

Господь умывает ноги ученикам



Свято-Димитриевское училище сестер милосердия

Л. С. Сухова

**ОСНОВЫ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ
РЕАБИЛИТАЦИИ
(ОККУПАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ)**

Москва-2003



Издается по благословению
Святейшего Патриарха Московского
и всея Руси АЛЕКСИЯ II

УДК 616-036.868
ББК 51.1(2)2

Л. С. Сухова

Основы медико-социальной реабилитации (окупуциональная терапия) — М.: Издательство "Свято-Димитриевское училище сестер милосердия", 2003. —80 с.: ил.

ISBN 5 - 93884 - 003 - 1

В данной книге изложен курс «Основ медико-социальной реабилитации», в котором обобщен опыт как отечественных, так и зарубежных специалистов-реабилитологов и окупуциональных терапевтов.

Материалы курса являются частью учебной программы дисциплины «Основы реабилитации», входящей в учебный план подготовки среднего медицинского работника по специальности «Сестринское дело».

Книга рекомендована для медицинских сестер, сестер милосердия, социальных и патронажных работников.

© — Свято-Димитриевское училище сестер милосердия,
составление, оригинал-макет, 2003

Введение

В любом обществе существует немалая доля людей, чьи возможности в сохранении независимого образа жизни ограничены. Вследствие различного рода травм или врожденных или приобретенных заболеваний, в силу возрастных изменений может наблюдаться утрата или ослабление различных функций организма (двигательный, сенсорных и т.д.). Так, например, у человека, перенесшего инсульт, происходит ослабление чувствительности пораженных конечностей, возникают двигательные расстройства, что обуславливает необходимость либо прибегать к полному уходу за ним и, таким образом, ограничивать его самостоятельность, либо с помощью различных приемов облегчить ему возможность независимого образа жизни. Раздел медицины, предусматривающий деятельность по облегчению ухода за собой, проведения досуга и выполнения трудовых обязанностей, называется оккупациональной терапией (от англ. occupation — занятие).

Несмотря на то, что оккупационная терапия (ОТ) — лечебная профессия, она значительно отличается от других медицинских специальностей. Для лечения заболеваний медицина использует лекарственные средства, физические упражнения и другие способы, позволяющие устранить заболевание. ОТ с помощью компенсаторных приемов целенаправленно воздействует на человека с тем, чтобы улучшить выполнение его действий по уходу за собой, проведению досуга и трудовой деятельности.

Для понимания сферы деятельности оккупациональной терапии следует различать следующие понятия.

Инвалид — лицо, имеющее нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Инвалидность — социальная недостаточность вследствие нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, приводящая к ограничению жизнедеятельности и необходимости социальной защиты.

Здоровье — состояние полного физического, душевного и социального благополучия, а не только отсутствие болезни или анатомических дефектов.

Нарушение здоровья — физическое, душевное и социальное неблагополучие, связанное с потерей, аномалией, расстройством психологической, физиологической, анатомической структуры или функции организма.

Ограничение жизнедеятельности — отклонение от нормы деятельности человека вследствие нарушения здоровья, которое характеризуется ограничением способности осуществлять самообслуживание, передвижение, ориентацию, общение, контроль за своим поведением, обучение и трудовую деятельность.

Социальная недостаточность — социальные последствия нарушения здоровья, приводящие к ограничению жизнедеятельности человека и необходимости его социальной защиты или помощи.

Социальная защита — система гарантированных государством постоянных и (или) долговременных экономических, социальных и правовых мер, обеспечивающих инвалидам условия для преодоления, замещения (компенсации) ограничений жизнедеятельности и направленных на создание им равных с другими гражданами возможностей участия в жизни общества.

Социальная помощь — периодические и (или) регулярные мероприятия, способствующие устранению или уменьшению социальной недостаточности.

Социальная поддержка — одноразовые или эпизодические мероприятия кратковременного характера при отсутствии признаков социальной недостаточности.

Реабилитация инвалидов — процесс и система медицинских, психологических, педагогических, социально-экономических мероприятий, направленных на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма. Целью реабилитации являются восстановление социального статуса инвалида, достижение им материальной независимости и его социальная адаптация.

Оккупациональная терапия: современные методы и принципы

Задачи оккупациональной терапии

Термин "оккупациональная терапия" происходит от англ. occupational therapy — лечение занятием. Оккупациональная терапия (ОТ) предусматривает деятельность, направленную на реабилитацию лиц, которые по состоянию здоровья нуждаются в помощи при уходе за собой, проведении досуга и выполнении трудовой деятельности. Все эти виды занятий объединяются в понятие **оккупационной деятельности**.

Работа специалистов по ОТ направлена на помощь лицам, чья оккупациональная деятельность страдает вследствие травмы, психических или эмоциональных нарушений, врожденных или приобретенных заболеваний, либо в результате возрастных изменений.

Целью ОТ является:

- расширение независимости и автономности человека в плане перечисленных занятий;
- обеспечение успешного и независимого выполнения оккупациональных действий.

Объектом ОТ являются люди, нуждающиеся в восстановлении и нормализации оккупациональной деятельности. При этом проявление клинических нарушений рассматривается только с учетом взаимосвязи с оккупациональной деятельностью.

Медицина накапливает информацию о признаках и симптомах заболеваний, нарушений или травм и разрабатывает способы лечения. ОТ собирает информацию о самообслуживании, проведении досуга и трудовой деятельности пациентов и осуществляет стратегию, направленную на восстановление и нормали-

зацию оккупациональной деятельности. В процессе реабилитации ОТ оценивает также психологические, социальные и экологические факторы, которые оказывают влияние на оккупациональную деятельность.

Следует отметить, что не все болезни и не во всех случаях приводят к нарушению оккупациональной деятельности пациентов. Например, перелом ноги или простуда ухудшает состояние здоровья, но не приводят к стойкому нарушению оккупациональной деятельности. Отклонения в состоянии здоровья могут быть весьма существенны, но не вызывать нарушений тех функций, которые определяют оккупациональную деятельность человека. Так, пациент, перенесший ампутацию нижней конечности выше коленного сустава, может продолжать работу учителя, поскольку этот род деятельности не требует значительной мобильности. В случае, когда профессия требует высокой подвижности, необходимо помочь этому человеку адаптироваться, чтобы он мог справиться с работой.

Имеется много заболеваний, которые носят хронический характер и слабо поддаются лечению. ОТ оказывает помощь людям, страдающим такими заболеваниями, несмотря на их состояние здоровья.

ОТ может пользоваться различными методами, чтобы помочь пациенту восстановить независимый образ жизни. Это могут быть и медицинская реабилитация, и социальная адаптация, и восстановление деятельности за счет использования вспомогательных приспособлений.

Таким образом, ОТ исходит из представления о том, что состояние здоровья человека определяется рядом факторов, которые лежат за границами понятий о болезни или патологическом состоянии. Наличие болезни является важным, но не единственным фактором в определении оккупационального здоровья. Как правило, пациент, оккупациональная деятельность которого ограничена по состоянию здоровья, будет хорошо поддаваться терапии, которая сочетает медикаментозное лечение и компенсаторные приемы оккупациональной терапии.

Обучение и развитие навыков

Процесс обучения компенсаторным приемам складывается из нескольких последовательных этапов.

Оценка возможностей. Специалист по оккупациональной терапии должен определить требования пациента к обучению, принимая во внимание факторы, которые могут мешать и помогать в обучении; влияние окружающей среды.

Составление плана обучения. В план занятий входят: постановка целей (ожидаемый результат); этапы проведения занятий (инструктаж); использование специальных приемов обучения, способов и методов, облегчающих преподавание; характерные особенности условий обучения; способы поощрения и награждения; меры, обеспечивающие закрепление полученных данных.

Проведение занятий (инструктаж). Занятия проводятся с одним или группой пациентов в соответствии с учебным планом, с внесением в него, по мере необходимости, дополнения и изменения. Обучение предусматривает выполнение внеклассных практических заданий, которые должны способствовать закреплению усвоенного материала.

Заключительный этап. Необходимо убедиться, что полученные знания и приобретенные навыки пациент успешно использует в повседневной жизни.

Стадии обучения. Определение степени овладения пациентом в процессе обучения навыками или понятиями весьма важно. Регулярная оценка уровня подготовленности пациента будет определять тактику для облегчения обучения.

Готовность к обучению. Этот этап предшествует проведению занятий (инструктажу). Пациент, готовый к восприятию новой информации и освоению новых навыков, осознает необходимость получения новых знаний и заинтересован в повышении уровня своей подготовки. Пациент, который не достиг такого уровня, извлекает мало пользы в процессе обучения, поскольку он не осознает необходимости приобретения новых знаний и умений, не готов к обучению или использованию этих знаний в повседневной жизни.

Овладение знаниями и умениями. На этом этапе, используя инструктаж, пациент овладевает знанием или умением. Он должен продемонстрировать владение материалом, усвоенным за период обучения. Например, пациент с нарушением движений

показывает свое умение перемещаться из инвалидного кресла на сидение автомобиля. Или же пациент с проблемой социальной адаптации во время занятий показывает свое умение общаться при совершении покупок. Опыт, приобретенный на этом этапе, показывает, что терапевт и пациент должны будут адаптировать и изменять проведение занятий с учетом потребностей пациента.

Закрепление полученных знаний и навыков. На этом этапе пациент практически использует знания и навыки, приобретенные во время занятий, в повседневной жизни. Пациент, который освоил способы перемещения, использует это умение в различных реальных ситуациях повседневной жизни без участия терапевта. Пациент с проблемами социальной адаптации будет использовать свое умение при совершении реальных покупок в магазине. Если у пациента возникают трудности с практическим использованием приобретенных знаний и навыков, то тактика обучения должна быть сфокусирована на механизмах улучшения закрепления.

В центре внимания ОТ стоят занятия, которые включают в себя три области:

- самообслуживание или уход за собой;
- трудовую деятельность;
- проведение досуга и отдыха.

На характер действий по уходу за собой, проведению досуга и трудовой деятельности оказывают влияние социальные и культурные факторы. Действия, которые в одних условиях считаются типичными и уместными, могут оказаться неприемлемыми в других. Специалист по ОТ должен учитывать эти различия в своей практической деятельности.

Хотя занятия и подразделяют на три области, включающие уход за собой, досуг и трудовую деятельность, в повседневной жизни их невозможно отделить одну от другой, поскольку они взаимосвязаны и взаимозависимы.

Так, например, человек, имеющий престижную работу может занимать свою должность, только если он в состоянии следить за собой, соблюдать правила гигиены, выполнять другие действия по уходу за собой. Некоторые виды трудовой деятельности, такие как родительские обязанности или ведение домашнего хозяйства, не имеют временных границ и поэтому эти занятия могут совпадать с проведением досуга.

Следует отметить, что отдельные виды активности различными людьми понимаются по-разному. Одинокий человек рассматривает приготовление пищи как уход за собой; а семейный человек считает это трудовой деятельностью. Если оно связано с приемом гостей, то его можно рассматривать как досуг.

Принципы оккупациональной терапии

ОТ руководствуется следующими принципами.

- Участие в оккупациональной деятельности жизненно необходимо. Такое участие позволяет человеку удовлетворять природные потребности, приобретать навыки и способности, необходимые для преодоления жизненных проблем, достигая чувства удовлетворенности и значимости.
- Участие в оккупациональной деятельности является важным компонентом социальной адаптации человека. Оккупациональная деятельность людей осуществляется в определенной социальной и культурной среде. Нарушение оккупациональной деятельности может повлиять на способность человека исполнять социальные обязанности.
- Участие человека в оккупациональной деятельности зависит от воздействия ряда факторов, которые включают индивидуальные особенности, характер и смысл оккупациональной деятельности, социальную и окружающую среду, на фоне которых осуществляется эта деятельность. Представление об индивидуальной оккупациональной деятельности складывается на основании тщательной оценки всех этих факторов и взаимоотношений между ними.
- Каждый пациент активно вовлекается в процесс ОТ. Взаимоотношения между пациентом и специалистом по ОТ носят характер сотрудничества. И тот, и другой вносят в этот процесс свои знания, умения и опыт, участвуют в разработке и осуществлении приемов ОТ.
- Каждый человек имеет возможности для своего развития и совершенствования. Хотя возможности и способности могут быть ограничены по разным причинам, человек всегда имеет потенциал к развитию и совершенствованию. Люди, страдающие недееспособностью, все же располагают

резервами для удовлетворительной оккупациональной деятельности.

- Между элементами, составляющими занятия, должен быть баланс, который необходим для обеспечения здорового и благоприятного образа жизни. Уход за собой, досуг и трудовая деятельность образуют определенную структуру в повседневной жизни человека. Возможность деятельности в каждой из трех областей обеспечивает удовлетворение потребностей человека в занятиях. Например, человек, у которого уход за собой занимает слишком много времени, не сможет участвовать в трудовой деятельности и, следовательно, удовлетворять потребность в значимой социальной сфере или достичь экономической независимости.
- Оккупациональные занятия, а также требования и обязательства, связанные с оккупациональной деятельностью, изменяются на протяжении жизни и должны рассматриваться в перспективе развития. Специалисту по ОТ необходимо учитывать возрастные особенности пациента.
- Вовлечение пациента в оккупациональную деятельность считается нормальным и социально оправданным. Она может проводиться в той форме, которая позволяет пациенту интегрироваться в социальную жизнь. Поэтому во внимание должны приниматься как возможности пациента, так и особенности окружающей обстановки.
- Оккупациональная деятельность используется в качестве терапии. Оккупациональные занятия позволяют развивать способности и навыки пациентов, которые могут быть использованы в повседневной жизни. Они позволяют пациентам адаптироваться к окружающей обстановке.

