

Уважаемые члены  
АССТОМ!  
Каждую пятницу у нас  
проходят встречи с председателем  
ВРООИСБ «АССТОМ-Вологда»  
Климовой Аллой Николаевной  
по предварительной записи тел. (8172) 54-64-54.

По вопросам ухода за пациентами Вы можете обращаться в офис  
Вологодской региональной общественной организации  
«Ассоциация специалистов сестринского дела»  
по адресу: г. Вологда, ул. Мальцева, 45, каб. 622, тел. (8172) 21-58-64.  
e-mail: nikit.nv@yandex.ru

По вопросам ухода за стомированными пациентами  
Вы можете обращаться в  
Вологодскую региональную общественную организацию инвалидов  
стомированных больных «АССТОМ-Вологда» по адресам:  
г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118;  
г. Череповец, ул. Труда, д. 58, тел. (8202) 55-28-38  
e-mail: asstom-vologda@mail.ru

Буклет издан при содействии Правительства Вологодской области,  
Департамента внутренней политики,  
ООО «МФК «Медфарма-Холдинг»,  
Ассоциации специалистов сестринского дела.

Тираж 2000 экземпляров.  
Распространяется бесплатно.

Отпечатано в ООО ПФ «Полиграф-Периодика».  
160001, г. Вологда, ул. Челюскинцев, 3.  
Заказ 1636.

**АССТОМ**  
ВОЛОГДА

ВОЛОГДСКАЯ РЕГИОНАЛЬНАЯ  
ОБЩЕСТВЕННАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ИНВАЛИДОВ  
СТОМИРОВАННЫХ БОЛЬНЫХ  
ПРИ СОТРУДНИЧЕСТВЕ  
АССОЦИАЦИИ СПЕЦИАЛИСТОВ  
СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА

**ЖИЗНЬ СО СТОМОЙ  
И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ  
В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ**

г. Вологда  
2014 год



**Председатель Правления  
ВРООИСБ «АССТОМ-Вологда»  
Алла Николаевна КЛИМОВА**

### **Дорогие читатели!**

В очередном выпуске брошюры «Жизнь со стомой и уход за больными в домашних условиях» мы постарались собрать всю необходимую стомированным больным информацию о колоректальном раке и его последствиях.

Современная медицина давно признала важность грамотного ухода за больным. Искусство ухода заключается в том, чтобы ухаживать не за человеком с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Положительный опыт сотрудничества с Ассоциацией медицинских сестер в вопросах ухода за больными привел нас к необходимости расширения сферы деятельности. С 2014 года ВРООИСБ «АССТОМ-Вологда» начала заниматься общими проблемами больных с нарушениями функций экскреторной системы – людей, имеющих стому кишечника/мочеточника, нарушением мочеиспускания, всех видов недержания. Мы будем продолжать оказывать экспертно-консультационные, методические, информационно-правовые услуги. Осуществлять содействие в обеспечении каждого пациента с нарушениями функций экскреторной системы современными техническими средствами реабилитации, средствами ухода. Но все же, приоритетным направлением деятельности является постоянная работа по защите прав и интересов людей с кишечными стомами, профилактике здорового образа жизни населения Вологодской области.

При поддержке Правительства Вологодской области, мы реализовали проект по профилактике и раннему выявлению колоректального рака в Вологодской области, который включает в себя, в том числе и издание буклетов и их распространение в количестве 100000 экземпляров. Кроме этого, проведен сбор информации и подведение итогов исследования о причинах и факторах развития колоректального рака среди людей, перенесших это заболевание (участников «АССТОМ-Вологда»). Целью данной работы является дальнейшее использование материалов в просветительских и профилактических мероприятиях среди здорового населения Вологодской области

## СОДЕРЖАНИЕ

Седьмая ежегодная конференция «Медицинские и социальные аспекты реабилитации стомированных пациентов» .....	3
Факторы риска и обстоятельства, выявленные вследствие анкетирования инвалидов со стомой.....	5
Девять вопросов о раке.....	8
Истории из жизни.....	12
Практические советы для стомированных пациентов .....	14
Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 24 мая 2013 г. № 215н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены» .....	19
Дополнительные средства по уходу за стомой .....	22
Организация быта лежачих больных .....	26
Пересаживание с кровати на стул или кресло-каталку.....	29
Помощь при физиологических отправлениях в кровати .....	31
Мытье лежачих больных .....	33
Особенности питания.....	39
Кормление больного в постели .....	44
Досуг больного .....	47
Пролежни .....	49
Принципы общения.....	51
Познакомьтесь с профессиональной косметической серией по уходу за кожей Menalind® professional.....	52
Противопрлежневые средства (повязки).....	58
Памятка стомированным больным.....	62

и России в целом, направленных на популяризацию регулярных диспансеризаций. Мы искренне благодарим всех участников опроса, которые нашли в себе силы открыто и обдуманно обсуждать эти вопросы.

В планах возобновить «Вечера встреч» членов организации для общения, и организации досуга. Создание группы стомированных для консультирования и моральной поддержки, потому что уровень доверия выше к человеку такому же, как «Я», и пережившему такую же жизненную ситуацию.

Мы надеемся, что это даст нам возможность говорить о проблемах инвалидов стомированных, при этом члены организации могут выступить с различными инициативами.

**Всего самого доброго Вам и Вашим близким!**

**Президент  
Вологодской региональной  
общественной организации  
«Ассоциация специалистов  
сестринского дела»  
Нина Валентиновна НИКИТИНА**



**Уважаемый читатель!**

Вы держите в руках этот буклет, значит, Вас волнует тема правильного ухода за больными людьми, возможно, близкими родственниками. Это издание поможет Вам найти ответы на самые разные вопросы, касающиеся качества ухода, психологической взаимопомощи и семейной поддержки.

Стремясь как можно лучше помочь тем людям и семьям, которые осуществляют уход за тяжелобольными в домашних условиях, и следуя известному правилу, что лучше один раз увидеть, чем семь раз услышать, по инициативе нашей общественной организации на базе поликлиники № 1 города Вологды работает Школа по уходу. Занятия в школе ведут медицинские сестры, прошедшие специальную подготовку. Основная цель – обучить способам и методам профессионального ухода за больными, находящимися на постельном режиме. Занятия проводятся в поликлинике или на дому непосредственно у постели больного.

Чаще всего родственники или другие лица, осуществляющие уход, обращаются в Школу по уходу в связи с тем, что не знают, как правильно провести гигиенические процедуры, как покормить больного, не имеют представления о способах и средствах для обработки кожных покровов, о профилактике пролежней. Кроме этого, они хотели бы обучиться простым сестринским манипуляциям, научиться психологии общения с тяжелобольным человеком.

Наши медицинские сестры подробно расскажут, покажут и научат Вас правильно ухаживать за больными, правильно выполнять врачебные назначения, а также избежать многих, на первый взгляд, невидимых ошибок. Безусловно, это положительно повлияет на состояние здоровья Вашего близкого человека и исход лечения. Отмечу, что все занятия в Школе по уходу, включая индивидуальные занятия на дому, проводятся бесплатно.

Желаю здоровья Вам и Вашим близким!

## **СЕДЬМАЯ ЕЖЕГОДНАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ»**

28.11.2013 года в Вологодском областном онкологическом диспансере состоялась VI региональная конференция. Организатором конференции выступила Вологодская региональная общественная организация инвалидов стомированных больных «АССТОМ-Вологда».

Время не стоит на месте, а вместе с ним и мы постоянно движемся вперед. Это замечательно, поскольку постоянное развитие и движение идет нам только на пользу и улучшение качества жизни. Нет ничего лучше, чем новые разработки и усовершенствования. Для этого и проводятся ежегодные конференции.

Открыл конференцию главный врач ГУЗ «Вологодского областного онкологического диспансера». Андрей Борисович Ежов поприветствовал участников и передал слово Алле Николаевне Климовой, Председателю Правления ВРООИСБ «АССТОМ-Вологда», с докладом о работе и достижениях организации за 2012 г.

В первой части конференции выступили:

– Президент ВРООИСБ «АСТОМ», г. Москва, член Экспертного общественного Совета при ФСС РФ, Сопредседатель Общественного консультативного Совета по взаимодействию органов социальной защиты населения с общественным и некоммерческими организациями при Департаменте социальной защиты населения г. Москвы, член Общественного совета при Комитете Общественных связей Правительства Москвы, член Правления Регионального благотворительного Фонда г. Москвы по поддержке социально незащищенных категорий граждан, член совета общественных организаций по защите прав пациентов при Минздраве РФ, член экспертного Совета при комиссии по здравоохранению и охране общественного здоровья Московской городской Думы **Вячеслав Геннадьевич Суханов**. Он ознакомил нас с «Инновационными подходами к реабилитации стомированных пациентов».

– Руководитель отделения реабилитации стомированных пациентов Городского онкологического клинического диспансера г. Санкт-Петербург **Элла Викторовна Балобина** дала все интересующие разъяснения, как правильно оформить Индивидуальную программу реабилитации.

– Специалист по продукции «Coloplast» **Юлия Александровна**

**Тихонова** познакомила нас с преимуществом использования конвексных пластин.

– Онкопсихолог отделения реабилитации стомированных пациентов городского онкологического клинического диспансера г. Санкт-Петербург, член Ассоциации онкопсихологов России **Елена Федорова Королькова** рассказала о психологической реабилитации стомированных больных.

– Руководитель подразделения компании «Холистер» по СЗФО **Владимир Игоревич Гринь** рассказал про адаптационные кольца Адапт как средство по уходу за стомой.

Во второй части конференции выступали:

– **Шалгина Лариса Александровна** – главный специалист отдела обеспечения инвалидов техническими средствами реабилитации ФГУ «Вологодское региональное отделение ФСС РФ», рассказала о возможности временного отказа от технических средств реабилитации.

– Заместитель руководителя по экспертной работе ФГУ «ГБ МСЭ по Вологодской области» **Александр Макарович Федоров** рассказал о правилах продления группы инвалидности и правилах включения в ИПР инвалидов технических средств реабилитации.

– О льготах инвалидам рассказал начальник отдела по делам ветеранов и инвалидов Управления по социальным вопросам Департамента социальной защиты населения Вологодской области **Сергей Геннадьевич Дергунов**.

– О роли общественных организаций в улучшении качества жизни инвалидов рассказала **Галина Александровна Осокина** – председатель Общественного экспертного Совета при Губернаторе Вологодской области.

Закрывает конференцию Председатель правления ВРООИСБ «АССТОМ-Вологда» **Климова Алла Николаевна**.

Все желающие могли проконсультироваться со специалистами в порядке частного приема.

## ФАКТОРЫ РИСКА И ОБСТОЯТЕЛЬСТВА, ВЫЯВЛЕННЫЕ ВСЛЕДСТВИЕ АНКЕТИРОВАНИЯ ИНВАЛИДОВ СО СТОМОЙ

Объем выборочной совокупности составляет 326 человека в возрасте 23 лет и старше. Опрос проводился методом анкетирования в помещениях Вологодской региональной общественной организации инвалидов-стомированных больных «Асстом-Вологда». Основные характеристики опрошенной совокупности представлены ниже:

Показатель	Вариант ответа	% респондентов
Пол	Мужской	45,4%
	Женский	54,6%
Возраст	От 20 до 30 лет	1,2%
	От 31 до 40 лет	1,8%
	От 41 до 50 лет	5,5%
	От 51 до 60 лет	<b>23,0%</b>
	От 61 до 70 лет	<b>27,3%</b>
	От 71 до 80 лет	<b>29,4%</b>
	От 81 до 90 лет	5,5%
	Нет ответа	6,1%

Далее респондентам предлагалось ответить на вопросы о посещении врачей. 26,4% респондентов посещают врача от случая к случаю. 21,2% посещают врача раз в квартал и чаще, такой же процент опрошенных посещают врача каждые полгода.

Выявлены традиционные гендерные различия при анализе распределения ответов респондентов по полу. Среди мужчин большинство респондентов посещают врача от случая к случаю, среди женщин – каждые полгода.

Среди факторов, которые повлияли на возникновение заболевания, наиболее распространёнными, по мнению респондентов, являются стрессы (36,9%) и неблагоприятная экологическая обстановка (26,3%). Около 17% респондентов затруднились с определением факторов, которые могли бы повлиять на возникновение заболевания (таблица). Среди лиц молодого возраста (до 30 лет) половина опрошенных указали на отсутствие факторов, которые могли спро-

воцировать развитие заболевания, остальные респонденты отметили травмы и аварии (25%), а также хронические воспалительные заболевания толстого кишечника (25%).

### **Факторы, которые повлияли на возникновение колоректального рака:**

	% респондентов
Стрессы	<b>36,9%</b>
Неблагоприятная экологическая обстановка	<b>26,3%</b>
Не было факторов, которые могли спровоцировать развитие заболевания	16,6%
Вредные условия труда	15,9%
Питание	11,9%
Наследственность	10,0%
Хронические воспалительные заболевания толстого кишечника	9,7%
Другое	9,7%
Курение	6,6%
Низкая физическая активность	5,9%
Физические нагрузки, тяжёлый труд, поднятие тяжестей	4,1%
Злоупотребление алкоголем	2,8%
Нет ответа	2,8%
Травма, авария	1,6%

Две трети респондентов (68,0%) важнейшей мерой профилактики подобного рода заболеваний считают регулярные посещения врача. Это социально одобряемый ответ. Так как данные респонденты на практике в большинстве своём посещали врача от случая к случаю, то есть нерегулярно. Среди мер профилактики также были отмечены: ограничение потребления животных жиров (13,9%), увеличение физической активности (9,6%), отказ от курения и употребления алкоголя (15,4%).

16% респондентов убеждены, что подобных заболеваний избежать невозможно, так как заболевание протекает бессимптомно (56,0%).



**Считаете ли Вы, что вовремя предпринятые меры могли помочь избежать заболевания и какие?**

	% респондентов
Регулярно посещать врача и проходить обследования	<b>68,0%</b>
Невозможно избежать	16,0%
Ограничить употребление животных жиров	13,9%
Повысить физическую активность	9,6%
Отказаться от курения	8,6%
Ограничить потребление алкоголя	6,8%
Нет ответа	5,2%
Другое	4,6%
Не носить тяжести	0,6%
Делать полное обследование	0,3%
Правильно ставить диагноз	0,3%
Необходимо полное ректальное обследование при посещении гинеколога	0,3%
Делать доступной информацию о здоровье	0,3%
Это последствия операции на сердце	0,3%
Регулярно посещать проктолога	0,3%
Больше отдыхать	0,3%
Усилить ответственность врачей за халатность	0,3%

Абсолютное большинство респондентов считают, что заболевание можно было выявить на более ранней стадии, 17% опрошенных исключают такую возможность.

