



Государственное бюджетное учреждение социального обслуживания
Ярославской области
Красноперекопский психоневрологический интернат

УХОД ЗА КЛИЕНТАМИ ОТДЕЛЕНИЯ МИЛОСЕРДИЕ: *основные правила и практические рекомендации*



Уход – это не просто выполнение манипуляций, а осуществление всех действий и процедур, которые обеспечивают потребности каждого конкретного больного на протяжении длительного времени. Уход необходимо планировать на индивидуальной и системной основе. Качественный уход предполагает обязательное соблюдение алгоритма осуществления процедур ухода. Правильное выполнение процедур ухода подразумевает безупречное выполнение тех или иных манипуляций, обеспечивающих компенсацию имеющихся видов дефицита самообслуживания, а также соблюдение простых правил проведения процедур и принципов деонтологии.

Основная функция специалистов по уходу - оказание помощи больным с ограниченными возможностями ухода за собой для поддержания максимально возможной самостоятельности в повседневной жизнедеятельности. Они осуществляют индивидуальный уход, выполняют разнообразные социальные и/или бытовые действия. Деятельность по уходу включает в себя медицинский и социальный компоненты, и способствует улучшению качества жизни личности клиента с ограниченными возможностями здоровья.

При выполнении любых видов ухода за нуждающимся в помощи клиентам (проведение гигиенических мероприятий, организация питания и кормления, выполнение рекомендаций врача по уходу, организация досуга подопечного или выполнение поручений по ведению домашнего хозяйства) специалист по уходу руководствуется принципами профессиональной этики, конфиденциальности, гуманности и непрерывности.

**ГБУ СО ЯО КПНИ: г.Ярославль, Парковый проезд, д.7; телефон: (4852) 45-03-67;
сайт: www.kpni76.ru; E-mail: kpni450367@mail.ru**

ИЗМЕРЕНИЕ ЖИЗНЕННЫХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ

ИЗМЕРЕНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ДАВЛЕНИЯ

Артериальное давление (АД) определяют на плечевой артерии в положении пациента лежа на спине или сидя в удобной позе. Манжету накладывают на плечо на уровне сердца, нижним ее краем - на 2 см выше локтевого сгиба. Манжета должна иметь такой размер, чтобы покрывать 2/3 бицепса. Далее в манжету нагнетают воздух до значений выше ожидаемого систолического АД. Затем давление в манжете постепенно снижают (со скоростью 2 мм рт.ст./с) и с помощью фонендоскопа выслушивают тоны сердца над плечевой артерией той же руки. Не следует сильно сдавливать артерию мембраной фонендоскопа. Давление, при котором будет выслушан первый тон сердца - систолическое АД. Давление, при котором тоны сердца больше не выслушивают - диастолическое АД. Теми же принципами руководствуются при измерении АД на предплечье (тоны выслушивают на лучевой артерии) и бедре (тоны выслушивают на подколенной артерии). Если тоны очень слабы, следует поднять руку и выполнить несколько сжимающих движений кистью, затем измерение повторяют.



ИЗМЕРЕНИЕ ТЕМПЕРАТУРЫ ТЕЛА

Температуру тела измеряют с помощью термометра тремя основными способами.

- При аксиллярном измерении (в подмышечной впадине) необходимо точно вложить термометр в подмышечную впадину (подмышечная впадина должна быть сухой, измерению не должны мешать детали одежды клиента).
- Во время орального измерения (термометр кладут под язык) используют специальную конструкцию термометра (только для индивидуального пользования).
- В ходе ректального измерения (в прямой кишке) клиент лежит на боку или на спине, а термометр смазывают, вводят вращающим движением в прямую кишку и удерживают рукой.

Результаты измерений температуры фиксируют с указанием способа и времени измерения.



ИЗМЕРЕНИЕ ЧАСТОТЫ ДЫХАНИЯ

Одним дыхательным движением считают комплекс вдоха и следующего за ним выдоха. Количество дыханий за 1 мин называют частотой дыхательных движений (ЧДД) или просто частотой дыхания. В норме дыхательные движения ритмичны. Определение частоты дыхательных движений проводят незаметно для больного (в этот момент положением руки можно имитировать определение частоты пульса). Положение клиента - лежа или сидя, при этом его берут за руку, как для исследования пульса, но наблюдают за экскурсией грудной клетки и считают дыхательные движения в течение 1 мин. Результат ЧДД записывают в соответствующую документацию.

ИЗМЕРЕНИЕ ПУЛЬСА

Определение пульса проводят с помощью секундомера. Для определения пульса необходимо вымыть и высушить руки, предложить клиенту занять удобное положение сидя (лежа). Алгоритм измерения пульса:

- Кисти рук клиента располагают на уровне сердца и охватывают их своими руками так, чтобы I палец располагался на локтевой (тыльной) стороне предплечья, а II–V пальцы — на лучевой артерии в области лучезапястного сустава.
- Пальпируют лучевую артерию, слегка прижимая ее к лучевой кости.
- Сравнивают колебания стенок артерий на обеих руках (при одинаковом колебании исследование пульса продолжают на одной руке; при разном колебании — на той руке, где колебания выражены лучше).
- Определяют ритм пульса (по интервалам между пульсовыми колебаниями).
- Подсчитывают частоту пульса (при ритмичном пульсе — в течение 30 с, результат умножают на 2; при аритмичном — в течение 1 мин).
- Определяют напряжение пульса (по той силе, с которой необходимо прижать лучевую артерию, чтобы полностью прекратились ее пульсовые колебания).
- Определяют наполнение пульса (характеризуется наполнением артерии кровью во время систолы и общим количеством крови в кровеносной системе).
- Оценивают свойства артериального пульса — ритм, частоту, напряжение, наполнение.
- Записывают частоту пульса в температурный лист (цифрами).
- Моют руки.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА КОЖНЫМ ПОКРОВОМ

Наблюдение за **кожным покровом** имеет большое значение. Для предупреждения патологии кожи необходимы регулярное наблюдение за кожным покровом и правильный гигиенический уход за ним.

Основные изменения кожного покрова связаны с потерей жидкости, которая находится внутри клеток и в межклеточном пространстве. Это приводит к сухости кожного покрова, в связи с чем он имеет вид пергаментной бумаги. Маломобильным, неподвижным клиентам регулярно проводят профилактику пролежней.



НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ВЕСОМ

Вес - один из показателей физического развития человека. Взвешивание производят на медицинских весах стоя, ослабленных клиентов - сидя на стуле или лежа (на специально приспособленных весах). Клиентов взвешивают в нательном белье (с последующим вычитанием среднего веса одежды) натощак, после опорожнения мочевого пузыря и кишечника. Перед взвешиванием необходимо проверить равновесие весов без груза. Клиентов рекомендовано взвешивать не реже 1 раза в неделю. Данные о весе тела записывают в историю болезни.