На основании изложенного можно сказать, что **оккупациональная терапия состоит из комплекса знаний, умений и навыков, которые помогают лицам с ограниченными возможностями сохранять здоровье, уменьшать последствия инвалидности и вести независимый образ жизни.**

Оккупациональная терапия в системе реабилитации неврологических больных

Направление реабилитационных мероприятий

Поражения различных уровней и отделов нервной системы вызываются различными причинами: сосудистыми нарушениями, инфекцией, интоксикацией, травмами, опухолями и т. д.

Болезни нервной системы подразделяются на следующие группы.

1. Сосудистые заболевания нервной системы — острые нарушения мозгового кровообращения (геморрагические и ишемические инсульты), хроническая сосудисто-мозговая недостаточность.

2. Инфекционные заболевания нервной системы, которые обусловлены внедрением патогенных микроорганизмов (бактерии, вирусы).

3. Хронические прогрессирующие болезни нервной системы — рассеянный склероз, миастения, сирингомиелия и т. д.

4. Наследственные заболевания нервной системы — миопатия, миотония, миоплегия и др.

5. Опухоли головного и спинного мозга.

6. Травматические повреждения нервной системы.

7. Заболевания периферической нервной системы — радикулит, неврит, полиневрит и др.

8. Поражения вегетативной нервной системы.

9. Функциональные нарушения нервной системы, которые включают системные (неврозы) и локальные формы — двигательную (писчий спазм, судороги, заикание) и вегетативную.

В результате перенесенных неврологических заболеваний у больных могут развиваться следующие нарушения:

- параличи (слабость в одной половине тела, затруднение или невозможность управлять рукой или ногой);
- нарушение координации;

- афазия и дизартрия (нарушение речи и общения);
- нарушение зрения, связанное с выпадением полей зрения;
- нарушения памяти, внимания, ориентации;
- дисфагия (нарушение глотания);
- нарушение или потеря чувствительности;
- изменение мышечного тонуса;
- апраксия (неспособность выполнять сложные движения, такие как застегивание пуговиц, завязывание шнурков);
- эмоциональные изменения;
- боль;
- стресс;
- депрессия и другие изменения.

Часто заболевания нервной системы являются причиной инвалидности и ограничивают жизнедеятельность пациентов.

Цели оккупациональной терапии (ОТ) пациентов, перенесших или имеющих неврологические заболевания, включают:

- предупреждение деформаций, вызванных нарушением тонуса и ограничением позиции;
- подавление аномальных движений и улучшение осанки;
- достижение максимального объема движений и силы мышц и координации;
- устранение боли;
- восстановление деятельности двух или одной поврежденной конечности;
- коррекция познавательных функций;
- достижение максимальной независимости в самоуходе;
- облегчение восприятия и адаптации к инвалидности;
- улучшение функциональных навыков общения и социальной интеграции;
- максимальное восстановление важных ролей пациентов в семье и обществе;
- установление баланса между уходом за собой, работой и отдыхом.

Реабилитационную программу следует начинать с тщательной оценки способностей и ограничений пациента и составления плана

основных мероприятий, которые могут улучшить состояние больного. Оценке подвергаются моторные, сенсорные, познавательные функции и их влияние на процесс самоухода. Оценивается также способность пациентов разговаривать и глотать, так как эти функции необходимы при приеме пищи и лекарственных препаратов.

Восстановление чувствительности

Человек руководствуется своими ощущениями. При любом виде деятельности утрата чувствительности, т. е. сенсорных ощущений, приводит к необходимости использовать специальные приемы, направленные на их восстановление.

Способы компенсации утраченной чувствительности. В первую очередь, при утрате чувствительности необходимо обеспечить безопасность пациента, чтобы он не получил травмы от столкновения с предметами, ожог или другие повреждения.

Компенсаторные приемы включают:

- перераспределение нагрузки с пораженной конечности на здоровую;
- зрительный контроль за движением и положением поврежденной конечности;
- контроль за температурой воды с помощью здоровой конечности;
- использование вспомогательных приспособлений для самообслуживания;
- предупреждение контактов пораженной конечности с низкой и высокой температурой, а также с острыми предметами;
- использование предметов обихода с большими или встроенными ручками;
- изменение положения руки при длительном использовании инструментов;
- профилактика раздражения, покраснения, отека и избыточного давления на кожу поврежденной конечности.

При появлении подобных симптомов необходимо:

- давать руке отдых;
- лечить раздражения, волдыри и раны на конечностях, чтобы избежать инфицирования и осложнений;

- ежедневно ухаживать за кожей, используя масляный массаж для поддержания мягкости и упругости пораженной области.

Пациентам, которые утратили чувствительность в результате инсульта, следует дать возможность убедиться в потере чувствительности и показать безопасные приемы действий. Полезно научить пациента контролировать положение пораженной конечности визуально и с помощью здоровой руки. Однако необходимо учитывать, что обучению пациента могут мешать нарушения познавательной функции.

После повреждения и в период восстановления нервные импульсы, возникающие при сенсорном раздражении поврежденной руки, приобретают иной характер. Различия в чувствительности могут быть столь значительными, что пациент не может иногда правильно интерпретировать свое восприятие. Поэтому необходимо помочь ему научиться по-новому оценивать свои ощущения.

В программе переобучения восприятия, разработанной А. Деллон, содержатся основы процесса восстановления чувствительности. Достиженные результаты оцениваются с помощью соответствующих тестов.

Снижение гиперчувствительности. Если пациент воспринимает раздражители как очень неприятные, то прежде чем приступить к коррекции ощущений, необходимо снизить чувствительность пораженной области, но только если там нет открытых или инфицированных ран.

Приемы снижения гиперчувствительности пораженных участков включают:

- массаж;
- похлопывание;
- смазывание кожи лосьоном;
- растирание пораженных участков махровым полотенцем и ворсистой тканью;
- удерживание в руках предметов из различных материалов;
- замешивание теста;
- лепка предметов из глины;
- изготовление плетеных изделий из веревок или шнура (**рис. 2-1**);

- поглаживание пораженной области с использованием различных тканей;
- использование предметов обихода, имеющих поверхность, которая вызывает более сильные тактильные ощущения.

Снижение чувствительности проводят в зависимости от исходного ее уровня, а раздражающее действие материалов ("грубые" свойства) постепенно увеличивают по силе, длительности и частоте воздействия. Также рекомендуется использовать вибрирующие движения при погружении конечности в такие сыпучие материалы, как рис, горох или кукуруза.

Ранний период переобучения. В первую очередь на этом этапе используют тактильные раздражители подвижного и неподвижного типа, давящие прикосновения. Пациент при этом должен определять локализацию их касания.

Движущееся касательное ощущение воспроизводят путем поглаживания пораженной поверхности краем резинки на карандаше или кончиком пальца. Вначале пациент просто следит за стимулом, а затем, закрыв глаза, концентрирует на нем свое внимание. После этого пациент открывает глаза, чтобы проверить ощущение. В заключение пациент описывает свои ощущения словами, например: "Я ощутил движение какого-то мягкого предмета вдоль своей ладони".

Аналогичную процедуру осуществляют при неподвижном касании. Краем резинки от карандаша оказывают давление на поверхность пальца или ладони в том месте, где должно произойти восстановление чувствительности. Сходным образом определяют локализацию касаний. Пациента следует предупредить, что нельзя



Рис. 2-1. Плетение корзины является одним из методов снижения гиперчувствительности.

производить стимуляцию поврежденной руки с помощью здоровой, так как это сопровождается поступлением в мозг двойной серии импульсов.

Пациенту рекомендуется повторять эти приемы 4 раза в день по 5 мин. Для процедуры необходимо выбрать тихую комнату, избегать отвлекающих моментов. Необходимо еженедельно оценивать динамику изменений и пересматривать дальнейшие цели при достижении положительных результатов.

Поздний период переобучения. После того как отработаны приемы по восприятию тактильных раздражителей и определению локализации касаний, переходят к следующему периоду переобучения. Цель этого периода состоит в восстановлении способности пациента идентифицировать предметы с закрытыми глазами.

Упражнения направлены на распознавание нескольких различающихся предметов с помощью тактильных ощущений. Вначале упражнения проводят со знакомыми предметами. Задача состоит в том, чтобы взять предмет в руки, осмотреть его, а затем закрыть глаза и ощупать его, сосредотачиваясь на тактильных ощущениях. Открыв глаза, пациент вновь должен оценить предмет визуально, чтобы удостовериться в своих ощущениях. Полезно предложить пациенту описать словами, что он почувствовал. Следующий ряд предметов должен отличаться по характеру материала, размеру, который должен быть все меньше и требовать все более тонкой способности к различию. В заключение следует рекомендовать пациенту вид деятельности, который соответствует его возможностям.

Следует отметить, что существуют и другие способы идентификации сенсорной функции. Они включают:

- распознавание геометрической формы предмета;
- распознавание формы и размеров различных деревянных кубиков;
- сортировку предметов по форме и характеру материала;
- выбор определенных предметов из предложенной группы объектов (**рис. 2-2**);
- различие объектов по весу;
- обнаружение предметов, спрятанных в песке или других сыпучих материалах;
- составление слов или чисел с помощью деревянных или картонных букв или цифр (**рис. 2-3**);



Рис. 2-2. Использование мозаики позволяет повысить тактильную чувствительность.

- заполнение пропущенных мест в головоломке;
- выполнение действий с закрытыми глазами.

Об улучшении сенсорной функции можно судить по количеству правильно проведенных определений предметов и времени, затраченному на каждое определение.

Для ликвидации последствий неврологических нарушений часто необходимо сочетание тренировок сенсорной и моторной функций. Устранение аномальных движений и повышенного мышечного тонуса облегчает коррекцию чувствительности. Достижению результатов способствует многократное повторение всех приемов до восстановления чувствительности.

Лечебные меры при двигательных нарушениях

Рассматриваемые ниже способы лечения двигательных нарушений применяются при ортопедических заболеваниях, одним из которых является артрит. Эти способы не рекомендуется использовать при воспалении суставов, наличии контрактур,

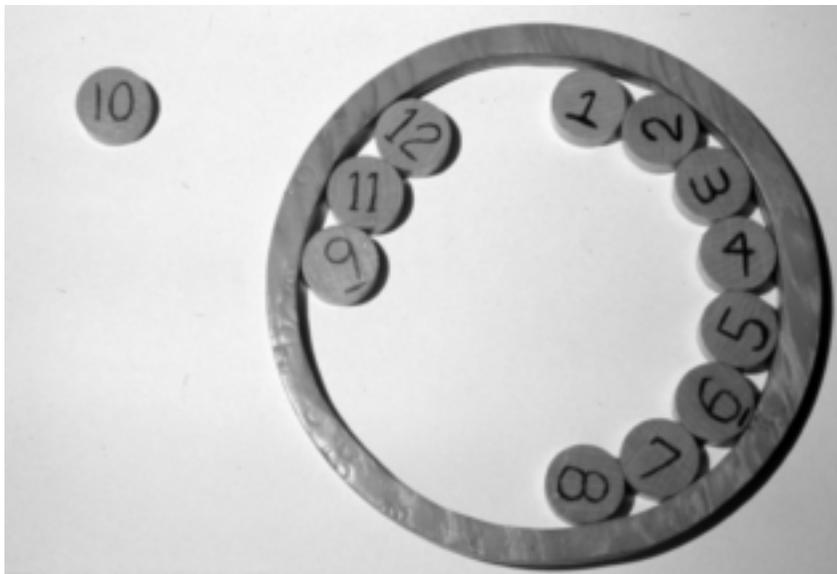


Рис. 2-3. Распознавая рельефные цифры на картонках, пациент может тренировать сенсорные функции.

т. е. заболеваниях, которые сопровождаются спастическими состояниями и насильственными движениями.

Лечение двигательных нарушений основано как на использовании терапевтических упражнений, так и целенаправленной деятельности. Терапевтические упражнения представляют собой особую разновидность движений или мышечных сокращений, которые улучшают скелетно-мышечную функцию. С помощью этих тренировок больных готовят к видам деятельности, направленных на увеличение объема движений и их продолжительности.

Лечение двигательных нарушений должно:

- предупредить и устранить деформацию суставов и контрактуры;
- предупредить и уменьшить ограничение объема движений;
- увеличить силу отдельных мышц и мышечных групп;
- увеличить интенсивность и продолжительность физических усилий;
- улучшить регуляцию движений;
- нормализовать тонус мышц.

Компенсаторная терапия при двигательных нарушениях

Оценка состояния пациента

Улучшение регуляции движений необходимо неврологическим больным с двигательным расстройством из-за нарушения мышечного тонуса.

Прежде чем начинать упражнения для улучшения регуляции движений, необходимо провести обследование пациента, изучив координацию движений, мышечный тонус и правильную позицию тела. При обследовании пациента следует осмотреть со всех сторон, затем оценить в положении сидя, стоя и лежа, в спокойном состоянии и при выполнении движений с целью определения функционирования туловища, головы, шеи и верхних конечностей. Такой осмотр позволяет выявить асимметрию, если при этом использовать пассивные движения в нормальном объеме. Если ощущается сопротивление при выполнении пассивных движений, то мышечный тонус у пациента повышен. При активных движениях следует следить за двигательными проявлениями с пораженной стороны. Если подобные движения появляются на здоровой стороне, их называют ассоциированными и устраняют. При сравнении выполняемых движений можно установить причину нарушений.

