



ЛЕЧЕБНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ И БЕЗОПАСНОЕ ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА

Кузьмина Елена Александровна
Врач физической и
реабилитационной медицины
Заведующий отделением ранней
медицинской реабилитации
ГБУЗ ИОКБ

ЛЕЧЕБНОЕ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ (ПОСТУРАЛЬНАЯ КОРРЕКЦИЯ)

Проводится с целью придания оптимального расположения туловища и конечностей для сохранения нормального дыхания, выделения, трофики тканей; профилактики чрезмерной активации рефлекторных реакций с рецепторов сухожилий мышц, соединительной ткани, мышечных веретен, суставных рецепторов; формирования и сохранения правильного представления о схеме тела, расположения центра тяжести и срединной оси.

ГЛАВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ

Максимально возможная симметричность – выравнивание ключевых точек

Поддержка всех сегментов

Бережное отношение к плечу паретичной руки

ПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЖА НА СПИНЕ



Голова лежит прямо

Правая и левая стороны тела симметричны- крупные суставы на одном уровне (подушка под паретичные конечности- плечо, предплечье, кисть) . Кисть слегка выше предплечья для профилактики отечности.

Ноги не перекрещены

ПОЛОЖЕНИЕ ЛЕЖА НА СПИНЕ

Положительные факторы:

1. хороший обзор больного медицинским персоналом
2. стабильное положение
3. легко проводить внутривенное капельное введение

Отрицательные факторы:

1. недостаточная респираторная функция из-за
 - плохой дренажной функции бронхов
 - сниженных легочных объемов (высокое стояние диафрагмы)
 - нарушения оптимальных вентиляционно-перфузионных соотношений
 - плохой вентиляции нижних отделов
2. Высокий риск аспирации слюной

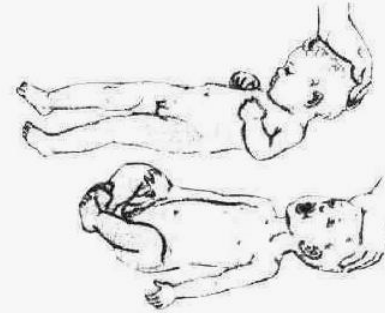
3. ВОЗМОЖНОЕ РЕФЛЕКТОРНОЕ ВЛИЯНИЕ

Шейно-тонический рефлекс



При повороте головы в здоровую сторону увеличивается тонус сгибателей в руке противоположной стороны

Симметричный (тонический) лабиринтный рефлекс



Сгибание шеи на высокой подушке вызывает на стороне поражения увеличение тонуса сгибателей в руке и разгибателей в ноге

4. плохой обзор палаты (с точки зрения пациента)

5. Уплотнение спины- возможны боли в спине

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ НА ПАРЕТИЧНОМ (ПАРАЛИЗОВАННОМ) БОКУ



Пациент лежит строго на боку

Пациент лежит на плече, рука перед поворотом на бок, отводится на 90° в сторону. Пациент должен лежать полностью на боку.

«Больное» плечо вынесено вперед

«больная» нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном

«больная» стопа ни во что не упирается

Голова находится на одной линии с туловищем.

Руки и ноги поддержаны подушками-валиками

Суставы в полусогнутом положении

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ НА ПАРЕТИЧНОМ (ПАРАЛИЗОВАННОМ) БОКУ

Положительные факторы

1. хорошая респираторная функция- важно, что легкое с пораженной стороны хорошо вентилируется
2. риск аспирации минимален
3. происходит тактильная стимуляция пораженной стороны
4. нет влияния шейных тонических рефлексов
5. комфортно спине
6. пациент сохраняет активность- может сохранной рукой поправить одеяло, волосы и тп

Отрицательные факторы

1. повышен риск образования пролежней из-за пониженного тонуса и ухудшения трофики в паретичной стороне
2. требуется тщательное укладывание с подушкой под спиной и «верхней» ногой

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ НА ЗДОРОВОМ БОКУ



пациент лежит на плече, перед поворотом на бок здоровая рука отводится на 90° в сторону.

