форум

Долгосрочной Опеки

2 (26) июнь 2020

Свободное движение – новое качество жизни

Реабилитация после инсульта: не ждать, а действовать!

тема номера

Медико-социальная и психологическая реабилитация

ISSN 2312-5713

16+

ЕЦДО
Европейский центр
долгосрочной опеки

УЧЕБНЫЙ ЦЕНТР
ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Учебный центр проводит подготовку высокопрофессиональных и конкурентоспособных специалистов, которые смогут обеспечить качественный уход за тяжелобольными и пожилыми людьми.

Обучение проводится для среднего и младшего медицинского персонала, работников социальной сферы (домов-интернатов для престарелых и инвалидов, психоневрологических интернатов), работников хосписов, благотворительных организаций, сиделок, опекунов.

Москва

ОП ООО «БЕЛЛА Восток» Учебный центр ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 76478 от 14.10.2016 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (495) 726-55-25, доб. 1848.
E-mail: ecdo.msk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-russia.ru.
Адрес: 142712, МО, Ленинский р-н, п. Горки Ленинские, вл. 7, стр. 1

Новосибирск

«УЦ «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Сибирь». Лицензия № 10189 от 15.02.2017 г.

Программа обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»

Тел.: +7 (383) 373-18-01; (962) 827-46-63. E-mail: ecdo.nsk@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nsk.ru.
Адрес: 630088, г. Новосибирск, Северный проезд, д. 2/3

Ростов-на-Дону

СП ООО «белла-Дон» УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки». Лицензия № 6586 от 19.11.2018 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Организация оказания паллиативной медицинской помощи населению».

Тел.: +7 (863) 203-74-74; (903) 401-44-41. E-mail: ecdo@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-rnd.ru.
Адрес: 344065, г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52.

Нижний Новгород

УЦ ДПО «Европейский центр долгосрочной опеки» ООО «БЕЛЛА Волга». Лицензия № 96 от 23.08.2019 г.

Программы обучения: «Организация и выполнение мероприятий по уходу и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком»; «Практические навыки ухода и реабилитации за тяжелобольным или пожилым человеком».

Тел.: +7 (910) 791-05-96. E-mail: olga.kareva@tzmo-global.com. Сайт: ecdo-nn.ru.
Адрес: 603104, г. Нижний Новгород, Советский район, ул. Краснозвездная, д. 11

Реклама.

Учредитель:
Общество с ограниченной ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор – Е. Горковенко

Юридический адрес:
140300, Российская Федерация, Московская область, г. Егорьевск ул. Промышленная, дом 9

Редакция:
Главный редактор – К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:
142712, Московская область, Ленинский р-н, пос. Горки Ленинские, зона придорожного сервиса автодороги «МКАД-аэропорт Домодедово», владение 7, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:
115583, г. Москва, а/я 59
fdo@tzmo-global.com
Свидетельство о регистрации средства массовой информации № ПИ № ФС 77-57052 от 25.02.2014 выдано Федеральной службой по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций

Тираж 2000 экз.
Цена свободная
16+

Отпечатано в типографии:
ООО «МЕДИАКОЛОР»,
127273, г. Москва, Сигнальный проезд, дом 19, стр. 1, этаж 7

Издание подготовлено при участии:
ООО «РЭДИ-МЕДИА»
129327, г. Москва, ул. Коминтерна, дом 20/2, этаж 1, помещение 1, комната 3, офис 6
Тел.: 8 (495) 643-00-73
info@ready-media.ru
Генеральный директор – Татьяна Ефремова

форум

№ 2 (26) июнь 2020 г.
Подписано в печать: 13.04.2020 г.
Выход в свет: 17.04.2020 г.

Использованы статьи из журнала «MEDI Форум Долгосрочной Опеки»

Перепечатка, копирование или размножение в любой форме осуществляются только с разрешения ООО «БЕЛЛА Восток»

В журнале использованы фото авторов статей, shutterstock.com

Специализация: рекламное СМИ

форум

Дорогие друзья!

Сегодня много говорится об изменении подхода в уходе за тяжелобольными и пожилыми людьми, о необходимости смещения фокуса с текущей медико-ориентированной модели на создание личностно-ориентированной среды. Приоритетными являются вопросы сохранения качества жизни опекаемых. И здесь важно достаточное внимание уделять вопросам реабилитации.

Основной целью медико-социальной реабилитации является восстановление нарушенных вследствие заболевания или травмы функций. Психологическая реабилитация направлена на профилактику и преодоление психических нарушений, формирование у пациентов сознательного участия в реабилитационном процессе, восстановление психологического здоровья и сохранение активной жизненной позиции на многие годы.

Важное место в процессе реабилитации пожилых и тяжелобольных пациентов занимает физическая активность. Занятия физическими упражнениями способствуют сохранению и укреплению здоровья, повышению адаптационных возможностей всего организма, снижению частоты обострений хронических заболеваний и улучшению психоэмоциональной сферы человека.

В реабилитации существует большое количество подходов, направлений, концепций. О некоторых мы расскажем в нашем журнале. Главное помнить, что основной целью реабилитационных мероприятий является поддержание достойного качества жизни, сохранение физической и социальной активности опекаемых.

Надеемся, что наш журнал поможет вам узнать новое и эффективно использовать эту информацию в ежедневной работе.

Если у вас есть о чем рассказать, вы хотите поделиться опытом с нашими читателями, то будем рады сотрудничеству. Пишите нам по адресу: fdo@tzmo-global.com

в номере

ГЛАВНАЯ ТЕМА

3 **Забота о старшем поколении в руках профессионалов**

4 *И. О. Полубоярцев* **Практики, помогающие заботиться о пациенте**

7 *Ю. Г. Шулус* **Реабилитация после инсульта: не ждать, а действовать!**

10 *А. К. Григорян* **Основные принципы нейрореабилитации**

14 *Е. И. Бурма* **Инклюзивный театр «Золотая маска»**

16 *К. В. Кормщикова* **Социально-психологическая реабилитация детей и взрослых со сколиозом III–IV степени тяжести**

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ

20 *М. Б. Шикула* **Свободное движение – новое качество жизни**

24 *И. Н. Гриценко* **Особенности реабилитации пожилых**

28 *А. Н. Булатова* **Роль спортивных мероприятий в реабилитации людей с ограниченными возможностями**

30 *Е. А. Калядина* **Организация медицинской реабилитации в условиях геронтологического центра**

33 *Ж. В. Жулябина* **Аспекты адаптации и ухода за геронтологическими пациентами с хроническими заболеваниями**

ПСИХОЛОГИЯ

34 *Л. Гуга* **Достоинство и индивидуальность зависимого человека**

ЗАБОТА О СТАРШЕМ ПОКОЛЕНИИ В РУКАХ ПРОФЕССИОНАЛОВ

27 февраля 2020 года прошла II Международная конференция по долгосрочной опеке, организованная Учебным центром «ЕЦДО» и Благотворительным фондом Российского Красного Креста (БФ РКК). В этом году тема конференции – «Долгосрочная опека и паллиативный уход. Зарубежный опыт и вызовы для России».

Конференция посвящена вопросам оказания медико-социальной помощи пожилым людям. С каждым годом расширяется география участников конференции. Руководители и сотрудники социальных и медицинских учреждений, благотворительных фондов, представители региональных департаментов и министерств России приезжают в Москву, чтобы обсудить задачи, стоящие перед профессиональным сообществом. Опытом работы и развития системы долговременного ухода в своих странах делятся спикеры из России, США, Японии, Румынии и т. д. В этом году, кроме зарубежных гостей, в конференции участвовали представители более 40 регионов РФ. Подобный обмен опытом между коллегами из разных стран – один из основных аспектов построения системы долговременного ухода в России.

Рамаз Отарович Ахметели, президент БФ РКК, в своем приветственном слове отметил, что конференция получила поддержку Министерства труда и социальной защиты и вызвала огромный интерес в регионах РФ. Он выразил надежду, что мероприятие найдет положительный отклик у профессионалов и позволит сделать систему долгосрочного ухода более успешной.

На конференции были подняты темы изменения культуры ухода, становления и особенностей развития систем долговременного ухода в Европе и Азии, эффективности ухаживающей команды, превентивных технологий в гериатрии, персонально ориентированной помощи при деменции.

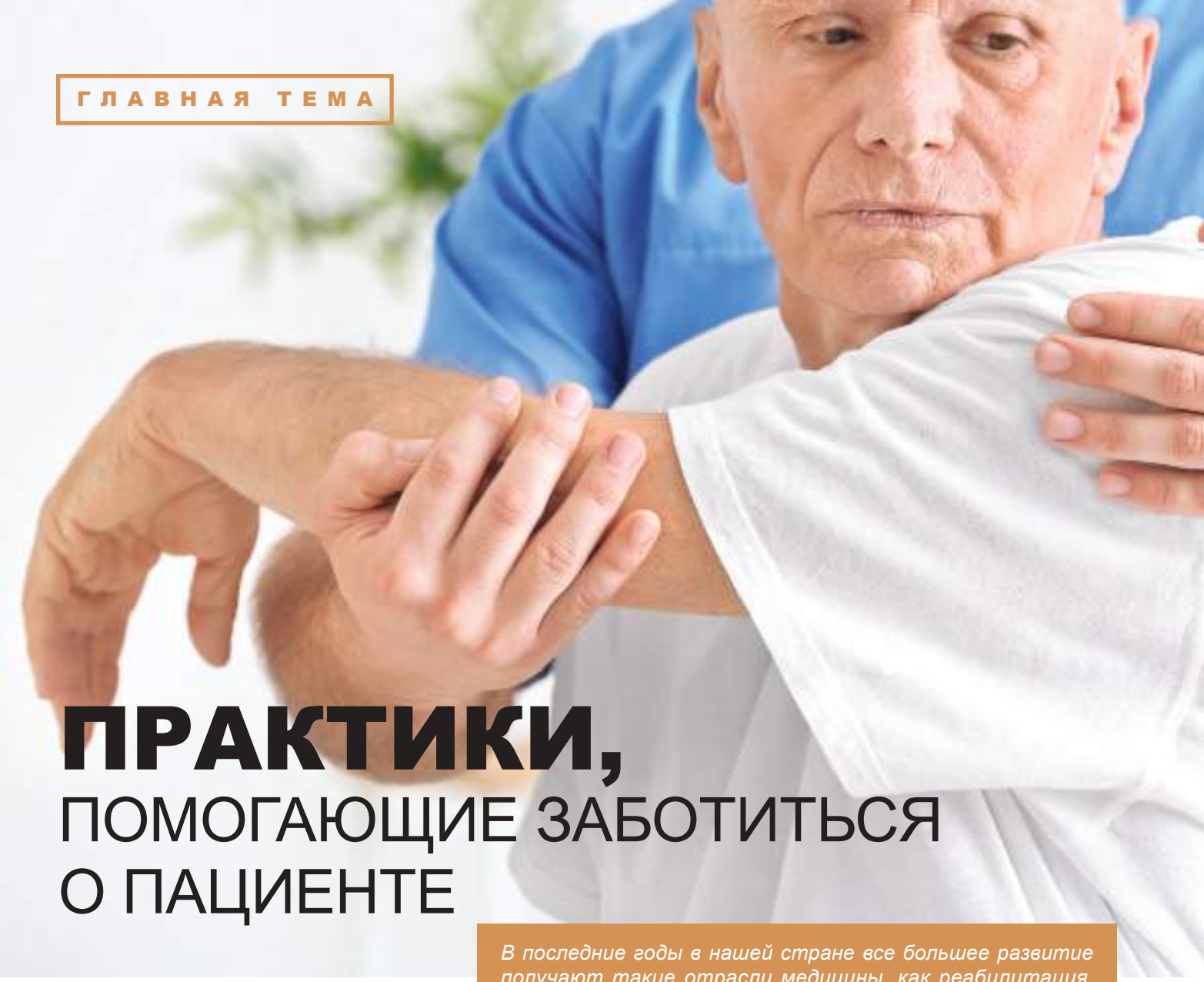
Спикеры из США Уолтер Коффи и Дэвид Спроул посвятили свой доклад трансформации культуры ухода за пожилыми людьми. Были представлены ключевые принципы, которые помогут учреждению долгосрочного ухода поставить человека в центр внимания: «Мы должны создать баланс между действующей медико-ориентированной моделью и схемой, поддерживающей тех, кому мы предоставляем помощь. Пожилые люди умирают не только из-за медицинских проблем, но и от одиночества, беспомощности и скуки. Медицина не может решить этой проблемы. Ответ заключается в поддержании духа пожилых людей путем создания личностно ориентированной среды, организующей конструктивное взаимодействие».

Врач-гериатр Наталья Викторовна Шарашкина рассказала о проблеме падений у пожилых пациентов. По данным ВОЗ, 30 % людей старше 65 лет и 50 % старше 80 лет по крайней мере один раз в год переносят падение. Примерно половина всех падений приводит к повреждениям различной степени тяжести. Стратегия ведения таких пациентов предполагает включение мероприятий, направленных на улучшение их мобильности, поддержание когнитивного и психоэмоционального статусов, на нутритивную поддержку и объективную оценку состояния зрения и слуха.

Доклад Уолтера Коффи был посвящен изменению культуры ухода за пожилыми людьми.

Светлана Ульянова, проектный специалист международного отдела больницы медицинского факультета Токийского университета, рассказала о системе гериатрического ухода в Японии. Государство является мировым лидером по продолжительности жизни, однако низкая рождаемость и высокие темпы старения населения превращают страну в быстро стареющее общество. На долю лиц старше 65 лет приходится около 60 % национальных расходов на медицину. С учетом данных демографического прогноза было принято решение о развитии системы комплексного пациент-центрированного ухода за пожилыми людьми на дому и в учреждениях в соответствии с текущим состоянием.

