

ФОРУМ

Долгосрочной Опеки

ISSN 2312-5713

ежеквартальный журнал №3 (3)

сентябрь 2014



**Практика
современного ухода**

Международная
конференция

Seni Cup 2014

Специализация: рекламное СМИ. 16+

seni

НАДЕЖНАЯ ЗАЩИТА И КОМФОРТ ПРИ НЕДЕРЖАНИИ



Дышащий внешний слой

Паропроницаемый внешний слой позволяет коже «дышать», уменьшая тем самым риск возникновения раздражения кожи.



Нейтрализация неприятного запаха

Антибактериальный суперабсорбент не только превращает жидкость в гель, но и нейтрализует неприятный запах.



Эластомерная пряжа без латекса

Все эластичные элементы изготовлены из эластомерной пряжи без латекса, что снижает риск возникновения аллергических реакций у людей, склонных к аллергии на латекс.



Повышенное чувство сухости

Распределительный слой EDS из нетканого материала обеспечивает более быстрое впитывание и равномерное распределение влаги внутри изделия, что значительно повышает чувство сухости.



Широкий ассортимент впитывающих изделий Seni

позволяет сделать оптимальный выбор
в зависимости от индивидуальных потребностей.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ
ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

Учредитель:

Общество с ограниченной
ответственностью «БЕЛЛА Восток»
Генеральный директор —
Е. Горковенко

Юридический адрес:

140300, Российская Федерация,
Московская область, г. Егорьевск,
ул. Промышленная, д. 9

Редакция:

главный редактор К. Н. Кузнецова

Адрес редакции:

г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28 А,
Тел./факс: +7 (495) 726-55-25

Адрес для писем и обращений:

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

Тираж 5000 экз.

Цена свободная

16+

Отпечатано в типографии

ООО «АМП Групп»
129626, г. Москва,
Графский переулок, д. 9, стр. 3
Тел.: +7 (495) 795-23-70

Верстка и редакция:

компания «Человек слова»
www.redcorr.ru
e-mail: glavred@redcorr.ru
Тел.: +7 (495) 508-75-91

форум

Номер 3 (3), сентябрь 2014 г.

Подписано в печать 19.09.2014 г.

Выход в свет 30.09.2014 г.

Использованы статьи из журнала
«МЕДИ: ФОРУМ ДОЛГОСРОЧНОЙ
ОПЕКИ» Общества долгосрочной
опеки и социальной помощи
«Дом под солнцем»
согласно лицензионному договору

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

Дорогие друзья!

В этом номере мы хотим рассказать вам о современных практиках ухода за больными людьми, поделиться опытом II Международной научно-практической конференции «Современные методы в практике ухода за больными», которая была организована при поддержке министерства здравоохранения Новосибирской области, министерства социального развития Новосибирской области, Епархиального Дома милосердия, Новосибирской профессиональной ассоциации специалистов сестринского дела, Новосибирского государственного медицинского университета, Европейского центра долгосрочной опеки при поддержке TZMO SA (Польша).

Основной целью конференции стало знакомство с зарубежным и российским опытом ухода за больными и пожилыми людьми, профилактики и лечения осложнений, связанных с длительным постельным режимом, а также проведение мастер-классов по реабилитации и уходу.

В конференции приняли участие более 700 российских и зарубежных специалистов, руководителей общественных организаций, врачей и медицинских сестер из 16 городов России, а также Германии, Польши, Чехии, Турции, Бельгии.

ООО «БЕЛЛА Восток» выражает огромную благодарность авторам статей.

Редакция журнала
«Форум долгосрочной опеки»

содержание

Теория и практика

- 6 II Международная научно-практическая конференция «Современные методы в практике ухода за больными»
- 8 Контроль затрат, связанных с оптимизацией, и немецкий стандарт экспертов
- 10 Опыт внедрения европейского стандарта экспертов «Укрепление мочевого континенции» на базе отделения сестринского ухода ГБУЗ НСО ГKB № 12

Лечение

- 11 Европейский стандарт местного лечения хронических ран
- 14 Эластическая компрессия как один из методов профилактики тромбозов

Реабилитация

- 17 Роль современных средств ухода в формировании качества жизни клиентов в условиях Новосибирского дома ветеранов
- 21 О работе пункта проката «Территория комфорта» в Новосибирском областном геронтологическом центре
- 23 Особенности работы с детьми в ГАСУ СО НСО «Ояшинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»
- 25 Опыт внедрения обучающих программ домашнего ухода за тяжелобольными и умирающими в «Патронажной службе» КАРИТАС
- 28 Вспомогательные средства реабилитации для улучшения качества жизни людей с ограниченными возможностями

Психологическая служба

- 30 Школа паллиативной помощи. Психологическая поддержка пациента и его родственников
- 33 Оказание психологической помощи родственникам больных

Новости опеки

- 36 Турнир по мини-футболу SENI CUP – 2014
- 39 Европейская школа ухода за тяжелобольными
- 39 Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация. Хронические болезни»

Живите активно!

Недержание ограничивает Вас?
Впитывающие трусы Seni Active – оптимальное решение для тех, кто ведет активный образ жизни. Они надежно впитывают влагу, нейтрализуют запах и надеваются, как обычное белье.

seni

Впитывающие трусы Seni Active подходят как для женщин, так и для мужчин, и доступны в нескольких размерах и 2-х уровнях впитываемости – Seni Active и Seni Active Normal.



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

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

II МЕЖДУНАРОДНАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ В ПРАКТИКЕ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ»

Анастасия Васильевна Семенова,

руководитель отдела по продажам товаров ТМ SENI ООО «БЕЛЛА Сибирь», г. Новосибирск, Россия

16 июня 2014 г. в большом зале дома ученых в г. Новосибирске открылась II Международная научно-практическая конференция «Современные методы в практике ухода за больными». Идея организации конференции в Новосибирске возникла в связи с ежегодным участием в Торуньских днях долгосрочной опеки (ТДДО) в Польше. ТДДО – это встречи профессионалов сферы долгосрочной опеки, работающих в области ухода за тяжелобольными, инвалидами и пожилыми людьми.



Конференции в Польше проводят с 1998 года, число участников – свыше 1000 человек, на конференции имеют возможность встретиться представители всех европейских стран. Высокий уровень представителей гарантирует постоянное сотрудничество с лидирующими организациями в области долгосрочной опеки в мире.

Участие в конференции символично для представителей долгосрочного ухода: дата проведения всегда приходится на сентябрь, а этот месяц – начало приобретения новых знаний и знакомства с новыми людьми. После конференции многие гости из нашего региона признаются, что стали смотреть шире, понимая, что проблемы существуют везде, но важно иметь инструменты для разрешения

таких ситуаций и знать о них. К сожалению, мы не имеем возможности пригласить большинство сотрудников медицинской отрасли на ТДДО, и руководство компании «БЕЛЛА Сибирь» при поддержке Европейского центра долгосрочной опеки при Торуньском заводе перевязочных материалов и Епархиального Дома милосердия в г. Новосибирске решило организовать конференцию в Новосибирске. Идею постарались максимально приблизить к идее ТДДО по составу участников для обмена опытом и знаниями.

Основные направления конференции:

- уход за больными и пожилыми людьми;
- профилактика и лечение осложнений, связанных с длительным постельным режимом;
- психологические аспекты работы с пациентом и его семьей;
- современные средства реабилитации.

Для участия в работе конференции можно было выбрать один из вариантов:

- в качестве слушателя, зарегистрировавшись на сайте конференции www.conf.dmpm.ru;
- в качестве докладчика, отправив тезисы и презентацию доклада организаторам конференции.

Мы пригласили лидеров мнений в области ухода за лежачими больными, которым действительно есть о чем рассказать и чем поделиться.



В конференции приняли участие 49 докладчиков из разных городов и стран, они представили собственный опыт на базе профильных учреждений.

16 июня 2014 г. в доме ученых конференцию открыли доклады пленарной части: выступления доктора наук О. Скупин (г. Йена, Германия), доктора медицинских наук профессора НГМУ Ю.О.Ким (г. Новосибирск), руководителя стационара М. Емиоло (г. Кольбушова, Польша), эксперта TZMO SA П. Хроминьски (г. Торунь, Польша), представителей Университета прикладных наук г. Йены (Германия).

Далее участники конференции направились на выбранные заранее секции.

1. Лечение ран и профилактика заболеваний, связанных с длительным постельным режимом. Место проведения: конференц-зал НИИПК им. Е. Н. Мешалкина. Количество докладчиков – восемь, в том числе один мастер-класс, где наглядным способом, с помощью манекена были продемонстрированы способы лечения ран.

2. Реабилитация и восстановление после тяжелых заболеваний. Место проведения: малый зал дома ученых. Семь докладчиков (в том числе три мастер-класса) смогли раскрыть информацию темы и позволили обменяться опытом практической работы.

3. Организация ухода в стационаре и на дому. Обучение уходу. Место проведения: конференц-зал администрации Советского района г. Новосибирска. Восемь докладчиков поделились информацией и опытом, накопленным в ежедневной работе. Работаящие в одной стране, но в разных регионах специалисты с большим интересом знакомились с тем, как поставлена организация ухода в учреждениях разного типа.

Второй день конференции 17 июня 2014 года открыла Е. Г. Сахарова, заслуженный врач, кандидат медицинских наук, представитель Министерства социального развития Новосибирской области. Она подчеркнула и определила направления развития системы социальной поддержки населения, указав на основные направления в работе. Далее слово было передано докладчикам из разных учреждений и компаний, чтобы была возможность перенять опыт коллег. Второй день насчитывал 22 выступления на самые разные темы. Подробно можно ознакомиться в программе мероприятия на сайте www.conf.dmmn.ru.

Современный медицинский работник обязан быть всесторонне грамотным специалистом, человеком высокой культуры, обладать такими качествами, как сострадание, трудолюбие, добросовестность, честность. А еще

необходимо постоянно учиться, этого требует окружающий мир. Медицина – это именно та область, где можно каждый день научиться чему-то новому.

Несмотря на то что конференция проводится второй раз, в этом году количество участников заметно увеличилось и достигло 800 человек. Это служит для нас доказательством, что инициатива проведения конференции нужна и высоко оценивается участниками. Делаем вывод, что информация, которую получают участники, полезна и используется в повседневной работе.

Наша компания уже получила приглашения от Торуньского завода перевязочных материалов на участие в XVII Международной конференции долгосрочной опеки 22–26 сентября 2014 года. Уверены, что дискуссии, доклады будут ценными, позволят пополнить запас имеющихся знаний и внедрять их в ежедневную работу всем участникам конференции.

Подведение итогов конференции состоялось 17 июня. Всем участникам, посетившим конференцию, были вручены сертификаты международного образца и сборники тезисов.

Благодарим всех участников конференции и ждем на III Международной научно-практической конференции в 2015 году. Оргкомитет приложит все усилия для того, чтобы оправдать ваши ожидания и даже во многом превзойти их. ■



КОНТРОЛЬ ЗАТРАТ, СВЯЗАННЫХ С ОПТИМИЗАЦИЕЙ, И НЕМЕЦКИЙ СТАНДАРТ ЭКСПЕРТОВ

Петр Хроминьски,

международный эксперт Европейского центра долгосрочной опеки, TZMO SA, Польша

В учреждениях здравоохранения известно о том, что самое ценное – это Человек, так как эти учреждения действуют для его добра и призваны служить ему.



©PressFoto/ClipDealerConvisum

Известно также, что здоровье и жизнь человека бесценны, поэтому затраты не должны играть никакой роли... Однако они играют роль, при этом очень большую, так что учреждения очень часто вынуждены искать источники дополнительного финансирования. Тем не менее независимо от того, проводится ли финансирование здравоохранения в данном уч-

реждении на очень высоком или на минимальном уровне, и в первом и во втором случае контроль затрат должен быть одинаковым. Я говорю прежде всего о затратах, связанных с *основными действиями по уходу*. Зная об этом, осведомленные современные учреждения начинают все лучше распоряжаться затратами и все чаще пользоваться современной техникой, инструментами, которые позволяют им в большем

объеме контролировать затраты. Кроме того, техника помогает анализировать прошлые затраты, чтобы лучше планировать будущие. Одним из таких инструментов является программа, систематизирующая обслуживание и анализирующая затраты на изделия для недержания мочи Seniomat.Net. Программа помогает контролировать затраты на уход, связанные прежде всего с расходами на изделия для недержания мочи (для инконтиненции), а также затраты, связанные с расходами на моющие средства и продукцию для ухода. В наше время современные учреждения стараются оптимизировать затраты на изделия для недержания мочи прежде всего посредством диверсификации продуктов. С ростом сознания того, что защита при недержании мочи – это не только подгузники (так называемые закрытые системы), учреждения начинают расширять гамму используемых продуктов, добавляя дешевые варианты. Это, например, анатомические подгузники (так называемые открытые системы), урологические прокладки для женщин и мужчин или впитывающее белье типа pull'on (впитывающие трусики) для людей, пользующихся туалетом самостоятельно. Все это ор-

ганизовано в соответствии с идеей «Не давать пациенту больше, чем ему нужно». Понимаемая так оптимизация ведет к тому, что учреждения перестают заказывать подгузники размеров Medium и Large в пропорции 50/50, а начинают экономить благодаря использованию других продуктов, разных размеров и подбору их не только по степени самостоятельности (мобильности) пациента, но и по степени недержания мочи. Вопрос, который появляется при поиске поставщиков впитывающих изделий, меняется с «Какие изделия самые впитывающие?» на «Сколько степеней впитываемости изделий вы предлагаете?». Подбор впитываемости в соответствии со степенью недержания мочи – это очередной ключевой элемент контроля бюджета учреждения. Появляются IT-решения, которые помогают на основе дневников мочеиспускания оценить степень недержания мочи и подобрать соответствующие изделия, которые должны обеспечить 100%-ю защиту нашего пациента, а не 200%-ю. Благодаря таким решениям можно избежать ситуаций, когда пациент:

- с катетером использует подгузники с очень высокой впитываемостью;
- с размером medium (средний) использует размер XL (extra large, очень большой);
- с легким недержанием мочи пользуется защитой с впитываемостью для тяжелой степени недержания.