Паретичные конечности, находящиеся сверху, не должны заходить за срединную ось тела, они должны быть поддержаны подушками по всей длине.

Кисть и локоть паретичной руки должны находиться в среднефизиологическом положении и не свисать с подушки.

Не должно быть фиксации кисти в разгибании и стопы в подошменном разгибании.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ НА ЗДОРОВОМ БОКУ

Положительные факторы

1. хорошая респираторная функция
 - успешный дренаж бронхов
 - диафрагма расположена низко, так как передняя брюшная стенка выдвинута вперед
 - хорошо вентилируются нижние доли легких и «нижнее» легкое
2. устраняется возможное влияние шейных тонических рефлексов
3. комфортно спине
4. снижается риск аспирации

Отрицательные факторы

1. требуются подушки под спину и под пораженную руку, а также под «верхнюю ногу»
2. пациент «придавлен» своей паретичной стороной-в этом положении он более беспомощен

ПОЛОЖЕНИЕ СИДЯ

ПРАВИЛЬНО



Рис. 9

НЕПРАВИЛЬНО

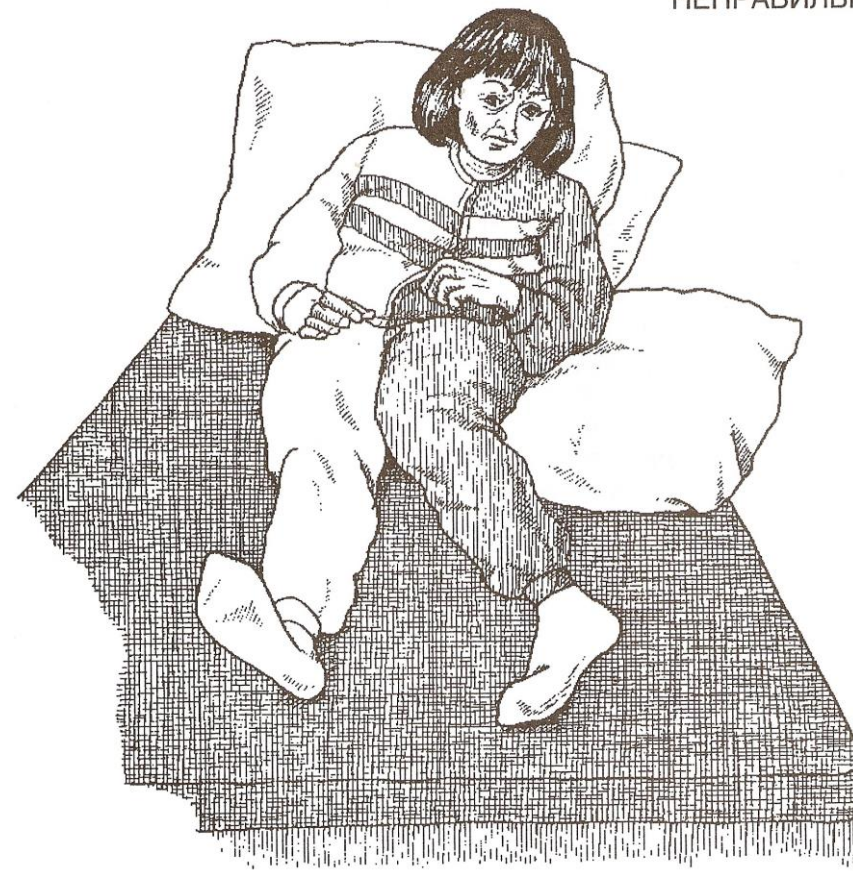


Рис. 10

ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ

Этот раздел мобилизации занимает особое место в ранней реабилитации, так как существенно уменьшает отрицательные эффекты постельного режима и готовит пациента к скорейшему переводу из ОРИТ в другое отделение.

