тому, что он видит или слышит, попросить рассказать об этом подробнее. Люди, которые находятся возле дементного человека, должны подстраиваться под него. Если поговорить с ним о том, что он видит, обсудить, тогда он успокоится и галлюцинации на какое-то время исчезнут.

Могут помочь отвлекающие маневры или развлечение. В зависимости от тяжести симптомов, может потребоваться медикаментозная помощь больному.

Галлюцинации и бредовые идеи обычно исчезают, когда подопечный чувствует себя в безопасности и под защитой, где ему помогают ориентироваться во времени и отвлекают от болезненных мыслей путем социальных контактов.

Действия при повторяющейся речи или действии (персеверации)

Больные деменцией снова и снова повторяют слова, утверждения, вопрос или действие. Хотя сам по себе такой тип поведения безвреден для самого больного, это раздражает и причиняет дополнительный стресс лицам, осуществляющим уход за ним. Иногда такое поведение вызвано беспокойством, усталостью или внешними факторами.

В подобной ситуации могут помочь следующие действия.

- Отвлечь внимание подопечного гостинцем или подарком.
- Переключить внимание подопечного на интересную ему деятельность.
- Не обсуждать с ним планы, вплоть до момента, непосредственно предшествующего наступлению события.
- Предвосхищая возможную обеспокоенность по поводу предстоящего события, можно оставлять на обеденном столе записки, типа: «Ужин в 6-30».

Действия при надуманном «похищении» вещи

Больной, страдающий деменцией, часто забывает, куда положен тот или иной предмет, теряет свои вещи, а затем обвиняет ухаживающего родственника в краже потерянного предмета.

Больного надо успокоить и согласится, что вещь потеряна, помочь ему вспомнить, куда он положил тот или иной предмет, либо найти

потерянную вещь. Выяснить, нет ли у него укромного любимого места, куда он прячет вещи. Например, холодильник (там ничто не портится, там все остается свежим), под матрасом, в бельеовом шкафу и т.п. Держать у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки. Проверять мусорные ведра и корзины, перед тем как выбрасывать из них мусор.

Если подопечный утверждает, что его обворовали, то бесполезно в этом переубеждать. Ни в коем случае воспринимать претензии на свой счет и вступать в пререкания. Все обвинения такого больного человека в «хищении» его вещи нужно воспринимать как симптом болезни. Надо сказать: «Пойдем, я помогу тебе искать». Если же он продолжает скандалить – надо его отвлечь, сказав, что это дело надо обдумать, либо, например, предложить чай с конфетами или печеньем. В крайнем случае, можно уйти. Его агрессивное настроение исчезнет уже через 10-20 минут. Затем возвратиться к нему, сделать приветливое лицо, и начать все с начала.

Следует воздержаться от конфликтов при поиске пропавшей вещи, сохранять спокойствие и выдержку. Лучше, если больной человек найдет утерянный предмет совместно с родственником, иначе это подтвердит его домыслы о том, что именно он спрятал вещь или украл.

Больного надо успокоить, и согласится, что вещь потеряна, помочь ему вспомнить, куда он положил тот или иной предмет, либо найти потерянную вещь. Выяснить, нет ли у больного укромного любимого места, куда он прячет вещи. Например, холодильник (там ничто не портится, там все остается свежим), под матрасом, в бельеовом шкафу и т.п. Держать у себя замену важных предметов, например, запасную связку ключей или очки. Проверять мусорные ведра и корзины, перед тем как выбрасывать из них мусор.

Действия при агрессивном поведении

Человек, страдающий деменцией, нередко бывает раздражительным, крайне нетерпеливым. «Словесное недержание» - сквернословие, брань, угрозы - часто является признаком гнева или стресса. Однако такое поведение говорит лишь о том, что он не понимает текущую ситуацию. Беспокойство такого больного может также быть вызвано неуверенностью в том, как себя «следует» вести. Возможно, это происходит из-за того, что он чувствует нервозность обслуживающего персонала.

Родственник должен позволить подопечному выразить свои чувства, а затем попытаться отвлечь или перенаправить его внимание на более

спокойное занятие. Нужно сразу определить, что вызвало такую реакцию подопечного, и проследить за тем, чтобы эти предпосылки не повторялись.