НАБЛЮДЕНИЕ ЗА ФИЗИОЛОГИЧЕСКИМИ ОТПРАВЛЕНИЯМИ

Мочеиспускание и опорожнение кишечника — **естественные физиологические отправления организма**. Они могут и должны быть контролируемы. При субъективной оценке удовлетворения потребности клиента в физиологических отправлениях следует выяснить его возможность самостоятельно справляться и регулировать мочеиспускание и опорожнение кишечника, уточнить частоту и характер отпавлений.

Для достижения цели при обеспечении потребности в физиологических отправлениях, необходима их регулярная оценка. Ежедневно следует определять количество выделенной мочи, ее цвет, прозрачность и частоту мочеиспусканий. Кроме того, ежедневно следует вести учет режима дефекации, а в некоторых случаях — характера стула.



ПРИНЦИПЫ И ПРИЕМЫ КОНЦЕПЦИИ БОБАТ

Концепция Бобат создана Карлом и Бертой Бобат и основана на пластичности мозга и его способности к реорганизации. Реализация концепции Бобат — это процесс 24-часового вмешательства в жизнь клиента. Реализация концепции происходит, когда клиент находится в определенном положении, что стимулирует вполне закономерную динамическую активность мышц, принадлежащих к конкретной группе, задействованной в процессе движения, а комплекс раздражителей позволяет активировать рефлексивные модели именно в том первоначальном виде, в котором они должны самостоятельно проявляться при абсолютно нормальной моторике. Она представляет собой целостную терапию, направленную на: подавление патологических моделей движения; стимулирование развития более правильных движений; нормализацию мышечного тонуса; стимулирование восприятия собственного тела.

Концепция Бобат основана на трех базовых **принципах** — ингибиции, фацилитации и стимуляции.

- **Ингибиция** — торможение патологических движений, положений тела и рефлексов, которые препятствуют развитию нормальных движений.

- **Фацилитация** (от *facilitate* — облегчать, помогать, способствовать, содействовать) - облегчение выполнения правильных (нормальных) движений. Это взаимодействие между клиентом и персоналом, которое способствует осуществлению правильных движений.

- **Стимуляция**, реализуемая с помощью тактильных и кинестетических стимулов, направлена на то, чтобы клиент лучше ощущал правильные движения и положения тела в пространстве.

Применяемые терапевтические приемы: позиционирование - когда клиент принимает определенную позу с помощью специалиста; техники ручного обращения - когда специалист своими руками удерживает клиента, распределяет его вес, перемещает его.

ПОМОЩЬ КЛИЕНТУ С ОГРАНИЧЕННОЙ МОБИЛЬНОСТЬЮ В ПРЕДЕЛАХ КРОВАТИ

Для того чтобы **уложить клиента по центру кровати**, необходимо подвести одну свою руку ладонью вверх под талию больного, вторую руку просунуть под ягодицами пациента в области бедер и зафиксировать ладонь в области тазобедренного сустава. Затем следует выдвинуть подопечного (как на саночках) вперед на себя так, чтобы он оказался в центре кровати. Для окончания позиционирования поверните голову клиента на бок и положите под нее низкую подушку. Чтобы уменьшить напряжение в области поясницы или давление на грудь (у женщин), подложите небольшую подушку под живот немного ниже уровня диафрагмы. Согнув в локтях руки клиента, поднимите их так, чтобы кисти располагались рядом с головой. Для того чтобы стопы не выворачивались наружу, подложите под голени и голеностопные суставы подушку. Убедитесь в том, что подопечный лежит удобно. Поднимите боковые поручни кровати.

Положение сидя в кровати. Необходимо зафиксировать кровать и привести ее в горизонтальное положение. Клиент должен лежать по центру кровати. Повернув клиента на бок, необходимо подложить подушку-ролик или «подушку-банан» (концами вверх) под ягодицы для предотвращения скатывания вниз. Далее клиента поворачивают на спину. Поднимают изголовье кровати под углом 45–60°. В таком положении подопечный чувствует себя комфортнее, ему легче дышать и общаться с окружающими. Если приподнять головной конец кровати до 90° — это будет оптимальный вариант для приема пищи. При наличии нефункциональной кровати, усадив подопечного с помощью помощника, под спину подкладывают подушки, начиная с поясницы, увеличивают их высоту к голове или используют подставку под спину. Под голову подкладывают небольшую подушку, чтобы предупредить сгибательную контрактуру шейных мышц при поднятии кровати на 60°. При поднятии изголовья на 90° подушку подкладывать не следует. Если подопечный не в состоянии самостоятельно двигать руками, под них подкладывают подушки для предупреждения вывиха плеча вследствие растяжения капсулы плечевого сустава под воздействием направленной вниз силы тяжести руки и предупреждения сгибательной контрактуры мышц верхней конечности (при использовании «подушки банана» оба конца «банана» протягивают вдоль тела и подкладывают под руки). Под нижнюю треть голени подопечного подкладывают небольшую подушку для предупреждения длительного давления матраса на пятки.

Положение 30° на боку. Клиент лежит на боку, за его спину подкладывают небольшие подушки. Одну подушку укладывают под бедро до ягодиц, вторую — от ягодиц до плеча (само плечо остается свободным, иначе могут возникнуть боли). Клиента вновь кладут на спину, но уже на подушки. Это положение обычно используют при ровном ложе кровати и считают правильно выполненным, если видны уши пациента. Обе руки можно выпрямить вперед или сложить на груди. Позвоночник остается ровным; голова, грудная клетка, бедра и ноги — на одной линии. Под голову кладут маленькую подушку. Рука проходит свободно под крестцом и копчиком, ноги лежат рядом, пятки свободны. Положение следует каждые 2 ч менять слева направо.

Положение 90° на боку не используют как позиционирование подопечного в череде сменяемых положений для профилактики пролежней, поскольку оно связано с

наличием большого давления на бедро. Для позиционирования в этом положении необходимо установить ложе кровати в ровное положение и использовать маленькие подушки для подкладывания под шею, спину и стопы.

Положение 135° на боку. Изголовью постели придают горизонтальное положение. Клиента кладут на спину. Поочередно передвигая части тела, клиента кладут на край кровати (на левый край, если необходимо положить пациента на правую сторону, и на правый край, если необходимо положить клиента на левую сторону). Руку клиента, которая находится в центре кровати, подкладывают под бедро ладонью вверх. Рядом с клиентом кладут подушку так, чтобы затем грудь и бедра легли на нее. Клиента поворачивают в положение лежа на боку и частично - на животе. Под голову клиента кладут подушку для предотвращения бокового сгибания шеи. Под согнутую «верхнюю» руку подкладывают подушку на уровне плеча, другую руку кладут на матрас. Все это способствует надлежащему выпрямлению тела клиента и предотвращает внутреннюю ротацию плеча. Для предотвращения внутреннего вращения бедра и перегибания ноги под согнутую «верхнюю» ногу подкладывают подушку так, чтобы она оказалась на уровне бедра. Кладут маленькую подушечку у подошвы ноги, обеспечив тем самым профилактику ее отвислости. Проверяют прямогу тела клиента.