66,9% респондентов проинформировали своих родственников о попадании в группу риска по заболеванию.

Среди рекомендаций, которые оставили респонденты по завершении опроса, самыми распространёнными были: проходить регулярные обследования (31,5%), следить за питанием (26,9%), своевременно обращаться к врачу (26,9%).

## ДЕВЯТЬ ВОПРОСОВ О РАКЕ

Злокачественные новообразования можно назвать настоящим бичом человечества – от них умирает около 15% людей, а их профилактика и лечение оставляют желать много лучшего. В то же время мало кто знает, что такое рак и как с ним бороться.

### **Вопрос 1. Почему рак называется раком?**

*Ответ.* Название «рак» дал этому заболеванию знаменитый древнегреческий врач Гиппократ за внешнее сходство злокачественной опухоли с раком или крабом, запускающим свои «щупальца» в глубь здоровой ткани.

В современной медицине раком принято называть только злокачественные новообразования, происходящие из эпителиальной ткани. Остальные злокачественные опухоли (из мышечной, нервной и других тканей) раком называть неправильно. Однако зачастую по традиции раком называют любые онкологические заболевания.

### **Вопрос 2. Чем отличаются злокачественные опухоли от доброкачественных?**

*Ответ.* Основных отличий три. Во-первых, раковые опухоли растут бесконтрольно, то есть их клетки непрерывно делятся, производя себе подобные. Во-вторых, они не ограничены тканью, из которой происходят, то есть прорастают в окружающие органы и ткани, разрушая их. И, в-третьих, злокачественные новообразования способны к метастазированию. Оно заключается в том, что опухолевые клетки могут с током крови или лимфы переноситься в другие органы, где из них вырастают новые опухоли, схожие с первоначальной.

### **Вопрос 3. Можно ли заразиться раком?**

*Ответ.* При контакте с человеком, у которого есть злокачественное новообразование, заразиться нельзя. Для развития рака необходимо два основных условия.

Первое условие – это изменение генетического аппарата клетки, то есть ДНК, которое заставляет клетку бесконтрольно размножаться и выключает механизм запрограммированной гибели, присущий всем клеткам на исходе их жизненного цикла. То есть любая раковая опухоль происходит из собственных клеток человека, причем при злокачественном перерождении клетка может как сохранять свои первоначальные признаки (такие опухоли называются высоко-

дифференцированными), так и полностью их утрачивать (такие опухоли называются низкокодифференцированными).

Второе условие – это нарушение того звена иммунной системы, которое отвечает за обнаружение и уничтожение раковых клеток.

Изменение генетического аппарата может произойти под воздействием многих факторов. Ими являются, например, химические канцерогены и ионизирующие излучения, изменяющие структуру ДНК, наследственная предрасположенность. Существуют также опухоли, появление которых зависит от повышенного уровня гормонов. Например, повышенный уровень женских половых гормонов эстрогенов увеличивает риск развития рака груди и эпителия матки, а мужских половых гормонов андрогенов – рака предстательной железы.

Некоторые виды рака развиваются на почве так называемых предраковых заболеваний, например, раку желудка зачастую предшествует длительно существующая язва.

Большинство предраковых заболеваний представляют собой вирусные инфекции – они «ответственны» за 15% всех случаев рака. Это неудивительно, ведь многие вирусы, поражая клетку, встраиваются в ее «святая святых» – генетический аппарат. И вот такими инфекциями действительно можно заразиться. Конечно, наличие определенного вируса не означает обязательное заболевание соответствующим видом рака в перспективе, но риск этого осложнения возрастает многократно. Самые известные вирусы, предрасполагающие к раку – это отдельные виды папилломавирусов для рака шейки матки и полового члена, вирусы гепатитов В и С для рака печени, вирус Эпштейна-Барр для лимфомы Беркитта и другие.

#### ***Вопрос 4. Может ли рак передаваться по наследству?***

*Ответ.* Прямой наследственной передачи рака не существует. Однако предрасположенность к заболеванию определенными видами рака может наследоваться, причем для различных опухолей наследственность имеет разное значение. Так, некоторые генетические особенности многократно повышают риск появления рака груди у родственников заболевшей женщины, хотя он может появиться и без них. А такие опухоли, как, например, рак печени, гораздо больше зависят от внешних воздействий.

#### ***Вопрос 5. Можно ли сделать прививку от рака?***

*Ответ.* Несмотря на постоянные научные изыскания, ни от одного вида рака профилактических прививок не существует. Многочисленные сообщения об исследованиях в этой области позволяют

надеяться, что проблема будет решена в самом скором времени, хотя бы для некоторых видов рака, но пока привиться от рака невозможно.

Но не все так плохо. Уже существуют и продолжают появляться прививки от вирусных инфекций, предрасполагающих к развитию рака.

**Вопрос 6. От рака можно вылечиться, или он всегда приводит к смерти?**

*Ответ.* Вылечиться можно, причем полностью, но не всегда. Возможность излечения сильно зависит от нескольких факторов, таких как:

- вид злокачественной опухоли – разные виды рака обладают различной скоростью роста и вероятностью метастазирования (как правило, более опасны низкодифференцированные опухоли, клетки которых утратили признаки принадлежности к первоначальной ткани);

- стадия заболевания, на которой поставлен диагноз (если опухоль небольшая по размерам, находится в пределах одного органа и не имеет метастазов, шансы на ее полное удаление весьма высоки);

- точность диагностики и правильность подбора лечения;

- возможности учреждения, где проводится терапия;

- и некоторые другие.

**Вопрос 7. Как выявить рак на ранней стадии?**

*Ответ.* Абсолютного алгоритма раннего выявления всех опухолей, к сожалению, не существует. Однако методики скрининга онкологических заболеваний разработаны и постоянно совершенствуются. Некоторые из них, принятые ранее, успели продемонстрировать свою неактуальность. Это, например, флюорограмма для выявления рака легких. В настоящее время однозначно эффективными методиками скрининга признаны: маммография для ранней диагностики рака молочной железы, цитологическое исследование мазка шейки матки, тест на скрытую кровь в кале и колоноскопия для диагностики рака кишечника.

Все больше возможностей приобретает скрининг генетических маркеров онкологических заболеваний. Так, например, определяемые анализами мутации генов BRCA 1 и 2 ответственны за 30–40% случаев предрасположенности к раку груди. К сожалению, из-за дороговизны методики массовой генетический скрининг пока существует только в нескольких западных странах.

**Вопрос 8. Правда ли, что самое страшное в раке – это метастазы?**

*Ответ.* В раке страшно все. Метастазы действительно сильно ухудшают прогноз, поскольку их все удалить невозможно, и они нарушают работу тех органов, в которых возникли. Но даже без метастазов рак зачастую приводит к смерти.

Во-первых, активно размножающиеся опухолевые клетки требуют постоянного притока питательных веществ, как бы «объедая» весь организм. Кроме того, при таком усиленном обмене веществ возрастает и количество продуктов обмена, большинство из которых токсичны. Все это приводит к ослаблению и истощению больного – так называемой раковой кахексии, и к отравлению организма – раковой интоксикации.

Во-вторых, опухоль может образоваться в жизненно важном органе или прорасти в него, вызвав недостаточность функций. Наиболее опасны в этом плане опухоли мозга.

**Вопрос 9. Почему при лечении рака лысеют?**

*Ответ.* Действие основных противоопухолевых препаратов – цитостатиков – основано на подавлении активно делящихся клеток. Поскольку злокачественные опухоли состоят именно из таких клеток, они и становятся основными мишенями для лекарств. Но в организме есть и здоровые ткани, клетки которых постоянно обновляются – это, в первую очередь, волосяные луковицы, костный мозг и эпителий кишечника. Поэтому люди, получающие химиотерапию, часто страдают от выпадения волос, а также от угнетения кроветворения и эрозий кишечника.

*(Доктор Костюк Игорь Петрович)*

## ИСТОРИИ ИЗ ЖИЗНИ

«Жизнь продолжается!» – вот основная мысль, которая не должна покидать Вас после операции, а должна стать подсказкой к дальнейшему восстановлению и выздоровлению. Ни в коем случае нельзя отгораживаться от окружающего мира, замыкаться в себе, избегать общения с людьми. Думайте о хорошем! Только Ваша вера и позитивный настрой помогут Вам справиться с трудной ситуацией!

---

**Ирина К.** по профессии научный работник с большим трудовым стажем. Очень умная, образованная женщина. Болезнь всегда наступает неожиданно, но когда она перечеркивает все жизненные планы, обрывает карьеру на самой вершине – справиться с ней может только очень сильный человек. Ирина впервые почувствовала полную беспомощность перед действительностью. Что же делать? Превратиться в инвалида, постоянно требующего внимания и заботы окружающих – Ирина не могла себе даже представить такого. Конечно, возраст предпенсионный и можно «пойти на покой», но на работе ее очень ценят, в ней нуждаются. И главное, совсем невозможно бросить любимое дело, которому отдана вся жизнь!

К сожалению, для многих людей операция с наложением стомы является настолько неожиданной, что приводит их буквально в шоковое состояние. В таких случаях необходима поддержка не только врачей, близких и родных, но и стомированных людей, то есть тех, кто на себе испытал все то, что предстоит испытать каждому стомированному человеку. Лучше один раз увидеть, чем много раз услышать. Эта нехитрая поговорка нашла свое подтверждение в случае с Ириной. После знакомства и общения с такими же стомированными людьми у Ирины словно открылось второе дыхание. Рухнула стена, отгораживающая от нее мир: жизнь не кончилась! Люди со стомой живут активной, полноценной жизнью! Да, есть некоторые ограничения в физических нагрузках, в питании, нужны определенные бытовые условия, но ведь это не может поработить человека, если он хочет жить, а не существовать.

Прошло еще некоторое время, и жизнь Ирины вернулась в привычное русло. Теперь всем своим знакомым Ирина говорит: «Несмотря ни на что, жизнь продолжается!»

---

**Антонина К.** Случилось так, что четыре года назад я была прооперирована. Доктор не стала лукавить, накануне операции пригласила меня на беседу и сказала то, во что не хотелось верить: мне будет выведена стома и я пожизненно получу инвалидность. Был не просто шок, земля ушла из-под ног. В душе осталась опустошенность, никчемность.

И в то же время доктор сказала мне: «Прооперируем, и все будет хорошо». Ее слова стали главным наказом мне на дальнейшую жизнь. Я тоже себе сказала: «У меня все будет хорошо!» Сейчас я продолжаю вести активный образ жизни, как будто ничего и не было. Не надо себя жалеть, требовать жалости к себе от окружающих. Каждый день, час, минуту я думаю о том, что мне нужно быть в форме, не раскисать.

После второй операции, которая была два года назад, я поняла: чтобы не угнетали негативные эмоции, надо находить для себя занятие. Скажу Вам, что до мая месяца этого года я еще работала. Сейчас меня тоже редко можно застать дома. Я встречаюсь с друзьями, помогаю дочери на даче, два раза в неделю вожу внука на тренировки в бассейн, бываю в Совете ветеранов, навещаю любимую маму. Маме девяносто три года, и я в неплатном долгу перед ней. После операции мама ни на шаг не отходила от меня. Все это дает мне силы. Я стараюсь думать не о болезни, а о жизни.

Всем Вам я желаю доброго здоровья, наполненной положительными эмоциями жизни! И пусть у Вас все будет ХОРОШО! Сдаваться и впадать в уныние нам нельзя!

## ПРАКТИЧЕСКИЕ СОВЕТЫ ДЛЯ СТОМИРОВАННЫХ ПАЦИЕНТОВ

**Вопрос:** Что лучше, скрывать от всех свою стому или наоборот?

**Ответ:** В случае, если Вы живете большой семьей в одной квартире, вряд ли можно скрыть, что Вы стомированный. Нужно объяснить всем членам семьи, что после операции Вам нужно по-другому вести гигиенический уход за собой, при необходимости попросить помощи. Главное, постарайтесь не стесняться этого, ведь все в семье заинтересованы в соблюдении гигиены.

Если Вы живете в отдельной квартире, не нуждаетесь в помощи при уходе, то можно и не рассказывать все подробности родственникам и друзьям, разве что самым близким.

Имейте в виду, что подавляющее большинство людей и не подозревают, что такое «стома», и не всегда нужно раскрывать им все секреты перенесенной Вами операции.

**Вопрос:** Может ли болеть стома? Операцию сделали три месяца назад. Пользуюсь однокомпонентными калоприемниками, но чувствую все время боли.

**Ответ:** Болезненные ощущения в области стомы могут быть, но это болит не стома, так как в стенке кишки нет болевых нервных окончаний. Как правило, боль и чувство жжения – следствие раздражения кожи вокруг стомы, не исключено такое проявление парастомальной грыжи. В любом случае, Вы должны обратиться к своему хирургу или в кабинет реабилитации стомированных больных, если Вас беспокоят боли в области стомы.

**Вопрос:** У меня колостома, 3 группа инвалидности. Комиссию МСЭ я проходила дважды. На последней комиссии я пожаловалась на то, что мне часто не хватает 1 калоприемника на сутки и поинтересовалась, сколько положено по норме. Мне ответили: от 1 до 3 шт. в сутки. Сейчас в моей ИПР в перечне ТСР указано: 1. Крем защитный – 12 тюбиков в год; 2. Однокомпонентные дреназируемые калоприемники – 3 шт. в сутки. В отделении ФСС мне отказали в выдаче такого количества ТСР и указали на нормы, прописанные в Приказе Минтруда РФ № 215н «Об утверждении сроков пользования техническими средствами реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими изделиями до их замены». Объясните, пожалуйста, кто прав в этой ситуации. Мне 34 года,



у меня двое маленьких детей, дошкольников. Я много гуляю с детьми, общаюсь с другими мамами, иногда лежу с детьми в больнице, где нет возможности уделить себе много времени, поэтому мне действительно часто не хватает той нормы, что определена в «Приказе...». Может быть я не права, но я просто хочу чувствовать себя человеком среди других людей.

**Ответ:** Действительно, в соответствии с Приказом Минтруда РФ № 215н «О сроках пользования ТСП до их замены» определены следующие сроки пользования однокомпонентным калоприемником: дренируемый мешок для однокомпонентного калоприемника при колостомах и илеостомах – не менее 24 часов. Т. е. один однокомпонентный дренируемый (открытый) калоприемник в день. Эта норма считается вполне удовлетворительной, даже по сравнению с европейскими стандартами. Она позволяет себя чувствовать, как Вы пишете, человеком среди людей. Все, что Вам необходимо сверх указанных норм, Вам придется приобретать за собственный счет.