Также находится экономичное решение для людей с каловым недержанием, где впитываемость продукта перестает иметь ведущее значение.

Однако не только IT-решения помогают современным учреждениям. В Европе группы независимых экспертов разрабатывают новые стандарты ухода: не ищут самые новые и дорогие решения, а показывают такие стандарты ухода, которые поддерживают

вышеперечисленные цели. Самым лучшим примером может быть немецкий стандарт экспертов «Поддержка мочевого континенции (сознательное выделение мочи в нужный момент и в нужном месте) в уходе», разработанный группой из 12 независимых экспертов в рамках DNQP (Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege) – немецкой сети для развития повышения качества ухода. Эта группа экспертов, создавая стандарт, заметила, что часто после принятия пациента в учреждение его степень недержания мочи ухудшалась. Парадоксально, но это было связано с очень высоким уровнем ухода и отличным обеспечением пациента впитывающими изделиями – ему давали *больше, чем было необходимо*.

Сегодня эксперты советуют при приеме в учреждение определять профиль континенции пациента (шесть степеней), прежде всего затем, чтобы как минимум поддерживать на прежнем уровне установленный профиль, а если есть возможность – поддерживать па-

циента в достижении более высоких уровней в сторону полной континенции, т. е. удержания мочи. Кроме того, эксперты заметили, что человек, который требует ухода, связанного с недержанием мочи, требует больше времени на уход и большего снабжения впитывающими изделиями.

Таким образом, кроме психосоциальных последствий, обнаружили финансовые последствия для учреждений. Чем большую степень недержания имеет пациент и чем более он не самостоятелен, тем больше затраты на работу медперсонала и на впитывающие изделия.

Конечно, эксперты указывают на это как на один из элементов, являющихся результатом проблемы людей с недержанием мочи в учреждениях, а также при амбулаторном лечении. Тем не менее все рекомендации, касающиеся возможного внедрения стандарта, кроме действия на благо пациента, добра человеку, помощи пациенту, поддерживают контроль расходов, связанных с базовым уходом в учреждениях. ■



©PressFoto/Andy_Dean_Photos



Опыт внедрения европейского стандарта экспертов

«УКРЕПЛЕНИЕ МОЧЕВОЙ КОНТИНЕНЦИИ»

на базе отделения сестринского ухода ГБУЗ НСО «ГКБ № 12»

Ярослав Александрович Фролов,

главный врач ГБУЗ НСО «ГКБ № 12», г. Новосибирск, Россия

Исходя из задач, поставленных при реализации проекта «Оптимизация использования абсорбирующего белья», в отделениях больницы в работе с пожилыми пациентами стали широко применяться средства гигиены и ухода за кожей, абсорбирующая продукция.

Получив опыт плотной работы с данными продуктами, администрация больницы провела анализ. Результаты довольно оптимистичные:

1. В течение года у маломобильных пациентов не появлялись пролежни.

2. В течение года снизились расходы учреждения на уход за данной категорией пациентов и ее лечение, как непосредственные, так и косвенные (амортизация прачечного оборудования, расходы на приобретение стиральных порошков и моющих средств, на коммунальные платежи и заработную плату младшему медицинскому персоналу и сотрудникам прачечной).

3. Снизились трудозатраты персонала.

4. Снизилось время пребывания пациента на койке за счет снижения времени ухода.

Администрацию больницы заинтересовали результаты, и было решено систематизировать опыт использования продукции TZMO SA с целью дальнейшей оптимизации рабочих процессов.

Данный интерес поддержал генеральный директор ООО «БЕЛЛА Сибирь» Гжегож Сулковски. Был реализован совместный проект по обучению персонала больницы в рамках стандарта европейских экспертов – поддержание мочевого континенции в уходе, оптимизация

использования впитывающих изделий Seni.

Наши ожидания от проекта:

1. Стандартизация накопленного опыта применения впитывающих изделий, средств гигиены и ухода за кожей.

2. Оптимизация рабочих процессов.

3. Получения новых технологий ухода.

4. Получение рекомендаций о рациональном составлении заявки на закупку впитывающих изделий, средств гигиены и ухода за кожей.

Проект был реализован на базе ГБУЗ НСО «ГКБ № 12» при непосредственном участии независимого эксперта TZMO SA и TZMO Deutschland GmbH Петра Хроминьски.

В обучении приняли участие около 30 медицинских сестер ГБУЗ НСО «ГКБ № 12». В процессе обучения были проведены практические и теоретические занятия с медицинским персоналом в рамках стандарта европейских экспертов – поддержание мочевого континенции в уходе, оптимизация использования впитывающих изделий. Администрация больницы получила рекомендации об оптимизации рабочих процессов в рамках стандарта европейских экспертов, рекомендации о рациональном составлении заявки на закупку впитывающих изделий, средств гигиены и ухода за кожей.

В конце проекта была проведена городская конференция на тему «Особенности лечения и ухода за пациентами пожилого возраста». В работе конференции приняли участие представители Департамента по социальной политике мэрии города Новосибирска, главные геронтологи МЗ НСО и мэрии города Новосибирска, представители ООО «БЕЛЛА Восток» и «БЕЛЛА Сибирь», делегаты от лечебных учреждений и учреждений социальной защиты города Новосибирска.

Благодаря полученным рекомендациям была оптимизирована закупка впитывающих изделий, средств гигиены и ухода за кожей. Несмотря на то что сумма средств, выделенная на закупку данной продукции, осталась прежней, ассортимент был расширен на 23 %. В результате большее количество пациентов получило возможность использовать эту продукцию.

Благодаря широкому применению абсорбирующей продукции постельное белье, применяемое в стационаре, перестало загрязняться от недержания мочи и/или кала. Это позволило полностью отказаться от идеи использования больничной прачечной, заключить договор в рамках внешнего аутсорсинга с муниципальной прачечной, что привело к значительной экономии бюджета учреждения.

Опыт, полученный в рамках проекта, был изложен в методических рекомендациях и неоднократно освещен на городских и областных конференциях, а также на III Всероссийском съезде геронтологов. ■

ЕВРОПЕЙСКИЙ СТАНДАРТ МЕСТНОГО ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКИХ РАН

Малгожата Емиоло,

руководитель стационара для тяжелобольных, г. Кольбушова, Польша

Следовательно, необходимо как можно более оперативно внедрить правильную стратегию местного лечения хронических ран, основанную на многолетнем опыте и научных доказательствах. Такой подход позволит уменьшить степень смертности пациентов, снизить затраты на их лечение, а также значительно улучшить для них качество жизни и медицинской помощи.

Необходимо задать себе вопросы: на чем основывается стратегия местного лечения хронических ран и с помощью каких перевязочных материалов можно достигнуть успеха?

Вылечить хроническую рану – это успех как для врачей, так и для медсестер, совместно работающих над данной проблемой. Об этом знает каждый, кто хотя бы раз пытался решить эту задачу. Лечение труднозаживающих ран, на мой взгляд, – это вызов, который мало кто принимает. Именно поэтому случаи успешного лечения хронических ран так обнадеживают и приносят удовлетворение.

Для ответа на вопросы, заданные выше, постараюсь донести информацию о том, как выглядит действующий в Польше стандарт

Проблема хронических (труднозаживающих) ран является очень серьезной и представляет собой огромную задачу для системы здравоохранения по всему миру. В развитых странах проблема хронических ран встречается у 1–1,5 % населения по крайней мере один раз в жизни. Учитывая масштаб проблемы, особенно важно оценить стоимость лечения. Экономический анализ указывает на увеличение связанных с этим финансовых затрат в разных странах. В Европе средняя стоимость одного пребывания в больнице и лечения пациента с язвой голени составляет 6650 евро, а лечение диабетической стопы обходится в 10 000 евро. Затраты, связанные с лечением хронических ран, поглощают 2–4 % бюджета здравоохранения Европейского союза, и, что еще более важно, они будут систематически расти. Это связано с демографическими показателями, которые говорят о старении населения.

лечения хронических ран, идея которого взята у Европейской ассоциации лечения ран (EWMA – European Wound Management Association).

Концепция (стандарт) TIME была разработана группой специалистов из организации EWMA еще в 2002 году и опубликована в 2003 году. Затем она стала действующим стандартом местного лечения хронических ран в Европе, а спустя несколько лет – в Польше, под влиянием Польской ассоциации лечения ран (PTLR – Polskie Towarzystwo Leczenia Ran).

Концепция TIME направлена на систематизацию методики оценки раны и способа ее лечения с использованием специальных повязок. В данном случае задачей

специальных повязок является обеспечение оптимальных условий в самой ране: поддержание оптимального уровня влажности, защита от дальнейших повреждений старых (некротических) и новых (вновь образованных) тканей, защита раны от вторичной инфекции и в целом коррекция неблагоприятных условий, которые могут способствовать задержке заживления раны.

TIME – это акроним, который происходит от английских слов:

T – tissue (ткани);

I – infection, inflammation (инфекция, воспаление);

M – moisture (влажность);

E – edge, epithelization (края раны, эпителизация).

T Очистление раны от некротической ткани

I Контроль инфекции и воспаления

M Поддержание оптимальной влажности

E Стимуляция процесса эпителизации

**T – tissue –
очистление раны
от некротической ткани**

Некротические ткани значительно ухудшают заживление раны или даже предотвращают его, являясь питательной средой для микроорганизмов, что способствует дальнейшему развитию воспалительного процесса в ране. В настоящее время существует три варианта удаления некротических тканей:

1. Хирургическое удаление (хирургическая обработка раны) – инвазивный метод, относительно простой и быстрый. К сожалению, можно применить не у всех пациентов. Недостаток метода в том, что он может привести к усилению кровотечения из раны и вызвать у пациента нежелательные болевые ощущения.

2. Ферментативное удаление включает назначение мазей или кремов, содержащих ферменты, которые обладают свойствами разложения белков и нуклеиновых кислот. Их использование ускоряет растворение некротических тканей. Однако, исходя из моего почти 20-летнего опыта, я бы не рекомендовала данный метод (моя позиция соответствует руководящим принципам PTLR – Польской ассоциации лечения ран), поскольку он не дает ожидаемых результатов, а также значительно усиливает боль при манипуляциях в ране. Кроме того, можно попробовать альтернативные методы очищения раны от

мертвых тканей с помощью личинок зеленых мясных мух (лат. *Lucilia sericata*).

3. Аутолитическое удаление предусматривает изменение окружающей среды от сухой к влажной, что стимулирует клетки к увеличению выработки ферментов (повышение активности макрофагов и нейтрофилов) и создает условия для размягчения струпа, стимулирует рост грануляций. Этот процесс не такой быстрый, как хирургический метод, но гораздо безопаснее для пациента, так как не вызывает осложнений в виде усиления боли и кровотечения.

**I – infection –
контроль инфекции
и воспаления**

В хронической ране происходит ее колонизация болезнетворными микроорганизмами и инфицирование. Вероятность инфицирования зависит от состояния иммунной системы пациента, колонизация микроорганизмами – от их вида и количества.

Инфекция будет проявляться всеми признаками воспаления, такими как отек, покраснение, повышение температуры тела, боль и нарушение функции пострадавшего органа. Об инфицировании также будет свидетельствовать чрезмерное количество экссудата и запах из раны. Симптомы могут как возникать локально, так и распространяться на весь организм.

**M – moisture –
поддержание оптимальной
влажности в ране**

В течение нескольких десятилетий метод влажного заживления ран стал широко распространенным. Он ускоряет заживление хронических ран до 50 %, позволяет обеспечить оптимальный уровень влажности в ране и создает необходимые условия для лечения.

Здесь происходят следующие процессы: контроль количества экссудата, другой способ увлажнения сухой раны, поглощение избыточного экссудата из раны типа «расплывчатый некроз» или поддержание влажной среды в ране, в которой происходит формирование грануляций и эпителизация.

**E – edge –
стимуляция эпителизации**





Эпителизация начинается от краев раны. Для этого должны быть выполнены следующие условия: рана очищена от некротической ткани и колонизирующей ее болезнетворных микроорганизмов, сохранен необходимый уровень влажности. После формирования грануляций идет эпителизация.

На мой взгляд, правильной задачей повязки на данном этапе является защита новообразованных тканей, предотвращение проникновения микроорганизмов и поддержание оптимальной влажности в ране.

Еще одно решение (кроме выбора стратегии лечения), которое нужно принять, касается выбора правильной специальной повязки. Повязка должна соответствовать ране.

Мое предложение представлено в таблице ниже. Упомяну лишь, что оно поддерживается восьмилетним опытом в работе со специальными повязками производства Toruńskich Zakładów Materiałów Opatrunkowych S. A. (TZMO SA, Польша). ■

ВЫБОР ПОВЯЗКИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТИПА РАНЫ: ЧЕТЫРЕ ШАГА К УСПЕХУ

Стадия заживления	Цвет, состояние раны	Задача	Рекомендованная специальная повязка
T		Очистка раны, стимуляция аутолиза	Medisorb G
I		Борьба с инфекцией, контроль выделения экссудата	Medisorb A, Medisorb P, Medisorb Silver*
M		Стимуляция формирования грануляций, защита новообразованных нежных тканей, удержание влажной среды	Medisorb H, Medisorb A, Medisorb P
E		Оптимизация эпителизации, защита новообразованных нежных тканей	Medisorb H, Medisorb F

* Medisorb Silver на сегодняшний момент недоступен на российском рынке.

