



3
Часть

А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов

*Дорогие читатели!
Нам очень важна обратная связь.*

Ваши пожелания можно направлять по адресу:
г. Москва, Ленинский проспект, 8 к12,
Сестричество во имя благоверного царевича Димитрия,
E-mail: uhod.posobie@yandex.ru

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

ОСНОВЫ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ И ПЕРЕМЕЩЕНИЯ

Москва
2017



СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ
СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКОЕ УЧИЛИЩЕ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ

**А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов**

УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

**Основы правильного
позиционирования
и перемещения**

Часть 3

**Москва
2017**

Оглавление

УДК 616.831:616-083
ББК 56.127
Д13

А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова, Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов
Уход за пациентами после инсульта. Часть III
Основы правильного позиционирования и перемещения. –
М.: ООО «Адвансед солюшнз», 2017. – 32 с.
Художник – О.В. Ананьева

Иллюстративный материал заимствован из общедоступных ресурсов интернета, не содержащих указаний на авторов этих материалов и каких-либо ограничений для их заимствования.

Практическое пособие является третьим из серии публикаций по теме ухода за пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения. Практическое пособие предназначено для младших медицинских сестер, сестер по уходу, родственников и других лиц, осуществляющих уход за пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, или желающих научиться уходу. Отдельные материалы пособия могут быть полезны при организации ухода за пациентами с неврологическими и другими патологиями, имеющими ограничения в самообслуживании.

В пособии представлены материалы по правильному позиционированию и перемещению пациентов. Позиционирование пациентов с использованием подушек-валиков служит профилактикой ряда осложнений: пневмоний, пролежней, контрактур, спастичности, болей в плече и т.д. В пособии предлагаются рекомендации по обеспечению безопасности пациента и ухаживающего при перемещении, использованию оборудования и подручных средств, а также конкретные алгоритмы действий при перемещении пациента. С целью обучения навыкам перемещения пациентов рекомендуем дополнительно пройти обучение на кратких курсах.

При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 № 68-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ».

ISBN 978-5-906722-70-6 (т. 3)
ISBN 978-5-906722-72-0

© А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов

Подписано в печать: 31.07.2017. Формат 60x90 1/16.
Бумага офсетная. Печать офсетная.
Тираж 500 экз. Заказ № 5647.
ООО «Адвансед солюшнз»
119071, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 19, стр. 1.

ВВЕДЕНИЕ.....	4
Используемое оборудование и медицинские приспособления	4
ГЛАВА 1. ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА	5
1.1 Значение правильного позиционирования	5
1.2 Укладывание с использованием подушек-валиков в положении на спине	6
1.3 Укладывание в положении на боку.....	8
1.4 Положение на высоком изголовье.....	9
1.5 Усаживание со спущенными ногами	10
ГЛАВА 2. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА	11
2.1 Безопасность ухаживающего	11
2.2 Безопасность пациента при перемещении	13
2.3 Естественные модели движений.....	13
2.4 Силы трения и скольжения в уходе	14
2.5 Варианты расположения скользящей простыни	15
2.6 Участие пациента в перемещении	16
2.7 Удержание и поворот головы пациента	16
2.8 Удержание рук и ног пациента	17
2.9 Перемещение пациента поперек кровати	17
2.9.1 Перемещение на себя с незначительным участием пациента или без участия.....	18
2.9.2.Перемещение поперек кровати с активным участием пациента.....	19
2.10 Поворот пациента на бок	19
2.10.1 Поворот на бок с целью позиционирования с незначительным участием или без участия пациента	20
2.10.2 Поворот на бок с целью позиционирования с активным участием пациента.....	22
2.10.3 Поворот при травмах бедренной кости и тазобедренного сустава	22
2.11 Подтягивание к изголовью кровати с использованием скользящей простыни	22
2.11.1 Подтягивание пациента с незначительным участием или без участия	23
2.11.2 Подтягивание с активным участием пациента	24
2.12 Усаживание в кровати.....	25
2.13 Перемещение вперед и назад в положении сидя	26
2.14 Пересаживание пациента	27
2.15 Подъем со стула и усаживание	30
2.17 Ходьба	31
2.18 Действия при падении пациента.....	31

ВВЕДЕНИЕ

Уход — один из важных компонентов реабилитации пациента. Сроки и темпы восстановления после инсульта зависят не только от эффективности лечения, но и от организации процесса ухода. Одним из первых реабилитационных мероприятий является правильное позиционирование пациента. Соблюдение рекомендаций по позиционированию поможет избежать или уменьшить проявление вторичных осложнений.

Уход за пациентом неизбежно связан с необходимостью его перемещения. Незнание или несоблюдение рекомендаций по безопасному перемещению — одна и ведущих причин травматизации ухаживающего. Что не менее важно, небрежными действиями ухаживающий может причинить вред пациенту.

Предложенные в пособии алгоритмы составлены с учетом Клинических рекомендаций по позиционированию и перемещению пациентов с очаговым поражением головного мозга.

Используемое оборудование и медицинские приспособления

Подушка-валик — подушка, используемая при позиционировании для укладывания (обеспечения поддержки) рук и ног пациента. Рекомендуется использовать обычные подушки с синтетическими наполнителями (синтепон или полиэстер) прямоугольные (размеров 50*70) и квадратные (размером 45*45) не менее 3 каждого вида. Наполнение подушки не должно быть очень плотным.

Скользящее оборудование — медицинские приспособления (простыни, рукава разного размера) из специальной прочной ткани, обладающей низким коэффициентом трения и способностью к легкому скольжению по различным поверхностям. Используется для уменьшения чрезмерной физической нагрузки при перемещении пациента в горизонтальной плоскости в пределах кровати, для изменения положения в постели, перемещения с поверхности на поверхность, значительно облегчает труд ухаживающих.

Для изготовления скользящей простыни вручную обычно используется парашютная ткань, подшитая армированными нитками; рекомендуемая длина — 150-200 см, ширина — 120-150 см (в зависимости от роста и комплекции пациента). На одного пациента необходимо две простыни. Перед раскроем необходимо обратить внимание на ширину приобретенной ткани. Размеры скользящего рукава — 140 x 110 см (один рукав на одного пациента).

Нескользящий материал — материал, обладающий высоким коэффициентом трения. Могут быть использованы тонкие листы поролона, прорезиненная салфетка для посуды, подложка под ковры и т.п.

Доска для перемещения. Предназначена для облегчения перемещения пациента с одной горизонтальной поверхности на другую (обычно

в положении «сидя» из кровати на прикроватное кресло и обратно, из инвалидного кресла в машину и т.п.). Стандартные размеры доски 20*70 см, может использоваться прямая и дугообразная.

Так как при пересаживании нет необходимости поднимать пациента, доска для перемещения позволяет снизить физическую нагрузку и, соответственно, риск травмирования спины и плечевого пояса перемещающего. Устройство позволяет пациенту участвовать в перемещении.

Пояс для перемещения (поддерживающий пояс, ремень для перемещения) — изделие, предназначенное для помощи пациентам при пересаживании, вставании и ходьбе. Пояс позволяет осуществлять дополнительную опору, поддержку пациента и страховать его от падения. Подбирается в соответствии с размером, фиксируется на уровне нижних ребер или талии пациента либо на талии перемещающего.