Следует предусмотреть защиту лиц, осуществляющих уход, от проявлений агрессивности и насилия со стороны подопечного. Нельзя бравировать своей «храбростью», так как это может спровоцировать внезапные (импульсивные) ответные агрессивные поступки больного человека.

Так, например, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон голоса родственника может усилить агрессию больного. Нельзя озлобляться, или обижаться на больного человека за его агрессивные намерения или действия, которые связаны с болезнью.

Ухаживающему персоналу необходимо сохранять полное спокойствие и самообладание. Следует оценить ситуацию и решить, какая помощь требуется. Так, например, Не следует сразу подходить к больному слишком близко. Это может быть воспринято как угроза. Затем можно осторожно попытаться установить телесный контакт с ним - взять за руку или похлопать по плечу. Прикасаться к голове или иным частям тела не рекомендуется. Желательно занять положение на том же уровне, что и пациент.

Больного человека необходимо успокоить, объяснить, что ему ничто не угрожает, у него лишь расстроены нервы и это скоро пройдет и т.д. Надо постараться мягко и ласково успокоить больного, отвлечь его мысли в другую сторону. Разговаривать нужно спокойно и уверенно.

Пренебрежительный, озадачивающий, обвиняющий, угрожающий или осуждающий тон разговора может вызвать или усилить агрессию больного. При многих психических расстройствах спокойная беседа сразу же способствует снижению возбуждения. Однако при резком возбуждении попытки словесного успокоения больного могут не дать результата. Кроме того, при ряде состояний возбуждения с расстройством сознания (например, сумеречное состояние при эпилепсии) установить контакт с больным не удастся.

Иногда бывает полезно вообще не тревожить больного, что помогает ему успокоиться. В этих случаях необходимо следить за тем, чтобы он не причинил вреда себе и другим.

Женскому персоналу, работая с беспокойным больным нельзя носить бусы, серьги, брошки и др., так как все это мешает при удержании возбужденного больного и может быть сорвано им.

Из поля зрения больного необходимо убрать острые, колющие, режущие предметы и другие вещи, которые могут быть использованы им в

качестве орудия нападения или самоубийства. Необходимо преградить больному доступ к окнам и дверям, чтобы предотвратить попытку побега. По мере возможности нужно пытаться не демонстрировать больному, что он опасен, что его усиленно охраняют, так как это укрепляет его болезненное подозрение в том, что он окружен врагами, и усиливает страх и возбуждение. Очень важно создать вокруг больного спокойную обстановку, не допускать проявлений страха, паники.

Для помощи не следует привлекать много людей, так как это приводит к суете. Обычно достаточно 4-5 человек, а при большой физической силе больного или резком возбуждении - 5-6 человек. Желательно привлечь людей из ближайшего окружения клиента для оказания помощи. Важно расставить их таким образом, чтобы за больным было обеспечено непрерывное наблюдение. Если больной не подпускает к себе, вооружившись каким-либо предметом, к нему следует подходить с разных сторон одновременно, держа перед собой одеяла, подушки, матрацы или другие предметы, которые могут смягчить удары. Затем, удерживая руки больного, скрещенные на груди, одновременно резко подхватить обе ноги в подколенных областях. Удерживая больного таким образом, перенести его на кровать, к которой можно подойти со всех сторон. Больного нужно уложить на спину так, чтобы он не смог нанести себе повреждений ударами головой о спинку кровати. Больного желательно уложить и удерживать в постели. При этом один человек должен держать его за ноги выше колен, другой за руки около кистей, третий — за плечи. Действовать надо осторожно, чтобы не причинить боли и не нанести повреждений. Руки больного лучше удерживать скрещенными на груди. Не следует надавливать на грудь — это может привести к перелому ребер. Если больной во время возбуждения пытается удариться головой или укусить окружающих, то, кроме фиксирования рук и ног, необходимо третьему человеку удерживать голову больного. Для этого один человек становится у изголовья кровати и плотно прижимает голову к подушке, предварительно перекинув через лоб больного полотенце. Во время удерживания нельзя причинять больному боль, поэтому лучше удерживать его через простыню или одеяло. При затянувшемся возбуждении допустима кратковременная фиксация больного к кровати. Для этого используют длинные ленты, чулки и т.п., которые петлей надевают на кисти и лодыжки больного и привязывают к раме кровати.

Действия при неуместном сексуальном поведении

В отдельных случаях больной с деменцией проявляет неуместное сексуальное поведение. При этом больной в присутствии посторонних людей раздевается, трогает свои половые органы, мастурбирует, делает непристойные замечания и т.п.