ЭЛАСТИЧЕСКАЯ КОМПРЕССИЯ

как один из методов профилактики тромбозэмболии

Ирина Ивановна Карасева,

главная медицинская сестра, КГБУЗ «Красноярская межрайонная клиническая больница № 7», г. Красноярск, Россия

Современные профилактические методы тромбозэмболических осложнений можно разделить на два вида: специфические и неспецифические. Неспецифические методы – это мероприятия по нормализации кровообращения, специфические – это профилактика с применением медикаментозных средств: известные всем антикоагулянты, в том числе гепарин.

Травмы и операции на суставах всегда связаны с высоким риском тромбообразования.

При ортопедических операциях хирург обязательно воздействует на близлежащие сосуды, так как любая травма, в том числе и операционная, может привести к повреждению сосудов. Кроме того, оба процесса являются стрессом для организма, ведущим к гемокоагуляционным изменениям. Эти изменения – защитная реакция, ведущая к остановке кровотока поврежденных сосудов.

Самые тяжелые виды тромбозэмболий – это тромбоз глубоких вен (ТГВ) нижних конечностей и тромбоз эмболия легочной артерии (ТЭЛА).

ТЭЛА, причиной которой является тромбоз магистральных вен нижних конечностей и таза, представляет собой одно из наиболее частых осложнений у больных, перенесших хирургические и иные инвазивные вмешательства. Причиной венозного тромбоза служат стаз крови в венах нижних конечностей, повышенная способность крови к тромбообразованию, угнетение фибринолитической актив-

ности крови. Провоцирующую роль играют хирургические манипуляции в области крупных венозных магистралей (операции на коленном и тазобедренном суставах, органах малого таза), другие фоновые виды патологии и состояния, предрасполагающие к тромбозу вен (злокачественные новообразования, ожирение, сахарный диабет, сердечная недостаточность). Кроме того, длительная иммобилизация как в до-, так и в послеоперационном периоде приводит к существенному ухудшению показателей венозной гемодинамики. Острый венозный тромбоз развивается у 30 % оперированных общехирургических больных, у 70–80 % после травматологических и ортопедических вмешательств и более чем у 50 % больных с висцеральными формами рака.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей – тоже очень тяжелое заболевание, к тому же оно часто протекает бессимптомно. Но если симптомы заболевания не распознаны вовремя и не проводится лечение, последствия бывают очень серьезными, не исключен и смертельный исход.

При тромбозе вен нижних конечностей в их полости формируются тромбы или кровяные сгустки, которые препятствуют нормальному движению крови. Со временем они могут закупорить венозный просвет и даже оторваться. Если имеет место нарушение движения крови, где снабжение ею нарушено, то ткани могут отмирать.

Если от вены оторвался кровяной сгусток, то он может оказаться в сердце, легких, других органах. Соответственно, это опасно тем, что может возникнуть инсульт, тромбоз эмболия или инфаркт, а эти заболевания приводят к внезапной смерти или параличу.

Таким образом, пациенты, подвергающиеся эндопротезированию суставов, относятся к группе очень высокого риска развития тромбозэмболических осложнений, что требует обязательного проведения комплексной профилактики.

Цель первичной профилактики в хирургической практике – предупреждение флеботромбозов, методы вторичной профилактики направлены на ограничение тромбоза, лизис тромба, предупреждение его повторного образования и эмболии легочных артерий. В случае предстоящего оперативного вмешательства пациентам со средней и высокой степенью риска ТЭО показаны медикаментозные методы коррекции системы гемостаза.

Существует несколько подходов к коррекции коагуляционных нарушений. Один из них – применение специальных реологических растворов, уменьшающих вязкость крови, улучшающих ее текучесть. Из наиболее часто применяемых в последнее время следует отметить Рефортан, Реополиглюкин, но даже обычный физиологический раствор способен позитивно влиять на реологические свойства крови.

В настоящее время наиболее эффективный метод профилактики – применение антикоагулянтов прямого действия: гепарина и особенно низкомолекулярных гепаринов (НМГ), которые позволяют повысить эффективность профилактики на 35–50 %. Сегодня сложно представить себе проведение операций в отделениях ортопедии и травматологии без использования. Предшественник – нефракционированный гепарин – также применяется, что связано в основном с его низкой стоимостью, а значит, большей доступностью для широкого круга пациентов.

Другим принципиальным направлением профилактики тромбозомболических осложнений является ускорение кровотока в магистральных венах (неспецифическая механическая профилактика венозного застоя). Этому способствует ранняя активизация пациентов в послеоперационном периоде, лечебная физкультура (физические упражнения для ног, применение «ножной педали», обеспечивающей пассивное сокращение икроножных мышц) и профилактическая механическая компрессия нижних конечностей. Механическая компрессия не только уменьшает флебостаз за счет облегчения кровотока по венам, но и способствует фибринолизу. Эффективность компрессионных устройств была доказана при выполнении общехирургических, нейрохирургических и ортопедических операций.

Также механическая компрессия может быть создана с помощью эластичных бинтов или компрессионных чулок, гольфов или пневматических устройств.

Так знание факторов риска у пациента и их оценка при подготовке к хирургическому вмешательству, использование современных методов диагностики и применение современных и эффективных методов профилактики позволяют снизить частоту развития тромбозомболических осложнений.

Известно, что компрессионное лечение применяется еще с античных времен, но только в последние десятилетия эластическая компрессия стала рассматриваться как отдельный и самостоятельный вид лечения – компрессионная терапия.

Компрессионная терапия применяется не только для функционального лечения травм и заболеваний опорно-двигательного аппарата, но и с профилактической целью. Она показана также при иммобилизации суставов, так как не нарушает их целостности и подвижности. В отличие от гипсовых и других повязок применение лейкопластырных повязок и фиксирующих компрессионных бинтов дает возможность лечить травмы опорно-двигательного аппарата с помощью движений.

Наиболее распространенным методом компрессионной терапии следует признать формирование компрессионных биндажей. Это связано с их высокой эффективностью при относительно невысоких затратах. Для создания биндажей используют бинты различных степеней растяжимости. Степень компрессии при использовании бинта прямо пропорциональна растяжимости материала и обратно пропорциональна диаметру конечности. Учитывая сложную и индивидуальную конфигурацию нижних конечностей, адекватное наложение биндажа является сложной задачей не только для пациента, но и для медицинского персонала.



©PressFoto/ClipDealerSean Prior

Рассмотрим терапию эластичными бинтами различной растяжимости:

- короткой (удлинение бинта не более чем на 95 % от исходной длины). К этому типу бинтов относятся MATOPAT IDEAL, MATOPRESS;
- средней (100–110 %). Это бинты MATOKREP COHESIVE, MATOFIX COHESIVE, MATOPAT UNIVERSAL;
- длинной (более 120 %). Это MATOLAST и MATOBAN.

Бинты короткой степени растяжения оказывают высокое рабочее давление и низкое давление покоя. Это важно учитывать при сохранении двигательной активности пациента в ходе лечения.

Бинты длинной степени растяжимости оказывают низкое рабочее давление и высокое давление покоя. Область их применения ограничена профилактикой кровотечений и формирования гематом в ближайшем послеоперационном периоде.

Бинты средней степени растяжимости, занимая срединное положение между коротко- и длиннорастяжимыми бинтами, обладают их преимуществами и могут с успехом использоваться в том и другом случаях. Это делает их универсальными, в том числе и в затруднительных случаях выбора «правильного» бинта. ■



Наборы matopat – помощь в лечении лимфатического отека

Терапевтический эффект:

- уменьшение лимфатического отека
- поддержание положительных эффектов ручного лимфатического дренажа
- повышение эффективности работы сердечно-сосудистой мышцы (увеличение объема транспортированной крови и лимфы)
- ускорение регенерации фиброзной ткани
- уменьшение активности воспалительного процесса в коже

Набор matopat для терапии лимфатического отека включает в себя:

- трубчатый бинт – защищает кожу под компрессионным бинтом
- легкая и пушистая подкладка – заполняет пространство под компрессионной повязкой, защищает кровеносные сосуды и нервные окончания от излишнего сдавливания и повреждения, впитывает пот и отделяемое, снижает риск возникновения раздражения кожи
- набор компрессионных бинтов – обеспечивает постоянное поверхностное давление и увеличение оттока крови и лимфы во время терапии
- гипоаллергенный пластырь – для фиксации компрессионной повязки



1.

ДО ЛЕЧЕНИЯ



2.

ВО ВРЕМЯ ЛЕЧЕНИЯ



3.

ПОСЛЕ ЛЕЧЕНИЯ

ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ПРОКОНСУЛЬТИРУЙТЕСЬ СО СПЕЦИАЛИСТОМ.

На правах рекламы Соответствие подтверждено

Перед использованием, пожалуйста, проконсультируйтесь с врачом или специалистом по реабилитации.

 TZMO SA

www.tzmo-global.com
www.matopat.ru

Горячая линия по России: 8-800-200-800-3

ООО «БЕЛЛА Восток», 140300, Россия, г. Егорьевск, МО,
ул. Промышленная, 9 ОГРН 1047796113485

Роль современных СРЕДСТВ УХОДА в формировании качества ЖИЗНИ КЛИЕНТОВ в условиях Новосибирского дома ветеранов

*Ирина Николаевна Ничволод,
заместитель директора ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов»
по социально-медицинским вопросам, г. Новосибирск, Россия*

В практике медицинского персонала использовался многообразный инструментарий, перевязочный материал из марли, скромные медикаменты для лечения ран, хлопчатобумажное и фланелевое белье для ухода за больными, пребывающими на постельном режиме, отсутствовали специальные средства по уходу за кожей лежачих больных.

Сотрудники учреждений семидесятых годов и даже четверть века назад могли только мечтать, чтобы в процессе лечения и ухода применялись инновационные достижения, постоянно совершенствующиеся материалы и технологии, которые уже появлялись на рынке западных стран.

Дому ветеранов 48 лет. За период своего существования он стал домом для 6060 граждан пожилого возраста и инвалидов. Мощность учреждения – 450 человек. В структуре клиентов учреждения преобладают инвалиды I, II, III групп, численность которых – 271 человек, что составляет 60 % общего числа проживающих. Средний возраст проживающих в учреждении,

ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов» – учреждение с большим опытом социальной работы, история организации которого уходит в 1966 год.

Все медицинские процедуры, приемы ухода, применяемые в работе с больными в системе стационарных социальных учреждений, были заимствованы в здравоохранении России, где не существовало термина «технология ухода».



©PressFoto/yekostock

в том числе в отделениях милосердия – 75 лет.

Наиболее нуждающиеся в уходе – лица с I группой инвалидности, граждане с тяжелыми последствиями травм, больные онкологическими заболеваниями, лица с заболеваниями, вступившими в терминальную стадию.

В учреждении функционируют два отделения милосердия общей численностью 198 коек. 44,7 % наших клиентов проживают в этих отделениях. Из них женщин – 61,5 %, мужчин – 38,5 %, инвалидов – 80,8 %. Каждый из них нуждается в полном постороннем уходе. Перечень услуг, предоставляемых гражданам, в отделениях очень велик. Важно, что в первую очередь человеку оказывают социально-бытовые услуги, чтобы он мог чувствовать себя комфортно.

Обслуживающий персонал помогает преодолеть самые некомфортные последствия физиологических и патологических процессов, создающих угрозу возникновения кожных осложнений в виде мацерации, пролежней. Именно вопросы ухода за кожей и слезистыми оболочками являются основополагающими в гигиене человека.

Знания об уходе за больными, которые получают сотрудники отделений милосердия от медицинских сестер во время тренингов, проводимых старшими медицинскими сестрами, фактически преломляются в практическую деятельность – в социальные услуги. Однако одних знаний недостаточно. Без достаточного материального обеспечения расходными материалами качество услуг не может быть высоким.

Сегодня, в условиях высоких требований к созданию условий достойного проживания в социальных учреждениях, особое значение приобретает характер и качество услуг.

В настоящее время сложно представить себе работу млад-

шего медицинского персонала, медицинских сестер без современных средств ухода за кожей, индивидуальных абсорбирующих изделий, специальных перевязочных средств, одноразовых наборов и прочих инновационных предложений. Инновации позволяют персоналу оказывать услуги качественно и работать в приятной и комфортной обстановке.

Сотрудничеству дома ветеранов с ООО «БЕЛЛА Сибирь» – более семи лет. В нашем учреждении успешно используется продукция по уходу за тяжелобольными компании ООО «БЕЛЛА Сибирь»: моющий лосьон для тела, пенка для мытья и ухода за телом, защитное масло, влажные салфетки для чувствительной кожи, активирующий и регенерирующий гель для тела, защитный крем для тела с цинком, увлажняющий защитный крем для тела.

Практика показала, что средства ухода отвечают характеристикам, заявленным производителем, и являются эффективными.

Каждое нововведение требует полной информации о средствах ухода и правилах их применения. Сотрудники компании организуют обучающие семинары-презентации с представлением продукции, на которых подробно информируют медицинский персонал дома ветеранов.

За последние восемь месяцев в нашем учреждении проведено три семинара с участием старших медицинских сестер, врачей отделений милосердия и социально-медицинской помощи. Последний семинар был посвящен изделиям Matoset и специальным перевязочным средствам.

Представители компании консультируют старших медицинских сестер и врачей отделений с предоставлением образцов средств ухода, специальных повязок. При этом демонстрируют опыт применения и эффективность использования продукции на конкретных

клинических примерах в электронных материалах.