Гибкая подкладка с ручками. Предназначена для облегчения пересаживания пациента с одной горизонтальной поверхности на другую. Позволяет удобно удерживать (придерживать) таз пациента во время перемещения.

ГЛАВА 1. ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

1.1 Значение правильного позиционирования

Большую роль в восстановлении после инсульта играет позиционирование пациента (лечение положением). Позиционирование — одно из первых реабилитационных мероприятий, необходимое уже в первые часы после инсульта, если у пациента имеются двигательные и чувствительные нарушения, а так же нарушения сознания. Позиционирование — это придание телу пациента правильного положения с использованием мягких подушек-валиков.

Оптимальное расположение туловища и конечностей обеспечивает:

- сохранение нормального дыхания;
- формирование и сохранение правильного представления пациента о средней оси тела и расположении отдельных частей тела;
- улучшение работы пищеварительной и выделительной систем;
- поддержание достаточного притока питательных веществ к тканям и органам;
- ускорение процессов восстановления чувствительности и иннервации.

Принципы позиционирования:

- поддержание физиологически правильного и комфортного для пациента положения тела;
- частая смена положения тела;
- соблюдение техники правильного перемещения пациента;
- бережное отношение к суставам руки и ноги пораженной стороны тела пациента.

Укладывание пациентов с использованием подушек-валиков служит профилактикой ряда осложнений: пневмоний, пролежней, контрактур, спастичности (скованности) мышц, болей в плече и т.д.

Положение пациента должно часто меняться. Меняя положение пациента, мы воздействуем на чувствительные нервные окончания, расположенные в мышцах, связках, коже пораженной стороны тела. Поэтому важно, чтобы пациент лежал не только на здоровой, но и на обездвиженной стороне.

Частота смены положения тела индивидуальна для каждого пациента. Она зависит от тяжести его состояния, степени выраженности двигательных нарушений, риска образования пролежней и иных последствий длительного пребывания в положении лежа. Как правило, в острый период положение тела пациента меняется чаще (в том числе, в ночное время). При этом для некоторых пациентов периодичность поворотов каждые 2-3 часа может быть недостаточной. Важно регулярно осматривать кожные покровы в местах костных выступов после смены положения тела пациента: наличие стойких покраснений на коже в местах давления между костными выступами и поверхностью кровати свидетельствует о необходимости сокращения времени пребывания в одном положении. При сердечной недостаточности, приводящей к дискомфортным или болевым ощущениям в положении лежа на левом боку, длительность пребывания в этом положении может быть так же сокращена.

Во время перемещения пациента возможность причинения ему боли или какого-либо дискомфорта должна быть сведена к минимуму. Нужно помнить о разрушительной силе стресса для организма, способной свести на нет все результаты лечения и реабилитации, не говоря уже о том, что пациент не должен испытывать увеличение страданий по нашей вине. По этой причине, а также в целях профилактики осложнений, связанных с неправильным перемещением пациента, перемещающий должен соблюдать технику перемещения (приемы перемещения рассмотрены далее в главе 2).

Для правильного позиционирования используются подушки-валики разной толщины и размера. При их отсутствии первое время можно использовать подручные средства: сделать валик из мягкого неплотного одеяла, свитера и т.д. При этом нужно учесть, что поверхность, прилегающая к телу, должна быть мягкой, без швов, составляющие элементы опоры должны быть одинаковой плотности, между опорой и рукой или ногой не должно быть пустот, которые приводят к вынужденному напряжению мышц.

1.2 Укладывание с использованием подушек-валиков в положении на спине

Положение на спине является наиболее стабильным, а так же удобным для поведения гигиенических процедур и медицинских манипуляций,

однако имеет ряд существенных недостатков. В положении на спине вследствие увеличения давления на органы грудной клетки и сопутствующей слабости дыхательных мышц уменьшается объем вдоха, ухудшается вентиляция и кровоснабжение легких и бронхов, что приводит к застою мокроты. Дыхание становится более поверхностным, а значит, насыщение кислородом крови снижается, в органы и ткани поступает меньше кислорода, необходимого для их нормальной работы.



Рис. 1

Положение на спине:

- голова лежит прямо;
- правая и левая стороны тела симметричны;
- ноги не перекрещены;
- стопы поддержаны мягким упором.

В положении на спине у пациентов с нарушением глотания риск попадания в дыхательные пути слюны и остатков пищи значительно возрастает — особенно, если изголовье кровати не приподнято, голова запрокинута назад. При сильном наклоне головы пациента вперед (что бывает, например, при укладывании головы на высокую подушку) возникает рефлекторное повышение тонуса мышц рук и ног, что способствует формированию патологических поз (рука сгибается и приводится к телу, нога, наоборот, выпрямляется).

В положении на спине пациент должен лежать таким образом, чтобы правая и левая стороны тела были симметричны (см. рис. 1). Крупные суставы (плечевые, тазобедренные, локтевые, коленные) должны быть расположены на одном уровне.

Для того чтобы оба плеча находились на одном уровне, они поддерживаются небольшими по высоте подушками. Под предплечье и кисть укладывается подушка-валик повыше с целью профилактики отека кисти.

Для профилактики контрактуры стопы с помощью подушки-валика, поставленной между стопами и спинкой кровати, создается мягкая поддержка. Твердый упор и фиксация стоп под прямым углом недопустимы, так как вызывают напряжение мышц голени.

Положение на спине (без подъема изголовья кровати) обычно является промежуточным. В положении на спине нежелательно оставлять пациента на длительное время (более часа) – рекомендуется подъем изголовья кровати или позиционирование на боку. При подъеме уровня изголовья необходимо укладывать подушки-валики под ноги пациента (см. параграф 1.4).

1.3 Укладывание в положении на боку

Положение на боку предпочтительнее для пациентов с двигательными и чувствительными постинсультными нарушениями, оказывает положительное влияние на восстановление мышечной и поверхностной чувствительности обездвиженной стороны тела, улучшает функции органов дыхания. В положении на боку меньше риск попадания слюны и пищи в дыхательные пути.

• Позиционирование на обездвиженном боку

Пациента можно укладывать как на здоровый, так и на обездвиженный бок. Положение на обездвиженном боку часто бывает наиболее удобным для самих пациентов: на парализованную сторону легче повернуться без помощи ухаживающего, свободное положение здоровой руки (сверху) позволяет увеличить активность и расширить круг действий пациента. Здоровой рукой он может дотянуться до необходимого предмета, расположенного в пределах досягаемости, выполнять простые упражнения и т.д. Однако при позиционировании на парализованном боку следует учесть, что риск возникновения пролежней в этом случае выше, кроме этого важно уделять внимание правильному положению обездвиженного плеча и руки.

• Позиционирование на здоровом боку

В положении на здоровом боку пациент может находиться, как правило, более длительное время, но его подвижность при этом значительно ограничивается.

Позиционирование на боку осуществляется одинаково: как на здоровом, так и на пораженном. В положении на боку пациент должен лежать ровно, не наклоняясь вперед и не отклоняясь на спину. Голова не должна быть наклонена к плечу или вперед, поэтому подушку следует укладывать под голову и шею, вплотную к плечу, а не под само плечо. Руку, находящуюся снизу, следует удобно устроить впереди, она не должна быть зажата туловищем. Суставы рук и ног должны быть поддержаны подушками-валиками, находиться в полусогнутом положении. При этом стопа должна полностью лежать на подушке-валике (для этого может понадобиться дополнительная подушка). При высоком риске образования пролежней можно положить небольшую подушку под стопу другой ноги. Во избежание контрактур пальцы руки должны быть по возможности расправлены. Положение рук и ног со временем необходимо менять, незначительно смещая подушки-валики.