Растущее число людей, нуждающихся в профессиональной помощи, означает увеличение потребности в образовании и просвещении в области долгосрочного ухода. Компания «БЕЛЛА-Восток», ставшая соорганизатором конференции, осуществляет продажи изделий медицинского назначения, хорошо знает потребности пациентов, нуждающихся в постоянном уходе, и в рамках своей социальной деятельности старается популяризировать знания в этой сфере. ■



ПРАКТИКИ, ПОМОГАЮЩИЕ ЗАБОТИТЬСЯ О ПАЦИЕНТЕ

В последние годы в нашей стране все большее развитие получают такие отрасли медицины, как реабилитация, превентивная медицина, основная цель которых – восстановление утраченных функций и профилактика рецидивов, осложнений острых заболеваний и травм.

Игорь Олегович ПОЛУБОЯРЦЕВ,
руководитель отдела контроля качества сестринской помощи и медико-социальных услуг группы компаний Senior group

Это связано в первую очередь с большим количеством заболеваний, приводящих к полной или частичной утрате различных функций организма. К таким относятся острые нарушения мозгового кровообращения, воспалительные заболевания центральной нервной системы, травмы опорно-двигательного аппарата, позвоночника, черепно-мозговые.

В реабилитации и профилактике существует большое количество подходов, школ, концепций, но при выборе того или иного направления всегда следует помнить, что не существует универсального метода реабилитации, который охватил бы весь спектр проблем.

При организации реабилитационной помощи всегда следует руководствоваться пятиступенчатой системой планирования.

За годы развития реабилитационной помощи накоплен богатый опыт по восстановлению утраченных функций и улучшению качества жизни пациентов с последствиями ОНМК, травм, инфекционных заболеваний ЦНС, а также пациентов с нейродегенеративными заболеваниями. Ниже представлены самые распространенные практики в реабилитации и профилактике.

ПЯТИСТУПЕНЧАТАЯ СИСТЕМА ПЛАНИРОВАНИЯ

Ступень 1. Оценка реабилитационного потенциала:
- функциональные возможности;
- имеющиеся ресурсы для реабилитации;
- общее состояние пациента;
- факторы, способствующие и препятствующие успешной реабилитации.

Ступень 2. Анализ полученных данных:
- внесение полученных данных в таблицы для анализа;
- выявление основных проблем, дефицита.

Ступень 3. Разработка детального реабилитационного плана.

Ступень 4. Реализация разработанного плана реабилитационных мероприятий.

Ступень 5. Оценка степени соответствия реализации реабилитационного плана запланированному результату.

ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ КОНЦЕПЦИИ БОБАТ

***Ситуация.* Пациент после инсульта с правосторонней гемиплегией.**

Задача: сформировать самостоятельный навык одевания, восстановить функцию правых конечностей.

Применение принципов терапии Бобат в повседневном уходе (выполнение ежедневных активностей):

1. Помочь пациенту одеться, начать процесс с правой (пораженной) стороны.
2. Научить пользоваться непораженными конечностями при выполнении функций одевания: подобрать такую одежду, чтобы пациент мог сам одеться, используя левые конечности.

Обоснование: центры контроля движений правой половины тела располагаются в левом полушарии. В соответствии с концепцией Бобат необходимо осуществлять движения правыми конечностями в полном объеме, имитируя движения здоровыми конечностями, чтобы центры в левом полушарии взяли на себя функцию контроля правой половины тела, что приведет к восстановлению правых конечностей либо сформирует самостоятельный навык одевания при сохранении гемиплегии.

КОНЦЕПЦИЯ БОБАТ

Бобат-терапия, или нейроразвивающая терапия, возникла в годы Второй мировой войны. Ее основоположниками стали супруги Карел и Берта Бобат.

Концепция Бобат опирается на представления о генетически детерминированном развитии нервной системы и врожденном поведении.

В основе Бобат-концепции лежит использование специальных стимулов и влияний (зрительных, слуховых, тактильных, положения тела в пространстве и относительно предметов), которые включают в работу пораженные структуры ЦНС.

Обязательное условие – применение стимулов в определенной последовательности, которая должна совпадать с периодами физиологического развития ЦНС и моторных навыков: удержание головы, переворачивание, сидение, ползание, стояние, ходьба. Другими словами, необходимо повторить природные этапы развития в реабилитационном процессе.

Данный метод эффективен при следующих проблемах:

- центральные параличи частей тела;
- нарушения равновесия и движений;
- нарушения в восприятии собственного тела;
- неконтролируемый пониженный мышечный тонус (спастика).

Принципы Бобат-терапии отлично встраиваются в рутинный процесс ухода за пациентами, находящимися на реабилитации. Использоваться они должны 24 часа в сутки. Разумеется, занятия в зале ЛФК или кинезотерапии не могут продолжаться более 40–60 минут, поскольку физические возможности такого пациента сильно ограничены, и именно поэтому данные принципы должны быть использованы при выполнении ежедневных активностей: подъема с кровати, одевания, перемещения из кровати в кресло-коляску и обратно.

ПОДХОД БРУННСТРОМА

Другим реабилитационным подходом в восстановлении утраченных функций является подход Бруннстрома. Метод был разработан в 1960-х годах в Швеции доктором Сигне Бруннстромом. Данная методика основана на принципах синергии в управлении мышцами. Состоит из семи этапов.

Первый этап относится к раннему восстановлению. Пациента фиксируют в определенном положении. Основная задача – выработать устойчивую синергию

ПРИМЕР ПРИМЕНЕНИЯ МЕТОДА БРУННСТРОМА

***Задача.* Реабилитация пациента после перенесенного инсульта.**

Этап 1. Задача – сформировать навык самостоятельного позиционирования тела из лежачего положения в сидячее.

Методика:
1. Инструктор ЛФК или физический терапевт помогает пациенту принять сидячее положение в постели.
2. Сидячее положение фиксируется таким образом, чтобы ноги пациента касались пола, обеспечивая распределение веса тела на обе нижние конечности. Действие помогает выработать навык самостоятельного позиционирования тела.

Этап 2. Задача – восстановление двигательных функций, синхронного (синергичного) движения мышц. Один из самых сложных этапов, поскольку парализованные мышцы начинают работать асинхронно (в головном мозге нет централизованного контроля за всеми участками мышц, его нужно сформировать).

Этап 3. Задача – уменьшение спастики мышц. Спастичность в мышцах увеличивается на третьей стадии, достигая своего пика. Движений становится больше, но пациент по-прежнему не может их контролировать. Применяется комплекс специализированных упражнений для уменьшения спастики, при этом могут возникать модели взаимодействия и координации между мышцами, которые становятся все сильнее, и это является частью профессиональной физической терапии. Когда пациент начинает контролировать движения, ему рекомендуется как можно чаще вставать с постели и принимать вертикальное положение.

На этом этапе очень важно задействовать персонал, занимающийся уходом. Необходимо провести инструктаж о правильном высаживании пациентов, о том, что необходимо мобилизовать пациентов максимально часто, используя имеющиеся ресурсы непораженных частей тела.

Практический совет. После сна пациентам рекомендуется вставать именно на пораженную ногу, чтобы дополнительно ее тренировать. Выполняя упражнения для рук и ног, необходимо их дублировать здоровыми конечностями.

Этап 4. Задача – восстановление моторной функции. На четвертом этапе спастические движения мышц начинают снижаться. На этой стадии начинается восстановление моторной функции в конечностях. При длительных тренировках пациент может контролировать движения, но с некоторыми ограничениями.

Этап 5. Задача – формирование координированных синергий в мышцах. Спастичность продолжает снижаться на пятом этапе. Модели синергий в мышцах становятся скоординированными, а добровольные движения пациента – более сложными.

Этап 6. Задача – работа на увеличение скоординированных движений в мышцах. Пациент может перемещать отдельные суставы, и паттерны синергии становятся гораздо более скоординированными. Аномальные движения прекращаются.

Этап 7. Задача – полное восстановление утраченных функций в областях, пострадавших от инсульта. Достижение седьмой стадии является конечной целью для врача и пациента.

мышц, участвующих в том или ином действии с последующей отправкой нервного импульса к участку головного мозга, отвечающему за синергию данной группы мышц.

Реализация подхода Бруннстрома возможна только при непосредственном взаимодействии персонала, осуществляющего уход, с врачами (инструкторами) ЛФК. Персонал, заботящийся о пациенте, должен обучаться принципам ухода и оказывать помощь только по заранее разработанным паттернам перемещения.

УПРАЖНЕНИЯ ФРЕНКЕЛЯ

Еще один подход в восстановлении утраченных функций – упражнения Френкеля.

Это система повторяющихся упражнений, разработанных профессором Себастьяном Френкелем для работы с пациентами, страдающими атаксией, в частности церебральной атаксией.

Система построена на принципе от простого к сложному, т. е. сначала пациенту помогают осуществить простые движения с многократным повторением.

Каждое упражнение требует обязательного зрительного контроля со стороны пациента и колоссальной концентрации внимания.

Принципы упражнений Френкеля:

- концентрация и внимание,
- точность в выполнении,
- постоянное повторение.

Упражнения Френкеля наиболее эффективны при внедрении в ежедневную практику специалистов, занимающихся уходом (помощники, сиделки). Физический терапевт либо инструктор ЛФК подбирает комплекс упражнений для восстановления функций, далее его необходимо гармонично встроить в ежедневную практику специалистов, помогающих вставать, перемещаться. Вернуть утраченные функции возможно только посредством постоянного повторения упражнений, направленных на восстановление самостоятельных навыков.

Реабилитация пациентов всегда занимает длительный период: как видно из описанных выше методик, необходимо в буквальном смысле «приучить» мозг контролировать синергичность движений либо выработать навык движения заново. Для каждого пациента на реабилитации может быть применена своя методика. Универсального ответа на все вопросы не существует: невозможно создать концепцию, которая бы решала проблемы всех таких пациентов. Но какую бы методику реабилитационная команда медицинской организации ни выбрала, нужно помнить главное – у всех способов восстановления есть одна общая черта: их применение не должно ограничиваться залом ЛФК или кинезотерапии. Необходимо использовать методики при разработке плана ухода за больным, обучая персонал принципам: многократному повторению, стимуляции использования пораженных частей тела в ежедневных активностях (одевание, перемещение). Поскольку процесс выработки навыков формируется длительное время, использование любой концепции в реабилитации должно осуществляться непрерывно и под контролем специалистов. ■

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА: НЕ ЖДАТЬ, А ДЕЙСТВОВАТЬ!

Юлия Геннадьевна ШУЛУС,
координатор программы «Патронажная служба» Каритас в России

Сердечно-сосудистая катастрофа – так называют инсульт из-за масштабности поражения и трагических последствий для всего организма. По экспертным оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает второе место в мире среди причин смертности и первое – как фактор первичной инвалидности.

В Российской Федерации проживают свыше миллиона человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица трудоспособного возраста, к работе же возвращается только каждый четвертый перенесший заболевание, что свидетельствует об огромном экономическом ущербе для общества.

СТАВКИ НА ВОССТАНОВЛЕНИЕ

Прогноз восстановления после инсульта остается неочевидным, так как зависит от множества факторов: вида перенесенного инсульта, возраста, своевременно оказанной помощи.

При ишемическом инсульте происходит закупорка сосудов головного мозга, обычно тромбом. Это приводит к кислородному голоданию участка мозга, который снабжается пораженной артерией. Головной мозг остро реагирует на гипоксию: клетки, лишенные кислорода, могут погибнуть уже в течение нескольких минут после катастрофы. Если в короткие сроки ввести препарат, растворяющий кровяной сгусток, можно быстро восстановить кровоснабжение без тяжелых последствий.

Геморрагический инсульт, при котором происходит разрыв сосуда с последующим кровоизлиянием, гораздо тяжелее ишемического. Его прогноз более туманный и менее обнадеживающий. По статистике, геморрагический инсульт случается реже – только в 10–17 % случаев.

РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Начать реабилитацию важно как можно раньше – с момента стаби-

4,5 ЧАСА, ЧТОБЫ СПАСТИ ЖИЗНЬ!

Чтобы спасти чью-то жизнь и минимизировать последствия инсульта, нужно знать симптомы и срочно вызвать Скорую помощь (103), если человек:
- не может улыбнуться, уголок рта опущен;
- не может поднять обе руки, одна ослабла;
- не может разборчиво говорить.

Важно в течение первых четырех с половиной часов оказать больному профессиональную медицинскую помощь. Тогда у человека будет больше шансов на восстановление, а пораженных клеток мозга – меньше. Часто люди обнаруживают у себя признаки начинающегося инсульта, но ждут, что все пройдет само собой. Внимание! Признаки инсульта НЕЛЬЗЯ игнорировать. Заподозрив их у себя, нужно срочно вызвать Скорую помощь. Серьезной проблемой остается позднее обращение к врачу: более 30 % людей обращаются за помощью через 24 часа после начала приступа.

лизации состояния, когда уже нет угрозы жизни. До истечения шести месяцев после перенесенного инсульта продолжается ранний восстановительный период. Это самое важное время. Именно в первые полгода существует максимум возможностей для нейрореабилитации. Зачастую функции, которые не удалось вернуть в течение этого времени, так и остаются частично или полностью утраченными. Тем не менее это не значит, что дальнейшая восстановительная программа не имеет смысла.

ПОЗДНИЙ ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫЙ ПЕРИОД

С 6 месяцев до года после перенесенного инсульта длится поздний восстановительный период. Скорость восстановления индивидуальна. Она зависит от возраста, сопутствующих заболеваний, тяжести поражения мозга, скорости и качества оказания медицинской помощи. Конечно, быстрее всего восстановление происходит в первые месяцы после инсульта.

Примерно в половине случаев ишемического инсульта, который привел к параличу одной половины тела, происходит полное или частичное восстановление двигательной функции еще до выписки из стационара.

По статистике, после инсульта 10 % больных восстанавливаются полностью, 25 % после полной реабилитации имеют небольшие проблемы, которые в целом не влияют на качество жизни, 40 % больных имеют нарушения средней и тяжелой степени после восстановительного периода, 10 % больных нуждаются в длительной реабилитации и уходе.

РЕАБИЛИТАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ

Согласно ФЗ № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» человек при наличии реабилитационного потенциала имеет право на восстановительное лечение или на паллиативную помощь.

Направление на реабилитационное лечение можно получить у участкового врача по месту жительства.

Программа лечения и реабилитации больных после инсульта включает разноплановые мероприятия для нормализации состояния и поддержания достойного уровня жизни.

Конкретный план реабилитации зависит от того, какой участок мозга поврежден и насколько сильно.

В него могут входить:

- занятия ЛФК, охватывающие различные группы мышц для восстановления мышечной силы и координации;
- логопедические упражнения при нарушениях речи, которые встречаются у 20 % людей, перенесших инсульт. Необходимы интенсивные занятия с логопедом не менее пяти часов в неделю;
- массаж и физиотерапия для повышения мышечного тонуса и восстановления двигательной функции;
- эрготерапия для развития и сохранения важных навыков, которые помогут человеку меньше зависеть от окружающих;
- психологическая поддержка, так как у большинства больных после инсульта развивается депрессия. В таком случае может быть подключена и медикаментозная терапия.

ДОМАШНЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ

Каждому человеку, перенесшему инсульт, жизненно необходима поддержка и любовь близких, которая творит настоящие чудеса, порой превосходящие результаты самых современных восстановительных техник.

Однако родственникам, чей близкий перенес инсульт, тоже нужна

ЧТО НЕЛЬЗЯ ДЕЛАТЬ

При помощи близким актуальным остается принцип «Не навреди».

Нельзя:

- тянуть за парализованную руку и кисть;
- трогать ладонь парализованной руки, растирать и массировать. Не используйте экспандеры и игольчатые мячики для кисти. Это повышает тонус и приводит к спастике;
- кормить лежа. Не торопите при принятии пищи. Если человек поперхнулся, дождитесь полного откашливания пищи, прежде чем продолжить;
- при нарушении речи разучивать буквы и слоги, как с ребенком. Это помешает дальнейшему восстановлению речи.

Можно:

- помогать, поддерживая руку в двух точках: за кисть и локоть, или локоть и плечо, чтобы избежать подвывихов плечевого сустава;
- давать пищу пюреобразной консистенции (суп-пюре, каша, ряженка).

помощь. Они совершенно не понимают, что надо делать для правильной организации ухода и восстановления больного в домашних условиях.

В помощь родственникам Каритас организовал «Школу ухода» непосредственно в стационарах неврологических отделений, чтобы своевременно рассказать о том, как организовать уход и жизненное пространство дома, как при необходимости сменить подгузник и провести гигиену в кровати, как помочь человеку в выполнении движений, не причинив боли и дискомфорта, как уберечь свое здоровье, осуществляя уход.

После выписки пациента из стационара специалисты Каритас выезжают на дом для сопровождения и консультирования ухаживающих родственников. Во время обучения в процесс ухода включается сам больной, используются его ресурсы для развития активности, самопомощи и самостоятельности. У родственников снижается тревожность, а растерянность сменяется уверенностью в своих действиях.

Для профилактики развития инсульта важно вести активный образ жизни, устраивать продолжительные пешие прогулки, правильно питаться и не забывать о важности положительных эмоций. Будьте здоровы! ■

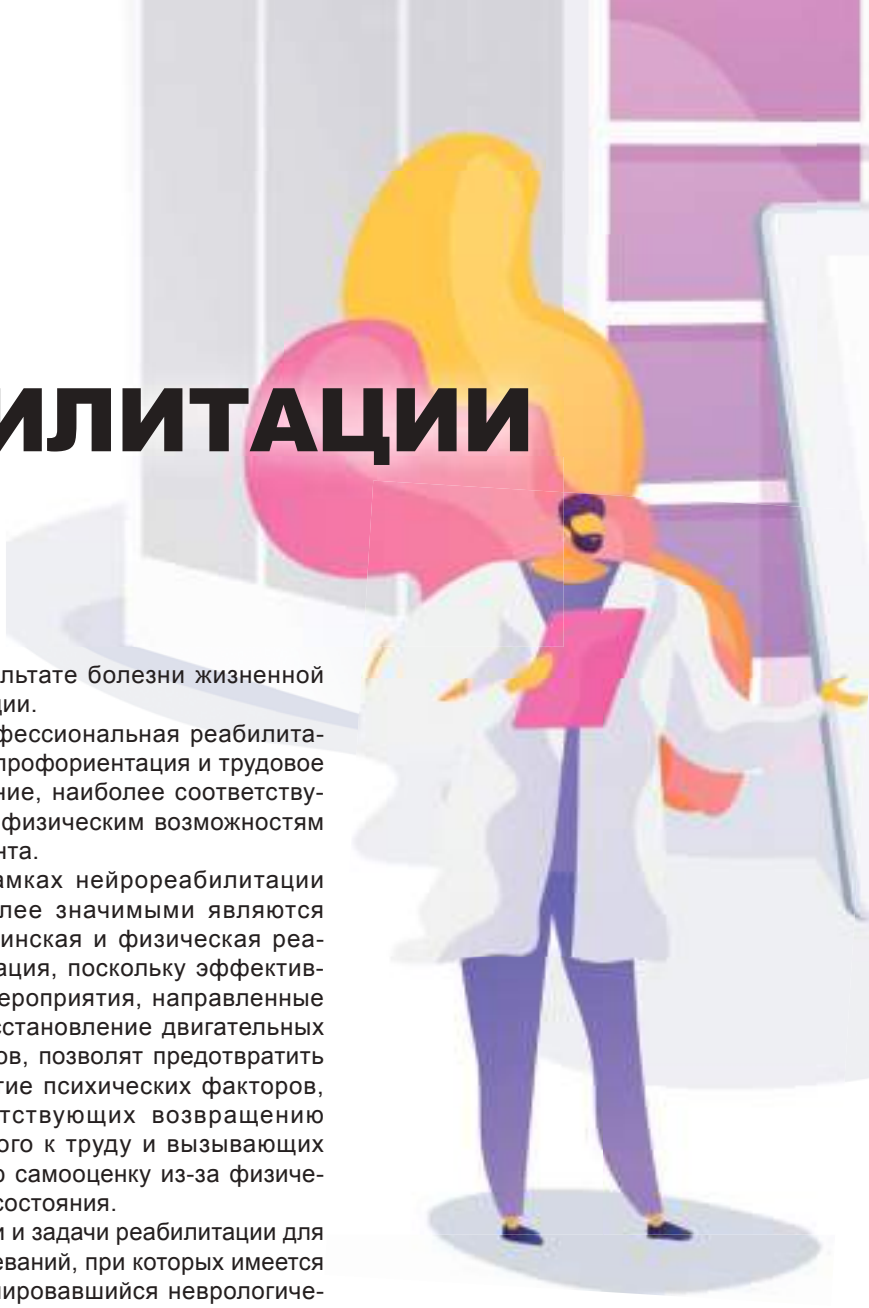
ПРАВИЛА В ОРГАНИЗАЦИИ ДОМАШНЕГО УХОДА

На первый взгляд очень простые правила в организации домашнего ухода могут облегчить жизнь как больного так и ухаживающих родственников:

1. Утолщение рукоятки ложки/вилки с помощью поролона или мотка эластичного бинта делает удобным самостоятельный прием пищи, т. к. после инсульта сложно удержать в руке мелкие вещи.
2. Прикроватную тумбу нужно располагать с пораженной стороны для ее постоянной стимуляции.
3. Чистка зубов и причесывание производится с вовлечением в процесс пораженной руки, если в результате инсульта пострадала рабочая рука.
4. Для комфортного ухода нужно увеличить высоту дивана/кровати на 10–15 см с помощью брусков.
5. Больной может использовать колокольчик для привлечения внимания, если нарушена его речь.
6. При ходьбе использовать обувь с фиксированным задником и закрытым носком даже дома.
7. Убрать половики и незафиксированные коврики до тех пор, пока походка не станет уверенной.
8. Посередине привычного маршрута (в ванную, на кухню) поставить стул или табурет для отдыха.
9. Смонтировать поручни в туалете.
10. При сидении и ходьбе поддерживать парализованную руку ортезом, ногу – коленным бандажом.
11. Больной должен использовать пораженную руку. Не делайте за него то, что он может сделать сам!
12. Особое внимание необходимо уделить безопасности движения: как поднять человека, пересадить, подтянуть кверху, если он сполз, как сопровождать при ходьбе.

Всему этому родственник может научиться в «Школе ухода» или во время домашнего обучения специалистом Каритас.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ



Анаит Кромвеловна ГРИГОРЯН,
заведующая неврологическим отделением ГБУ РО «Областная клиническая больница № 2», г. Ростов-на-Дону

Термин «реабилитация» происходит от латинского re- «повторное, возобновляемое действие» и habilis – «удобный, способный», rehabilis – «возобновление способности или восстановление». Эксперты Всемирной организации здравоохранения определяют реабилитацию как комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума для достижения оптимальной его трудоспособности.

СТРАТЕГИЯ И ПРИНЦИПЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ

Различают четыре основных вида реабилитации: медицинскую, физическую, психосоциальную и профессиональную.

Медицинская реабилитация – все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья пациента. К ним относится решение вопросов ранней диагностики и своевременной госпитализации больных, возможности раннего применения патогенетической терапии и др.

Физическая реабилитация – использование физических упражнений и природных факторов в комплексном процессе восстановления здоровья, физического состояния и трудоспособности.

Психосоциальная реабилитация – обеспечение психологической адаптации к изменившейся в результате болезни жизненной ситуации.

Профессиональная реабилитация – профориентация и трудовое обучение, наиболее соответствующие физическим возможностям пациента.

В рамках нейрореабилитации наиболее значимыми являются медицинская и физическая реабилитация, поскольку эффективные мероприятия, направленные на восстановление двигательных навыков, позволят предотвратить развитие психических факторов, препятствующих возвращению больного к труду и вызывающих низкую самооценку из-за физического состояния.

Цели и задачи реабилитации для заболеваний, при которых имеется сформировавшийся неврологический дефект, и для прогрессирующих дегенеративных заболеваний различны, однако обе группы пациентов нуждаются в физической реабилитации.

Существуют две стратегии восстановления возможностей:

1. развивающая, направленная на восстановление утраченной функции;
2. компенсаторная, направленная на замещение утраченной функции (когда восстановление невозможно даже частично).

Для заболеваний, при которых имеется сформировавшийся неврологический дефект (инсульт, травма головного или спинного мозга, повреждения периферических нервов, вертеброгенные неврологические синдромы, ДЦП), основная цель реабилитации – полное восстановление нарушенных вследствие заболевания или травмы функций. Если это невозможно, оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в общество.

Для прогрессирующих дегенеративных и наследственных заболеваний (рассеянный склероз, болезни Паркинсона, Гентингтона, двигательного нейрона) цель реабилитации – уменьшение основных симптомов заболевания, профилактика и лечение осложнений, связанных со снижением двигательной активности, коррекция функциональных нарушений, приспособление к имеющемуся неврологическому дефициту, повышение толерантности к физическим нагрузкам, улучшение качества жизни, увеличение социальной активности.

НЕЙРО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ И КОМПЕНСАЦИИ НАРУШЕННЫХ ФУНКЦИЙ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЦЕНТРАЛЬНОЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Нервная система в состоянии сохранять значимую пластичность после повреждения, поэтому реабилитационное вмешательство влияет на нескольких уровнях: поведенческом, физиологическом, анатомическом, клеточном, молекулярном. Нейропластичность – это способность нервной системы в ответ на изменение информационной среды и повреждение адаптироваться к этим изменениям путем оптимальной структурно-функциональной перестройки всех уровней ее организации. Ключевым аспектом нейропластичности, играющим важную роль в реабилитации, является тот факт, что изменения в нейрональных сетях зависят от тренировки.

Опыт работы в нашем отделении показывает, что зачастую на результат реабилитации влияют не столько размеры очага повреждения головного мозга и возраст больного, сколько мотивация и нацеленность на восстановление самого пациента и его родственников, раннее начало активизации пациента, наличие грамотного врача-реабилитолога. В отделении выработаны общие принципы терапии и профилактики возможных осложнений, индивидуальный подход к реабилитации в зависимости от тяжести неврологического дефицита и наличия сопутствующей патологии.

Данный подход к реабилитации функции ходьбы позволяет безопасно и весьма успешно восстанавливать двигательную активность у 80 % пациентов отделения до степени самообслуживания с использованием трости или полного восстановления в зависимости от исходного неврологического дефицита. Немаловажными являются самостоятельные занятия пациентов на дому с целью закрепления достигнутого результата и/или продолжения восстановления функции ходьбы.

Однако пациенты, перенесшие инсульт, имеют ряд сердечно-сосудистых заболеваний и патологии других органов и систем, приведшие к инсульту. Их организм менее толерантен к физическим и психоэмоциональным нагрузкам. Для того чтобы определить, насколько организм

ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ НЕЙРОРЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ ВСЕХ БОЛЬНЫХ

1. Начало лечебных мероприятий сразу после стабилизации основных витальных функций.
2. Комплексность применения всех реабилитационных мероприятий.
3. Индивидуализация программы реабилитации.
4. Этапность процесса реабилитации.
5. Непрерывность и преемственность на всех этапах реабилитации.
6. Социальная направленность.
7. Использование методов контроля адекватности нагрузок и эффективности реабилитации.

