

**Методические рекомендации по проведению профилактических мероприятий,
позволяющих предупредить риск возникновения острых состояний у людей с
недостаточностью самостоятельного ухода и снизить риски развития
осложнений хронических заболеваний**

1. Введение

Уход за человеком с дефицитом самообслуживания – это сложный и ответственный процесс, который требует специальных знаний, умений и навыков. Важным компонентом общего ухода за подопечными являются профилактические мероприятия, позволяющие предупредить риск возникновения острых состояний у лежачего или маломобильного человека, снизить риск развития осложнений хронических заболеваний, улучшить качество жизни людей с недостаточностью самостоятельного ухода.

Рекомендуемые профилактические мероприятия определяются в зависимости от показателей здоровья подопечными, результатов специальной диагностики, с учетом выявленных ресурсов и проблем, фиксируются в Индивидуальном плане ухода.

В отсутствие врача ухаживающие должны уметь самостоятельно оценить состояние подопечных, выбрать оптимальный порядок действий, направленных на профилактику риска возникновения острых и неотложных состояний.

В связи с этим, при выполнении профилактических мероприятий ухаживающие должны руководствоваться основными принципами и правилами проведения профилактики жизнеугрожающих состояний и поддержания благополучия человека (см. *Российские рекомендации «Уход за ослабленными пожилыми людьми»*).

В данных методических рекомендациях рассмотрены алгоритмы действий специалистов по уходу при проведении профилактических мероприятий.

Основные мероприятия направлены на профилактику следующих состояний:

1. Профилактика аспирации.
2. Профилактика дегидратации.
3. Профилактика инконтиненции.
4. Профилактика инфекции мочевыводящих путей.
5. Профилактика интертриго.
6. Профилактика контрактур.
7. Профилактика молочницы.
8. Профилактика обстипации.
9. Профилактика тромбоза.
10. Профилактика пневмонии.
11. Профилактика пролежней.
12. Профилактика падений.

Характеристика каждого вида профилактики включает в себя:

- цель данного вида профилактик в реализации процессов ухода;
- общее понятие состояния, при котором необходимо проводить данный вид профилактики;
- основные причины состояния, при котором необходимо проводить данный вид профилактики;
- основные проявления и симптомы данного состояния;
- действия персонала по уходу при проведении данного вида профилактики.

2. Профилактические мероприятия, направленные на предупреждение риска возникновения острых состояний у подопечных с недостаточностью самостоятельного ухода, снижение риска развития осложнений хронических заболеваний

2.1.Профилактика аспирации

Цель –

Минимизировать риски аспирации у подопечных при процессе приема пищи.

Общие понятия -

Аспирация (от лат. aspiratio – веяние, вдыхание) – это проникновение в дыхательные пути при вдохе жидких или твердых веществ (остатков пищи, слюны, воспалительного экссудата, кусочков ткани, крови, искусственных зубов и других предметов).

Основные причины аспирации:

- Лежачее положение подопечных при питье и приеме пищи.
- Запрокидывание головы подопечного назад при кормлении
- Частое «поперхивание» жидкостями при сохраненном глотании твердой пищи (нейрогенная аспирация).
- Нарушение глотания.
- Кашель.
- Одышка.
- Состояние алкогольного опьянения.
- Парез мышц глотки, гортани, желудочно-кишечного тракта.
- Глубокий вдох или разговор подопечного во время приема пищи.
- Снижение защитных рефлексов глотки и гортани на фоне инфекционных болезней или поражения центральной нервной системы.
- Аспирация рвотных масс (особенно в коме, под наркозом).
- Кровотечения из сосудов бронхолегочной системы, пищевода, желудка, носовой полости.
- Недостаточное смыкание нижнего пищеводного сфинктера во время сна.

Симптомы аспирации:

- Резкий непрекращающийся кашель.
- Охриплость или полное отсутствие голоса.
- Чувство нехватки воздуха вплоть до удушья.
- Шумное дыхание.
- Боль за грудиной, в глотке.
- Побледнение губ, посинение носогубного треугольника.
- Обморочное состояние.

Профилактика аспирации:

1. Правильное положение тела при кормлении маломобильных подопечных: обязателен подъем головного конца кровати и положение человека сидя во время кормления и 2 часа после него.

2. Не кормить подопечного в положении лежа, предотвращать запрокидывание головы назад при приеме пищи.

3. Не оставлять подопечного во время кормления одного.

4. Не торопить подопечного во время приема пищи. Проявлять терпение во время кормления – давать время прожевать и проглотить пищу.

5. Обучать принципам пережевывания и проглатывания пищи.

6. Использовать загустители жидкости, которые снижают риск «поперхивания» у подопечного с нейрогенной аспирацией.

7. Соблюдать гигиену полости рта.

8. Не давать большое количество пищи в один прием, желательнее разбить кормление на несколько небольших порций.

9. Не давать напитки во время кормления, пока человек не проглотит твердую пищу.

10. Отказаться от вязких продуктов, вызывающих трудности при глотании (кисломолочные продукты, фрукты, варенье).

11. Отказаться от очень сухих, жестких блюд (крекеры, жаренный хлеб).

12. Пища должна быть ароматной и аппетитной.

13. Безопасное кормление начинается с **проверки глотательного рефлекса.**

- Вести наблюдение за подопечным во время пробного (тестового) кормления (питья и приема твердой пищи) для того, чтобы вовремя заметить признаки расстройства глотания.

- Попросить подопечного проглотить около 50 мл воды, начиная с 5 мл, лучше из чайной ложки, оценивая глотание как минимум первых трех ложек, либо контролировать объем и скорость поступления жидкости с помощью соломинки (трубочки).

- Необходимо наблюдать за каждым глотком.

- После каждого глотка попросить подопечного произнести любой тянущийся гласный звук (например, «ах», «ох»). Изменения в голосе (гнусавость, охриплость, булькающие звуки), возникновение кашля, шумного дыхания или удушья после глотания могут свидетельствовать об аспирации.

Как убедиться, что глоток произошел, если это не заметно на глаз?

Захват F.O.T.T. nachKayCoombes, при котором хоть один палец, да почувствует движение сокращающейся мышцы, что будет свидетельствовать о том, что глотательное движение состоялось (см. рис.):

- указательный палец лежит между нижней губой и подбородком,
- средний палец поддерживает подбородок,

- большой палец находится на височно-нижнечелюстном суставе.



При нарушении глотательного рефлекса необходима консультация невролога и в дальнейшем выполнение его рекомендаций.

у–

Инородное тело в дыхательных путях – это критическая ситуация!
Помощь должна оказываться мгновенно – в первые секунды!

Если все-таки инородное тело попало в бронхи, необходимо:

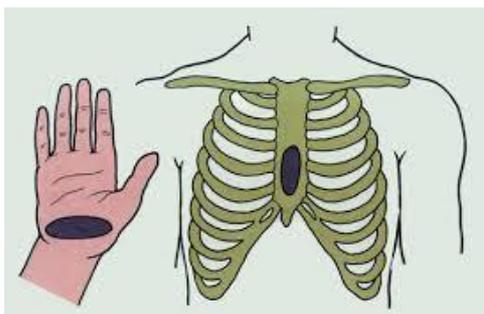
- вызвать реанимационную бригаду,
- попытаться успокоить человека,
- не сдерживать кашель.

Определенные маневры могут спасти жизнь человеку:

1. Встаньте сбоку и немного сзади пострадавшего.
2. Придерживая грудную клетку подопечного одной рукой, другой наклоните его вперед, чтобы в случае смещения инородного тела оно попало в рот, а не опустилось ниже в дыхательные пути.
3. Нанесите 5 резких ударов между лопатками основанием ладони.
4. Проверьте после каждого удара, не добились ли вы желаемого результата (вышло ли инородное тело)
5. Если после 5 ударов ничего не изменилось – переходите к **маневру Геймлиха**.

Маневр Геймлиха:

1. Встаньте позади пострадавшего, обхватите его сзади обеими руками на уровне верхней половины живота.
2. Наклоните пострадавшего чуть вперед.
3. Сожмите руку в кулак, поместите его посередине между пупком и мечевидным отростком грудины.



4. Неумело проведенный прием Геймлиха небезопасен, поскольку он может привести к повреждению желудка и печени.
5. Поэтому толчок должен выполняться строго в указанной анатомической точке.



6. Обхватите кулак другой рукой и резко надавите на живот пострадавшего в направлении внутрь и вверх.

7. Повторите маневр 5 раз.

Если удалить инородное тело не удалось, продолжайте попытки его удаления, перемежая удары по спине с приемом Геймлиха.



В случае если человек потерял сознание, положите его на спину, на ровную, твердую поверхность. Резко надавите руками на эпигастральную зону в направлении спина-голова (назад и вверх).

Не приступайте к приему Геймлиха, если пострадавший сильно кашляет.

Не пытайтесь ухватить пальцами предмет, застрявший в горле, так как Вы можете протолкнуть его еще глубже!

Даже при благоприятном исходе маневра необходимо обратиться за квалифицированной медицинской помощью для исключения повреждения внутренних органов.

Сделать запись в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения», вести дальнейшее наблюдение за подопечным, следить за первыми признаками развития аспирационной пневмонии.

2.2. Профилактика дегидратации

Цель -

Минимизировать риски обезвоживания подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у подопечных с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Подача и прием пищи» (смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Постельный режим: риски и осложнения. асть 1»)

Общие понятия -

Дегидратация, эксикоз, обезвоживание — патологическое состояние организма, вызванное уменьшением количества воды в нем ниже физиологической нормы, сопровождающееся нарушениями метаболизма.

Основные причины дегидратации:

- Нарушение питьевого режима.
- Повышенное потоотделение.
- Рвота.
- Диарея.

- Частое мочеиспускание (инфекции мочевыводящих путей, сахарный диабет, сердечная недостаточность).
- Тепловой или солнечный удары.
- Ожоги тела.