В марте 2014 г. начата работа по применению новых для нашего учреждения специальных перевязочных средств для лечения трофических ран, пролежней разной степени – это повязки Medisorb A, F, G, H, P.

У больной М. для лечения глубокого пролежня размером 8×7 см было решено использовать повязки Medisorb.



После консультации хирурга с учетом фазы течения раневого процесса нами начато лечение пролежня с повязки Medisorb G. На фоне лечебных мероприятий рана очистилась от некротических масс. После этого применяли повязки Medisorb A, далее Medisorb H.

По представленному снимку можно увидеть, что периферическая зона светло-розового цвета – это не что иное, как зона регенерации мягких тканей на фоне лечебных мероприятий и применения специальных повязок. Динамика течения раневого процесса однозначно позитивная. Лечение больной повязками серии Medisorb продолжается. В настоящее время применяется Medisorb F.

При применении специальных перевязочных средств важен правильный выбор повязки, рациональная фиксация повязок, соблюдение сроков фиксации и предупреждение самовольного снятия повязок больными.

При использовании великолепную характеристику получила са-

моклеящаяся лента из нетканого материала – Plastofix, используемая для фиксации разного вида повязок.

В процессе ухода за тяжелобольными применяются абсорбирующие средства: подгузники, пеленки, урологические вкладыши и прокладки.

Необходимо отметить эмоциональную составляющую лиц, получающих уход с использованием современных средств ухода и персонала. Не секрет, что клиенты, пребывающие на постельном режиме и ограниченные в самообслуживании, часто испытывают чувство вины, неловкость, стыд за то, что не могут самостоятельно решать свои проблемы. Психологически, как правило, пациенты подавлены. Если направить к ним врача-специалиста, то у многих будет диагностироваться как минимум субдепрессивное состояние, а то и депрессия.

Уход за больным – это большой комплекс мероприятий. Необходимо, чтобы действия персонала были наполнены не просто набором грамотных действий, но и проявлением заботы о пациенте с максимально тактичным и корректным отношением к нему.

Умелое применение современных средств ухода за кожей, индивидуальных абсорбирующих изделий, специальных перевязочных средств формируют в клиентах чувство уверенности в себе, повышают веру в скорейшее улучшение состояния либо выздоровление, укрепляет доверие к персоналу. Эмоциональный фон меняется на более оптимистичный, что отражается на качестве жизни и выздоровлении. Человек становится более общительным и раскрепощенным, заинтересованным в теле- и радиоинформации, у него возникает желание читать, рисовать, посещать концертные программы.

Родственники, близкие и друзья, посещающие клиентов уч-

реждения, отмечают улучшение психологического состояния близких, а также положительные тенденции учреждения в создании достойного ухода за тяжелобольными людьми с использованием современных средств ухода и лечения. Регулярное применение средств ухода за кожей снижает риск образования пролежней у тяжелобольных, приводит к улучшению состояния кожных покровов, нормализует настроение, повышает жизненную активность человека. Медицинский персонал отмечает удобство применения индивидуальных абсорбирующих изделий, средств ухода за кожей, перевязочных наборов, специальных повязок и материала Plastofix.

Хочу выразить благодарность сотрудникам, создающим ежеквартальник «Форум долгосрочной опеки», за предоставление материала о самых актуальных вопросах ухода за тяжелобольными людьми. На страницах журнала опытом применения совре-

менных средств ухода и лечения различных ран делятся доктора, национальные консультанты, почетные доктора медицинских наук, медицинские сестры – педагоги из Польши, главные врачи социальных учреждений, врачи учреждений России.

Направление политики нашего учреждения на использование современных инновационных средств реабилитации и ухода является одним из факторов повышения конкурентоспособности дома ветеранов на рынке социальных услуг. За понятием качества всегда стоит потребитель, так как именно он выбирает наиболее предпочтительный товар.

Учитывая идеальный баланс цены продукции и ее качества, ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов» планирует продолжить активное сотрудничество с ООО «БЕЛЛА Сибирь» по обеспечению тяжелобольных людей необходимыми современными средствами ухода. ■



©PressFoto/ClipDealer/Alexander Rathes

шаг 1

НЕЖНОЕ ОЧИЩЕНИЕ



Салфетки

влажные
10/80 шт.

Салфетки sensitive

влажные
для особо чувствительной кожи
68 шт.



Лосьон

для тела
моющий, pH 5
500 мл



Пенка

для мытья
и ухода за телом
250/500 мл



Крем

для тела
моющий, 3 в 1
950 мл

шаг 2

РЕГЕНЕРАЦИЯ И АКТИВИЗАЦИЯ



Бальзам

для тела
для сухой кожи
250 мл



Гель

активизирующий
с гуараной
250 мл



Крем

для сухой,
огрубевшей кожи
100 мл



Эмульсия

для тела
для сухой кожи
500 мл



Масло

для ухода
150 мл

шаг 3

ЭФФЕКТИВНАЯ ЗАЩИТА



Крем

защитный
с окисью цинка и синодером
100/200 мл



Крем

защитный
с аргинином и синодером
100/200 мл

Консультации о продукции и заказ бесплатных образцов
по телефону горячей линии Seni: 8-800-200-800-3
(06.00-22.00, кроме выходных и праздничных дней.
Звонки по России бесплатные)

www.seni.ru

О работе пункта проката «ТЕРРИТОРИЯ КОМФОРТА» в Новосибирском областном геронтологическом центре

Тамара Анатольевна Кокорева,

заместитель директора ГАУСО НСО «Новосибирский областной геронтологический центр»,
г. Новосибирск, Россия

По плану реализации долгосрочной целевой программы в течение пяти лет для организации службы проката технических средств реабилитации Новосибирскому областному геронтологическому центру из средств областного бюджета будет выделено более **1,5 миллиона** рублей.

Ожидаемый результат программы – обеспечение средствами реабилитации и ухода не менее **500** граждан пожилого возраста.

В целях реализации программы с 2013 года в ГАУСО НСО «Новосибирский областной геронтологический центр» организована служба проката технических средств реабилитации и ухода «Территория комфорта».

Главной задачей работы службы проката является укрепление социальной защищенности и улучшение качества жизни граждан пожилого возраста и инвалидов, а также иных лиц, оказавшихся в трудной жизненной ситуации.

Основные направления работы службы проката:

- предоставление услуг проката технических средств реабилитации гражданам пожилого возраста и инвалидам;
- оказание помощи клиентам в подборе технических средств реабилитации в соответствии с рекомендациями врача и инди-

Деятельность социальных служб, органов опеки и попечительства Новосибирской области направлена на реализацию масштабных задач, поставленных на федеральном и региональном уровнях. С целью усиления мер по формированию доступной среды для инвалидов и людей с ограниченными возможностями, повышению качества жизни граждан пожилого возраста были сформированы различные программы на уровне правительства. Одним из важнейших мероприятий долгосрочной целевой программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста в Новосибирской области на 2012–2016 годы» является укомплектование средствами реабилитации и ухода пункта проката для граждан пожилого возраста.



©PressFoto/ClipDealer© Robert Kneschke

видуальной программой реабилитации;

- консультирование об использовании технических средств реабилитации в соответствии с инструкцией по эксплуатации;

- информирование и консультирование семей, в которых проживают инвалиды, о вопросах социальной адаптации;

- методическое сопровождение деятельности службы проката.

В настоящий момент служба проката геронтологического центра укомплектована современными средствами, облегчающими передвижение, адаптацию к условиям внешней среды, средствами ухода за больными и пожилыми людьми, медицинскими приборами и тренажерами, предназначенными для контроля за состоянием здоровья, для оказания помощи и лечения, в том числе в домашних условиях, оснащением для активного отдыха.

Два направления работы службы проката геронтологического центра:

- прокат технических средств реабилитации и ухода для использования в домашних условиях (до шести месяцев);

- использование технических средств реабилитации и медицинской техники на базе учреждения.

Технические средства реабилитации и медицинской техники с выдачей на дом:

- костыли;
- ходунки;
- кресла-коляски;
- трости;
- стулья для ванной и душа, кресло-туалет;

- кровати медицинские функциональные;
- противопролежневые матрасы;
- столики прикроватные.

Новое направление работы службы проката Новосибирского областного геронтологического центра – возможность получения в прокат аппаратных средств реабилитации на базе отделения практической социальной геронтологии на срок прохождения курса реабилитации.

Технические средства реабилитации и медицинской техники на базе учреждения:

- массажные аппараты;
- аппарат магнитотерапии;
- тренажер эллиптический;
- гребной тренажер;
- скамья многофункциональная;
- пневмомассажер.

Услугами службы проката «Территория комфорта» на безвозмездной основе уже воспользовалось более 200 жителей г. Новосибирска и Новосибирской области, находящихся в трудной жизненной ситуации, в том числе инвалиды I, II, III групп, граждане пожилого возраста, нуждающиеся в средствах реабилитации по медицинским показаниям (перенесшие травмы, хирургические операции и т. д.).

При этом следует заметить, что две трети клиентов службы проката предпочитают пользоваться услугами на базе геронтологического центра и треть – в домашних условиях.

В целях методического сопровождения данного проекта сотрудни-

ками геронтологического центра разрабатываются методические материалы о социальной адаптации и реабилитации граждан пожилого возраста и инвалидов, о средствах, методах и технологиях ухода за клиентами, ведущими малоактивный образ жизни.

Методические материалы:

- «Организация работы по проведению курса реабилитации клиентов по программе „Мини-профилактикатория на дому для клиентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата“»;

- «Основы ухода за больными людьми в домашних условиях»;

- «Кинезотерапия на разных этапах реабилитации граждан пожилого возраста, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения»;

- «Скандинавская ходьба – универсальная оздоровительная методика для лиц пожилого возраста с учетом индивидуальных физиологических возможностей».

Памятки:

- «Социально-семейная реабилитация постинсультных больных»;

- «Основные проблемы, возникающие при уходе за пациентами с двигательными расстройствами»;

- «Основы безопасного перемещения больных»;

- «Профилактика пролежней»;

- «Занятия на тренажерах»;

- «Как правильно использовать костыли, ходунки и инвалидные коляски»;

- «Служба социального проката технических средств реабилитации и медицинской техники».

В целях ознакомления клиентов учреждения с техническими средствами реабилитации и ухода, а также консультирования об их использовании в геронтологическом центре открыт выставочный зал «Территория комфорта».

С подробной информацией о работе службы проката можно познакомиться на сайте учреждения npgc.narod.ru. ■



©PressFoto/ClipDealerSean Prior

Особенности РАБОТЫ С ДЕТЬМИ В ГАСУ СО НСО «Ояшинский детский дом-интернат для умственно отсталых детей»

Людия Васильевна Чернышева,

заместитель директора по медчасти, Ояшинский дом-интернат для умственно отсталых детей, р. п. Станционно-Ояшинский, Мошковский район, Новосибирская область, Россия

Основной вид деятельности учреждения: стационарное социальное обслуживание детей-инвалидов с четырехлетнего возраста с нарушениями в интеллектуальном развитии, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию и нуждающихся по состоянию здоровья в постоянном постороннем уходе, а также социализация и адаптация молодых инвалидов старше 18 лет.

В детском доме-интернате проживает 440 воспитанников, инвалидов детства.

В структуре дома-интерната четыре отделения:

1. *Отделение милосердия* – 175 мест. Для детей, нуждающихся в постоянной помощи, уходе и лечении.

2. *Отделение психолого-педагогической помощи* – 193 места. Основная задача отделения – социальная реабилитация детей-инвалидов посредством учебно-воспитательных, лечебно-оздоровительных и трудовых мероприятий.

3. *Отделение реабилитации* – 22 места. Организовано для проживания, комплексного обслуживания и реабилитации (сроком на два месяца) детей-инвалидов с сопровождением родителей или законных представителей.

Заболевания нервной системы, связанные с двигательными и умственными нарушениями (детский церебральный паралич (ДЦП), последствия черепно-мозговых травм, воспалительные заболевания головного мозга и др.), традиционно занимают первое место среди причин детской инвалидности. Это наиболее многочисленная группа состояний, приводящих к ограничениям жизнедеятельности, к нарушению социальной адаптации и интеграции в общество.

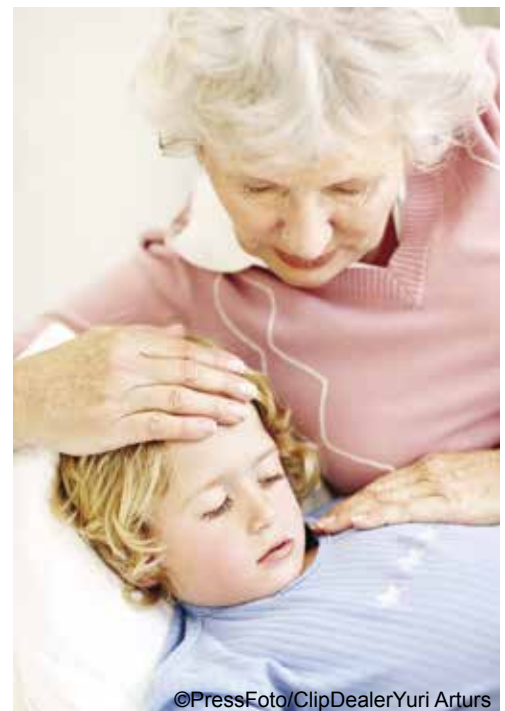
4. *Отделение социально-трудовой реабилитации* – 50 мест. Задача отделения – социализация, социально-бытовая адаптация и социально-трудова реабилитация молодых инвалидов старше 18 лет в условиях сопровождаемого проживания с последующей интеграцией в общество. Основная цель отделения – подготовка молодых инвалидов к самостоятельному проживанию: они учатся применять полученные знания на практике.