ПРИНЦИПЫ ВОССТАНОВЛЕНИЯ ФУНКЦИИ ХОДЬБЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

Принципы применяются в неврологическом отделении ГБУ РО «ОКБ № 2» г. Ростова-на-Дону:

1. Достоверная оценка общесоматического, психологического и физического (функционального) состояния пациента.
2. Постановка реалистичных и актуальных для пациента целей восстановительной терапии.
3. Обеспечение безопасности проводимой реабилитации – профилактика риска падения пациентов, определение адекватности физической нагрузки.
4. Построение программы реабилитации ходьбы по принципу непрерывной сенсорной афферентации, адекватной по отношению к восстанавливаемой функции; обучение поддержанию равновесия в сложившихся условиях неврологического дефицита; обеспечение полноценной площади опоры и синхронной работы мышц агонистов и антагонистов, в случае развития спастичности – методом ботулинотерапии; коррекция мышечной силы в парализованных конечностях.
5. Обучение пациента самоконтролю и самореабилитации на дому.

пациента готов к реабилитации и выполнению даже самых простых упражнений, необходимо оценить исходное состояние и резервные возможности организма. Это довольно просто сделать даже в домашних условиях: пациенту или родственникам необходимо измерить артериальное давление (АД) и пульс (частота сердечных сокращений – ЧСС) в состоянии полного покоя и после нагрузки, а также оценить, как быстро восстанавливается АД и ЧСС после прекращения физической нагрузки. Частота сердечных сокращений и артериальное давление – это показатели, которые отражают воздействие физических нагрузок на организм.

Пациент должен измерить АД и ЧСС до начала тренировки и после выполнения первых упражнений. При сохранной адекватной адаптации организма к нагрузкам любой сложности систолическое АД (верхняя цифра) не должно превышать исходную цифру более чем на 20 мм рт. ст., а диастолическое (нижняя цифра) – на 10 мм рт. ст.; ЧСС – на 20 ударов в минуту (оптимально на первых этапах занятий не допускать ЧСС более 90 ударов в минуту). Необходимо отметить, что у пациентов с нарушением сердечного ритма невозможно ориентироваться на ЧСС (пульс); в таких ситуациях оценка переносимости физической нагрузки происходит по данным артериального давления.

Важно не только поддержание нормальных показателей артериального давления и пульса в процессе занятия, но и темпы их последующего восстановления. Нормы ЧСС в покое также неодинаковы для всех людей. Величина пульса после физической нагрузки зависит от начальной тренированности. Внимание стоит обратить не только на саму частоту сокращений сердца, но и на время, которое требуется для восстановления ее нормы. Если через полчаса после завершения занятия сохраняются повышенные значения ЧСС, такое состояние обычно связано с неготовностью организма к тренировкам подобной интенсивности. Это явление может наблюдаться как у здоровых нетренированных людей, так и у людей с сердечно-сосудистой и дыхательной патологией (инсульт, инфаркт, сердечная недостаточность, патология легких и т. д.). Для нормализации показателей обычно бывает достаточно сократить число подходов или темп занятий.

Артериальное давление также должно восстанавливаться после физической нагрузки до исходных цифр в течение 15–30 минут. Если требуется более 30 минут, это показатель недостаточной физической подготовки или слишком интенсивных нагрузок, к которым организм пока не готов. Если систолическое давление повышается после физической нагрузки более чем на 20 мм рт. ст., а диастолическое – более чем на 10 мм рт. ст. и/или не восстанавливается в течение часа, это указывает на наличие и/или декомпенсацию заболевания или срыв адаптации. При таких показателях тренироваться опасно для здоровья. С занятиями в таком случае лучше повременить.

Во всех перечисленных ситуациях необходима консультация специалиста, который назначит необходимое обследование и поможет отрегулировать план тренировок. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Белова А. Н. Нейрореабилитация: руководство для врачей. – М.: Антидор АОЗТ, 2002. – С.736.

2. Коцюбинская Ю. В. Влияние постинсультных двигательных нарушений на автономность и качество жизни / Ю. В. Коцюбинская, Д. В. Захаров, В. А. Михайлов // Неврологический вестник им. В. М. Бехтерева. – 2013. – № 1. – С.16–21.

3. Колмыкова Е. В. Влияние семьи на качество жизни больных, перенесших мозговой инсульт / Е. В. Колмыкова, Е. Е. Дуда, В. Н. Стражников // Перспективы развития науки и образования: материалы Международной научно-практической конференции. – М., 2014. – С.24–26.

4. Масютина С. М. Значение качества жизни и психологического реагирования для реабилитационного процесса у больных, перенесших инсульт в молодом возрасте // Профилактическая и клиническая медицина. – 2007. – № 3. – С.182–185.

Ухаживаете за тяжелобольным на дому?

У лежачих больных, особенно пользующихся впитывающими изделиями, могут возникать раздражения кожи.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток», 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

seni® care

Специальные средства Seni Care эффективно ухаживают за кожей людей с недержанием мочи.

Для нежного очищения кожи
при каждой смене подгузника

Для защиты кожи
под подгузником и в местах возникновения раздражений и пролежней

Для мытья волос и головы

Рукавицы
для мытья
(с водонепроницаемой пленкой)

Пенка
для мытья
и ухода за телом

Влажные салфетки
(большой размер - 20х30 см)

Крем защитный
с аргинином
и синодором

Крем защитный
с оксидом цинка
и синодором

Шампунь-пенка
не требует смывания водой

Больше информации о продукции seni care на сайте seni.ru или **senicare.ru**,
а также по телефону горячей линии зелт. **8-800-200-800-3** (09:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные).

Учебный центр дополнительного профессионального образования проводит подготовку специалистов по уходу за тяжелобольными и пожилыми людьми на уровне современных европейских стандартов.

ЕЦДО
Европейский центр долгосрочной опеки

ООО «БЕЛЛА Восток» МО, Ленинский район,
с.п. «Горки Ленинские», ЗПС автодороги
«МКАД - а/п Домодедово», вл.7, стр.1
тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: ecdo@bella-tzmo.ru
www.ecdo-russia.ru

ИНКЛЮЗИВНЫЙ ТЕАТР «ЗОЛОТАЯ МАСКА»

Евгения Ивановна БУРМА,
специалист по социальной работе АСУСО «Омский психоневрологический интернат», г. Омск

Терапия театральной деятельностью является одним из действенных видов психосоциальной реабилитации людей с ментальной инвалидностью. Константин Сергеевич Станиславский сказал: «Если бы смысл театра был только в развлекательном зрелище, быть может, и не стоило бы класть в него столько труда, но театр есть искусство отражать жизнь».

«Актера нельзя воспитать и обучить, если не воспитать в нем человека».
Мария Николаевна Ермолова

Особенностью молодых инвалидов и граждан пожилого возраста, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, является отсутствие или утрата вследствие болезни опыта взаимодействия с макросоциальным сообществом. Это ситуация возникает в силу интеллектуальных и физических особенностей наших клиентов и среды, где они проживали до поступления в интернат.

В 2004 году, когда в АСУСО «Омский психоневрологический интернат» открылось отделение социальной реабилитации, наш театр назывался «Ералаш». Постепенно уровень театральной деятельности вырос от сказок до произведений Уильяма Шекспира, повысилось мастерство кукловодов и декораторов, появились новые технологии изготовления кукол и управления ими, усложнились декорации. Накопленный опыт работы позволил сотрудникам интерната разработать и реализовать инновационную социально-реабилитационную программу «Инклюзивный театр «Золотая маска».

Целью этой программы является повышение социального функционирования, формирование нравственных ценностей, реализация коммуникативных возможностей, удовлетворение досуговых и духовных потребностей, стимулирование познавательных интересов у наших подопечных. Работа строится на принципах добровольности, доступности, индивидуального подхода, массовости проводимых мероприятий, непрерывности и преемственности, а также социального, психологического и медицинского мониторинга.

Театральная деятельность в программе оказывает просветительское, досуговое, коррекционное, познавательное и эмоционально-эстетическое воздействие. Является источником глубоких переживаний и открытий, приобщает к духовным ценностям, способствует развитию эмоциональной сферы, формирует нравственные установки и культурное поведение.

Большинство подопечных поступило в наш интернат из детских социальных учреждений, где у них был ограниченный опыт общения в социуме. Знания и навыки, получаемые в театре, помогают им интегрироваться в общество. В спектаклях они проигрывают различные жизненные ситуации, каждую роль примеряют на себя, проживают ее, что дает им необходимый жизненный опыт.

В 2016 году состоялась премьера спектакля «Над Шекспиром поднят занавес» по мотивам произведений великого английского драматурга. Работа над постановкой длилась два года. Чтобы более доступно раскрыть проблему родственных отношений между персонажами спектакля, мы ввели образ шута, который дает пояснения к каждому действию. Особую атмосферу создает музыкальное оформление спектакля. Необходимо заинтересовать, вывести на эмоциональную волну как зрителей, так и актеров, дать возможность почувствовать трагизм произведения. С этой целью мы организовали просмотр фильмов, театральных постановок произведений Шекспира. В процессе просмотров беседовали, обсуждали, делились впечатлениями, соучаствовали, сопереживали. Актеры на роли подбирались в соот-

ветствии с их способностями и особенностями характера. Работе над текстом уделялось особое внимание: совместно выбиралась интонация, сила голоса. Новым методом в работе стала видеозапись репетиций с последующим поэтапным анализом игры каждого актера – это помогало сыграть роль еще более интересно. Часто использовалась взаимозаменяемость: в силу своих физических и интеллектуальных особенностей кто-то не может выучить или прочитать текст, но прекрасно руководит куклой или хорошо играет роль.

Творческая труппа театра включает более 30 человек и периодически пополняется новыми участниками. Большая группа людей в театре задействована не на сцене, а в подготовке спектаклей. Специалисты нашего интерната вместе с проживающими изготавливают кукол, декорации и реквизит, шьют костюмы и накладывают грим, готовят музыкальное оформление спектакля. В реализации постановки участвуют до 50 человек.

Необходимо отметить, что индивидуальная работа с актерами – очень важная часть театральной деятельности. Психологическая помощь и доверительные отношения помогают преодолеть неуверенность, поверить в собственные силы и раскрыть творческие способности. Наши подопечные не только учатся ответственности и творческому мастерству, но и овладевают навыками общения, коллективного творчества. Участие в театральной деятельности облегчает процесс коммуникации и установления социальных связей.

В силу эмоциональной неустойчивости наши актеры не всегда спокойно реагируют на критические замечания, поэтому недочеты каждого обговариваем индивидуально после репетиции. Бывают и конфликтные ситуации, которые приходится разрешать в процессе творческой работы. Несмотря на разницу в возрасте (от 18 до 70 лет), нас объединяет общий интерес. Мы становимся ближе и дружнее, ведь мы творческий коллектив.

Психологистическая помощь и доверительные отношения помогают поверить в собственные силы и раскрыть творческие способности.

Репертуар театра подбирается с учетом различного возрастного и социального уровня зрительской аудитории. Наша творческая группа самостоятельно пишет сценарии будущих спектаклей, в основе которых лежат нравственные принципы, любовь к ближнему, доброта, милосердие и патриотизм.

Особую благодарность хочется выразить профессионалам, которые помогают нашему театру: Олегу Васильевичу Чичко, режиссеру Омского ТЮЗа, актеру и режиссеру театра-студии «Параллельный мир», и Ларисе Петровне Чичко, актрисе Омского ТЮЗа, художественному руководителю театра-студии «Параллельный мир». Они приглашают на спектакли и поддерживают нас. Посмотрев профессиональные постановки, мы вдохновляемся на новые театральные работы.

Театр «Золотая маска» участвует в волонтерском движении: мы выезжаем со спектаклями в социальные центры, детские дома, на фестивали, форумы и конкурсы. На Международном арт-фестивале «Обыкновенное чудо» в 2016 году мы представили театральную композицию «Над Шекспиром поднят занавес», куда вошли сцены из спектаклей «Король Лир» и «Ромео и Джульетта». Работа отмечена Дипломом I степени в номинации «Новация».

Счастливые лица, радостные улыбки наших актеров и зрителей – главные награды и оценки нашей работы! ■

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ СО СКОЛИОЗОМ III–IV СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Ксения Валентиновна КОРМЩИКОВА,
ФГБУ «Центральная клиническая больница с поликлиникой» УД Президента РФ

Сколиоз III–IV степени – тяжелейшее заболевание, при котором, кроме опорно-двигательного аппарата, затрагиваются внутренние органы и системы. Помимо искривления позвоночника, «деформируются» и психика человека, и его способность взаимодействовать с людьми в различных социальных группах.

Согласно результатам профилактических осмотров детей до 14 лет, среди общего количества осмотренных выявлено около 6 % детей со сколиозом, в том числе и с нарушениями осанки. Дети и взрослые с заболеваниями позвоночника, в частности сколиотической осанкой и сколиозом, сталкиваются со множеством трудностей. Болевой синдром, накопленный стресс, испытываемый всеми членами семьи и ближайшим окружением больного, а также засилье бюрократической волокиты в бюро медико-социальной экспертизы во время установления инвалидности значительно снижают качество жизни пациентов, страдающих этим заболеванием.

Тяжелые формы сколиоза – это не просто деформация тела, уродующая фигуру, это заболевание, сопровождаемое болями, психологическими патологиями, изменением образа жизни. Ввиду выраженного искривления позвоночника возникает деформация грудной клетки, следовательно, изменяется нормальное расположение органов грудной полости, происходит смещение органов брюшной полости, страдают и органы малого таза, сдавливаемые тазовыми костями. Можно ли назвать сколиоз только болезнью позвоночника? Конечно, нет. Сколиоз является болезнью всего организма, привнося целый комплекс симптомов в нервную, эндокринную, дыхательную и сердечно-сосудистую системы.

Нередко сколиоз является причиной для медико-социальной экспертизы и установления инвалидности. Согласно постановлению Правительства Российской Федерации «О порядке признания лица инвалидом», показаниями для направления пациентов в бюро медико-социальной экспертизы служит наличие III или IV степени сколиоза с осложнениями в виде дыхательной недостаточности 2-й степени и выше. Обострение болевого синдрома при наличии вторичного остеохондроза позвоночника с неврологической симптоматикой также является одной из наиболее частых причин установления инвалидности по причине сколиоза.

