



**ДЕТСКИЙ
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд
развития паллиативной помощи

АЛГОРИТМЫ ЗАБОТЫ

Сборник рекомендаций
по уходу за детьми,
нуждающимися
в паллиативной помощи.





АЛГОРИТМЫ ЗАБОТЫ

Сборник рекомендаций
по уходу за детьми,
нуждающимися
в паллиативной помощи.

Под общей редакцией Э.В. Кумировой, А.И. Белова

Москва
2024

УДК 616-08-039.75:616-053.2
ББК 51.1пр1,28
А45

Коллектив авторов:

А.И. Белов, В.О. Зайцев, Д.Д. Земскова, А.Н. Ксенофонтова, В.С. Кузнецова, Н.А. Литикова,
А.Л. Любимова, И.Е. Маметьева, О.С. Секлетина, О.Ю. Скакун,
В.В. Тарасова, П.С. Тимошенко, И.Н. Фрейманис

Организации-разработчики:

Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив»
ГБУ «Мой особый семейный центр «Дом Детей» ДТСЗН г. Москвы

Под редакцией:

Э.В. Кумирова, д.м.н., медицинский директор Благотворительного фонда развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», заместитель главного врача по онкологии ГБУЗ «Морозовская детская городская клиническая больница ДЗМ», заведующая кафедрой паллиативной педиатрии ФДПО ФГАОУ ВО «РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России»

А.И. Белов, заведующий отделением, врач-психиатр ГБУ «Мой особый семейный центр «Дом Детей» ДТСЗН г. Москвы

А45 **Алгоритмы заботы. Сборник рекомендаций по уходу за детьми, нуждающимися в паллиативной помощи** / под общ. ред. Э.В. Кумировой, А.И. Белова. — М. : Издательство «Проспект», 2024. — 188 с.

ISBN 978-5-98597-559-8

УДК 616-08-039.75:616-053.2
ББК 51.1пр1,28

ISBN 978-5-98597-559-8

© Благотворительный фонд развития паллиативной помощи «Детский паллиатив», 2024

ОБРАЩЕНИЕ

Дорогие родители, дорогие коллеги!

Перед вами алгоритмы, без соблюдения которых невозможно обойтись в паллиативной помощи. Вы узнаете о том, как сохранить и улучшить максимальную функциональность ребенка с неизлечимым состоянием, а также облегчить уход за ним в этот сложный период.

Краткими рекомендациями с вами делятся специалисты, которые изо дня в день ухаживают за таким ребенком, обеспечивая его потребности в гигиене, кормлении, комфорте, контакте и позиционировании.

Мы надеемся, что эти алгоритмы помогут вам быстрее освоить необходимые навыки, чтобы ваш ребенок или подопечный смог, несмотря ни на что, расти и развиваться.

С уважением,
ваш фонд «Детский паллиатив»

СОДЕРЖАНИЕ

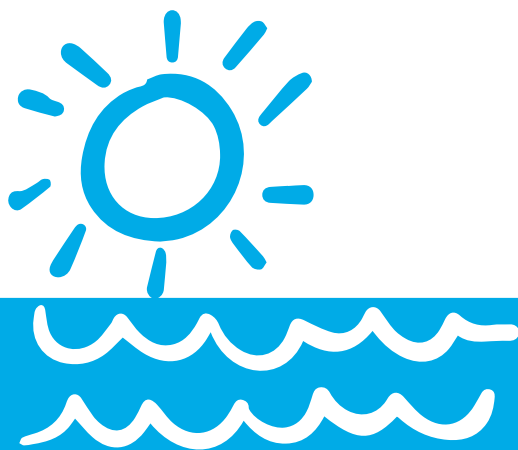
Алгоритм мытья головы, стрижки ногтей, купания	7
<i>И.Н. Фрейманис</i>	
Алгоритм ухода за полостью рта. Особенности ухода за полостью рта у маломобильных детей с выраженными ментальными расстройствами, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи	23
<i>П.С. Тимошенко</i>	
Алгоритм кормления через рот	29
<i>А.Н. Ксенофонтова, О.С. Секлетина</i>	
Постуральный менеджмент. Позиционирование маломобильных детей	39
<i>Н.А. Литикова, И.Е. Маметьева</i>	
Постуральный менеджмент. Технические средства реабилитации	53
<i>Н.А. Литикова, И.Е. Маметьева</i>	
Алгоритм перемещения маломобильных детей.	69
<i>Н.А. Литикова, И.Е. Маметьева</i>	
Оценка риска пролежней и уход на ними.	87
<i>В.О. Зайцев</i>	
Алгоритм оценки боли.	97
<i>В.О. Зайцев</i>	
Организация развивающей среды	105
<i>А.Н. Ксенофонтова, О.С. Секлетина</i>	
Алгоритм использования немедикаментозных методов для коррекции поведения у детей с выраженными формами ментальных и двигательных расстройств	111
<i>А.И. Белов, В.С. Кузнецова, О.Ю. Скакун</i>	
Алгоритм использования кислородного концентратора	123
<i>В.О. Зайцев</i>	
Дыхательная гимнастика с помощью мешка Амбу.	127
<i>В.О. Зайцев</i>	

Судорожные приступы. Наблюдение и фиксация судорожных приступов у детей, признанных нуждающимися в паллиативной помощи	133
<i>А.И. Белов, В.О. Зайцев, А.Л. Любимова</i>	
Первая помощь. Особенности оказания первой помощи при несчастных случаях детям с выраженными двигательными и ментальными нарушениями, нуждающимися в медицинской паллиативной помощи.	143
<i>А.И. Белов, В.В. Тарасова</i>	
Психологическая поддержка родителей воспитанников, находящихся в центрах социальной защиты и нуждающихся в паллиативной медицинской помощи	165
<i>А.И. Белов, Д.Д. Земскова</i>	
Список используемой литературы	185



И.Н. ФРЕЙМАНИС, старшая медицинская сестра

АЛГОРИТМ МЫТЬЯ ГОЛОВЫ, СТРИЖКИ НОГТЕЙ, КУПАНИЯ



Выполнение мытья головы

Цель: обеспечение чистоты кожных покровов головы, волос



Оборудование и приспособления

водный термометр, мыло жидкое, шампунь, крем для рук, перчатки нестерильные, марлевые салфетки, щётка для волос (или расчёска) индивидуальная, полотенце, мешок для грязного белья, валик, ёмкость для воды, кувшин, клеёнка, фартук клеёнчатый, валик (упор под плечи пациента), надувная ванночка (для мытья головы), ножницы маникюрные или книпсер для ногтей (стерильные)



Количество людей

1 и более, выполняет персонал по уходу в присутствии медицинской сестры: младшая медицинская сестра, санитарка, помощники воспитателя)



Частота:

не реже одного раза в неделю



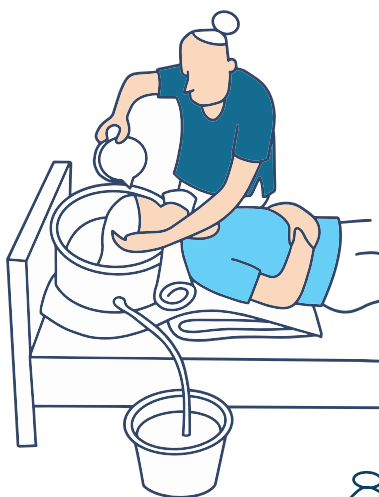
Тайминг:

15–20 минут



Обратить внимание

На температуру воды. Всегда контроль через руку персонала. Вначале вода льётся на руку персонала, затем уже на ребёнка.