Дегидратация – это всегда недостаток ухода!

При грамотном проведении профилактики дегидратации обезвоживания (в отсутствие остро возникших проблем: диареи, рвоты и т.п.) не бывает. Наиболее часто дегидратация возникает у престарелых, лежачих и малоподвижных подопечных, так как физиологически у них часто бывает притуплено чувство жажды. Поэтому, даже при недостатке воды в организме, они не испытывают желания выпить воды.

Ситуация усугубляется тем, что подопечные часто сознательно ограничивают себя в питье, чтобы не вставать ночью в туалет или чтобы не беспокоить ухаживающий персонал.

Проблемы с питьем могут быть связаны с физической немощью, когда трудно удержать в руках стакан, и подопечный стесняется лишний раз попросить о помощи. И, наконец, иногда проблемы с питьем связаны с нарушениями глотания.

Водный баланс в организме поддерживается адекватным поступлением воды в соответствии с ее потерями и регулируется различными механизмами.

Суточная потребность организма в воде зависит от множества факторов: массы тела, возраста, пола, температуры окружающей среды, психоэмоционального состояния человека и др., поэтому колеблется довольно в широких пределах, чаще всего составляя 1-2 л в сутки.

Симптомы дегидратации:

- основная жалоба – это жажда, сухость во рту;
- по признакам различают легкое, умеренное и тяжелое обезвоживание:
 - легкое обезвоживание проявляется потерей не более 5-6% массы тела. В начальных стадиях обезвоживания человек испытывает жажду, сухость во рту, слюна становится клейкой, уменьшается количество выделенной мочи;
 - умеренное обезвоживание – потеря 7-10% массы тела. С усилением обезвоживания жажда усиливается. Появляется неврологическая симптоматика – головокружение, раздраженное агрессивное и возбужденное состояние или, наоборот, вялость, сонливость. Моча становится темно-желтой или коричневой, конечности – холодные наощупь, учащенное сердцебиение и дыхание, мышечные судороги;
 - тяжелая дегидратация (потеря более 10% массы тела) – угрожающее жизни состояние, которое требует немедленной медицинской помощи. При сильной дегидратации усиливаются изменения поведения подопечного, нарушаются движения, нарастает сердечно-легочная недостаточность. Возможна потеря сознания и развитие комы.

Гибель клеток начинается при 10 процентах обезвоживания!

Обезвоживание смертельно опасно!

Без воды человек может просуществовать от 3 до 10 суток

Это зависит от:

- окружающей температуры воздуха;
- физической нагрузки;
- психологического состояния человека.

Важно проверять получателей социальных услуг на наличие ранних симптомов обезвоживания.

Для этого может использоваться **Тест «кожной складки»:**

- кожу берут в складку и быстро отпускают (см. рис. А);
- если складка кожи разглаживается сразу – обезвоживания нет (см. рис. В);
- если складка кожи не разглаживается и сохраняется в течение небольшого промежутка времени, значит, воды в организме недостаточно (см. рис. С).

Следует подчеркнуть, что у многих людей снижен тургор кожи и в отсутствие обезвоживания. Это надо иметь ввиду, оценивая пробу у подопечных.

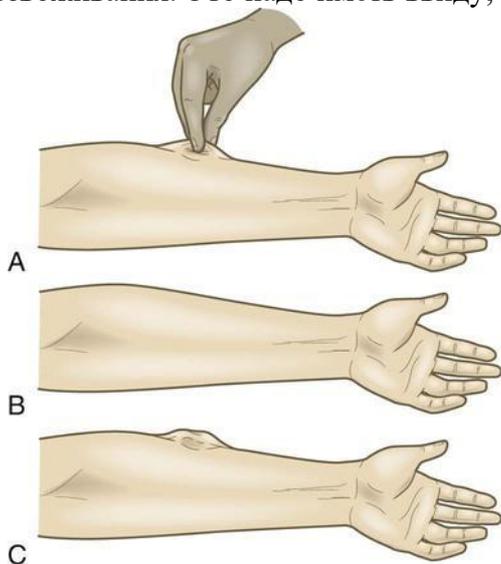


Рис. Тест «кожной складки»:

- В - кожная складка разгладилась, признаков дегидратации нет,
- С - симптом «кожной складки» положительный, что указывает на возможность обезвоживания.

Кроме того, адекватность водного режима можно оценить по цвету мочи: в норме она должна иметь соломенно-желтый цвет. Если моча стала темно-коричневой, с сильным неприятным запахом, это может указывать на дегидратацию.

Также всегда следует думать об обезвоживании, если подопечный стал возбужденным, агрессивным или появились признаки делирия.

Профилактика дегидратации:

1. Обеспечить подопечным адекватный водный режим. При отсутствии противопоказаний человек должен принимать жидкости в сутки в среднем 30 мл. на кг массы тела.

С этой целью применяют:

- употребление первых блюд (супов) во время обеда;
- питье воды и соков между приемами пищи;
- наличие воды в зоне доступности подопечному.

Внимание! Обеспечение питьевого режима входит в обязанности ухаживающих!

2. Для подопечных, которые не в состоянии самостоятельно соблюдать питьевой режим и полностью зависят от посторонней помощи, необходимо:

- обеспечить постоянное наличие вблизи (на тумбочке, на столе) стакана чистой воды (поильник с водой);
- вести контроль приема жидкости;

- фиксировать прием жидкости в папке «История ухода» в бланке «Контроль водного баланса». Бланк находится в непосредственной близости к подопечному.

3. Обязательно фиксировать водный баланс у всех подопечными с мочевыми катетерами в папке «История ухода» в бланке «Контроль водного баланса». Бланк находится в непосредственной близости к подопечному услуг.

4. Количество жидкости, необходимой принимать за сутки, для каждого подопечного определяется индивидуально **врачом**, в зависимости от массы тела, состояния здоровья человека (наличие отечного синдрома, повышенной температуры тела, диареи и пр.), принимаемых медикаментов, окружающей температуры воздуха и др.

5. Ухаживающий обязан вести наблюдение заподопечным с первыми признаками обезвоживания, фиксировать изменения в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения» и в бланке «Контроль водного баланса», и сообщать о динамике состояния медицинскому персоналу.

Тактика при выявлении обезвоживания:

1. При выявлении признаков начального обезвоживания, необходимо произвести коррекцию питьевого режима. Это может быть обычная вода или напиток с содержанием глюкозы (соки).

2. Жидкость надо пить небольшими глотками и маленькими порциями, не торопясь. Для удобства использовать поильник или трубочку.

3. Если причиной обезвоживания стал перегрев, следует уложить человека в хорошо проветриваемом помещении, создать доступ свежего воздуха (открыть окно). Также нужно снять лишнюю одежду.

4. При умеренном и выраженном обезвоживании подопечный должен быть госпитализирован в лечебное учреждение.

Внимание!

При отказе подопечного от приема жидкости:

- не заставлять человека пить насильно;
- предлагать чаще (каждые 30 минут) небольшие количества жидкости;
- посмотреть биографию человека: употреблять любимые напитки, желательной температуры;
- при потреблении жидкости менее 700 мл в сутки – сообщить медицинским работникам (медицинской сестре, врачу);
- при отказе от приема жидкости более суток, сообщить врачу;
- провести разъяснительную беседу о возможных рисках обезвоживания.

При нарушении глотательного рефлекса:

- после каждого глотка делать паузу;
- давать напиток маленькими порциями (не более чайной ложки);
- убедиться, что подопечный совершил глоток, только после этого давать новую порцию жидкости;
- если подопечный всегда пил без проблем, но стал «поперхиваться» на третьем глотке, сообщить врачу;
- при трудностях в приеме жидкости, употреблять загустители (по рекомендации врача, строго по инструкции конкретного загустителя).

При паллиативном уходе:

- не поить человека насильно;
- на последних стадиях ухода отказ от приема жидкости подопечного принимать, как должное;

- смачивать (увлажнять) губы, возможно ротовую полость;
- не следует винить себя за невозможность напоить умирающего человека. По последним медицинским исследованиям – излишняя жидкость усугубляет состояние умирающего человека.

2.3. Профилактика инконтиненции

Цель-

Возможное восстановление континенции. Комфортное пребывание подопечных при инконтиненции.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу у подопечных с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена подгузника».

Общие понятия -

Континенция (удержание мочи) означает, что подопечный в течение дня и ночи остается «сухим» без использования защитных прокладок или медикаментозных препаратов.

Инконтиненция (недержание мочи) – это любое непроизвольное выделение мочи, независимо от объема, причин и степени причиняемого дискомфорта. Может развиваться у человека в любом возрасте.

Как правило, инконтиненция чаще возникает у женщин и наблюдается в следующих формах:

- стрессовое недержание – выделение небольшого количества мочи при резком физическом напряжении (чихании или кашле, вставании с корточек, поднятии тяжести, смехе и т.д.);
- ургентное или императивное недержание – выделение мочи сразу после появления позыва, невозможность удержать мочу;
- смешанное недержание – состояние, которое имеет признаки первых двух форм, появления позыва при физическом усилии, после чего сразу следует непроизвольное выделение мочи;
- постоянное недержание, когда подтекание мочи происходит в небольших количествах, но постоянно.

Причины возникновения инконтиненции:

1. У женщин:

- ослабление сфинктеров мочеиспускательного канала, их несвоевременное и недостаточное сокращение при позыве к мочеиспусканию,
- ослабление мышц тазового дна, которые поддерживают внутренние органы малого таза и участвуют в процессе мочеиспускания.

2. У мужчин:

- аденома предстательной железы.

Факторы риска возникновения инконтиненции:

- возрастные изменения;
- врожденные пороки мочевыделительной системы;
- травмы мышц промежности или мочевыделительных путей;
- свищи, рубцовые изменения тканей мочевыделительной системы;
- опухоли различного характера в органах мочевыделительной системы;
- цистит и другие воспалительные заболевания мочевыделительной системы;

- неправильное положение или пролапс (опущение) матки, мочевого пузыря или других органов малого таза;
- неврологические заболевания;
- прием некоторых медикаментозных препаратов.