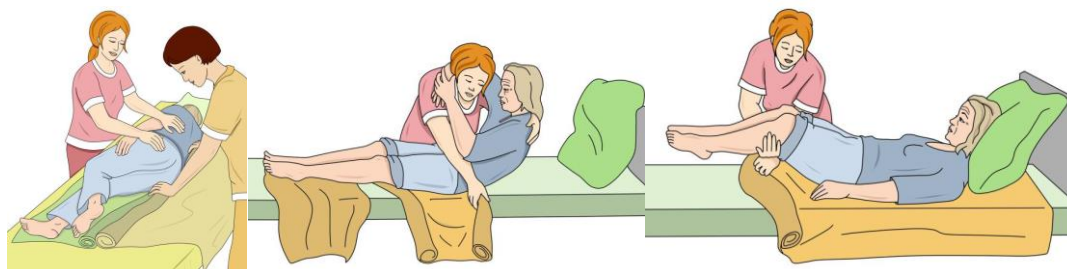
СМЕНА ПОСТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ

Смену постельного белья производят 1 раз в 7–10 дней и в экстренном порядке - по мере загрязнения.

Продольный способ. Если кровать имеет ограждение, его следует опустить. При наличии сменной подушки на нее сразу надевают чистую наволочку. Чистую простыню, пеленки и клеенку следует скрутить валиком в продольном направлении, повернув подопечного на бок от себя и устойчиво устроив его на боку. Края грязного белья высвобождают из-под матраса и скручивают валиком продольно в направлении спины клиента. Грязную простынь необходимо максимально докрутить до подопечного, подоткнув ее под тело. Подготовленную в виде валика чистую простынь раскладывают на кровати и раскручивают в направлении спины пациента. После этого клиента сначала снова укладывают на спину, а затем на другой бок, снимают грязное белье и складывают в мешок. Следующий этап предполагает раскручивание чистой простыни и пеленки. Далее убирают одеяло, накрывают подопечного пододеяльником и расправляют его, достают одеяло из грязного пододеяльника и вдевают его в чистый пододеяльник. После этого поднимают боковое ограждение, переходят на другую сторону, где опускают боковое ограждение, заправляют края чистой простыни под матрас и поднимают боковое ограждение.

Поперечный способ. При этом способе замену простыни производят сверху вниз. Один ухаживающий может придерживать клиента за голову, шею и плечи, а второй - непосредственно менять белье. Клиента приподнимают поддерживающим захватом. Один ухаживающий удерживает клиента через всю спину за подмышку, а другой убирает подушки, скручивает грязную простыню и подталкивает ее под крестец подопечного. Затем раскручивают чистую простыню до ягодиц подопечного, меняют

подушки или наволочки на них и аккуратно укладывают пациента. Второй ухаживающий поднимает и удерживает ноги подопечного, а первый скручивает грязную простыню, кладет ее в мешок и раскручивает чистую простыню до края кровати.



ПОМОЩЬ КЛИЕНТУ С ОГРАНИЧЕННОЙ МОБИЛЬНОСТЬЮ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ

Пересадить из кровати на стул/коляску. Если необходимо пересаживание в коляску, в первую очередь необходимо зафиксировать кровать. Далее следует объяснить подопечному план перемещения и посадить его в кровати так, чтобы его ноги касались пола. После этого ставят стул или кресло-каталку под небольшим углом к кровати с той стороны, которая у подопечного физически более сильная. Если подопечного перемещают на кресло-каталку, предварительно необходимо убрать подлокотник, подставки для ног и зафиксировать тормоза. Колени человека, предоставляющего уход, должны быть согнуты, спина выпрямлена. Одну руку подкладывают под плечи подопечного, а другую — под его бедра. Подопечный обнимает предоставляющего уход за талию или за плечи (не за шею!), а он продевает свои руки под руками подопечного, наклоняясь вперед. Ягодицы клиента должны быть на краю кровати, ноги стоять на полу, а пятки быть слегка повернутыми в направлении движения. Далее необходимо произвести следующие действия:

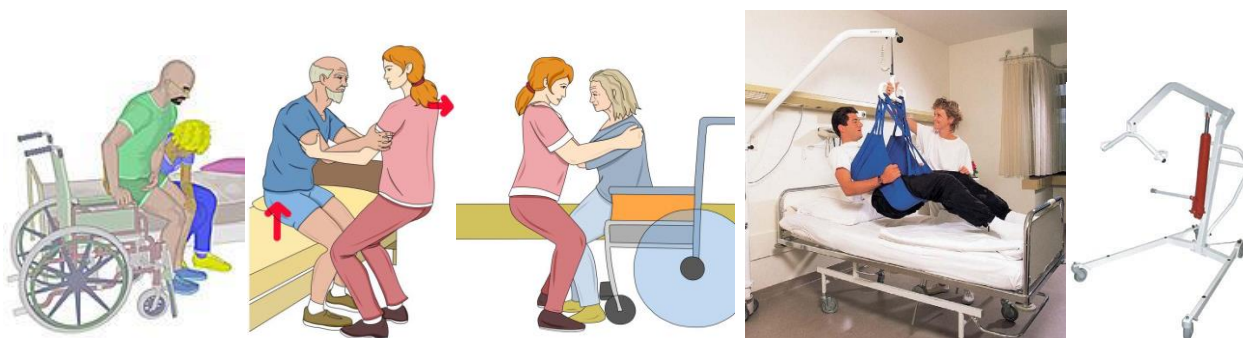
- Встать как можно ближе к подопечному.
- Поставить свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями подопечного, а другую — по направлению движения.
- Согнуть свои колени, напрячь мышцы живота и ягодиц, спину держать только прямо.
- Предупредить подопечного, что на счет «три» он получит поддержку для того, чтобы встать.
- На каждый счет («один», «два») слегка покачиваться вперед и назад для создания инерции.
- На счет «три», прижимая подопечного к себе и держа спину прямо, поднять подопечного, используя свое тело, как рычаг. При повороте не смещать свои ноги, разворачиваться на пятках. Поворачиваться одновременно с поворачиванием тела подопечного до тех пор, пока его спина не займет положение точно перед креслом-каталкой.
- Осторожно опустить подопечного в кресло, согнув колени, но держать спину прямо.

- После этого установить подлокотник и подставку для ног на место, на подставку поместить ноги подопечного.

Для пересаживания, так и для перемещения клиентов в ванную комнату и создания более комфортных условий проведения водных процедур можно использовать **подъемники**.

Подъемники для перемещения помогают в уходе за клиентами с нарушениями функций опорно-двигательного аппарата, а также за лежачими больными. С помощью подъемника можно легко переместить клиента из кровати в кресло, в ванную и туалет, не прилагая при этом усилий.