Рис. 2

Положение на боку:

- пациент лежит строго на боку;
- голова лежит прямо (по средней линии тела);
- руки и ноги поддержаны подушками-валиками;
- суставы в полусогнутом положении.

1.4 Положение на высоком изголовье

Положение на высоком изголовье является промежуточным между горизонтальным положением и полным усаживанием со спущенными ногами. Положение может достигаться подъемом изголовья кровати либо усаживанием со спинкой с регулируемым углом наклона.

При подъеме изголовья важно, чтобы таз пациента находился по линии изгиба кровати. В противном случае (если пациент будет сидеть низко), из-за изгиба в грудном отделе позвоночника уменьшается объем грудной клетки, что негативно влияет на дыхание и может привести к возникновению болей в спине. Такое положение еще больше повышает давление на область крестца и пяток, что может привести к образованию пролежней.

Подушки-валики укладываются как под парализованную, так и под здоровую ногу от нижнего края ягодиц по всей длине ноги до пятки (в таком положении пятки не должны давить на поверхность кровати, см. рис. 3). Ноги слегка разведены, при этом сохраняется небольшой изгиб в тазобедренных и коленных суставах. Важно понимать, что несоблюдение этой меры ведет не только к необходимости дополнительно подтягивать пациента к изголовью впоследствии, но и к увеличению риска образования пролежней вследствие сдвига мягких тканей в области крестца. Укладывание ног имеет большое значение не только при двигательных нарушениях, но так же с целью профилактики тромбозов и образования контрактур.



Рис. 3

1.5 Усаживание со спущенными ногами



Рис. 4

Усаживать пациентов следует начинать как можно раньше с момента разрешения лечащего врача. В положении сидя снижается риск возникновения пневмоний, улучшается работа органов пищеварения. Такое положение является наиболее предпочтительным при кормлении и совершении пациентом физиологических отпавлений, проведении процедур личной гигиены и проведения занятий по реабилитации. Усаживанию предшествует постепенный подъем уровня изголовья кровати.

При усаживании со спущенными ногами важно обеспечить опору для стоп пациента (см. рис. 4). С этой целью можно опустить уровень кровати, чтобы стопы пациента стояли на полу, либо поставить дополнительную подставку (скамеечку) под ноги пациента, высота которой зависит от уровня кровати. В первое время в качестве подставки допустимо использовать подручные приспособления: упаковку с подгузниками, широкий таз и т.п. В таком положении угол между бедром и голенью составляет не более 90 градусов, снижается давление на заднюю поверхность бедра.

Если пациент не способен удерживать спину без поддержки, ее можно обеспечить 2-3 прямоугольными подушками (размером приблизительно размером 50*70 см) из листа поролона толщиной не менее 15 см либо обычными плотными подушками. Ослабленным пациентам важно обеспечить поддержку головы и шеи, что так же достигается с помощью дополнительных подушек. Может быть удобна в использовании кресло-подушка с подлокотниками (см. рис. 5).



Рис. 5

Важно, чтобы пациент сидел ровно, не заваливаясь на спину или на бок. С этой целью, а так же с целью поддержки обездвиженного плеча и профилактики повреждения плечевого сустава под локти, предплечья и кисти укладываются дополнительные подушки-валики (по 2 под каждую руку). На бедра можно положить 2-3 небольших подушки-валика, чтобы положить на них руки, особенно обездвиженную, книги для просмотра и чтения и т.п.

ГЛАВА 2. ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА

2.1 Безопасность ухаживающего

С целью обеспечения безопасности ухаживающего при перемещении пациента важно соблюдать следующие рекомендации:

1. Оцените, что следует сделать.
2. Оцените ситуацию:
 - окружающую обстановку (расположение мебели, свободное пространство, отсутствие половинок, предметов на полу, о которые можно споткнуться);
 - вес пациента и тяжесть его состояния, возможность пациента оказывать помощь при перемещении, противопоказания к перемещению;
 - свои силы, степень усталости;
 - возможность и необходимость участия помощника (подбирайте похожего на Вас по комплекции помощника или выбирайте способ перемещения, учитывающий разницу в комплекции);
 - возможность и необходимость применения вспомогательных средств и медицинского оборудования (при наличии оборудования необходимо проверить его исправность, функционирование тормозов).
3. Обсудите с помощником и пациентом действия по перемещению.
4. Для синхронного начала движения используйте счет: «внимание» — «приготовились» — глагол, обозначающий планируемое действие (например, пересаживаю). Такая форма не пугает пациента и лучше ориентирует помощников.
5. Избегайте чрезмерной нагрузки на позвоночник и мышцы спины, действия по перемещению не должны совершаться с большим мышечным напряжением.
6. Избегайте скручивающих движений, поворотов — неправильные действия могут привести к сдавлению межпозвоночных дисков, а впоследствии к их грыжам. При необходимости повернуться развернитесь всем корпусом (вместе ноги и корпус).
7. Движения должны быть плавными, резкие движения увеличивают риск травм.

8. Избегайте положения наклона туловища вперед — в таком случае при подъеме груза нагрузка на позвоночные диски возрастает в несколько раз (см. рис. 6). Все манипуляции необходимо осуществлять с прямой спиной, сохраняя естественные изгибы позвоночника. По возможности следует заменять наклоны приседаниями, можно так же поставить колено на кровать. Чтобы не наклоняться во время осуществления манипуляций по уходу боковое ограждение кровати со стороны ухаживающего должно быть опущено.

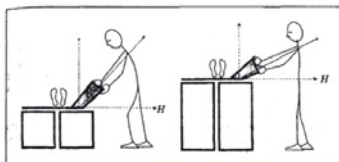


Рис. 6

9. При перемещении находите по возможности ближе к пациенту: приближайте пациента к себе или приближайтесь к нему сами. Локти следует удерживать ближе к своему телу. При удерживании предмета на вытянутых руках резко увеличивается риск травмирования позвоночного диска.

10. Избегайте подъема лежащего в кровати пациента при его перемещении к себе, подтягивании к изголовью кровати, по возможности прибегайте к скользящему оборудованию: простыням, рукавам и их аналогам.

11. Следите за тем, чтобы перемещение происходило в горизонтальной плоскости. При необходимости изменяйте уровень кровати до удобного исхода из роста ухаживающего. Если кровать низкая, ухаживающий может опуститься на колено (см. рис. 7).



12. Старайтесь избегать лишних движений. Заранее продумывайте алгоритм действий. После перемещения обязательно отдыхайте!

13. Сохраняйте равновесие. Для повышения устойчивости ноги должны быть расставлены на ширину, удобную для перемещающего. Если перемещение осуществляется в направлении на себя



Рис. 7

и от себя, опорная нога стоит впереди, толчковая — сзади; если перемещение осуществляется в направлении слева направо — ноги стоят на ширине плеч. При перемещении слегка присядьте на согнутых ногах: ноги должны «пружинить» — таким образом, Вам будет легче сохранить равновесие, а нагрузка распределится на крупные мышцы ног.