Структура контингента по нозологии

1. Умственная отсталость – 45 %.
2. Умственная отсталость в сочетании с ДЦП – 37,5 %.
3. Умственная отсталость в сочетании с эпилепсией – 17,5 %.

Учреждение предоставляет услуги:

- социально-бытовые;
- социально-медицинские;
- психолого-педагогические;
- социально-психологические.



©PressFoto/ClipDealerYuri Arturs

Социально-медицинские услуги

1. Кинезиотерапия: лечебная физкультура, массаж.
2. Механотерапия: занятие на тренажерах, вертикализаторах



Гросса, использование лечебных костюмов «Гравистат» и «Атлант», тренажера с биологической обратной связью «Бослаб Мио».

3. Физиотерапевтическое лечение: электролечение, магнитотерапия, светолечение, тепловые, водные процедуры.

4. Ортопедические укладки (туторы, лонгеты) для профилактики формирования патологических поз и контрактур.

5. Иппотерапия, лечебная верховая езда.

6. Соляная пещера.

7. Кислородный коктейль.

Психолого-педагогические услуги

1. Индивидуальные занятия с логопедом с использованием аппарата с биологически-обратной связью «Бослаб Лого».

2. Индивидуальные занятия с дефектологом.

3. Индивидуальные занятия с психологом в сенсорной комнате.

4. Компьютерный класс.

5. Круговая работа: бисероплетение, творческая мастерская художественного выпиливания лобзиком, домоводство, папье-маше, музыкотерапия и др.

6. Спортивные секции: лыжная, снегоступинг, мини-футбол, бочче, волейбол, легкая атлетика, настольный теннис. Наши воспитанники участвуют в районных, областных, международных соревнованиях.

7. Обучение в школе в специальных коррекционных классах: создано 12 классов.

8. Трудотерапия: воспитанники старше 15 лет обучаются по программе социально-трудовой реабилитации посредством введения в профессию. На базе дома-интерната проводится обучение мало-квалифицированным видам труда по индивидуальным программам: «Уборщик территории», «Уборщик помещения», «Рабочий по уходу за животными», «Растениеводство», обучение основам столярного и швейного дела. В рамках трудотерапии под руководством воспитателей, инструкторов по труду молодые инвалиды занимаются растениеводством, выращивают цветы, овощи, ягоды; работают в подсобном хозяйстве – ухаживают за животными; участвуют в благоустройстве территории.

Ведется социокультурная реабилитация: в выходные и праздничные дни проводятся дискотеки и тематические культурно-развлекательные программы. Организовываются выездные мероприятия в Новосибирск для посещения цирка, зоопарка, кинотеатров.

В отделение милосердия поступают дети со сложной структурной дефектологией, с оставанием в психомоторном, физическом и речевом развитии, требующие постоянной помощи и ухода. В основном это дети с ДЦП.

Для их восстановления требуется большой ежедневный труд и забота всего коллектива, медицинских, педагогических, социальных работников, так как дети самостоятельно не передвигаются, не принимают пищу и не разговаривают.

Современные средства ухода серии Seni Care, такие как моющий лосьон для тела, очищающая пена, защитные масла и кремы для обработки кожи, увлажняющие кремы и подгузники Seni, не только позволяют ухаживать за детьми, предотвращая образование опрелостей, пролежней, но и дают возможность социализировать ребенка: он может

посещать школу, творческие кружки, развлекательные мероприятия, занятия лечебной физкультурой, механотерапией, иппотерапией. Вся работа с детьми-инвалидами – от организации ухода за ребенком до получения профессиональных навыков – направлена на наиболее полную адаптацию и интеграцию в общество. Это длительный непрерывный процесс, требующий совместных усилий медицинского и педагогического персонала.

Мы применяем различные виды восстановительного лечения, которые в комплексе при постоянном воздействии позволяют улучшить состояние ребенка и реализовать его потенциал как в физическом, так и в умственном и эмоциональном плане.

Цель нашей работы заключается в том, чтобы ребенок мог самостоятельно передвигаться, обслуживать себя, а возможно, и получить специальность с последующей социальной активностью в обществе.

Ежегодно из отделения милосердия 9–10 детей переводятся в отделение психолого-педагогической помощи, где начинают обучение; затем они переводятся в отделение социально-трудовой реабилитации, где получают навыки мало-квалифицированного труда.

Дети переводятся в школы 8-го вида, в школу № 152 для детей, больных ДЦП.

Получают профессию в профтехучилище № 22 г. Новосибирска (штукатур-маляр, швея) пять выпускников. Трудоустроены на штатные должности в доме-интернате (уборщик территории, уборщица помещений) 17 детей. Выписаны из учреждения с представлением жилья в г. Новосибирске и области 22 воспитанника.

И пусть процент невысок, но у каждого ребенка-инвалида с психоневрологической патологией, воспитывающегося в условиях дома-интерната, есть шанс социализироваться, найти свое место в жизни. ■

Опыт внедрения ОБУЧАЮЩИХ ПРОГРАММ

НАДОМНОГО УХОДА

за тяжелобольными и умирающими в «Патронажной службе» Каритас



Юлия Геннадьевна Шурус,

национальный координатор программы «Патронажная служба» Каритас, г. Новосибирск, Россия

Узнай о качественном уходе больше: «Патронажная служба» Каритас.

Основной целью проекта «Патронажная служба» является повышение качества жизни тяжелобольных и инвалидов через индивидуальное консультирование и обучение навыкам ухода родственников и соцработников, а также развитие ресурсов самого больного.

Проект «Патронажная служба» открыт для всех людей с потребностью в уходе независимо от религии или конфессиональной принадлежности.

Работая с 2005 года, центры «Патронажной службы» действуют в 10 городах России: Новосибирске, Омске, Ишиме, Барнауле, Челябинске, Волгограде, Саратове, Марксе, Санкт-Петербурге и Тихвине.

Лечит врач – вылечивает ухаживающий

Эта народная мудрость актуальна и сегодня. Но кто выступает в лице «ухаживающего»? На кого ложится груз забот об уходе и сопровождении человека, например перенесшего инсульт или сломавшего шейку бедра?

Конечно же, это родственники, близкие знакомые и даже соседи – люди, не имеющие опыта и навы-

Католическая организация Каритас реализует социальные благотворительные проекты в России с 1991 года. Каритас России является членом международной федерации Caritas Internationalis, работающей более чем в 200 странах мира, поэтому мы имеем возможность получить богатый опыт социальной работы из других стран.

Каритас (лат. caritas – милосердная любовь) – это бескорыстная любовь, основанная не на эмоциях, а на неотъемлемом достоинстве каждого человека.

Мы работаем с разными категориями нуждающихся – это и дети, и одинокие мамы, и бездомные. Также большое внимание уделяется помощи пожилым и тяжелобольным людям.

ка ухода, которые сами нуждаются в поддержке в этот сложный для них период.

Оставаясь один на один с бедой, они часто по незнанию совершают большие ошибки, которые не только затрудняют или замедляют процесс реабилитации и восстановления, но и провоцируют развитие вторичных заболеваний, к которым относятся пролежни, пневмония, тромбозы и контрактуры. Что говорить об этих простых людях без медицинского образования, если бывает, что из стационарных учреждений пациентов выписывают с появившимися пролежнями, которых можно было бы избежать, осуществляя надлежащий уход и наблюдение. Кроме того, у ухаживающих не хватает практических знаний, чтобы не причинить вреда своему здоровью и уберечь свой позвоночник. Все эти факты

указывают на существование проблемы и заставляют нас работать в данной сфере.

Комплексный подход

Помощь медицинского персонала центров «Патронажной службы» носит комплексный характер, ее цель – выявление у клиентов их собственных возможностей и содействие их максимальной самостоятельности.

Индивидуальное обучение и консультации сотрудники «Патронажной службы» проводят в помещениях центра или выезжают на дом к клиенту, чтобы оценить ситуацию больного и рассказать, на что нужно обращать внимание в уходе, как обустроить пространство больного. Медсестра обучает ухаживающего родственника менять подгузники, пересаживать больного с кровати

на кресло-коляску, показывая конкретные методы перемещения человека. В обучении мы терпеливы и прилагаем много усилий, чтобы родственник научился самостоятельному уходу. Так, большое внимание мы уделяем вопросам гигиены тела, так как чистота, сухость и целостность кожных покровов является профилактикой пролежней. В последнее время появилось много инноваций, которые облегчают уход за тяжелобольными. Это подгузники и урологические прокладки, в том числе и мужские, одноразовые пеленки вместо привычной клеенки, средства гигиены, которые можно использовать без применения воды – удобные и практичные. Два года назад мы стали сотрудничать с ООО «БЕЛЛА Сибирь», которое заботится о доступности изделий Seni в Сибири и предоставляет косметику и абсорбирующие изделия для демонстрации на занятиях.

При обучении перемещению больных медсестры «Патронажной службы» руководствуются методом кинестетики (наука о движении, искусство двигаться). Развитие более сложных движений/перемещений (смена положения тела, пересаживание, ходьба) тре-

бует определенных простых двигательных навыков от человека. Если больному помогать осознанно совершать движения и давать возможность самостоятельно находить наилучший вариант перемещения, то будет развиваться его собственная двигательная компетентность.

Обучая внимательно отношению к своим ощущениям во время передвижения, мы помогаем человеку, имеющему ограничения, двигаться с меньшим напряжением, опираясь на полученные знания концепций кинестетики (Kinaesthetics).

Еще одним направлением нашей работы является выдача во временное пользование средств реабилитации и обучение правилам их подбора и использования. Большинство нуждающихся людей не могут себе позволить приобрести инвалидные коляски и ходунки, стулья-туалеты или специальные противопролежневые матрасы, хотя в настоящее время на российском рынке имеется широкий выбор данных средств. Условием для бесплатного получения является постановка на учет по инвалидности и установленная

потребность в рамках индивидуального плана реабилитации. До момента выдачи через фонд социального страхования, по словам сотрудников социальных центров, могут пройти месяцы, и, реагируя на эту проблему, мы можем выдавать средства в прокат на срок ожидания. Зачастую ни родственники, ни медперсонал не осведомлены о разнообразии имеющихся вспомогательных средств передвижения и ухода, которые позволяют увеличить мобильность человека и облегчить его жизнь.

«Нам нужно кресло-коляска!»

Часто к нам обращаются родственники конкретно за получением средств реабилитации во временное пользование. Они считают, что, принеся больному родственнику инвалидную коляску, прикроватный стул-туалет, ходунки или трость, они много для него сделали и решили все его проблемы. Но мы смотрим на проблемы в уходе шире и предлагаем дополнительные услуги по уходу с выходом на патронаж к самому больному. Ведь даже тяжелобольной человек имеет ресурсы, которые необходимо замечать и развивать, тем самым активизируя его самостоятельность. А при совместном взаимодействии и поддержке родственников больным удается достичь хороших результатов в реабилитации.

Например, в центр «Патронажной службы» обратилась Нина за креслом-коляской для мужа, перенесшего инсульт. Узнав о возможности патронажа, она очень обрадовалась. На патронажах мы наблюдаем, как ухаживающий выстраивает действия в уходе, как помогает при вставании, перемещении. Сразу бросилось в глаза, что при подъеме Нина берет мужа подмышки и тянет вверх. Это типичная «хватка», после которой надрываются спины ухаживающих лиц и создаются болевые и неприятные ощущения у больных, так как подмышечная область являет-



ся чувствительной зоной. Мы показываем, как правильно помочь при подъеме человека, чтобы его посадить в кровати, пересадить на кресло-коляску или просто повернуть на бок. В данной ситуации мы также заметили, что диван, на котором лежит больной, слишком низкий и Нина сильно склоняется, чтобы помочь мужу, а это она делает по десятку раз в день, что тоже со временем отразится на ее спине. В таких случаях мы рекомендуем с помощью деревянных брусков или стопки старых книг увеличить высоту кровати или дивана, чтобы он был на уровне колен ухаживающего. При этом решилась еще одна проблема, когда диван стал выше, то оказался практически на уровне сиденья кресла-коляски, и на следующем патронаже мы обучили больного самостоятельно пересаживаться в нее. У современных кресел-колясок боковые ручки опускаются, чтобы облегчить передвижения человека и способствовать его самостоятельности. Это только один случай из нашей практики, но он показывает, что надо смотреть шире на проблему: «Нам нужно кресло-коляска!»

Базовый курс по уходу за тяжелобольным

Каритас разработал базовый курс по уходу, который включает в себя 15 занятий. Наши центры оборудованы как учебно-методические кабинеты, в которых есть необходимые средства реабилитации и средства гигиены для практических занятий. Под руководством медсестер участницы обучения пробуют перемещать тяжелобольного в кровати, бинтовать конечности, проводить изометрические упражнения и другие профилактические мероприятия и гимнастику.

Данный курс разработан для социальных работников, сиделок и медицинского персонала. С 2012 года мы имеем возможность выдавать сертификаты ли-

цензированного образовательного учреждения.

Заботясь о квалификации медсестер «Патронажной службы», в начале проекта сотрудники прошли четырехнедельную стажировку в домах престарелых в Германии, к этому еще добавилось обучение деятельности мультипликаторов по уходу за больными на дому (мультипликатор – распространитель информации, тот, кто может научить), проведенное И. Барден – консультантом Каритас Германии и преподавателем по уходу. Дополнительное обучение прошло в виде интенсивного курса по кинестетике, проведенного преподавателями из Католического медицинского колледжа Менхенгладбаха (KBS) и тренерами из Европейской ассоциации Kinaesthetics (European Kinaesthetics Association, EKA). Мы продолжаем ежегодно углублять знания наших сотрудников, организуя для них тренинги и семинары у ведущих специалистов.