Перемещение клиента из кровати в кресло. Для перемещения подопечного из кровати в кресло необходимо перевернуть клиента на бок или помочь ему перевернуться самостоятельно. После этого подвес подкладывают под спину как можно дальше и собирают его в небольшие складки. Далее клиента вновь переворачивают на спину и вытягивают подвес с другой стороны. Важно убедиться, что лямки подвеса расположены под бедрами клиента. Следующий этап — закрепление лямки на поперечной перекладине подъемника. Если предполагают просто перемещение подопечного, необходимо закрепить лямки, скрестив их, а в случае, когда планируют проведение гигиенических процедур, скрещивать лямки подвеса при их закреплении на поперечной перекладине не требуется. После этого необходимо слегка приподнять подопечного и проверить надежность крепления. Если все в порядке и клиент чувствует себя комфортно, можно поднять подвес и медленно переместить подъемник к нужному месту (к креслу или ванне). По прибытии клиента опускают, отсоединяют подвес и отодвигают подъемник. Лишь после этого можно убрать подвес из-под клиента.



СМЕНА НАТЕЛЬНОГО БЕЛЬЯ И ПЕРЕОДЕВАНИЕ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВИДАХ И ТИПАХ ОГРАНИЧЕННОЙ МОБИЛЬНОСТИ

Переодевание немобильного клиента. Снимают рукав со здоровой руки, подтягивая ее ближе к шее. Затем перемещают руку к горловине рубашки, повернув голову на бок и уложив ее на свою ладонь. Подняв голову подопечного, снимают рубашку с лица на затылок. После этого, положив больную руку на свое предплечье, ухаживающий снимает рубашку с руки подопечного.

Одевание нательного белья. Рукав рубашки больного, предназначенный для одевания на больную конечность, собирают одной рукой. Вторую руку просовывают в собранный рукав. Ухаживающий кладет кисть высунутой из рукава больной руки себе

на ладонь, а рукав рубашки переносит со своей руки на больную руку пациента до плеча, после чего ее укладывает. Далее надевают второй рукав на здоровую руку и просят подопечного, чтобы он, удерживая здоровой рукой больную, поднял руки и голову. Ухаживающий через голову со стороны лица по направлению к затылку одевает ночную сорочку или рубашку, придерживая пациента под плечи и голову. После этого просят пациента положить голову, освободить руки и при помощи поддерживающего захвата приподнимают подопечного. Поддерживая одной рукой больного под подмышку, другой рукой опускают рубашку как можно ниже. Аккуратно положив пациента, приподнимают его ягодицы и опускают рубашку вниз до конца.

Смену брюк производят аналогичным образом. Клиента следует перевернуть на здоровую сторону и аккуратно снять штанину с больной конечности. Затем его переворачивают на другую сторону и аккуратно снимают штанину с другой конечности.



КОРМЛЕНИЕ ЛЕЖАЧЕГО КЛИЕНТА

Перед кормлением необходимо тщательно вымыть руки с мылом, надеть специальный для этих целей халат или фартук. Следует помочь подопечному принять полусидячее (сидячее) положение, что обеспечит естественное прохождение пищи. Ноги должны быть в упоре, а руки располагаться симметрично. Клиенту накрывают грудь нагрудником, если подопечный пользуется зубными протезами, одевают их. Перед началом приема пищи подопечному предлагают попить — это облегчает глотание при приеме твердой пищи. Для того чтобы напоить подопечного, одной рукой поддерживают голову пациента, а другой — держат кружку, из которой он пьет. Если подопечного поят из поильника, воду выливают под язык или за щеку, но не на язык, так как это увеличивает риск аспирации.

При подаче пищи ложкой она должна быть наполнена не более чем на 2/3. Еду в рот подают сбоку с неповрежденной стороны. Сначала касаются ложкой нижней губы подопечного, чтобы он открыл рот, а затем прикасаются к его языку: так пациент поймет, что ложка с пищей находится у него во рту, и прикроет рот. Далее аккуратно вынимают ложку изо рта, скользя ей по верхней губе. После этого делают паузу, чтобы клиент мог прожевать и проглотить пищу. После каждых нескольких ложек твердой пищи пациенту предлагают попить. По мере надобности обязательно протирают рот больного салфеткой. После кормления подопечному помогают прополоскать рот, вымыть руки, почистить зубы.



ГИГИЕНА

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Уход за полостью рта следует проводить 2 раза в день (утро/вечер), а после каждого приема пищи необходимо осуществлять гигиену полости рта клиента.

Для частично мобильного клиента, если он не в состоянии сам чистить зубы, ухаживающий должен стать его «рукой». Необходимо встать за клиентом, взять его руку с зажатой зубной щеткой и провести эту процедуру. После «совместной» чистки

зубов подкорректируйте процедуру — почистите задние зубы клиента и участки, которые не удалось почистить, стоя за пациентом.

Если **процедуру проводят в постели**, порядок действий следующий:

- приготовить резиновые перчатки, стакан с водой, зубную пасту, мягкую зубную щетку, полотенце, емкость для сбора промывных вод, мешок для мусора;
- объяснить клиенту ход предстоящей процедуры;
- придать клиенту положение полусидя или сидя в постели;
- помочь клиенту повернуть голову набок;
- положить полотенце на грудь пациента;
- вымыть руки, надеть перчатки;
- под подбородок на полотенце поставить емкость для сбора промывных вод;
- попросить клиента набрать в рот воду и прополоскать рот;
- смочить водой зубную щетку и нанести на нее зубную пасту;
- почистить верхние зубы клиента, условно разделив все зубы на верхней и нижней челюстях на четыре сегмента (лучше начинать чистить зубы с верхней челюсти);
 - расположив зубную щетку на щечной поверхности верхних зубов приблизительно под углом 45°, «выметающим» движением сверху вниз провести по каждому сегменту не менее 10 раз;
 - почистить жевательные поверхности верхних зубов;
 - расположив щетку перпендикулярно верхним зубам, почистить их небные поверхности осторожными «выметающими» движениями сверху вниз (все четыре сегмента);
 - аналогично почистить нижние зубы (щечную и жевательную поверхности), а затем — язык клиента;
 - помочь клиенту прополоскать рот водой; при необходимости вытереть подбородок;
 - убрать емкость, полотенце;
 - снять резиновые перчатки, вымыть руки.

Для немобильного клиента. При беспомощности клиента уход за полостью рта заключается в полоскании рта после каждого приема пищи, после каждого приступа рвоты, в чистке зубов (зубных протезов) утром и вечером, в очищении промежутков между зубами 1 раз в день (лучше вечером). Для чистки зубов лучше использовать мягкую зубную щетку, не травмирующую десны. Завершая уход за полостью рта, обязательно очищают щеткой язык, снимая с него налет. Надевают перчатки. Подопечному придают полусидящее положение, накрывают его грудь клеенкой, к подбородку подставляют лоток для стекающей жидкости. Далее клиенту аккуратно чистят зубы — справа, слева, спереди, сверху, снизу. С помощью спринцовки струей воды, промывают полость рта справа и слева.