Неясно, почему Вам необходимо менять однокомпонентный открытый калоприемник несколько раз в день. Ведь по мере его наполнения его нужно просто опорожнять через открываемый конец мешка, не меняя при этом сам калоприемник. Если причина в том, что он у Вас не держится, то тогда Вам необходимо проконсультироваться у специалистов по реабилитации стомированных пациентов для выявления такой причины и подбора соответствующей продукции. Так как слишком частая смена калоприемников приведет к повреждению кожи вокруг стомы.

Если у Вас колостома, можно использовать однокомпонентные закрытые (недренируемые) калоприемники. В соответствии с приказом нормы такие: недренируемый мешок однокомпонентного калоприемника при колостомах – не менее 12 часов. Т. е. два однокомпонентных недренируемых калоприемника в день.

Целесообразно использовать двухкомпонентный калоприемник (пластина отдельно и мешок отдельно) с недренируемыми (без выпуска, закрытыми) мешками. Т. е. менять только мешки по мере их наполнения. По норме – 2 мешка в день. Исходя из Вашего образа жизни и анатомо-физиологических особенностей, включая частоту выделений кишечника, Вы можете подобрать наиболее оптимальный вариант использования ТСП.

**Вопрос:** Подскажите, можно ли изменить ИПР и вместо одного типа калоприемника получать другой тип калоприемника? Если да, то что предпринять?

**Ответ:** Да, Вы можете изменить записи в Вашей индивидуальной программе реабилитации (ИПР), заменив один вид калоприемника на другой, вписать что-то дополнительно из средств ухода за стомой. Для начала Вам необходимо заручиться справкой-рекомендацией лечащего врача, либо из поликлиники по месту жительства, либо из больницы, где делали операцию, либо из того медучреждения, в котором наблюдаетесь, идеально – из кабинета реабилитации стомированных больных при его наличии в регионе Вашего проживания. Затем с этой справкой-рекомендацией повторно обратиться в комиссию МСЭ. На основании справки Вам обязаны внести изменения в Вашу ИПР.

**Вопрос:** Помогите советом. Моему мужу вывели стому неделю назад. Он сразу сильно изменился, стал раздражительным, злым, ничего не хочет слушать и идти на контакты. Говорит, что недолго осталось мне с ним мучиться. Он еще в больнице, но врач говорит, что скоро выпишут, но что стому скоро уберут, так и не ответил четко. Что будет дома, я даже не представляю себе. У него и так тяжелый характер, а теперь с такой болячкой просто жуть. Что мне с ним делать? Как успокоить и найти подход?

**Ответ:** Для Вас сейчас самое важное – спокойствие и последовательность. Состояние и поведение мужа в данный момент можно понять, он перенес необычную операцию. Чтобы реально помочь мужу и себе – уже сегодня ставьте перед собой цели, активно формируйте события и действуйте. В первую очередь, Вам нужно иметь четкое представление об изменениях, наступивших в его организме вследствие перенесенной операции и современных средствах ухода за стомой. Литературы много, для начала хочу порекомендовать брошюру «Реабилитация пациентов со стомой», она поможет разрешить проблемы послеоперационного периода жизни мужа. И еще раз – будьте спокойны и помните, что все болезни – это внешнее отражение наших мыслей и наших эмоций. Можно научиться принимать любую ситуацию в своей жизни без претензий и обид. Удачи Вам! Берегите себя и своих близких.

**Вопрос:** Скажите, пожалуйста, что мне делать? Мне вывели кишечную стому, и вот уже полгода меня преследуют запахи. Мне постоянно кажется, что от меня идут эти ужасные запахи. Живем с мужем одни в квартире. Только он знает, что у меня стома. Но он говорит, что все нормально, что я выдумываю все. А я не могу выходить из дома, пригласить домой никого в гости.

Выходить на работу и посещать общественные места просто не представляю теперь как! Что с этим делать?

**Ответ:** Любые исходящие от человека запахи – это естественное физиологическое явление, поэтому неприятного запаха не избежать. Причем запахи исходят от тела, одежды, от обстановки. Все существующее в мире имеет свой запах.

У Вас сейчас невротическое состояние, сопровождающееся депрессивными эмоциями, тягостными раздумьями, а также чувством тревоги и страха ввиду того, что Вы перенесли непростую операцию. Эмоции бушуют и управляют Вами, а не логика. Эмоции можно сдерживать только логикой и рассудком, которые предохраняют Вас от попадания во власть эмоций. Навязчивые мысли – это та форма, в которой к Вам приходят ложные идеи, пытающиеся взять над Вами власть. Ваше сознание постоянно подвергается их активным атакам, но в критические моменты жизни этот натиск может усиливаться, что снижает качество жизни, мешает трезво оценивать ситуацию, строить планы и верить в возможность их осуществления. Из-за этих мыслей Вам трудно сосредоточиться и найти резервы для преодоления проблем, они выматывают, и часто приводят к отчаянию, вследствие чего искажается реальность, которую Вы начинаете принимать за действительность.

Поэтому поверьте своему мужу. Вы пользуетесь современными средствами ухода за стомой, которые герметичны, надежны, не пропускают запахи. Такими средствами ухода за стомой (калоприемниками) пользуются миллионы стомированных людей во всем мире, которые живут полноценной жизнью и радуются ей. Вы можете использовать для удаления запаха в самом мешочке специальные средства, нейтрализующие этот запах. Их сейчас можно найти в специализированных магазинах для стомированных людей. Только не используйте парфюмерию, чтобы «забить» запах. Это, наоборот, его усилит и еще привлечет внимание окружающих.

Ни в коем случае нельзя допускать, чтобы навязчивые мысли вызывали эмоциональный отклик. Не подкрепляйте навязчивые мысли фантазиями и воображением. Каждый раз противопоставляйте им логику. Удачи Вам!

**Вопрос:** Недавно вывели стому. Возможно ли продолжать нормальную сексуальную жизнь после такой операции?

**Ответ:** После наложения кишечной или уростомы люди имеют все возможности для того, чтобы вести привычный образ жизни, в том числе это относится и к занятию сексом. Если между

супругами сохраняется любовь и взаимопонимание, то наличие стомы не повод, чтобы разрушить их. Ваш партнер должен знать, что стома не вызывает у Вас дискомфорта и для Вас нет никакой опасности заниматься сексом.

**Вопрос:** Я стомированная больная. Но до этой операции всегда вела активный образ жизни. Есть ли ограничения при занятиях спортом?

**Ответ:** Во-первых, Вы не больная. Стома это не заболевание. Тем более, что Вы активная и это очень правильно.

Во-вторых, некоторые ограничения при занятиях спортом есть. Не рекомендуется заниматься любыми видами борьбы: самбо, дзюдо и т. д. Также нежелательны занятия, при которых физическая нагрузка очень интенсивная, – например, игра в регби, поднятие тяжестей в тренажерном зале.

Нет запретов для занятия аэробикой, велосипедных и лыжных прогулок, игры в теннис, плавания. А просто физкультура была всегда полезна всем.

**Вопрос:** Надо ли перед наклеиванием нового калоприемника некоторое время держать колостому открытой? Если надо, то сколько времени? И еще один вопрос: мне от толстой кишки оставили всего 15 см, станет ли выделение кала реже со временем?

**Ответ:** Если выделения из стомы не идут постоянно, целесообразно дать коже вокруг стомы отдохнуть от адгезива калоприемника, по времени это может быть и 5–10 минут, и несколько часов, здесь особого регламента нет, ориентируйтесь на собственные обстоятельства и самочувствие.

Так как у Вас осталось от толстой кишки всего лишь 15 см, а функция толстой кишки – всасывание воды и формирование каловых масс, то стул у Вас будет преимущественно жидкий, со временем кашицеобразный. Постарайтесь отрегулировать его с помощью диеты, см. Приложение № 4. Рекомендации по питанию у стомированных пациентов. Там даны рекомендации для пациентов с илеостомой, тонкой кишкой, выведенной на переднюю брюшную стенку, но в функциональном плане это сходно с Вашим состоянием.

***(По материалам брошюры 100 вопросов – 100 ответов.  
Практические советы для стомированных пациентов)***

**Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ  
от 24 мая 2013 г. № 215н «Об утверждении сроков  
пользования техническими средствами  
реабилитации, протезами и протезно-ортопедическими  
изделиями до их замены»**

Выдержка из приложения к приказу:  
пункт № 21 – Специальные средства при нарушениях  
функций выделения (моче- и калоприемники)

**Вид технического средства реабилитации  
Сроки пользования**

21-01 Однокомпонентный дренируемый калоприемник со  
встроенной плоской пластиной – 24 часа

21-02 Однокомпонентный дренируемый калоприемник со  
встроенной конвексной пластиной – 24 часа

21-03 Однокомпонентный недренируемый калоприемник со  
встроенной плоской пластиной – 12 часов

21-04 Однокомпонентный недренируемый калоприемник со  
встроенной конвексной пластиной – 12 часов

21-05 Однокомпонентный дренируемый уроприемник со  
встроенной плоской пластиной – 24 часа

21-06 Однокомпонентный дренируемый уроприемник со  
встроенной конвексной пластиной – 24 часа

21-07 Двухкомпонентный дренируемый калоприемник в ком-  
плекте:

адгезивная пластина, плоская – 3 суток;

мешок дренируемый – 24 часа

21-08 Двухкомпонентный дренируемый калоприемник для втя-  
нутых стом в комплекте:

адгезивная пластина, конвексная – 3 суток;

мешок дренируемый – 12 часов

21-09 Двухкомпонентный недренируемый калоприемник в ком-  
плекте:

адгезивная пластина плоская – 3 суток;

мешок недренируемый – 12 часов

21-10 Двухкомпонентный недренируемый калоприемник для  
втянутых стом в комплекте:

адгезивная пластина, конвексная – 3 суток;

мешок недренируемый – 12 часов

21-11 Двухкомпонентный дренируемый уроприемник в комплекте:

адгезивная пластина, плоская – 3 суток;

уростомный мешок – 24 часа

21-12 Двухкомпонентный дренируемый уроприемник для втянутых стом в комплекте:

адгезивная пластина, конвексная – 3 суток;

уростомный мешок – 24 часа

21-13 Пояс для калоприемников и уроприемников – 2 месяца

21-15 Мочеприемник ножной (мешок для сбора мочи) дневной – 3 суток

21-16 Мочеприемник прикроватный (мешок для сбора мочи) ночной – 3 суток

21-17 Пара ремешков для крепления мочеприемников (мешков для сбора мочи) к ноге – 15 суток

21-18 Уропрезерватив с пластырем – 24 часа

21-19 Уропрезерватив самоклеящийся – 24 часа

21-20 Катетер для самокатетеризации лубрицированный – 4 часа

21-22 Катетер уретральный длительного пользования – 1 неделя

21-23 Катетер уретральный постоянного пользования – 1 месяц

21-24 Катетер для эпицистостомы – 1 неделя

21-25 Катетер для нефростомы – 3 месяца

21-26 Катетер мочеточниковый для уретерокутанеостомы – 1 месяц

21-27 Анальный тампон (средство ухода при недержании кала) – 12 часов

21-28 Ирригационная система для опорожнения кишечника через колостому – 3 месяца

21-29 Паста-герметик для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в тубе, не менее 60 г – 1 месяц

21-30 Паста-герметик для защиты и выравнивания кожи вокруг стомы в полосках, не менее 60 г – 1 месяц

21-31 Крем защитный в тубе, не менее 60 мл – 1 месяц

21-32 Пудра (порошок) абсорбирующая в тубе, не менее 25 г – 1 месяц

21-33 Защитная пленка во флаконе, не менее 50 мл – 1 месяц

21-34 Защитная пленка в форме салфеток, не менее 30 шт. – 1 месяц

- 21-35 Очиститель для кожи во флаконе, не менее 180 мл – 1 месяц
- 21-36 Очиститель для кожи в форме салфеток, не менее 30 шт. – 1 месяц
- 21-37 Нейтрализатор запаха во флаконе, не менее 50 мл – 1 месяц
- 21-38 Абсорбирующие желирующие пакетики для стомных мешков, 30 шт. – 1 месяц
- 21-39 Адгезивная пластина-полукольцо для дополнительной фиксации пластин калоприемников и уроприемников, не менее 40 шт. – 1 месяц
- 21-40 Адгезивная пластина – кожный барьер – 3 суток
- 21-41 Защитные кольца для кожи вокруг стомы – 24 часа
- 21-42 Тампон для стомы – 12 часов

Подробную информацию вы можете получить на сайте [www.medfarma.net](http://www.medfarma.net) или по телефону 54-64-54.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА ПО УХОДУ ЗА СТОМОЙ

Осложнения кожи вокруг стомы оказывают негативное влияние на качество жизни. Контакт с кишечным отделяемым или мочой, частая смена калоприёмников и уроприёмников могут привести к повреждениям кожного покрова.



**Очиститель** является высоко эффективным средством, замещающим мыло и воду, растворители или другие агрессивные или высушивающие кожу вещества, применяется для обработки кожи вокруг стомы или фистулы, а также кожи, подверженной воздействию мочи или каловых масс при недержании. Выпускается в форме салфеток и во флаконе.



**Защитный крем** является превосходным средством ухода за сухой кожей, профилактики и заживления раздражений, вызванных агрессивным воздействием кишечного отделяемого или мочи.

**Защитный крем** является увлажняющим, смягчающим и водоотталкивающим средством, восстанавливает нормальный pH кожи и предохраняет её от повреждений.



**Паста** является эффективным средством для защиты кожи вокруг стомы от агрессивного воздействия кишечного отделяемого или мочи. **Паста** используется для заполнения неровностей кожи вокруг стомы, создавая ровную поверхность

для надёжного приклеивания пластины.

**Паста** препятствует протеканию под пластину, тем самым продлевает срок службы пластины. **Паста** может наноситься на чувствительную или раздражённую кожу. Выпускается в форме полосок и в тубе.





**Защитная плёнка** является уникальным средством для защиты кожи вокруг стомы от агрессивного воздействия кишечного отделяемого или мочи, а также от механических повреждений, вызываемых при удалении адгезивов. **Защитная плёнка** растворена в жидкости. После нанесения жидкость испаряется, оставляя на коже тонкую, эластичную и водоотталкивающую защитную плёнку – «вторую кожу», предохраняющую кожу перистомальной области от раздражения и повреждения. Плёнка не растворяется в воде и обеспечивает защиту при принятии водных процедур. Выпускается в форме салфеток и во флаконе.