Любое физическое отклонение от нормы не может не оказывать

воздействия на наше самовосприятие, тем более, если речь идет о видимых невооруженным глазом изменениях тела. Видимая деформация позвоночника, особенно если она сильно выражена, является огромной проблемой для соматического и психологического состояния больных. Казалось бы, незначительное искривление позвоночника, развившееся за школьной партой, может привести к необратимым последствиям вплоть до инвалидности. Эстетический дефект, вызываемый деформацией позвоночника, помимо физиологических нарушений, не может не сказываться на психологическом состоянии.

Проведенные исследования показывают, что подростки со значительной степенью искривления позвоночника более тревожны и подвержены негативным переживаниям, чем их здоровые ровесники, что провоцирует некоторую замкнутость и трудности в выражении эмоций. Чувство вины перед близкими, вызванное тяжелым заболеванием, требующим длительного лечения, а также моральных и физических сил близкого окружения, заставляет пациентов испытывать долгое психоэмоциональное напряжение.

Как правило, подростки не до конца понимают серьезность имеющегося у них заболевания, равно как и необходимость выполнения всех лечебных мероприятий, например, таких, как ежедневная лечебная гимнастика, ношение ортопедических корсетов, прохождение курсового лечения с помощью реабилитологов и физиотерапевтов. Туманные перспективы лечения сколиоза, недостаточная информированность о тактике лечения и его результатах ведут к снижению уверенности в завтрашнем дне, подводят к формированию психосоматических расстройств и нарушениям адаптации. Зачастую у пациентов появляются боли неясного генеза, обусловленные, помимо прочих соматических изменений, еще и психосоматическими факторами.

Согласно утверждению ортопедов, рост человека останавливается в возрасте от 20 до 25 лет. Однако это не означает, что останавливается развитие и усугубление сколиоза. Большая часть неоперированных пациентов с выраженной деформацией позвоночника продолжает лечение с помощью облегчающих течение заболевания массажей, лечебной гимнастики и прочих реабилитационных программ, включая новейшие методики (например, тейпирование). Меньшая часть пациентов ввиду как соматических (выраженный болевой синдром), так и психологических причин (влияние постоянного стресса, сомнение в целесообразности дальнейшего лечения, отсутствие уверенности в себе и мире) значительно снижает качество своей жизни, отказываясь от лечебных мероприятий.

Подростки и взрослые с тяжелыми формами сколиоза испытывают трудности и в повседневной жизни. То, что легко для здорового среднестатистического человека, доставляет дискомфорт, боль и неудобства пациенту с патологией позвоночника: например, долгая ходьба, не говоря уже о беге, продолжительное пребывание в статичной позе (стояние в транспорте или долгое сидение), многие виды спорта и подвижных игр. Некоторые виды труда останутся навсегда закрытыми для пациентов с данной патологией независимо от наличия у них инвалидности. Физический и эмоциональный дискомфорт приводит к неудовлетворенности собой, отражаясь на психологическом развитии детей со сколиозом.

Для таких пациентов типичен уход в себя, стратегия «избегания» своей проблемы: нежелание обсуждать ее, глубоко погружаться в мысли о своем заболевании, что, несомненно, затрудняет ход психотерапии. Для личностей с тенденцией к инфантилизму характерна переадресация своего чувства вины на окружающих. В этом случае больной будет винить родителей в том, что они его «не вылечили», то есть не настаивали на регулярных лечебных мероприятиях, ближайшее окружение – в том, что оно потворствовало нарушению охранительного режима, и весь мир – за то, что он болен. Такие пациенты нуждаются в долгой и основательной терапии с психологами.

Один из важных элементов реабилитации – стабильный эмоциональный фон, ощущение поддержки, удовлетворенность собой и окружающим миром (семьей, домашним бытом, работой). Напряжение и постоянная тревожность подстегивают, как кнут, вследствие

чего вырабатывается излишняя осторожность, в том числе и в вопросах выбора карьеры и жизненного пути в целом, оцениваются все риски, преимущества и возможности выбранных вариантов. Для пациентов особенно важно следовать по пути не наименьшего сопротивления, а больших перспектив. Важно учитывать свои внутренние ресурсы и возможности.

Элементом социальной реабилитации пациентов с выраженной деформацией позвоночника можно назвать наличие образования (среднее профессиональное, высшее), потому как оно позволяет таким больным выбирать работу, соответствующую интеллектуальным и, что особенно важно, анатомо-физиологическим особенностям. Наличие карьеры, реализация в профессии позволяет проявлять себя, не чувствовать себя стесненным или стигматизированным. Важно ощущать себя частью социума, не акцентируя внимания на заболевании.

Рекомендации, которые полезны каждому среднестатистическому здоровому человеку, в случае с пациентами с патологией позвоночника приобретают особую важность. Не стоит забывать о том, что сколиоз вызывает деформацию и смещение органов брюшной полости. Соответственно, разнообразное и регулярное питание является обязательным условием реабилитации и важным элементом образа жизни пациентов с выраженным сколиозом. Допустимые физические нагрузки (плавание, лечебная гимнастика, некоторые элементы йоги и пилатеса) положительно влияют на самочувствие больных за счет профилактики венозных застоев и укрепления мышечного корсета, препятствуя дальнейшему прогрессированию сколиоза. Не стоит забывать и о том, что лишний вес значительно ухудшает состояние таких пациентов.

Несмотря на повышенный уровень тревожности, большинство подростков со сколиозом довольно оптимистичны и с надеждой строят планы, учитывая свои сильные и слабые стороны. Ряд физических ограничений, годами преследующий пациентов со сколиозом или появляющийся после сложного хирургического лечения, быстро входит у них в привычку. Установленная инвалидность не мешает больным на реабилитации вести нормальный образ жизни. Значительная часть взрослых пациентов с выраженным сколиозом активна в социуме, имеет образование, профессию, семью. ■

ЛИТЕРАТУРА

1. Постановление Правительства РФ от 20.02.2006 № 95 (ред. от 14.11.2019) «О порядке и условиях признания лица инвалидом».

2. Результаты профилактических осмотров детей в возрасте 0–14 лет (данные Минздрава России, расчет Росстата) // http://www.gks.ru (дата обновления – 29.11.2017).

3. Ананьев В. А. Практикум по психологии здоровья. – СПб, 2007.

4. Исаев Д. Н. Психосоматическая медицина детского возраста. – СПб, 1996.

5. Кулешов А. А. Тяжелые формы сколиоза. Оперативное лечение и функциональные особенности некоторых органов и систем // Автореферат диссертации. – М., 2007.

6. Пятакова Г. В. Особенности личности подростков с тяжелой деформацией позвоночника / Г. В. Пятакова, С. В. Виссарионов // Научно-исследовательский детский ортопедический институт им. Г. И. Турнера. – СПб, 2008.

seni®

средства ухода

за тяжелобольными людьми

Super Seni

подгузники для людей с недержанием мочи

Seni Care

косметические средства для ухода за кожей подверженной риску образования пролежней и опрелостей

Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация.

Вы можете приобрести книгу в интернет-магазине Gigienashop gigienashop.ru 8 (800) 301-03-07 (Звонки по России бесплатные)

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: 8-800-200-800-3
(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

СВОБОДНОЕ ДВИЖЕНИЕ – НОВОЕ КАЧЕСТВО ЖИЗНИ

Мария Борисовна ШИКУЛА,
старшая медицинская сестра отделения восстановительного лечения, инструктор ЛФК ГБУЗ МО «Одинцовская районная больница № 2»

В процессе работы, общаясь с пациентами, нуждающимися в реабилитации после травматических повреждений и оперативного лечения опорно-двигательного аппарата, нам приходится решать ряд проблем, связанных с ограничением подвижности, работоспособности, социальной значимости. Пациенты в этой ситуации попадают в непривычные для них условия.

На базе отделения восстановительного лечения ГБУЗ МО РБ № 2 разработана комплексная программа «Свободное движение – новое качество жизни». Она включает в себя как медицинскую, так и социальную реабилитацию. Основа программы – пациентоориентированный подход.

Главная цель комплексной реабилитации – донести до пациента мысль о том, что, несмотря на физическое нездоровье и личностные проблемы, человек способен вести полноценный и активный образ жизни, быть счастливым и значимым как для самого себя, так и для семьи и общества.

Программа рассчитана на две целевые аудитории. Первая – это работающие пациенты. Люди с нехваткой времени, желающие восстановиться в кратчайшие сроки, – это пациенты с листами нетрудоспособности, проходящие лечение в дневном стационаре. В этой группе основной акцент сделан на медицинскую реабилитацию пациента с максимальным учетом его пожеланий.

Особый интерес представляет вторая целевая аудитория. К ней относятся более тяжелые пациенты, нуждающиеся не только в медицинской, но и в социальной реабилитации, – люди, которым необходимы забота и внимание.

Рассмотрим организацию занятий для второй целевой аудитории. Вначале происходит формирование группы в количестве от шести до двенадцати человек старше восем-

надцати лет (далее ограничений по возрасту не существует). Формирование разновозрастной группы дает положительные результаты: люди старшего поколения хотят показать молодежи, что они тоже на многое способны, что возраст и болезнь не помеха активному образу жизни. Молодые люди, в свою очередь, не желая отставать от них, стараются заниматься еще лучше. И, конечно же, люди старшего поколения выступают наставниками для молодежи на примере своих жизненных ситуаций. Преимущество таких групп заключается в том, что они являются открытыми: пациент может присоединиться в любой момент. Он гарантированно пройдет свое количество занятий даже в случае пропусков.

Программа реабилитации включает в себя двадцать пять занятий по 90 минут. Необходимо обратить внимание на то, что при формировании групп учитывается не только диагноз, но и тяжесть заболевания пациентов, собираются данные о функциональном состоянии занимающихся, уровне их физической подготовленности, а также психомоторном и психоэмоциональном состоянии.

Все пациенты приходят по направлениям врачей-специалистов: ортопеда, невролога, хирурга, физиотерапевта. При первом обращении пациент встречается с руководителем программы. Во время встречи фиксируются его основные жалобы и сопутствующие заболевания. Выясняется влияние заболевания пациента на его образ жизни и основные проблемы, испытываемые им. Важно знать, как болезнь изменила жизнь пациента: семейный анамнез, социальный статус, увлечения, хобби, интересы – и, конечно же, каких результатов он ожидает от прохождения курса реабилитации.

Программа состоит из двух частей: первые сорок пять минут занятия проходят по стандартным методикам ЛФК для пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. Мы добавили специальную физическую подготовку, которая включает в себя дыхательную гимнастику, выполнение упражнений на тренажерах, ритмическую гимнастику или упражнения с элементами танцев. Танцевальные упражнения как один из методов арт-терапии не имеют ограничений по возрасту. Это самый эффективный метод для улучшения настроения, общего самочувствия, повышения иммунитета, а также прекрасный способ самовыражения человека.

Вторая половина занятия проходит в произвольном режиме. Можно запланировать лекцию, беседу, обучающие мастер-классы, консультации со специалистами. Тематика занятий составляется с учетом пожеланий пациентов. Каждую неделю они подают список тем, на которые хотели бы побеседовать, перечень волнующих вопросов. Огромным плюсом является то, что список подается анонимно: это позволяет пациентам не испытывать чувства неловкости, а мы, в свою очередь, можем максимально удовлетворить потребности пациентов.

На занятиях освещаются вопросы здорового образа жизни, читаются лекции о правильном питании, пользе физических нагрузок, особенностях образа жизни с заболеванием опорно-двигательного аппарата. Даются советы по сокращению количества обострений, обсуждается ассортимент ортопедической продукции, проводится профессиональная ориентация с учетом специфики каждого заболевания. Для того чтобы разнообразить занятия, помимо бесед с руководителем программы, приглашаются (в зависимости от потребностей группы) различные специалисты: врачи, медицинские сестры, волонтеры, социальные работники, юрист, косметолог, психолог, инструктор по пилатесу.

ОЦЕНКА ПРОГРАММЫ

На основании анализа анкет обратной связи сделан вывод, что приблизительно 90 % пациентов, прошедших курс реабилитации по программе «Свободное движение – новое качество жизни», оценивают программу положительно:

Улучшение физического и психологического здоровья	95%
Уменьшение количества обострений	70%
Решение социальных проблем	65%
Решение вопросов трудоустройства	30%
Новые знакомства	100%
Решение проблемы одиночества	85%
Уменьшения количества обращений к врачам специалистам	50%
Мы поняли, что о нас заботятся и помогают улучшить качество жизни	100%

В своей работе мы руководствуемся определенными принципами. Считаем, что ведущим является принцип системности, то есть непрерывное, планомерное, регулярное использование любых средств ЛФК в различных формах. Важен также принцип индивидуального подхода к каждому человеку. Повышение нагрузок и изменение характера упражнений должны происходить индивидуально, так как адаптация у людей протекает с разной скоростью.

Правильный учет результатов реабилитационного процесса может быть осуществлен только на основе тщательного анализа динамики состояния пациента. В конце каждого этапа подводятся итоги проделанной работы, анализируются данные учета, основу которых составляют количественные показатели: результаты выполнения контрольных упражнений, динамика физических возможностей организма, психомоторного и психоэмоционального состояния и, конечно же, субъективная оценка пациентами результативности прохождения программы.

В работе применяются различные методы контроля: наблюдение, анкетирование или опрос (определение субъективных чувств), выполнение практических тестов, простейшие медицинские измерения (ЖЕЛ, ЧСС, масса тела и т. д.) и анализ рабочей документации.

После прохождения курса реабилитации каждый пациент получает рекомендации по образу жизни и физическим нагрузкам с учетом возраста, личностных особенностей и тяжести заболевания.

Огромным преимуществом программы является то, что мы не теряем связи с пациентами. Ежедневно, в часы приема первичных пациентов, им можно прийти и задать интересующие или беспокоящие вопросы, а также можно позвонить по телефону. Всю эту информацию с указанием часов приема, контактного телефона и времени для звонков получает каждый пациент.