Лежачие клиенты, которые полностью зависят от посторонней помощи, требуют особенно бережного ухода. Порядок действий при таком уходе следующий:

- вымыть руки, надеть перчатки;
- налить в стакан раствор ополаскивателя для обработки полости рта (как указано на упаковке);

- разместить клиента на боку так, чтобы его лицо находилось на крае подушки;
- развернуть полотенце и расстелить под головой клиента, бережно подняв его голову;
- развернуть второе полотенце и покрыть им грудь пациента;
- поставить емкость для сбора промывных вод под подбородок клиента;
- бережно открыть рот клиента, не применяя силы;
- ввести между верхними и нижними зубами указательный, средний и безымянный пальцы одной руки и осторожно нажать этими пальцами на верхние и нижние зубы;
- смочить сухой тампон из упаковки в ополаскивателе для рта, разведенном в стакане;
- обработать нёбо, внутреннюю поверхность щек, зубы, десны, язык, губы; повторно обработать влажными тампонами по тому же алгоритму;
- по возможности почистить зубы мягкой зубной щеткой.



УХОД ЗА УШАМИ

Сначала следует надеть перчатки. При обработке правого уха голова должна быть повернута влево, при обработке левого уха — вправо. Необходимо обработать только лишь ушные раковины и околоушную область, в слуховом проходе манипуляции не проводят. Важно не забывать мыть кожу за ушами, вытирать кожу следует насухо, аккуратно промокнув сухой салфеткой. Уход за ушами заключается в их регулярном мытье теплой водой. В ряде случаев возникает необходимость в очищении наружного слухового прохода от скопившихся в нем выделений, а также удалении образовавшейся там серной пробки — это может делать только врач или медицинская сестра.

УХОД ЗА ГЛАЗАМИ

Обычный гигиенический уход осуществляют 1–2 раза в сутки, при необходимости - чаще. Отсутствие надлежащего ухода может привести к конъюнктивиту и воспалению кожи вокруг глаз. Для осуществления манипуляции ухода за глазами следует приготовить емкость с водой, ватные тампоны (4 штуки и более), мягкое полотенце или марлевые салфетки, емкость или полиэтиленовый пакет для грязных тампонов, пеленку или полотенце. Для обработки глаз необходимо вымыть руки, удобно уложить или усадить клиента, прикрыть подушку и грудь пациента пеленкой или полотенцем, сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с водой. Если на ресницах имеются сухие корочки, на закрытые глаза кладут обильно смоченные ватные тампоны на

несколько минут, чтобы корочки размокли, и их последующее удаление было безболезненным. Обработку начинают с более чистого глаза. Сухим тампоном следует слегка оттянуть нижнее веко, а тампонами, смоченными жидкостью, промыть глаз однократным движением от наружного края глаза к внутреннему. После этого осушают кожу вокруг глаза, промокнув марлевыми салфетками или полотенцем. Использованные ватные тампоны выбрасывают, моют руки.

УХОД ЗА ПОЛОСТЬЮ НОСА

Гигиенический уход за полостью носа включает очистку носовых ходов от выделений, его осуществляют 1–2 раза в сутки, при необходимости - чаще. Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, образованию язвочек. Для гигиенического ухода за полостью носа следует надеть перчатки, запрокинуть подопечному голову, смочить водой ватную турунду и отжать ее. Далее необходимо приподнять и придержать кончик носа пациента левой рукой, а правой рукой аккуратными вращательными движениями ввести турунду в одну ноздрю. Такими же вращательными движениями турунду удаляют и аналогичную процедуру проводят относительно другой ноздри. При образовании корочек для их размягчения по назначению врача можно использовать мази для носа. Не следует использовать по своему усмотрению различные масла, так как у подопечного на них может развиваться аллергическая реакция. Нельзя отсасывать спринцовкой жидкость из носа, так как при этом возникает опасность травм. Желательно придавать клиенту положение в постели, способствующее свободному выходу жидкости; если это не помогает, следует сообщить о ситуации врачу.

УХОД ЗА ВОЛОСАМИ

Мужчин стригут коротко и 1 раз в неделю проводят гигиеническую ванну с мытьем головы. Короткие волосы расчесывают от корней к концам, а длинные разделяют на параллельные пряди и медленно расчесывают от концов, стараясь не выдергивать их. Причесывая волосы на затылке лежащему клиенту, следует просто повернуть голову на бок. Если состояние больного позволяет, ему моют голову во время гигиенической ванны. Если больной длительное время не встает, ему моют голову в постели. Во время процедуры следует хорошо протереть кожу под волосами. Затем волосы ополаскивают и насухо вытирают, после чего тщательно расчесывают. После мытья головы следует надеть на голову полотенце или, чтобы избежать переохлаждения. Следует ежедневно следить за состоянием волосистой части головы подопечного и производить профилактику педикулеза.

БРИТЬЕ

Манипуляцию следует выполнять в перчатках. Перед ее началом подопечного осматривают на предмет наличия родинок. Клиенту придают полусидящее положение и укрывают его грудь клеенкой и салфеткой. Вторую салфетку следует намочить в воде

и отжать. Для смягчения кожи кладут горячую влажную салфетку на щеки и подбородок клиента на 5 мин. После снятия салфетки равномерно наносят крем для бритья (пенку) на кожу лица по щекам и подбородку. Подопечного следует брить, оттягивая кожу в направлении, противоположном движению бритвы, в следующей последовательности: над верхней губой, щеки, под нижней губой, область шеи, под подбородком. После этого влажной салфеткой протирают лицо и промокательными движениями просушивают лицо сухой салфеткой. По окончании на лицо наносят лосьон или питательный крем.

УХОД ЗА КОЖЕЙ ЛИЦА

Для клиента выделяют индивидуальный тазик, полотенце, мыло и другие предметы туалета. Для проведения процедуры надевают перчатки, под голову кладут пеленку с клеенкой или впитывающую пеленку. Далее необходимо намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть лицо (лоб, щеки, подбородок) и шею подопечного. Прополоскав салфетку в чистой воде, еще раз обтирают лицо подопечного и промокают его сухим полотенцем. Если клиент в состоянии мыть лицо самостоятельно, желательно предоставить ему эту возможность, а лежащему клиенту необходимо помочь в организации проведения этой манипуляции: поднести воду удовлетворяющей пациента температуры, подать варежку, помочь ее намочить и отжать, подать полотенце. Если кожа лица сильно сухая, можно использовать увлажняющий крем. При умывании водой клетки рогового слоя кожи набухают и отторгаются вместе с осевшей на них пылью, грязью, жиром, остатками пота и другими веществами, а также микроорганизмами. Теплая вода, похлопывание и поглаживание лица во время мытья усиливают очищающее действие. Одновременно улучшаются кровообращение и питание кожи.

ГИГИЕНА РУК

Лежащему клиенту мыть руки должен человек, предоставляющий уход. Для этого необходимо надеть перчатки, намочить салфетку или одноразовую рукавичку в воде и обтереть руки подопечного, обращая особое внимание на межпальцевые промежутки. После этого следует высушить кожу рук полотенцем, тщательно просушивая кожу между пальцами.