Увеличение интереса к уходу – это показатель того, что постепенно в этой области признают дефицит и пытаются закрыть эти проблемы различными путями в рамках имеющихся возможностей.

Опыт центров «Патронажной службы» в Новосибирске

В 2011 году мы получили предложение начать реализацию проекта в Новосибирске. Так на базе КЦ СОН Кировского района был открыт центр «Патронажной службы», в котором работают две обученные Каритас медсестры.

Проект был настолько востребованным, что в 2012 году мы открыли второй центр «Патронажной службы» на правом берегу совместно с компанией «БЕЛЛА Сибирь», в котором работает одна медсестра.

Медсестры также прошли специальное обучение по методике и дидактике в организации и проведении обучения для групп уха-

живающих за тяжелобольными, а также курс по кинестетике. Этот метод применим в реабилитации после инсульта, в уходе за мало-мобильными тяжелобольными при смене положения тела, с детьми, больными ДЦП. Кинестетика позволяет поддерживать и развивать самостоятельность тяжелобольного, а ухаживающим помогает рационально использовать силы и щадить свое здоровье.

За 2013 год в центры «Патронажной службы» в Новосибирске обратилось 775 человек с вопросами об уходе после инсульта, перелома шейки бедра, ампутации конечности, при пролежнях, недержании, деменции. За год осуществлено 450 патронажей с выездом на дом к клиенту.

В 2013 году групповое обучение прошли около 200 соцработников комплексных центров Новосибирска.

С 2014 года мы начали реализовывать новое направление в своей работе – один раз в неделю медсестра «Патронажной службы» выходит в городскую клиническую больницу в отделение гнойной хирургии, где консультирует родственников и больных об уходе.

Так как основная доля ухода ложится на плечи родственников, нашей задачей является поддержание их с момента нахождения больного в стационаре и повышение качества жизни самого больного. Но и после выписки мы готовы сопровождать больного и его родственников через патронажи, консультации, обучение навыкам ухода на дому.

Страдающий человек особенно нуждается в заботе и внимании, равнодушном отношении к его состоянию со стороны близких. Наша роль – оказать поддержку семье в сложной и незнакомой для них ситуации, помочь своим опытом.

Жизнь человека драгоценна на любом этапе!

И мы должны сохранять ее достоинство! ■

Вспомогательные средства РЕАБИЛИТАЦИИ для улучшения качества жизни людей С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ

Наталья Михайловна Земцова,

заместитель главного врача, Епархиальный дом милосердия, г. Новосибирск, Россия

Отношение к пожилым людям и инвалидам (людям с ограниченными возможностями) – один из лучших определителей состояния общества. Такие заболевания, как инсульт, травмы, состояние после тяжелых операций (на сердце, головном мозге), перелом шейки бедра, часто становятся причиной временной или постоянной нетрудоспособности.



©PressFoto/ClipDealer/Alexander Rath

После инсульта в 80 % случаев наступает инвалидность. Она может выражаться как в тяжелой форме, так и в частичной нетрудоспособности, но статистика неутешительна. Лишь каждый пятый после перенесенного инсульта может вернуться к труду и более-менее нормальной жизнедеятельности. Черепно-мозговые травмы относятся к числу наиболее распространенных видов повреждений, приводящих к инвалидности. Их частота составляет 1,8–5,4 случая на 1000 человек и 30–50 % в общей структуре травматизма. Не стоит забывать, что это в основном молодые люди. Также это касается и пожилых людей, чаще всего причиной инвалидизации является перелом шейки бедра, что резко снижает качество жизни. На инвалидность при повреждениях нижних конечностей приходится от 30 до 40 % общей инвалидности

вследствие повреждений костей и суставов; переломы шейки бедра составляют примерно 6 %. Ситуация чаще всего возникает внезапно, и пациент оказывается не готов психологически, меняется привычный образ жизни, человек становится зависимым от окружающих. Осознание беспомощности наносит дополнительную травму, что отягощает прогноз заболевания и затормаживает восстановление.

Мы не должны забывать об уходе за персоналом или родственниками больного. У них должно оставаться время на общение, работу, отдых. Поэтому с первых дней мы обязаны воспользоваться вспомогательными средствами реабилитации, чтобы максимально сохранить самостоятельность пациента, улучшить качество жизни, дать возможность человеку жить активной, полноценной жизнью, добиваться поставленных целей, творить, быть успешным. Средства реабилитации в первую очередь должны обеспечивать пациенту самостоятельность и быть безопасны в использовании.

Для больных на постельном режиме мы обеспечиваем комфорт, удобство, профилактику ослож-

нений с помощью функциональной кровати, электрической или механической, с поворотным механизмом или без него. Пациент самостоятельно может поворачиваться, присаживаться, пользуясь специальными захватами в виде веревочной лестницы или фиксированного треугольника, чем также обеспечивается непрерывность реабилитационных мероприятий. Тумбочки с поворотным механизмом дают возможность принимать пищу, читать книги, пользоваться электронными устройствами (ноутбук, планшет, электронные книги), заниматься эрготерапией в кровати. При этом применение специальных адаптированных столовых приборов с усиленной ручкой и фиксатором и ограничителя на тарелку позволяет самостоятельно принимать пищу людям с патологией кистей, слабым связочным аппаратом, парезами, параличами верхних конечностей. Это существенно ускоряет восстановление утраченных функций, повышает качество жизни, разгружает ухаживающий персонал или родственников.

При переломе шейки бедра необходимы фиксаторы голеностопа; нивелируя ротацию бедра внутри, они придают конечности физиологическое положение. Этот фиксатор на порядок легче и эргономичнее, чем гипс, что также является профилактикой пролежней. При инсульте с парезами и параличами нижних конечностей пластиковый фиксатор применяется в целях профилактики контрактур как одной из причин инвалидизации пациентов.

При расширении двигательного режима мы предоставляем больному кресла-коляски – механические или с электроприводом. Современные коляски могут использоваться как в домашних условиях, так и на улице, особенно интересны коляски с откидными подлокотниками и спинкой – с такой коляски пациент может самостоятельно перебраться на кровать, санитарное устройство (унитаз), стул, на сиденье в маши-

не – а сама коляска легко вмещается в багажник автомобиля. Пациент может использовать специальное устройство для надевания одежды, носков, устройство для застегивания пуговиц, а также специальные захваты для поднятия мелких предметов с пола и их удержания, что также улучшает качество жизни, самостоятельность и освобождает ухаживающий персонал.

На следующем этапе реабилитации и расширения двигательного режима необходимы ходунки с колесиками или без них, «шагающие» ходунки. Особое внимание нужно уделить ходункам с подмышечными упорами. Пациент при вставании имеет дополнительную опору торса на подмышечных упорах. Ухаживающий персонал или родственники при этом освобождаются от физических усилий для удержания пациента в вертикальном положении.

Для более активных пациентов существуют ходунки со встроенным сиденьем, сумкой. Люди с ограниченными возможностями для уверенности при ходьбе могут использовать трости с насадками «антискольжение» или «антилед».

Для людей с тяжелыми, инвалидизирующими заболеваниями психотравмирующей ситуацией часто является беспомощность и зависимость от ухаживающих в вопросах личной гигиены. Это приводит к тяжелым депрессиям и усугублению основного заболевания. Для постельных больных применяются специальные кресла с санитарными устройствами, что является профилактикой пролежней, помогает ранней активизации пациента, психологической мотивации к самостоятельности и улучшению качества жизни. Для более мобильного больного оформление санитарной комнаты поручнями, держателями, специальные устройства для выдавливания зубной пасты, щетки для мытья с длинными ручками дают возможность пациенту при одной парализованной руке чувствовать себя самостоятельным, что повышает качество жизни и дают время ухаживающему персоналу или родственникам на занятия своими делами.

Для людей с ограниченными возможностями наиболее ценной помощью является помощь в приобретении самостоятельности в активной жизни, приспособленной к новым для них условиям. ■



©PressFoto/Monkey Business

Школа паллиативной помощи. ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА ПАЦИЕНТА И ЕГО РОДСТВЕННИКОВ

Жанна Юрьевна Чичканова,

главная медицинская сестра, КГБУЗ АКОД «Алтайский краевой онкологический диспансер», г. Барнаул, Россия

По данным экспертов ВОЗ, во всем мире отмечается рост числа онкологических заболеваний. Не стал исключением и Алтайский край, где в 2013 г. абсолютное число заболевших составило 9730 человек. В 2013 г. в Алтайском крае у 16,7 % больных (РФ – 21,3 % в 2013 г.) опухолевый процесс диагностирован в IV стадии. Контингент больных со злокачественными новообразованиями, состоящих на д-учете, – 59 230 больных (в 2013 г. – 56 601), это 2,5 % населения Алтайского края.

С течением времени часть этих пациентов будет нуждаться в оказании паллиативной помощи.

В связи с нехваткой среднего и младшего медицинского персонала (как в специализированных клиниках, так и в общей лечебной сети) вся тяжесть ухода за пациентами ложится на плечи родственников, которые не обладают ни специальными знаниями, ни практическими навыками ухода за такими больными. При этом нарушается привычный семейный уклад, меняется психологическая обстановка в семье, мироощущение самого пациента (чувство ненужности, обиды, обиды на близких и т. д.). При ненадлежащем уходе резко ухудшается качество жизни пациентов, что может привести к развитию летальных осложнений.

В последние дни жизни для каждого человека становятся важными такие качества, как сострадание, справедливость, доброта, терпимость, желание помочь ближнему и т. д.

Поэтому в 2011 г. в поликлинике «Надежда» КГБУЗ АКОД мною была организована Школа паллиативной помощи для пациентов и их родственников, основной целью которой явилось улучшение качества жизни паллиативных больных со злокачественными новообразованиями, сохранение человеческого достоинства – ключевой ценности любого общества.

Основные задачи школы:

- оказание относительно недорогой, но качественной медико-социальной помощи;
- снижение стрессов и конфликтов в семье;
- непрерывное обучение медицинского персонала (медицинских сестер и младших медсестер) уходу за паллиативными онкологическими пациентами;
- обучение родственников принципам ухода за данной категорией больных;
- психологическая поддержка пациентов и их родственников;

- психологическая помощь родственникам онкологического больного после его ухода из жизни;

- обучение родственников принципам неотложной помощи;

- знакомство пациентов и их родственников с основными необходимыми юридическими вопросами;

- тесная взаимосвязь с представителями религиозных структур: проведение совместных занятий, консультаций, сопровождение в период различных стадий жизни онкологического пациента.

Очень важно, когда больной и его родственники уверены в том, что за стенами больницы они не окажутся без внимания и должной поддержки, в первую очередь, конечно же, моральной и психологической, которая порой так необходима даже здоровому человеку. Психологическое состояние больного и его близких людей играет важную роль при дальнейшей профессиональной работе.

Зависимость онкологического больного от медиков всегда есть. Он часто не может обойтись и без помощи родственников. Часто больные чувствуют себя неполноценными и униженными. Окружающие должны сглаживать эту зависимость уважительным отношением к больному.

Но есть и другая опасность несоблюдения правильных взаимо-

отношений с больными, особенно если больной с сильным, но неуравновешенным типом нервной системы, признающий лишь авторитетных лиц и относящийся без необходимого уважения к окружающим. Такие больные требуют для себя особого, повышенного внимания. При всем уважении к больному и искренней доброжелательности неуважительного отношения к себе допускать нельзя. Это вредно для лечения, снижает эффективность наблюдения и ухода. При первых признаках неуважения со стороны больного необходимо

сразу же изменить тон во взаимоотношениях с ним. Разговор должен быть четким и лаконичным, лишены недомолвок, сомнений, не допускающим дискуссий о проводимых манипуляциях. При необходимости следует прибегнуть и к повелительному наклонению, не допуская пререканий, не вовлекаться в спор с больным.

Если правильных взаимоотношений с больным решительно не восстановить, можно из союзника в борьбе с болезнью превратиться в союзника в нарушении предписанного врачом режима или в мол-

чаливого соучастника совершения действий и приема средств, не рекомендованных врачом и без его ведома. Потакание больному или фамильярность с ним так же недопустимы, как бессердечие и грубость.

При любых сомнениях в правильности взаимоотношений с больным или при возможных конфликтах необходимо посоветоваться с врачом-онкологом.

Медицинские работники обязаны понимать заболевших и ориентироваться в изменениях их психики. Изменения в психике человека



©PressFoto/StockbrokerXtra

со злокачественной опухолью могут наступить задолго до проявления болезни. Заболевший еще не чувствует боли, а кора головного мозга уже получает сигналы с места начинающегося опухолевого процесса.

Всякое заболевание отражается на психике. При онкологических заболеваниях это выражено более четко. Симптоматика развивающегося опухолевого процесса не кратковременная, а длительная и нарастающая. Это вызывает тревогу. Длительные боли или нарушения функции важных органов (тошнота, отсутствие аппетита, тяжесть в области патологического процесса и др.) делают человека раздражительным, капризным, трудным для семьи и коллектива.

Ограждать больного от травмирующих психику факторов – обязанность тех, кто ухаживает за ним. Отвлекать от болезни, стараться переключить психику на другие впечатления, интересы – оздоровляющий фактор. Отвлекать, но не представлять болезнь как легко преодолимое временное препятствие. Эта тактика не достигает успеха. Больные этому не верят и раздражаются, видя, что их принимают за доверчивых простаков.

Перечислить все правила взаимоотношений с больными на все случаи жизни невозможно. Этого и не требуется: если медицинский персонал и родственники искренне желают оказать посильную помощь и с любовью относятся к подопечным, они всегда найдут нужное слово.