У пациента могут наблюдаться колебания патологически повышенного или пониженного тонуса. Лечение заключается в определении зон повышенного или пониженного тонуса и его нормализации. С этой целью следует использовать движения, которые направлены на снижение спастических явлений, а также на стимуляцию тонуса.

Нормализация тонуса мышц

1. Перемещение весовой нагрузки на пораженную сторону. Это один из наиболее эффективных способов нормализации мышечного тонуса. У пациентов, имеющих пониженный мышечный тонус, этот прием способствует его повышению, а у пациентов с повышенным тонусом — наоборот. При этом стимулируются сенсорные импульсы на пораженной стороне, что помогает восстановлению ее функций. Добиться правильного распределе-



Рис. 2-4. Использование специального тренажера увеличивает силу мышц верхних конечностей, выносливость и устойчивость в положении сидя и стоя.

ния весовой нагрузки можно, если больного уложить на пораженную сторону. Но если речь идет о тренировке в ходьбе, правильно распределить весовую нагрузку труднее. Пациент должен учиться равномерному распределению весовой нагрузки на оба бедра в положении сидя и на обе стопы в положении стоя.

2. Повороты туловища. Для восстановления нормальных движений следует стимулировать деятельность, которая обеспечивает независимое функционирование верхней (**рис. 2-4**) и нижней частей тела. Это активизирует мускулатуру туловища и способствует его устойчивости. Без стабильного положения туловища пациент не в состоянии эффективно использовать верхние конечности. Повороты туловища в положении сидя и стоя увеличивают подвижность плечевого и тазового пояса и улучшают распределение весовой нагрузки (**рис. 2-5**).

3. Перемещение лопатки кпереди. Чтобы переместить лопатку в нормальное переднее положение, методисту следует одной рукой мягко покачивать предплечье больного в передне-заднем направ-

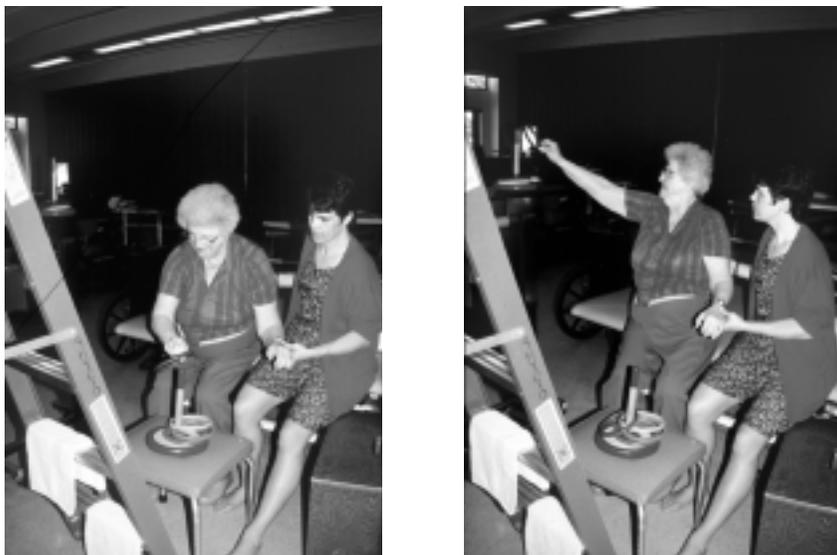


Рис. 2-5. Упражнения с поворотом туловища и увеличивающимся диапазоном движений помогают пациенту повысить подвижность плечевого и тазового пояса.

лении, а другой — двигать лопатку кпереди, опираясь на ее медиальный край. Подержав руку в таком положении в течение нескольких минут, предплечье вернуть в начальное положение.

4. Положение таза. В положении сидя наиболее предпочтительной является нейтральная позиция таза. При наклоне таза назад возникает ощущение, что пациент может соскользнуть с кресла. Пребывание в такой позиции приводит к неправильному расположению тела, которое характеризуется увеличением разгибания бедер и поворотом верхнего отдела туловища с одновременным разгибанием головы и шеи. Для достижения правильного положения таза, плеч и головы по средней линии следует переместить таз в нейтральную позицию.

5. Контроль за темпом выполнения движений. Если пациенты торопятся выполнять движения, им следует предложить замедлить темп. При попытке слишком быстро изменить положение тела или произвести какое-то движение пораженной конечностью происходит повышение мышечного тонуса и торможение выполнения действия.

В зависимости от функционального состояния пациента все виды деятельности осуществляются в положении сидя или стоя. Если возможности пациента позволяют, занятия эффективнее всего проводить на стуле с прямой спинкой либо в положении стоя.

Предупреждение ограничения объема движений

Если пациент не в состоянии самостоятельно активно двигать пораженной конечностью, рекомендуется использовать методы пассивных движений.

Как в дневное, так и в ночное время, пациенту следует избегать функционально неправильного положения, которое может вызвать развитие деформации. Правильное положение тела можно обеспечить, используя подушки, полотенца, мешочки с песком, позиционные доски и т. д.

Если пациенту не удастся избежать контрактур, то позиция поврежденной конечности должна соответствовать наиболее выгодному функциональному положению (**рис. 2-6, 2-7**). Например, функциональное положение руки состоит в сочетании легкого разгибания запястья (от 10 до 30°), противопоставления и отведения большого пальца и полусгибательного положения других пальцев. Такая позиция позволяет руке удерживать предметы и уменьшает проблемы по уходу за собой.

Увеличение объема пассивных движений

Контрактуры поддаются лечению, если они затрагивают мягкие ткани (кожу, сухожилия, мышцы и связки). Если контрактуры сопровождаются интенсивным фиброзом мягких тканей или серьезными деструктивными изменениями суставов, либо суставным блоком, то они не поддаются лечению. В последних случаях необходимо сосредоточить свое внимание на компенсаторных и вспомогательных приемах и обеспечении удобства окружающей обстановки.

Чтобы устранить контрактуру мягких тканей, требуется предпринять следующие шаги.

1. Стабилизировать положение проксимальных отделов таким образом, чтобы сустав был зафиксирован.

2. Распрямить сустав насколько возможно, пока не почувствуется сопротивление и не появится ощущение упругости.



Рис. 2-6. Специальная подставка повышает комфортное положение парализованной руки. Может использоваться пациентами для уменьшения отеков и избежания контрактур.



Рис. 2-7. Подушечки под локти защищают их от сдавливания.

3. После этого распрямить сустав еще на 2—3°. Пациент может испытывать дискомфорт или незначительную боль. Если болевые ощущения значительнее, то это свидетельствует о слишком большом усилии.

4. Подержать сустав в слегка распрямленном положении приблизительно от 30 до 45 сек.

5. Делать от 3 до 5 таких упражнений не менее 4 раз в день.

Такую процедуру может выполнять медицинский работник, сам пациент или члены его семьи. Если пациент испытывает боль после распрямления, лучше всего применять мягкое растяжение, которое позволит постепенно добиться увеличения объема движений.

Если пациент имеет достаточно сил для преодоления сопротивления контрактур, тогда он может производить растяжение самостоятельно. При этом необходимо контролировать пациента, чтобы быть уверенным, что растяжение проводится правильно и с требуемой частотой, а также в том, что пациент производит максимальное распрямление в пределах, которые позволяют ему болевые ощущения.

При выполнении этих процедур пациенту следует соблюдать меры предосторожности.

Пациенты с нарушением чувствительности особенно подвержены повреждениям, вызванным перерастяжением. Необходимы повышенное внимание и контроль за напряжением растягиваемых тканей.

После периода иммобилизации растяжение тканей следует проводить крайне осторожно.

Укрепление силы мышц

Восстановление силы мышц требуется в тех случаях, когда снижение их тонуса ограничивает деятельность пациентов, а также когда мышцы с одной стороны сустава слабее, чем с другой, что может привести к его деформации.

К снижению мышечной силы приводит нарушение функции или ее утрата. Если у пациента имеется выраженная слабость мышцы или группы мышц, ответственных за выполнение действия, то он может компенсировать это другим движением за счет работы группы здоровых мышц. Например, если сгибание в локтевом суставе ослаблено настолько, что пациент не в состоянии поднести чашку ко рту, то он может компенсировать это отведением плеча.

Для оценки тонуса мышц можно использовать следующие характеристики:

- величину сопротивления, которую мышца должна преодолеть при выполнении работы;
- время, в течение которого происходит сокращение;
- форму сокращения, которая необходима;
- количество сокращений;
- число упражнений за день.

Также следует обратить внимание на тип мышечного сокращения, который необходим для восстановления функционального состояния. Различают следующие виды мышечных сокращений:

- изометрическое сокращение — не вызывает движения в суставе, длина мышц остается неизменной;
- изотоническое сокращение — обеспечивает движение в суставе, сопровождается удлинением или укорочением мышц в требуемой форме.

Для проведения реабилитации следует знать типы сокращений и правильно их использовать. Специальные упражнения позволяют воздействовать на конкретные мышцы или группу мышц, увеличивая их силу, и облегчить деятельность пациентов в их повседневной жизни.

Упражнения рекомендуется выполнять 1 раз в день и 4—5 раз в неделю, минимальное их число не должно быть меньше 3 раз в неделю.

Восстановительные упражнения классифицируются следующим образом.

1. Изотонические упражнения на сопротивление мышц. Они используются для преодоления весовой нагрузки предмета при различных движениях, перемещениях груза. Эти упражнения применяются в тех случаях, когда мышцы сохранили удовлетворительный тонус.

Сначала пациенту дается небольшая нагрузка, которая затем постепенно, после каждой серии из 10 повторений, увеличивается. В первой серии упражнений весовая нагрузка должна соответствовать 50 % от максимальной, во второй серии — 75 % и в третьей серии — максимальной, 100 % нагрузке. Пациенту предлагают осуществлять вдох при сокращении мышц и выдох при расслаблении.

Такие упражнения следует выполнять 1 раз в день и 4—5 раз в неделю, причем перерывы между повторами должны составлять 2 мин.

Существует много видов деятельности, которые связаны с преодолением сопротивления при выполнении движений. Примером такого рода занятий могут быть распиливание, шлифовка песком, замес теста и др. В этих случаях средствам выполнения таких действий можно придать дополнительную нагрузку, чтобы увеличить сопротивление.

2. Изотонические активные упражнения. Используя эти упражнения, пациент может выполнить полный объем движений в суставе. Такие восстановительные упражнения применяются, когда тонус мышц снижается. В этих случаях рекомендуется использовать виды деятельности, не связанные с сопротивлением движению. Примером могут служить вышивание, рисование или перемещение шахматных фигур.

3. Активные упражнения, требующие посторонней помощи. Пациент совершает неполное движение в суставе, а медицинский работник помогает довести его до конца. Эти упражнения рекомендованы при плохом тонусе мышц. Их исполняют при помощи здоровой конечности (рис. 2-8).

4. Изометрические упражнения с противодействием. Пациенту предлагают сократить мышцу, преодолевая сопротивление, и удерживать ее в этом состоянии в течение 5—6 сек, не совершая движения в суставе. Этот способ применим к мышцам, которые имеют удовлетворительный мышечный тонус. Упражнения следует выполнять 5 раз в неделю. Такого рода упражнения полезны в тех случаях, когда движения в суставе ограничены, а тонус мышц необходимо поддерживать. Однако людям с гипертонической болезнью и сердечно-сосудистыми заболеваниями эти упражнения противопоказаны, так как они способствуют повышению давления и увеличению частоты сердечных сокращений.

5. Изометрические упражнения без противодействия способствуют сокращению отдельных мышц или их групп, но при отсутствии движения. Этот тип сокращений показан в тех случаях, когда тонус мышц понижен, или движения в суставе невозможны. Если сустав позволяет выполнять пассивные движения, тогда можно придать суставу нужное положение и попросить больного удерживать эту позицию.



Рис. 2-8. Использование тренажеров на повышение выносливости и мышечной силы нижних конечностей.

Примерами изометрических упражнений могут служить охватывание ручек, стабилизация предметов, связанная с преодолением веса предметов.

Поддержание тонуса мышц и объема движений в суставах

В повседневной деятельности каждый сустав должен использоваться с максимальными объемом и силой, допустимыми при данном заболевании. Например, увеличения объема движений можно достичь при глаженьи белья, когда оно сопровождается широкими, размашистыми и легкими взмахами рук. Предплечья желательно нагружать более активно. При уборке пола с помощью пылесоса или швабры выброс рук вперед, а затем движение назад к туловищу приводит к максимальному разгибанию, а затем сгибанию предплечий, что сопровождается полным объемом сгибательных и разгибательных движений в локтевом и плечевом суставах. Для избежания статических контрактур и



Рис. 2-9. Подушечки на кистях позволяют избежать статических контрактур.



Рис. 2-10. Навинчивание гаек на закрепленные болты развивает подвижность мелких суставов кисти.

деформаций рекомендуется использовать подушечки на кистях рук для уборки пыли (**рис. 2-9**). Такие подушечки позволяют сохранять вытянутое положение пальцев. Могут быть рекомендованы упражнения для разработки движений мелких суставов кисти (**рис. 2-10**).

Использование высоких полок для хранения продуктов также приводит к необходимости совершать полный объем движений в плечевом суставе.