14. Одежда и обувь должна быть удобной, одежда не должна стеснять движений. Для хорошего упора обувь должна быть закрытой, подошва обуви не должна быть скользкой, каблук должен быть устойчивым (работать в обуви без фиксированного задника опасно для ухаживающего).

15. Используйте специальные приемы и техники — они позволяют перераспределить нагрузку и облегчить процесс перемещения.

16. Поддерживайте хорошую физическую форму, ежедневный 10-минутный комплекс упражнений для мышц спины и пресса способствует предупреждению болей в спине вследствие снижения нагрузки на позвоночник.

2.2 Безопасность пациента при перемещении

Не соблюдая меры безопасности, можно серьезно травмировать пациента при его перемещении.

1. Важно помнить, что нельзя тянуть пациента за руку (особенно это касается обездвиженной руки), нельзя подтягивать и поднимать пациента, захватывая его в области подмышек.

2. При подтягивании и перемещении к краю или середине кровати избегайте трения тела пациента о поверхность кровати — у ослабленных пациентов это может привести к повреждению кожи, пролежней. При перемещении используйте скользящее оборудование или подъемник.

3. При перемещении и повороте тела пациента располагайте руки в области крупных суставов, костных выступов. Руки и ноги пациента при изменении положения следует удерживать за оба сустава.

4. Перед любой процедурой перемещения важно предупредить пациента о самом действии, что уменьшит психологический дискомфорт, будет способствовать более активному участию пациента.

2.3 Естественные модели движений

Чтобы помочь пациенту восстановиться, следует понимать, какие движения при выполнении определенного действия являются естественными и наиболее удобными. Так, например, из положения лежа на спине легче сесть, предварительно повернувшись на бок. Следует понаблюдать за собой: как мы садимся и встаем, подтягиваемся и поворачиваемся.

Гораздо легче для ухаживающего и полезнее для пациента помогать пациенту выполнять привычные движения, чем делать все за него либо приучать к новым неестественным движениям.

При этом важно дать пациенту понять, что одно и то же действие можно выполнить по-разному. Так здоровый человек чтобы подвинуться ближе к спинке стула в положении сидя, может встать и затем сесть поглубже, либо оттолкнуться от сиденья обеими руками, либо поочередно перемещаться на ягодицах.

Пациент должен понимать, что сложное и невыполнимое в первое время действие (например, поворот на бок или усаживание) можно учиться выполнять постепенно, в том числе, с использованием специальных приспособлений или незначительной поддержкой ухаживающего. Главная задача ухаживающего – вернуть пациента к максимальному достижимому уровню самостоятельности.

2.4 Силы трения и скольжения в уходе

При перемещении важно правильно учитывать силы трения и скольжения, которые могут оказать значительную помощь при перемещении пациента. Трение позволяет создать упор, чтобы лучше оттолкнуться или удержаться в одном положении. Скольжение значительно облегчает все действия по перемещению.

Трение – с целью создания упора:

- не скользящая подошва обуви ухаживающего
- не скользящий материал под стопы пациента
- напыление на поручнях и ручках
- резиновый коврик под посуду

Скольжение – с целью облегчения перемещения

- скользящее оборудование или подручные материалы (например, одноразовые пеленки)

Перемещение со скольжением вместо подъема

Перемещение пациента – необходимая составляющая ухода и гигиенических процедур. При этом чаще всего ухаживающим приходится полностью или частично поднимать пациента. При подъеме мы неминуемо сталкиваемся с силой гравитации, и чем больше вес пациента, тем больше нагрузка на перемещающего и выше степень риска травматизации. Даже при использовании специальных приемов безопасного перемещения, избежать риска полностью невозможно.

При подъеме пациент не всегда способен контролировать процесс и принимать в нем участие. А для скорейшего восстановления важна каждая возможность самостоятельного действия.



Все действия, связанные с подъемом, предпочтительнее заменить перемещениями с использованием скользящего оборудования.

Таким образом:

- перемещение потребует значительно меньше усилий со стороны ухаживающего;
- уменьшается риск травмы ухаживающего;
- уменьшается риск повреждения кожи и мягких тканей при возникновении трения;
- пациент чувствует себя комфортнее;
- пациент может помогать при перемещении, а ухаживающий постепенно уменьшать свое участие, обучая пациента самостоятельным действиям.

Уменьшение трения при перемещении

1. При горизонтальном перемещении пациента основная задача – сокращение действия силы трения в областях максимального давления. В положении на спине это область крестца, пяток и лопаток.
2. Если пациент может согнуть ноги, упираться и отталкиваться стопами при подтягивании к изголовью, достаточно положить скользящий материал под подушку под головой и спину.
3. При горизонтальном перемещении используется скользящий материал. Важно, чтобы под пациентом находился скользящий материал в два слоя и скольжение происходило между этими слоями.

2.5 Варианты расположения скользящей простыни

Для обеспечения максимального скольжения перемещение должно происходить за счет смещения двух слоев скользящего материала относительно друг друга. Может быть использовано несколько вариантов расположения.

В первом случае кладутся обе простыни сразу – одна поверх другой, обе простыни расправлены ровно. Перемещение происходит за счет скольжения верхнего листа по нижнему (см. рис. 8).



Рис. 8

Чтобы положить простынь предложенным способом, необходимо поочередно повернуть пациента в одну и другую сторону. Подобным образом меняется постельное белье.

При необходимости переместить пациента вправо (влево) от одного края кровати к другому либо с кровати на каталку (другую кровать и пр.) скользящие простыни можно положить следующим образом: каждая простынь складывается пополам вдоль и укладывается таким образом, чтобы оба сгиба сходились под пациентом приблизительно на уровне средней линии тела (см. рис. 9).



Рис. 9

Если пациента необходимо переместить в одну сторону, достаточно положить сложенную вдоль простынь только с одной стороны (см. рис. 10). При перемещении следует слегка наклонить пациента, чтобы он практически полностью лежал на скользящей простыне.



Рис. 10

Скользящий рукав следует укладывать по направлению движения таким образом, чтобы точки максимального давления на поверхность кровати находились на скользящей основе.

2.6 Участие пациента в перемещении

Большую роль играет участие самого пациента в перемещении: это не только помогает ухаживающему, но и способствует скорейшей реабилитации и формированию навыков самостоятельных действий. Кроме этого, двигательная активность пациента снижает риск развития ряда осложнений.

Каждое действие необходимо проговаривать, на разных этапах восстановления пациент может проявлять разную степень участия.

2.7 Удержание и поворот головы пациента

Пациентам, не удерживающим голову, находящимся без сознания или не осознающим происходящее, при удержании и повороте головы потребуются помощь ухаживающего. Голову пациента следует удерживать в области волосистой части головы за ушами (см. рис. 11). При этом большие пальцы обеих рук прижимают ушные раковины, ладони обхватывают волосистую часть головы. Не следует касаться руками лица пациента.



Рис. 11

Голову пациента следует немного приподнять, затем аккуратно повернуть на бок, слегка наклоняя подбородок к плечу. При этом свою руку из-под головы пациента необходимо выводить в сторону затылка, в противном случае перегиб ушной раковины может привести к дискомфорту и пролежням впоследствии.