Описание процедуры

Подготовить всё необходимое для процедуры, закрыть окна, обеспечить ребёнку комфортные условия;

представиться, объяснить ход и цель процедуры;

обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки;

надеть одноразовый фартук;

оставить в изголовье кровати с рабочей стороны стул, пустую ёмкость для воды поставить на стул;

наполнить другую ёмкость теплой водой, поставить рядом, измерить температуру воды;

раздеть ребёнка до пояса и накрыть оголенную часть туловища простынёй, под плечи положить валик;

удалить все заколки, шпильки, снять очки, расчесать волосы пациенту;

подстелить под голову и плечи ребёнка клеёнку, конец которой опустить в ёмкость, стоящую на стуле; по краю клеёнки, вокруг головы положить свёрнутое валиком полотенце или использовать надувную ванночку;

глаза ребёнка закрыть полотенцем или пелёнкой;

наполнить кувшин водой и аккуратно смочить волосы ребёнка;

нанести немного шампуня и обеими руками вымыть волосы, бережно массируя кожу головы ребёнка;

налить в кувшин воду и смыть весь шампунь;

развернуть чистое сухое полотенце, поднять голову пациента и вытереть его волосы насухо. Если ему холодно, обернуть голову полотенцем или косынкой.

Окончание процедуры

клеёнку, полотенце, валик, лежащие под головой, положить в непромокаемый мешок;

при необходимости сменить простыню;

расчесать волосы ребёнка, предложить ему зеркало, при необходимости высушить волосы феном;

обработать руки гигиеническим способом, осушить;

уточнить у ребёнка его самочувствие;

сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.

Индикатор выполнения

чистая голова

Алгоритм ухода за ногтями

Цель: стрижка ногтей



Оборудование и приспособления

мыло жидкое, крем для рук, перчатки нестерильные, полотенце, мешок для грязного белья, ножницы для ногтей или книпсер для ногтей (стерильные), ёмкость для воды



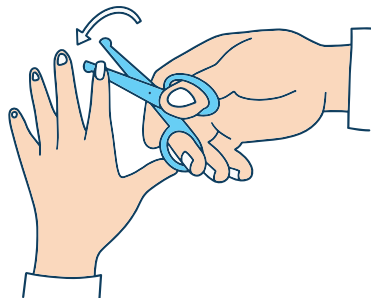
Обратить внимание

На температуру воды. Всегда контроль через руку персонала: вначале вода льётся на руку персонала, затем уже на ребёнка. Не использовать ножницы с острыми концами.



Количество людей

1 и более, выполняет персонал по уходу в присутствии медицинской сестры: младшая медицинская сестра, санитарка, помощники воспитателя



Частота:

не реже одного раза в неделю



Тайминг:

10–15 минут

Описание процедуры

Наполнить ёмкость тёплой водой, помочь ребёнку вымыть руки с мылом;

подготовить необходимое оборудование и приспособления;

представиться, объяснить ход и цель процедуры;

обработать руки гигиеническим способом, осушить, надеть перчатки;

положить руки ребёнка на полотенце и вытереть их насухо;

подстричь ножницами ногти ребёнка;

нанести крем на руки ребёнка;

положить полотенце в мешок для белья;

удобно расположить ребёнка в постели;

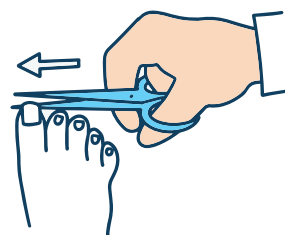
ножницы поместить в ёмкость для дезинфекции;

снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции;

обработать руки гигиеническим способом, осушить;

уточнить у ребёнка его самочувствие;

сделать соответствующую запись о выполненной процедуре в медицинской документации.



Индикатор выполнения

аккуратно подстриженные ногти без травмирования кожи

Алгоритм ухода за телом

Цель: полная санитарная обработка тела



Оборудование и приспособления

щётка, мочалка, мыло, дезраствор, простыня, подставка для упора ног, рукавичка, перчатки, сиденье для ванны, подставка для ванны, передвижная ванна (душ-каталка) с гидравлическим управлением



Обратить внимание

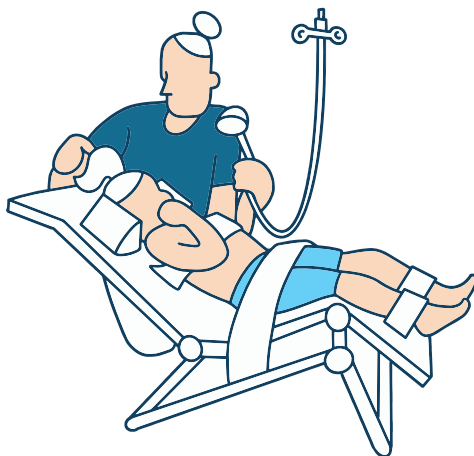
На температуру воды. Всегда контроль через руку персонала: вначале вода льётся на руку персонала, затем уже на ребёнка.

Не оставлять ребёнка одного в ванной.



Количество людей

1 и более, выполняет персонал по уходу в присутствии медицинской сестры: младшая медицинская сестра, санитарка, помощники воспитателя



Частота:

не реже одного раза в неделю

Индикатор выполнения

чистые кожные покровы



Тайминг:

15–20 минут

Описание процедуры

Объяснить ребёнку суть процедуры;

надеть перчатки;

переместить ребёнка в ванну, или на подставку ванны, или в передвижную ванну (душ-каталку) с гидравлическим управлением, в т.ч. используя подвесные или передвижные подъёмные системы;

наполнить ванну водой температурой 35–37°C;

помочь ребёнку принять удобное положение: уровень воды должен доходить до мечевидного отростка;

вымыть пациента индивидуальной мочалкой или рукавичкой: сначала голову, затем туловище, верхние и нижние конечности, паховую область и промежность;

подстричь ногти на руках и ногах при необходимости;

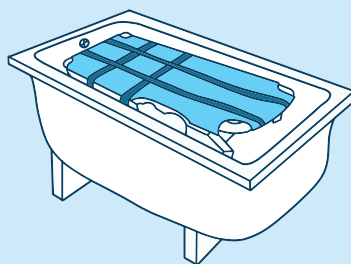
переместить ребёнка из ванны на кровать (коляску), в т.ч. используя подвесные или передвижные подъёмные системы, вытереть полотенцем, одеть;

продезинфицировать использованные предметы ухода, ванну, снять перчатки, поместить в дезраствор, вымыть и осушить руки;

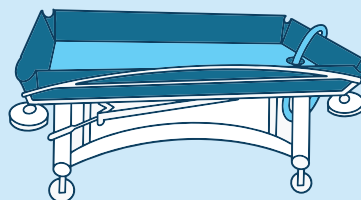
сделать запись о выполнении процедуры и реакции ребёнка.