Профилактика инконтиненции:

(возможно частичное или полное восстановление континенции)

1. Установление истинных причин инконтиненции составление профиля континенции:

- анализ общего физического состояния подопечных и наличия сопутствующих заболеваний (гимеплигия, деменция и т.д.);
- работа с биографией, выяснение сведений о привычках и пожеланиях подопечных, касающихся физиологических отправлений (время опорожнения мочевого пузыря и т.п.),
- наличие позывов к мочеиспусканию и анализ протекания процесса мочеиспускания;
- нуждаемость подопечных в помощи при мочеиспускании;
- нуждаемость подопечных при смене адсорбирующего белья;
- готовность подопечных принять помощь;
- готовность подопечных вернуть континенцию (при возможности по медицинским данным).

2. При выясненных причинах инконтиненции и возможности вернуть (частично восстановить) континенцию необходимо вернуть импульс позыва к мочеиспусканию.

Для этого проводятся:

- тренировка мочевого пузыря. Необходимо обсуждение с подопечных точного времени посещения туалета (туалетного стула) или подачи судна. Время необходимо выбирать индивидуально: с интервалом в 1 час или 2 часа;
- во время мочеиспускания возможно включить воду в кране, но не следует стоять все время рядом, необходимо оставлять подопечного одного, сохранять его интимность;
- если подопечный ощущает позывы к мочеиспусканию, у него должна быть возможность позвать ухаживающего для оказания помощи в посещении туалета;
- занятия должны проходить от 3 до 5 недель, если успеха не добились, то занятия по восстановлению континенции прекращают.

Важно!

- Сохранение физического и эмоционального комфорта подопечных.
- Уважительное отношение персонала к подопечному.
- Своевременная смена абсорбирующего белья.
- Использование продукции, обеспечивающей наилучший уход и устранение побочных эффектов, провоцируемых проблемой недержания.
 - Предотвращение намокания матраца (постельного белья).
 - Сохранение интимного пространства подопечного.

2.4. Профилактика инфекции мочевыводящих путей

Цель -

Минимизация рисков возникновения инфекции мочевыводящих путей у подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Смена подгузника»; «Помощь в пользовании судном, мочеприемником»; «Мытье получателя

социальных услуг в кровати» (мытьё интимной зоны); «Уход за промежностью и наружными половыми органами»; «Полное купание в душе или ванной комнате».

Общие понятия -

Инфекция мочевыводящих путей (ИМП) – это группа заболеваний мочевыделительной системы, развивающихся вследствие инфицирования мочеполового тракта патогенными микроорганизмами.

Причины возникновения инфекции мочевыводящих путей:

- Снижение иммунитета.
- Переохлаждение организма (особенно в прохладное время года).
- Острые вирусные и бактериальные инфекции.
- Нарушения оттока мочи различного характера.
- Недостаточная интимная гигиена.
- Применение антибиотиков.
- Недостаточный питьевой режим.

Группы риска:

- Лица пожилого и старческого возраста.
- Женский пол.
- Подопечные с патологией мочевыделительной системы (например, мочекаменная болезнь, при которой камни являются дополнительным фактором риска для развития инфекций).
 - Подопечные, которым поставлен мочевого катетер (это входные ворота для инфекции).
 - Подопечные с хроническими заболеваниями (например, сахарный диабет).

Симптомы инфекции мочевыводящих путей:

- Частые, сильные позывы к мочеиспусканию.
- Болезненность, резь и ощущение жжения при мочеиспускании.
- Выделение мочи малыми порциями.
- Изменение цвета мочи.
- Помутнение мочи, появление в моче хлопьевидных выделений.
- Резкий запах мочи.
- Боли внизу живота.
- Боли в области поясницы.
- Повышение температуры тела.
- Тошнота, рвота.

Профилактика инфекции мочевыводящих путей:

1. Обеспечить подопечным соблюдение питьевого режима **по согласованию с врачом** (достаточный прием жидкости в течение дня). Данные фиксировать в папке «История ухода» в бланке «Контроль водного баланса».
2. Ограничить потребление соли (по согласованию **с врачом**).
3. Предотвращать длительный застой мочи в мочевом пузыре (своевременная помощь в посещении туалета и своевременное опорожнение мочевого пузыря).
4. Соблюдать правила гигиены при оказании интимных процедур (подмывать женщин в направлении спереди назад, от лобка к анальному отверстию).
5. Осуществлять интимную гигиену после каждой смены абсорбирующего белья.
6. Следить за наличием нижнего белья (трусы, панталоны) у активных подопечных, за их чистотой и ежедневной сменой.

7. Осуществлять уход за мочевым катетером (наблюдение, гигиена, документация). Обязательно фиксировать водный баланс у всех подопечных с мочевыми катетерами в папке «История ухода» в бланке «Контроль водного баланса».

8. При приеме антибиотиков, особое наблюдение за подопечными с первыми симптомами инфекции мочевыводящих путей, своевременная передача информации врачу.

2.5. Профилактика интертриго

Цель -

Минимизировать риски возникновения интертриго.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Смена подгузника»; «Помощь в пользовании судном, мочеприемником»; «Мытье подопечного в кровати»; «Уход за промежностью и наружными половыми органами»; «Смена нательного белья»; «Полное купание в душе или ванной комнате».

(Смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Постельный режим: риски и осложнения. Часть 1»)

Общие понятия-

Интертриго или опрелость – это воспаление поверхностных слоев кожи в складках, возникающее при мацерации и трении кожи. Чаще всего наблюдается на складках живота, на кожном покрове молочных желез, на коже подмышек, в складке между ягодицами, в пахово-бедренной области, на стопах и запястьях в межпальцевых складках.

Причины образования интертриго:

- Чрезмерное потоотделение, чаще всего вызвано жаркой или влажной погодой, одеждой, или постельным бельем не по сезону.
- Повышенное потоотделение при заболеваниях, сопровождающихся лихорадкой.
- Тяжелый физический труд.
- Высокая влажность и температура в помещениях.
- Обильное использование кремов для кожи и декоративной косметики в жаркое время (они образуют на коже пленку, создающую, парниковый эффект).
- Ношение синтетической, плотно прилегающей к телу одежды, в которой кожа «не дышит».
- Тесная и плохо вентилируемая обувь.
- Нарушение обмена веществ, избыточный вес.
- Длительное лежание в постели (инсульт, травмы).
- Аллергические реакции.
- Недостаточный гигиенический уход.

Последствия интертриго:

Кожные покровы краснеют, потом в складках появляются мокрые трещины, которые зудят, болят и вызывают дискомфорт. Отсутствие профилактики приводит к тому, что болезнь распространяется по коже, может осложниться бактериальными и грибковыми инфекциями, и даже перерасти в экзему.

Профилактика интертриго:

1. Следить за состоянием кожи, особенно в кожных складках.
Персонал по уходу обязан фиксировать изменения в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения».
2. Ежедневное влажное протирание естественных кожных складок с последующим их подсушиванием.
3. Проводить туалет кожи и кожных складок после испражнений и мочеиспусканий.

4. Гигиенические процедуры выполнять с применением нейтральных средств по уходу.

5. Проводить воздушные ванны для складок кожи: лежать с руками, отведенными в стороны или вверх, отводить ноги в сторону или выпрямлять их, прокладывая между пальцами ног или рук небольшие валики, чтобы пальцы были раздвинуты.

6. Использовать чистое постельное и нательное белье из натуральных материалов.

7. Отказ от напитков и еды, вызывающих аллергические реакции (по медицинским данным).

8. Обеспечение оптимальной температуры и влажности в комнате (как можно чаще проветривать помещение).

2.6. Профилактика контрактур

Цель -

Минимизировать риски образования контрактур у подопечного.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати)».

(Смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Постельный режим: риски и осложнения у маломобильных часть I».)

Общие понятия -

Контрактура – это ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, вплоть до полной его неподвижности (анкилоз). Контрактуры ведут к атрофии мышц, приводящих в движение пораженный сустав. Мышечная атрофия проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости. Длительное укорочение отдельных мышц еще больше ограничивает подвижность суставов, ускоряя развитие контрактуры и превращение ее в анкилоз.

Контрактура может поражать разные суставы



расположение стопы.

Упор не должен быть жестким, так как это может способствовать развитию пролежней.

1. Контрактуры стопы («конская стопа»).

«Конская стопа» формируется под действием веса стопы и давлением одеяла, когда стопа у человека довольно быстро опускается, в результате чего она приобретает висющую форму (как бы стоя «на цыпочках»).

С помощью упора или сапожка должно быть правильное



2. Полная обездвиженность пальцев руки в течение, например, 2-3 недель, приводит к

значительному ограничению амплитуды движений в суставах кисти и формированию контрактур. Сжатая в кулак кисть со временем принимает вид «птичьей лапки».



3. Возможно развитие контрактуры крупных суставов (тазобедренного, коленного, голеностопного, плечевого, локтевого).

По характеру различают контрактуры разгибательные (с ограничением сгибания в суставе) и сгибательные (с ограничением разгибания в суставе).

Причины образования контрактур:

- Неправильное позиционирование подопечных, при котором его суставы находятся в неправильном физиологическом положении, в результате чего развивается обездвиженность суставов.
- Развитие дистрофических и воспалительных процессов в суставах, что становится причиной болей и функциональных ограничений, резко снижая качество жизни получателя социальных услуг.

Факторы риска образования контрактур:

- немобильные и лежачие подопечные, с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями;
- подопечные в бессознательном состоянии;
- подопечные, ведущие сидячий образ жизни;
- подопечные, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

Развитие контрактур практически всегда является следствием некачественного ухода!

Развитие контрактур можно предотвратить проведением профилактики!