Подводя итог, необходимо обобщить позитивные моменты программы. Использованные средства и методы общедоступны, малозатратны, многофункциональны, обладают широким диапазоном действия при различных заболеваниях. Отсутствуют возрастные ограничения, группы открытые. Программа оптимизирует работу инструктора ЛФК и врача. Преимуществом является комплексность: кроме медицинской, пациент получает и социальную реабилитацию, а также сохраняет связь с врачом. Нельзя не отметить то, что, объединяя людей в группы, мы можем охватить гораздо большее количество пациентов за один день. Происходит экономия времени инструктора ЛФК, врача, последний не тратит времени приема на разъяснение каждому пациенту особенностей его заболевания и образа жизни с конкретным диагнозом, а пациент, в свою очередь, может получить всю интересующую его информацию во время прохождения курса реабилитации.

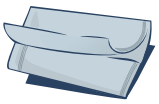
Программа «Свободное движение – новое качество жизни» является важной частью лечебного процесса и повышения качества жизни большой части пациентов в посттравматический и послеоперационный период. Становится возможным решение проблем работоспособности и трудоустройства значительной части слушателей программы, решаются вопросы адаптации к непривычной роли пациента. ■

РАЗРАБОТАНЫ С УЧЕТОМ

МУЖСКОЙ АНАТОМИИ

Seni Man – это надежная и незаметная защита
при легкой и средней степени недержания мочи

www.seni.ru



Seni Man Normal и Seni Man Extra
в индивидуальных упаковках – для максимально
комфортного и гигиеничного использования

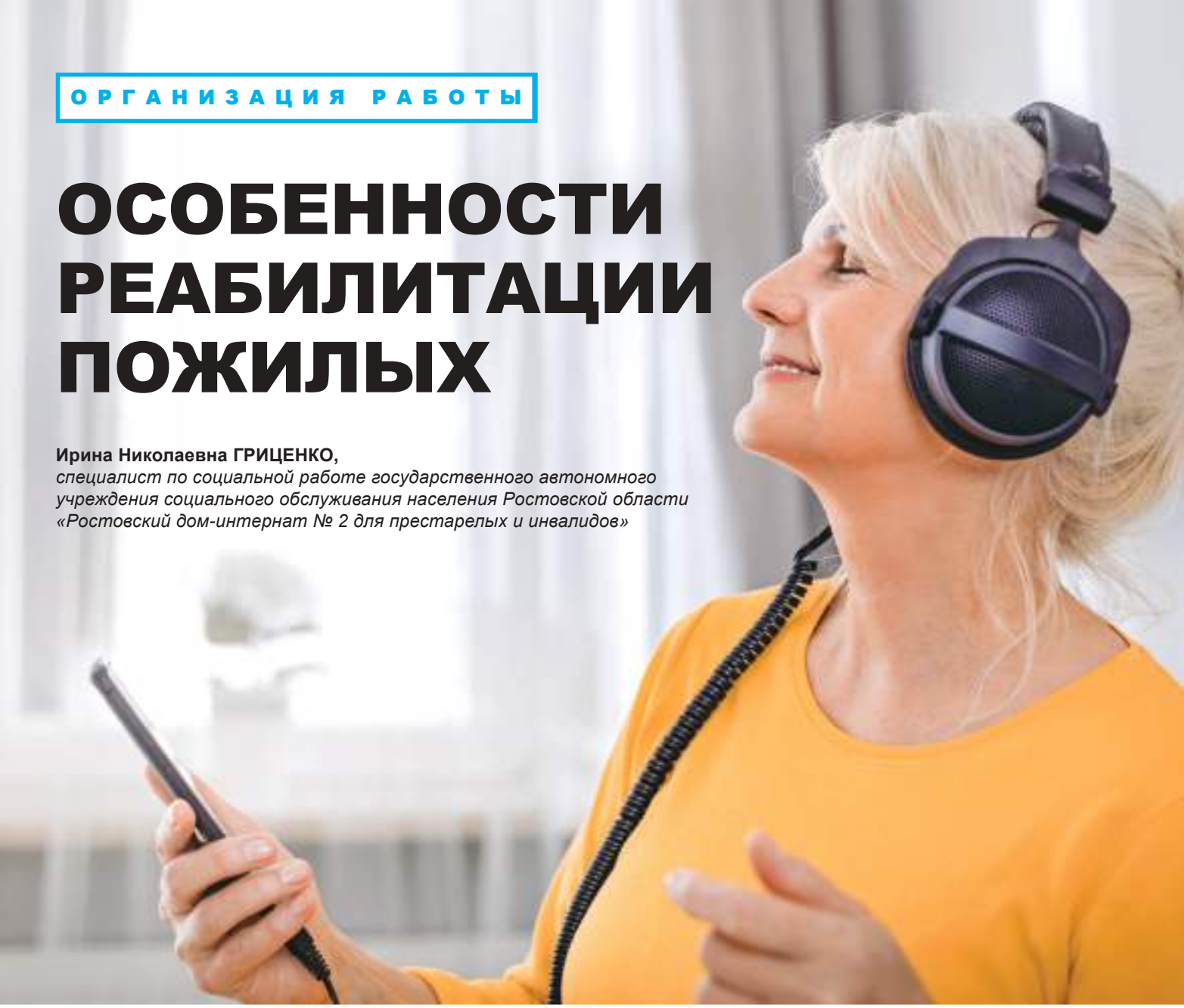
Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: **8-800-200-800-3**
(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

ОСОБЕННОСТИ РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЖИЛЫХ

Ирина Николаевна ГРИЦЕНКО,
специалист по социальной работе государственного автономного учреждения социального обслуживания населения Ростовской области «Ростовский дом-интернат № 2 для престарелых и инвалидов»



Старость – это не заболевание, а естественный процесс, однако она может значительно ограничивать человеческие возможности. Именно поэтому своевременное использование реабилитационных технологий и грамотного подхода способно значительно улучшить качество жизни представителей старшего возраста.

Возраст влияет не только на физическое, но и на психологическое здоровье человека. Пожилые мужчины и женщины становятся менее стрессоустойчивыми, они более подвержены перепадам настроения, депрессии и нарушению сна, также у них наблюдаются проблемы с памятью и концентрацией внимания. Для ухода за такими людьми необходима не только помощь специалиста, но и терпение, тактичность, внимательность и позитивный настрой. В пожилом возрасте уход должен быть наиболее тщательным, особенно в связи с повышенным риском получения травм из-за плохой координации и ослабления внимания и последующим медленным восстановлением организма из-за возрастных особенностей.

В 2008 году, согласно приказу Министерства труда и социального развития РО № 198 от 30.10.2007 «Об открытии геронтологических отделений», в государственном автономном учреждении социального обслуживания населения Ростовской области «Ростовский дом-интернат № 2 для престарелых и инвалидов» было создано геронтологическое социально-медицинское отделение, рассчитанное на 30 мест.

Для оздоровления опорно-двигательного аппарата, сердечно-сосудистой, нервной системы, улучшения периферического и системного кровообращения в доме-интернате используется современное оборудование и большое количество восстановительных программ и методик.

В физиотерапевтических целях используется капсула Alpha SPA System™, являющаяся физиотерапевтическим аппаратом последнего поколения, в котором используется комбинация сухой сауны с регулируемой до 82 °С температурой, четырехканальной системы ароматерапии, вибрационного массажа, аэроионотерапии, музыкотерапии. Комплексные программы альфа-капсулы направлены на укрепление

иммунитета и психокоррекцию. Сочетаемое применение натуральных воздействий позволяет создавать эффективные программы для реабилитации, профилактики заболеваний, общего оздоровления.

Микроклимат, создаваемый в галокамере (искусственная соляная пещера), в сочетании с распыляемыми растворами морской соли и азотнокислого серебра, безвредно дезинфицирующими дыхательные пути, способствует укреплению иммунной системы, оказывает благоприятное воздействие на реактивность верхних дыхательных путей, бронхов, кожи.

В массажном кабинете проводится гигиенический и лечебный массаж – эффективное средство профилактики заболеваний и лечения различных травм.

Также в доме-интернате используется метод финской ходьбы, который позволяет получить дополнительную нагрузку на мышцы рук и корпуса и изменить обычный шаг так, чтобы мышцы всего тела работали в режиме быстрых сокращений. Результаты – повышение тонуса мышц, улучшение работы сердца, повышение устойчивости и чувства равновесия, улучшение координации движений, повышение настроения у лиц с различными хроническими заболеваниями, что снижает процент возникновения обострений хронических заболеваний. Наблюдается значительное снижение веса у группы больных с ожирением.

Большое значение в работе геронтологического социально-медицинского отделения имеют экспериментально-психологические исследования когнитивного статуса и эмоционального фона пожилых. Для этого психолог дома-интерната работает с подопечными в сенсорной комнате. Подобные занятия способствуют снятию психоэмоционального напряжения. Светомузыкальное воздействие снимает чувство беспокойства, тревоги, постепенно меняет психологический настрой на жизнеутверждающий. Результаты использования физических факторов сенсорной комнаты – многостороннее положительное воздействие на здоровье, снижение процента обострений хронических заболеваний.

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ:

- осуществление комплекса мер, направленных на создание и обеспечение условий для социальной интеграции получателей социальных услуг, восстановление (формирование) социального статуса, утраченных общественных связей – **социальная реабилитация**;
- осуществление комплекса медицинских мер, направленных на улучшение здоровья, восстановление нарушенных и компенсацию утраченных функций организма – **медицинская реабилитация**;
- внедрение инновационных социальных технологий.

Еще одной возможностью для психоэмоциональной разгрузки стала комната отдыха «Фитобар». Это уютный и светлый уголок, в котором подопечные пьют отвары целебных трав по назначению лечащего врача, отдыхают под приятную музыку в креслах-качалках или смотрят познавательные фильмы о живой природе. Фитотерапия для снятия психоэмоционального напряжения применяется в сочетании с музыкотерапией и позволяет использовать богатство растительных лекарственных препаратов для укрепления здоровья.

Одним из эффективных методов социально-психологической реабилитации является биографический метод. Суть его заключается в воспроизведении пожилыми людьми личной биографии, при этом возникают доверительные отношения между поступающим в дом-интернат и психологом, что помогает принять новые обстоятельства, начать приспосабливаться к изменениям в жизни, формирует чувство стабильности. Результат использования метода – сокращение адаптационного периода для вновь поступающих в ин-

тернат, что позволяет пожилым людям быстрее пройти процесс социальной реабилитации в новом коллективе, снижает процент возникновения обострений хронических заболеваний.

Вовлечение пожилых людей в волонтерскую деятельность позволило вывести социальную реабилитацию на новый уровень. В настоящее время из 30 человек, проживающих в геронтологическом социально-медицинском отделении, 18 получателей социальных услуг заняты добровольческой деятельностью. В процессе взаимодействия с другими людьми формируются дружеские отношения внутри волонтерского движения, приобретаются новые навыки и умения, поэтому пожилой человек быстрее адаптируется к новым условиям жизни. Цель данной работы состоит в успешной социальной реабилитации пожилых людей, раскрытии их потенциала, самореализации, повышении самооценки и улучшении качества жизни, а также пропаганде активного долголетия. С момента создания Центра «серебряного» волонтерства у пожилых людей наблюдается улучшение психоэмоционального состояния, радость от социального и творческого взаимодействия, повышение уровня самооценки от выполненной работы, снижение уровня тревожности за счет разнообразия досуга, улучшение памяти (и защита от ее ослабления) и остроты интеллектуальных и мнестических процессов.

Пожилые люди обладают большим жизненным и профессиональным опытом, свободным временем, желанием помогать другим, многие из них занимают активную жизненную позицию. Чем интенсивнее вовлеченность представителей «серебряного» возраста в волонтерское движение, тем выше уровень их удовлетворенности жизнью.

Пожилые люди геронтологического социально-медицинского отделения участвуют во всех сферах общественной жизни: организуют праздничные мероприятия и юбилеи для получателей социальных услуг, концерты, мастер-классы по изготовлению поделок, шахматные турниры и литературно-театральные представления. «Серебряные» добровольцы проводят спортивные мероприятия, направленные на пропаганду здорового образа жизни, а также продление долголетия посредством укрепления физического здоровья.

Волонтеры «серебряного» возраста своей деятельностью ломают стереотипы общества, что также влияет на формирование самооценки пожилого человека. Занимая активную жизненную позицию, ведя здоровый образ жизни и улучшая общее состояние организма за счет физической активности, получатель социальных услуг увеличивает степень мотивации и уверенности в себе, повышает социальную активность. ■

ПРОЕКТЫ ЦЕНТРА «СЕРЕБРЯНОГО» ВОЛОНТЕРСТВА

• **«Старшее поколение дорогою добра»**
Совместная деятельность пожилых людей, детей-инвалидов и находящихся в социально-реабилитационном центре для несовершеннолетних г. Ростова-на-Дону. Общение на различные темы, обмен подарками, созданными своими руками, участие в концертах.

• **«Чтобы не остывали сердца»** и **«Ресоциализация на вершине жизни»**
Совместная деятельность пожилых людей и студентов университетов и колледжей города – обмен с молодым поколением опытом и знаниями, совместные благотворительные акции и мероприятия.

• **«Дорога к храму»**
Совместная работа с храмом святых Жен Мироносиц по углублению духовных знаний и оказанию психологической помощи для обращения к религии.

• Волонтеры организуют экологические акции и принимают участие в благоустройстве территории, посадке цветов, кустарников, в общегородском продовольственном марафоне **«Корзина доброты #ПРОДУКТЫвГЛУБИНКУ»**, организованном Фондом продовольствия «Русь» и X5 RetailGroup, в оказании помощи ветеранам ВОВ и получателям социальных услуг отделения Милосердия дома-интерната.