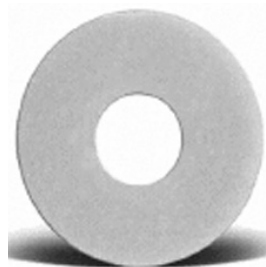


**Нейтрализатор запаха** для кало-/уроприёмников очень удобен и безопасен в применении. Представляет собой концентрированную жидкость маслянистой консистенции. Эффективно нейтрализует любой запах в течение 8 часов.



**Пудра абсорбирующая** для ухода за кожей вокруг стомы, предназначена для использования на коже в перистомальной области. Она обладает превосходными влагопоглощающими свойствами.

**Защитные кольца** изготовлены на основе гипоаллергенного гидроколлоида. Образуют герметичный защитный барьер для кожи. Используются для защиты кожи вокруг стомы и обеспечения лучшего облегания пластины кало-/уроприемника при стоме овальной или неправильной формы. Кольца очень пластичные и легко формируются руками. Их можно растягивать, резать, использовать часть кольца для выравнивания неровностей кожи. Могут применяться на раздраженной коже. Не содержат спирта. Продлевают срок ношения уро-/калоприемника.





**Желирующие пакетики.** Специально разработан для преобразования в гель содержимого мешка пациентов с илеостомами. После абсорбции содержимого мешка его опорожнение значительно упрощается, увеличивается срок службы фильтра и мешка. Для стомического использования выпускается в виде пакетиков-саше, которые размещаются внутри сборного

мешка калоприемника и преобразуют содержимое мешка в гель. Средство минимизирует неприятные запахи, препятствует вздутию мешка, а также уменьшает профиль мешка для более незаметного ношения под одеждой. Выпускается в индивидуальных блистерах.

### **Ирригационная система для опорожнения кишечника через колостому.**

В силу физиологических и психологических причин стомированным пациентам показана ирригация, которая является методом очистки кишечника. Она необходима для уменьшения газообразования, восстановления перистальтики кишечника и при запорах, минимизации ограничений в отношении режима питания и активного образа жизни. Помните, что ирригация разрешается только при колостоме, расположенной в нижней части сигмовидной кишки и не имеющей осложнений (промыть можно только толстый кишечник).



### **Адгезивная пластина кожный барьер.**

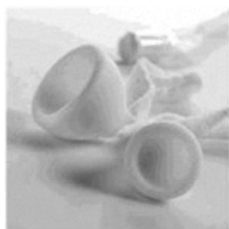
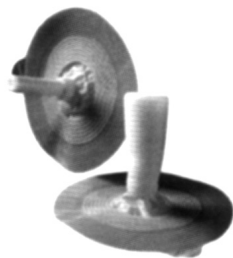
Это моделируемые, влагопоглощающие кожные барьеры, предназначенные для защиты кожи от неблагоприятного воздействия агрессивных биологических жидкостей. Могут использоваться для защиты кожи в качестве: уплотнения вокруг ран и хирургических дренажных трубок; наружного восполняющего материала для выравнивания неровной поверхности кожи; уплотнения для стом; защиты мокнущей кожи. Кожные барьеры подходят для наложения вокруг илеостом, колостом, уростом, ран и дренажных трубок.



**Адгезивная пластина-полукольцо** следует рельефу и движениям тела, обеспечивая дополнительную фиксацию пластины калоприемника (уроприемника) по внешнему краю, продлевает срок использования калоприемников (уроприемников). Пластина-полукольцо легко удаляется вместе с калоприемником (уроприемником) или отдельно.

**Тампон для стомы** используется пациентами с колостомами (сигмостомами) для купания, активного отдыха и занятий спортом.

Тампон для стомы противопоказан пациентам с илеостомой и уростомой, а также с колостомой с жидким стулом и склонностью к поносам. Тампон для стомы противопоказан пациентам с весом менее 40 кг.



**Анальные тампоны** эффективно защищают от непроизвольного опорожнения кишечника при легкой и средней степени недержания кала. После введения анального тампона в задний проход, покрывающая его пленка быстро растворяется под воздействием естественного тепла и влаги, и анальный тампон расширяется и принимает форму колокола. Таким образом, тампон удерживается в прямой кишке и предотвращает непроизвольное опорожнение кишечника.

Обращаем Ваше внимание на то, что все вышеперечисленные средства Вы можете получать **бесплатно** за счет средств Фонда социального страхования, а также **компенсировать самостоятельно понесенные расходы** на их приобретение при условии включения данных средств в Вашу Индивидуальную программу реабилитации.

**Всю продукцию Вы можете приобрести в ООО МФК «Медфарма-Холдинг» по адресам:**

г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118, тел. (8172) 54-64-54;

г. Череповец, ул. Труда, д. 58, тел. (8202) 55-28-38;

г. Великий Устюг, ул. Щелкунова, д. 35, тел. (81738) 2-13-45.

## **ОРГАНИЗАЦИЯ БЫТА ЛЕЖАЧИХ БОЛЬНЫХ**

Уход за тяжелобольным человеком в домашних условиях требует особого внимания к потребностям больного, наличия специальных приспособлений в комнате. Предлагаем Вам ряд рекомендаций для оптимальной организации ухода за больными.

### **Комната больного**

Комната должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом больной не должен чувствовать себя полностью изолированным от внешнего мира.

Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно использовать в качестве опоры.

Освещение в комнате не должно быть ярким. Комнату следует хорошо проветривать, не менее двух раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной  $+22^{\circ}\text{C}\pm 2^{\circ}\text{C}$ .

### **Кровать больного**

Больной должен лежать в кровати, а не на диване или кушетке. Если Ваш больной ходячий, то кровать должна быть низкой, чтобы обеспечить легкость при укладывании и вставании из нее. Для пользователя инвалидным креслом кровать должна находиться на одном уровне с креслом.

Если больной прикован к кровати или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо весьма тщательно подойти к выбору кровати. Если нет возможности использовать функциональную кровать, то обратите внимание на высоту – она должна быть не ниже 60 см. Достичь необходимой высоты можно с помощью матрасов, уложенных друг на друга.

Желательно поставить кровать головной частью к стене, чтобы можно было подойти к больному со всех сторон. Это поможет вам переверачивать больного, мыть его, менять постельное белье. Стулья, вставленные в каркас обычной кровати, помогут заменить боковые решетки.

Постель больного обычно состоит из головной подушки, легкого одеяла, простыни без складок и специальных подушек для фиксации пациента в положении на боку. Постель не должна быть мягкой. Если это необходимо, застелите матрац клеенкой.

Рядом с кроватью необходимо поставить прикроватный столик, шкаф с вещами больного. Мебель должна быть изготовлена из материала, который можно дезинфицировать (один раз в 10 дней).

На тумбочке должна стоять питьевая вода, настольная лампа, лежать очки больного (если он читает), пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор) и колокольчик, которым больной может Вас подзвать. В выдвижной ящик тумбочки положите термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию. В нижнем отделении тумбочки разместите одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, (прокладки), полиэтиленовые пакеты для мусора. Средства ухода всегда должны находиться под рукой. Если больной пользуется туалетом, то рядом с кроватью можно поставить переносной кресло-туалет.

После того, как местоположение кровати в комнате выбрано, необходимо правильно застелить ее с учетом проблем больного.

Если человек будет находиться в кровати достаточно долго (возможно, постоянно), необходимо приготовить толстый, но упругий матрас. Он должен быть однородным, без бугров и комков. Это позволит снизить риск возникновения у пациента болей в спине, образования пролежней. Можно купить ортопедический или противо-пролежневый матрас. Для создания удобного положения в постели требуется, как минимум, две подушки. Одеяло должно быть теплым и легким, и хорошо пропускать воздух – лучше всего, если это хлопчатобумажная ткань. Все испарения, скапливаемые под одеялом: пот, моча – могут способствовать инфицированию в области кожных складок, опрелостей. Если человек будет пользоваться судном в постели или он страдает недержанием мочи, под простыню необходимо подстелить клеенку.

При перестилании постели важно соблюдать правила собственной безопасности:

- не встряхивайте, не взбивайте постельные принадлежности;
- не перегибайтесь при заправке постели;
- вымойте руки перед заправкой постели и после нее;
- не прислоняйте к себе белье и постельные принадлежности.

Белье, которым застилают постель, лучше выбрать не новое, а несколько раз постиранное и мягкое. Нежелательно, чтобы на белье были швы, заплатки, пуговицы – это может способствовать появлению пролежней.

## **Перестилание постели (больной находится в постели)**

Подготовка:

- убедитесь, что пациент согласен сменить постельное белье,
- продумайте план действий вместе с пациентом, с учетом его возможностей;
- приготовьте емкость для сбора грязного белья: например, пластиковый бак или обычное ведро.

Смена пододеяльника и наволочки производится обычным порядком, как при любом ином застилании постели.

Смену простыни можно произвести продольно (от головы к ногам больного) или поперечно (от одного края кровати к другому).

Продольная смена простыни

1. Скатайте простыню продольным валиком.
2. Если больной пользуется клеенкой и пеленкой, также скатайте клеенку и отдельно пеленку продольными валиками.
3. Смените наволочку на подушке и положите подушку под голову.
4. Поверните больного на бок, скатайте под ним грязную простыню валиком по всей длине кровати и одновременно раскатайте до половины кровати валик чистой простыни.
5. Поверните пациента на другой бок, соберите грязную простыню и сбросьте ее в бак для грязного белья.
6. Раскатайте вторую часть чистой простыни.
7. Заправьте окончательно простыню под матрас и расправьте складки.
8. Если нужны клеенка и пеленка, то застилайте их вслед за простыней в том же порядке.

## ПЕРЕСАЖИВАНИЕ С КРОВАТИ НА СТУЛ ИЛИ КРЕСЛО-КАТАЛКУ

Кресло и ходунки обеспечат передвижение взрослого человека по квартире. Для обеспечения безопасной среды больного необходимо придерживаться следующих правил:

- кровать больного, туалет, ванная комната должны быть снабжены звонками для экстренного вызова;
- для предупреждения падений в комнате не должно быть высоких порогов, проводов и других предметов под ногами;
- во время движения плохо видящего человека помещения должны быть хорошо освещены;
- обувь пожилых и ослабленных пациентов должна быть удобная, не растоптанная, с нескользящей подошвой. На разных покрытиях разные подошвы скользят по-разному!
- приучайте ослабленных больных и больных с нарушениями координации пользоваться перилами, поручнями, опорными ручками, ходунками;
- периодически проверяйте прочность закрепления перил и поручней, целостность предметов обихода;
- ослабленные больные, престарелые должны пользоваться ванной комнатой и туалетом, не закрывая дверь на задвижку;
- в комнате больного ночью должен гореть ночник, на видном месте должны быть часы, позволяющие проснувшемуся человеку сориентироваться в обстановке и времени;
- больному необходимо избегать резких вставаний с постели или из кресла во избежание головокружения, потери сознания и падения больного;
- в связи с плохой чувствительностью кожи пожилого человека к температуре температуру воды в ванной ему нужно измерять не рукой, а с помощью водяного термометра, иначе он может сесть в чрезмерно горячую воду;
- во избежание травмирования кожи нельзя грубо хватать пожилых людей;
- во избежание ожогов нельзя пользоваться электрической грелкой людям, страдающим недержанием мочи и кала.

Пересаживаться с кровати на стул или кресло-каталку больной может самостоятельно или с Вашей помощью. Высота кровати должна быть на одном уровне с креслом-каталкой или стулом.

## **Самостоятельное перемещение с кровати на кресло-каталку или стул**

1. Кресло-каталку ставят под небольшим углом к кровати с той стороны больного, которая физически более сильная.

2. Если больной перемещается на кресло-каталку, у кресла фиксируют тормоза, убирают подлокотник со стороны, близкой к больному, и подставку для ног.

3. Больной должен сесть на край кровати, одной рукой опереться на нее, а другой – взяться за подлокотник кресла-каталки.

4. Затем он встает с постели, одной рукой опираясь на кровать, а другой – на подлокотник кресла, поворачивается спиной к креслу и осторожно садится в него.

## **Перемещение с кровати на кресло-каталку или стул по доске с посторонней помощью**

1. Кресло или стул придвиньте вплотную к кровати, кресло поставьте на тормоза, снимите подлокотник с кресла со стороны кровати.

2. Больной должен сидеть в кровати, не спуская с нее ног, чтобы кресло было сбоку от него.

3. Больной должен перенести вес собственного тела на дальнюю по отношению к креслу ягодицу.

4. Один конец доски подсуньте ему под ближайшую к коляске ягодицу.

5. Встаньте за спиной больного и свои руки положите ему на талию.

6. Одной рукой больной должен опираться на кровать, а другой – на свободный край доски.

7. Затем, опираясь на свободный край доски, больной с Вашей помощью и помощью другой руки должен перемещаться в кресло.

8. Вытащите из-под него доску.

9. Переместите с кровати его ноги на подставку для ног.

При перемещении с кровати на стул и обратно, можно использовать те же приемы, что и при перемещении с кровати на кресло-каталку. Для безопасности больного лучше использовать стул с подлокотниками.



## ПОМОЩЬ ПРИ ФИЗИОЛОГИЧЕСКИХ ОТПРАВЛЕНИЯХ В КРОВАТИ

Мочеиспускание и дефекация требуют интимных условий и деликатного обращения с больным. Необходимо помнить, что лежащий больной зависит от постороннего человека. Кроме того, они часто не могут длительное время удерживать возникший позыв, и поэтому очень важно быстро отреагировать на просьбу пациента. Не удержанные моча и кал, попавшие на нательное или постельное белье больного, не только способствуют образованию пролежней, но и вызывают резкое ухудшение психического состояния больного, приводя к депрессии.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимы следующие условия:

- попросите всех выйти из комнаты;
- закройте дверь в комнату;
- занавесьте шторы, если комната расположена на первом этаже;
- приготовьте туалетную бумагу в достаточном количестве;
- приготовьте полотенце, мыло, тазик с водой для того, чтобы

больной после процедуры смог помыть руки.