Профилактика контрактур:

1. Придание конечностям правильного положения, соответствующего среднему физиологическому (такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц).

Средним физиологическим положением считается следующая установка:

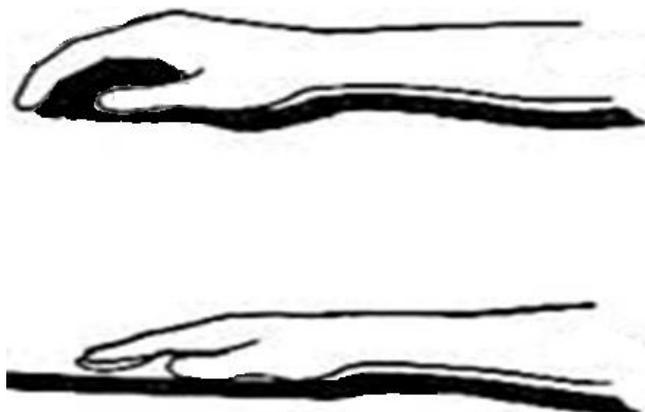
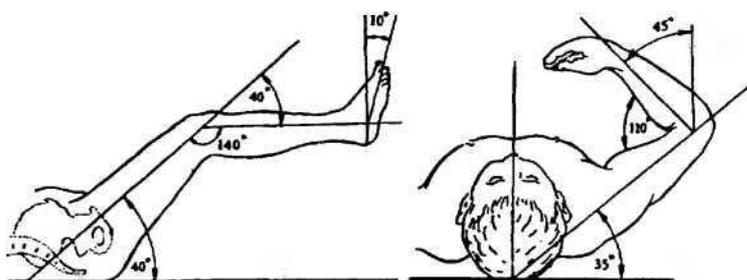
- тазобедренный и коленный сустав – сгибание 40 градусов;
- стопа – сгибание 10 градусов (под стопу подкладывают валик);
- плечевой сустав – сгибание 45 градусов;
- локтевой сустав – сгибание 80 градусов;
- пальцы кисти слегка согнуты.

Ниже, на рисунке, обозначены углы, под которыми следует располагать суставы конечностей. Для этого используют подкладные валики, подушки и другие приспособления.

Например, чтобы расположить тазобедренный сустав под углом 40 градусов, подкладывают большую по площади подушку. При этом ноги подопечного лежат горизонтально, а туловище – чуть приподнято.

Чтобы придать необходимое положение коленному суставу, под колени кладут плотные валики.

Для придания физиологического положения суставам верхних конечностей также используют систему подушек. Особое внимание уделяют укладке кистей рук и стоп.



Правильное (вверху) и неправильное (внизу) расположение кисти.

Внимание! Запрещено вкладывать в ладонь резиновые шарики, так как это способствует повышению тонуса сгибателей кисти и ускоряет развитие сгибательной контрактуры!



2. Важное направление профилактики контрактур – активные и пассивные движения в суставах.

Активные движения:

При проведении мероприятий ухода используют все возможности и ресурсы движения человека.

При возможности двигаться самостоятельно следует мотивировать подопечного как можно больше двигаться. Все, что человек может сделать сам или с помощью помощника (например, поднять руку или ногу, помыть лицо, держать ложку, любое другое движение), служит профилактикой контрактур.

Пассивные движения:

При невозможности подопечного совершать самостоятельных движений, необходимо проводить пассивные движения.

Перед выполнением пассивных движений необходимо подготовить подопечного психологически, чтобы снять страх и неуверенность, которые приводят к неосознанному сопротивлению усилиям произвести движение и к возникновению болей. Озвучивать

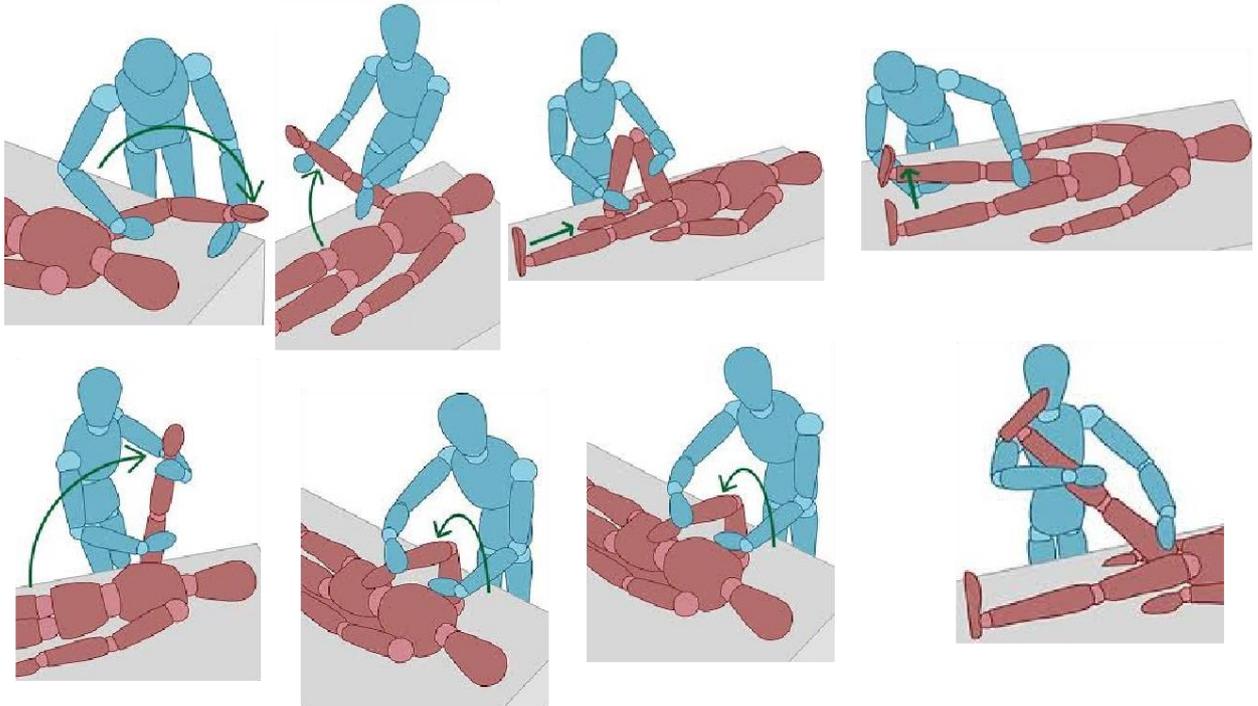
каждое свое действие.

Движения осуществляют только до появления болевых ощущений!

Если подопечный не может говорить, то внимательно наблюдать за выражением его лица.

Начинать необходимо с крупных суставов и заканчивать движениями в кистях и стопах.

Длительность упражнений не должна превышать 5 минут.



Уход при контрактурах:

- постепенное растяжение сократившихся при контрактуре мышц проводится после их предварительного расслабления. Для расслабления мышц упражнения начинают выполнять в теплой воде с применением небольших усилий;
- укрепление растянутых вследствие контрактуры мышц. При сгибательных контрактурах особое внимание уделяют укреплению мышц разгибателей, при разгибательной контрактуре дают нагрузки на мышцы-сгибатели;
- обеспечение безболезненности воздействий, так как боль способна вызывать рефлекторное мышечное сокращение.

2.7. Профилактика молочницы

Цель -

Минимизировать риски возникновения грибковой инфекции у подопечных по причине непрофессионального ухода.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Умывание» (уход за полостью рта); «Смена подгузника»; «Мытье подопечного в кровати» (мытьё интимной зоны); «Уход за промежностью и наружными половыми органами»; «Полное купание в душе или ванной комнате». (Смотреть на ютубе вебинары Лены Андреев «Постельный режим: риски и осложнения. Часть 2», «Гигиена маломобильного человека.»

Общие понятия -

Молочница (кандидоз) – разновидность грибковой инфекции, вызванная микроскопическими дрожжеподобными грибами рода *Candida*. Микроорганизмы рода

Candida входят в состав нормальной микрофлоры большинства здоровых людей (ротовая полость, толстая кишка, влагалище).

Причины развития молочницы:

- Снижение иммунитета.
- Стрессовые ситуации.
- Несоблюдение правил личной гигиены.
- Сахарный диабет, ВИЧ, туберкулез и другие тяжелые хронические заболевания.
- Длительный прием антибиотиков, противовирусных препаратов, антидепрессантов.
- Дисбактериоз и другие заболевания желудочно-кишечного тракта.
- Онкологические заболевания и заболевания крови.
- Снижение концентрации витаминов, микро- и макроэлементов в крови.
- Вредные привычки (алкоголизм, наркомания).
- Повышенное потоотделение при вегето-сосудистой дистонии.
- Резкая смена климата.
- Травмы слизистой рта, вследствие неправильного прикуса или неверно подобранных имплантов, зубных протезов или брекетов (кандидоз полости рта).
- Повреждения целостности кожных покровов (кандидоз кожи).

Группы риска:

- Лица пожилого и старческого возраста.
- Маломобильные и лежачие подопечные (влажная среда и перегрев кожи под одеялом, подгузниками или бельем из синтетической ткани).

1. Кандидоз слизистых оболочек полости рта:

Симптомы:

- Белые бляшки и молочный налет в ротовой полости.
- Кровоточивость слизистой под белым налетом, часто с образованием ранок.
- Дискомфорт в полости рта, зуд, жжение и болезненность в местах поражения слизистой. Появляется металлический привкус во рту или временная потеря чувствительности вкусовых рецепторов.
- Ощущение комка в горле, если грибковая инфекция распространилась на область глотки и затрудняет процесс глотания.
- Повышение температуры тела как ответная реакция на размножение грибка.
- Появление кандидозных «заед» в уголках рта. Кожа краснеет, появляются мелкие трещинки, часто покрытые беловатым налетом или прозрачными чешуйками.