• **«Продлевай молодость»**
• **«По волнам памяти»**
• **«Онлайн бабушка – оффлайн дедушка»**
• **«Путешествие в мир прекрасного»**

КОМПЛЕКСНЫЙ УХОД

seni® care

для людей с недержанием мочи

Товар, помеченный символом (*), является медицинским изделием.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИ ПРОВЕРЕНО для требовательной кожи

Профилактика раздражений кожи, опрелостей и пролежней

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: **8-800-200-800-3**
(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

seni.ru / senicare.ru

SeniControl App

Если Вы не знаете какой тип впитывающего изделия выбрать для себя или Вашего близкого, скачайте **мобильное приложение SeniControl**. Оно поможет Вам вести мобильный дневник мочеиспусканий, определить степень недержания и подобрать впитывающее изделие в зависимости от индивидуальных потребностей. Доступно для пользователей Android, iOS.

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

Анна Николаевна БУЛАТОВА,
специалист по социальной работе АСУСО «Омский психоневрологический интернат», г. Омск

РОЛЬ СПОРТИВНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РЕАБИЛИТАЦИИ ЛЮДЕЙ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Спорт – важный инструмент в системе реабилитации, социализации и дальнейшей интеграции в общество. Цель физической культуры и спорта – развитие самодисциплины, самоуважения, духа соревнования и дружбы, то есть тех характерных качеств, которые имеют существенное значение для адаптации инвалида в социуме.

За последние годы сложилось уникальное отношение к людям с особенностями развития. Успехи звезд паралимпийского спорта ярко демонстрируют фундаментальный моральный принцип современности – формирование инклюзивной среды для спортсменов с физическими недугами. Такой подход позволяет не только преодолеть существующие ограничения, но и сделать масштабный рывок вперед, добиться успехов, заслуживающих самых высоких оценок.

В 2006 году Омский психоневрологический интернат получил приглашение на региональный турнир международной лиги по мини-футболу SENICup среди лиц с ограниченными возможностями, организованном компанией «БЕЛЛА Сибирь». Перед нами стояла непростая задача – организовать футбольную команду из ребят, проживающих в нашем учреждении. В основном в наш интернат поступают воспитанники детских домов, достигшие 18 лет. У ребят не было сформировано понимания того, что физическая активность – показатель здоровья, отсутствовал интерес к физическому совершенствованию и потребность в нем.

Специалисты интерната подключились к созданию футбольной команды. Чтобы привить ребятам потребность в ежедневных занятиях спортом, здоровому образу жизни, были организованы занятия по общей физической подготовке на базе нашего учреждения и выезды на стадионы Омской области, где проходили тренировки по

мини-футболу. Результат не заставил себя долго ждать: на отборочном турнире SENICup в Новосибирске наша команда заняла призовое место.

Участие в соревнованиях такого уровня дало мощный толчок нашим спортсменам. Систематические тренировки в коллективе, выезды и участие в соревнованиях освободили их от чувства изолированности, отчужденности, ненужности. Успехи в спорте помогли обрести чувство самоуважения и значимости своей личности. Помимо футбола, у ребят появился интерес к другим видам спорта. У проживающих в нашем интернате есть возможность ежедневно заниматься настольным теннисом, бадминтоном, шашками, бильярдом, волейболом, лыжным спортом, использовать в игре кольцеброс. Эта активность развивает координацию, ловкость, выносливость, двигательные и коммуникативные способности, чувство ритма, способность сосредоточения.

Тренировки по футболу в интернате всегда проходят при поддержке болельщиков. Наши девушки воодушевились победами юношей и стали принимать участие в тренировочном процессе. Постепенно в интернате появилась женская команда по мини-футболу. Юноши и девушки на равных соревнуются между собой.

С 2007 года в Омске благодаря Министерству труда и социального развития Омской области организуется ежегодный турнир по мини-футболу среди проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания Омской области. В этом турнире наши команды ежегодно занимают призовые места. В 2018 году соревнования приобрели статус международных, так как в них принимают участие спортсмены из Казахстана.

Роль спортивных мероприятий в жизни людей с ограниченными возможностями так велика, что едва ли удастся перечислить то множество задач, которые с их помощью возможно решить. Во-первых, спорт и физическая культура – неотъемлемая часть инклюзивной среды. Во-вторых, принцип соревновательности – форма взаимодействия спортсменов, напрямую влияющая на уровень социализации каждого участника. В-третьих, проведение спортивных мероприятий для участников с особенностями развития формирует высокий уровень открытости и толерантности.

Ежегодное участие наших спортсменов в общегородских и международных спортивных соревнованиях позволяет повысить их мастерство. По правилам международной лиги по мини-футболу SENICup, организатором которой является Торуньский завод перевязочных материалов (TZMO SA, Польша), команда, занявшая первое место в региональных отборочных играх, продолжает спортивные состязания в финальном турнире, который проходит в польском городе Торуни. Футболисты нашего интерната неоднократно занимали первые места в отборочном турнире, за пределы Российской Федерации выезжали два раза и всегда возвращались призерами.

Участвуя в этих соревнованиях, благодаря усилиям организаторов футболисты не чувствуют ограничения своих возможностей. Устроители турнира ежегодно делают все возможное, чтобы ребятам запомнились эти матчи. Ведь это не просто спорт, а реализация спортивных возможностей, возможность испытать чувство равенства и завязать дружеские отношения.

Важно помнить, что все реабилитационные мероприятия нужно проводить комплексно и непрерывно, при участии различных высококвалифицированных специалистов, которые преследуют одну цель. За последние годы комплексная реабилитация, в том числе с использованием физкультуры и спорта, в нашем интернате дала положительные результаты. Более 20 юношей и девушек, ранее проживающих в учреждении и занимающихся спортом, сейчас живут независимо и создают семьи. Вновь прибывшим воспитанникам специалисты учреждения продолжают прививать интерес к спорту и потребность в физическом совершенствовании. ■

ОСНОВНЫЕ ЦЕЛИ

Организаторы этого масштабного мероприятия преследуют основные цели:

- привлечение внимания общества к проблемам инвалидов;
- объединение общества и лиц с ментальной инвалидностью, основанное на принципах взаимного уважения;
- популяризацию спортивных соревнований среди лиц с ментальной инвалидностью, стимулирование физического развития;
- убеждение общества в том, что люди со сниженными интеллектуальными способностями имеют такое же право на полноценную жизнь, как и любой другой представитель социума, уменьшение стигматизации.

Эти цели в полной мере включают в себя:

- *инклюзию – процесс реального включения людей с инвалидностью в активную общественную жизнь, люди не делятся на группы в соответствии со своими особенностями;*
- *толерантность – принятие целостности мира и разных людей как неотъемлемых частей этого мира.*

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ В УСЛОВИЯХ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

Елена Александровна КАЛЯДИНА, *заместитель директора государственного бюджетного стационарного учреждения социального обслуживания населения (ГБСУСОН) «Ставропольский краевой геронтологический центр» (СКГЦ)*

Как известно, с возрастом риск развития дезадаптации и различных патологических процессов значительно возрастает. Если рассмотреть удельный вес заболеваний, ассоциированных с возрастом, на примере Геронтологического центра, пожилые люди с гипертонической болезнью составляют 80 % от общего числа получателей услуг, с ишемической болезнью сердца – 75 %, с органическим расстройством личности – 60 %. Недаром одним из приоритетов стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года является обеспечение здоровья граждан старшего поколения.

В Ставропольском краевом геронтологическом центре медицинское обслуживание проводилось в рамках программы «Повышение качества жизни пожилых людей в Ставропольском краевом геронтологическом центре на 2017–2019 годы». В настоящее время в учреждении реализуется программа «Развитие системы долговременного ухода в Ставропольском краевом геронтологическом центре на 2020–2022 годы».

Благодаря четкому выполнению пунктов программ достигнуты следующие результаты:

- средняя продолжительность жизни с 82 лет в 2016 году увеличилась до 82 лет 9 месяцев в 2019 году;
- по результатам мониторинга удовлетворенность качеством и доступностью медицинских услуг, оказываемых в центре, – около 100 %;
- количество людей, занятых в реабилитационных программах, составляет 99 % от общего числа проживающих в отличие от 2016 года, когда этот показатель достигал 80 %.

Важным направлением работы Центра является популяризация здорового образа жизни.

Что же позволило достичь таких результатов? Прежде всего это раннее выявление патологии, своевременное проведение терапии, профилактика осложнений. В этом направлении хотелось бы отметить расширение материально-технической базы. За последние полтора года медицинская служба учреждения получила новое медицинское оборудование:

- ультразвуковой диагностический денситометр, предназначенный для исследования состояния костной ткани, что очень актуально для наших проживающих;
- соматометрический комплекс «Медик» для обследования тяжелых лежачих больных, позволяющий снять антропометрические показания, такие как масса, длина тела, толщина кожно-жировых складок, обхват туловища, конечностей. Комплекс автоматически подсчитывает индивидуальную потребность в лекарственных препаратах и скорость их введения, осуществляет коррекцию дозы лекарственного препарата у пациентов с почечной и печеночной недостаточностями;
- многофункциональная инновационная кровать для купания маломобильных граждан, которая применяется при долгосрочном уходе.

Большой популярностью у наших подопечных пользуются немедикаментозные методы терапии, такие как физиопроцедуры, грязелечение. В кабинете водолечения пожилые люди получают тонизирующий и расслабляющий гидромассаж, хвойные, ароматические, скипидарные ванны, в массажном кабинете – все виды ручного массажа.

С целью уменьшения воздействия на организм разрушающих факторов с 2014 года в Центре системно применяются геропротекторы (китайский лимонник и аевит).

Сохраняя принципы геродиететики, то есть здорового питания пожилых людей, в Ставропольском краевом геронтологическом центре организовано диетическое пятиразовое питание: завтрак, обед, полдник, первый ужин, второй ужин (кефир на ночь).

Основные диеты:

- ОС – основная стационарная;
- ДД – диета для больных сахарным диабетом I и II типов;
- ЖКД – диета для подопечных с заболеванием ЖКТ.

В рацион проживающих введена фитотерапия (чай на основе сахароснижающего растения стевии, общеукрепляющий и витаминный чаи, успокоительный сбор); кислородные коктейли из фруктового сока, экстракта корня солодки, сиропа шиповника. В питание ослабленных получателей социальных услуг дополнительно к основному рациону включена питательная смесь «Нутризон» со сбалансированным составом и высоким содержанием белка.

Следующим направлением работы является популяризация здорового образа жизни. В 2018 году закончена полная радиофикация центра, что позволило регулярно транслировать тематические передачи. К этому же направлению можно отнести развитие иппотерапии, галотерапии, аквафиштерапии и т. д.

Регулярно проходят спортивно-оздоровительные мероприятия. С учетом возраста проживающих все они проводятся под контролем инструктора по лечебной физкультуре в тесном сотрудничестве с кафедрой физического воспитания и адаптивной физкультуры медицинского университета.

С целью продления активного долголетия в учреждении функционирует «Университет третьего возраста», в рамках которого квалифицированные медицинские работники проводят занятия в «Школе пациентов с гипертонической болезнью», «Школе памяти», «Школе больных сахарным диабетом» и других.

Ведется активная работа со специалистами медико-социальной экспертизы с целью освидетельствования получателей социальных услуг и разработки индивидуальных программ реабилитации/абилитации, с сотрудниками Фонда социального страхования – по вопросам получения технических средств реабилитации и обеспечения абсорбирующим бельем.

Учитывая тот факт, что все наши проживающие зарегистрированы по адресу геронтологического центра в городе Ставрополе, они имеют полисы обязательного медицинского страхования, что позволяет в случае необходимости пользоваться всеми возможными, в том числе высокотехнологичными, видами медицинской помощи.

На базе центра действует кафедра медико-социальной экспертизы и реабилитации с курсом гериа-

трии СтГМУ, сотрудники которой проводят сертификационные циклы по гериатрии для врачей, тематические циклы для среднего медицинского персонала «Общий уход в гериатрии», для врачей по медико-социальной экспертизе и реабилитации, экспертизе временной нетрудоспособности и контролю качества медицинской помощи. Результатом этого, помимо всего прочего, является тот факт, что все врачи нашего учреждения, помимо основной медицинской специальности, имеют сертификаты врачей-гериатров.

В настоящее время сотрудниками Геронтологического центра совместно с учеными кафедры медико-социальной экспертизы и реабилитации медицинского университета проводится эпидемиологическое исследование наличия депрессивных расстройств и нарушений когнитивных функций у лиц пожилого возраста и инвалидов.

В Геронтологическом центре ежедневно выполняется более 20 перевязок пациентам по противопролежневым программам, с поражениями тканей при синдроме «диабетическая стопа», трофическими язвами конечностей, остеомиелитом, гнойными заболеваниями мягких тканей, наложенными постоянными эпицистостомами. У подавляющего числа поступающих пациентов раны загрязнены поливалентной высокоинвазивной микрофлорой. Все это привело к необходимости создания в центре единой перевязочной.

Силами сотрудников и клиентов центра издается собственный журнал «Доброе слово», выпускаются методические рекомендации по актуальным проблемам здравоохранения: «Советы врача-гериатра», «Особенности течения гипертонической болезни в пожилом возрасте», «Пролежни: профилактика, диагностика и лечение», «Особенности течения сахарного диабета в пожилом возрасте» и т. д. На базе СКГЦ с 2014 года проводятся семинары и конференции для медицинских сотрудников учреждений, подведомственных Министерству труда и социальной защиты населения СК с обязательным привлечением ученых медицинского университета и ведущих специалистов практического здравоохранения.

Все перечисленные мероприятия позволили достичь увеличения продолжительности активной жизни среди наших подопечных. ■

АСПЕКТЫ АДАПТАЦИИ И УХОДА ЗА ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ С ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ

Жанна Владимировна ЖУЛЯБИНА,
главная медицинская сестра ГБУЗ НСО «Государственный Новосибирский областной клинический госпиталь ветеранов войн», член правления РОО «НПАССД»

Пациентам пожилого возраста требуется больше внимания и времени от медицинского работника, медицинский уход за ними имеет свои особенности, так как здесь должны учитываться многие психологические и социальные факторы.