2.8 Удержание рук и ног пациента

Обездвиженную (малоподвижную) руку необходимо брать в области двух суставов (локтевого и лучезапястного), не допускать падения руки, резких движений, которые могут привести к дискомфорту и сильной боли, недоверию к ухаживающему и травме плечевого сустава (см. рис. 12).



Рис. 12

Обездвиженную (малоподвижную) ногу необходимо также брать в области двух суставов (коленного и голеностопного), не допускать резких движений (см. рис. 13).



Рис. 13

2.9 Перемещение пациента поперек кровати

Довольно часто может возникнуть потребность подвинуть лежащего на кровати пациента на себя или от себя. Так, например, после поворота пациента с боку на спину бывает необходимо передвинуть его от края к центру кровати или, наоборот, перед укладыванием на бок — переместить к противоположному краю.



Перемещения и повороты пациентов на себя по сравнению со схожими действиями по направлению от себя предпочтительнее вследствие меньшей нагрузки на позвоночник и мышцы спины ухаживающего, поэтому должен быть обеспечен подход к кровати с обеих сторон.

Обеспечение безопасности при перемещении

Тормоза функциональной кровати. Перед поворотом важно убедиться, что кровать зафиксирована на всех тормозах. В противном случае поворот пациента может привести кровать в движение, что затруднит совершение действия и может спровоцировать падение пациента или травму ухаживающего.

Боковое ограждение кровати. Боковое ограждение со стороны ухаживающего должно быть опущено, с противоположной — наоборот, поднято.

Высота кровати. Перед перемещением следует убедиться, что высота кровати удобна для перемещающего и ему не придется совершать действия в глубоком наклоне. Если уровень кровати слишком низкий, ухаживающий может стать на колени.

2.9.1 Перемещение на себя с незначительным участием пациента или без участия

Перемещение пациента на себя совершается поэтапно:

- поочередно обе ноги;
- таз;
- плечевой пояс.

Перемещение пациента с использованием скользящего оборудования

С целью перемещения скользящие простыни укладываются одним из описанных ранее способов. Рукав укладывается поперек кровати по направлению движения под таз и плечи пациента, перемещение осуществляется за счет скольжения ткани внутренней поверхности рукава, при этом пациент может сам активно помогать при перемещении. При отсутствии скользящего оборудования альтернативой может послужить скользящая поверхность одноразовой пеленки.

Перемещение пациента вручную

Вследствие большей нагрузки на позвоночник ухаживающего и риска повреждения кожи и мягких тканей при возникновении трения ручное перемещение менее предпочтительно, однако правильная техника выполнения может снизить риск травм. Перемещать плечевой пояс можно, удерживая за подложенную под плечи до лопаток пациента подушку или сдвигая на своих руках.

1. Проведение рук под тазом пациента

Проведение рук в области таза необходимо осуществлять таким образом, чтобы одна рука проходила в области поясничного изгиба ближе к крестцу, другая – в области складки ниже ягодиц. Чтобы облегчить проведение руки ухаживающий надавливает ладонью на матрас (см. рис. 14).



Рис. 14

2. Перемещение таза пациента

Отклоняясь всем корпусом назад, перенося вес тела с одной ноги на другую либо приседая на обеих ногах, ухаживающий тянет пациента на себя. Во время действий важно следить, чтобы нагрузка приходилась на ноги, а не руки и спину перемещающего.

3. Проведение рук под плечевым поясом.

Ухаживающий проводит свою руку, ближнюю к изголовью под плечами пациента, слегка надавливая на матрас, чтобы не повредить кожу пациента, и захватывает плечо с противоположной стороны. Другая рука аналогичным образом проводится на уровне нижних ребер, захватывая грудную клетку.

4. Перемещение плечевого пояса.

Отклоняясь всем корпусом назад, перенося вес тела с одной ноги на другую либо пружиня на обеих ногах, ухаживающий тянет пациента на себя. При этом действия совершаются по направлению на себя, а не вверх – не надо поднимать плечи пациента – во время действий важно следить, чтобы нагрузка приходилась на ноги, а не руки и спину перемещающего.

2.9.2. Перемещение поперек кровати с активным участием пациента

Пациент может постепенно учиться перемещаться в одну и другую сторону самостоятельно. При перемещении таза пациенту следует поставить ноги в упор, приподнять таз, затем передвинуть таз вправо или влево. При этом ухаживающий может помогать в перемещении таза (подвинуть от себя или на себя). Такое упражнение укрепляет мышцы ног и таза. Удерживать стопы помогает нескользящий материал (при его отсутствии ухаживающий может придерживать пациента за нижнюю треть голени для помощи в упоре).

2.10 Поворот пациента на бок

Поворот пациента на бок – одно из самых частых действий, которое необходимо совершать, осуществляя уход за пациентом.

Если пациент не способен поднять и удерживать таз при совершении таких процедур как смена подгузника и пеленок, постановка судна, следует поворачивать пациента.

Положение пациента в кровати должно регулярно меняться, при этом положение на боку предпочтительнее, чем на спине.

Поворот на бок может осуществляться с целью последующего позиционирования в положении на боку (см. параграф 1.3) либо на короткое время – для того, чтобы ухаживающий мог скорректировать положение пеленки, расправить рубашку, поставить судно и т.д.



Предпочтительнее совершать поворот в направлении на себя – в этом случае нагрузка на спину ухаживающего будет меньше.

Обеспечение безопасности при повороте пациента

Тормоза функциональной кровати. Перед поворотом важно убедиться, что кровать зафиксирована на всех тормозах. В противном случае поворот пациента может привести кровать в движение, что затруднит совершение действия и может спровоцировать падение пациента или травму ухаживающего.

Боковое ограждение кровати. Боковое ограждение со стороны ухаживающего должно быть опущено, с противоположной – наоборот, поднято.

Высота кровати. Перед перемещением следует убедиться, что высота кровати удобна для перемещающего и ему не придется совершать действия в наклоне.

2.10.1 Поворот на бок с целью позиционирования с незначительным участием или без участия пациента

Подготовка к повороту

1. При укладывании на бок на длительное время необходимо сместить пациента к краю кровати, противоположному повороту одним из описанных ранее способов (см. параграф 2.9).

2. Перед поворотом важно правильно уложить руки и ноги пациента особым образом, чтобы облегчить сам поворот.

Руки:

- обе руки пациента следует сложить на груди, попросив пациента придержать локоть обездвиженной руки здоровой (можно также зафиксировать их подолом (нижним краем) футболки);
- если пациент не способен удерживать руки либо находится без сознания, можно отвести руку в сторону, чтобы она не оказалась прижата телом в положении на боку. Другая рука укладывается на груди.

Ноги:

- ногу пациента, которая после поворота окажется сверху, необходимо согнуть в колене и поставить в упор. Если пациент способен удержать в положении упора обе ноги, в упор можно поставить вторую ногу, что облегчит поворот. Удержанию ног в положении упора поможет нескользящий материал;
- при сложности удержания ноги в положении упора, ногу, которая после поворота окажется сверху, укладываем на другую ногу.