Родственник должен иметь в виду, что такое поведение вызвано заболеванием. Если возможно, нужно определить, что является пусковым механизмом такого поведения.

Правильными действия в этой непростой ситуации являются:

- не реагировать на такое поведение;
- привлечь внимание к другому занятию;
- при попытке подопечного раздеться и т.п., надо его терпеливо отговорить либо отвлечь.

Помощь при нарушении ночного сна.

Больной, страдающий психическим расстройством (заболеванием), может бодрствовать по ночам, что является изнурительной проблемой для того кто ухаживает за ним.

Беспокойство, раздражительность, дезориентация и другие поведенческие проблемы у подопечного имеют обыкновение усиливаться к вечеру и иногда продолжаются всю ночь. Такое поведение называется *«вечерним синдромом»*. Оно вызвано совокупностью факторов, таких как: возбуждение от событий, произошедших в течение дня и сбоем биологических часов, проявляющийся в смешении дня и ночи.

Подопечного нужно днем загружать различными физическими занятиями и не разрешать спать. Для здорового и комфортного ночного сна создать все необходимые санитарно-гигиенические и психологические условия.

Для борьбы с этим явлением рекомендуются следующие мероприятия.

- Увеличить занятость в течение дня, особенно физическими упражнениями. Не одобрять бездействие и стремление вздремнуть в течение дня.
- Следить за употреблением пищевых «раздражителей», таких как: сахар, кофеин и соленая пища. Сократить их потребление или вовсе исключить из рациона подопечного.
- Вторая половина дня должна проходить спокойно. Можно предложить подопечному прогуляться, сыграть в простую карточную игру или послушать успокаивающую музыку.

Меры при склонности к бродяжничеству

По возможности, не оставлять подопечного совсем одного, всегда сопровождать его, если он хочет выйти куда-либо за пределы своего жилища.

Следует заранее предупредить бесконтрольный выход из места пребывания подопечного, который может уйти и блуждать по окрестностям, уехать в неизвестном направлении, заблудиться, оказаться в другом городе и т.п. Для этого предлагаются следующие меры.

- Надежно запереть все возможные выходы из помещения.
- Прикрепить ко всем дверям небьющиеся зеркала: собственное отражение в зеркале отвлекает от намерения открыть дверь
- Замаскировать дверь плотными шторами или занавесью из разноцветной ткани. Надписи «*стоп*» или «*не входит*» могут стать действенным барьером. Можно повесить черный мат или нарисовать черное отверстие на входной двери; это выглядит для подопечного как непроходимая зияющая дыра.
- Установить систему безопасности или систему слежения для наблюдения за подопечным. Доступными являются цифровые устройства, которые можно носить как часы или прицепить к ремню, в основе принципа работы которых лежит глобальная система навигации и определения положения (GPS) или иная технология для слежения за перемещением объекта или определения его местонахождения, если он заблудился.
- У подопечного при себе всегда должен быть либо какой-нибудь документ, удостоверяющий его личность, либо записка с указанием адреса и номера телефона, по которому можно было бы связаться с его ближайшими родственниками или лицами, ухаживающими за ним.

2.РАЗДЕЛ КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ

ВОПРОСЫ К ЗАЧЕТУ И ЭКЗАМЕНУ ПО КУРСУ«Частная реабилитация»

Вопросы к зачету

1. Теоретические основы универсального дизайна.
2. Практическое использование теории универсального дизайна.
3. Особенности проектирования открытых пространств, обеспечивающие доступность.
4. Универсальный дизайн: приемы оптимизации открытых пространств.
5. Особенности проектирования зданий и сооружений, обеспечивающие доступность.