Уход за ногтями на руках. Если больной не может подстричь ногти сам, эту процедуру выполняет лицо, осуществляющее уход. Для того чтобы подстричь подопечному ногти на руках, необходимы: мисочка с водой, куда добавлено жидкое мыло, резиновые перчатки, индивидуальные ножнички, крем для рук. Под рукой должно быть и дезинфицирующее средство для обработки возможной ранки, возникшей при стрижке. Руки больного помещают в теплую мыльную воду на 2–3 минуты. Одну руку помещают на полотенце, обсушивают, ногти стригут один за другим ножничками или щипчиками. После стрижки следует еще раз осушить кожу и обработать кисти рук кремом. Ногти на руках стригут овалом. Если случайно повреждена кожа, ее смазывают антисептическим средством. Затем снимают перчатки и моют руки.

МЫТЬЕ НОГ В ПОСТЕЛЕ

Помыть ноги в постели можно следующим образом. Надевают перчатки, под колени пациента подкладывают подушку-ролик или закатывают в валик одеяло. Под ноги подстилают пеленку и клеенку, на которую ставят таз с теплой водой. Ноги подопечного моют с помощью индивидуальной губки и мыла в тазу. После этого их вытирают полотенцем, уделяя особое внимание межпальцевой зоне. При очень сухой коже применяют увлажняющий крем. Вазелин или жирный крем применять нельзя.

УХОД ЗА ГЕНИТАЛИЯМИ

Необходимо пользоваться только индивидуальными средствами личной гигиены (полотенце, мочалка). Мыть гениталии достаточно 2 раза — утром и вечером, а также после опорожнения (у женщин — после каждого мочеиспускания).

Клиентка. Под крестец клиентки подставляют судно, встают сбоку от нее, взяв в одну руку емкость с теплой водой, а в другую руку — зажим с марлевым тампоном (салфеткой). Поливая из емкости на половые органы, следует последовательно обрабатывать их по направлению к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межъягодичную складку. Салфетки меняют по мере загрязнения. По окончании процедуры части тела просушивают марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности. Ежедневно остаточное осуществляют протирание индивидуальной варежкой, ополаскивая ее в индивидуальном тазике. Для этого просят пациентку лечь на спину, согнуть ноги в коленях и раздвинуть. После завершения процедуры спереди пациентку просят повернуться набок (или помочь ей), перевернуться, чтобы помыть ягодицы.

Клиент. Следует встать сбоку от клиента и смочить салфетку (варежку) водой. Аккуратно отодвинув пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажают головку полового члена, обрабатывают его, а также кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межъягодичную складку, меняя салфетки по мере загрязнения. Просушивание проводят в той же последовательности. По окончании процедуры убирают судно, клеенку, удобно укладывают пациента, накрывают его простыней, одеялом, убирают отработанные материалы в контейнер для обработки, снимают перчатки, моют руки (с использованием мыла или антисептика), делают соответствующую запись о выполненной процедуре в документации.

МЫТЬЕ В ПОСТЕЛИ ОБЕЗДВИЖЕННОГО ПОДОПЕЧНОГО

Лежачего больного можно полностью помыть в ванне, под душем или провести обмывание всего тела в кровати. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24 °С, температура воды — 37–40 °С. Ухаживающий надевает перчатки, убирает одеяло и снимает ночную рубашку (пижаму) с больного. Затем подопечного поворачивают на бок и подстилают под него непромокаемую простыню для защиты постельного белья в области ягодиц. Далее клиента переворачивают на спину, т.е. укладывают на подготовленную простыню. Клиента укрывают, обнажив лишь верхнюю часть тела. Смочив в мыльном растворе рукавичку-мочалку, подопечного

обмывают в следующей последовательности: область шеи, декольте, грудь (у женщины тщательно промывают область под молочными железами), правая рука и подмышечная впадина, левая рука и подмышечная впадина, спина. После этого насухо вытирают кожу путем промокания, избегая грубых трущих движений. Далее верхнюю часть тела клиента укрывают простыней, а нижнюю обнажают и обмывают в следующей последовательности: живот, правое бедро, правая нога (тщательно моют межпальцевые промежутки), левое бедро, левая нога, ягодицы. Кожу насухо вытирают путем промокания без грубых трущих движений. Затем проводят процедуру подмывания, расчесывают волосы, грязное белье убирают в мешок и меняют нательное белье.

МЫТЬЕ ПОДОПЕЧНОГО В ВАННЕ

Температура в помещении должна быть около 24 °С, на пол около ванны кладут нескользящие коврики, на стенах должны быть поручни, на полу в ванной не должно быть воды. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, вначале наливают в нее холодную воду, а затем добавляют горячую до нужной температуры. Температура воды в ванне должна составлять 35–37 °С. При нарушении функций нижних конечностей подопечный перемещается со стула на край ванны, одной рукой держась за настенный поручень. С помощью другой руки подопечный перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и далее, держась одной рукой за поручень, а другой - за край ванны, опускается в нее. Мытье в ванне начинают со смачивания всего тела теплой водой, моют голову, затем - тело, руки, ноги. Положение больного в ванне — полулежа с упором на подставку для ног. Вода должна доходить до верхней трети груди больного и не покрывать область сердца.

ПОМОЩЬ В ПОЛЬЗОВАНИИ СУДНОМ

Прежде, чем начать санитарные мероприятия, кровать клиента желательно отгородить ширмой, место под судно застелить непромокаемой клеенкой, судно ополоснуть теплой водой.

Частично мобильный клиент в состоянии сам приподнять таз, согнув ноги в коленях и держась руками. Если у подопечного не хватает сил, следует аккуратно подвинуть руку под крестец и медленно помочь приподнять ему таз. Судно подкладывают узкой частью под крестец до совмещения отверстия судна с промежностью. По окончании опорожнения судно вынимают из-под больного аналогичным способом. Промежность больного очищают влажной салфеткой. Все ресурсы пациента должны быть при этом максимально задействованы.

Немобильный клиент. Фиксируют колеса кровати и надевают перчатки. Пациента укладывают на бок. Судно подкладывают под подопечного путем его вдавливания в матрас под углом 45°. После этого подопечного разворачивают на спину. При этом одной рукой придерживают судно, а второй - таз подопечного. Ноги клиента должны быть согнуты в коленях (под парализованную ногу подкладывают валик). Подопечного укрывают и на некоторое время отходят. После физиологических отправлений подопечного следует помыть.

ЗАМЕНА АБСОРБИРУЮЩЕГО БЕЛЬЯ

Менять подгузники необходимо каждые 3–4 часа или после очередной дефекации. В тех случаях, когда такая частая замена невозможна, следует отдать предпочтение подгузникам повышенной степени впитываемости.

Смена прокладки немобильному клиенту. Надевают перчатки. Под подопечного кладут пеленку, заправив концы под матрас. Положение клиента - на спине. Затем сдвигают трусы до колена. Прокладку свертывают внутрь и проводят между ног подопечного (прокладку не достают). Далее обрабатывают интимную зону сначала салфетками для интимной гигиены, а затем моющим раствором над судном, промокают кожу. После этого поворачивают подопечного на бок, убирают прокладку, сворачивая ее внутрь, и обрабатывают кожу салфетками для интимной гигиены или моют водой над судном, промокают кожу. Затем разворачивают прокладку, проводят ее между ног широкой частью спереди назад. Расправляют прокладку на ягодицах так, чтоб индикатор наполнения располагался вдоль позвоночника, фиксируют прокладку с помощью штанов и поворачивают подопечного на спину. Расправляют переднюю часть прокладки, формируют гульфик и фиксируют прокладку штанами.