Вертикализация представляет собой увеличение угла подъема головного конца с последующим опусканием ножного конца.

Положение сидя помогает поддерживать центральную и периферическую перфузию, приемлемый уровень сатурации крови, предотвращать развитие пневмонии, улучшает мышечный метаболизм, препятствует венозному застою и тромбозу глубоких вен голени.

ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ

Пассивная- с использованием стола-вертикализатора (под контролем АД, ЧСС, Sp O₂, проводит врач ЛФК, инструктор, помогает мед.сестра). С первые суток в ОРИТ.

Активная- присаживание в кровати, присаживание в кровати со спущенными ногами



ПРИСАЖИВАНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ.



Присаживание пациента начинается с поворота его на бок.

При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати.

Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90° .

При подъеме через здоровую сторону пациент опирается на локоть здоровой рукой.

Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой.



Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем, чтобы пациент стабильно сидел, а не заваливался в противоположную сторону.

Одна рука помощника находится на голени пациента, другая- под его шейей, в области лопаток.

Нельзя тянуть пациента за паретичную руку или шею.

При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действий обратный: пациент опирается на здоровую руку, опускается на бок и подтягивает ноги. При необходимости помощник помогает пациенту.

ПРИСАЖИВАНИЕ ПАЦИЕНТА ЧЕРЕЗ ПАРЕТИЧНУЮ СТОРОНУ.



Присаживание начинается с поворота пациента на бок.

При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати.

Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90° .

При подъеме через пораженную сторону пациент опирается на кисть здоровой руки.

Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой.



8-3. Присаживание пациента на кровати
через паретичную сторону

Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем, чтобы пациент стабильно сидел. А не заваливался в противоположную сторону.

Одна рука помощника находится на голени пациента, другая- под его шей, в области лопаток.

При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действия обратный: пациент опирается на здоровую руку, опускается на бок и подтягивает ноги.

УСАЖИВАНИЕ СО СПУЩЕННЫМИ НОГАМИ



При усаживании со спущенными ногами важно обеспечить опору для стоп пациента.

В таком положении угол между бедром и голенью составляет не более 90 градусов, снижается давление на заднюю поверхность бедра. Если пациент не способен удерживать спину без поддержки, ее можно обеспечить 2-3 прямоугольными подушками (размером приблизительно размером 50*70 см) .

Ослабленным пациентам важно обеспечить поддержку головы и шеи, что так же достигается с помощью дополнительных подушек.

ПЕРЕМЕЩЕНИЕ ПАЦИЕНТА НА КРЕСЛО ЧЕРЕЗ ЗДОРОВУЮ СТОРОНУ

Пациент сидит на краю кровати, стопы стоят на полу, пятки находятся за линией колен. Нога, в сторону которой совершается поворот, может быть выдвинута чуть вперед. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента своими ногами. Пациент может опираться здоровой рукой о дальний подлокотник кресла. Пациент переносит вес тела вперед, привстает и поворачивается кругом вокруг фиксированных ногами помощника нижних конечностей. При этом помощник придерживает пациента, обхватывая его со стороны спины сверху через голову или поддерживая под ягодицу, при этом голова пациента находится у него под рукой.



ВСТАВАНИЕ ИЗ ПОЛОЖЕНИЯ СИДЯ



Пациент сидит на краю кровати, стопы стоят на полу, немного позади коленей. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента и просит пациента придерживать свою паретичную руку здоровой рукой за запястье. Пациент может придерживаться за талию помощника.

Пациента просят наклониться и смотреть вперед пациент переносит вес тела вперед и встает, при этом движение его туловища должно идти по диагонали вперед и вверх. Помощник придерживает пациента за спину, слегка отклоняясь назад.

ШАГ И ХОДЬБА



Когда пациент поднялся, помощник должен находиться с паретичной стороны от пациента, одной рукой придерживая паретичную руку пациента, а другой сзади фиксируя (в сторону к себе) противоположное бедро пациента.