Специальные приспособления

Для комфортного принятия ванны нужно иметь специальные приспособления



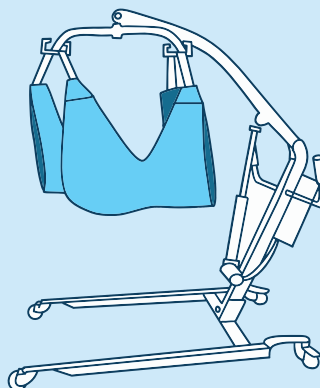
Подставка для купания



Передвижная ванна (душ-каталка) с гидравлическим управлением

Подъёмники

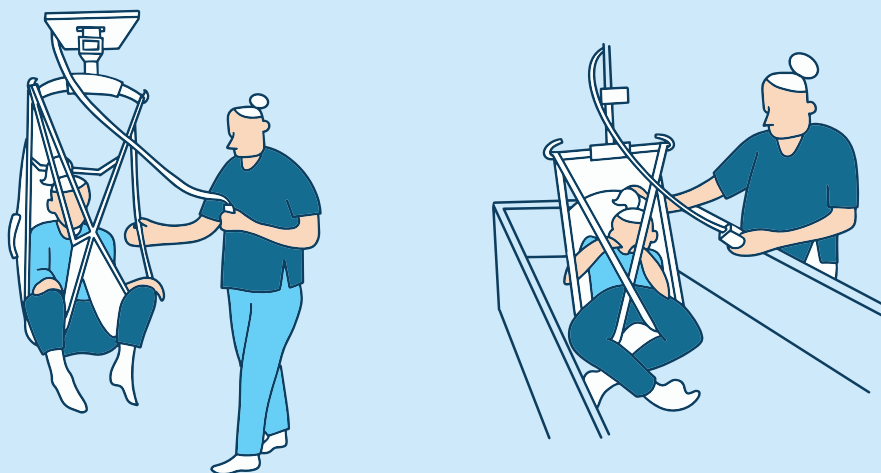
Устройства оснащены механизмом, который легко опускает и поднимает ребёнка



Передвижная подъёмная система

Подвесная подъёмная система

Оснащена пультом управления. Подъём ребёнка в гамаке осуществляется плавно на заданную высоту. В базовой комплектации высота подъёма — до 2 метров.



Специальные средства

Ежедневное мытье может привести к обезжириванию кожи и вызвать раздражение.

За кожей необходимо ежедневно ухаживать и защищать её, чтобы она оставалась эластичной, поддерживала свою регенерацию и не подвергалась вредным воздействиям.

Для ухода предусмотрены кремы, лосьоны, масла, которые не препятствуют обмену веществ кожи и её дыханию.

Антимикробный лосьон используется для профилактики пролежней. Аэрозоль удобно наносить на проблемные участки кожи в труднодоступных местах.

Пена очищающая заменяет мытьё водой и моющими средствами. Используется при проведении гигиенических процедур при смене подгузника.

Пудра абсорбирующая уменьшает раздражение при уходе за кожей вокруг стомы. Сохраняет кожу сухой.

Гель для тела используется для профилактики возникновения опрелостей и пролежней.

Защитный крем используется в качестве защитного барьера при смене подгузника и раздраженной кожи.

Очиститель для кожи эффективно очищает кожу.

Нейтрализатор запаха удаляет запахи любой сложности.

Средство гигиены для полости рта останавливает кровотечение дёсен, очищает, увлажняет полость рта, устраняет неприятный запах изо рта.

Приготовление постели, смена постельного и нательного белья

Цель: приготовить постель, сменить постельное и нательное белье



Оборудование и приспособления

комплект постельного белья ребёнка; сменная одежда — халат, косынка, перчатки, маска, комплект нательного белья для ребёнка, клеёнчатый мешок для грязного белья



Количество людей

1 и более



Частота:

не реже раз в неделю. Загрязненное выделениями больных бельё подлежит замене незамедлительно



Тайминг:

10–20 минут

Описание процедуры

положить на сетку кровати матрац с ровной, упругой поверхностью без бугров и впадин, или противопролежневый матрац

на матрац постелить простыню: простыня должна быть такого размера, чтобы матрац был закрыт ею не только сверху, но и по бокам и с торцов. Края простыни не должны свисать, их следует подвернуть под матрац, чтобы простыня не сбивалась и не образовывала складок

маломобильным детям подкладывают клеёнку на простыню под пояснично-крестцовую область, застывая ее пеленкой

на подушки надеть наволочки и положить их в головной конец кровати, подушки должны быть среднего размера

заправить одеяло в пододеяльник, аккуратно расправить его

Индикатор выполнения

отсутствие складок постельного белья

Смена постельного и нательного белья

Продольный способ

Применяется в тех случаях, когда больному разрешено поворачиваться.

- больного передвигают на край постели, скатывают грязную простыню по длине в валик, расправляя на ее месте чистую
- перекадывают или поворачивают больного на другой край кровати
- убирают грязную и расправляют чистую простыни
- смена постельного и нательного белья



Продольный способ

Применяется в тех случаях, когда ребёнку запрещены активные движения в постели.

- поднимают голову ребёнка и верхнюю часть туловища, убирают подушку
- грязную простыню складывают в виде валика, а на ее место помещают и расправляют до середины кровати чистую, кладут подушку, опускают голову
- приподнимают таз ребёнка, скатывая грязную простыню, на ее место кладут чистую
- опускают таз больного, поднимают ноги — полностью убирают грязную, заменяя её чистой простыней
- раскатывание чистой и скатывание грязной простыни простыни происходит сверху вниз



Смена нательного белья маломобильным детям

Смену белья у тяжелобольного производят следующим образом.

скатывают грязную рубашку до пояса, осторожно сдвигают её к затылку, поднимают обе руки ребёнка

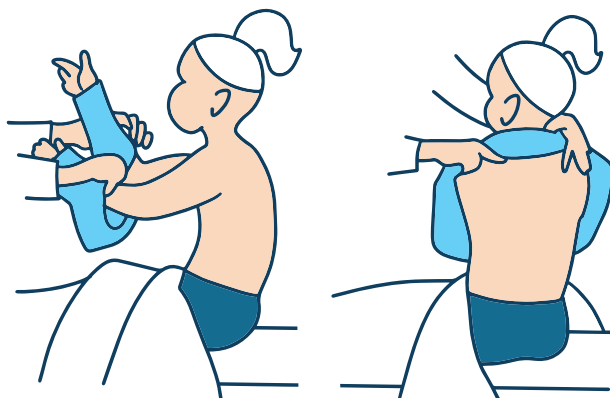
освобождают голову, а затем руки больного

при повреждении руки рубашку сначала снимают со здоровой, затем с больной руки

при смене белья обязательно осматривают кожу на наличие пролежней и других особенностей

одевают больного в обратном порядке

используйте адаптивную одежду для детей с двигательными нарушениями, которая имеет разрезы сбоку и одевается легче, благодаря безопасным магнитным застёжкам или застёжкам на липучках



Алгоритм смены подгузника

Цель: смена подгузника



Оборудование и приспособления

чистый подгузник, перчатки, мешок для грязного белья, защитная простыня



Количество людей

1 и более человек



Частота

не реже 3-х раз в день, возможно чаще, по мере необходимости



Тайминг

5–10 минут



Обратить внимание

На кожные покровы. При наличии покраснения и других видимых изменений сообщить медицинскому персоналу.