Смена подгузника. Для того чтобы правильно одеть подгузник на взрослого лежачего больного, необходимо вынуть его из упаковки и отогнуть все сложенные элементы, слегка растянуть, расправляя все имеющиеся складки; при необходимости скрутить или помять подгузник, что способствует лучшему прилеганию к телу и поможет избежать протекания жидкого кала и мочи. Надевают перчатки, фиксируют кровать, опускают изголовье немного ниже горизонтали во избежание скатывания подопечного. Больного поворачивают налево, слегка согнув ноги в коленях. Защитную пеленку сворачивают в трубочку до половины по длинной стороне и подкладывают под спину больного (как при смене постельного белья). Больного поворачивают на спину, расправляют свернутую часть пеленки. Проводят подмывание подопечного. Подготавливают подгузник. Вновь поворачивают больного на бок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подкладывают под спину так, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) — по линии позвоночника.

Поворачивают больного на спину, слегка согнув его ноги в коленях. Аккуратно расправляют подгузник под спиной больного. Протягивают переднюю часть подгузника между ногами пациента на живот и расправляют ее. Опускают ноги подопечного. Последовательно застегивают нижние липучки, сначала правую, затем левую (или наоборот), плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела больного снизу-вверх. Затем закрепляют верхние липучки в направлении поперек тела больного.

При одевании подгузника на обычного подопечного, способного передвигаться самостоятельно, выполняют те же манипуляции (растягивают, расправляют складки, сложенный вдвое подгузник пропускают между ног спереди назад, расправляют обе части и закрепляют липучими элементами). При этом клиент должен стоять прямо, немного расставив ноги. В обоих случаях обращают особое внимание на то, что индикатор наполнения должен располагаться вертикально (по линии позвоночника, как бы продолжая ее).

ПРОЛЕЖНИ: ПРОФИЛАКТИКА И УХОД

Пролежни — это повреждения кожи и подлежащих тканей, которые возникают вследствие сдавливания тканей при длительном контакте с твердой поверхностью. Пролежни появляются в результате обескровливания и омертвения тканей в месте сдавления кожи. Поскольку главное значение в развитии пролежня имеет факт сдавления тканей тела и время этого сдавления, а также дополнительные факторы риска, профилактика пролежней направлена именно на исключение этих причин. После оценки всех рисков и прогноза возможности возникновения пролежней планируют конкретные мероприятия по профилактике пролежней при уходе. После продолжительного исполнения запланированных мероприятий необходима проверка эффективности программы профилактики пролежней для ее возможной корректировки.

Алгоритм профилактики и ухода за пролежнями

1. Оценка риска возникновения пролежней
2. Прогноз возникновения пролежней
3. Планирование ухода
4. Осуществление программы
5. Оценка эффективности изменений

Профилактические мероприятия в первую очередь включают правильную мобилизацию подопечного. Мероприятия по мобилизации должны быть регулярными и частыми по времени (например, изменение положения тела в постели производят с интервалом не реже, чем 2 часа). Помимо этого, большое значение имеют наблюдение за состоянием кожного покрова, мероприятия для улучшения кровообращения и поддержание общего удовлетворительного состояния. Если речь идет уже о поврежденных участках тела — пролежень может развиваться быстрее, чем за 2 часа. Главные цели изменения положения тела в постели — уменьшение давления, увеличение площади давления и сокращение времени давления. При наблюдении за кожным покровом обращают внимание на его цвет (красный, голубоватый, бледный), состояние (пузырьки, мокнутие, сухость), изменение целостности. Необходимо помнить, что красное пятнышко уже может быть пролежнем. Важное мероприятие ухода за кожей — ее защита от длительного воздействия кала или мочи. При сухой коже используют крем «вода в масле», а при жирной — «масло в воде».

Места, где кожа соприкасается с кожей (естественные складки), всегда должны быть сухими. Особое внимание уделяют питанию, оно должно включать достаточное количество жидкости, витаминов и белков.

Во время ухода за пролежнями, прежде всего, необходимо:

- освободить место пролежня от давления;
- строго соблюдать питьевой режим;
- строго придерживаться всех назначений и рекомендаций врачей.

Необходимо помнить, что не следует сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими средствами, прижигать их или закрашивать раствором бриллиантовой зелени. Следует избегать любого контакта пролежня с пластиком.



ПРОФИЛАКТИКА ПОТНИЦЫ

Интертриго (опрелость) — заболевание кожи в области естественных складок. При интертриго происходит поражение только поверхностного слоя кожи, внутрь тканей воспалительный процесс не распространяется. Основная причина интертриго псевдомонадного — бактериальная инфекция кожи.

Провоцирующие факторы развития интертриго: повышенная потливость; снижение иммунитета на фоне хронически протекающих заболеваний; аллергические реакции; ношение чрезмерно теплой (не по сезону) одежды; использование белья и одежды, изготовленной из синтетической ткани; ношение одежды не по размеру, которая натирает кожу; недостаточный гигиенический уход; лишний вес. У полных людей образуются складки на коже, в которых может появляться интертриго.

При интертриго на коже в складках появляются мелкие пустулы и пузырьки с гнойным содержимым. Пузырьки быстро вскрываются, на их месте образуются поверхностные эрозии, покрытые корочками. При интертриго площадь эрозий быстро увеличивается, отдельные элементы сливаются, образуя обширные мокнущие пятна темно-красного оттенка. По границам очагов могут появляться новые пузырьки, после их вскрытия поверхность эрозии увеличивается. Очертания очагов при интертриго неправильные, пятна окружены каемкой из отслоений. В глубине эрозий нередко образуются болезненные трещины. В большинстве случаев интертриго локализуется в областях подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок. У женщин часто поражается кожа под молочными железами. Полные люди часто страдают от интертриго складок на животе. В межпальцевых складках часто развивается кандидозная форма интертриго (кандидоз межпальцевый). Без лечения псевдомонадное интертриго приобретает хроническое течение и может стать причиной развития экземы.



ПРОФИЛАКТИКА ОПРЕЛОСТЕЙ

Важное мероприятие при проведении гигиены — ежедневное промывание естественных складок кожи с последующим их высушиванием. После произвольных испражнений и мочеиспусканий обязательно и своевременно проводят туалет кожи и складок. Показаны также воздушные ванны для складок кожи. Можно лежать с руками, отведенными в стороны или вверх, отводить ноги в стороны или выпрямлять их, класть пациента на живот, прокладывать между пальцами ног или рук небольшие валики так, чтобы пальцы были раздвинуты. Для лежачих больных необходимо использовать чистое и сухое постельное и нательное белье. К профилактическим мероприятиям относят все действия для предупреждения недержания мочи и кала, отказ от напитков и еды, способствующих возникновению аллергии, устранение причин повышенного потоотделения (например, использование одежды и постельного белья, не вызывающих усиленного потоотделения). При недержании мочи и кала применяют подгузники и проводят их своевременную смену.