Подавая судно, кровать должна быть максимально плоской. Попросите больного согнуть колени и приподнять таз. При необходимости больной может воспользоваться опорными приспособлениями. Если сил у больного не хватает, можно просунуть руки под нижнюю часть его спины и приподнять ее. Если больной не в состоянии Вам помогать, переверните его сначала на бок, поставьте судно на место, куда придутся ягодицы больного, затем поверните больного обратно так, чтобы ягодицы легли на судно. Подавать судно необходимо теплым. Для этого перед подачей ополосните его горячей водой. Если позволяют обстоятельства, оставьте больного одного в комнате и попросите его, чтобы он дал Вам знать, когда Вы понадобится. При возможности, после того, как больной ляжет на судно, поднимите головной конец кровати, чтобы положение больного максимально приблизилось к естественному положению при совершении дефекации. После дефекации или мочеиспускания помогите больному переместиться с судна, опустите головной конец кровати и попросите больного приподнять таз для того, чтобы извлечь судно из-под больного. Судно выносите плотно закрытое крышкой или пеленкой. Выливайте содержимое судна в унитаз, затем тщательно вымойте судно под проточной водой и поставьте его на место (так, чтобы больной смог им самостоятельно

воспользоваться). После мытья не закрывайте судно непромокаемой тканью, чтобы оно смогло просохнуть. По окончании процедуры не забудьте проветрить комнату. Процедуру необходимо проводить в одноразовых перчатках. Сняв перчатки, руки еще раз необходимо тщательно вымыть.

Следует помнить, что многим мужчинам трудно пользоваться мочеприемниками в лежачем положении. Поэтому, по возможности, необходимо при мочеиспускании посадить больного в кровати или на кровати со свешенными ногами. Если больной может стоять, мочеиспускание можно совершать стоя.

Нередко для ухода за лежачими больными, в том числе с недержанием мочи, приобретаются лишь одноразовые простыни, в то время как наиболее удобны (и экономичны, что тоже очень важно!) впитывающие подгузники. Подгузники – вид нижнего белья, в котором имеется слой, наполненный суперабсорбентом, (основа этого нижнего белья чаще всего изготавливается из целлюлозы), и предназначенный для поглощения мочи и недопущения загрязнения верхней одежды. Используются в большинстве случаев лежачими больными, больными тяжёлыми психическими или неврологическими заболеваниями. При правильном применении подгузники способствуют полноценной защите от протекания.

Эту и другую продукцию, необходимую для ухода за больными, Вы можете приобрести в выставочных залах «Медфарма-Холдинг» по адресам:

- г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118, тел. (8172) 54-64-54;
  - г. Череповец, ул. Труда, д. 58, тел. (8202) 55-28-38;
  - г. Великий Устюг, ул. Щелкунова, д. 35, тел. (81738) 2-13-45;
- а также в Интернет-магазине по адресу: [www.medfarma.net](http://www.medfarma.net).

# **МЫТЬЕ ЛЕЖАЧИХ БОЛЬНЫХ**

## **Средства для мытья больного**

Для очищения стареющей и чувствительной кожи лежачих больных рекомендуется использовать специальные средства. Они содержат вещества, предупреждающие сухость и раздражение. Следует использовать моющий крем с рН 5,5. Это способствует сохранению нормальной микрофлоры и защитной функции рогового слоя кожи.

Для ухода за кожей лежачих больных не рекомендуется использовать бактерицидное мыло. Его применение вызывает нарушение нормальной микрофлоры кожи и ее кислой реакции. Такие раздражающие вещества, как пот, моча и кал, являются возбудителями болезней и легко проникают через кожу. Растворенное в воде мыло может отложиться на коже в виде нерастворимых известковых солей кальция и магния. При трении они могут стать причиной раздражения и повреждения кожи.

## **Частота мытья лежачего больного**

Руки, лицо, шею и зубы лежачего больного следует мыть и чистить каждое утро перед едой. Ежедневно утром и вечером следует проводить туалет промежности. Больных, страдающих недержанием мочи или кала, следует подмывать чаще. Ноги следует мыть 2–3 раза в неделю, ножные ванны делать по необходимости. Гигиену ротовой полости осуществлять ежедневно.

Ногти на руках и ногах следует стричь раз в неделю. Голову подопечного следует мыть раз в неделю. Мытье всего тела больного производят также 1–2 раза в неделю.

## **Мытье больного в кровати**

Перед процедурой мытья попросите больного опорожнить мочевой пузырь. Температура воздуха в помещении должна быть не менее 24°C. Температура воды 37–39°C. При необходимости воду можно менять.

При умывании лица и шеи лежачего больного, прежде всего, протрите глаза теплой влажной салфеткой по направлению от наружного угла к внутреннему. Затем протрите лоб, щеки и подбородок, рот, нос и уши. Шею подопечного вымойте в последнюю очередь.

При мытье рук или ног следует извлечь конечность из-под одеяла и постелить под нее полотенце. Моят конечности повторяющимися прерывистыми движениями, двигаясь по ходу кровеносных

сосудов в направлении сердца. Затем необходимо тщательно вытереть и укрыть вымытую часть тела.

Для мытья области груди и живота снять с больного рубашку и спустить одеяло до уровня бедер. При мытье спины больной сам или при помощи ухаживающего поворачивается на бок.

Спину и бок следует мыть массирующими движениями по направлению от верхней части спины к седалищу и насухо вытереть. Затем перевернуть больного на другой бок, вымыть другой бок и вытереть. Массажные движения стимулируют кожное кровообращение.

При вытирании и мытье следует внимательно осмотреть кожу больного в местах возможного образования пролежней, а также в кожных складках в области подмышечных впадин, промежности и под грудными железами. Это места наибольшего скопления пота и грязи.

После мытья укройте теплым одеялом. Если кожа сухая, то следует нанести на нее увлажняющий крем.

### **Мытье головы в кровати**

Для мытья головы необходимы следующие принадлежности:

- тазик для воды;
- кувшин с теплой водой;
- мыло или шампунь;
- клеенка;
- полотенце;
- расческа;
- косынка.

### **Последовательность мытья головы**

1. Положите больного на спину, под спину подложите подушку, так чтобы верхний край ее доходил до уровня плеч. Можно приобрести специальную подушку-валик. Голова больного должна быть запрокинута.

2. Застелите изголовье кровати клеенкой, а под голову поставьте тазик. Можно вместо тазика использовать удобную современную надувную ванну для мытья головы.

3. Волосы смочите теплой водой (34–37 градусов), нанесите шампунь и распределите его по голове, намыльте волосы, несколько раз расчесав голову руками.

4. Затем хорошо промойте волосы теплой водой, ополосните волосы – одной рукой расправляя волосы, другой – осторожно поливая водой из кувшина, пока не будут удалены все остатки пены.

5. После ополаскивания волосы вытрите насухо полотенцем и причешите больного.

6. На голову наденьте косынку или покройте голову сухим полотенцем.

7. Осторожно уберите тазик с водой, клеенку, удобно уложите больного на подушку.

Если Ваш больной тяжело болен, желательно иметь прическу с короткими волосами.

### **Подмывание в кровати**

Подмывание – процедура интимная. Многие больные стесняются посторонних лиц. Поэтому процедура требует интимных условий и деликатного обращения с пациентом.

Для мытья нижней половины тела и смены подгузников лучше всего использовать моющие кремы и влажные салфетки. Они не только мягко очищают и увлажняют кожу, но и экономят силы и время при уходе.

Помните: вода и мыло вызывают сухость слизистых оболочек и являются причиной неприятного зуда и раздражения.

Для проведения процедуры необходимо подготовить:

- клеенку;
- судно (лучше жесткое и вместительное, объемом 3 литра);
- пару одноразовых перчаток;
- кувшин с теплой водой;
- специальные средства или жидкое мыло;
- вату или марлю для мытья;
- полотенце или пеленку для вытирания;
- пеленку для смены;
- чистое гигиеническое белье, если больной им пользуется;
- средства для обработки опрелостей.

Необходимо создать подходящие условия для проведения процедуры:

- останьтесь с больным в комнате наедине;
- закройте дверь в комнату;
- отгородите постель больного ширмой;
- закройте окно комнаты шторой, если она находится на первом этаже;
- будьте деликатны в обращении; не смейтесь и не улыбайтесь, так как обнаженный человек очень уязвим;
- дайте больному ощутить температуру воды, которой Вы будете проводить подмывание (можно полить немного воды на внутреннюю поверхность бедра пациента и лишь затем подмывать);
- по окончании процедуры сначала укройте больного, а затем уберите оборудование.

### **Последовательность подмывания мужчины**

1. Наденьте перчатки.
2. Бережно оттяните крайнюю плоть головки полового члена, обнажив головку.
3. Смочите вату или марлю в теплой воде, слегка отожмите и протрите головку полового члена.
4. Протрите кожу полового члена и мошонки.
5. Другим куском марли или ваты протрите паховые складки, предварительно попросив больного распрямить ноги для лучшего раскрытия складок.
6. Другим куском марли или ваты протрите кожу вокруг ануса.
7. Просушите кожу салфеткой.
8. Обработайте складки кожи для профилактики опрелостей.
9. Снимите перчатки и вымойте руки.

### **Последовательность подмывания женщины**

1. Помогите больной лечь на спину (ноги должны быть слегка согнуты в коленях и разведены).
2. Постелите клеенку под таз больной и между ног.
3. Поставьте емкость с водой между ног больной.
4. Встаньте справа от больной.
5. Наденьте перчатки.
6. Смочите марлю или вату.
7. Сверху вниз проведите марлей или ватой справа и слева, обходя половую щель.
8. Повторите движения несколько раз.
9. Вымойте область анального отверстия.
10. Осушите сухой салфеткой половые губы, затем область анального отверстия.
11. Уберите емкость с водой, клеенку.
12. Снимите перчатки.
13. Помогите больной лечь удобно и укройте ее.

### **Уход за ногами в кровати**

При мытье ног можно делать ножные ванны. Время процедуры составляет 20–30 минут при температуре воды 37°C. В воду можно добавить соль для ванны.

Последовательность действий:

1. Положить клеенку на матрац.
2. Поставить таз на клеенку.
3. Налить воды до половины таза.

4. Опустить ноги больного в таз с минимальной физической нагрузкой для больного.
5. Хорошо намылить ноги, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа.
6. Ноги сполоснуть чистой теплой водой, приподняв их над тазом.
7. Вынуть таз.
8. Ноги вытереть насухо полотенцем, особенно между пальцев.
9. Обработать ногти подопечного нужно так, чтобы они не выступали за край пальца.
10. Смазать подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног, можно надеть носки. Во избежание возникновения опрелостей не следует наносить крем между пальцами ног.
11. Если кожа между пальцами ног уже имеет повреждения или опрелости, следует проложить промежутки полосками из льняной или хлопчатобумажной ткани. Они хорошо впитывают влагу и отделяют поврежденные поверхности кожи друг от друга.
12. Вынуть клеенку.
13. Удобно уложить ноги в постели и закрыть их одеялом.

### **Уход за ротовой полостью и зубами**

Под подбородок больного помещают полотенце и чистят зубы мягкой щеткой.

После окончания чистки зубов можно использовать жидкости для полоскания полости рта, которые на некоторое время оставляют во рту ощущение свежести.

Если у больного зубы отсутствуют, достаточно полоскания ротовой полости водой. При наличии протезов их следует удалить из ротовой полости, затем промыть под проточной водой при помощи мягкой щетки. Хранить зубные протезы следует в банке с водой и с закрытой крышкой.

### **Мытье в ванной комнате**

Если Ваш подопечный может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате.

Для безопасности и создания удобств во время мытья в ванной или принятия душа необходимо подготовиться:

- закрепить на стене в ванной поручни для безопасного вхождения в ванну и выхода из ванны;

- на пол около ванны положить резиновые гофрированные коврики, предупреждающие скольжение;
- укрепить на краях ванны сиденье для ванны;
- поставить стул (табурет) около ванны для перемещения в ванну.

До начала процедуры, необходимо приготовить ваннные принадлежности для мытья и чистую одежду.

Температура в помещении должна быть около 24°C. Для того чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до нужной температуры. Температура воды в ванне должна быть 35–37°C.

Перед началом процедуры мытья помочь больному добраться до ванной комнаты. В ванной посадить больного на стул, раздеть его и помочь войти в ванну. Если Ваш больной человек физически слабый или у него ограничена устойчивость, то можно использовать крепкий поручень, крепящийся на ванну, который обеспечит безопасное вхождение в ванну и выход из нее.

Если у больного нарушена функция нижних конечностей, он перемещается со стула на край ванны, одной рукой держится за настенный поручень, а с помощью другой руки – перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и, держась одной рукой за поручень, а другой за край ванны, опускается в нее.

Если у больного нарушены активные и пассивные движения верхних и нижних конечностей, нарушена координация движений, снижена выносливость и он не может сесть в ванну и выйти из нее, то больного можно вымыть, посадив его в ванне на скамеечку, или сиденье для ванны, а процедуру мытья проводить с помощью ручного душа.

Мытье в ванне нужно начинать с того, чтобы смочить все тело теплой водой, вымыть голову, затем тело, руки, ноги.

Избегайте применения масел для смягчения кожи, которые делают ванну скользкой, не оставляйте мыло в воде, на дно ванны постелите нескользкую подстилку или полотенце.

После мытья мыло смыть, помочь больному выйти из ванны, усадить его на край ванны, затем на стул, вытереть полотенцем, надеть чистое белье, халат, тапочки, причесать больного, дать ему передохнуть и помочь дойти до кровати, уложить больного в кровать.

Для больного человека процедура мытья очень важна, так она освежает и расслабляет больного, уничтожает неприятный запах тела, удаляет грязь и омертвевшие клетки кожи, улучшает кровообращение, позволяет комфортно себя чувствовать.



## ОСОБЕННОСТИ ПИТАНИЯ

У пожилых людей процесс еды следует относить к социальной деятельности. Старайтесь и пытайтесь сажать больного за стол вместе с членами его семьи. По возможности избегайте кормления больного в постели. Если это все же необходимо, постарайтесь сохранить приятную обстановку во время еды. Если больной перенес односторонний паралич, его нужно научить есть одной рукой. При этом ободрайте его в этом начинании. Попытайтесь задействовать и другую руку, насколько это возможно. Незрячий больной обычно сам справляется с едой. Ему достаточно объяснить, что и где расположено на подносе. Процесс кормления требует терпения и времени. Во время еды верхнюю часть туловища больного приподнимите как можно выше. Следите за соблюдением норм поведения окружающих и сервировкой стола (подноса). Если подопечный при кормлении нуждается в вашей помощи, то делайте это спокойно. Кормить его надо понемногу. Необходимо чередовать прием пищи и жидкости. Нельзя кормить насильно. Это может привести к попаданию пищи в трахею, сильному кашлю, спазму и удушью. После приема пищи надо навести порядок и убрать посуду. Кормление подопечного должно состоять из трех основных приемов пищи. В промежутках между ними можно предлагать фрукты, йогурт или молоко. Нельзя смешивать с едой лекарства! Их свойства могут измениться, а вкус пищи – испортиться.