2. Кандидоз кожных покровов –это поражение верхних покровов кожи грибковой инфекцией рода *Candida*. Развивается при попадании в кожные ранки грязи, необходимо своевременно защищать и обрабатывать даже самые мелкие царапинки на коже.

Симптомы:

Очаги поражения кожных покровов:

- красные, отечные,
- различные элементы сыпи: папулы, пустулы, пузырьки,
- мокнущие эрозии, язвочки,
- четко отграниченные участки поражения кожи с фестончатыми краями.

Локализация:

- в кожных складках,
- подмышечных, паховых областях,

- в межпальцевых промежутках,
- под молочными железами.

3. Кандидоз половых органов – это заболевание половых органов, вызванное дрожжеподобными грибами рода *Candida*.

Молочница половых органов может возникнуть как у мужчин, так и у женщин. Болезнь требует незамедлительного лечения, так как может распространяться на внутренние органы.

Причины возникновения:

- Заболевания эндокринных органов и гормональные нарушения.
- Прием противозачаточных препаратов.

Симптомы:

- Сильный зуд и жжение в интимном месте, которые усиливаются в ночное время.
- Болезненность при мочеиспускании.
- Болезненность при сексуальном контакте.
- Выделения из полового органа творожистых масс, густой консистенции и специфическим рыбным запахом.
- Появление на половых складках специфического налета из псевдомицелия.
- Отек и краснота половых органов.
- Кровоточивость кожи при снятии образовавшегося налета со слизистой оболочки.

У мужчин -

- Дискомфорт в районе крайней плоти.
- Налет появляется на головке полового члена.

4. Кандидоз кишечника – это инфекционное поражение пищеварительного тракта, вызванное грибковой флорой на фоне значительного снижения иммунитета.

Причины возникновения:

- Развитие в кишечнике чужеродных микроорганизмов.
- Снижение общей кислотности среды желудочно-кишечного тракта.
- Уменьшение численности собственной микрофлоры.
- Дисбактериоз и другие заболевания желудочно-кишечного тракта.

Симптомы:

- Жидкий стул с примесью белых хлопьев.
- Избыточное образование газов, боли в животе.

Это состояние опасно!

- Вымываются витамины и полезные вещества из организма.
- Пища практически не усваивается организмом.
- Наступает обезвоживание организма.

В случае обнаружения симптомов поражения кишечника и изменения характера стула ухаживающий обязан вести наблюдение за подопечным, фиксировать изменения в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения» и «Контроль дефекации», и сообщать о динамике состояния врачу.

Профилактика молочницы:

1. Своевременное выявление и лечение грибковых заболеваний.
2. Укрепление иммунитета, закаливание.
3. Исключение вредных привычек.
4. Регулярные гигиенические процедуры.
5. Профилактика дисбактериоза. Использование в рационе кисломолочных продуктов.
6. Исключение из рациона большого количества сладостей, выпечки, напитков дрожжевого брожения (квас, пиво).
7. Соблюдение питьевого режима.
8. Прием витаминно-минеральных комплексов.
9. Поддержание в чистоте и сухости участков тела, наиболее подверженных распространению грибковых колоний (паховую, ягодичную область, подмышки).
10. Ношение одежды из натуральных тканей, хорошо впитывающих лишнюю влагу.
11. Для интимной гигиены использовать средства, которые способствуют нормализации микрофлоры. Исключить антибактериальные средства гигиены.
12. Своевременная смена подгузников.
13. Обработка опрелостей кожи.
14. Избегать стрессовых ситуаций.

2.8. Профилактика обстипации**Цель -**

Минимизировать риски и осложнения возникновения запора (обстипации) у подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу за подопечными с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена подгузника»; «Помощь в пользовании судном, мочеприемником».(Смотреть на ютубе вебинары «Постельный режим: риски и осложнения. Часть 2.», «Гигиена маломобильного человека».)

Общие понятия -

Запор (констипация, обстипация). Оба термина используют для обозначения проблем с опорожнением кишечника.

Констипация – это нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более чем на 48 часов, выделение твердых каловых масс, сопровождающихся ощущением напряжения и дискомфорта.

Обстипация –это более тяжелый запор, с образованием плотных, затвердевших каловых масс. При обстипации самостоятельная дефекация невозможна.

Причины запора:

- Неправильное питание.
- Дегидратация.
- Малоподвижный образ жизни.
- Заболевания желудочно-кишечного тракта, в т.ч. заболевания заднего прохода.
- Неврологические заболевания.
- Заболевания эндокринной системы.
- Прием лекарственных препаратов.
- Длительная депрессия.
- Условия, в которых человек совершает дефекацию. Затруднение акта дефекации может происходить, если:
 - Неудобно осуществлять акт дефекации в присутствии других людей.

- Мало времени и постоянный контроль со стороны других людей.
- Нарушение интимности при осуществлении акта дефекации.

Симптомы запора:

- Дефекация менее трех раз в неделю.
- Отделение кала твердой плотности.
- Отсутствие ощущения полного опорожнения кишечника после дефекации.
- Наличие чувства блокировки содержимого в прямой кишке при потугах.
- Необходимость в сильных потугах.
- Необходимость поддержки пальцами тазового дна при акте дефекации.
- Необходимость пальцевого удаления содержимого из прямой кишки.

Кроме наличия запора **также могут отмечаться:**

- Тошнота.
- Снижение и потеря аппетита.
- Головная боль.
- Неприятный запах изо рта.
- Налет на языке.
- Изжога.
- Бессонница.
- Головокружение.
- Утомляемость и др.

Запор может существенно повлиять на качество жизни!

Чем опасен запор?

- Развитие дисбактериоза.
- Появление нарушений функций органов пищеварительной системы.
- Отравление (интоксикация) организма не выведенными вредными токсическими веществами.
- Появление геморроя.
- Развитие воспаления и непроходимости кишечника.
- Появление полипов и новообразований в прямой кишке.

Профилактика запора:

1. Регулярное питание - не реже 5 раз в день.
2. Диета с включением продуктов богатых растительной клетчаткой: овощей, фруктов, черного хлеба грубого помола, отрубей.
3. Соблюдение питьевого режима **по согласованию с врачом** (достаточный прием жидкости в течение дня не менее 1 литра).
4. Двигательная активность и занятия физкультурой (движение, мобилизация).
5. Очистительные клизмы **(строго по назначению врача)**.
6. Отмена препаратов, которые противопоказаны при запорах **(строго по назначению врача)**.
7. Если все меры не эффективны, назначают слабительные средства **(строго по назначению врача)**.
8. Создание комфортных условий во время дефекации, сохраняя удобство, достаточное время, интимность и уважительное отношение к получателю социальных услуг.
9. Работа с биографией, выяснение сведений о привычках и пожеланиях получателя социальных услуг, касающихся физиологических отправлениях.

10. Наблюдение за процессом дефекации на наличие: болей, стеснения во время акта дефекации, времени протекания процесса, частоты дефекации, примесей (крови, остатков пищи), консистенции, цвета, запаха, количества.

11. У всех маломобильных подопечных, нуждающихся в посторонней помощи при акте дефекации (а также по назначению врача), вести документацию в папке «История ухода» в бланке «Контроль дефекации».

12. При отсутствии дефекации более трех дней, изменении стула, наличии болей фиксировать изменения в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения» и в бланке «Контроль дефекации» и сообщать о динамике состояния медицинскому персоналу.

13. Проводить разъяснительные беседы с подопечных об опасности запора, о необходимости соблюдения питьевого режима, о недопустимости сдерживания позывов на дефекацию.

2.9. Профилактика тромбоза

Цель -

Минимизировать риск осложнений и внезапной смерти у подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу за подопечными с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Смена нательного белья»; «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати); «Сопровождение при ходьбе». (Смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Постельный режим: риски и осложнения. Часть 2»)

Общие понятия -

Тромбоз (свертывание, сгусток) – это прижизненное формирование сгустков крови (тромбов) внутри кровеносных сосудов, препятствующих свободному потоку крови по кровеносной системе. Тромб может образоваться как в артериальном, так и в венозном русле.

Причины образования тромба:

- Повреждение стенки сосудов токсинами или травматическими воздействиями, атеросклероз сосудов.
- Повышение свертываемости крови.
- Замедление кровотока на участке сосудистого русла (заболевания сердечно-сосудистой системы, атеросклероз сосудов, варикозная болезнь).

Нарушение эластичных свойств сосудов, их хрупкость, повышение давления приводят к нарушению целостности сосудистой стенки и отрыву тромба.

Факторы риска развития тромбоза:

- Возраст старше 40 лет.
- Неподвижное лежачее положение подопечных в течение длительного периода.
- Варикозная болезнь.
- Травмы конечностей.
- Ожирение.
- Курение.
- Малоподвижный образ жизни.
- Онкологические заболевания.

- Болезни крови и сердечно-сосудистой системы.
- Тяжелое течение беременности и родов
- Оперативные вмешательства на органах грудной, брюшной полости.
- Прием противозачаточных препаратов.

Последствия тромбоза:

- Тромбоэмболия легочной артерии.
- Инфаркт миокарда.
- Ишемический инсульт мозга.
- Гангрена конечностей.
- Тромбофлебит.

Чаще всего тромбы образуются в глубоких и поверхностных венах нижних конечностей и венах малого таза. Воспалительный процесс венозной стенки с формированием тромба называется **тромбофлебит**.

Основные симптомы тромбоза поверхностных вен:

- Тяжесть и боль в ногах.
- Синюшность кожи.
- Шнуровидное уплотнение по ходу тромбированной вены.
- Ощущение «ползающих мурашек».
- Повышенная чувствительность кожи.
- Судороги икроножных мышц.

При тромбозе поверхностных вен, осложненном тромбофлебитом:

- Отечность тканей в зоне воспаления.
- Боль по ходу вены, может усиливаться при физическом напряжении.
- Покраснение кожи по ходу воспаленной вены.