Описание процедуры

Подготовка к процедуре

объяснить ход и цель процедуры ребёнку, если это возможно

обработать руки гигиеническим способом, осушить

приготовить чистый подгузник и защитную простыню

надеть перчатки

Выполнение процедуры

опустить поручни, оценить положение и состояние ребёнка

повернуть ребёнка набок, слегка согнув ноги в коленях

защитную пелёнку свернуть в трубочку до половины по длинной стороне и подсунуть под спину ребёнка аналогично смене постельного белья

растегнуть грязный подгузник, извлечь его из-под ребёнка, поместить грязный подгузник в мешок для грязного белья, провести подмывание пациента

вынуть чистый подгузник из упаковки, встряхнуть его и потянуть за концы, для того чтобы впитывающий слой распушился, а боковые защитные оборочки приняли вертикальное положение

повернуть ребёнка набок, слегка согнув ноги в коленях, а подгузник подложить под спину таким образом, чтобы липучки-застежки находились со стороны головы, а индикатор наполнения (надпись снаружи подгузника в центральной его части, направленная вдоль подгузника) находился по линии позвоночника

повернуть ребёнка на спину, слегка согнув его ноги в коленях

аккуратно расправить подгузник под спиной ребёнка

протянуть переднюю часть подгузника между ногами ребёнка на живот и расправить её

опустить ноги ребёнка

застегнуть липучки: сначала последовательно застегнуть нижние липучки, сначала правую, потом левую, или наоборот, плотно охватывая ноги, направляя липучки поперек тела ребёнка, слегка снизу вверх; затем закрепить верхние липучки, по направлению поперек тела ребёнка

Окончание процедуры

удобно расположить ребёнка в постели

снять перчатки, поместить их в ёмкость для дезинфекции

обработать руки гигиеническим способом, осушить

сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию

Индикатор выполнения

подгузники надеты ровно, без складок

Уход за наружными половыми органами и промежностью

Цель: уход за наружными половыми органами и промежностью



Оборудование и приспособления

- 2 небольшие ёмкости с теплой водой
- примерно 5 мягких махровых салфеток или небольших полотенец размером 20 × 20 см или 20 × 30 см
- моющее средство: можно использовать специальную пенку, либо гигиенические салфетки, но помните — это не может быть единственным способом проведения интимной гигиены. Лучше, чем вода, кожу ничего не отмывает, поэтому необходимо чередовать применение пенки и салфеток с подмыванием водой



Количество людей

1 и более человек



Частота

по мере необходимости



Тайминг

10–15 минут



Обратить внимание

На температуру воды. Вода должна идти через руку персонала, контроль температуры постоянно

Описание процедуры

приготовьте раствор: 3 мл геля для интимной гигиены или специального средства для мытья тела на 1 литр воды

уложите ребёнка на спину, снимите с него нижнее бельё или подгузник и подстелите впитывающую пелёнку под ягодицы

попросите ребёнка или помогите ему согнуть ноги в коленях, если это возможно, и раздвинуть их, или аккуратно сделайте это сами

промойте паховые складки и переходите непосредственно к процедуре ухода за половыми органами

Индикатор выполнения

чистые кожные покровы, отсутствие загрязнений

Интимная гигиена женщин

аккуратно раздвиньте половые губы и промойте промежность салфетками, смоченными в воде с моющим средством, в направлении от половых органов к заднему проходу

повторите эти действия несколько раз до полного очищения

смочите салфетки в чистой тёплой воде и промойте ещё раз, чтобы удалить остатки моющего средства

после этого вытрите насухо область промежности, наденьте нижнее бельё, помогите ребёнку удобно устроиться в кровати

Интимная гигиена мужчин

аккуратно отодвиньте крайнюю плоть и обработайте головку полового члена — это очень важно для того, чтобы под крайней плотью не скапливались бактерии

затем обработайте мошонку и паховые складки, меняя салфетки по мере загрязнения. Все движения точно так же, как и у женщин, должны быть в одном направлении — от лобка к анусу

следите, чтобы после мытья головка полового члена была обязательно закрыта крайней плотью (если она есть), иначе может произойти пересыхание кожи на головке полового члена, что повлечёт за собой отёк и сильное воспаление

относитесь бережно к мошонке — это очень чувствительная зона, и помните о том, что её нельзя перегревать. В мошонке температура ниже, чем температура тела ребёнка, примерно на 2,5–3,0°C, чтобы ферменты, отвечающие за сперматогенез в яичках, правильно функционировали. Перегрев мошонки напрямую связан с репродуктивными возможностями мужчины

чтобы вымыть анальную зону, поверните ребёнка набок, вымойте ягодицы, ягодичную складку и задний проход — по направлению от половых органов к анальному отверстию

ВАЖНО!

Дети с тяжёлыми двигательными нарушениями, которые самостоятельно не сидят, не переворачиваются, часто имеют хрупкие кости, и даже во время обычных гигиенических процедур возможны патологические переломы!

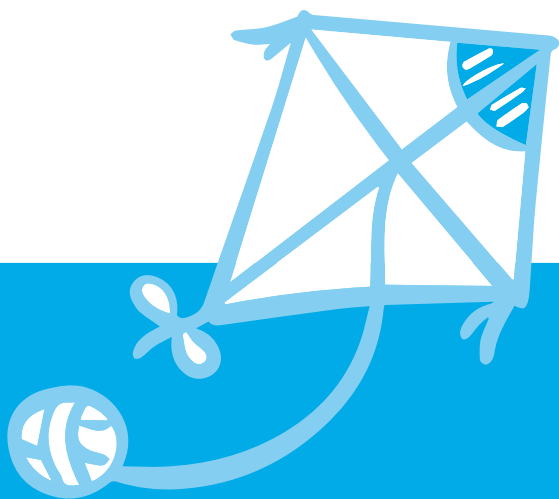
Соблюдайте простые правила для профилактики патологических переломов.

- Движения совершайте плавные, не применяйте резких сильных движений. Часто при разведении бёдер происходит перелом бедра.
- Не поднимайте ребёнка за руки и/или за ноги — высокий риск перелома!
- Поднимайте вдвоём только за туловище и таз.
- Используйте адаптивную одежду, разрезанную с одного края для удобства одевания.

П.С. ТИМОШЕНКО, врач-стоматолог

АЛГОРИТМ УХОДА ЗА ПОЛОСТЬЮ РТА

Особенности ухода за полостью рта у маломобильных детей с выраженными ментальными расстройствами, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи



Цель: профилактика кариеса, заболеваний слизистой оболочки полости рта, пародонтита, развитие которых у маломобильных детей с выраженными ментальными расстройствами, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи, имеют высокие риски в связи с трудностями ухода за полостью рта



Оборудование и приспособления

зубная щетка, зубная паста, обмотанный бинтом шпатель, зубная нить, скребок для языка, полотенце, шприц, дентальные салфетки, палочки для обработки губ и полости рта



Количество людей

один сотрудник



Частота:

ежедневно,
два раза в день



Тайминг:

5–10 минут



Обратить внимание

Для чистки зубов у детей лучше использовать мягкую зубную щетку и зубную пасту соответственно возрасту.