### Отсутствие аппетита

**Причины.** С одной стороны, это изменения, связанные со старением, с другой – факторы, обусловленные самой болезнью и приемом лекарств. Положение больного может ухудшиться, если постоянно делать ему замечания и нервничать, когда он отказывается от пищи.

**Последствия.** Истощенные люди чаще заболевают. Это связано с тем, что снижается сопротивляемость организма различным инфекциям. При плохом питании замедляется заживление ран, больной плохо переносит лучевую терапию, больше времени занимает послеоперационное выздоровление.

**Что делать?** Необходимо выяснить, что он предпочитает, и постараться выполнить пожелания. Лучше всего человек ест привычную для него пищу. Для возбуждения аппетита к привычному блюду можно предложить новый соус или салат. Добавление свежих овощей делает блюдо более красочным и аппетитным.

Часто обеды с членами семьи приносят ощутимую пользу. При отсутствии у подопечного аппетита и снижении веса следует посоветоваться с лечащим врачом. При необходимости он направит больного на дополнительное обследование. Необходимо пересмотреть все принимаемые им лекарства, поскольку их прием может вызывать тошноту и снижение аппетита.

### **Избыточный вес**

**Причины.** Переедание, особенно злоупотребление пищей, богатой жирами и углеводами, при малоактивном образе жизни. Реже причиной ожирения являются особенности обмена веществ или нарушения гормонального равновесия.

**Последствия.** Ожирение является своеобразным замкнутым кругом. Малая подвижность, бездеятельность, агрессивность и депрессия способствуют увеличению веса. При этом у человека, страдающего ожирением, снижается физическая активность и увеличивается нагрузка на коленные и тазобедренные суставы. Часто отмечается и снижение общей физической силы.

**Что делать?** Уменьшение массы тела благоприятно влияет на сердце и суставы, потому что нагрузка на них снижается. Однако больным старше 70 лет не рекомендуется придерживаться строгой диеты. Связанные с диетой пищевые ограничения часто сопровождаются ограниченным поступлением в организм важных питательных веществ. Особенно это касается белков, минералов и витаминов. Количество энергии, поступающей с пищей, можно ограничить за счет уменьшения потребления углеводов (сахар, сладости, сладкие газированные напитки) и животных жиров. Предпочтение следует отдавать сырам с низким содержанием жира. По вопросам диеты необходимо проконсультироваться со специалистом. Ни в коем случае нельзя приступать к диете самостоятельно.

### **Белковая недостаточность организма**

**Причины.** К белковому дефициту чаще всего приводит недостаточное потребление продуктов животного происхождения (мясных и молочных продуктов, яиц). Белковая недостаточность проявляется уменьшением всасывания белка из кишечника, увеличением его потери при заболеваниях почек и снижением образования энергии.

**Последствия.** При употреблении однообразной, богатой углеводами и жирами пищи вес тела больного может соответствовать норме или превышать ее. В результате приема такой пищи происходит ослабление иммунитета. Человек может стать восприимчивым

к различным инфекциям, заживление ран при этом будет протекать значительно хуже. Уменьшение концентрации белка в сыворотке крови может способствовать развитию так называемых голодных отеков.

**Что делать?** Если общая потребность в энергии с возрастом снижается, то потребность в белке при этом остается прежней. Иногда при заболеваниях и травмах она даже возрастает. Суточная потребность в белке для пожилого человека с массой тела 70 кг составляет 70 граммов. По крайней мере половину этого количества должен обеспечивать животный белок. Растительные белки хуже усваиваются организмом, поэтому их содержание в суточном рационе должно быть выше. Полноценные белки содержатся в продуктах животного происхождения: мясо, рыба, молоко и яйца. Подходящим источником белка является отварное постное мясо (говядина и куриное мясо). Если у подопечного отсутствуют зубы или имеются нарушения глотания, то из отварного мяса можно приготовить фарш. Он пригоден для приготовления супа-пюре и соусов с различными овощами и бульонами. Вареная колбаса не является подходящим источником белка, поскольку часто содержит слишком много жира. Всячески рекомендуются к употреблению рыбные блюда, особенно из салаки. В качестве источника кальция следует потреблять салаку и кильку, вместе с размягченными в процессе тушения костями. Хорошим источником белка является непастеризованное цельное молоко (в обиходе – деревенское молоко). Хотя людям с нарушением холестерина обмена не рекомендуется употребление молока с содержанием жира более 4%.

Если сырое молоко вызывает урчание в животе, газы, понос, можно перейти на кисломолочные продукты (простокваша, кефир, сметана, творог). Потребление белка с пищей должно быть ограничено при заболеваниях почек, протекающих с явлениями почечной недостаточности. При употреблении в пищу мяса и субпродуктов следует быть осторожными и людям, страдающим подагрой.

## **Недостаточное потребление в пище витаминов и минералов**

**Причины.** Если во время болезни происходит потеря аппетита и увеличивается потребность в витаминах, то рекомендуется дополнительный прием витаминов в таблетках. Витаминная недостаточность возникает при однообразном или жестко вегетарианском типе питания. Кроме того, причиной витаминной недостаточности может быть способ хранения и приготовления пищи. Некоторые витамины

утрачивают свое действие при хранении или консервировании. Витаминная недостаточность, обусловленная хранением овощей, чаще всего проявляется весной и известна как «весенняя усталость». У постоянно пребывающего в помещении больного может возникнуть недостаточность витамина D. Уменьшение потребления с пищей мяса ведет к уменьшению запасов железа в организме.

**Что делать?** В аптеках имеются в продаже различные пищевые и минеральные добавки. Подобрать их можно специально для пожилых и больных людей. Для нахождения нужного вам препарата необходимо посоветоваться с врачом или фармацевтом. Суточную потребность в кальции удовлетворяют 2–3 стакана молока или десять кусочков сыра. Человек, находящийся на лишенной молока диете, должен принимать кальций в виде таблеток. Источником железа являются мясные продукты, в дополнение к которым по рекомендации врача можно добавить препараты железа. В меньшем количестве железо содержится и в комбинированных витаминных препаратах.

### **Недостаточное или излишнее потребление воды**

Для нормальной деятельности организма необходимо ежедневно выпивать достаточное количество воды. Потребность в воде для взрослого человека составляет 1,5–2 литра в сутки. Около половины этой потребности удовлетворяется напитками, другая половина едой. Следите за тем, чтобы лежачий больной ежедневно получал чистую питьевую воду. Больному, который не может говорить, рекомендуется регулярно предлагать попить. У больных с заболеваниями сердца и почек следует особенно тщательно следить за водным балансом. При этих заболеваниях может наблюдаться скопление жидкости в организме и возникновение отеков. В то же время применение мочегонных препаратов может способствовать чрезмерным потерям воды, на что указывают возникновение жажды и сухости во рту, головокружения, усиленное выделение мочи. Причиной сухости во рту может быть и повышенное слюноотделение, при котором полезно частое увлажнение рта.

### **Тошнота, рвота и боль в животе**

**Причины.** Из-за болезней органов пищеварения некоторые виды пищи могут стать причиной плохого самочувствия и болей в области живота. По этой причине больной может отказываться от приема еды. С другой стороны, не все боли обусловлены ти-

пом пищи или заболеваниями пищеварительного тракта. Сильный запах пищи или чрезмерно горячая пища также могут вызвать тошноту.

**Что делать?** Для уменьшения тошноты используйте теплую пищу. Питье холодной воды и кисловатого на вкус сока в малых количествах также может уменьшить этот недуг. Если причина тошноты остается неясной, необходимо проконсультироваться с врачом. Тошнотой часто сопровождается прием лекарств. Если у больного наблюдается рвота, то в этот момент следует отказаться от кормления. После рвоты необходимо прополоскать рот. Затем можно предложить больному выпить воды и, в случае улучшения самочувствия, вновь попытаться покормить его.

## Запоры

**Причины и последствия.** Малая физическая активность и сидячий образ жизни часто сопровождаются запорами, что, в свою очередь, вызывает чувство тяжести и дискомфорта в животе и тем самым еще уменьшает аппетит.

**Что делать?** Для предупреждения запора необходимо потребление пищи с достаточным содержанием балластных веществ. Балластные вещества содержатся в пище растительного происхождения; особенно полезны корнеплоды и овощи. Пища, богатая фруктами и овощами, снижает риск возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, некоторых видов опухолей и диабета II типа. Считается, что содержащиеся в растительной пище вещества способны замедлять процессы старения. Хлеб содержит больше пищевых волокон, чем белая булка, от которой можно и вовсе отказаться. Особенно подходит для еды продающийся в большом ассортименте зерновой хлеб с отрубями. На равновесие присутствующих в кишечнике бактерий хорошее действие оказывают кефир и простокваша. Для предупреждения запоров нужно употребление достаточного количества жидкости в течение дня. Рекомендуются выпивать 1–2 стакана воды утром натощак и стакан сока, разбавленного водой, перед завтраком. Еду полезно запивать простоквашей, водой, слабосоленой минеральной водой или квасом. Усилению пищеварения способствует употребление в пищу пшеничных отрубей. Подходят льняное семя (одна-две столовые ложки по утрам, используйте как добавку к кисломолочным продуктам и кашам), сухофрукты, солодовый экстракт (добавляйте по одной столовой ложке в кисломолочные продукты, каши или тесто).

## КОРМЛЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Для облегчения больному приема пищи необходимо создать более удобное положение в кровати, близкое к естественной физиологической позе приема пищи и питья. Прежде, чем кормить больного, нужно убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Если больной нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их исправности. От того, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи.



Если Ваш больной в силу своего общего состояния не может самостоятельно сидеть, пить и есть, его необходимо кормить непосредственно в постели. Нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой, потому что при этом надгортанник открывает вход в трахею и больной может поперхнуться. Кормить больного надо с маленькой (чайной или десертной) ложки. При кормлении голову больного надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок больному подкладывают левую руку и, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее. Правой рукой в это время подают больному ложку с пищей. Поить больного можно также с ложки. Жидкость так же давать с чайной или десертной ложки. Если больной может и хочет пить сам, то нужно поддерживать ему голову и шею через подушку так, чтобы ему было удобно пить. Больному, который не может сесть и поднять голову, нужно приобрести поильник, бутылочки с соской, употребляемые для маленьких детей. Для того чтобы ослабленный больной или больной с нарушением координации движений мог лучше удерживать поильник, используют специальные поильники с двумя ручками. Лучше иметь два таких сосуда: один для горячих напитков (чай, бульон), другой – для холодных. Можно использовать для питья также пластиковые соломинки, с помощью которых можно пить из любого сосуда, не меняя своего положения в кровати. Поить больного надо понемногу и часто, ослабленным больным надо давать время для отдыха между глотками.

Перед едой больного необходимо усадить в кровати, приподняв ему немного спину и поддерживая ее подушками. Если больной может двигаться, его нужно посадить в кровати, свесив ноги, под ноги поставить маленькую скамеечку для создания устойчивого положения. Убедитесь, что Ваш больной находится в правильном положении для приема пищи. Затем больному вымыть руки, умыть, приче-



сать, поправить одежду. Грудь больного прикрыть салфеткой, заложенной под подбородок. Для этой цели можно использовать полотенце или клеенчатый фартучек. Больной должен иметь свой столовый прибор, к которому он привык. Еду можно подать на подносе, выбрав нужную посуду, если еда подается в тарелке, следить, чтобы она лежала горкой. Если необходимо, пищу можно измельчить, например, нарезать овощи, мясо, рыбу разломить на кусочки. Если больному удобно, он может есть с подноса, или еду поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой. Чтобы посуда не скользила и была устойчива

во время еды, нужно использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды.

Важно убедить больного, по возможности, есть самому. Во время еды Вы можете поддерживать его за локоть, если у больного слабость в руке.

Для больных, вынужденных долгое время оставаться в постели, например, медленно выздоравливающих после тяжелой болезни или хронических больных, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к частой еде. Для этого можно использовать прикроватные столики.

Для облегчения приема пищи можно использовать вспомогательные приспособления, специальную посуду, например, вилки с эластичным ободком, тарелки с высокими бортиками, которые предотвращают риск уронить пищу.

Пластиковые рукоятки для столовых приборов улучшают способность захвата их рукой для больных, имеющих проблемы с движением кисти. При нарушении движения кисти, пальцев или руки рекомендуется применять вилки или ложки с шарнирным механизмом. Больным с ограниченной свободой движения можно использовать удлиненные вилки и ложки, которые с помощью шарнирной гайки крепятся в удобном положении, облегчая прием пищи.



Для пациентов с ослабленными хватательными движениями рекомендуются ножи со специальной пластиковой ручкой. Ножи с закругленными краями могут использоваться пациентами, имеющими только одну руку. Для более эффективного разрезания пищи можно использовать пилообразные ножи.



Для того, чтобы облегчить питье пациентам с утратой хватательных движений, рекомендуются чашки на подставках, кружки с двумя ручками. Чашки с вырезом для носа могут использоваться пациентами с ограничением движения шеи. Они обеспечивают правильное положение подбородка во время питья. Чашка со съёмной крышкой, снабжённая носиком, ограничивает проливание и протекание жидкости при питье. Кружки с широким дном обеспечивают устойчивость.

Вспомогательные приспособления, облегчающие прием пищи и ее приготовление, особенно полезны больным, которые во многом самостоятельны и могут обходиться без посторонней помощи.

После еды предложить больному воду для полоскания рта. Затем вытереть рот больного салфеткой, вымыть руки, если необходимо, вымыть лицо больного, убрать посуду и навести порядок на столе. После приема пищи больного удобно уложить в кровать.



## ДОСУГ БОЛЬНОГО

В процессе нормальной жизнедеятельности человек занят множеством повседневных дел: профессиональной деятельностью, домашними делами, общением с людьми, сном, отдыхом, досугом. Досуг подразумевает такой род занятий, которые дают человеку ощущение удовольствия, приподнятого настроения и радости. Досуг необходим людям для того, чтобы расслабиться, снять стресс, почувствовать физическое и психологическое удовлетворение, разделить свои интересы с друзьями и близкими, завязать общественные контакты и получить возможность самовыражения или творческой деятельности.