Основные симптомы тромбоза глубоких вен:

- Чувство тяжести в ногах, усиливается к вечеру.
- Боль возникает по внутренней стороне стопы, голени и бедра.
- Чувство распирания голени.
- Онемение, ощущение «ползающих мурашек».
- Ноги отекают, увеличиваются в объеме.
- Кожа пораженной ноги становится бледной и местами синюшной.
- При воспалении вены, температура тела может подняться до 39 °С.
- Озноб, недомогание при отсутствии признаков ОРВИ.

Тромбоз глубоких вен – это жизнеугрожающее состояние!

Возможно движение и отрыв тромба с током крови, эмболизация сосудов жизненно важных органов (сердце, головной мозг, легкие, кишечник, почки), что может приводить к смертельному исходу.

Профилактика тромбоза:

1. Профилактика дегидратации. Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).
2. Употреблять продукты, способствующие разжижению крови: оливковое и льняное масло, чеснок и лук, лимоны, семечки подсолнуха, свекла, рыбий жир, томаты, овсяная каша, ягоды малины, черники, клюквы, земляники, вишни.
3. Уменьшить употребление продуктов, сгущающих кровь: мясные бульоны, колбасы, копчености, студень, белый хлеб, сливки.
4. Избегать: курение, алкоголь.
5. Ограничить потребление соли (**по согласованию с врачом**).

6. Мобилизация подопечного.
 7. Правильное позиционирование подопечного в кровати с приподнятыми ногами.
 8. Максимально возможная двигательная активность подопечного. По возможности, ходить пешком, быть на свежем воздухе, на прогулках.
 9. При постельном режиме, возвышенное положение ног! (подкладывать подушки).
 10. Носить компрессионное белье. Компрессионные гольфы и чулки способствуют венозному оттоку от нижних конечностей.
 11. Во время проведения мероприятий по уходу за маломобильными подопечными (гигиена тела, переодевание) делать пассивные движения, если человек самостоятельно не может их выполнять.
- Если подопечный в состоянии самостоятельно двигать конечностями, то просить его делать это самому.

Важно носить чулки во время мобилизации вне пределов кровати!

- Чулки необходимо надевать утром, до того, как встать с кровати!
- Подбирать строго по размеру.
- Следить за правильностью посадки.
- Не употреблять крема до использования чулков.

При тромбозе глубоких вен строго запрещено!

- Поднимать тяжести.
- Ходить в тесной обуви.
- Давать интенсивную нагрузку на конечности.
- Принимать горячую ванну/душ.
- Набирать вес (контроль веса подопечного 1 раз в месяц).
- Потреблять много соли.
- Принимать алкоголь.
- Курить.

2.10. Профилактика пневмонии

Цель -

Минимизация рисков возникновения пневмонии у подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении мероприятий по уходу за подопечными с недостаточностью самостоятельного ухода, в том числе при выполнении технологии «Умывание» (уход за полостью рта, уход за носом); «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати) (Смотреть в интернете Ольга Николаевна Выговская: «Дыхательная гимнастика», «Мастерская заботы. Профилактика застойных пневмоний у лежачих больных»)

Общие понятия -

Пневмония – это острое поражение легких инфекционно-воспалительного характера, в которое вовлекаются все структурные элементы легочной ткани, преимущественно – альвеолы и интерстициальная ткань легких.

Причины возникновения пневмонии:

- Длительное статичное положение у лежачих подопечных.
- Заброс содержимого желудка в глотку и бронхолегочную систему у лежачих подопечных.
- Состояния после перенесенного инсульта.
- Нарушение санитарно-эпидемиологического режима,

- Проведение искусственной вентиляции легких и других медицинских процедур.
- Ненадлежащий уход.

Провоцирующие факторы:

- Переохлаждение верхних дыхательных путей.
- Острые вирусные инфекции и хронические болезни легких.
- Частые стрессы.
- Снижение иммунитета.
- Длительное пребывание в одном положении, нарушение вентиляции легких.

Пневмония часто становится причиной смерти

Признаки пневмонии:

Пневмонию следует заподозрить, если у подопечного появились следующие симптомы:

- Изменение общего состояния, слабость, утомляемость, потеря аппетита.
- Нарушение сознания (у людей пожилого и старческого возраста первым признаками пневмонии может быть дезориентация, галлюцинации).
- Покашливание. Стойкий кашель, иногда болезненный.
- Мокрота, может быть с примесью крови.
- Нарушение дыхания, одышка, сухость губ, хрипы.
- Боли в груди при дыхании (усиливаются на вдохе или во время приступов кашля).
- Не исключены боли в спине и животе.
- Повышение температуры, у людей пожилого и старческого возраста – до субфебрильных цифр. В некоторых случаях температура может подняться резко и выше 38,5⁰С.
- Симптомы общей интоксикации и лихорадки: озноб, потливость, головные боли, боли в животе, учащенное сердцебиение (тахикардия) и др.

Профилактика пневмонии:

1. Соблюдение правил личной гигиены и уход за полостью рта.
2. Полноценное питание.
3. Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).
4. Гигиена помещения, ежедневное проветривание, влажная уборка, борьба с пылью.
5. Избегать сквозняков и переохлаждения, при повышенной потливости менять нательное и постельное белье.
6. Ранняя и регулярная мобилизация подопечных.
7. Позиционирование в кровати каждые два часа с целью улучшения дренажной функции бронхолегочной системы.
8. Легкий массаж – постукивания по всей поверхности спины рукой, сложенной «лодочкой».
9. Проведение дыхательных упражнений по 3-5 минут 3 раза в день (обычный вдох носом и длинный выдох ртом, надуть воздушный шарик, дуть на еду во время приема пищи).
10. Запрет курения.
11. Профилактика аспирации (см. профилактику аспирации).
12. Облегчить дыхание маломобильному подопечному. Человек должен располагаться на специализированной кровати, спинка которой поднята под углом в 30⁰, такое положение «освобождает» диафрагму и способствует более глубокому дыханию, см. рис.

Улучшить дренаж бронхолегочной системы можно меняя положение тела человека несколько раз в день.

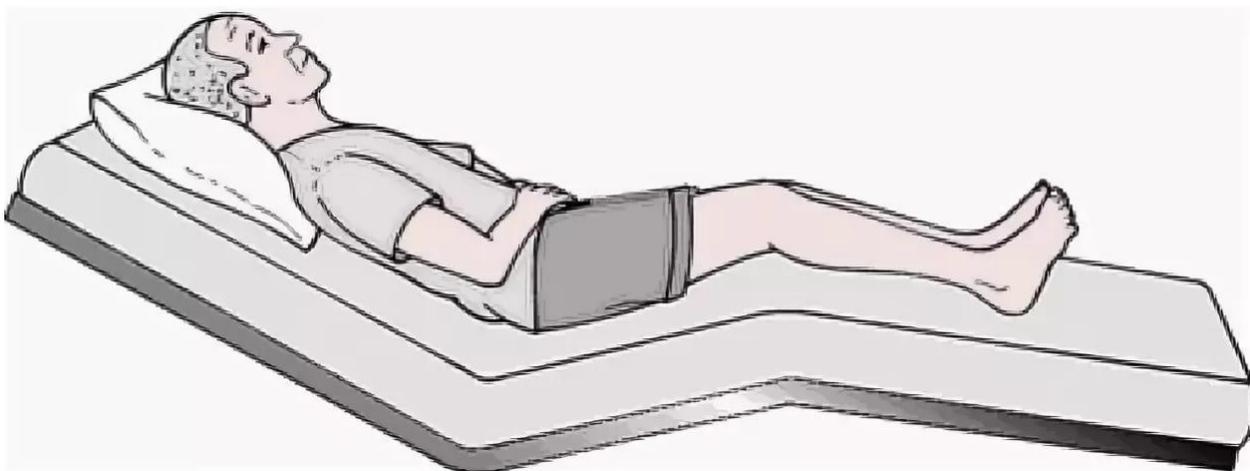


Рис. Положение с приподнятым головным концом разгружает диафрагму и способствует увеличению объема вдыхаемого воздуха.

Только правильный уход способен резко снизить вероятность развития пневмонии!

2.11. Профилактика пролежней

На основе Национального Стандарта Российской Федерации ГОСТ Р 56819 – 2015 (01.11.2017 года ввод в действие)

Цели –

Минимизировать риски образования пролежней у подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при выполнении технологии «Мытье подопечного в кровати»; «Уход за промежностью и наружными половыми органами»; «Смена постельного белья»; «Смена нательного белья»; «Позиционирование в кровати (физиологическое положение тела в кровати). (Смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Профилактика возникновения пролежней.»

Общие понятия -

Пролежни (dekubitus)– это повреждение кожных покровов и тканей под ними от длительного давления или смещения кожных покровов. Кожные ткани (это не всегда видно глазу) не получают питания и в них происходит нарушение, вплоть до отмирания ткани (некроз) с образованием язв.

Факторы риска образования пролежней:

С целью выявления риска образования пролежней предложено много оценочных шкал:

- шкала Norton (1962);
- шкала Waterlow (1985);
- шкала Braden (1987);
- шкала Medley (1991) и другие.