ШАГ И ХОДЬБА

При необходимости второй помощник встает с другой стороны, предоставляет пациенту руку для опоры : «ладонь к ладони», «большой палец к большому пальцу», а другой рукой придерживает сзади противоположное бедро пациента.

При ходьбе пациент и помощник должны идти с одной ноги.

Первый шаг всегда с паретичной ноги.

На начальном этапе может потребоваться еще 1 помощник- чтобы катить и инвалидную коляску на случай утомления или чрезмерного волнения пациента.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА



1. Оцените, что следует сделать.

2. Оцените ситуацию:

окружающую обстановку (расположение мебели, свободное пространство, отсутствие половинок, предметов на полу, о которые можно споткнуться);

вес пациента и тяжесть его состояния,

возможность пациента оказывать помощь при перемещении, противопоказания к перемещению;

свои силы, степень усталости;

возможность и необходимость участия помощника (подбирайте похожего на Вас по комплекции помощника или выбирайте способ перемещения, учитывающий разницу в комплекции);

возможность и необходимость применения вспомогательных средств и медицинского оборудования (при наличии оборудования необходимо проверить его исправность, функционирование тормозов).

3. Обсудите с помощником и пациентом действия по перемещению.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА



4. Для синхронного начала движения используйте счет: «внимание» – «приготовились» – глагол, обозначающий планируемое действие (например, пересаживаю). Такая форма не пугает пациента и лучше ориентирует помощников.

5. Избегайте чрезмерной нагрузки на позвоночник и мышцы спины, действия по перемещению не должны совершаться с большим мышечным напряжением.

6. Избегайте скручивающих движений, поворотов – неправильные действия могут привести к сдавлению межпозвоночных дисков, а впоследствии к их грыжам. При необходимости повернуться разворачивайтесь всем корпусом (вместе ноги и корпус).

7. Движения должны быть плавными, резкие движения увеличивают риск травм.

БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА

8. Избегайте положения наклона туловища вперед – в таком случае при подъеме груза нагрузка на позвоночные диски возрастает в несколько раз. Все манипуляции необходимо осуществлять с прямой спиной, сохраняя естественные изгибы позвоночника. По возможности следует заменять наклоны приседаниями, можно так же поставить колени на кровать. Чтобы не наклоняться во время осуществления манипуляций по уходу, боковое ограждение кровати со стороны ухаживающего должно быть опущено.



БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА

9. При перемещении находитеcь по возможности ближе к пациенту: приближайте пациента к себе или приближайтесь к нему сами. Локти следует удерживать ближе к своему телу. При удерживании предмета на вытянутых руках резко увеличивается риск травмирования позвоночного диска.

10. Избегайте подъема лежащего в кровати пациента при его перемещении к себе, подтягивании к изголовью кровати, по возможности прибегайте к скользящему оборудованию: простыням, рукавам и их аналогам.

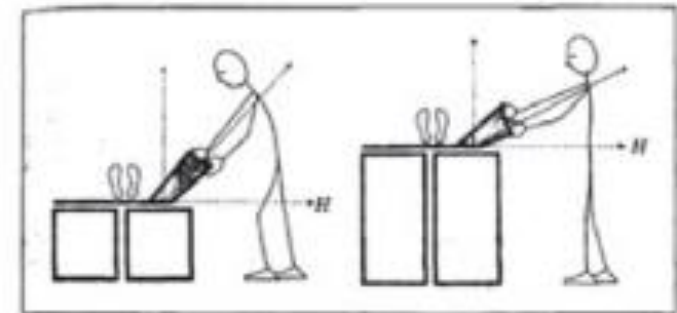


БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА

11. Следите за тем, чтобы перемещение происходило в горизонтальной плоскости. При необходимости изменяйте уровень кровати до удобного исхода из роста ухаживающего. Если кровать низкая, ухаживающий может опуститься на колено.