Досуг и отдых могут включать следующие виды деятельности:

- спорт или разнообразная физическая активность (роль зрителя, участника, тренера или другая деятельность);
- художественная деятельность (живопись, рисование, литературное творчество);
- поделки (вышивание, вязание, различное ручное творчество);
- забота о животных;
- хобби (разнообразная деятельность по интересам);
- игры (настольные, компьютерные игры);
- развлечения (просмотр телепередач, фильмов, чтение литературы, прослушивание радиопередач);
- общение с другими людьми (телефонные разговоры, написание писем, приглашений, организация и посещение вечеров и других развлекательных мероприятий).

Жизнь человека не является полноценной, если не реализуется его право на отдых, на предпочтительные формы проведения свободного времени.

Во время тяжелой болезни прекращается нормальное течение жизни. В силу вынужденного, чаще всего лежачего положения человек ведет малоподвижный образ жизни. Его томит монотонность жизни, он страдает от скудости происходящих событий. Человек находится во власти болезненных переживаний, тревожных мыслей о своем здоровье, будущем. Он вынужденно бездельничает. У многих больных развивается депрессия. Если такое положение продолжается длительное время, постепенно теряются навыки не только профессиональные, но и самые простые, бытовые, такие как навыки ходьбы, одевания и пр.

В связи с этим организация досуга является одним из важных элементов реабилитации и ухода за больными, инвалидами и по-

жилыми, так как они не заняты в трудовой сфере деятельности в связи с болезнью.

Основными задачами правильно организованного досуга больных людей являются:

- разрушение монотонности больничного (особенно, постельного) образа жизни;
- поднятие настроения, создание положительных эмоций;
- выработка установки на излечение, на возвращение к труду;
- сохранение двигательной активности в пределах возможного;
- борьба с тревогой и депрессией;
- поддержание познавательных способностей;
- повышение самооценки.

Нужно помочь больному определиться в выборе формы досуга, внимательно изучить его интересы и наклонности, определить способы адаптации больного для облегчения его участия в проведении досуга и отдыха. Некоторые формы досуга могут помочь больному в восстановлении утраченных функций в результате болезни. Например, составление пазлов способствует концентрации внимания, развивает внимание, память и мелкую моторику рук, что особенно важно при параличах верхних конечностей. В качестве досуга для лежачего больного можно рекомендовать легкую ручную работу, например, вязание крючком или спицами, вышивание, рисование, написание писем. Часто единственным и доступным для больного является чтение, что оказывает лечебное воздействие на психику больного. Просмотр телепередач или слушание радио, особенно музыкальных программ, также можно использовать в качестве досуга. Просмотр старых фотографий и воспоминания о прожитой жизни создают доброжелательный микроклимат вокруг больного человека, позволяют рассказать о лучших периодах его жизни. Разведение и уход за комнатными растениями является наиболее распространенным и приятным видом досуга для больных, которые не могут выходить из дома. Мелкие домашние животные, например, птицы или кошки, могут скрасить жизнь тяжелобольного человека. Встречи с родственниками, друзьями, разговоры по телефону являются основными занятиями для больных с ограниченной подвижностью. Для больных, находящихся дома, можно использовать настольные игры (шахматы, шашки), математические, компьютерные игры.

## ПРОЛЕЖНИ

Пролежни развиваются у пациентов с тяжелыми заболеваниями, прикованных к постели. Для образования пролежней недостаточно просто длительного пребывания в лежачем положении, необходимы дополнительные факторы, способствующие их появлению. К ним относятся наличие тяжелого заболевания, сопровождающегося снижением защитных сил организма, способности тканей к регенерации. Часто они развиваются у пациентов с серьезной неврологической патологией – инсультами, параличами и т. д. Очевидно, что в происхождении пролежней далеко не последнюю роль играют нарушения иннервации сосудов кожи, благодаря чему и нарушается питание кожи.

Пролежни образуются на участках тела, подверженных наибольшему давлению в той позе, которую долго занимает человек. Так, при длительном лежании на спине пролежни образуются на затылке, в области лопаток, поясницы, крестца, ягодиц, пяток. В положении на боку – на плечах, боковых поверхностях таза и ног. Сначала кожа в этих местах становится красной и отечной, затем начинает отходить в виде тонких пленок, обнажаются более глубокие слои кожи, поверхность которых постоянно влажная, может выделяться сукровичная (розоватого цвета) жидкость. Прогрессирование процесса приводит к появлению довольно глубоких язв. Естественно, что в подобных условиях хорошо размножаются бактерии, поэтому поверхность глубоких пролежней часто покрыта налетом гноя или светлым пленчатым налетом. Характерно, что пролежни в большинстве случаев не вызывают боли, особенно глубокие (однако это наблюдается не всегда).

### **Памятка для пациентов (родственников) по профилактике образования пролежней**

Профилактика – лучшее лечение. Для того, чтобы помочь предупредить у Вас образование пролежней, следует:

- Употреблять в пищу достаточное (не менее 1,5 л) количество жидкости (если нет противопоказаний) и не менее 120 г белка. Белок необходимо «набрать» из разных, любимых вами продуктов, как животного, так и растительного происхождения.

## Памятка для родственников пациента, находящегося на постельном режиме по профилактике образования пролежней

• При каждом перемещении, любом ухудшении или изменении состояния осматривайте регулярно кожу в области крестца, пяток, лодыжек, лопаток, локтей, затылка, большого вертела бедренной кости, внутренней поверхности коленных суставов.

• Не подвергайте уязвимые участки тела трению. При обмывании кожи используйте мягкое жидкое мыло, которое не сушит кожу. Если кожа сухая – пользуйтесь увлажняющим кремом. Мойте кожу только теплой водой.

• Пользуйтесь защитными кремами, если это показано.

• Не делайте массаж в области выступающих костных выступов.

• Изменяйте положение тела пациента каждые 2 часа. Виды положений зависят от заболевания и состояния конкретного пациента. Обсудите это с врачом.

• Проверяйте состояние постели (складки, крошки и т. п.).

• Исключите контакт кожи с жесткой частью кровати.

• Используйте поролон в чехле (вместо ватно-марлевых и резиновых кругов) для уменьшения давления на кожу.

• Ослабьте давление на участки нарушения целостности кожи. Пользуйтесь соответствующими приспособлениями.

• Опустите изголовье кровати на самый низкий уровень (угол не более 30°). Приподнимайте изголовье на короткое время для выполнения манипуляций.

• Не допускайте, чтобы в положении «на боку» пациент лежал непосредственно на большом вертеле бедра.

• Не допускайте непрерывного сидения в кресле или инвалидной коляске, проконтролируйте и помогите выполнить простые упражнения: наклониться вперед, в сторону, приподниматься, опираясь на ручки кресла.

• Уменьшайте риск повреждения ткани под действием давления:

– *регулярно изменяйте положение тела;*

– *используйте приспособления, уменьшающие давление тела;*

– *соблюдайте правила приподнимания и перемещения;*

– *осматривайте кожу не реже 1 раза в день;*

– *осуществляйте правильное питание и адекватный прием жидкости.*

Контролируйте качество и количество пищи и жидкости, в том числе при недержании мочи.

## ПРИНЦИПЫ ОБЩЕНИЯ

Человек не должен оставаться наедине со своими проблемами и здесь главным в его жизни будет общение с близкими, друзьями.

Когда Вы разговариваете с человеком, находящимся на Вашем попечении, используйте следующие принципы общения:

- Создайте комфортную и не отвлекающую внимание больного обстановку.

- До того, как начать говорить, привлечите внимание опекаемого. Если человек чем-то занят, а Ваше сообщение не является срочным, лучше всего на некоторое время отложить разговор с ним.

- Говорите доступным языком. Используйте понятные для больного слова.

- При общении с подопечным не злоупотребляйте медицинской терминологией. Поскольку некоторые люди стесняются обращаться за разъяснением, сообщение может остаться непонятым.

- Не обещайте невозможного.

- Поясняйте свои действия, чтобы его участие в лечении и уходе было осознанным.

- Выбирайте нужную громкость. Говорите достаточно громко для того, чтобы Вас слышали, но не кричите. Громкость, с которой Вам следует говорить, зависит от того, насколько хорошо слышит больной, насколько шумно вокруг Вас, и от того, обсуждаете ли Вы информацию личного порядка.

- Говорите достаточно медленно для того, чтобы четко передать свои мысли и дать больному время услышать и обдумать информацию, а также дать ему возможность как-то отреагировать на Ваши слова или задать вопрос.

- Следите за интонацией Вашего голоса. Прислушивайтесь к интонации собственной речи и следите за тем, чтобы эта интонация соответствовала тому, что Вы пытаетесь сказать. Иногда, когда Вы куда-то торопитесь или Ваши мысли заняты чем-то другим, Вы произносите слова тоном, который не подходит для данной ситуации. Например, если Вы думаете о неприятном разговоре, который произошел у Вас сегодня с водителем автобуса, Ваше раздражение может отразиться на тоне беседы с вашим подопечным.

- Не бойтесь повторяться.

- Проверьте, правильно ли больной Вас понял. Попросите его повторить наиболее важные вещи из Вашего сообщения. В случае если больной Вас плохо понял, Вам придется передать сообщение еще раз, но в измененном виде.

## **ПОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ КОСМЕТИЧЕСКОЙ СЕРИЕЙ ПО УХОДУ ЗА КОЖЕЙ MENALIND® PROFESSIONAL**

Лечебно-профилактическая косметическая серия по уходу за кожей Menalind® professional позволяет повысить качество ухода за кожей тяжелобольных пациентов и имеет следующие преимущества:

- не содержит ингредиентов животного происхождения;
- не содержит красителей;
- нейтральна по отношению к коже и не содержит щелочного мыла;
- обеспечивает необходимый уход за кожей и существенно поддерживает ее естественные защитные силы;
- исключительно экономична в применении;
- подходит для людей всех возрастов, в том числе и для молодых с сухой, чувствительной или поврежденной кожей;
- компоненты, входящие в состав серии, например креатин, пантенол, токоферол, экстракт ромашки, поддерживают регенерацию кожи, ее естественные защитные механизмы и способствуют сохранению ее в здоровом состоянии;
- позволяет быстро и легко выбрать необходимый продукт благодаря оригинальному дизайну упаковки и цветового кода: голубой – очищение, желтый – питание и увлажнение, розовый – защита;
- пиктограмма на упаковке обозначает, для чего применяется косметическое средство.

Для достижения максимального эффекта рекомендуется использовать комплекс косметических средств из дополняющих друг друга линий Menalind® professional: «очищение + питание + защита».

### **Очищение кожи**

Уход за кожей всегда начинается с очищения. Только на чистую кожу можно и нужно наносить питательные и защитные средства, иначе их применение не принесет ожидаемого эффекта.

Для очищения кожи можно использовать разнообразные очищающие средства, в том числе влажные салфетки. Они позволяют отказаться от трудоемкой процедуры мытья больного водой с мылом.



## **Menalind® professional** **Влажные гигиенические** **салфетки**

Протирание салфетками загрязненных участков кожи – удобная замена мытью.

Влажные салфетки используются для удаления любых легких загрязнений на теле, а также для

интимной гигиены лежачего больного при смене подгузника или прокладки. Салфетки большие, их размер 20x30 см, они применяются без воды и мыла. Освежают и дезодорируют, не раздражают кожу, т. к. не содержат спирта. Придают коже ощущение свежести и комфорта. Обеспечивают надежную гигиену и защиту от патогенных бактерий даже при однократном использовании. Салфетки удобны также для протирания всего тела пациента.

*Показания к применению:* удаление легких загрязнений и смена подгузников у пациента.

## **Menalind® professional** **Очищающая пена**

Интимная гигиена без воды и мыла при сильных загрязнениях в интимной области.

Кожа очищается быстро и мягко, смягчающие и увлажняющие кожу вещества обеспечивают при этом полный уход и устраняют неприятный запах.

Выпускается в аэрозольной упаковке, хорошо дозируется и экономно расходуется. Используется без воды и мыла.

*Показания к применению:* интимная гигиена при сильных загрязнениях кожи и смене подгузников после дефекации у тяжелобольного пациента.



## **Menalind® professional** **Моющий лосьон**

За счет мягких, активных моющих компонентов обеспечивает щадящую и тщательную очистку, особенно при сухой и чувствительной коже. Выпускается во флаконах объемом 250 и 500 мл.

Смягчающие кожу вещества, а также натуральные свойства активных элементов креатина, пантенола и

ромашки делают кожу эластичной и способствуют регенерации. Не требует дополнительного смывания.

*Показания к применению:* личная гигиена (обтирание) тяжелобольного пациента в постели.

### **Menalind® professional**

#### **Пена для ванны**

Очищает сухую и чувствительную кожу. Оказывает мягкое воздействие на кожу. Смягчающие кожу вещества, а также натуральный экстракт ромашки и пантенола хорошо воспринимаются кожей. Расслабляющая ванна поддерживает регенерацию кожи и за счет смягчающих масел, пантенола и ромашки защищает ее от высыхания. Рекомендуется применять вместе с маслом для купания.



### **Menalind® professional**

#### **Шампунь**

Очищает волосы и кожу головы мягко и тщательно, при этом оказывает на них благотворное влияние. Шампунь по уходу за волосам Menalind® professional делает волосы ароматными, свежими и легко расчесываемыми.

## **Питание и увлажнение кожи**

Поврежденная кожа тяжелобольного, а также кожа рук человека, который ухаживает за больным, требует дополнительного увлажнения, питания. Поэтому очищение кожи должно дополняться ее обработкой с помощью тонизирующих, увлажняющих, питающих средств.

### **Menalind® professional**

#### **Тонизирующий гель для массажа**

Содержит камфару и ментол, смягчающие кожу вещества, пантенол и ромашку, которые препятствуют высыханию кожи. Улучшает кровоток и обменные процессы в коже.





Поднимает мышечный тонус больных, находящихся на длительном постельном режиме.

Оказывает антисептическое действие.

Применяется не только с профилактической, но и с лечебной целью.

Для лечения пролежней 1-й стадии (реактивная гиперемия) рекомендуется наносить на участки покраснения не менее 3 раз в сутки, при этом обязательно следует освободить от давления покрасневшие участки кожи.

### **Menalind® professional** **Лосьон для тела**

Оказывает продолжительное воздействие при уходе за очень сухой, чувствительной и раздраженной кожей. Комбинация натуральных активных веществ, пантенола и ромашки успокаивает, увлажняет кожу и поддерживает ее регенерацию.



### **Menalind® professional** **Масло для ухода за кожей**

Обеспечивает интенсивный уход за сухими и потрескавшимися участками кожи.