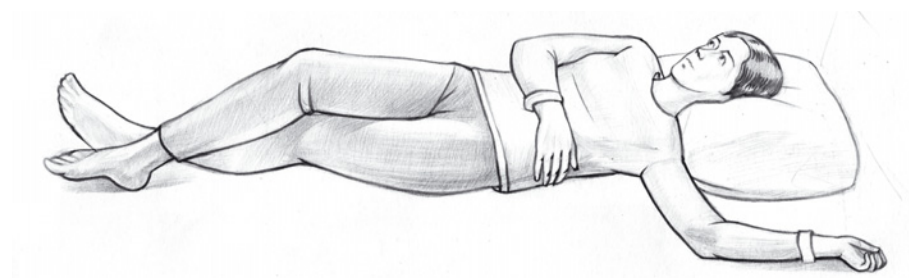


Рис. 15

3. Следует попросить пациента по возможности повернуть в сторону поворота голову.



При осуществлении поворота максимально поощряем участие пациента. Если пациент осознает происходящее, он должен сам сгибать и удерживать в упоре здоровую ногу (или обе ноги), помогать хотя бы одной рукой.

Осуществление поворота

4. Удерживая пациента в области плечевого сустава и верхней трети бедра, поворачиваем его «на себя» (см. рис. 16).

Поворот совершается не за счет силы рук, а при участии всего тела: так при повороте на себя сестра переносит вес своего тела с ноги, стоящей спереди, на ногу, стоящую сзади.



Рис. 16

Последующие действия

Ногу пациента, которая после поворота окажется сверху, следует вывести вперед и уложить на подушку-валик для устойчивости, комфортности и безопасности положения. Укладывание пациента на бок с использованием подушек-валиков описано в предыдущей главе (см. параграф 1.3).

2.10.2 Поворот на бок с целью позиционирования с активным участием пациента

Самостоятельный поворот на бездвиженную сторону обычно не вызывает затруднений для пациента. Важно объяснить пациенту, что проводить большую часть времени на бездвиженной стороне бесполезно, поскольку это повышает риск образования пролежней и иных осложнений.

1. Перед поворотом пациенту необходимо подвинуться к краю кровати, противоположному повороту.

2. Пациенту следует сцепить кисти рук в «замок», затем поднять сцепленные в замок руки вверх к потолку.

3. Необходимо наклонить колени и потянуться «замком» в сторону поворота. Ухаживающий может помочь удержать бездвиженную ногу в упоре.

Ухаживающий только незначительно помогает пациенту (придерживает, дает речевые указания или демонстрирует, как соединить руки), стараясь с каждым днем уменьшать свое участие.

2.10.3 Поворот при травмах бедренной кости и тазобедренного сустава

Если в сочетании с инсультом у пациента имеется травма бедренной кости и тазобедренного сустава поворот на бок имеет свои особенности. При укладывании на боку на длительное время необходимо сместить пациента к краю кровати, противоположному повороту. Одна из проблем при осуществлении поворота — сильная боль, поэтому рекомендуется все действия совершать осторожно, а с целью перемещения использовать скользящее оборудование.

Перед поворотом следует проложить между согнутыми ногами подушку-валик (иногда может понадобиться две подушки-валика), сохраняя расстояние между ногами — это позволит фиксировать положение бедра, что уменьшит боль при повороте. В этом случае удобнее осуществлять поворот, удерживая и наклоняя пациента за подкладную пеленку или простынь.

Скорректировать положение пациента после поворота можно также с помощью скользящего оборудования.

2.11 Подтягивание к изголовью кровати с использованием скользящей простыни

Подтягивание — одна из наиболее сложных манипуляций по перемещению.

Вы сможете избежать необходимости подтягивать пациента, соблюдая следующие меры: опускание изголовья при поворотах пациента, правильное позиционирование в положении лежа на спине или на высоком изголовье.

При подтягивании к изголовью важно использовать вспомогательное оборудование: скользящие простыни либо подъемник.

Использование скользящей простыни поможет избежать трения тела пациента о поверхность кровати. Напомним, что трение приводит к повреждению кожи и мягких тканей, образованию пролежней у пациента, а так же значительно повышает нагрузку на спину ухаживающего.

Использование подъемника производится в соответствии с руководством по его эксплуатации. Гамак подъемника подкладывается под пациента и фиксируется на подъемном устройстве.

Обеспечение безопасности

Тормоза функциональной кровати. Перед поворотом важно убедиться, что кровать зафиксирована на всех тормозах. В противном случае перемещение пациента может привести кровать в движение, что затруднит совершение действия и может спровоцировать падение пациента или травму ухаживающего.

Боковое ограждение кровати. Если при подтягивании ухаживающий находится сбоку, боковое ограждение с этой стороны должно быть опущено, с противоположной — наоборот, поднято.

Высота кровати. Перед перемещением следует убедиться, что высота кровати удобна для перемещающего и ему не придется совершать действия в наклоне.

2.11.1 Подтягивание пациента с незначительным участием или без участия

Подготовка к подтягиванию

1. Перед началом перемещения следует опустить изголовье кровати до горизонтального уровня.

2. Чтобы облегчить подтягивание, следует помочь пациенту поставить ноги в упор. Помочь удержать ноги в упоре поможет нескользящий материал.

Если пациент не способен удержать ноги их можно уложить на подушки-валики, чтобы избежать трения при подтягивании.

3. Если пациент не может помогать, отталкиваясь стопами, пятки пациента должны лежать на скользящей простыне.

Под колени согнутых ног пациента укладываются подушки-валики.

Укладывание скользящей простыни

4. Скользящая простыня подкладывается в 2 слоя во весь рост пациента удобным способом либо, если пациент способен отталкиваться поставленными в упор стопами, под плечи и голову (под подушкой).

Подтягивание

5. А. Перемещающий становится у изголовья кровати.

Удерживая верхний лист скользящей простыни как можно ближе к телу пациента, ухаживающий тянет пациента на себя (см. рис. 17).

Перемещение должно совершаться за счет переноса собственного веса с одной ноги на другую, при участии всего тела, а не за счет силы рук.



Рис. 17

Б. При невозможности подойти к кровати со стороны изголовья перемещающий становится сбоку на уровне грудной клетки пациента.

Верхний лист простыни собирается снизу ближе к ягодицам пациента. Ухаживающий натягивает простыню и сдвигает пациента, перенося вес своего тела с одной ноги на другую в сторону подтягивания.

Вынимание скользящей простыни

6. Скользящая простыня подтягивается сначала в направлении от стоп к поясице пациента (во избежание смещения пациента к ножному концу кровати), далее — в направлении от головы к поясице, затем вынимается полностью на уровне поясничного изгиба (в некоторых случаях при вынимании простыни можно немного придержать пациента в области таза).

2.11.2 Подтягивание с активным участием пациента

Пациент может оказать помощь в подтягивании, подтягиваясь с помощью рук или отталкиваясь поставленными в упор на стопы ногами. Чтобы стопы не скользили по поверхности простыни, можно использовать нескользящий материал.

Ухаживающий может помочь придержать ноги (обездвиженную ногу), а пациент, выпрямив ноги, подвинется на скользящей основе самостоятельно (см. рис. 18).



Рис. 18

2.12 Усаживание в кровати

Усаживание пациента осуществляется с целью позиционирования в положении сидя со спущенными ногами или дальнейшего пересаживания.

Усаживание из положения лежа на боку комфортнее для самого пациента и требует меньше физических усилий для ухаживающего.

Обеспечение безопасности при усаживании

Тормоза функциональной кровати. Перед усаживанием важно убедиться, что кровать зафиксирована на всех тормозах. В противном случае действия ухаживающего могут привести кровать в движение, что не только затруднит усаживание, но и может спровоцировать падение пациента и травмирование пациента и ухаживающего.