Детям, нуждающимся в паллиативной помощи, в связи с частыми явлениями кровоточивости дёсен рекомендуются зубные пасты, которые обладают вяжущими и кровеостанавливающими свойствами. К таким зубным пастам можно отнести LACALUT aktiv, LACALUT fitoformula, Parodontax, Parodontax F и др.

Дентальные салфетки помогают удалять с зубов и десен остатки пищи, которые могут провоцировать размножение вредных микроорганизмов. Конечной целью использования таких салфеток является снижение риска развития кариеса.

Описание процедуры

Алгоритм ухода за полостью рта при помощи зубной щётки и зубной пасты

Подготовьте всё необходимое, наденьте перчатки.

Поднимите изголовье кровати в вертикальное положение или посадите ребенка в кресло.

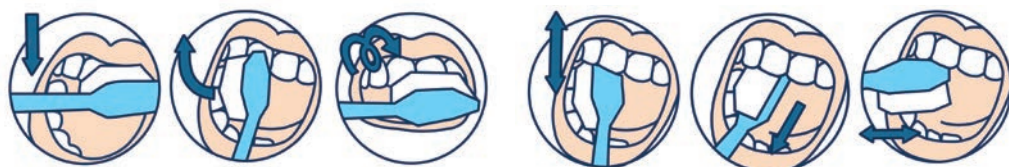
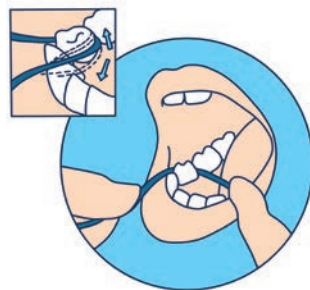
Положите полотенце или пеленку на грудь ребенка, другое полотенце держите рядом для того, чтобы вытирать слюну.

Зафиксируйте рот — аккуратно вставьте обмотанный бинтом шпатель в рот и разверните его в вертикальное положение.

Перед чисткой пройдитеесь зубной нитью в области контактов зубов, если это возможно.

Намочите водой зубную щетку, нанесите зубную пасту размером с горошину.

Установите зубную щетку под 45° к зубу в области «стыка» зуба с десной. Выметающими движениями от десны к краю зуба удалите зубной налет с щечной и небной и язычной поверхностей зубов. Возвратно-поступательными движениями очистите жевательную поверхность зубов.



Зубные салфетки могут быть использованы в качестве средства удаления зубного налета в ситуациях, когда невозможно проведение полноценной чистки зубов с помощью зубной щётки и зубной пасты. Однако их использование не позволяет полностью заменить основные средства гигиены полости рта.

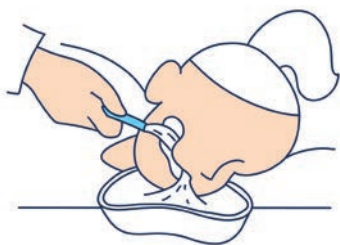
Палочки для обработки губ и полости рта могут быть использованы для профилактики сухости губ и слизистой оболочки полости рта. Также в качестве профилактики сухости губ можно использовать гигиенические помады, жирные детские крема.



Обрабатывайте каждый сегмент зубов не менее 30 секунд (5–10 выметающих движений).

Скребок для языка либо пальцем с намотанным бинтом очистите поверхность языка.

После чистки разверните голову ребёнка набок.



При помощи шприца орошайте полость рта водой.

Если ребёнок самостоятельно не может удалить лишнюю жидкость из полости рта и выплюнуть ее, сухими тампонами промокнуть ротовую полость пациента для удаления остатков жидкости и выделений из полости рта.

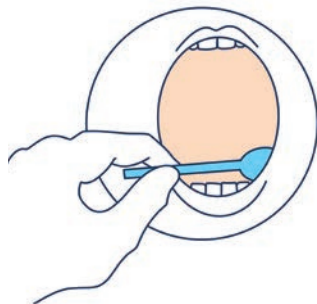
Промокните лицо ребёнка.

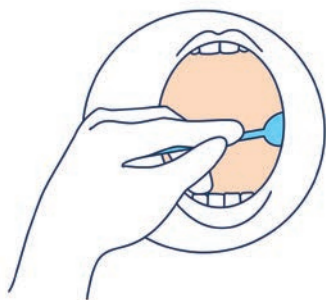
Алгоритм ухода за полостью рта при помощи дентальных салфеток или палочек

Приподнимаем изголовье кровати ребёнка, используя функциональную кровать или дополнительные подушки так, чтобы он находился в положении сидя под углом более 45°. Если это невозможно, следует расположить ребенка на боку, спине или животе, повернув его голову набок. Проводим обработку рук гигиеническим способом.

Надеваем фартук и перчатки на себя. Надеваем нагрудник на ребёнка или оборачиваем полотенце вокруг его шеи.

Вскрываем упаковку дентальных салфеток и начинаем производить чистку зубов. Последовательно вычищаем щечную, небную и язычную и жевательную поверхности зубов, выполняя движения вверх-вниз в направлении от задних к передним зубам. Обрабатываем десны. Процедуру повторяем не менее двух раз для эффективной очистки зубов. Меняем палочки (дентальные салфетки) по мере их загрязнения.

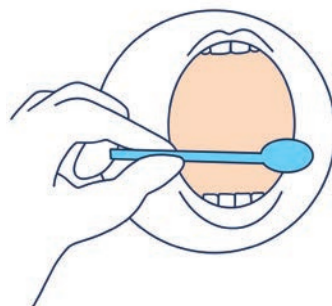




Обрабатываем внутреннюю поверхность щек для профилактики сухости слизистой оболочки полости рта



Протираем язык с помощью палочки (салфетки). Обрабатываем пространство под языком



Обрабатываем последовательно внутреннюю поверхность верхней и нижней губы с помощью палочки с целью профилактики сухости губ

Применение дентальных салфеток или палочек не требует смывания и ополаскивания полости рта за счет безвредности компонентов, входящих в их состав. Кроме того, дентальные салфетки могут быть использованы у детей, нуждающихся в паллиативной помощи после каждого приёма пищи. Это способствует снижению риска возникновения кариеса и его осложнений.

Индикатор выполнения

Для более тщательной чистки зубов могут быть использованы растворы для индикации зубного налёта. Индикатор зубного налёта — это специальное средство, которое помогает обнаружить бактериальные отложения на зубах. В его состав входят безопасные пищевые красители, которые окрашивают зубной налёт, благодаря чему можно выявить проблемные участки, требующие более тщательной чистки.

Кроме того, есть специальные зубные пасты и ополаскиватели для полости рта, которые также содержат пигменты, окрашивающие бактериальный зубной налёт.