Ценные натуральные масла, витамин Е, пантенол и ромашка поддерживают и успокаивают кожу. Масло для ухода за кожей легко впитывается и не оставляет жирной пленки на коже, снимает зуд и является прекрасной основой для проведения массажных процедур. Рекомендуется для пациентов с сухой, зудящей кожей и для массажа.



### **Menalind® professional** **Крем для рук**

Для ухода за сухой и потрескавшейся кожей рук.

Смягчает и увлажняет кожу рук за счет содержания креатина и пантенола.

Быстро впитывается и не оставляет жирной пленки на коже. У лежачих больных крем можно использовать не только для рук, но и для питания и увлажнения пяток. Ежедневное нанесение крема на



пятки массирующими движениями способствует профилактике пролежней.

Рекомендуется также для защиты рук медицинского персонала и людей, занятых уходом за лежащими пациентами.

## Защита кожи

На заключительном этапе ухода рекомендуется использовать средства, обеспечивающие защиту кожи.



### **Menalind® professional** **Защитная пена (протектор) для кожи**

Легкая пена образует сетчатую защитную пленку, которая сохраняется на протяжении 6 ч. В течение этого времени кожу можно мыть. За счет пантенола и креатина протектор защищает чувствительную кожу, сильно подвергающуюся воздействию раздражителей и давления. Содержит активные вещества в липосомах, благодаря чему оказывает воздействие непосредственно на клетки эпидермиса. Рекомендуется наносить на участки кожи, наиболее подверженные риску развития пролежней. Протектор является незаменимым средством профилактики пролежней.

#### *Применение протектора:*

Тщательно вымыть кожу в интимной области и вытереть насухо, баллончик интенсивно встряхнуть, нанести защитную пену-протектор на кожу и равномерно распределить, дождаться полного впитывания.

#### *Алгоритм применения протектора для кожи:*

1. Встряхнуть аэрозольный баллончик.
2. Нанести на участок кожи пациента небольшое количество пены. На участок кожи 10 см<sup>2</sup> – количество пены-протектора примерно 2 см в диаметре.
3. Равномерно распределить протектор по участку кожи.

### **Menalind® professional** **Защитный крем без оксида цинка**

Образует на поверхности кожи прозрачную защитную пленку. Легко распределяется и впитывается. Содержит креатин, бесаболол (на основе масла ромашки), защищает кожу и снимает воспаление, запатентованный



нейтрализатор запаха. Экстракт гамamelиса смягчает кожу, предотвращает раздражение.

Рекомендуется применять на участках кожи, подверженных воспалению, а на коже интимной области – для защиты от раздражающего действия мочи и кала.

### **Menalind® professional** **Защитный крем с оксидом цинка**

Образует защитную пленку и предохраняет кожу в интимной области от раздражающего воздействия мочи и кала. Защитный крем для кожи включает смягчающие и подсушивающие кожу активные вещества креатина, ромашки, оксид цинка.

Следует использовать как крем под подгузник, нанося на ягодицы больного и на кожные складки в паховой области.

Крем имеет пастообразную консистенцию, наносится тонким слоем и равномерно распределяется по коже. Предохраняет кожу от образования опрелостей и пролежней, поэтому рекомендуется смазывать кремом все кожные складки, особенно у людей с избыточной массой тела, а также у женщин под грудью.

Если у больного выведена стома, то при смене повязки или приемного пакета следует смазывать место вокруг стомы защитным кремом. Он создает на поверхности кожи защитную пленку и предохраняет кожу от раздражений. Крем экономичен в применении, так как наносится очень тонким слоем. Рекомендуется использовать в местах образования кожных складок по всему телу.



### **Эту и другую продукцию, необходимую для ухода за больными, Вы можете приобрести в выставочных залах «Медфарма-Холдинг» по адресам:**

- г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118, тел. (8172) 54-64-54;
  - г. Череповец, ул. Труда, д. 58, тел. (8202) 55-28-38;
  - г. Великий Устюг, ул. Щелкунова, д. 35, тел. (81738) 2-13-45;
- а также в Интернет-магазине по адресу: [www.medfarma.net](http://www.medfarma.net).

**Примечание.** Имеются противопоказания. Перед применением проконсультируйтесь со специалистом.

## ПРОТИВОПРОЛЕЖНЕВЫЕ СРЕДСТВА (ПОВЯЗКИ)



### BRANOLIND N / Бранолинд Н

Для лечения ожогов, трофических и диабетических язв, пролежней, абсцессов, фурункулов, ссадин и других плохо заживающих ран, при трансплантации кожи, для фиксирования расщеплённых кожных трансплантатов.

Мазевая повязка, способствующая грануляции, из крупноячеистой воздухо- и секретопроницаемой хлопчатобумажной ткани, пропитанной безводной мазевой массой с перуанским бальзамом. Перуанский бальзам обладает антисептическим и ранозаживляющим эффектом. Стерильно, запечатано поштучно.

### ATRAUMAN AG / Атрауман АГ

Для ран с повышенной угрозой инфицирования или уже инфицированных.

Серебросодержащая повязка с антибактериальными свойствами из полиамидной сетки, покрытой элементарным серебром. Ионы серебра воздействуют на грамположительные и грамотрицательные бактерии, включая штаммы MRSA.

Стерильно, запечатано поштучно.



### TenderWet 24 active cavity / ТендерВет 24

Повязка, активированная раствором Рингера (регулятор водно-электролитного баланса) и готовая к применению, для тампонирования глубоких ран и полостей.

Предназначена для интерактивной терапии ран во влажной среде, для непрерывного очищения раны, особенно для ран с плохой тенденцией к заживлению, при клинических проявлениях инфицирования раны или при хронических ранах различного генеза, таких как пролежни, трофические и диабетические язвы. Максимальный срок действия повязки – 24 часа. Повязку нельзя резать. Подбирайте повязку под размер раны.





## LUOFUCON (Луофакон)

Лечение «Диабетической стопы», трофических язв, пролежней, ожогов I и II степени, ссадин, рваных ран.

Гидрогель медицинского назначения – это пластифицирующая ранозаживляющая повязка. В состав повязки входят высокомолекулярный полимер на основе полиэтиленоксида и поливинилалкоголя, очищенная вода.

Полимер гидрогеля имеет высокомолекулярную трехмерную сетчатую структуру, которая обладает набухающим свойством, большим количеством гидрофильных групп, удерживающих воду. Вода гидрогеля обеспечивает достаточную влажность для заживления раны, ускоряет процесс аутолитической санации раны, создает благоприятную среду для образования фагоцитарных клеток. Предупреждает образование струпа, уменьшает рубец, препятствует высыханию нервных окончаний, стимулирует рост грануляции ткани. Не прилипает к поверхности раны, и при необходимости, легко удаляется. Предотвращает попадание бактерий в рану. Полупрозрачная, удобна для наблюдения за процессом заживления. Простая в использовании.

## Biatain (Байтэйн)

Губчатые повязки Biatain применяются при лечении широкого спектра экссудирующих ран, включая трофические язвы нижних конечностей, пролежни, ожоги второй степени, донорские участки, послеоперационные раны и абразивные повреждения кожи.

Губчатые повязки Biatain (Байтэйн) на основе трехмерного полимерного материала (вспененного полиуретана) обладают высокими сорбционными свойствами, создают идеальные условия для влажного заживления и обеспечивают эффективный уход за экссудирующими ранами. Губчатые повязки Biatain представлены в адгезивном и неадгезивном исполнении в зависимости от специфических потребностей пациента. Губчатые повязки Biatain демонстрируют превосходную способность впитывать и удерживать экссудат, их можно применять при компрессионной терапии. Благодаря трехмерной структуре полимерной основы повязок экссудат впитывается



локально, при этом повязки сохраняют свою форму и не протекают, защищая околораневую поверхность кожи от мацерации. Наружная сторона губчатых повязок Biatain имеет полупроницаемое водостойкое покрытие, служащее барьером для проникновения бактерий. Губчатые повязки Biatain легко накладываются, а также полностью и безболезненно удаляются из раны. Цветовая индикация позволяет легко определить время смены повязок.



### **SeaSorb Soft (СиСорб Софт)**

Это альгинатная повязка в виде ленты для лечения глубоких экссудующих ран. Показана для ведения ран с умеренной и сильной экссудацией, таких как язвы нижних конечностей, пролежни, диабетические язвы, ожоги II степени.

Волокна альгината кальция и КМЦ переплетены между собой и представляют единую структуру. Волокна альгината кальция и КМЦ набухают, впитывая экссудат. Более того, структура повязки обеспечивает вертикальную абсорбцию экссудата, минимизируя риск мацерации. Альгинатная повязка SeaSorb Soft формирует мягкий когезивный гидрофильный гель. Образовавшийся гель абсорбирует и удерживает экссудат, снижая риск протекания и мацерации околораневой поверхности кожи. Кроме того, гель создает оптимальный уровень влажной среды и снижает болевые ощущения при смене повязки.

### **Askina Transorbent (Аскина Трансорбент)**

Лечение длительно незаживающих ран: трофических язв, пролежней, ожогов, посттравматических и других ран с умеренным количеством экссудата.

Технология Трансорбент содержит запатентованную формулу, которая обеспечивает абсорбцию и поддерживает влажную раневую среду, необходимую для успешного раневого заживления. Состоит из тонкого полиуретанового слоя, непроницаемого для жидкости и бактерий, имеет естественную паропроницаемость, губчатый слой поглощает экссудат и способствует испарению его жидкой части, слой сухого гидрогеля абсорбирует раневую экссудат и поддерживает влажную раневую среду; адгезивный слой фиксируется



только к раневой поверхности и не прилипает к раневой поверхности.

*Преимущества:* Хорошая абсорбционная способность, не прилипает к раневой поверхности, полиуретановая губка придает повязке мягкость и гибкость, атравматичная смена повязки.

**Примечание.** Имеются противопоказания. Перед применением проконсультироваться с врачом.

**Всю продукцию Вы можете приобрести  
в ООО МФК «Медфарма-Холдинг» по адресам:**

- г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118, тел. (8172) 54-64-54;**
- г. Череповец, ул. Труда, д. 58, тел. (8202) 55-28-38;**
- г. Великий Устюг, ул. Щелкунова, д. 35, тел (81738) 2-13-45.**

**Также ООО «Медфарма-Холдинг» всегда имеет в наличии:**

- калоприемники однокомпонентные и двухкомпонентные;
- уропрезервативы и мочеприемники;
- подгузники для взрослых;
- противопролежневые матрасы и подушки;
- инвалидные коляски;
- костыли и трости;
- энтеральное питание;
- зонды и системы для энтерального питания.

## **ПАМЯТКА СТОМИРОВАННЫМ БОЛЬНЫМ по оформлению документов для получения технических средств реабилитации**

1. Заполнить у лечащего врача направление на медико-социальную экспертизу лечебного учреждения (форма 088/у-06).

2. При необходимости получить консультацию по индивидуальному подбору технических средств реабилитации в стомакабинете по адресу:

– г. Вологда, Советский проспект, д. 102б (ГУЗ «Вологодский областной онкологический диспансер»), 5-й этаж; тел. 8 (8172) 75-87-90. Гущина Ирина Дмитриевна.

– г. Череповец, ул. Данилова, д. 15 (МУЗ «Городская больница № 1»), Консультативный центр, каб. № 1; тел. 8 (8202) 57-79-00. Паншина Светлана Владимировна.

3. Заполнить индивидуальную программу реабилитации (ИПР) в учреждении медико-социальной экспертизы (МСЭ) по адресам:

– г. Вологда, ул. Красноармейская, д. 35а, тел. 8 (8172) 54-07-39. Время приема: ежедневно с 8.00 до 13.00.

– Бюро медико-социальной экспертизы № 1. Адрес: 162605, г. Череповец, ул. Милютина, 6. Тел. (8202) 50-36-11.

– Бюро медико-социальной экспертизы № 2. Адрес: 162600, г. Череповец, ул. Мира, 30. Тел. (8202) 56-90-28.

– Бюро медико-социальной экспертизы № 3. Адрес: 162011, г. Череповец, ул. Парковая, 32. Тел. (8202) 22-79-23.

– Бюро медико-социальной экспертизы № 15. Адрес: 162616, г. Череповец, ул. Луначарского, 43. Тел. (8202) 55-77-54.

4. Предоставить необходимые документы (паспорт, справка об инвалидности, ИПР, страховое свидетельство, в случае, если документы предоставляет представитель – паспорт представителя и доверенность) в региональное отделение Фонда социального страхования по адресу:

– г. Вологда, ул. Мира, д. 1 (Многофункциональный центр). Время приема: понедельник – пятница с 8.00 до 20.00.

– г. Череповец, Советский проспект, д. 135, тел.: (8202) 55-03-10. Время приема: понедельник, среда с 9 до 17 часов, обед с 12.30 до 13.30 (для жителей г. Череповца и Череповецкого р-на);

– г. Вологда, ул. Яшина, д. 6, каб. 5, тел.: (8172) 75-79-84. Время приема: понедельник – четверг с 8.00 до 17.00, пятница с 8.00 до 16.00, обед с 12.30 до 13.30 (для жителей Вологодской обл.).



– г. Великий Устюг, ул. Дежнева, д. 24. Телефон (81738) 24-465. (для жителей В. Устюга).

На основании этих документов Фонд социального страхования высылает по почте направления на получение технических средств реабилитации.

5. Инвалиды, получившие направление в **ООО «Медфарма-СП»**, могут получить технические средства по адресу:

– г. Вологда, ул. Чернышевского, д. 118, тел. 8 (8172) 54-64-54. Время работы: понедельник – пятница с 9.00 до 17.00.

– г. Череповец, ул. Труда, д. 58 тел. 8 (8202) 55-28-38. Время работы: понедельник – пятница с 9.00 до 17.00, перерыв с 13.00 до 14.00.

– г. Великий Устюг, ул. Щелкунова, д. 35 (Аптека № 22). Тел. 8 (81738) 2-13-45; 8-951-747-60-75. Время работы: понедельник – пятница с 9.00 до 14.00.

При получении технических средств реабилитации Вам необходимо иметь при себе паспорт гражданина РФ (инвалида). В случае получения ТСР доверенным лицом также необходимо иметь паспорт доверенного лица, доверенность.

6. Приобрести технические средства реабилитации в количестве установленных норм (необходимо взять кассовый и товарный чек или товарную накладную). Приобрести качественную продукцию по низким ценам можно также в **ООО «Медфарма-СП»**.

7. Документы, подтверждающие покупку, и заявление (при себе иметь ИПР, паспорт инвалида) подаются в региональное отделение Фонда социального страхования (ФСС).