КОНТРАКТУРЫ: ПРОФИЛАКТИКА И УХОД

Контрактура - ограничение амплитуды пассивных движений в суставе, вызывающее атрофию мышц, которая проявляется уменьшением их размеров, силы и выносливости, а длительное укорочение определенных мышц ведет к ограничению движения сустава вплоть до полной его неподвижности. В группу риска возникновения контрактур входят немобильные и лежачие люди, клиенты с неврологическими заболеваниями, с хроническими болями, в бессознательном состоянии, ведущие сидячий образ жизни, имеющие переломы, инсульты, деменцию или депрессию.

К первоочередному профилактическому мероприятию относят придание конечности правильного положения, соответствующего **среднему физиологическому** и способствующему предупреждению отека и ишемии. Такое положение препятствует натяжению капсулы и связок сустава, способствует максимальному расслаблению мышц. Среднее физиологическое положение достигают при следующих установках конечностей.

Плечевой сустав: отведение — 45° , сгибание — 40° , ротация плеча внутрь — 40° .

Локтевой сустав: сгибание 80° , среднее положение между пронацией и супинацией (ладонь обращена к грудной клетке).

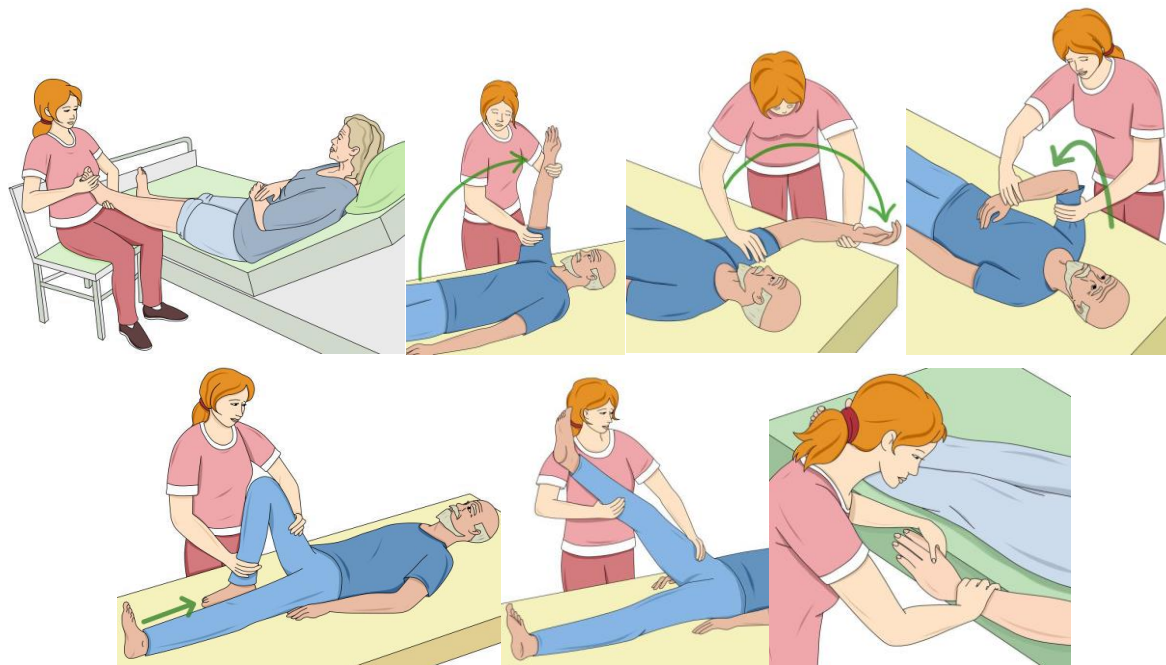
Кистевой сустав: разгибание — 10° . Положение пальцев кисти — слегка согнуты во всех суставах, большой палец немного отведен. Можно в руку дать тренировочный мячик

Тазобедренный сустав: сгибание 40° .

Коленный сустав: сгибание — 40° .

Голеностопный сустав: подошвенное сгибание стопы — 10° . Индивидуальное положение в кровати каждому пациенту придают, исходя из плана ухода.

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



Пассивные движения

Пассивные движения оказывают благоприятное влияние для тугоподвижных суставов, при укорочениях связочного аппарата, мышечных контрактурах, сращениях и отложениях, которые образуются около сустава и ограничивают его движение. Под воздействием пассивных движений быстрее всасываются экссудаты, рассасываются кровоизлияния, повышается контрактильность мышечных волокон. Все это препятствует образованию патологических изменений, возникающих в мышцах под влиянием продолжительного покоя, а также поддерживает снижающуюся эластичность мышц. Направление и амплитуду пассивных движений определяют форма суставов, в которых производят движения, а также характер заболевания.



ЗАПОРЫ И ДЕГИДРАТАЦИЯ: ПРОФИЛАКТИКА

Запор (констипация) — нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более чем на 48 часов, выделение твердых каловых масс, часто сопровождающихся ощущением напряжения и дискомфорта. При отсутствии специальных противопоказаний (болезни сердца, отеки) больной, страдающий запорами, должен выпивать в сутки примерно 1,5–2 литра жидкости. Прием достаточного количества жидкости очень полезен, поскольку вследствие замедленной эвакуации каловых масс из кишечника происходит их высыхание, что, в свою очередь, затрудняет их продвижение по толстой кишке. Важно соблюдать правильный режим питания. Пищу необходимо принимать не реже 5 раз в день. Недопустимы большие перерывы между приемами пищи.

Профилактика запоров: контроль питания, питьевой режим, вспомогательные манипуляции к дефекации, учет привычек, тренировка по времени, препараты, смягчающие стул, препараты для вызывания дефекации, клизмы.

Обезвоживанием (дегидратация) называют потерю воды и солей, необходимых для нормальной работы организма. Обезвоживание развивается в случае, если организм теряет жидкости больше, чем этого требуется. **Тест для определения наличия обезвоживания:** кожу берут в складку

- если складка кожи разглаживается сразу — обезвоживания нет;
- если складка кожи не разглаживается и сохраняется даже в течение небольшого промежутка времени, воды в организме недостаточно.

При умеренном и выраженном обезвоживании пациент должен быть госпитализирован в лечебное учреждение. Умеренное обезвоживание может быть купировано пероральным (через рот) введением воды. Взрослым с обезвоживанием легкой степени для восполнения потерь жидкости следует пить чистую воду.

Адекватный водный режим человека помогает предотвратить обезвоживание. Адекватность водного режима можно оценить по цвету мочи: в норме она должна иметь соломенный цвет.

К методам профилактики обезвоживания и обеспечения адекватного потребления жидкости относят: употребление первых блюд (суп) во время обеда, питье воды и соков между приемами пищи, наличие вблизи от пациента стакана воды, который при необходимости можно выпить.