Заключение

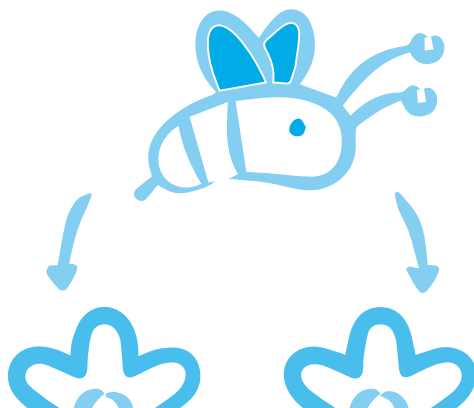
Все дети, проживающие в детских стационарных учреждениях социальной защиты, относятся к V группе здоровья. Поэтому при проведении общей анестезии, часто необходимой для санации полости рта у детей, нуждающихся в паллиативной помощи, существует высокий риск развития осложнений. Уход за их полостью рта медицинским персоналом является важным фактором в снижении риска возникновения и распространения стоматологических заболеваний.

Многие исследователи отмечают, что некоторые дети, изначально негативно относящиеся к чистке зубов, со временем стали сотрудничать с персоналом — перестали плакать и отворачиваться во время ухода за ртом, начали открывать рот во время чистки зубов. Это необходимо учитывать при разработке и реализации программ профилактики стоматологических заболеваний и уделять повышенное внимание санитарно-просветительской работе с персоналом, обслуживающим данные группы детей.

А.Н. КСЕНОФОНТОВА, *специалист по кормлению*

О.С. СЕКЛЕТИНА, *специалист по кормлению*

АЛГОРИТМ КОРМЛЕНИЯ ЧЕРЕЗ РОТ



Количество приёмов пищи в день регламентируется внутренним порядком организации режима дня учреждения.

Неправильная организация кормления подопечных повышает риски появления асфиксий, приводящих к заболеваниям. Также может приводить к потере веса и обезвоживанию, что снижает качество жизни подопечных. Кроме того, неправильная организация среды может неблагоприятно сказываться на психоэмоциональном и физическом состоянии подопечных и персонала.

Цель: обучение ухаживающего персонала навыкам правильного и безопасного кормления воспитанников, испытывающих трудности в процессе приёма пищи на разных его этапах. Формирование максимально доступной подопечным самостоятельности во время приёма пищи.

ПРИГОТОВЬТЕ ВСЁ ЗАРАНЕЕ!



Оборудование и приспособления:

место приема пищи, мебель с учётом особенностей ребёнка, столовые приборы, чашка или поильник



Количество людей:

процесс кормления может осуществляться одним взрослым из педагогического или медицинского персонала учреждения



Частота:

регламентируется внутренним порядком организации режима дня учреждения



Тайминг:

на одно блюдо должно уходить не более 15 минут. Далее переходим к следующему блюду.



Обратить внимание

Обратите внимание на окружающую обстановку. Некоторые дети особенно чувствительны к сенсорным раздражителям, что может отвлекать от еды.



Свет



Звуки



Запахи



Отвлекающие предметы

Индикатор выполнения

Ребёнок съедает всю рекомендуемую диетологом порцию пищи за отведенный промежуток времени.

При обучении самостоятельному приёму пищи индикатором выполнения будут служить достижения воспитанника: например, самостоятельное удержание ложки или зачерпывание пищи ложкой и др.

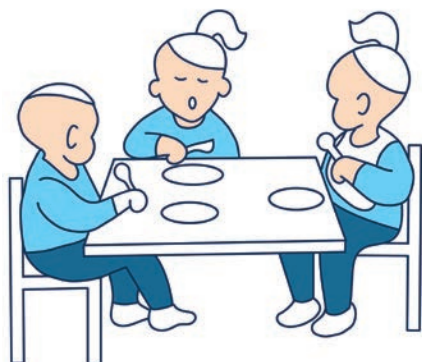
Подготовка

Место для кормления

Подберите оптимальное для ребёнка место для кормления:

— за общим столом с другими детьми

— или отдельно, если ребёнок отвлекается.



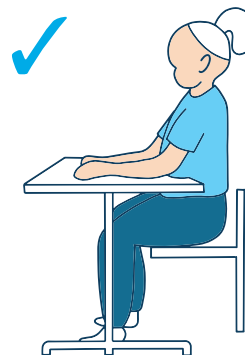
Мебель

Подберите мебель с учетом особенностей ребёнка.

Высота стола должна составлять не менее $\frac{1}{2}$ роста человека. Не должно возникать напряжения в плечах и шее ребёнка, спина должна оставаться прямой, когда локти лежат на столешнице.



НЕПРАВИЛЬНО —
низкий стол



ПРАВИЛЬНО



НЕПРАВИЛЬНО



ПРАВИЛЬНО

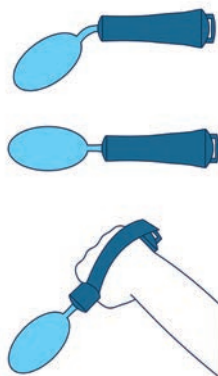
Высота сидения стула должна составлять около $\frac{1}{3}$ роста человека. Ноги должны иметь опору на полную стопу при сгибе в коленных суставах 90° .

Посуда

Обеспечьте ребёнка удобной и безопасной посудой и дополнительными аксессуарами: нескользящий коврик на стол, фартук, средства гигиены (салфетки), специальная посуда и столовые приборы, фиксаторы для столовых приборов, утяжелители для них.

Особо важно подобрать подходящую ребёнку ложку.

- Ложка должна полностью помещаться в ротовую полость, не задевая уголков рта.
- Если у ребёнка сложности со смыканием губ, лучше выбрать ложку с более плоской чашей.
- Для детей, которым сложно захватить и удержать обычную ложку, подойдет ложка с толстой ручкой или ложка с изгибом, ложка с фиксатором.



Выбор материала, из которого сделана ложка, зависит от особенностей ребёнка:

ТВЕРДЫЙ ПЛАСТИК

Детям, которые часто закусывают ложку

МЕТАЛЛИЧЕСКАЯ ЛОЖКА

Детям с пониженной чувствительностью ротовой области: металл быстрее передает температуру пищи

ИЗ МЯГКОГО МАТЕРИАЛА

(силикон, мягкий пластик)
Детям с повышенной чувствительностью

Консистенция и температура пищи

Подберите оптимальную консистенцию и температуру пищи.

Для детей, испытывающих трудности в глотании, и детей с пониженной чувствительностью температура пищи должна быть немного теплее или холоднее температуры в помещении, чтобы ребенок мог почувствовать еду во рту и сосредоточиться на процессе кормления.

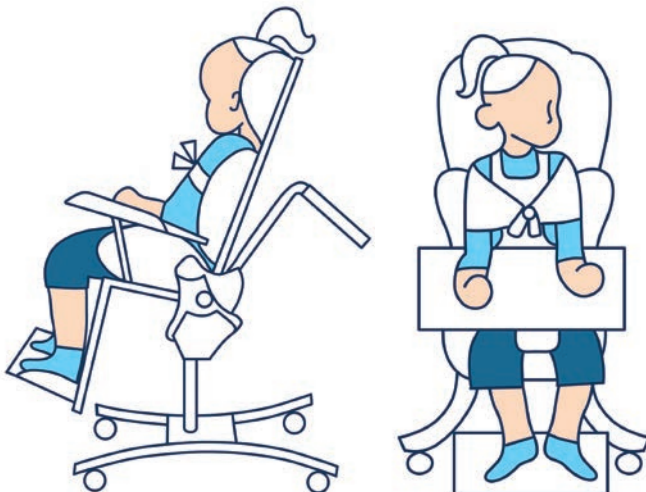


Если ребенок испытывает трудности в глотании, пища должна быть однородной. Наиболее удобная консистенция для глотания — густое пюре, так как его можно почувствовать во рту и легко проглотить.