О некоторых больных нужно постоянно заботиться, их нужно периодически подбадривать. Каждое лишнее посещение онколога для них благотворно. Для других оно – источник беспокойства, показатель неблагополучия их здоровья, каких-то ухудшений.

Но при всех состояниях больных, при любом их настроении благожелательность, бескорыстие, искреннее участие и любовь

всегда находят путь к их сердцу. Любовь к больному помогает установить самые благоприятные взаимоотношения с ним и делает наиболее эффективными лечебные мероприятия и манипуляции, но не заменяет их. Онкологический больной требует повседневного, часто тяжелого, иногда незастытого ухода, а также энергичных организационных действий, санитарно-профилактических мероприятий.

Результаты

За 2013 год групповые занятия посетили более 300 медицинских сестер и младшего медицинского персонала; более 500 пациентов и их родственников. Для врачей онкологического центра и ЛПУ общей лечебной сети дважды проводился семинар о современной фармакотерапии болевого синдрома.

Следует отметить, что персонал, пациенты и их родственники с большим желанием посещали занятия.

Работа в школе проводится на безвозмездной основе согласно расписанию, утвержденному главным врачом. Расписание включает многообразные формы работы с медицинским персоналом, онкологическими пациентами и их родственниками. Одной из форм обучения являются групповые занятия: лекции, презентации, мастер-классы, форумы. Групповые занятия проводятся в удобном, оснащенном современной аппаратурой актовом зале, где присутствуют мультимедийные установки, есть радификация и телекоммуникационная связь. Кроме того, широко практикуются индивидуальные занятия и консультации, которые проводятся как при встрече, лично, по телефону, так и при общении online на сайте hospice-home.ru.

В результате работы Школы паллиативной помощи значительно уменьшилось количество жалоб пациентов и их родственников, свя-

занных с особенностями ухода за паллиативными больными на дому.

Увеличилось количество волонтеров из числа родственников онкологических больных, на сегодняшний день – более ста человек.

Уменьшилось количество случаев госпитализации по неотложной помощи паллиативных онкологических больных.

Значительно сократился прием пациентов и их родственников в поликлинике «Надежда» по вопросам паллиативного ухода.

Вырос квалификационный уровень медицинских кадров (врачи, медицинские сестры на амбулаторно-поликлиническом этапе).

Косвенным признаком эффективности работы школы может служить и следующий показатель: количество пациентов, получающих наркотические препараты в городе Барнауле по сравнению с прошлым, 2013 годом достоверно уменьшилось в два раза, средние сроки получения инъекционных наркотических средств составляют три месяца.

Большое значение имеет командный подход в работе врачебного коллектива, когда лечащие врачи рекомендуют всем родственникам проконсультироваться у психотерапевта для выявления и разрешения проблем в общении с пациентами. В дальнейшем родственники, которые готовы консультироваться, посещают школу регулярно.

К своей работе мы также привлекаем для проведения консультативной помощи юриста и социального работника. Чем больше пациент и его семья получают информации, тем активнее становится их жизненная позиция.

Таким образом, работа Школы паллиативной помощи увеличила доступность помощи тяжелой категории онкологических больных, значительно повысила уровень знаний и практических навыков медицинского персонала, словом, доказала свою своевременность, необходимость и эффективность. ■

ОКАЗАНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ родственникам больных

Ольга Николаевна Выговская,

главный врач, Епархиальный дом милосердия, г. Новосибирск, Россия

В 2013 году в Новосибирской области впервые признано инвалидами в возрасте 18 лет и старше 16,4 тысячи человек, из них установлена инвалидность:

- I группы – 18,9 %;
- II группы – 36,7 %;
- III группы – 44,4 %.

70 % впервые признанных инвалидами в возрасте 18 лет и старше находились в трудоспособном возрасте.

В 2013 году социальные услуги гражданам пожилого возраста и инвалидам оказывало 321 учреждение, из них:

- 140 центров (отделений) социального обслуживания на дому;
- 46 служб (отделений) срочного социального обслуживания;
- 44 центра социального обслуживания;
- 41 социально-реабилитационная служба;
- 34 специализированных отделения социально-медицинского обслуживания на дому.

Более 80 % нуждающихся в уходе пожилых людей и инвалидов живут в семьях, за ними ухаживают близкие родственники или друзья, соседи (см. рис. 2, 3).

Ухаживающие родственники подвергаются физической, психической, социальной, материальной нагрузкам. Если не предпринимать никаких мер по снижению нагрузки, предлагая помощь и поддержку со стороны общества, медиков и социальных работников, то эти нагрузки приведут к резкому ухудшению состояния их здоровья и в будущем

Ежегодно численность инвалидов в стране увеличивается на 1 миллион человек. Предполагается, что к 2015 году их количество может превысить 15 миллионов.

По данным Федеральной службы государственной статистики, общая численность инвалидов в Новосибирской области составляла на начало 2013 года 206 тысяч человек. Численность инвалидов на 1000 человек населения по Сибирскому федеральному округу – 92,2 человека.



©PressFoto/tomWang112

кросту числа людей, нуждающихся в постоянном уходе.

Основные вопросы, которые задают родственники:

1. Где взять ресурс, чтобы выжить в этой ситуации самому и помочь заболевшему?
2. Как найти ту грань сдержанности и свободы выражения чувств, чтобы не навредить?

3. Имею ли я право на собственную жизнь?

4. Совместимы ли чувство долга и мое счастье?

5. Делаю ли я все, что могу?

6. Если я ничего больше не могу сделать, что дальше?

7. Как помочь близкому человеку в ситуации болезни справиться с тревогой и депрессией, поверить в свои силы и успех лечения?

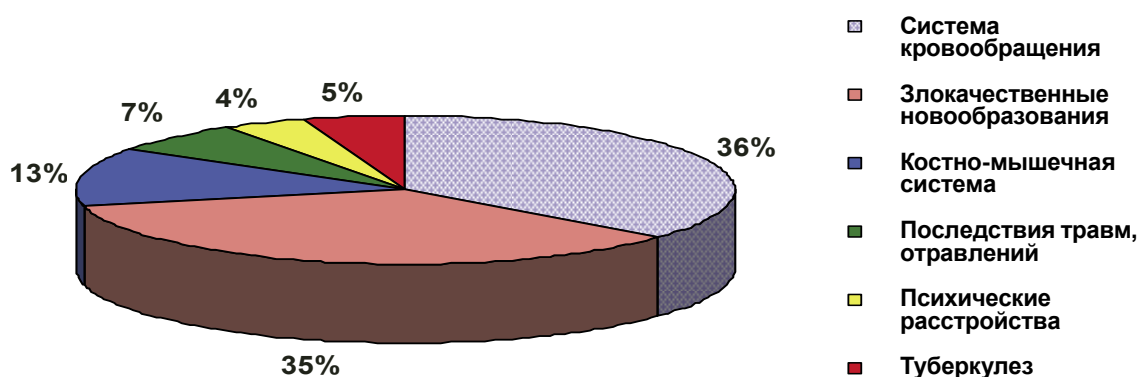


Рисунок 1. Основные причины выхода на инвалидность

Позитивный настрой и желание бороться, несмотря на все трудности в процессе лечения, являются основой выздоровления.

Члены семьи, узнав о болезни близкого человека, проходят пять этапов принятия этого известия.

Первый этап. Отрицание. На этом этапе происходит работа с реальностью, в которой оказались больной и его родственники. Они испытывают шок, боль, ужас, оцепенение, человек не верит в происходящее, механически воспринимает действительность.

Состояние тревожности и страха может возникать из-за недостатка информации. В этом случае необходим разговор с медицинским работником, нужно четко и подробно рассказать о заболевании и результатах исследования.

Общение с родственником должно начинаться с установления доверительных отношений, и только после этого можно проводить внушающее и убеждающее воздействие. Разговаривать с родственником необходимо на понятном ему языке, по возможности избегая медицинских терминов. Объяснения не должны быть категоричными. Говорить лучше именно о том, что человек хочет обсудить.

Второй этап. Гнев. Этот этап предполагает отрицание реальности болезни. Жизнь в это время напоминает страшный сон, человек хочет проснуться и увидеть, что все идет, как раньше. Обычно в это время его накрывает боль, которая переживается либо в агрессии, либо в депрессии. Эмоции, выплескиваются наружу (агрессия, злость,

гнев, поиски виновных) или внутрь: человек испытывает колоссальное чувство вины перед больным.

Умение выслушивать является главным ключом в общении с родственником. Научившись слушать, вы гораздо лучше сможете помочь ему. Необходимо поддержать родственника.

Третий этап. Торг. На данном этапе важным является понимание, что 100%-й гарантии улучшения состояния здоровья не может дать никто. На этом этапе необходима полная информация о заболевании родственника, а также прогноз последующего лечения. Родственнику не следует внушать несбыточных надежд и в то же время не следует форсировать события и сразу предоставлять ту информацию, которой он боится.

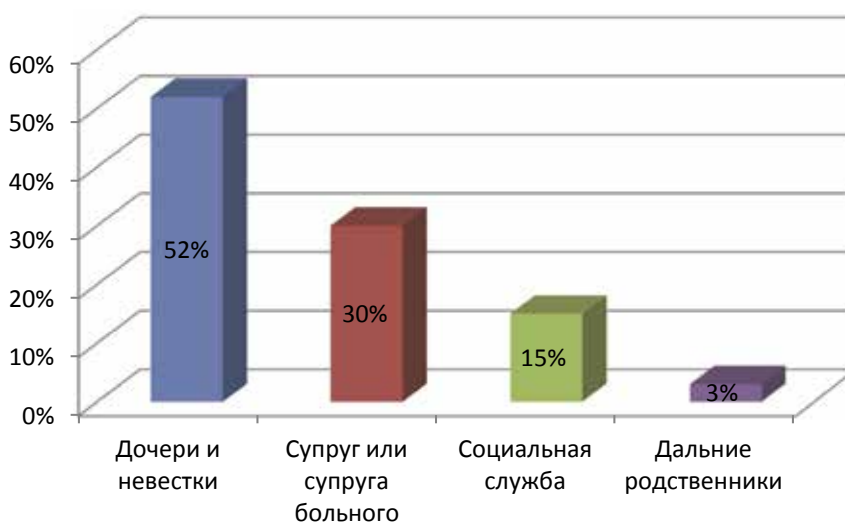


Рисунок 2. Состав ухаживающих родственников

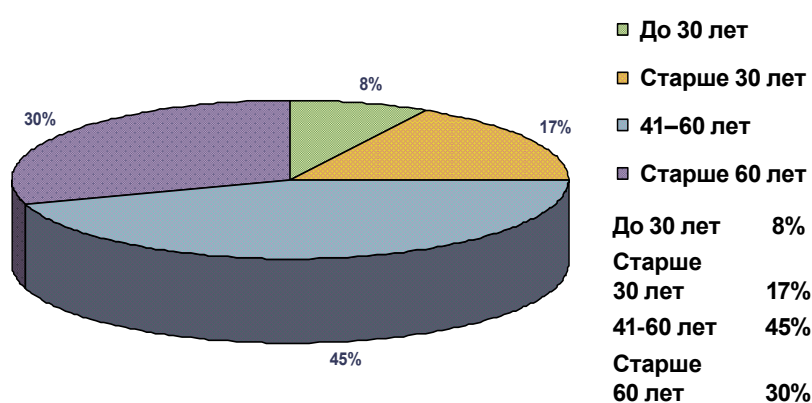


Рисунок 3. Возрастная структура ухаживающих родственников

Если же мы понимаем, что из болезни не удастся выйти без потерь, такой, как раньше, жизнь точно не будет, надо работать над тем, чтобы человек увидел новые горизонты и сформировал новые ожидания.

Четвертый этап. Депрессия. В определенный момент наступит эмоциональное опустошение. Важно, что очень часто человек, утверждающий, что лечение бессмысленно, больше всего хочет,

чтобы его переубедили, вернули ему эту утерянную надежду. В нем как ни в ком другом есть желание и стремление верить, надеяться и бороться, к которому нужно обратиться, активизировать его.

Пятый этап. Принятие. В семье заболевшего, как правило, изменяется эмоциональный фон общения.

Самое главное – ухаживающим родственникам необходимо помнить, что от их настроев и чувств

зависит настрой больного. Если родственники понимают, что не справляются, теряют надежду, необходимо самим обратиться за помощью к другим близким людям. Нельзя допускать истощения собственных ресурсов, иначе все усилия пропадут даром. В этом случае очень эффективно работает школа для родственников, где они получают не только полную информацию об уходе за больным, но и возможность общения с людьми, которые тоже ухаживают за близкими людьми. Безусловно, очень трудно свыкнуться с мыслью, что близкий вам человек болен. Однако возможно поддержать его в этой ситуации. Помните, что практический подход помогает справиться со страхом. Можно помочь больному иначе посмотреть на ситуацию. Для этого надо просто выслушивать то, что его волнует, помогать воспринимать информацию – это и есть та неоценимая помощь, которую люди могут оказать друг другу. ■



©PressFoto/logoboom

Турнир по мини-футболу SENI CUP – 2014



Татьяна Николаевна Вихарева,

менеджер по работе с учреждениями долгосрочной опеки, филиал № 1 ООО «БЕЛЛА Восток», г. Москва, Россия

Турнир по мини-футболу для лиц с интеллектуальными нарушениями Seni Cup, организованный АО «Торуньский завод перевязочных материалов» (TZMO SA), стал ежегодной доброй традицией. Турнир SENI Cup с нетерпением ждут сотни воспитанников психоневрологических интернатов и детских домов-интернатов для детей с отклонениями в умственном развитии в России, Украине, Белоруссии, Латвии, Литве, Чехии, Словакии, Венгрии, Германии, Польше. Всех их объединяет любовь к футболу и стремление победить. Выйти в финал турнира SENI Cup, проходящий в польском городе Торунь, – мечта всех участников. Для достижения этой мечты нужно много тренироваться. Это не пугает ребят, напротив – ставит цели, учит преодолевать трудности и делать невозможное. Для воспитанников турнир SENI Cup не только спорт, это возможность получить новые впечатления, познакомиться с ребятами из других учреждений, рассказать о себе.