Предупреждение утомляемости мышц и суставов

Длительное статическое сокращение мышц приводит к развитию утомления, что сопровождается увеличением подвижности в суставе и его неправильным положением, так как переутомленные мышцы не в состоянии обеспечивать необходимую его поддержку.

Болевые ощущения. Возникновение определенных дискомфортных ощущений при лечебных мероприятиях и выполнении каких-либо действий допустимо и приемлемо. Если отдых приносит быстрое восстановление, то это является нормальным уровнем активности. Однако появление болевых ощущений, которые сохраняются в течение одного или более часов, служит сигналом того, что деятельность следует приостановить или видоизменить. Боль может вызвать защитную мышечную реакцию в виде спазма и привести к развитию мышечной контрактуры.

Если боль вызвана неправильным положением тела или движениями, связанными с какой-либо деятельностью, то пациента следует ознакомить с рекомендуемой техникой выполнения движений, правильным положением тела и формами движений. Освоение механики движений уменьшает боли и предупреждает появление осложнений. Всесторонняя программа борьбы с болью предусматривает ее устранение с помощью лечебных мероприятий, таких как массаж, тепловые процедуры, лечебная физкультура и др.

Компенсаторная терапия при ограничении самообслуживания у инвалидов и лиц пожилого и старческого возраста

Меры, облегчающие уход за собой

Уход за собой традиционно связывают с внешним видом человека. Он требует ежедневного выполнения, чтобы обеспечивать жизнедеятельность и поддерживать здоровье. Деятельность по уходу за собой включает следующие компоненты.

Уход за внешностью — мытье, расчесывание и укладка волос, бритье, макияж, уход за кожей и ногтями.

Купание (умывание) — намыливание, обмывание и высушивание всех участков тела, безопасное принятие ванны или душа, погружение в ванну и выход из нее.

Гигиена полости рта — уход за полостью рта, зубами, деснами, зубными протезами.

Одевание — выбор одежды, одевание и раздевание, застегивание пуговиц, молний и других крепежных приспособлений, выведение пятен и ремонт одежды, надевание и снятие обуви, протезов.

Пользование туалетом — перемещение в туалет и обратно, принятие и сохранение в нем соответствующего положения, личная гигиена, уход за собой при менструации.

Прием пищи — использование столовых принадлежностей, поднесение пищи ко рту, глотание, употребление напитков, жевание, откашливание.

Передвижение — передвижение с одного места на другое, перемещение, изменение положения тела.

Транспортировка — вождение автомобиля, использование общественного транспорта.

Покупки — выбор товаров и их оплата.

Операции с деньгами — ведение бюджета семьи, определение достоинства денег, использование денег при покупке товаров, осторожность в обращении с деньгами.

Приготовление пищи — составление меню, подготовка продуктов, использование кухонных принадлежностей, хранение продуктов, мытье посуды.

Прием медикаментов — приобретение лекарственных средств в соответствии с назначением врача и безопасное их хранение.

Укрепление здоровья — забота о состоянии здоровья, организация здорового образа жизни.

Соблюдение мер безопасности — осторожность при пользовании нагревательными и электрическими приборами, транспортом и т. д.

Обычно деятельность по уходу за собой требует 2—3 часа в день. Эта деятельность хотя и не занимает основную часть личного времени человека, но имеет важное значение для поддержания здоровья и благополучия и, кроме того, она помогает человеку в других областях занятий. Например, уход за внешностью, одевание, прием пищи готовят человека к действиям, связанным с его трудовой деятельностью.

Ограничения в области самообслуживания могут быть вызваны последствиями инсульта, травмами головного и спинного мозга, ампутацией верхней или нижней конечности, травматическим поражением одной половины тела, последствиями перенесенного ожога, периферической нейропатии, возрастными изменениями и т. д.

Уход за собой может осложняться в тех случаях, когда пациент не может:

- дотянуться руками до лица и головы;
- дойти до раковины и туалета;
- держать предметы ухода за собой;
- использовать одновременно обе руки;
- контролировать свои действия;
- находить нужные предметы и правильно их использовать.

Перечисленные проблемы могут быть вызваны у пациентов следующими причинами:

- слабость захвата и сжатия предмета;
- нарушение выполнения определенных движений верхними конечностями;

- снижение силы мышц верхних конечностей и шеи;
- нарушение функции одной верхней конечности или половины тела;
- нарушение познавательной деятельности и восприятия.

Пациентам при проблемах, связанных с нарушениями движений и снижением силы мышц верхних конечностей и шеи, рекомендуется использовать:

- высокую подставку под локоть;
- помощь здоровой руки;
- зубы для открывания контейнера с содержимым;
- обе руки, чтобы держать стакан, зубную щетку, расческу, бритву;

а также:

- пользоваться жидким мылом из распылителя;
- изменить прическу, чтобы она не требовала особого ухода;
- при чистке зубных протезов расстелить в раковине влажное полотенце, чтобы исключить их повреждение при случайном падении.

При указанных выше нарушениях можно использовать следующие вспомогательные средства:

- приспособления для предплечья, которые облегчают подъем руки до уровня лица и головы;
- протезные приспособления, которые позволяют поднять руку до уровня лица и головы;
- механические ортопедические приспособления, позволяющие пациенту обхватить предмет;
- встроенные ручки на зубных щетках и щетках для волос (**рис. 3-1**);
- зубную пасту во флаконе с пульверизатором;
- приспособление для разбрызгивания дезодоранта;
- приспособление для разбрызгивания пены для бритья;
- кольцеобразную застёжку для волос;
- фиксатор с присоской для мыла;
- выступающие водопроводные краны, позволяющие пациенту до них дотянуться.



Рис. 3-1. Расческа на длинной ручке помогает расчесываться пациентам с нарушениями движений и силы верхних конечностей.

Если проблемы связаны с нарушением координаторной функции верхних конечностей, рекомендуется:

- изменить прическу, чтобы она не требовала особого ухода;
- увеличить нагрузку конечностей:
- использовать помощь здоровой руки;
- фиксировать верхние конечности, прижимая их к туловищу, или прижиматься локтями и запястьями к раковине или противоупору при умывании, расчесывании волос, чистке зубов;
- плотнее охватывать щетку для волос при расчесывании и брать ее ближе к щетинистой части;
- использовать жидкое мыло в распылителях.

При указанных выше нарушениях можно использовать следующие вспомогательные средства:

- приспособления для предплечья, которые облегчают подъем руки до уровня лица и головы;
- приспособления, которые увеличивают сопротивление для регуляции положения предплечья;
- электрические зубные щетки и бритвы (**рис. 3-2**);
- устройства на присосках, позволяющие укрепить щетки для чистки зубных протезов или чистки ногтей;
- приспособления в форме "корзиночек" для хранения косметических принадлежностей, исключающие возможность их опрокидывания при использовании.

Если проблемы ухода за собой связаны с нарушением функционирования одной верхней конечности или одной половины тела, рекомендуется:



Рис. 3-2. Люди пожилого и старческого возраста, имеющие пониженную чувствительность и устойчивость, могут самостоятельно бриться, находясь в инвалидном кресле.

- изменить прическу, чтобы она не требовала особого ухода;
- использовать фиксирующие держатели, чтобы удерживать колени в определенном положении;
- укрепить зубную щетку на противоупоре для выдавливания пасты.

При этом виде нарушений используются следующие приспособления:

- устройства на присосках, позволяющие укрепить щетки для чистки зубных протезов или чистки ногтей;
- приспособления в форме "корзиночек" для хранения косметических принадлежностей, исключающие возможность их опрокидывания при использовании.

Меры помощи пациентам при купании

Трудности с купанием могут возникнуть при неспособности пациентов:

- дойти до ванной комнаты;
- открыть кран;
- взять в руки принадлежности для мытья, что обусловлено утратой хватательных движений;
- дотянуться до различных участков тела и крана;
- входить и выходить из ванны.

Причинами этих расстройств могут быть:

- нарушение равновесия в положении стоя и сидя;
- уменьшение выносливости;
- тремор верхних конечностей;
- нарушение пассивных и активных движений верхних и нижних конечностей;
- нарушение координаторной функции верхних и нижних конечностей;
- выпадение функций одной верхней конечности или одной половины тела;
- нарушение восприятия, памяти и чувствительности.

Вспомогательные меры и приспособления для купания пациентов идентичны во всех случаях независимо от типа нарушений. Они включают следующее:

- мытье на кровати или в инвалидном кресле (**рис. 3-3**), если затруднено транспортирование пациента в ванную;
- использование разных кусочков тканей для мытья и ополаскивания, чтобы не загрязнять ополаскивающую воду;
- использование распылителя для жидкого мыла;
- расстилание на коленях намыленной мочальной ткани, с помощью которой пациент, наклонившись, может тереть о нее кожу;
- накладывание на спинку сиденья полотенца для того, чтобы при мытье тереться о него спиной. Так же можно использовать сухое полотенце для высушивания кожи.

В ванной комнате пациентам следует соблюдать правила безопасности, которые рекомендуют следующее:



Рис. 3-3. Рукавичка для мытья предназначена пациентам с уменьшением выносливости и нарушением координации, которые не могут пользоваться ванной и вынуждены мыться в инвалидном кресле или на стуле.

- не допускать воды на полу;
- использовать нескользящие коврики или подкладывать под ноги полотенце;
- купаясь, никогда не хвататься для опоры за краны или мыльницу;
- пуская воду в ванну, вначале открывать холодную, затем прибавлять горячую воду;
- пробовать температуру воды перед тем, как войти в ванну;
- при самостоятельном мытье воду из ванны выпускать до того, как выходить из нее;
- держать полотенце или халат в пределах досягаемости;
- избегать использования масел для смягчения кожи, которые делают ванну скользкой, не оставлять мыло в воде, на дно ванны постелить нескользкую подстилку или полотенце;



Рис. 3-4. Сиденье для ванны предназначена пациентам, которым тяжело входить и садиться в ванну.

• применять сиденье для ванны (**рис. 3-4**), если тяжело входить и садиться в ванну.

Для ваннных процедур можно использовать следующие вспомогательные приспособления:

- вращающиеся стулья;
- скамеечки для ванн (**рис. 3-5**);
- мочные мочалки на длинных ручках;
- мочные приспособления и мочную ткань, снабженную петлями, для пациентов с нарушениями хватательных движений;
- мыло или мыльницу на подвесах;
- полотенца с петлями;
- стенные поручни для упора;
- ручные души;

3-3



Рис. 3-5. Переносные скамейки для ванны.

- краны с одним рычагом;
- поручни, крепящиеся к ванне, для безопасности входа и выхода (**рис. 3-6**).

Рис. 3-6. Крепкий поручень, крепящийся на ванну, обеспечивает пациентам безопасное вхождение и выход из нее. Предназначен тем, у кого ограничена устойчивость, и для физически слабых людей.



Меры помощи при пользовании туалетом

Трудности, связанные с использованием туалета, могут быть обусловлены нарушением способности пациентов:

- дойти до унитаза и сесть на унитаз;
- принять соответствующее положение;
- дотянуться до промежности;
- взять туалетную бумагу и пользоваться ею;
- манипулировать одеждой;
- пользоваться писсуаром.

Ограничение этих функций может быть обусловлено следующими причинами:

- нарушением пассивных и активных движений верхних и нижних конечностей и туловища;
- нарушением координаторной функции верхних и нижних конечностей, туловища;
- нарушением функций одной половины тела;
- нарушением восприятия, памяти и чувствительности.

При этом виде нарушений рекомендуются следующие вспомогательные приспособления:

- выдвижные держатели для туалетной бумаги (при ограничении подвижности пациентов);
- биде;
- специальные поручни в туалете для безопасности пациентов с нарушением координации (**рис. 3-7**);
- подъемные сиденья в туалете (**рис. 3-8**);
- памперсы, катетеры, калоприемники для пациентов с недержанием мочи и кала.

Меры, облегчающие прием пищи

Трудности, связанные с приемом пищи, могут быть обусловлены нарушением способности:

- глотать твердую и жидкую пищу;
- подносить руку ко рту;



Рис. 3-7. Ручной поручень безопасности в туалетной комнате обеспечивает надежную поддержку пожилым и физически слабым пациентам.



Рис. 3-8. Высокое сиденье для туалета помогает пожилым и физически слабым людям легче садиться и вставать с унитаза. С помощью этого приспособления можно поднять обычное сиденье, сохраняя его форму. Обеспечивает простое использование и чистку.

- поднимать и держать столовые принадлежности, брать пищу и напитки;
- одновременно использовать обе руки, чтобы нарезать пищу;
- координировать свои действия, правильно оценивать расположение пищи на тарелке, брать ее вилкой (или ложкой) и подносить ко рту.

а также:

- нарушением двигательной функции верхних конечностей и жевательной функции;
- снижением силы мышц верхних конечностей и жевательной мускулатуры;
- нарушением координации движений верхних конечностей, шеи и снижением силы жевательной мускулатуры;
- нарушением функциональной активности одной верхней конечности или половины тела;
- расстройством восприятия и нарушением чувствительности.

Вспомогательные средства, рекомендованные при указанных нарушениях, включают:

- приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья, поддерживающие ремни, одеваемые через голову);
- протезные приспособления со специальным пазом, используемые при неподвижной кисти и неспособности обхватить предмет;
- приспособление или универсальная манжета на специальную посуду для пациентов с утратой хватательных движений (**рис. 3-9, 3-10**);



Рис. 3-9. Модель вилки с комфортным эластичным ободком предназначена пациентам, имеющим мышечную слабость, для улучшения способности захвата ее рукой.