6. Универсальный дизайн: приемы оптимизации внутренних пространств жилых зданий (сооружений).
7. Универсальный дизайн: приемы оптимизации внутренних пространств общественных зданий (сооружений).
8. Визуальные средства ориентации в пространстве.
9. Визуальная идентификация среды.
10. Звуковые средства ориентации в пространстве.
11. Акустическая идентификация среды.
12. Тактильные средства ориентации в пространстве.
13. Тактильная идентификация среды.
14. Психологический дизайн интерьера в собственном доме.
15. Психологический дизайн интерьера на рабочем месте.
16. Психологический дизайн учреждений стационарного (интернатного) типа.
17. Характеристика восприятия реабилитационного пространства.
18. Обустройство жизненного реабилитационного пространства тяжело больных и старых людей.
19. Проектирование жизненного реабилитационного пространства в интересах людей с нарушением опорно-двигательного аппарата.
20. Проектирование жизненного реабилитационного пространства в интересах людей с нарушением зрения.
21. Проектирование жизненного реабилитационного пространства в интересах людей с нарушением слуха.
22. Проектирование жизненного реабилитационного пространства в интересах людей с нарушением психики.
23. Современные организационные и правовые основы обеспечения пожилых людей и инвалидов техническими средствами реабилитации.
24. Трости опорные и тактильные, костыли, опоры, поручни.
25. Кресла-коляски.
26. Протезы и эндопротезы.
27. Кохлеарный имплант.
28. Интраокулярная линза.
29. Бандажи, корсеты и реклинаторы.
30. Аппараты. Тютюры.
31. Обувь. Специальная одежда.
32. Приспособления для одевания, раздевания и захвата предметов
33. Противопротезные матрасы и подушки.
34. Абсорбирующее белье, подгузники.
35. Специальные средства при нарушениях функций выделения.

- 36.Кресла-стулья с санитарным оснащением.
- 37.Поручни.
- 38.Подъёмники.
- 39.Специальные устройства для чтения «говорящих» книг, для оптической коррекции слабовидения.
- 40.Собака–проводник с комплектом снаряжения.
- 41.Медицинские термометры и тонометры с речевым выходом, сигнализаторы звука световые и вибрационные.
- 42.Сигнализаторы звука световые и вибрационные.
- 43.Слуховые аппараты, в том числе с ушными вкладышами индивидуального изготовления.
- 44.Телевизор с телетекстом для приема программ со скрытыми субтитрами, телефонные устройства с текстовым выходом, голосообразующий аппарат.

Вопросы к экзамену

1. Инсульт и его последствия.
2. Инсульт. Помощь в психологической реабилитации больного человека.
3. Инсульт. Профилактика пролежней.
4. Инсульт. Профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей.
5. Инсульт. Коррекция нарушений дыхания.
6. Инсульт. Контроль терморегуляции.
7. Инсульт. Профилактика аспирации и аспирационной пневмонии.
8. Инсульт. Предупреждение боли и отека в парализованных конечностях.
9. Инсульт. Предупреждение боли в плечевом суставе.
- 10.Инсульт. Профилактика травматизма и дезориентации.
- 11.Инсульт. Помощь в восстановлении навыков самообслуживания
- 12.Инсульт. Помощь в адаптивной физической реабилитации.
- 13.Инсульт. Кинезотерапия.
- 14.Инсульт. Эрго – и трудотерапия.
- 15.Инсульт. Лечебный массаж.
- 16.Инсульт. Мануальная терапия.
- 17.Инсульт. Физиотерапия.
- 18.Инсульт. Ортезотерапия.
- 19.Помощь в профилактике повторного инсульта.
- 20.Понятие о травматической болезни спинного мозга.

- 21.Травматическая болезнь спинного мозга. Осложнения и последствия позвоночно-спинномозговой травмы.
- 22.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь в профилактике психологических расстройств и нарушений.
- 23.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь в медико-социальном уходе.
- 24.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь при формировании навыков движения конечностей.
- 25.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь при выработке навыков стояния и ходьбы.
- 26.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь при формировании доступной (безбарьерной) среды.
- 27.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь при выработке навыков самообслуживания.
- 28.Травматическая болезнь спинного мозга. Помощь при выработке трудовых навыков.
- 29.Понятие об ампутации и протезировании нижней конечности.
- 30.Наблюдение за человеком после ампутации конечности.
- 31.Ампутация нижней конечности. Помощь в период подготовки к протезированию.
- 32.Ампутация нижней конечности. Психологическая поддержка.
- 33.Ампутация нижней конечности. Уход за кожей культи и операционной раной.
- 34.Ампутация нижней конечности. Процедуры по предупреждению отека культи и контрактуры сустава.
- 35.Ампутация нижней конечности. Восстановление поверхностной чувствительности.
- 36.Ампутация нижней конечности. Устранение боли.
- 37.Ампутация нижней конечности. Подготовка мышечной системы к вертикализации.
- 38.Ампутация нижней конечности. Помощь в период протезирования и использования протеза.
- 39.Ампутация нижней конечности. Освоение техники самостоятельного обращения с культей и протезом.
- 40.Ампутация нижней конечности. Освоение ходьбы на протезе.
- 41.Ампутация нижней конечности. Помощь при восстановлении физической силы и уровня общей тренированности.
- 42.Понятие об эндопротезировании тазобедренного сустава.