Поза ребёнка

Правильной и безопасной для ребёнка во время кормления является поза **СИДЯ НА СТУЛЕ** или **В КРЕСЛЕ-КОЛЯСКЕ**.

- ✓ Поза ребёнка должна быть стабильна, безопасна и симметрична.
- ✓ Таз плотно прижат к спинке коляски, кресла или стула.
- ✓ Стопы стоят на подножке или на полу.
- ✓ Локти лежат на столе или другой опоре. Для приведения рук к средней линии можно использовать косынку или пелёнку.



НЕПРАВИЛЬНО —
голова запрокинута

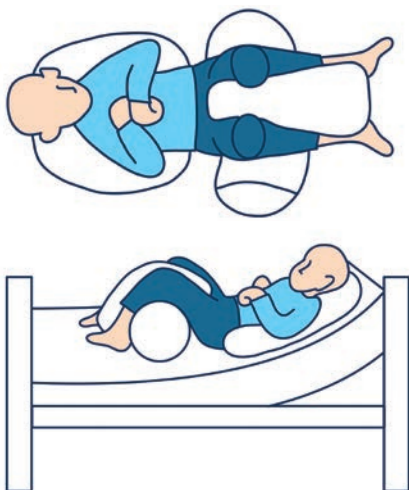


ПРАВИЛЬНО —
голова чуть наклонена
вперед

- ✓ Не допускайте излишнего заваливания корпуса ребенка вперед, назад или в стороны. Для этого при необходимости можно использовать поясные и грудные ремни, валики и укладки.
- ✓ Небольшой наклон вперед удобен для глотания.
- ✓ Для придания голове наклонного положения можно использовать подушечку или сложенное в несколько раз полотенце.

Кормление лёжа

При вынужденном кормлении лежа в кровати необходимо приподнять головной конец кровати на не менее 45° . Для предотвращения сползания под согнутые колени подложите валик или свернутое одеяло. Под стопы можно положить опору в виде сложенной пеленки или маленького валика.



НЕПРАВИЛЬНО



ПРАВИЛЬНО

Для предотвращения запрокидывания головы и придания правильного и устойчивого положения телу можно использовать подковообразную подушку или сложенное одеяло.

Положение взрослого во время кормления

Кормите сидя! Положение взрослого должно быть удобным и стабильным.

Лучше сидеть сбоку, если вы кормите «рука в руке» и если ребёнок часто чихает или плюётся во время еды.



Сидя сбоку



Сидя спереди

Описание процедуры

Предупреждайте ребёнка о всех своих действиях: «сейчас будем кушать!», «будем есть суп» и др.

Следите за сигналами, которые подаёт ребёнок: отказ, просьба, предпочтения.

Подберите индивидуально для каждого ребёнка скорость кормления и ритм.

Количества пищи на ложке должно быть столько, сколько ребёнок в состоянии удержать во рту и проглотить.



Ложку в рот ребёнку заносите горизонтально, не опрокидывая её содержимое и не соскребая об зубы.

Дождитесь, когда ребёнок сомкнёт губы или помогите ему, если он не может сам.

Избегайте снятия остатков пищи ложкой с лица ребенка! По необходимости пользуйтесь салфеткой, совершая легкие движения по направлению к губам, не растягивая кожу.

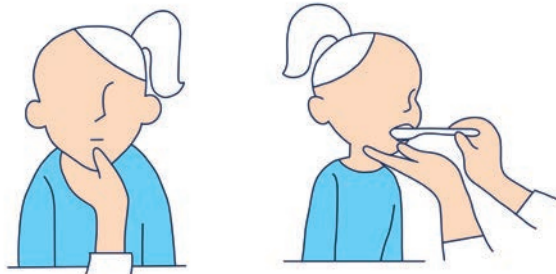
Предлагайте следующую ложку только после того, как убедитесь, что ребёнок все проглотил.

Переходите к следующему блюду, если кормление затянулось более чем на 15 мин.

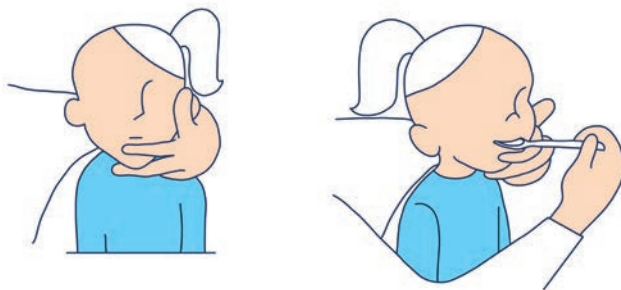
Если ребёнок ест в положении лёжа, оставьте головной конец кровати приподнятым после кормления на период не менее 45 минут.

При необходимости после еды полость рта ребёнка очищается зубной щеткой, просто смоченной водой.

Виды помощи для детей, испытывающих затруднения в смыкании губ



Кормящий сидит перед подопечным. Указательный и средний пальцы располагаются по дугам нижней челюсти. Большой палец кладем в ямку под нижней губой, не касаясь красной кромки губ. Чуть нажимая на подбородок, помогаем открыть рот. Перед тем, как вынуть ложку, большим пальцем приподнимаем нижнюю губу, а указательным и средним пальцем подаём сигнал для закрывания рта.



Кормящий сидит сбоку от подопечного. Своей ведущей рукой кормит ложкой, а другой помогает в смыкании губ: большой палец располагается на щеке ребёнка (избегать сильного надавливания!), указательный горизонтально кладем в ямку между подбородком и губой, не касаясь красной кромки губы, средний палец под подбородком.

Указательным и средним пальцами помогаем приоткрыть и потом закрыть рот, регулируя движение легким нажатием.

Как поить ребёнка

Соблюдайте питьевой режим в течение дня.

По возможности поите ребёнка в положении сидя.

Следите за тем, чтобы голова ребёнка не была запрокинута назад.



Прислоните край кружки к нижней губе.

Дождитесь, когда верхняя губа опустится на край кружки.

Если ребёнок не справляется сам, помогите ему.

Контролируйте количество поступающей в рот жидкости наклоном кружки.



Отклоните кружку, но не отрывайте от губ, давая понять, что процесс не окончен.

Дайте ребёнку время для того, чтобы проглотить напиток.

Чтобы избежать запрокидывания головы, используйте кружку с вырезанным для носа краем.

Учим ребёнка жевать

- ✓ Начинайте формировать навык жевания как можно раньше.
- ✓ После основного приёма пищи предложите ребёнку пожевать детское печенье или кусочек фрукта. Можно использовать ниблер
- ✓ Кусочки кладутся на боковые зубы ребёнка.
- ✓ Во время чистки зубов подвигайте язык ребёнка из стороны в сторону. Это позволит развить подвижность языка, необходимую для жевания.
- ✓ Можно использовать различные по жесткости тренажёры для развития навыка жевания.