Рис. 3-10. Тарелка с высокими бортиками предотвращает возможность уронить пищу.

- встроенные ручки на столовых приборах, предназначенных для пациентов с ослабленными хватательными движениями (**рис. 3-11**);

Рис. 3-11. Пластиковые рукоятки для столовых приборов улучшают способность захвата их рукой. Рекомендуются пациентам, имеющим проблемы с движением кисти.





Рис. 3-12. Нож со специальной пластиковой ручкой для пациентов с ослабленными хватательными движениями.



Рис. 3-13. Нескользящая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды. Может быть использована пациентами, имеющими только одну руку.



- ножи в сочетании со специальными манжетами, предназначенные для предупреждения порезов руки при отсутствии или ослаблении функций хватания (**рис. 3-12**);
- выдвигающиеся приспособления (могут быть использованы прямоугольные "лузы", которые позволяют увеличить или изменить угол наклона, при котором используется приспособление);
- приспособления, помогающие исключить возможность уронить пищу при поднесении руки ко рту;
- приспособление в виде длинной "соломинки" для употребления жидкой пищи;
- Нескользящие подставки под столовую посуду (**рис. 3-13, 3-14**);
- тарелки и посуда специальной формы или со специальными приспособлениями, исключающими опрокидывание пищи (**рис. 3-15, 3-16, 3-17**).

Рис. 3-14. Круглая углубленная миска на подставке предназначена для тех, у кого только одна рука или нарушена координация. Подставка помогает избежать скольжения миски, предотвращает беспокойство и беспорядок во время еды.



Рис. 3-15. Нескользкие миски-ковшики со срезанными краями помогают при приеме пищи пациентам с нарушениями мышечного тонуса или имеющим только одну руку. Высокий край миски помогает накладывать пищу на ложку.



Рис. 3-16. Кружка с двумя ручками рекомендуется тем, у кого ограничены возможности хватания, гибкости и ослабленная координация движений. Съемный носик для питья уменьшает проливание и протекание жидкости, Широкое дно кружки гарантирует устойчивость.



Рис. 3-17. Чашка с вырезом для носа минимизирует движения шеи и обеспечивает правильное положение подбородка во время питья. Рекомендуется пациентам, имеющим ограничение движения шеи.



Рис. 3-18. Адаптирование одежды для пациентов, имеющих низкий моторный контроль и потерявших способность одеваться. Рубашка имеет застежку на липучках, брюки снабжены эластичным поясом.

Меры, облегчающие надевание одежды при дисфункции верхних конечностей

Дисфункции верхних конечностей, обуславливающие трудность надевания одежды, проявляются нарушением способности:

- вдевать руки в рукава и надевать одежду через голову;
- снимать и надевать одежду из-за ослабления или утраты хватательных движений;
- пользоваться пуговицами, молниями, застежками;
- надевать тяжелую одежду, например пальто, жакеты;
- оценивать соответствие между одеждой и частями тела;
- возможностью усваивать и использовать вспомогательные методы.

Если трудности с одеванием обусловлены нарушением движений или снижением тонуса мышц туловища, то целесообразно выполнять следующие рекомендации:



Рис. 3-19. Простая в использовании ручка для застегивания пуговиц помогает при одевании. Рекомендуется для пациентов с ограниченной подвижностью рук или возможностью использования только одной руки.

- носить свободную и легкую одежду;
- носить одежду с застежкой спереди, используя липучки для застежки (**рис. 3-18**);
- рубашки одевать и снимать через голову, оставляя их наполовину застегнутыми;
- иметь возможность надевать и снимать одежду с застегнутыми рукавами.

Вспомогательные приспособления для надевания одежды при указанных нарушениях включают:

- специальные приспособления для застегивания пуговиц (**рис. 3-19**);
- специальные одежные приспособления с крючками для снятия одежды с плеч;
- петли и кольца, расположенные на молнии;
- механические ортопедические приспособления, обеспечивающие хватательные движения.



Рис. 3-20. Приспособление для надевания носков помогает пациентам, которые не могут дотянуться до ступни или манипулировать носками.

Меры, облегчающие надевание одежды

При надевании одежды пациенту рекомендуется:

- сесть на край кровати или стул и твердо опереться ногой об пол. Если пациент не может стоять, ему рекомендуется лечь на спину на кровати и, поворачиваясь с боку на бок, натягивать брюки или юбку на бедра;
- положить больную ногу на здоровую и натягивать брюки на стопу и колено, затем, опустив ногу на пол, и поддерживая пояс брюк здоровой рукой у пояса, приподнять здоровую ногу и натягивать штанину на бедра;
- находясь в лежачем положении, застегнуть брюки.

При надевании носков и обуви пациенту рекомендуется:

- расширить отверстие носка с помощью разведенных пальцев здоровой руки или приспособления для надевания носков и натягивать носок на пальцы стопы (**рис. 3-20**);
- поставить больную ногу на подставку, опереться стопой о колено здоровой ноги, зафиксировать больную ногу и натянуть носок. Когда носки натянуты на пальцы стоп, следует надеть их полностью с помощью здоровой руки;
- надеть обувь на здоровую ногу. Чтобы надеть обувь на поврежденную ногу, нужно поставить стопу на противоположное колено или перекинуть больную ногу через здоровую, затем здоровой рукой надеть обувь на стопу. В некоторых случаях обувь можно надевать на больную ногу, положив ее на пол, а затем вдевать ногу в туфель, надавливая на колено и протолкивая в туфель пятку;
- использовать длинную ложечку для одевания обуви (**рис. 3-21**).



Рис. 3-21. Длинная ложечка для надевания обуви может быть использована пациентами, которые не могут нагнуться из-за болей в спине.

Техника одевания для пациентов, находящихся в инвалидном кресле

Пациенту рекомендуется:

- сесть на низкую кровать, кресло-коляску или стул, а стопы плотно прижать к полу;
- перекинуть одну ногу через другую и начинать одеваться или натягивать носки и обувь;
- чтобы натянуть одежду на бедра, следует наклониться в одну сторону, провести брюки под противоположное бедро и ягодицу и повторить то же самое с другой стороны;
- находясь в кресле-коляске, приподняться на локтях и опереться на спинку стула, выгнуться, приподнять ягодицы и натянуть брюки;
- чтобы надеть брюки в стоячем положении, опереться одной рукой на спинку кровати или использовать другую опору, свободной рукой натягивать одежду вначале на одну, затем на другую сторону.

Предотвращение падений лиц пожилого и старческого возраста

Падения являются серьезной проблемой для людей пожилого и старческого возраста. И хотя только небольшая часть этих падений заканчивается переломами, серьезность их для пожилых людей чрезвычайно высока. Даже при отсутствии перелома падение может значительно отразиться на физическом и моральном состоянии пожилого человека. Часто пожилые люди ограничивают свою деятельность и передвижение из-за боязни упасть.

Однако чтобы предупредить падения следует не ограничивать круг движений, а сделать все виды деятельности пожилого человека как можно безопаснее.

Причины падений

Повышение частоты падений с возрастом связано с тремя основными факторами:

- 1) естественными возрастными изменениями;

2) патологическими изменениями, происходящими в стареющем организме;

3) неблагоприятной окружающей обстановкой.

Естественные возрастные изменения, повышающие риск падений, можно разбить на следующие группы:

Изменение походки:

- уменьшение высоты шага;
- походка вперевалку;
- более короткий шаг;
- замедленные движения;
- шаркающая походка;
- сниженная подвижность суставов.

Ухудшение зрения:

- уменьшение количества света, попадающего в глаз;
- увеличение бликов;
- снижение чувствительности к цветам, особенно в зелено-голубом спектре;
- увеличение времени, необходимого для адаптации к свету или темноте;
- увеличение времени, необходимого для оценки расстояния.

Снижение слуха:

- пониженная способность различать звуки высокой частоты;
- снижение внимания и ухудшение реакции (на приближающийся автомобиль, звук сирены и т. д.).

Повышенная забывчивость, что увеличивает вероятность спотыкания о забытые вещи и предметы.

Ортостатическая гипотензия:

- резкое падение артериального давления во время принятия вертикального положения;
- ухудшение снабжения мозга кровью;
- головокружение при вставании;
- снижение чувствительности барорецепторов.

Прогрессирующий артрит:

- увеличение скованности суставов;
- деформация суставов.

Ночная полиурия:

- возрастное уменьшение объема мочевого пузыря;
- задержка позывов к мочеиспусканию;
- повышенное мочеиспускание в вечернее и ночное время.

Патологические нарушения, увеличивающие риск падений.

Прогрессирующий артрит:

- ограничение подвижности суставов;
- деформация суставов;
- боль и отеки в области суставов.
- *Осложнения со стороны сердечно-сосудистой системы:*
- аритмия;
- хроническая сердечная недостаточность;
- ортостатические состояния.

Неврологические нарушения:

- болезнь Паркинсона;
- последствия инсульта;
- болезнь Альцгеймера;
- преходящие нарушения мозгового кровообращения;
- рассеянный склероз;
- мышечная слабость.

Эндокринные нарушения:

- гипогликемия (снижение уровня глюкозы в крови);
- гипергликемия (повышение уровня глюкозы в крови).

Психические нарушения:

- депрессия;
- беспокойство;
- снижение внимания и ухудшение реакции на изменение окружающей обстановки.

Виды деятельности, связанные с риском падения:

- вставание и укладывание в постель;
- передвижение по квартире при отсутствии какой-либо поддержки;
- пересаживание в инвалидное кресло-коляску с незаблокированными колесами;

- дотягивание до предмета за пределами досягаемости;
- использование скользкой обуви.

Посещение ванной и туалетной комнаты сопровождаются особым риском для пожилого человека. Падения часто происходят во время вхождения, пребывания или выхода из ванны. Этому способствуют скользкие поверхности, незакрепленные коврики, далеко и высоко расположенные туалетные принадлежности, плохо освещенное помещение ванной или туалета.

Программы по предотвращению падений пожилых людей

Изменение окружающих условий в интересах пожилых людей является задачей специалистов, работающих с такими пациентами. Очень важно получить от пациента информацию, относящуюся к случаям предыдущих падений. Она может помочь определить причины падений. При опросе пациентов следует задать следующие вопросы:

- где и когда пациент падал;
- что он делал, когда упал (вставал с постели, выходил из ванны и т. д.);
- что он ощущал перед падением (слабость, головокружение и др.);
- принимал ли пациент перед падением лекарственные препараты, какие препараты он принимает в настоящее время?

Нестабильная походка и нарушение координации движений часто являются факторами риска падения. Поэтому должны быть исследованы и оценены:

- вставание с постели или кресла;
- передвижение на короткую дистанцию;
- поворот вокруг оси;
- возвращение в исходную позицию;
- усаживание в кресло.

Кресло для сидения оценивается на соответствие его высоты и глубины росту пациенту. Кресло должно позволять человеку сидеть прямо без наклона в сторону или опоры назад. Следует обратить внимание на наличие крепких подлокотников, которые могут помочь пациенту при вставании.



Рис. 3-22. Прочные, легкие алюминиевые трости используются для поддержки пациентов при ходьбе.

При оценке домашней обстановки следует обратить внимание на передвижение пациента по комнате. Если имеется нарушение координации, неуверенность походки, необходимо использовать трости различной конструкции (рис. 3-22) или ходунки (рис. 3-23, 3-24). Следует также проверить высоту кровати. Кровать должна быть низкой, чтобы пожилой пациент с легкостью укладывался в кровать и вставал из нее. Обязательно предусмотреть наличие бра около кровати. Если в комнате есть телефон, его следует расположить около кровати пациента, чтобы он мог легко дотянуться до него. Из комнаты необходимо убрать лишние вещи и мебель, так чтобы домашняя окружающая обстановка была доступной и безопасной (рис. 3-25). Убрать легко скользящие коврики, которые также могут быть причиной падения.

В ванной комнате проверить высоту сидения туалета, наличие поручней, использовать нескользящие коврики, специальные скамейки для ванны.

Дополнительное внимание при оценке домашней обстановки следует уделить одежде и обуви пациента. Плохо подходящая, длинная или широкая одежда может быть причиной падения. Тапочки, часто используемые вместо туфель, не обеспечивают необходимой стабильности стопы и также могут быть причиной падения.

Следует также отметить, что очень полезно использовать специальные упражнения, повышающие силу и выносливость пожилых пациентов.



Рис. 3-23. Ходунки облегчают передвижение пациентов с нарушениями выносливости и устойчивости. Каждая сторона ходунков поднимается и передвигается отдельно.



Рис. 3-24. Ходунки с двумя колесиками позволяют легко передвигаться пациентам с нарушениями координации и устойчивости.

Влияя на условия окружающей среды можно помочь пожилому человеку избежать падения. Такая тактика заключается в снижении вероятности воздействия неблагоприятных факторов и в усилении благоприятных.

Рис. 3-25. Встроенные стеллажи для хранения полотенец позволяет освободить пространство в ванной комнате для пациентов в инвалидном кресле.





Рис. 3-26. Люди в инвалидных креслах используют досуг, играя в одну из подвижных игр.

Организация досуга и отдыха людей пожилого возраста

Досуг, отдых, рекреация являются важными факторами в жизни человека, наряду с его производственной деятельностью. Для людей, мало занятых в трудовой сфере деятельности (пожилых и инвалидов), досуг имеет огромное значение, так как обеспечивает специальные нужды людей с ограниченными возможностями.