- 43.Эндопротез тазобедренного сустава. Этапы восстановления здоровья после эндопротезирования.
- 44.Эндопротез тазобедренного сустава. Общие правила упреждения рискованных действий после эндопротезирования.
- 45.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при ходьбе.
- 46.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь в освоении ходьбы по лестнице.
- 47.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь в тренировке равновесия.
- 48.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при усаживании на стул.
- 49.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при укладывании в постель.
- 50.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь в ванной комнате.
- 51.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при одевании и раздевании.
- 52.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при занятии лечебной физкультурой.
- 53.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь в организации на дому простейших мер предосторожности.
- 54.Эндопротез тазобедренного сустава. Помощь при диспансеризации.
- 55.Эндопротез тазобедренного сустава. Профилактические советы по некоторым жизненно важным вопросам.
- 56.Характеристика операций на сердце.
- 57.Операция на сердце. Восстановление психоэмоционального статуса.
- 58.Операция на сердце. Оценка характера и степени выраженности нервно-психических расстройств и особенностей личностного реагирования на болезнь.
- 59.Операция на сердце. Мобилизация личности пациента на борьбу с болезнью и воспитание необходимых волевых качеств с помощью простейших психотерапевтических методик.
- 60.Операция на сердце. Факторы риска основного и сопутствующего заболеваний, мероприятия по их устранению.
- 61.Операция на сердце. Восстановление физической активности.
- 62.Понятие о синдроме аутизма.
- 63.Синдром аутизма. Этические аспекты взаимодействия с ребенком и его родителями.
- 64.Синдром аутизма. Помощь при медикаментозном лечении.
- 65.Синдром аутизма. Помощь в поддержке коммуникации.
- 66.Синдром аутизма. Помощь в альтернативной коммуникации.

67. Синдром аутизма. Помощь в улучшении социально адекватного поведения.
68. Синдром аутизма. Помощь при социальном взаимодействии.
69. Понятие о шизофрении.
70. Шизофрения. Помощь в борьбе со стигматизацией (дискриминацией).
71. Шизофрения. Помощь в противостоянии факторам риска здоровью и жизни.
72. Шизофрения. Помощь в психологической поддержке
73. Шизофрения. Помощь в общении и поддержании позитивного диалога.
74. Шизофрения. Помощь при самообслуживании.
75. Шизофрения. Помощь в трудовой деятельности.
76. Шизофрения. Помощь в культурно-творческом времяпровождении.
77. Шизофрения. Помощь в смягчении психоэмоциональных и психических расстройств.
78. Шизофрения. Поддержание физической формы больного при снижении физической активности.
79. Понятие о деменции в том числе при болезни Альцгеймера.
80. Деменция. Построение бытового пространства.
81. Деменция. Общение и поддержка позитивного диалога.
82. Деменция. Организация лечебно-охранительного режима.
83. Деменция. Предупреждение травм и несчастных случаев.
84. Деменция. Проведение гигиенических мероприятий.
85. Деменция. Питание и кормление.
86. Деменция. Поддержание физической формы.
87. Деменция. Трудовая и досуговая занятость.
88. Деменция. Смягчение психоэмоциональных и психических расстройств.

3.ВСПОМОГАТЕЛЬНЫЙ РАЗДЕЛ

СПИСОК РЕКОМЕНДУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

РАЗДЕЛ 1. УНИВЕРСАЛЬНЫЙ ДИЗАЙН РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПРОСТРАНСТВА, ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ

Основная литература

1. Лазовская,Н.А. Универсальный дизайн открытых пространств, зданий и сооружений /Н.А. Лазовская. — Минск : Ковчег, 2016. — 144 с . : ил
2. Постановление совета министров Республики Беларусь 11 декабря 2007 г. № 1722 «О Государственном реестре (перечне) технических средств социальной реабилитации и порядке обеспечения ими отдельных категорий граждан».
3. Технические средства реабилитации людей с ограничениями жизнедеятельности. Классификация. Государственный стандарт Республики Беларусь. СТБ 1391-2003 (ИСО 9999; 1998).