Высота кровати. Перед перемещением следует убедиться, что высота кровати удобна для перемещающего и ему не придется совершать действия в наклоне. После усаживания уровень кровати можно опустить.

Подготовка к усаживанию

1. Во избежание риска падения следует переместить пациента к краю кровати, противоположному повороту и усаживанию.
2. Затем необходимо помочь пациенту повернуться на бок в сторону усаживания (см. параграф 2.10).

Усаживание

3. После поворота пациента на бок спускаем его ноги с кровати.

Поочередно, сначала ту, на которой лежит пациент.

4. Удерживая руками плечи или за расположенную под плечами подушку, плавно приподнимаем пациента (см. рис. 19).



Рис. 19

Подъем необходимо совершать не за счет силы рук, а при участии всего тела, при этом пациент по возможности помогает при усаживании — опирается на локоть или кисть здоровой руки.

Подъем пациента при усаживании можно упростить, используя возможность подъема изголовья функциональной кровати.

! После усаживания нельзя сразу отпускать пациента и, тем более, оставлять его одного: смена положения тела может привести к резкому падению артериального давления. К симптомам падения давления относятся резкая бледность кожи, расширенные зрачки, холодный липкий пот, головокружение. Резкое падение давления может привести к потере сознания. Поэтому важно понимать, что усаживание предваряется постепенным подъемом изголовья кровати и не должно осуществляться без разрешения врача.

При обучении пациента принимать положение сидя без посторонней помощи важно понимать, что при усаживании через обездвиженную сторону пациенту легче повернуться на бок самостоятельно, происходит тренировка опорной функции руки, но присутствует риск травмы обездвиженного плеча.

Позиционирование пациента в положении сидя со спущенными ногами описано в параграфе 2.2.

2.13 Перемещение вперед и назад в положении сидя

Перед пересаживанием может возникнуть необходимость пододвинуться ближе к краю кровати, а после пересаживания, наоборот, сесть глубже.

В повседневной жизни в положении сидя вперед и назад удобнее перемещаться, «шагая» на ягодицах. При невозможности пациента справиться самостоятельно, ухаживающий помогает пациенту.

С целью перемещения к спинке стула после наклона и переноса веса тела в одну сторону ухаживающий удерживает пациента в области колена другой ноги и сдвигает ногу ближе к спинке стула, затем, помогая пациенту наклониться в противоположную сторону, подвигает вторую ногу.

Для перемещения к краю стула (кровать) ухаживающий помогает пациенту наклониться и перенести вес тела в сторону, затем, удерживая пациента в области наружного верхнего края ягодицы, подвигает пациента на себя (см. рис. 20). После наклона и переноса веса тела в другую сторону действия повторяются.

Движения должны быть плавными, все действия поэтапными: в 4-6 приемов.



Рис. 20

Для самостоятельного перемещения вперед-назад сидя в кровати пациент может использовать вспомогательное оборудование – ручные упоры различной конструкции («утюги» или ручные блоки), которые увеличивают площадь опоры и позволяют приподняться выше, а значит, уменьшают усилия и нагрузку на кисти рук (см. рис. 21). Однако использование упоров нежелательно в начальном реабилитационном периоде для пациентов с малоподвижной (обездвиженной) рукой.



Рис. 21

2.14 Пересаживание пациента

Перед осуществлением пересаживания важно оценить состояние пациента, а так же его возможность участвовать в пересаживании.

! Полностью обездвиженного пациента, а так же пациента, не способного понимать и выполнять простые указания, перемещать без подъемного устройства крайне опасно.

Обеспечение безопасности

Тормоза функциональной кровати и прикроватного кресла. Перед перемещением важно убедиться, что колеса кровати и прикроватного кресла зафиксированы на тормозах. В противном случае при перемещении может произойти падение пациента.

Подножки и подлокотники прикроватного кресла. Подлокотник прикроватного кресла (при наличии) должен быть опущен со стороны пересаживания, подножки убраны.

Высота кровати и прикроватного кресла. Желательно, чтобы ложе кровати и сиденье прикроватного кресла находились на одном уровне по высоте.

Свободное пространство. Перед пересаживанием следует убедиться в отсутствии на полу предметов, половинок, домашних животных, о которые можно споткнуться при пересаживании; пол не должен быть скользким.

Приспособления для пересаживания

В некоторых случаях целесообразно использование специального **пояса для перемещения**. При пересаживании следует удерживать пациента за специальные ручки на поясе. Пояс должен быть надежно закреплен, чтобы была уверенность, что он не соскользнет вверх по грудной клетке. При пересаживании с использованием пояса пациент может оказывать помощь, отталкиваясь рукой от поверхности кровати или подлокотника кресла. Перемещающий может надеть пояс

на себя — в этом случае пациент удерживается за ручки на поясе перемещающего.

Удерживать таз пациента при пересаживании могут помочь гибкие *подкладки с ручками* (см. рис. 22).

При пересаживании может использоваться специальная доска (прямая или дугообразная), по которой пациент может пересест самостоятельно либо с помощью, не поднимая таз (см. рис. 23).

Если пациент значительно превышает перемещающего по комплекции осуществлять пересаживание рекомендуется с помощью электрических подъемников.



Рис. 22



Рис. 23

Подготовка к пересаживанию

Стул или кресло необходимо поставить боком к кровати.

Осуществление пересаживания

1. Перед началом пересаживания следует уложить обездвиженную руку пациента на талию перемещающего, попросив придержать другой рукой.

При невозможности удержания рук на талии перемещающего пациент может придерживать обездвиженную руку под локоть другой рукой.

2. Стопы пациента стоят в положении шага: нога, ближняя к стулу или креслу, немного выдвинута вперед.

3. Перемещающий удерживает своими коленями колено обездвиженной ноги.

Для некоторых пациентов упор в колени может быть весьма болезненным. Поэтому более предпочтительным является следующий способ: голени пациента фиксируются пеленкой, сложенной по диагонали, таким образом, чтобы между ногами оставалось свободное пространство 10-15 см. В этом случае перемещающий упирается не в колени пациента, а в пеленку (см. рис. 24).



Рис. 24



Рис. 25

4. Перемещающий удерживает пациента за пояс для перемещения либо соединяет руки на спине пациента, обхватывая его грудную клетку.

Пересаживание можно также осуществлять с использованием обычной простыни: простыня складывается вдоль и размещается под тазом пациента, перемещающий крепко захватывает края простыни.

5. Предупредив пациента о предстоящих действиях, после 2-3 раскачивающих движений ухаживающий помогает пациенту пересест.

Во время манипуляции перемещающий разворачивается на пятках, не совершая никаких шагов (см. рис. 24).

Техника, используемая при пересаживании с помощью доски, аналогична обычному пересаживанию, но требует меньше усилий со стороны пациента и перемещающего: пациент перемещается по поверхности доски, не поднимая таз.



Ошибкой при пересаживании является соединение рук пациента на шее перемещающего — в этом случае пересаживание может привести к травме позвоночника.

Другая распространенная ошибка — захватывать пациента в области подмышек или тянуть за руки, что неизбежно приводит к травмированию плечевых суставов.