Досуг подразумевает такой род занятий, который дает человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Люди собираются вместе для того, чтобы расслабиться, снять стресс, разделить интересы с друзьями и близкими, удовлетворить запросы, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение,

завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Деятельность при проведении досуга и отдыха носит следующий характер.

- Спорт или разнообразная физическая активность (роль зрителя, участника, тренера или какая-либо другая организационная спортивная деятельность) (**рис. 3-26**).
- Художественная деятельность (живопись, рисование, литературное творчество).
- Поделки (вязание, вышивание, плетение различных изделий и другое ручное творчество) (**рис. 3-27**).
- Забота о животных.
- Хобби (разнообразная деятельность по интересам) (**рис. 3-28**).
- Клубы по интересам и др.



Рис. 3-27. Пациентка с проксимальной мышечной слабостью использует специальный ремень, облегчающий ее работу на ткацком станке при проведении досуга.



Рис. 3-28. Разведение и уход за растениями наиболее распространенный вид досуга.

- Сауны и бани.
- Посещение музеев, театров, галерей, экскурсии.
- Игры (настольные игры, карты, компьютерные игры и т.д.).
- Развлечения (просмотр телепередач, фильмов, чтение литературы).
- Общение с другими людьми (телефонные разговоры, написание писем, приглашений, организация и посещение вечеров и других развлекательных мероприятий) (рис. 3-29, 3-30).

Деятельность, связанная с досугом и отдыхом, играет особую важную роль в жизни людей пожилого и старческого возраста, особенно когда их участие в трудовой деятельности затруднено.



Рис. 3-29. Люди пожилого и старческого возраста, живущие в доме-интернате, используют совместное проведение досуга, участвуя в подготовке пищи для вечеринки.

В современных экономических условиях пожилые занимают в обществе маргинальное социокультурное положение. Ограничение набора социальных ролей и культурных форм активности сужает рамки их образа жизни. Поэтому особое значение придается досугу после ухода на пенсию, когда пожилой человек должен адаптироваться к новым условиям жизни вне сферы продуктивной деятельности.

Проблемы, которые могут возникнуть при организации досуга и отдыха у лиц пожилого и старческого возраста, носят следующий характер.

- Ограничение рамок досуга из-за финансовых, транспортных и других проблем, а не вследствие сниженных возможностей.
- Степень доступности общественного досуга и развлечений для лиц пожилого возраста или инвалидов.
- Возрастные ограничения в возможности развивать навыки и способности, необходимые для проведения досуга и



Рис. 3-30. Участие в новогоднем празднике является одной из форм проведения досуга для людей пожилого и старческого возраста.

отдыха, а также в возможности развивать эти качества с учетом адаптации к новым жизненным условиям после выхода на пенсию.

- Атмосфера социального окружения, способствующая участию пожилого человека в проведении досуга и отдыха.

Известно, что жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на предпочтительные формы проведения свободного времени. Для инвалидов и пожилых этот аспект жизнедеятельности является важным фактором реабилитации и интеграции в общественную жизнь.

В мировой практике существуют специальные методы, направленные на то, чтобы обеспечить активный отдых людям с ограниченными возможностями. Считается, что организация регулярного досуга для пожилых людей в общественных местах является более прогрессивной формой, нежели индивидуальный отдых. Патронажные сестры и другие профессионалы, работающие с пожилыми людьми, могут сами способствовать внедрению

прогрессивных методов организации их времяпровождения, а также прибегать к поддержке и помощи других людей, обучая их правильному использованию необходимых приемов. Реализация программ организации досуга и отдыха для людей пожилого и старческого возраста рассчитана на привлечение и помощь окружающих, чтобы обеспечить пожилым их активное участие, несмотря на имеющиеся у них ограничения жизнедеятельности. Программа может считаться выполненной, если пожилые принимают в ней активное участие на равных с другими людьми. Чтобы достичь этого, следует изменить существующие формы развлечений и разработать новые, доступные для пожилого человека независимо от его дееспособности.

Для правильной организации досуга и отдыха пожилым необходимо выполнить следующие требования.

- Выяснить интересы пожилого человека. Пожилому пациенту нужно помочь определиться в выборе формы досуга, так как многие люди не имеют возможности разобратся в этом вопросе. Не исключено, что в силу своего положения пожилые имеют лишь ограниченные представления о формах свободного времяпровождения, их доступности. Прежде чем предлагать пожилому человеку какие-либо мероприятия, следует внимательно изучить интересы пациента, показать ему варианты возможных форм отдыха, посоветоваться с членами его семьи или друзьями пациента.
- Расширить представления об отдыхе пожилого пациента, делаясь с ним опытом и обсуждая его проблемы.
- Не ущемлять интересы пациента.
- Оценить прошлые и настоящие интересы и наклонности пациента.
- Определить основные особенности деятельности, выбранной пациентом.
- Определить способы модификации и адаптации пациента, чтобы облегчить его участие в проведении досуга и отдыха.

Таким образом, подготовив пожилого пациента для участия в досуге, патронажные работники помогают ему интегрироваться в общественную жизнь.

Проблема интегрирования пожилых и людей старческого возраста в социокультурную жизнь общества предусматривает разработку и реализацию специальных государственных программ в сфере культурной и оздоровительной политики.

Спорт, активный отдых и туризм являются важными факторами в процессе реабилитации и адаптации пожилых. Движения, упражнения и спорт поддерживают и восстанавливают физическое и душевное состояние пациентов. Кроме того, у пожилых уменьшаются осложнения, вызванные недостатком физической активности. Считается, что туризм более легок для пожилых, чем спорт, и именно туризм становится первым шагом в начале интенсивной и систематической физической активности пациентов.

Очень важна профилактическая и реабилитирующая роль туризма, когда существует кризис адаптации, растет число психосоматических заболеваний, увеличивается число людей с инвалидностью. Туризм оказывает большое влияние на оздоровление пожилых людей, так как является фактором, противодействующим гипокинезии, которая деструктивно влияет на здоровье и психику. Двигательные ограничения значительно снижают жизненные возможности, служат причиной угнетения, стресса, потери веры в себя. Спорт и туризм создают возможность устанавливать независимые и разнообразные контакты, которые помогают получить уверенную и эффективную жизненную поддержку, так необходимую пожилому человеку.

Люди, вышедшие на пенсию, могут использовать свободное время, участвуя в общественной работе, осуществляя различные социокультурные программы и проекты, в том числе и туристические. Для пожилого человека туризм предоставляет реабилитационные возможности, повышая интерес к жизни и увеличивая жизненную активность.

Основными занятиями пожилых являются физические упражнения, экскурсионный туризм, прогулки, посещение кинотеатров, театров, концертных залов, выставок, чтение книг, просмотр телепередач, встречи с родственниками и друзьями, ухаживание за растениями и животными.

Кроме спорта, туризма и других оздоровительных мероприятий, особое место в системе социальной реабилитации пожилых принадлежит художественно-творческой форме активности. Осваивая музыкальные звуки, цветовую гармонию, пластику,

пожилые постигают окружающий мир наиболее доступными для них, легко усваиваемыми формами.

Как свидетельствует отечественный и мировой опыт реабилитации и адаптации лиц пожилого и старческого возраста, досуг и отдых облегчает социальную реабилитацию, формирует положительную мотивацию жизнедеятельности. Своевременная реабилитация важна для предупреждения процесса стремительного старения, при этом необходимо стимулировать снижающиеся функции и содействовать возвращению к различным видам деятельности, включая досуг и активный отдых.

Инвалидные кресла-коляски: принципы подбора

Требования к креслу-коляске

Люди, нуждающиеся во вспомогательной технике, как правило, страдают тяжелыми физическими недостатками, включающими ограничения подвижности в суставах, костно-мышечные деформации, изменения мышечного тонуса и др. Поскольку большинство видов деятельности осуществляется в положении сидя, очень важно обеспечить пациенту безопасную и устойчивую позицию с максимальными функциональными возможностями.

При подборе кресла-коляски следует учитывать, что психологический и физический статус индивидуума определяется состоянием организма, которое, в свою очередь, зависит от факторов окружающей среды. Одним из таких факторов выступает кресло-коляска. Таким образом, пациент вынужден полагаться на опыт медицинского работника в сохранении здоровья, безопасности и комфорта.

Плохо подобранное кресло-коляска может стать причиной травм, вторичной деформации и вынужденной недееспособности, а также других осложнений, которые носят необратимый характер. Не существует специальных требований, предъявляемых к снятию мерок с больного, однако желательно, чтобы пациент находился в кресле-коляске, максимально соответствующем его размерам. Измерения, проводимые в положении сидя, обеспечивают наиболее правильное положение пациента в кресле.

При конструировании и подборе кресла необходимо учитывать анатомические особенности пациента и факторы окружающей среды. Анатомическими зонами, которым придается первостепенное значение, являются лопатки, сидалищные бугры, подколенные области. Именно в этих местах раздражение кожного покрова и нарушение кровообращения приводят к образованию пролежней при пользовании креслом-коляской. Пролежни могут представлять собой наиболее серьез-

ные проблемы. Они чрезвычайно болезненны и их последующее лечение сопряжено с длительной госпитализацией больного.

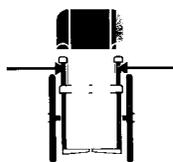
Для правильного подбора инвалидного кресла-коляски необходимо провести замеры пациента в 6 основных позициях:

- 1) ширина сиденья;
- 2) глубина сиденья;
- 3) длина ног;
- 4) высота сиденья;
- 5) высота предплечий;
- 6) высота спинки.

1. Определение ширины сиденья. Определение ширины сиденья является самым важным замером. Задача состоит в том, чтобы:

- обеспечить распределение веса пациента на возможно более широкой поверхности;
- облегчить перемещение и предупредить соприкосновение и трение участков тела о боковые стенки;
- установить максимальную ширину кресла-коляски с таким расчетом, чтобы свести к минимуму проблему перемещения в дверях, ванной комнате и других ограниченных пространствах.

Измерение проводится через самые широкие участки бедер или подвздошных костей с использованием сантиметровой ленты. К полученной величине добавляется 5 см. При измерении следует учитывать также возможность использования больным толстой одежды.



Ширина сиденья

Пример. Размеры, снятые в наиболее широкой части бедер или подвздошных костей пациента, составили 40 см, в этом случае нормальная ширина сиденья должна равняться 46 см. Это обеспечит дополнительный зазор по 2,5 см с каждой стороны.

Сиденье слишком узкое. Объем движения и степень подвижности при этом будут резко ограничены в связи с тем, что затруднены повороты туловища по оси. Так как вес пациента распределяется на меньшей поверхности, то увеличивается давление на

седалищные бугры. Это может вызвать вторичные осложнения, связанные с образованием пролежней.

Сиденье слишком широкое. Слишком широкое сиденье порождает трудности как физического, так и внешнего порядка. Уменьшается устойчивость в положении сидя, а это сказывается на правильном положении тела. Могут возникнуть трудности при поступательном перемещении кресла. Для облегчения движения коляски вперед, пациент должен будет прибегать к помощи рук.

Увеличение ширины сиденья даже на 1,25 см может сделать невозможным перемещение через дверные проемы, посещение туалета и использование общественного транспорта.



Чтобы проверить соответствие размеров пациента и ширины кресла, поместите обе ладони между бедрами пациента и боковыми стенками. Руки должны располагаться свободно, не испытывая давления с боков.

2. Определение глубины сиденья. Распределение веса тела на ягодицы и бедра должно происходить таким образом, чтобы не вызвать избыточного давления на седалищные бугры. При этом предупреждаются циркуляторные нарушения и раздражения кожи в подколенной области.

Измерение проводят сантиметровой лентой, отмечая расстояние от края ягодицы вдоль бедра до внутреннего сгиба колена. Чтобы получить правильный размер глубины сиденья, от полученной величины отнимают 5—7,5 см.

Пример. Общая величина составила 46 см, из нее вычтем 5 см. Глубина сиденья, таким образом, получается 41 см.

Глубина сиденья слишком мала. Если глубина сиденья слишком мала, то дополнительный вес тела распределяется на ягодицы и бедра, вследствие чего усиливается давление на седалищные бугры и смещается центр тяжести. Отклонения такого рода увеличивают риск падения пациента вперед при движении коляски.

Глубина сиденья слишком велика. Излишняя глубина кресла может из-за давления нарушать циркуляцию крови и вызывать раздражение кожи в области верхней части икроножной мышцы и подколенной области.



Чтобы проверить соответствие кресла по глубине размерам пациента, измеряют расстояние между передним краем обивки сиденья или подушки кресла и подколенной

областью. Оно должно быть не более ширины 3-4 пальцев, т. е. приблизительно 7,5 см.

3. Определение длины ног. Это измерение и следующее, связанное с высотой сиденья, должны оцениваться вместе.

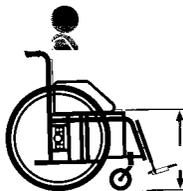
При этом необходимо обеспечить расположение площадки для ног на уровне 5 см от поверхности пола. Это дает возможность безопасно совершать повороты туловищем и плечами. Установив правильную высоту сиденья кресла, можно исключить сдавление или циркуляторные нарушения в этой зоне.

Измерение производится от пятки или края каблука, если пациент носит туфли, до уровня бедра. При проведении измерений целесообразно использовать подушечку для сиденья. Как правило, такое приспособление применяется всеми, кто пользуется инвалидным креслом. Подушка обеспечивает необходимую степень комфорта и снижает давление на кожу.