При поступлении пациента в стационар важно организовать процесс адаптации, лечения и пребывания в госпитале. С момента поступления пациенту необходимы не только услуги жизнеобеспечения, но и психологическая поддержка и психологическое сопровождение медицинского персонала. Расселение пациентов в Новосибирском областном клиническом госпитале ветеранов войн осуществляется по 2–3 человека в комфортабельных палатах, это облегчает уход и способствует общению. В палатах есть санузел, душ, холодильник, телевизор. Занимаясь в течение долгого времени проблемами гериатрии, врачи госпиталя накопили богатый опыт раннего выявления, терапии и профилактики заболеваний у пациентов пожилого возраста, а деятельность медицинских сестер осуществляется по четырем основным направлениям:

1. Диагностическая деятельность:
- выявление комплекса проблем пациента;
- подготовка к диагностическим исследованиям;
- наблюдение за динамикой проблем пациента.

2. Лечебная деятельность:
- планирование сестринского ухода;
- оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях;
- осуществление сестринских вмешательств по устранению дефицита самоухода пациента;
- помощь врачу при выполнении лечебных манипуляций.

3. Профилактическая деятельность:
- формирование мотивации здорового образа жизни;
- санитарно-просветительская работа, проведение занятий по программам школ;
- участие в диспансеризации;
- проведение иммунопрофилактики;
- осуществление комплекса мероприятий по безопасности пациента и больничной среды.

4.Реабилитационная деятельность:
- расширение режима;
- проведение лечебной физкультуры, массажа, физиотерапевтического лечения;
- участие в восстановлении утраченных навыков.

Одним из направлений деятельности стало ведение карты сестринского ухода и наблюдения за пациентом. В госпитале проводится сестринское наблюдение с осмотром пациентов медицинской сестрой, в карте сестринского ухода отражается план ухода, обследования и решение проблем пациента.

С 2018 года в терапевтическом отделении по профилю «гериатрия» ведется комплексная гериатрическая оценка в условиях стационара. С этой целью используется карта комплексной гериатрической оценки. В нее включены шкалы депрессии и боли, оценка питания, данные о физическом состоянии пациента, течении его заболеваний на момент обследования. Опросник заканчивается разделом, куда врач гериатр вписывает коллегиальное заключение о психологическом и психическом состоянии человека, рекомендации для дальнейшего наблюдения и лечения.

Обследование по нескольким медико-психологическим методикам дает возможность выявить не только симптомы возрастной астенизации, но и признаки нейродегенеративных расстройств: болезни Альцгеймера, различных форм старческой деменции, которые у пожилых людей после 65 лет диагностируются все чаще.

Проведенный анализ деятельности за 2019 год показал эффективность работы сестринской службы в госпитале и позволил определить основные задачи на новый период:
- дальнейшее повышение качества обслуживания и совершенствование сестринской помощи, оказываемой ветеранам войн и прикрепленному контингенту;
- проведение мероприятий, посвященных празднованию 75-летия Победы в Великой Отечественной войне.

Нам доверяют самое дорогое – жизнь, здоровье, благополучие людей. Мы несем ответственность не только перед пациентом, его родственниками, но и перед государством в целом. ■

КАРТА ПАЦИЕНТА. КОМПЛЕКСНАЯ ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА

Паспортные данные и социальный статус .....
Хронические заболевания .....
Лекарственная терапия (с указанием дозы, кратности приема, пропусков в приеме .....
Факторы риска хронических неинфекционных заболеваний.....
Данные объективного обследования .....
Визуально-аналоговая шкала самооценки состояния здоровья (ВАШ) .....
Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) .....
Гериатрическая шкала депрессии .....
Активность в повседневной жизни (индекс Бартел).....
Краткая шкала оценки питания (MNA) .....
Заключение гериатра .....

Лешек ГУГА,
психолог, окончил Лодзинский университет и программу подготовки тренеров по матричному управлению; специализируется на изучении стресса, профессионального выгорания и самоэффективности

ДОСТОИНСТВО И ИНДИВИДУАЛЬНОСТЬ ЗАВИСИМОГО ЧЕЛОВЕКА

По мере того как становимся старше, иногда мы начинаем терять контроль над своим телом. Вначале это могут быть совсем небольшие изменения. Когда мы были подростками, могли выспаться за несколько часов, даже если спали в неудобном положении. Теперь даже маленькие неудобства означают дискомфорт и боли в спине, последствия которых будут ощущаться нами целый день. Это простой пример, но зачастую он является первым признаком того, что мы уже не так молоды, как нам кажется.

Несмотря на то что с возрастом наши возможности становятся уже не те, мы полагаем, что ничего не изменилось. То, что боль в суставах мешает нам ходить по горам, не меняет того факта, что ментально мы те же самые люди, что и десять лет назад.

В результате изменений в организме пожилого человека, болезней и травм неудобств может возникать все больше, и вместе они могут привести к частичной или полной потере самостоятельности. Это трудная ситуация и непростая тема. Независимо от того, возникла проблема постепенно или неожиданно (например, в результате травмы), это всегда означает большие изменения в жизни всей семьи. То, насколько серьезным изменением это является для самого потерявшего самостоятельность человека, к сожалению, может остаться незамеченным.

Бывает, что в целях улучшения качества ежедневного ухода за пожилыми или несамостоятельными людьми мы начинаем принимать за них все больше решений, связанных с их повседневной жизнью. Мы решаем, что они будут есть на завтрак, когда будут мыться, во что оденутся. Мы наденем на них свитер, если, по нашему мнению, стало холодно. Купание проведем тогда, когда у нас будет на это время. Мы оденем опекаемых в одежду, которая, на наш взгляд, им подходит. Только как в таких ситуациях чувствуют себя наши подопечные? Наши, казалось бы, маленькие и естественные решения со временем могут привести к тому, что они уже ни на что не будут иметь влияния. Несмотря на благие намерения, мы переносим на них свои навыки по уходу за детьми и, как родители, говорим людям, находящимся под нашей опекой, что и когда они должны делать. Такая постепенная потеря возможности принятия решений в повседневных функциях является болезненной и лишает подопечного мотивации. Какой смысл пытаться что-то сделать, если и так все решают за меня? Стоит иногда задумываться над тем, не провоцирует ли наш подход у пациента чувство фрустрации или даже бунта. Я думаю, что нет человека, который не хотел бы как можно дольше жить так, как привык.

Необходимо помнить, что самочувствие подопечного также влияет на общее состояние его здоровья. Человек, привычки которого уважают, чувствует это и более настроен на сотрудничество в отличие от того, с кем обращаются по схеме.

Важно знать предпочтения подопечного. Стоит поговорить с его семьей и узнать его привычки, выяснить, что для него является важным и на что нужно обратить внимание в ежедневном уходе за ним.

Следует понять, любит ли опекаемый рано ложиться и вставать или предпочитает читать книги до поздней ночи. Нет смысла менять такие привычки насильственным путем. Так же дело обстоит с предпочтениями больного в отношении еды и мытья. Необходимо спросить родственников, как подопечный предпочитает мыться: утром или вечером, в ванной или под душем. Если он стесняется снять белье при ухаживающем персонале и не может преодолеть этого барьера, нужно разрешить ему сначала мыться в белье. Со временем, когда с этим человеком установятся хорошие отношения, ему будет легче преодолеть барьер.

Аналогичным образом следует поступать в случае старческих болезней, особенно таких деликатных проблем, как недержание мочи. Необходимость смены впитывающего изделия – подгузника или урологических вкладышей – заставляет нас пересечь границу интимности, что всегда непросто. Кроме того, переход этой границы ставит подопечного в еще более зависимое положение. В такой ситуации особенно важно позаботиться об удобстве больного и позволить ему принять решение в вопросе выбора впитывающего продукта.

Не нужно по привычке использовать подгузники для всех подопечных. Стоит узнать, чем этот конкретный человек пользовался раньше. Возможно, он предпочитает использовать урологические вкладыши, которые у женщин ассоциируются с применяемыми в молодости прокладками. Ассортимент современных урологических приспособлений дает широкий вы-

СПРАВКА

Впитывающие трусы Seni Active предназначены для средней и тяжелой степени недержания мочи. Они напоминают обычное нижнее белье, благодаря чему не вызывают у больного немедленного желания снять изделие. В линейке представлены продукты с разной степенью впитываемости, размеры от S до XL.

Урологические прокладки Seni Lady впитывают в 4 раза больше, чем обычные гигиенические прокладки, и обеспечивают надежную защиту при легкой и средней степени недержания мочи. Гидрофобные боковые бортики защищают от протеканий, а суперабсорбент в составе продукта предотвращает неприятный запах. В линейке Seni Lady имеется множество вариантов с разной степенью впитываемости.

Влажные салфетки Seni Care XXL, благодаря большой поверхности, позволяют легко и удобно очистить кожу без использования воды, например, когда подопечный не хочет пользоваться ванной или душем.

Крем защитный с окисью цинка и синодором, крем защитный с аргинином и синодором. Используются для защиты кожи в местах, подверженных риску образования пролежней и опрелостей.

бор по впитываемости, что позволяет использовать их как при капельной, так и при средней степени недержания. Урологические прокладки, предназначенные для средней степени недержания, могут заменить впитывающие трусы и подгузники малой впитываемости.

Мы можем встретить людей, которые не хотят пользоваться никакими впитывающими изделиями, потому что не могут даже допустить мысли о том, что не контролируют своего мочеиспускания как маленькие дети. Нежелание использовать абсорбирующие изделия может касаться также людей с деменцией. В этой ситуации мы тоже не должны заставлять их носить подгузники. Можно предоставить подопечным впитывающие трусы, напоминающие обычные, и положить их в ящик, как будто это привычное нижнее белье. Тогда больной сможет их надеть самостоятельно, что вернет ему чувство независимости.

В ситуации, когда мы имеем дело с лежачим больным и используем подгузники, нужно обратить внимание не только на подбор оптимального размера и степени впитываемости продукта, но и на то, как мы об этом говорим. Слова меняют нашу оценку ситуации и придают ей эмоциональную окраску. Особенно когда новая ситуация, в которой находятся беседующие друг с другом люди, еще не до конца ими осознана. В этом случае слова обладают силой формирования отношений и поступков. Есть разница, когда мы говорим, что кто-то не может на что-то решиться или что он принимает решение обдуманно. Огромное значение имеет то, как мы обращаемся к подопечным и что говорим об их болезни, процедурах по уходу. Например, совершенно по-разному звучат фразы: «Давайте сменим Вам абсорбирующее/впитывающее белье» и «Давайте сменим Вам памперс». Эта маленькая деталь оказывает влияние на самочувствие и меняет контекст ситуации, в которой мы находимся: переносит нас в реалии отношений между двумя взрослыми людьми и серьезной беседы о проблемах здоровья из реалии, в которой проблема недержания мочи является тривиальной, а одна из сторон разговора приравнивается к ребенку.

То же самое происходит, когда для ухода за кожей больного мы используем средства, которые ассоциируются с уходом за детьми. Несмотря на добрые намерения, мы можем вызвать у больного чувство, что к нему относятся как к ребенку. Это может усилить его фрустрацию, связанную с растущими ограничениями и потерей самостоятельности. Поэтому для ежедневного ухода следует выбирать средства, предназначенные для взрослых и пожилых людей. Таким образом, мы выразим уважение к возрасту нашего подопечного.

Вовлечение подопечного в процесс принятия решений, касающихся его самого, а также беседа о том, как к нему нужно относиться, как говорить о его здоровье и проблемах, может иметь значение не только для самочувствия больного, но и для его мотивации, которая влияет на сохранение им самостоятельности так долго, насколько это возможно. Это чрезвычайно важно, и достичь этого очень просто: нужно разговаривать. ■

Matoset ▪ КАЧЕСТВО ▪ БЕЗОПАСНОСТЬ ▪ ВЫГОДА

Matoset – готовые к использованию стерильные наборы, созданные для процедурных кабинетов, операционных залов и скорой помощи. Стерильные наборы Matoset – результат нашего долголетнего опыта работы на рынке медицинских услуг. Мы гарантируем безопасность, практичность и комфорт в применении.

ЭКОНОМИЯ СРЕДСТВ

- использование готовых наборов Matoset позволяет точно и эффективно управлять затратами;
- количество использованных наборов всегда равно количеству проведенных манипуляций;

ЭКОНОМИЯ ВРЕМЕНИ

- применение наборов, готовых к использованию, исключает необходимость вскрытия промежуточных единичных упаковок;
- применение готовых стерильных наборов исключает работу, связанную с подготовкой перевязочного материала;

БЕЗОПАСНОСТЬ

- применение готовых стерильных наборов снижает риск инфицирования стерильного изделия;
- для каждого пациента предназначен индивидуальный набор, пациент чувствует индивидуальный подход и гарантированную безопасность;

КОМФОРТ

- состав наборов Matoset подобран таким образом, чтобы успешно выполнить любую манипуляцию;
- ответственность за стерильность наборов и их качественное изготовление до момента вскрытия несет изготовитель.

Мы всегда открыты для ваших пожеланий!
Специально для Вас можем изготовить стерильный набор именно под ваш заказ.

matopat

tzmo.ru
matopat.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ

Реклама.

seni®

Seni Active

Впитывающие трусы
для активных людей
со средней и тяжелой
степенью недержания

- удобны в использовании и незаметны под одеждой
- мягкие и эластичные, комфортно прилегают к телу
- надеваются и снимаются как обычное белье
- не ограничивают свободу движений
- позволяют коже «дышать»

Seni Active - доступны
в разных размерах
и уровнях впитываемости.

Консультации по продукции и заказ бесплатных образцов по телефону горячей линии seni: 8-800-200-800-3
(06:00-22:00 ч. (МСК), кроме выходных и праздничных дней. Звонки по России бесплатные)

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Реклама. ООО «БЕЛЛА Восток». 140301 Россия, г. Егорьевск, МО, ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485