Дополнительная литература

1. Дроздовский, С.Е. Руководство по мониторингу объектов, зданий и сооружений для людей с инвалидностью / С.Е. Дроздовский, Е.М. Шевко ; под общ. ред. Г.Н. Крот. – Минск : А.А. Згировский, 2013. – 32 с.
2. Лазовская Н.А., Зборовский К.Э., Дроздовский С.Е. Социальные, правовые, архитектурные аспекты всеобщей среды // Социальная работа: теория, подготовка кадров, практика: Материалы Международной научно-практич. конф. г. Минск, 2–3 ноября 2006. Мн.: ГИУСТ БГУ, 2007. С. 57–60.

3. Специальные здания для физически ослабленных лиц. Общие положения по проектированию = Спецыяльныя будынкi для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэннi па праэктаванню : ТКП 45-3.02–187–2010. – Введ. 01.11.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 56 с.
4. Среда обитания для физически ослабленных лиц. Основные положения = Асяроддзе пражывання для фізічна аслабленых асоб. Асноўныя палажэннi : СТБ 2030–2010. – Введ. 01.08.10. – Минск : Минстройархитектуры Респ. Беларусь, 2010. – 32 с.
5. Министерство труда и социальной защиты Российской Федерации. Методические указания от 15 января 2014 года. Методические рекомендации по установлению медицинских показаний и противопоказаний при назначении специалистами медико-социальной экспертизы технических средств реабилитации инвалида и методика их рационального подбора

РАЗДЕЛ 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ОСНОВНОЙ ИНВАЛИДИЗИРУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ

Основная литература

1. Воронец. О.А., Милькаманович В.К. Сестринская помощь в реабилитации пациентов онкологического профиля / В.К.Милькаманович // Медицинские знания. – 2015 – № 1 – С. 19-27.
2. Белевич С.Г., Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в реабилитации пациентов после ампутации конечностей / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2015 – № 3 – С. 18-24.
3. Милькаманович, В.К. Сестринская помощь после эндопротезирования тазобедренного сустава / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2015 – № 6 – С. 7-12.
4. Милькаманович, В.К. Сестринская помощь пациентам пожилого возраста с деменцией/ В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2016 – № 1 – С. 8-14.
5. Харевич О.В., Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в реабилитации после острого нарушения мозгового кровообращения / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2016 – № 2 – С. 18-25.
6. Харевич О.В., Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в реабилитации пациента с травматической болезнью спинного мозга / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2016 – № 3 – С. 8-15.
7. Милькаманович, В.К. Сестринская паллиативная помощь / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2016 – № 4 – С. 19-25.

8. С.А.Вицкая, Милькаманович, В.К. Сестринская помощь при вторичной профилактике остеохондроза позвоночника / В.К. Милькаманович // Медицинские знания. – 2016 – № 5 –С. 6-12.
9. С.А.Вицкая, М.В.Кононкова, Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в выполнении адаптивной гимнастики при хронической боли в области позвоночника/ В.К.Милькаманович //Медицинские знания – 2016 - № 6 –7-12.
- 10.Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в медико-социальной адаптации инвалидов по зрению/ В.К.Милькаманович //Медицинские знания – 2017 - № 1 – 6 -12.
- 11.Евтушик И.И., Милькаманович, В.К. Сестринская помощь в медико-социальной адаптации инвалидов по слуху/ В.К.Милькаманович //Медицинские знания – 2017 - № 2 – 8-13.
- 12.Харевич О.В., Милькаманович, В.К. Современные технические средства передвижения инвалида с поражением спинного мозга/ В.К.Милькаманович //Медицинские знания – 2017 - № 3 – 9-12.
- 13.Богомолова Ю.Е., Евтушик И.И., Милькаманович В.К. Сестринская помощь в организации доброжелательной среды пациента с болезнью Альцгеймера/ Медицинские знания – 2017 - № 4 –9-14.
- 14.Дубинина И.Ф., Евтушик И.И., Милькаманович В.К..Сестринская помощь пациентам с синдромом аутизма/ Медицинские знания – 2017 - № 5

Дополнительная литература

1. Смычек, В.Б. Реабилитация больных и инвалидов / В.Б. Смычек. – М.: Мед. лит., 2009. – 560 с