Площадка для ног расположена слишком низко. Возникают проблемы внешнего порядка и безопасности. Повороты туловища и плеч затрудняются и становятся небезопасными. Вращающиеся колесики могут вызвать повреждения в области лодыжек, если стопы будут свисать из-за слишком низкого положения площадки. Пациент может выпасть из кресла, если площадка заденет за какое-то возвышение.



Проверка соответствия размеров должна обеспечить минимальное расстояние между поверхностью пола и основанием площадки для ног — не менее 5 см.



Высота сиденья

4. Определение высоты сиденья. Цель измерения состоит в том, чтобы:

1) предупредить образование зон давления на участках кожи в области сидалищных бугров и подколенной области;

2) обеспечить пациенту правильную высоту, позволяющую добиться оптимальных условий перемещения, а также предохра-

нить его колени от возможного столкновения с различными предметами.

Измерение высоты сиденья производится путем прибавления 5 см к длине согнутой ноги. Это обеспечит правильное подключение площадки для ног при безопасном зазоре от пола — не менее 5 см. Увеличение высоты сиденья на каждые 2,5 см должно сопровождаться увеличением зазора между полом и площадкой для ног. Если для сиденья используется полиуретановая подушечка, то под давлением нормального веса тела ее объем будет уменьшаться наполовину. Следовательно, если высота подушки 10 см, то под давлением веса высота ее уменьшится до 5 см.

Замер производится от пола до уровня сиденья. Следует учесть, будет ли пациент использовать подушку для сиденья.

Сиденье коляски и подставка для ног расположены слишком низко. Слишком низкое расположение подставки для ног небезопасно для пациента. Пациента следует усадить повыше, используя подушку, и заново установить подставку для ног.

Сиденье установлено слишком низко. Седалищные бугры будут испытывать избыточное давление. Это подходящий вариант для использования подушки, если пациент до сих пор ею не пользовался.

Сиденье установлено слишком высоко. Высокое расположение коленей обуславливает неудобство выполнения действий за столом.



Проверка соответствия: введите без усилия, по крайней мере, два пальца под поверхность бедра на глубину второго сустава, скользя под поверхности обивки или подушки. Это будет соответствовать 3,75—5 см.

5. Определение высоты подлокотников. Чтобы помочь пациенту сохранять правильную посадку в кресле и обеспечить равновесие, необходимо провести измерение от поверхности сиденья до основания локтя. К полученной величине прибавить 2,5 см. На этой высоте устанавливаются подлокотники.

Подлокотники установлены слишком высоко. Если подлокотники слишком высокие, плечи окажутся приподнятыми, что приведет к утомлению мышц. С другой стороны, пациент не сможет использовать подлокотник по назначению, а это приведет к неустойчивости в положении сидя.

Подлокотники расположены слишком низко. Низко расположенные подлокотники мешают пациенту принять удобную позу. Пациенту придется ссутулиться, чтобы опираться предплечьями на подлокотники. Такое согнутое положение может вызывать утомление, нарушать равновесие и даже оказывать влияние на дыхание. Движения диафрагмы будут ограничены, что приведет к ослаблению дыхательной функции.

6. Определение высоты спинки кресла. В последнее время при конструировании кресла предусматривается низкая спинка. Высота спинки должна быть отрегулирована в соответствии с физическими недостатками пациента и степенью его активности. Правильно установленная высота и форма спинки будут обеспечивать удобную позу пациента в кресле и устойчивое положение его туловища.

При измерении определяется высота от поверхности сиденья до подмышечной впадины, при этом руки пациента должны быть вытянуты вперед и расположены параллельно поверхности пола. Чтобы точно установить высоту спинки кресла с учетом толщины обивки отнимите от полученной высоты 10 см. Эта высота обеспечивает минимальную поддержку туловища.

При необходимости полной поддержки туловища измеряют высоту от поверхности сиденья до требуемого уровня поддержки (обычно это уровень плеч, шеи, средней части головы). При необходимости полной поддержки туловища можно подобрать кресло со спинкой, позволяющее откинуться назад, а в некоторых случаях рекомендовать использовать спинку кресла с секционной регулировкой высоты. Она позволяет изменять уровень поддержки по мере того, как у пациента восстанавливается функция отдельных сегментов туловища.



При проверке правильности подбора высоты спинки кресла для пациентов с минимальными нарушениями функции туловища, четыре пальца левой руки должны свободно уместиться в промежутке между верхним краем обивки кресла и уровнем подмышечной впадины. Это расстояние составляет 10 см.

Посадка больного в кресле-коляске

Важными условиями устойчивой посадки пациента в кресле является прямое положение позвоночника при перпендикулярном расположении таза по отношению к поверхности опоры, вытянутое положение шеи с приподнятым подбородком, а также свободно лежащие, вытянутые вперед руки. Оптимальная посадочная поза должна обеспечивать достаточную степень поддержки, устойчивости и комфорта, определяющих улучшение функций и оптимизацию контроля движений. Эта поза должна также нормализовать мышечный тонус и улучшать функции верхних конечностей.

Оценку позиции больного следует проводить в вертикальном положении, потому что в положении лежа гравитационный эффект по-иному сказывается на мышечном тонусе и позе пациента. Устойчивые скелетно-мышечные деформации невозможно исправить с помощью кресла, но его использование дает возможность предупредить их дальнейшее развитие. При оценке дистальных нарушений и возможности их устранения следует иметь в виду, что они нередко имеют проксимальное происхождение. По этой причине обследование пациента обычно начинают с области таза.

Положение таза

Нарушения, связанные с тазовой областью, включают его наклоны в передне-заднем направлении; искривление, при котором одна сторона оказывается выше другой; повороты, при которых одна половина выдвинута вперед больше другой; повышение тонуса мышц экстензоров и ассиметричные деформации, вызванные контрактурами в области бедер и туловища.

Наклон таза назад. Проблемы пациента вызваны снижением тонуса мышц спины, повышением тонуса мышц экстензоров и укорочением бедренных связок. Если имеет место укорочение бедренных связок, то надо, в первую очередь, устранить эту проблему для возвращения таза в нейтральное положение, а затем уже рассматривать способы его стабилизации. Если хирургическое вмешательство в связках не показано, то можно прибегнуть к уменьшению глубины сиденья кресла, что позволит согнуть ко-

лени и опустить их ниже сиденья, либо подсоединить площадку для ног таким образом, чтобы увеличить сгиб коленей. И тот и другой вариант дает возможность переместить таз в нейтральное положение.

Искривление таза связано со сколиозами или дислокацией бедер. Если имеют место устойчивые деформации, то система посадки должна быть адаптирована к ним, скорее всего с помощью специальных приспособлений, корригирующих дефекты пациента.

Когда таз установлен в нейтральную позицию или у отдельных больных приведен в оптимальное положение, тогда можно выбрать **способы стабилизации** для фиксации этой позиции. Для укрепления таза используются привязные ремни сиденья, бедренные и тазовые ремни, которые могут применяться самостоятельно или в сочетании с передними рамками или клиновидными застежками на кресле, контурными сиденьями или специальными спинками. Привязные ремни сиденья являются самым простым способом фиксации в том случае, когда у пациента имеется наклон таза в заднем направлении без признаков искривления.

Привязной ремень сиденья должен закрепляться в направлении назад и вниз под углом приблизительно 45° и проходить ниже верхней ости подвздошной кости. Если линия натяжения проходит выше, это создает опасность увеличения деформации позвоночника. Ремень должен быть надежно закреплен на спинке кресла, уравновешивая действие сил, направленных в противоположную сторону. Если больному присуща тенденция вытягивать бедра сидя в кресле, то можно использовать дополнительно бедренные ремни, закрепленные под углом 90° , которые позволят их удерживать и сохранять нейтральную позицию таза. Привязные ремни сиденья не дают возможности устранить ротацию таза, так как они сделаны из мягкого материала.

В случае значительного повышения тонуса мышц или нарушения движения привязной ремень может вызвать раздражение кожи за счет постоянного трения об него. В такой ситуации следует использовать иные способы фиксации таза.

Положение бедер

После того как определили оптимальное положение таза, сле-

дующей проблемой, требующей решения, является позиция нижних конечностей. Связанные с ними нарушения, как правило, выражаются в повышении тонуса мышц экстензоров, ограничении объема пассивных движений, появлении непроизвольных движений, асимметрии мускулатуры бедер и устойчивых скелетно-мышечных деформаций, сопровождающихся вывихом бедер.

Первичные меры, направленные на уменьшение **тонуса мышц экстензоров**, должны состоять в удержании таза в оптимальном положении. Для этого можно использовать клиновидные приспособления сиденья, чтобы увеличить угол сгибания бедер свыше 90° в качестве способа уменьшения напряжения мышц экстензоров. При выборе посадочной позы угол между сиденьем и спинкой кресла должен быть рассчитан на любые формы ограничения сгибательных движений в тазобедренном суставе. Попытка усадить больного в кресло, требующее более значительного сгибания бедер, чем это возможно, приведет к повороту таза кзади и, как следствие, вызовет повышение давления и повреждение кожи под костными выступами таза и позвоночника. Посадка больного с наклоном таза кзади компенсаторно вызовет развитие кифоза позвоночника с последующем ухудшением положения головы и верхних конечностей под влиянием силы тяжести.

При наличии устойчивой **скелетно-мышечной деформации бедер** самым лучшим решением для оптимальной посадки могут быть выпукло-вогнутые системы поверхности кресла, повторяющие контуры больного и обеспечивающие максимальный контакт с поверхностью тела. Эта система, которая разрабатывается индивидуально для каждого пациента с учетом формы его туловища и таза, увеличивает устойчивость положения больного и уменьшает возможность повреждения кожных покровов, обусловленную давлением.

Положение коленей

Трудности, связанные с разгибанием коленей, часто представляют собой лишь одну сторону более общей проблемы, обусловленной повышением тонуса мышц экстензоров. Они могут быть разрешены путем оптимизации положения таза и бедер, как это рассматривалось ранее. Если затруднения при разгибании коленей носят интерметтирующий характер и умеренно выражены,

то может быть рекомендована система крепления дистальных отделов конечностей с помощью ремней. Их применение бывает достаточным для нормализации положения конечностей и профилактики повреждений. Однако, если имеет место значительное повышение тонуса мышц или нарушение движений, использование дистальных ремней может вызвать травматические повреждения. При стойкой деформации коленей в положении разгибания, которая исключает их флексию до 90° , следует использовать систему посадки, которая обеспечит поддержку всей нижней конечности с учетом существующих ограничений.

Положение стоп

Увеличение тонуса экстензоров голеностопного сустава, произвольные движения стоп или устойчивые скелетно-мышечные деформации стоп могут потребовать дополнительных приспособлений, помимо подставок для ног, имеющихся в кресле. Для этого можно использовать пяточные петли, голеностопные крепления под углом 45° или восьмиобразные ремни.

В случае произвольных движений, выраженных в резкой форме, либо устойчивых скелетно-мышечных деформаций, лучше заменить подставки для стоп, прикрепленные к креслу, на хорошо изолированные приспособления из мягкой ткани.

Положение позвоночника и туловища

Снижение мышечного тонуса или слабость мышц туловища непременно приведет к искривлению туловища и позвоночника. Пациенты с мышечной гипотонией могут прибегнуть к произвольному способу стабилизации позы для выравнивания плеч и фиксации шеи, которые, в свою очередь, ограничат функциональную подвижность головы и верхних конечностей. Задняя спинка кресла, которая служит опорой туловища, может быть плоской или иметь контурную форму, в зависимости от потребности больного.

Для обеспечения оптимального функционального состояния необходимо, чтобы естественное вертикальное положение позвоночника, включая поясничные и шейные лордозы, было сохранено или восстановлено, если возможно. Для сохранения кри-

визны позвоночника в поясничной области часто используют поясничные подушечки или валики. В условиях сниженного тонуса мышц или их слабости эти приспособления будут обеспечивать необходимый изгиб поясничного и нижнегрудного отдела позвоночника путем фиксации межпозвонковых суставов в слегка разогнутом положении, что увеличивает устойчивость позвоночника.

Искривления позвоночника по типу кифоза наблюдается достаточно часто. Сгибательный кифоз может быть компенсирован благодаря наклону назад. Для того чтобы обеспечить расположение туловища по средней линии, как правило, необходимы латеральные поддерживающие приспособления. Они должны жестко крепиться к креслу и плотно прилегать к поверхности таза, чтобы обеспечить оптимальную позицию.

Лица, которым необходима помощь в положении сидя, нуждаются в поддерживающих приспособлениях спереди, чтобы предупредить наклоны вперед. Для этого обычно используются поддерживающие системы типа "бабочки", "жилета", либо другого типа. Если система передней опоры включает ключевые ремни, то они должны крепиться к самостоятельной основе, а не к привязному ремню сиденья. Использование для этой цели ремня сиденья не обеспечивает безопасной прочности крепления плечевых ремней, а это, в свою очередь, может повлиять на посадочную позу и нарушить функцию больного. Если больной не нуждается в передней системе контроля для предупреждения наклонов, то в качестве минимальной поддержки при транспортировке следует использовать горизонтальный ремень, расположенный на уровне мечевидного отростка.

Положение головы

Для обеспечения оптимального положения головы пациента необходимо создать ему поддержку для облегчения выполнения жизненно важных функций (кормление, умывание). Хотя больной, может быть, в состоянии сохранять положение головы и при меньшем уровне поддержки, смысл фиксации состоит в том, чтобы облегчить ему эту задачу. При этом следует также учитывать удобство приема пищи, обеспечение обозрения, комфорта, целостности кожных покровов, внешнего вида и социальных кон-

тактов.