Факторы риска образования пролежней по шкале Нортон

Физическое состояние	Хорошее	Удовлетворительное	Тяжелое	Крайне тяжелое
Психическое состояние	Ясное	Апатия (безучастное)	Спутанное (дезориентированность)	Ступор (загруженность)
Активность	Ходит без посторонней помощи	Ходит с посторонней помощью	Нуждается в кресле-коляске	Постельный режим, лежачий больной
Подвижность	Полная, хорошая	Несколько ограничена	Сильно ограничена	Обездвиженность
Контроль за функциями таза	Недержание мочи отсутствует	Иногда недержание мочи	Недержание мочи	Недержание мочи и кала
Баллы	4	3	2	1

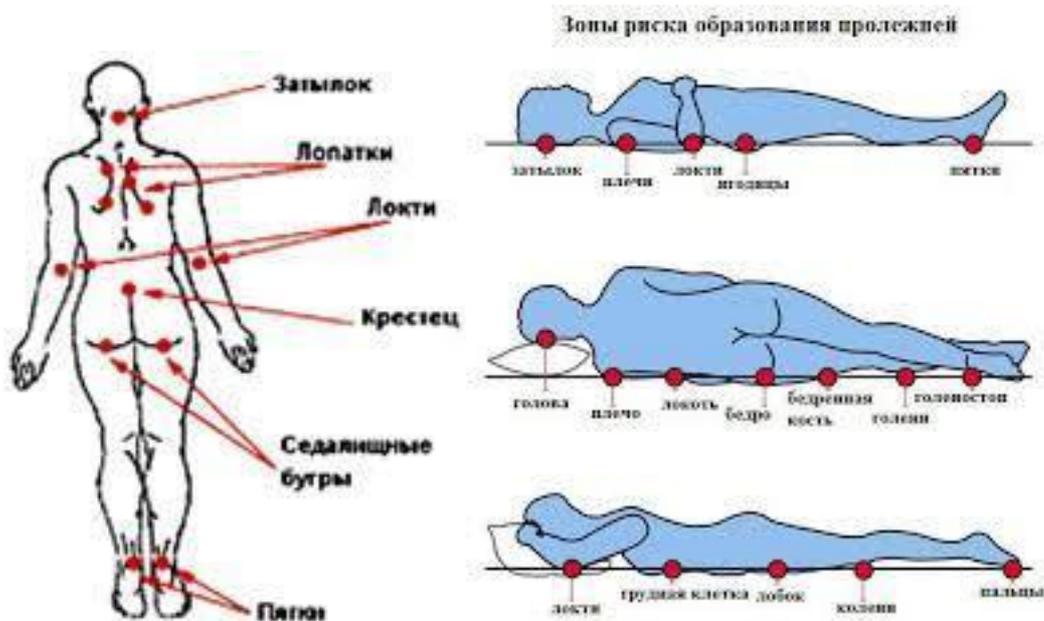
При 12 баллах или меньше– очень вероятно образование пролежней.

При 14 баллах или меньше–имеется опасность образования пролежней.

При более 14 баллов– опасность образования пролежней невелика.

Профилактику пролежней обязательно проводить при количестве баллов по шкале Нортон ≤ 12 баллов и желательно – при ≤ 14 баллов.

Части тела наиболее подверженные возникновению пролежней



Стадии пролежней по Зайлеру:

1 стадия – покраснение кожных покровов.

2 стадия – поверхностное повреждение кожи. Водяные волдыри (опасность инфекции).

3 стадия – нарушение более глубоких тканей.

4 стадия – некрозы, повреждение костей.

Пролежни – частое осложнение малоподвижности, являются следствием недостаточного ухода!

Профилактика пролежней:

Основные принципы профилактики пролежней:

1. Раннее выявление пролежней на первых этапах их формирования. Оценка факторов риска развития пролежней (по шкале Нортон).
2. Проводить осмотр кожных покровов при проведении гигиенических процедур.
3. Освобождать от давления участки тела, подверженные возникновению пролежней.
4. Избегать трения кожи. Мокрую кожу подопечного вытирать только промачиванием.
5. Сбалансированное питание (по рекомендации врача, диетолога). Основные рекомендации: белковые продукты – молоко, творог, йогурт, мясо, яйца, сыр.
6. Соблюдение питьевого режима (количество приема жидкости **по согласованию с врачом**).
7. Своевременное и адекватное лечение.

Все перемещения подопечных должны осуществляться с предельной осторожностью, чтобы не допускалось трения или растяжения (сдвига) кожных покровов.

Направленность мер	Меры профилактики пролежней
Устранение простого контактного дерматита, вызванного недержанием	<ul style="list-style-type: none"> ● Регуляция водной нагрузки ● Лечение заболеваний, сопровождающихся недержанием мочи и кала (включая хирургические методы) ● Применение абсорбирующих средств, в том числе на основе закрученной целлюлозы (обладает антибактериальным эффектом, нормализует кислотность кожи, поддерживает эпидермальный барьер за счет специальных типов биополимеров, входящих в состав подгузника) ● Применение средств по уходу за кожей
Предупреждение механического сдавления	<ul style="list-style-type: none"> ● Обеспечение максимальной мобильности больного (лечебная физкультура, ранняя активизация после инсульта, переворачивание) ● Использование средств, предупреждающих сдавление (валики, подкладки, матрасы и т.д.)
Предупреждение сдвига кожи	<ul style="list-style-type: none"> ● Соблюдение правил мытья кожи (без трения, просушка касанием) ● Соблюдение правил перемещения больного
Обеспечение адекватного кровоснабжения	<ul style="list-style-type: none"> ● Обеспечение адекватного питания и питья ● Устранение механических причин нарушения кровоснабжения (позиционное сдавление) ● Устранение локальных и распространенных причин нарушений микроциркуляции

Профилактика пролежней:

Основные мероприятия по профилактике пролежней:

1. Оценка факторов риска развития пролежней с помощью шкалы Нортон осуществляется медицинскими сестрами:
 - постоянное наблюдение за кожными покровами во время проведения медицинских манипуляций и гигиенических процедур,

– перепроверка по шкале Нортон производится каждые полгода и при изменении состояния подопечных. С целью оценки состояния кожи, может применяться «Пальцевой тест».

Пальцевой тест

Покраснение кожи может уже являться пролежнем. Нажимать пальцем на пятно в течение 10 секунд. Если пятно побелеет, значит еще опасности нет.

Не проходящее после нажатия покраснение, при невнимательности, может привести к повреждению тканей.

2. Периодическая смена положения подопечного в постели (каждые 2-3 часа, не менее 8 раз в сутки). Все перемещения должны осуществляться с предельной осторожностью, чтобы не допускалось трение или растяжение кожных покровов. Смену положения тела фиксировать в папке «История ухода» в бланке «Контроль за изменением положения тела пациента».

3. Использование специальной кровати и скользящих простыней.

4. В наиболее уязвимых у подопечных областях рекомендуется применять матрас для профилактики пролежней (противопрележневый матрас) или подкладывать специальные подушки, свернутые одеяла.

5. Необходимо следить за тем, чтобы простынь на постели подопечных не образовывала складки, не было крошек и посторонних вещей, а на нательном белье не было грубых швов.

6. Мокрое, загрязненное постельное и нательное белье должно незамедлительно заменяться. Должна проводиться своевременная смена абсорбирующего белья и уход за кожей интимной зоны после каждого опорожнения.

7. В помещении, где находится подопечный, следует поддерживать нормальную температуру и влажность воздуха, регулярно проветривать и проводить уборку.

8. Обучение подопечных.

Необходимо проводить обучение самих подопечных наблюдать за своим кожным покровом.

9. Все изменения на коже подлежат обязательной документации в папке «История ухода» в бланке «Дневник наблюдения».

При обнаружении любого нарушения целостности кожного покрова, осуществлять передачу информации медицинская сестра-врач!

Дальнейшие мероприятия назначает врач, в соответствии со стадией пролежней. Назначения должны быть строго соблюдены!

10. При ведении документации лечения пролежней выполнять правильно фотографирование локализации раны (по с подопечными).

ФИО																			
Год рождения/дата/фото																			
Локализация																			
Глубина/Подпись																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2
									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0



Предотвращение образования пролежней на крестце:

Важно учитывать четыре основных фактора риска для крестцовых пролежней: давление, трение, сдвиг, влага.

Воздействие сдвигающих сил происходит, если подопечный принимает вытянутое положение, а не приподнятое, или «соскальзывает» при сидячем положении в постели из-за неправильного позиционирования.

Для профилактики необходимо:

- Проводить смену положения тела не реже, чем каждые 2 часа.
- Избегать давления и усилия сдвига на кожу.
- Укладывать в положение лежа на боку 30° .
- Устранять влагу при недержании хорошо впитывающими абсорбирующими средствами.

Рекомендуемые мероприятия при риске развития пролежней по ГОСТ Р 56819 – 2015: при недержании мочи – смена подгузников проводится каждые 6 ч.,

При недержании кала – смена подгузников проводится немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой.

Рекомендуемый режим использования абсорбентов:

3 подгузника в течение дня и 1 подгузник на ночь с последующей бережной гигиенической процедурой, которая проводится при помощи профессиональных (косметических) средств, изделий по уходу за кожей.

Предотвращение образования пролежней на пятках:

Для разгрузки пяток применяются защитные устройства. Они должны поднять пятку полностью от поверхности кровати, таким образом, чтобы распределить вес по всей ноге вдоль икры, без давления на Ахиллово сухожилие.

Важно!

Не рекомендуется к использованию для профилактики и лечения пролежней следующие средства, так как они могут вызвать ожог или дополнительное раздражение, замедляя при этом процесс заживления:

- Бриллиантовый зеленый 1 %-ный или 2 %-ный спиртовой или водный раствор;
- Калия перманганат раствор;
- Фукорцин раствор и другие красящие средства;
- Гексахлорофен раствор;
- Хлоргексидин раствор;
- Повидон-йод раствор (может применяться по ограниченным показаниям);
- Спирт камфорный;
- Спирт этиловый 95 % — 96 %. 90 %. 70 %, 40 %;
- Одеколон;
- Соляно-коньячный раствор;

- Салициловая кислота раствор;
- Перекись водорода раствор (может применяться по ограниченным показаниям);
- Разведенный раствор спирта (водки) в сочетании с шампунем;
- Картолин мазь;
- Линимент бальзамический по А.В. Вишневскому;
- Растительные средства народной медицины, имеющие дубильный (вяжущий) эффект (кора дуба, кора ивы, калганый корень, настой зеленого грецкого ореха, схумпия и др.);
- Применение резинового круга (резинового судна) в т.ч. обернутого ветошью, марлей;
- Массаж «рискованных» участков тела;
- Гигиенические мероприятия без использования профессиональных (косметических) средств, медицинских изделий по уходу за кожей, например, лосьонов, ленок, кремов, защитных пленок и др.