12. Старайтесь избегать лишних движений. Заранее продумывайте алгоритм действий. После перемещения обязательно отдыхайте!

13. Сохраняйте равновесие. Для повышения устойчивости ноги должны быть расставлены на ширину, удобную для перемещающего. Если перемещение осуществляется в направлении на себя и от себя, опорная нога стоит впереди, толчковая – сзади; если перемещение осуществляется в направлении слева направо – ноги стоят на ширине плеч. При перемещении слегка присядьте на согнутых ногах: ноги должны «пружинить» – таким образом, Вам будет легче сохранить равновесие, а нагрузка распределится на крупные мышцы ног.



БЕЗОПАСНОСТЬ ПЕРСОНАЛА

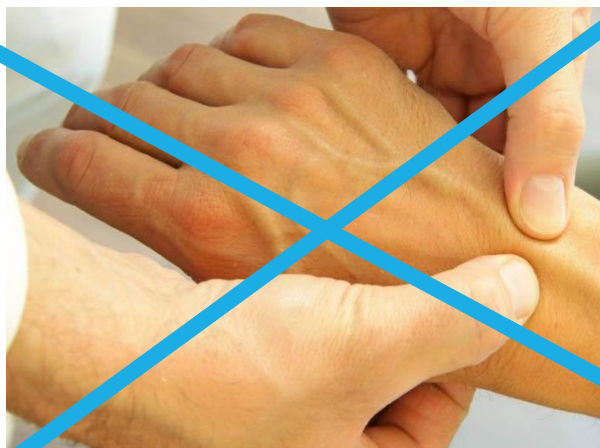
14. Одежда и обувь должна быть удобной, одежда не должна стеснять движений. Для хорошего упора обувь должна быть закрытой, подошва обуви не должна быть скользкой, каблук должен быть устойчивым (работать в обуви без фиксированного задника опасно для ухаживающего).

15. Используйте специальные приемы и техники – они позволяют перераспределить нагрузку и облегчить процесс перемещения.

16. Поддерживайте хорошую физическую форму, ежедневный 10-минутный комплекс упражнений для мышц спины и пресса способствует предупреждению болей в спине вследствие снижения нагрузки на позвоночник.



БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ



Нельзя тянуть пациента за руку (особенно это касается обездвиженной руки), нельзя подтягивать и поднимать пациента, захватывая его в области подмышек.

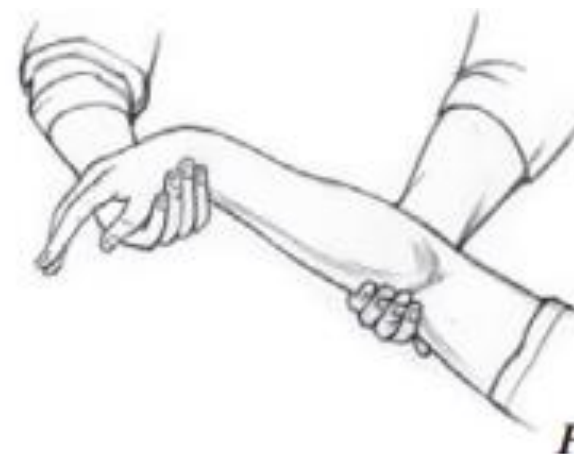
При подтягивании и перемещении к краю или середине кровати избегайте трения тела пациента о поверхность кровати – у ослабленных пациентов это может привести к повреждению кожи, пролежней. При перемещении используйте скользящее оборудование или подъемник.



БЕЗОПАСНОСТЬ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ

При перемещении и повороте тела пациента располагайте руки в области крупных суставов, костных выступов. Руки и ноги пациента при изменении положения следует удерживать за оба сустава.

Перед любой процедурой перемещения важно предупредить пациента о самом действии, что уменьшит психологический дискомфорт, будет способствовать более активному участию пациента.





Спасибо за внимание