Альтернативный способ пересаживания

1. Пациента необходимо усадить на мягкую гибкую подкладку (возможно использование простыни).

2. Перед пересаживанием пациент наклоняется корпусом вперед.

При этом пациент может удерживаться за бедро ухаживающего.

3. Ухаживающий удерживает пациента за ручки гибкой подкладки со стороны спины. Одна нога ухаживающего упирается в пеленку или мягкий ремень, фиксирующий голени пациента, другая нога стоит в направлении поворота (см. рис. 26).

Важно, чтобы при пересаживании была возможность видеть стул или кресло, на которое совершается пересаживание.



Рис. 26

4. Предупредив пациента о предстоящих действиях, после 2-3 раскачивающих движений ухаживающий помогает пациенту пересесть.

Во время манипуляции перемещающий делает поворот на пятках, не совершая никаких шагов.

2.15 Подъем со стула и усаживание

Вставание из положения сидя — одно из наиболее частых действий в повседневной жизни, выполняется человеком в среднем 90 раз в сутки. Возможность встать для пожилых людей и людей с двигательными нарушениями очень важна, так как обеспечивает определенную независимость. Если пациент научился вставать без посторонней помощи, его эмоциональное состояние и повседневная жизнь существенно улучшаются.

При обучении вставанию в ранний период очень важно обеспечить удобное положение сидя. При выборе стула следует руководствоваться следующими параметрами: удобная высота, горизонтальное и ровное сиденье, отсутствие перекладин между ножками, съемные подлокотники. В опроснике, который был заполнен пациентами с постинсультными нарушениями, пункт «стул, с которого удобнее вставать» оказался важнее, чем «стул, на котором удобнее сидеть». При низкой высоте стула вставать с него становится крайне затруднительно, поэтому на раннем этапе реабилитации рекомендуется использовать стулья с удобной для пациента высотой сиденья. По этой причине также рекомендуется использовать в санузлах высокие унитазы (либо специальные насадки на унитаз).

Когда пациент учится вставать и усаживаться он часто непреднамеренно допускает следующие ошибки:

- заваливается на здоровую сторону;
- боится наклониться вперед при вставании;
- замедляет процесс вставания, а при присаживании резко падает на стул.

Помощь при вставании, перемещение пациента в положении стоя

1. Перед подъемом со стула пациенту следует помочь продвинуться к краю стула, таким образом, чтобы край приходился на уровне верхней части бедра.

2. Ноги пациента располагаются на ширине плеч (опорная вперед, толчковая назад).

3. Подъем желательно начинать с раскачивания вперед - назад (к исходному положению) — раскачивание облегчает процесс вставания.

4. С целью смещения центра тяжести руки следует вытянуть вперед. Если пациент боится упасть вперед при вставании, можно поставить

напротив него стул, предложив при необходимости опереться на сиденье стула обеими руками. При вставании пациент может опираться на двухуровневые ходунки.

5. С целью пересаживания пациент полностью разворачивается спиной и приближается ближе к стулу или креслу, куда совершается пересаживание.

При подготовке к вставанию можно выполнять следующие упражнения: движения стоп вперед и назад, перекаты с пятки на носок, наклоны туловища вперед и назад.

2.17 Ходьба

Ходьба — неотъемлемый элемент повседневной жизни и наиболее эффективный способ передвижения. По выписке из стационара, помогая пациенту при ходьбе, необходимо следовать рекомендациям методиста ЛФК.

При подготовке к ходьбе можно выполнять следующие упражнения (сидя или стоя с опорой): перенос веса тела с одной ноги на другую, ходьба на месте с подъемом коленей, перенос стопы с пятки на носок, дотягивание носком до предметов, наклоны и повороты туловища. Обучение ходьбе часто начинается с приставных шагов вдоль кровати.

Сначала пациент должен научиться правильно стоять: вес его тела должен переноситься на пятку, распределяться на обе ноги, обе стопы должны располагаться параллельно, стоять на полу полностью. При обучении ходьбе важно, чтобы пациент старался нагружать обе ноги. С этой целью следует учиться делать шаги обеими ногами поочередно: сначала небольшие, затем все шире, переносить вес тела на ногу с пятки на носок.

Первое время при обучении ходьбе все действия могут выполняться возле опоры, пациент может поддерживаться другим человеком за специальный ремень. При ходьбе с поддержкой ухаживающий становится с обездвиженной стороны, обхватывая пациента за ремень и поддерживая обездвиженную руку. Такое положение снижает риск падения пациента на бок.

Обувь пациента должна быть закрытая, иметь фиксированный задник, при необходимости используется специальный вкладыш для фиксации голеностопного сустава, фиксирующий ортез на коленный сустав.

Преждевременное использование трости может помешать формированию нормальной ходьбы, поскольку в этом случае пациент старается переместить вес тела полностью на трость.

2.18 Действия при падении пациента

Если при падении пациента Вы находитесь рядом, не надо пытаться его удержать — так можно травмировать и себя, и пациента. Следует

предпринять всевозможные меры, чтобы смягчить падение (например, скинуть подушку или одеяло на пол, для смягчения падения, отодвинуть предметы, о которые можно удариться, например, стул, если пациент стоит возле кровати – постараться развернуть его таким образом, чтобы он упал на кровать).

После падения пациента на пол одна из самых типичных ошибок – стараться как можно скорее поднять его с пола. Резкими непродуманными действиями можно повредить и себе, и пациенту.

В первую очередь, важно удобно устроить упавшего на полу, чтобы он не замерз и имел возможность успокоиться и отдохнуть перед предстоящим подъемом. Под голову пациента следует положить подушку, укрыть одеялом.

Далее важно осмотреть и ощупать пациента на предмет вывихов и переломов. Если падение произошло в отсутствие ухаживающего, следует расспросить пациента о том, как произошло падение, чем он ударился. В случае травмы вызов скорой помощи обязателен.

Если выраженных болей нет и пациент способен помогать ухаживающему, можно постепенно подниматься либо с положения стоя на коленях с постепенным перемещением на кровать (сначала руки и грудную клетку, затем ноги и таз) либо пересаживаясь с более низкого сиденья на более высокое.

Если пациент крайне ослаблен или, наоборот, находится в состоянии повышенного возбуждения, для его подъема необходима помощь нескольких человек либо использование подъемника.

Список использованной литературы

1. Постуральная коррекция в процессе проведения реабилитационных мероприятий пациентов с очаговым поражением головного мозга. Клинические рекомендации. Союз реабилитологов России
2. Безопасное перемещение пациентов. Клинические рекомендации. Союз реабилитологов России
3. Скоромец А.А. Безопасное обращение с пациентами на дому: научно-популярная литература / пер. с англ. [Камаевой О.В., Ляпунова И.Г.]; под ред. Скоромца А.А. - СПб.: Политехника, 2009. – 198 с.
4. Скоромец А.А. Руководство по перемещению пациентов: пер. с англ. / [Корлетт Е.Н., Ллойд П.В., К. Тарлинг и др.]; сост. и пер. Борисова А.В.; под ред. Скоромца А.А. - СПб.: Политехника, 2009. – 313 с.
5. Суворов А.Ю., Иванова Г.Е., Стаховская Л.В. Основы правильного позиционирования и перемещения пациента с очаговыми поражениями головного мозга: учебное пособие. Москва: РКИ Соверо пресс, 2014. – 28 с.