Вся документация по уходу должна являться безукоризненным доказательством того, что риск пролежней был выявлен, были спланированы и проведены профилактические меры, а также осуществлялся регулярный контроль подвергающихся риску участков кожи как «контрольный результат».

2.12. Профилактика падений

Цели -

Минимизировать риски падений подопечных.

Данный вид профилактики реализуется при создании безопасной среды дома, в том числе при выполнении технологии «Мытье в кровати»; «Смена постельного белья»; «Смена нательного белья»; «Перемещение на край кровати»; «Позиционирование в кровати (физиологичное положение тела в кровати); «Перемещение из кровати в кресло-коляску (стул); «Полное купание в душе или ванной комнате»; «Сопровождение на прогулку на коляске»; «Сопровождение при ходьбе». (Смотреть на ютубе вебинар Лены Андреев «Риски падения».)

Общие понятия -

Падение – это неосознанное изменение положения тела, в результате которого человек оказывается на земле, полу или более низком уровне.

Падения являются значительной проблемой общественного здоровья во всем мире.

Группа риска:

- Подопечные, имеющие в анамнезе падения (в течение последних трех месяцев).
- Импульсивные и беспокойные получатели социальных услуг.
- Подопечные, в бессознательном состоянии, под действием алкоголя, медикаментов.
- Подопечные, передвигающиеся с помощью костылей, на каталке или передвигающиеся с помощью посторонних людей, подопечные с нестандартной походкой.
- Подопечные, испытывающие головокружения.
- Подопечные, подверженные ортостатическим коллапсам.
- Подопечные со сниженной мышечной координацией.

Факторы риска падений:

Внутренние факторы:

- Возрастное снижение равновесия, нарушения двигательных функций, равновесия.
- Когнитивные расстройства (деменция).

- Нарушения зрения.
- Головокружение.
- Мышечная слабость.
- Ортопедические заболевания нижних конечностей.
- Множественные хронические заболевания.
- Прием психотропных препаратов.
- Прием более 4-х медикаментов одновременно.
- Психологическое состояние – боязнь упасть.
- Нарушения питания.

Внешние факторы:

- Дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, рваный линолеум, провода и другие предметы на пути и пр.).
- Характер обуви и одежды (открытый задник, скользкая подошва).
- Неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.

Организуя уход за неподвижным с ограниченной мобильностью, необходимо дать комплексную оценку риска падений у этого человека.

Методы оценки риска падения

С целью оценки риска падений используется шкала Морсе (MorseFallScale). В папке «История ухода» заполняется бланк «Лист оценки риска падения».

Шкала риска падений Морсе (MorseFallScale)

Показатель	Баллы
Падение в анамнезе:	
• Нет	0
• Да	25
Сопутствующие заболевания (больше одного диагноза):	
• Нет	0
• Да	25
Имеется ли вспомогательное средство для перемещения:	
• Постельный режим / помощь санитарки	0
• Костыли / ходунки / трость	15
• Придерживается при перемещении за мебель	30
Проведение внутривенной терапии (наличие в/в катетера):	
• Нет	0
• Да	25
Оценка собственных возможностей и ограничений(ментальный/психический статус):	
• Адекватная оценка своих возможностей	0

● Переоценивает свои возможности или забывает о своих ограничениях	15
Функция ходьбы:	
● Норма / постельный режим / обездвижен	0
● Знает и понимает свои ограничения	0
● Слабая	10
● Нарушена	20

Шкала оценки риска падений

ОЦЕНКА РИСКА	БАЛЛЫ	ДЕЙСТВИЯ
Нет риска	0	Тщательный основной медицинский уход
Низкий уровень	5-20	
Средний уровень	25-45	Внедрение стандартизованных вмешательств для профилактики падений
Высокий уровень	≥46	Внедрение специфических вмешательств, направленных на профилактику падений

Профилактика падений:

Работа с подопечными:

1. Выявление факторов риска:
 - проверка и коррекция принимаемых медикаментов, особенно психотропных препаратов;
 - коррекция кровяного давления, профилактика и лечение ортостатической гипотензии;
 - адекватное лечение хронических заболеваний у подопечных (сердечно-сосудистых, сахарного диабета и др.);
 - при необходимости, дополнительное назначение витамина Д и препаратов кальция;
 - лечение корректируемых нарушений зрения;
 - коррекция нарушений сна;
 - оценка и коррекция состояния питания.
2. Оценка условий и изменение окружающей среды для подопечных с имеющимися факторами риска или уже переживших падения.
3. Применение технических средств реабилитации (4-палая трость, устойчивые ходунки, ремень фиксации пациента в инвалидной коляске). Обучение правильному их использованию.
4. Использование специальных защитных приспособлений для шейки бедра среди людей, подверженных риску перелома шейки бедра.
5. Программы физических упражнений для групп высокого риска падений:
 - упражнения на равновесие и баланс;
 - упражнения по тренировке и коррекции походки;
 - для укрепления мышц и восстановления вестибулярной функции,
 - групповые упражнения в учреждении, которые могут включать обучение в области профилактики падений.
6. Занятия психологической поддержки после перенесенных падений.

7. Обучение получателей социальных услуг предотвращению падений, включить в программу образования тему «Профилактика падений», в т.ч.:

- обучение повышению самообслуживания;
- тренинги по предотвращению падений;
- правильное использование вспомогательных средств;
- тренинги по технике вставания при падениях.

8. Проведение, по мере необходимости, инструктажа подопечных, их семей и посетителей на возможные опасности в плане падений.

Мероприятия для персонала по предотвращению падений в организации социального обслуживания:

1. Разработка программы по обучению персонала работе с пожилыми людьми и общей стратегии профилактики падений в организации социального обслуживания.

2. Обучение персонала правильному перемещению маломобильных получателей социальных услуг.

3. Обучение персонала определению риска падений получателей социальных услуг (шкала Морсе).

4. Обеспечение выписки по ИПРА технических средств реабилитации, способствующих устойчивой ходьбе (4-х-палая трость, устойчивые ходунки, ремень фиксации получатели социальных услуг в инвалидной коляске).

5. Обучение персонала действиям при падении получателя социальных услуг и заполнению бланка «Протокол падения» в папке «История ухода» при каждом случае падения в организации.

6. Тщательный анализ каждого случая падения получателей социальных услуг в организации социального обслуживания.

Создание безопасной среды в организации социального обслуживания:

- Усовершенствование системы вызова персонала, установка сигнализации около кроватей.
- Ограничение степени открывания окон.
- Оборудование коридоров, ванных комнат и туалетов поручнями.
- Наличие достаточного освещения в помещениях и жилых комнатах.
- Использование низких кроватей для получателей социальных услуг с риском падения.
- Использование вспомогательных устройств передвижения.
- Доступность для получателей социальных услуг необходимых предметов.
- Размещение информационных вывесок в жилых комнатах о мерах по предупреждению падений.
- Качественный пол (цельный линолеум, удобные лестницы, нескользкая плитка, специальные знаки «Мокрый пол»).
- Обувь персонала должна быть с задниками.
- Обувь получателей социальных услуг должна быть на нескользящей подошве, подходящего размера, с задниками.
- Одежда получателей социальных услуг должна быть по размеру и не стеснять движения.

Регламент профилактики падений в организации социального обслуживания

1. Обязательная оценка всех получателей социальных услуг на предмет риска падения.

2. Регистрация и анализ всех случаев связанных с падениями получателей социальных услуг.

3. Внедрение мероприятий по предотвращению падений в организации социального обслуживания.
4. Ознакомление всех сотрудников со стратегией по снижению риска падений.
5. Инструктаж персонала мерам по снижению рисков падений, проведение «Минут безопасности».
6. Возможность быстрого вызова персонала при возникновении падения.
7. Обучение персонала правилам реагирования на факт падения получателей социальных услуг.

«Минуты безопасности» -

Это мероприятия по снижению риска падений в организации социального обслуживания:

- соблюдать, чтобы все необходимые для получателей социальных услуг объекты и предметы находились в пределах досягаемости (телефоны, очки, стакан с водой и др.) и были хорошо освещены;
- все кровати должны находиться в наиболее низком положении все время;
- размещение информационных вывесок о предосторожностях в жилых комнатах;
- окружающая получателей социальных услуг среда всегда содержится в чистоте и порядке, отсутствуют лишние предметы;
- использовать специальные знаки «Мокрый пол» на только что вымытых полах, при проведении уборок;
- незамедлительная реакция персонала на вызовы получателей социальных услуг, в том числе сигнальные.

Действия персонала при падении получателя социальных услуг

1. Если персонал находится рядом в момент падения: не удерживать человека от падения, а снизить риск удара, помочь мягко опуститься на пол, кровать или стул.
2. Обеспечить безопасное положение в месте падения, если необходимо, позвать помощь.
3. Если обнаружены видимые повреждения, не трогать человека, позвать медицинский персонал для осмотра.
4. Заполнить в папке «История ухода» бланк «Протокол падения»

Протокол падений

ФИО _____

Год рождения _____ № комнаты ____

Дата падения _____ Время падения _

Место падения _____

Кто обнаружил _____

Где обнаружили _____

В каком состоянии (в сознании, без сознания) ____

Версия падения персонала _____

Версия падения подопечного _____

Визуальный осмотр (наличие видимых повреждений)

Жалобы подопечного на болевые ощущения:

да нет

Если «да»: локализация боли _____

Характер боли (при движении, в покое, при прикосновении) _

Принятые меры (вызвали скорую помощь, госпитализация,

сообщили лечащему врачу, передали по смене о дальнейшем наблюдении, сообщили директору)

Комментарии