Все начинается с отборочных турниров в странах – участницах турнира. В России в этом году отборочные игры прово-

дили пять филиалов ООО «БЕЛЛА Восток», поэтому на финал приехали пять команд из разных регионов: ГБУ РК «Республиканский Эжвинский психоневрологиче-

ский интернат» (Республика Коми, г. Сыктывкар), ГБУ «Бутурлинский психоневрологический интернат» (Нижегородская область), ГАУ НСО ССО «Новосибирский дом ветеранов» (г. Новосибирск), КГА-СУ СОН «Губахинский психоневрологический интернат», Александровский филиал (Пермский край, г. Александровск), ГБУ СО-МО «Егорьевский психоневрологический интернат» (Московская область, г. Егорьевск). В этом году особенно порадовал выход в финал команды Егорьевского психоневрологического интерната. В Егорьевске находятся производственная фабрика и логистический центр компании «Белла», которая выступила спонсором команды и подарила ей новую форму.

Квалификационные турниры в регионах определяют команды победителей для участия в финальном турнире в Польше. В Московском регионе отборочные игры проходили в подмосковном курорт-парке «Союз», который уже не первый год с радостью принимает участников турнира. В этом году приехали 12 команд из Москвы и Московской области.

Турнир начался с праздничного открытия. И даже капризная погода, которая то радовала солнцем, то расстраивала дождем, не смогла испортить праздник. Особую атмосферу создавали и сами участники турнира – жизнера-





достные и добрые люди. Ребята с радостью знакомились с новыми и встречались со старыми друзьями. Особенно впечатлило выступление танцевального коллектива, ребята отозвались морем положительных эмоций. Однако все с нетерпением ждали главного события – футбола.

Турнир SENI Cup – это праздник спорта для всех, кто любит футбол. Здесь нет ограничений ни по возрасту, ни по полу. Увлеченно гоняют мяч и мужчины, и женщины, а слабый пол ни в чем не уступает сильному. На игры приезжают команды разного уровня подготовки, поэтому организаторы проводят соревнования в двух лигах – I лига для профессионалов, II лига для новичков. Однако если по результатам жеребьевки на поле выходят все-таки неравные по подготовке команды, ребята сильной команды трепетно и аккуратно относятся к соперникам, иногда позволяя забить себе гол, чтобы не расстраивать разгромным счетом. Команды, не занятые разминкой перед игрой, азартно болеют, выкрикивают советы игрокам, как заправские тренеры, и искренне расстраиваются проигрышу выбранной команды.

Самый большой накал страстей на трибунах – во время матча за первое место. Команды

бьются за право играть в финале с такой же страстью, как профессиональные игроки во время чемпионата мира. В этом году игра получилась особенно красивой и азартная, болельщики сорвали голоса, поддерживая любимые команды. И вот победитель определен – команда Егорьевского психоневрологического интерната. Команда стремилась к этой победе 10 лет, усиленно тренируясь. Игроки, тренер и ди-

ректор интерната счастливы, это их общая победа. Они рады подаркам, рады путевке в финал, но больше всего они рады тому, что тренировки и огромная работа над собой принесли им победу. Дорога к следующей высоте – на финал в Польшу – открыта!

Поездка на финал – это уже приключение. Ребята с восторгом и интересом воспринимают все новое. Для многих впервые и полет на самолете, и путешествие в другую страну, и общение с командами из других регионов и стран.

Открытие турнира началось с парада по старым кварталам города Торуня. Шествие команд было торжественным и красивым, колонну украсили флаги разных стран и городов. Участники получили море положительных эмоций, оказавшись в центре внимания горожан, которые приветствовали их улыбками.

Церемония открытия началась с выступления цирковой труппы и не оставила никого равнодушным. За праздничными выступлениями последовал интеграцион-



ный вечер, оправдавший свое название, все команды с удовольствием знакомились и общались друг с другом. Языковой барьер никому не помешал – его просто никто не заметил.

На следующий день начался долгожданный турнир. На финале также учитывался уровень подготовки 30 команд. По результатам квалификационных игр команды распределили по пяти лигам. Ребята из Нижегородской области попали в лигу А, остальные российские команды – в лигу В, где играли между собой и командами из Чехии и Белоруссии.

Два дня напряженных игр, на которых ребята выкладывались полностью, пролетели незамет-



ского интерната принесла ребятам удачу – они заняли первое место. А вратарю команды не было равных, он единственный на турнире не пропустил ни одного мяча! На втором месте – команда ГБУ РК «Республиканский Эжвинский психоневрологический интернат», г. Сыктывкар, на третьем – Новосибирский дом ветеранов... Это триумф! Участникам вручили кубки, медали и памятные подарки, сделали фотографии, и турнир закончился.

В последний вечер команды гуляли по Торуне и набирались впечатлений. Все было интерес-

но и необычно: и люди, и здания, и местные достопримечательности. Ребята фотографировались, катались на речном трамвайчике, покупали сувениры для себя и своих друзей.

А следующим утром – дорога домой. Ребята увозили желанные кубки и море впечатлений. Уезжали с решением не останавливаться на достигнутом и вернуться в Торунь в следующем году, чтобы завоевать более высокие места. Ведь это так чудесно, когда есть к чему стремиться! ■



но. Были и горькие поражения, и невероятные победы. Команды анализировали игру после каждого матча, искали ошибки и способы их устранения. Соперники у всех были достойные, играть было очень тяжело и очень интересно.

Турнир подошел к концу, и все с волнением ждали церемонию награждения. Команда из Нижегородской области стремилась к победе, но игры в самой сильной лиге принесли только пятое место. Другая картина была в лиге В: на всем пьедестале были российские флаги! Новая форма Егорьевского психоневрологиче-



ЕВРОПЕЙСКАЯ ШКОЛА УХОДА ЗА ТЯЖЕЛОБОЛЬНЫМИ
приглашает на бесплатное обучение **средний медицинский персонал, врачей-реабилитологов, социальных работников и других лиц, заинтересованных в развитии современных технологий ухода за тяжелобольными людьми**

ОСНОВНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ОБУЧЕНИЯ

- ▶ Современный гигиенический уход за тяжелобольным.
- ▶ Безопасное перемещение тяжелобольных.
- ▶ Современные средства для профилактики и лечения хронических ран.
- ▶ Оптимизация затрат учреждения при закупках гигиенических средств.
- ▶ Правила первой помощи.
- ▶ Психологические аспекты в работе с тяжелобольным и его родственниками.

В качестве преподавателей школы выступают международные эксперты в области ухода: ведущие российские, польские и немецкие специалисты.

Участники обучения познакомятся с новыми технологиями современного ухода, что позволит помочь:

- улучшить качество жизни больного и его семьи;
- в ежедневной работе медицинскому персоналу, так как именно на него ложится основная нагрузка по уходу за пациентами.

Все занятия проводятся в формате семинара с элементами тренинга, что позволит каждому участнику получить практические навыки.

Количество участников ограничено, необходима предварительная регистрация.

Место проведения: г. Москва

Дата проведения: 27–31 октября 2014 г. ежедневно с 10:00 до 16:30

Стоимость обучения: бесплатно

Для получения подробной информации о программе обучения, правилах участия и регистрации обращайтесь по телефону горячей линии: 8-800-200-800-3 или по электронной почте: ecod@bella-tzmo.ru

Организатор: ООО «БЕЛЛА Восток», официальный представитель компании TZMO SA



Книга «Тяжелобольной дома: лечение, уход, реабилитация.

Хронические болезни»

в комплекте с DVD-диском

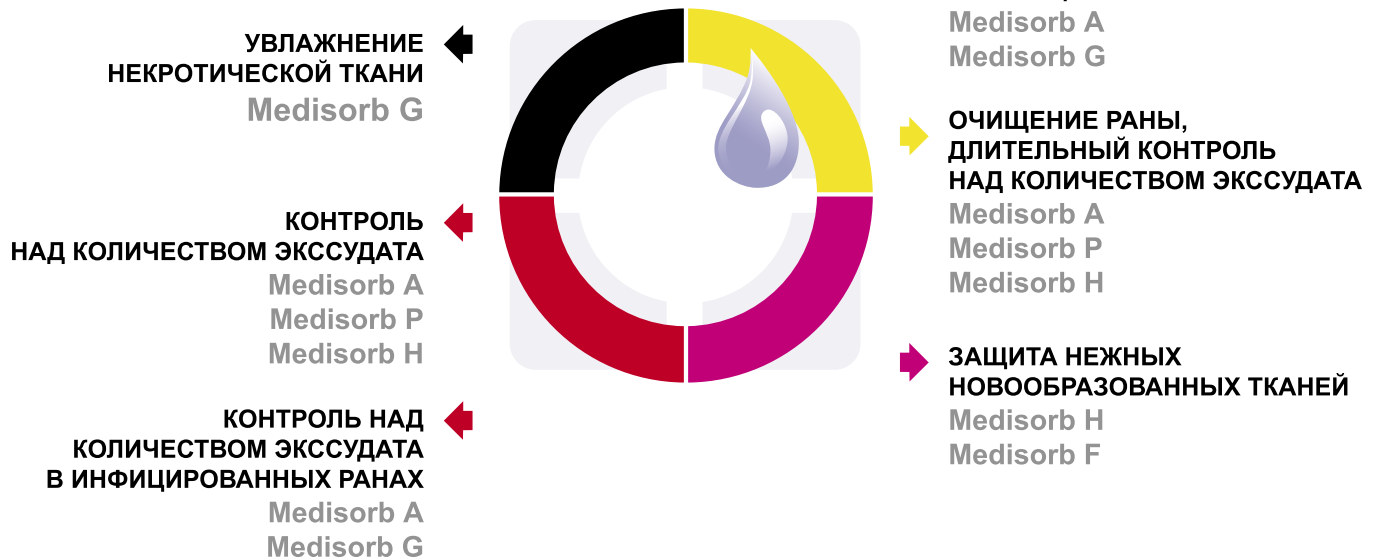
Издание содержит подробную информацию о том, как правильно ухаживать за больными в домашних условиях. Особое внимание уделено лечению, реабилитации и организации ухода при различных хронических и прогрессирующих заболеваниях, в том числе с хроническими ранами и стомой. В книге представлены полезные сведения, касающиеся личной гигиены больного, что особенно важно для тех, кто страдает недержанием мочи и кала, а также сведения об организации питания, правилах приема лекарственных препаратов, их действии и побочном эффекте. Издание содержит практические правила и рекомендации, которые позволяют опекунам освоить навыки сестринского дела и организовать качественный уход.

Для приобретения книги вы можете обратиться в представительства TZMO SA в России по адресам, указанным на последней странице, или заказать по электронной почте: kniga@seni.ru



СПЕЦИАЛЬНЫЕ ПОВЯЗКИ
ЭФФЕКТИВНЫ НА ЛЮБОМ ЭТАПЕ ЛЕЧЕНИЯ РАН

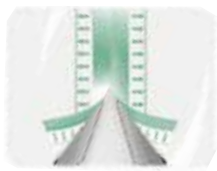
Medisorb



СИСТЕМА ВЛАЖНОГО ЗАЖИВЛЕНИЯ РАН



Medisorb A



Medisorb F



Medisorb G



Medisorb H



Medisorb P



Реклама. Соответствие подтверждено.

г. Москва, ООО Филиал №1 «БЕЛЛА Восток»
115563 г. Москва, ул. Шипиловская, д. 28а
Тел.: +7 (495) 726-55-25, e-mail: infopost@bella-tzmo.ru

г. Самара, Филиал №2 ООО «БЕЛЛА Восток»
443100 г. Самара, ул. Лесная д.7, оф. 602
Тел.: +7 (846) 270-60-33, e-mail: office-samara@bella-tzmo.ru

г. Санкт-Петербург, ООО «Гигиена - Север»
196627 г. Санкт-Петербург, п. Ленсовета, Московское шоссе, д. 235а
Тел.: +7(812) 676-00-66, e-mail: office@bella-spb.ru

г. Екатеринбург, ООО «Компания БЕЛЛА Урал»
620036 г. Екатеринбург, пгт Широкая речка, ул. Суходольская д.197
Тел.: +7 (343) 383-60-83, e-mail: bella-ural@bella-ural.ru

г. Нижний Новгород, ООО «БЕЛЛА Волга»
603152 г. Нижний Новгород, ул. Кашенко, д. 2
Тел.: +7 (831) 220-14-30, e-mail: office-nnov@bella-tzmo.ru

г. Новосибирск, ООО «БЕЛЛА Сибирь»
630024 г. Новосибирск, Кировский район, Северный проезд д. 2/3
Тел.: +7 (383) 373-18-01, e-mail: office@bella-siberia.ru

г. Ростов-на-Дону, ООО «белла - Дон»
344065 г. Ростов-на-Дону, ул. 50-летия Ростсельмаша, д. 1/52
Тел.: +7 (863) 203-74-74, e-mail: bella@bella-don.ru

www.matopat.ru • www.na-rany.ru

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ НЕОБХОДИМО ПРОКОНСУЛЬТИРОВАТЬСЯ СО СПЕЦИАЛИСТОМ