Прежде чем приступить к нормализации положения головы, следует добиться устойчивой посадки пациента с оптимальной позицией таза, туловища и плеч. Минимальная степень поддержки целесообразна лишь при осуществлении транспортировки больного. Она предполагает использование плоских по форме, снабженных подушечками и укрепляемых сзади съемных приспособлений, применяемых только при транспортировке.

Переразгибание головы наблюдается довольно часто. Обычно это состояние лучше всего поддается контролю за счет обеспечения оптимальной позиции позвоночника, передней поддержки туловища, опускания плечевого пояса без его растяжения, а также задней окципитальной поддержки головы.

Если адекватное расположение головы не может быть достигнуто с помощью комбинации заднего и латерального упоров, то следует использовать целостный шейный упор по типу воротника, обеспечивающего шее выпрямленное положение.

Для оптимального уровня ориентации при индивидуальной деятельности кресло должно иметь механизм изменения наклона на 10—15°. Такой вариант позволит осуществлять наклон пациента при постоянной величине угла между сиденьем и спинкой кресла. Больным, которые проводят в кресле значительную часть времени, такой механизм позволит изменять распределение весовой нагрузки, уменьшать зависимость от систем опоры передней грудной стенки и увеличивать безопасность при транспортировке за счет повышения устойчивости туловища и положения головы.

Особые варианты положения сидя

К больным с ампутированными нижними конечностями используются несколько иные подходы. В нормальном положении сидя ноги выполняют роль "якоря", удерживающего бедра на сиденье. Пациенты, перенесшие ампутацию ног выше коленей, должны сидеть таким образом, чтобы компенсировать потерю веса, вызванную утратой конечностей.

Сидя на плоской горизонтальной поверхности пациент будет соскальзывать вперед по сиденью, распределяя давление на спину, ягодицы и бедра. Чтобы предупредить подобные смещения тела вперед, следует использовать контурированные сиденья как в горизон-

тальном направлении, так и в направлении скольжения вперед.

Задние колеса должны располагаться на одном уровне с плечами, в этом случае продвижение будет облегчено. Чтобы предупредить наклоны кресла и предать ему устойчивость, передняя рама должна быть опущена и установлены передние ролики и противонаклонные колеса.

Посадка пациентов с травмами спинного мозга. Сразу после травмы больные с повреждением спинного мозга не имеют ортопедических осложнений. Однако спастические проявления, нарушения тонуса мышц и неиспользование поддерживающих приспособлений могут очень скоро вызвать осложнения. Почти у всех больных в положении сидя обнаруживается наклон таза кзади. Такая поза обеспечивает относительную устойчивость туловища, необходимую для функциональной активности. Осложнения проявляются только через несколько лет, когда у пациента появляются боли в спине.

Сколиоз представляет собой типичную проблему для лиц с высоким уровнем поражения, так как у них нарушен мышечный тонус, определяющий положение позвоночника и противодействующий силам тяжести.

Особого внимания в плане предупреждения сколиоза требуют юные пациенты с травмами спинного мозга, продолжающие расти, а также больные с квадриплегией и спастическими явлениями в области туловища.

Профилактические меры включают в себя тщательный уход за кожей, частое и регулярное изменение положения тела, использование мягкого сиденья, а также исключение травм при пересадке больного на кресло или при каких-либо других перемещениях.

Цели, достигаемые при придании больному положения сидя

Нормализация тонуса: в большинстве случаев это подразумевает снижение повышенного тонуса мышц флексоров и экстензоров. Существует несколько вариантов нарушения тонуса, поэтому каждый больной должен оцениваться индивидуально для определения самого подходящего положения для устранения гипертонуса мышц.

Предупреждение, оказание поддержки или приспособление к де-

формации: на ранней стадии выздоровления задача состоит в том, чтобы придать больному такое положение в кресле, которое предупреждает образование деформаций. Со временем, а порой очень скоро, деформации, связанные с положением тела, приобретают устойчивый характер. Тогда посадка больного должна обеспечить ему поддержку или адаптацию к деформации.

Предупреждение образования пролежней: при выборе положения больного в кресле особое внимание требуется обратить на предупреждение образования пролежней. Они возникают как из-за снижения чувствительности, так и вследствие нарушения подвижности больного.

Увеличение самостоятельности больного в таких проявлениях, как независимые движения, кормление и внешние связи. Выпрямленное положение пациента позволяет ему использовать сохранившуюся функцию верхних конечностей для манипулирования выключателями, ручками, различными приспособлениями и столовыми приборами.

Предупреждение деформаций или приспособление к ним. В период реабилитации все усилия должны быть направлены на, то чтобы придать телу правильное положение. Придание правильного положения пациента в кресле, предусмотренного еще в остром периоде ухода за больным, способно предупредить образование некоторых ортопедических деформаций, которые встречаются у этой категории пациентов. Спастические состояния, наклон таза кзади как фактор устойчивости при каких-либо действиях — все это способствует развитию деформаций. Если деформации сформировались, тогда выработка посадочной позы пациента является приспособлением к ним.

Обеспечение самостоятельного передвижения. Для людей, привыкших быть здоровыми и свободно передвигаться, проблема сохранения возможности перемещения представляет исключительную важность. Она может решаться с помощью кресел ручного управления или же кресел с использованием электроприводов, что зависит от внешних условий и уровня поражений.

Улучшение физиологических функций организма. Вертикальное положение пациента активизирует функцию мочевого пузыря и кишечника, а также кардиопульмональной системы.

Больные с различным уровнем поражения могут пользоваться в одних случаях креслом-коляской с ручным управлением, а в других — вынуждены полагаться на электрическую модель. Нема-

ловажно удовлетворение социальных потребностей пациента. Если пациент хочет продолжать свои занятия в школе или институте, то лучшим вариантом для него будет кресло с электрическим приводом. Если же общественные потребности невелики, то приемлемым остается кресло с ручным управлением. На принятие окончательного решения могут оказывать влияние такие особенности, как уход за больным в сельской местности и требования транспортировки.

Предупреждение образования пролежней

Первые профилактические меры, направленные на предупреждение пролежней проводятся уже в остром периоде, когда больной находится в постели. В это время важно правильно подобрать матрас и следить за сменой положения больного в постели.

Использование подушек позволяет добиться правильного распределения нагрузки веса тела и устраняет избыточное давление на отдельные участки. Они также обеспечивают стабильное положение туловища, которое необходимо для деятельности верхних конечностей. Выбор размера и формы подушек немаловажен для обеспечения пациенту возможности выполнять определенные виды действий, такие как перемещение с места на место или занятия физкультурой. Однако главной целью остается предупреждение пролежней. Общие положения, которыми следует руководствоваться при выборе подушки, следующие.

1. Уровень поражения.
2. Количество времени, проводимое пациентом в кресле-коляске в дневное время.
3. Виды деятельности, осуществляемые больным в кресле-коляске.
4. Поддержание равновесия туловища.
5. Факторы окружающей среды (характер климата, местность, температура).
6. Степень активности (самостоятельный пациент или требуется помощь).
7. Наличие пролежней в прошлом.
8. Телосложение и пол больного (худые пациенты мужского пола больше всего предрасположены к пролежням).
9. Способность пациента самостоятельно менять положение,

чтобы сместить центр тяжести.

10. Соблюдение гигиенических требований.

11. Особенности кресла-коляски (сиденье с наклоном, спинка с наклоном, кресло с ручным или электрическим управлением).

Таким образом, при выборе инвалидного кресла-коляски пациент полагается на опыт специалистов и стремится сохранить свое здоровье, безопасность и комфорт, поэтому очень важно правильно подобрать кресло-коляску для пациента. Желательно, чтобы пациент находился в инвалидном кресле, максимально соответствующем его размерам. Если кресла-коляски не имеется в вашем распоряжении, то следует воспользоваться стандартным стулом с жесткой спинкой и сиденьем.

Литература

1. *Бастрыкина А. В.* Туризм в системе реабилитации и социальной интеграции пожилых и людей с ограниченными возможностями. — М., 1999. — 132 с.

2. Болезни нервной системы /под ред. Н. Н. Яхно, Д. Р. Штульмана и П. В. Мельничука. — М.: Медицина, 1995. — Т. 1. — 653 с.

3. *Дыскин А. А., Танюхина Э. И.* Социально-бытовая и трудовая реабилитация инвалидов и пожилых граждан. — М.: Логос. — 1996.

4. *Кастон Д.* Сделай свой дом удобным. Пер. с английского — Пермь, РИЦ "Здравствуй" — 1993. — 189 с.

5. Концепция социокультурной политики в отношении инвалидов в Российской Федерации. — М., 1997.

6. *Корюхин Э. В.* Уход за престарелыми на дому. — М., 1998. — 113 с.

7. *Крупа Т., Пакер Т.* Компенсация нетрудоспособности и инвалидности. — 1996. — Ч. 3. — 223 с.

8. Те же. Лечебные меры при нарушениях трудоспособности и инвалидности. — 1996. — Ч. 4. — 72с.

9. Те же. Реабилитационная технология. — 1996. — Ч. 5. — 121с.

10. Стандартные правила обеспечения равных возможностей для инвалидов. — ООН., 1993.

11. *Трубилин Н. Т.* Профилактика инвалидности и медицинская реабилитация больных — важнейшая задача органов здравоохранения //Сов. Мед.— 1980. — № 4 — С. 10—15.

12. *Чеботарев Д. Ф.* Геронтология и гериатрия: М.: Знание, 1984 — 64 с.

13. *Яцемирская Р. С., Бельнская И. Г.* Социальная геронтология. — М.: Гуманит. Изд. Центр ВЛАДОС. — 1999. — 224 с.

14. American Association of Occupational Therapist. Position paper:

Occupation //Amer. J. of Occup. Ther. — 1995. — V. 49. — P. 1015—1018.

15. *Krupa T., Packer T.* Occupational Therapy Theory: Resource Manual. 1995. — Vol. 1. — 104 p.

16. *Law M. et al.* Occupation, health and well-being //Canadian Journal of Occupational Therapy. — 1998. — V. 65. — 2. P. 81—91.

17. Occupational Therapy: Overcoming Human Performance Deficits /Ed. Ch. Christiansen and C. Baum. — 1991. — 883 p.

Содержание

Введение 3

Глава 1

Оккупациональная терапия: современные методы и принципы 5

Задачи оккупациональной терапии 5

Обучение и развитие навыков 7

Принципы оккупациональной терапии 9

Глава 2

Оккупациональная терапия в системе реабилитации неврологических больных 11

Направление реабилитационных мероприятий 11

Восстановление чувствительности 13

Лечебные меры при двигательных нарушениях 17

Компенсаторная терапия при двигательных нарушениях 19

Глава 3

Компенсаторная терапия при ограничении самообслуживания у инвалидов и лиц пожилого и старческого возраста 31

Меры, облегчающие уход за собой 31

Меры помощи при пользовании туалетом 40

Меры, облегчающие прием пищи 40

Меры, облегчающие надевание одежды при дисфункции верхних конечностей 46

Предотвращение падений лиц пожилого и старческого возраста 50

Организация досуга и отдыха людей пожилого возраста 56

Глава 4

Инвалидные кресла-коляски: принципы подбора	63
Требования к креслу-коляске	63
Посадка больного в кресле-коляске	69
Положение таза	69
Положение бедер	70
Положение коленей	71
Положение стоп	72
Положение позвоночника и туловища	72
Положение головы	73
Особые варианты положения сидя	74
Цели, достигаемые при придании больному положения сидя	75
Предупреждение образования пролежней	77
Литература	78

Серия "Библиотека сестры милосердия"

Н. А. Митрофанова, Л. С. Сухова

***Основы медико-социальной реабилитации
(окупуциональная терапия)***

Руководитель программы и научный руководитель
А. В. Флинт

Редактор
Т. В. Шемшур

Компьютерная верстка
А. В. Шемшур
E-mail: shemshur@yandex.ru

Подписано в печать 27.12.2000. Формат 60x90/16.
Бумага офсетная № 1. Гарнитура "Таймс"

Лицензия на издательскую деятельность ИД № 00832
от 25 января 2000 года

АО «Астра семь»
121019, Москва, Филипповский пер., 13.

по благословению

**СВЯТЕЙШЕГО ПАТРИАРХА МОСКОВСКОГО И ВСЕЯ РУСИ
АЛЕКСИЯ II**

ВСЕМ ЖЕЛАЮЩИМ ТВОРИТЬ ДЕЛА МИЛОСЕРДИЯ!

СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКОЕ УЧИЛИЩЕ
СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ
проводит ежегодное обучение на

КУРСАХ ПАТРОНАЖНЫХ СЕСТЕР

Приглашаются все желающие помогать больным и престарелым

Обучение проводится по профессии
**"Младшая медицинская сестра
по уходу за больными"**

Выдается удостоверение установленного образца
и присваивается квалификация
"младшая медицинская сестра по уходу за больными"
с правом работы в этой должности.

По успешном окончании курсов
желающим предоставляется работа в патронажной службе

Телефон для справок: 237-5467

Адрес: Москва, Ленинский проспект, дом 8, корпус 5.
Больничный храм благоверного царевича Димитрия
при Первой городской клинической больнице им. Н.И. Пирогова.

Проезд: ст. метро "Октябрьская", трол. 33, 62, 84, 47
до ост. ул.акад. Петровского