Учим ребёнка есть самостоятельно



Поощряйте любое проявление самостоятельности ребёнком во время приёма пищи

Начинать обучение можно с кормления «рука в руке», постепенно снижая контроль и объём помощи.



Оказывайте помощь ребёнку только на том этапе приёма пищи, где она действительно необходима: зачерпывание, поднесение ложки ко рту и т.д.

Не ругайте, если ребенок испачкался.

Используйте посуду, адаптированную для конкретного ребёнка: загнутые ложки, утолщенные ручки ложек, ремень-держатель для столовых приборов и т.д.

Н.А. ЛИТИКОВА, врач по лечебной физкультуре,
физический терапевт

И.Е. МАМЕТЬЕВА, социальный педагог,
специалист по реабилитационной работе

ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ. ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ДЕТЕЙ



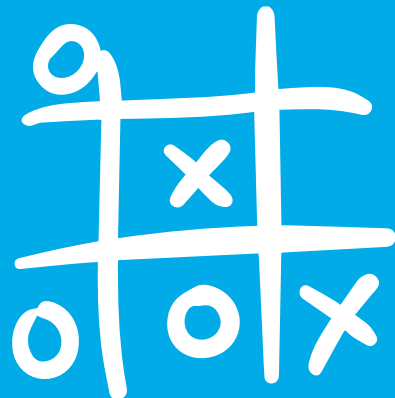
Если у вас есть всего лишь один час в день для помощи клиенту с тяжелыми двигательными нарушениями, то потратьте его на организацию программы физического менеджмента, так как любые упражнения и занятия не в силах предотвратить развитие вторичных осложнений

ПАУЛИН ПОУП,
физический терапевт



ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ — это программа круглосуточной организации правильных поз, доступных ребёнку.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ — это придание телу человека правильного положения с использованием мягких подушек и валиков.



ЧТО ТАКОЕ ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ?

Это программа круглосуточной организации правильных поз, доступных человеку (ребёнку) с двигательными нарушениями. Мы будем говорить в данном контексте о позиционировании в кровати детей с выраженными двигательными нарушениями или с тяжелыми множественными нарушениями развития. Для краткости далее по тексту термин «человек с двигательными нарушениями» будет заменен на «ребёнок».

КТО СОСТАВЛЯЕТ ПРОГРАММУ?

Программу составляют индивидуально специалисты, которые работают с ребенком в двигательном аспекте — инструкторы ЛФК, врачи по лечебной физкультуре, физические терапевты, эрготерапевты, любые иные специалисты по реабилитации, понимающие специфику заболевания ребёнка, критерии правильности его поз, необходимость применения тех или иных вспомогательных средств для их коррекции. Так как родители или воспитатели проводят с ребенком больше времени, чем реабилитологи, их советы и замечания должны учитываться при составлении программы.

КТО РЕАЛИЗУЕТ ПРОГРАММУ?

Любой человек, контактирующий с ребёнком в течение суток (родители, воспитатели, педагоги, медики). Распечатанный письменный экземпляр программы должен быть в легком доступе рядом с кроватью каждого ребёнка. Фотографии правильных поз приветствуются.

ПОЧЕМУ ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ ТАК ВАЖЕН?

Дети с двигательными нарушениями принимают вынужденное положение из-за воздействия силы тяжести, патологического состояния собственных мышц ребёнка (мышечная слабость или спастичность), рефлекторных и сенсорных проблем. При этом ребёнок может испытывать боль, дискомфорт, но самостоятельно это положение изменить не может. Правильный постуральный менеджмент помогает снижать физический дискомфорт, боль, стресс, улучшает процессы глотания, пищеварения, дыхания, выделения.

ЕСЛИ НЕ ПРОВОДИТЬ ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ И НЕ ПОЗИЦИОНИРОВАТЬ?

В отсутствии правильного позиционирования ребёнок стремится принять привычную позу, которую ему легче удержать. Зачастую она асимметричная, нестабильная, с ограничением подвижности в суставах. За счет этого быстрее формируются вторичные осложнения (контрактуры и вывихи), что приводит к болям, возникает необходимость в хирургических вмешательствах, а это ведет к пониженной подвижности, проблемам с работой внутренних органов и усложнением ухода за ребенком.

С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО МОЖНО ПРАВИЛЬНО ПОЗИЦИОНИРОВАТЬ РЕБЁНКА?

Выбор приспособлений, устройств и средств зависит от уровня поддержки, необходимого данному ребёнку. Выбранное средство должно облегчать его состояние, повышать функциональность, увеличивать стабильность и симметричность его позы и профилактировать осложнения.

В контексте данной методички для позиционирования ребёнка в кровати мы будем использовать подушки-позиционеры, валики и текстильные изделия разных форм.

Поза лежа на спине

Цель: сон, отдых, проведение гигиенических процедур и медицинских манипуляций



Оборудование и приспособления

подушка «для беременных», небольшие по высоте подушки под оба плеча; подушка-валик под кисти и стопы; мягкий валик под колени, а также валики и подушки разнообразной жесткости, форм и размеров



Количество людей

1–2 человека в зависимости от роста и веса ребёнка



Частота:

несколько раз в день



Тайминг:

1–2 минуты в зависимости от наличия и тяжести вторичных осложнений у ребёнка

Риски и противопоказания

- С осторожностью укладывать на спину детей с дыхательной недостаточностью — уменьшается объем вдоха, ухудшается вентиляция и кровоснабжение легких и бронхов, возникает застой мокроты, насыщение кислородом крови снижается;
- у детей с нарушением глотания, если изголовье кровати не приподнято, повышается риск попадания в дыхательные пути слюны и остатков пищи;
- при сильном наклоне головы ребёнка вперед (при укладывании на высокую подушку) возникает рефлекторное повышение тонуса мышц рук и ног;
- при наличии пролежней в области затылка, лопаток, крестца следует временно, до заживления, выбирать другие позы;
- твердый упор и фиксация стоп под прямым углом недопустимы, так как они вызывают напряжение мышц голени.



Описание процедуры

Объясните ребенку, что сейчас будет происходить, и затем сопровождайте все свои действия подсказками: «сейчас я поправлю твою ногу», «подложу подушку под голову», «переверну тебя» и др.

Поместите ребёнка на спину на середину кровати;

уложите его конечности симметрично;

обеспечьте необходимую поддержку голове, рукам и ногам с помощью подушек и валиков;

убедитесь, что ноги не перекрещены и что стопы поддержаны мягким упором.

Индикатор выполнения

Ребёнок лежит на кровати на спине, его голова расположена прямо;

подбородок немного опущен к груди;

правая и левая стороны тела симметричны;

руки приведены к центральной линии, либо расположены на подушках;

ноги не перекрещены;

стопы поддержаны мягким упором.



Обратить внимание

Кровать стоит на тормозах; в положении на спине не оставляем ребёнка на длительное время (более часа) — чередуем с подъемом изголовья кровати или положением на боку. При подъеме уровня изголовья необходимо укладывать подушки-валики под колени ребёнка.

Поза на высоком изголовье (полусидя)

Цель: кормление и отдых



Оборудование и приспособления

функциональная кровать,
либо перевернутый стул,
либо клиновидная подушка,
небольшие по высоте
подушки под оба плеча;
подушка-валик под кисти
и стопы; мягкий валик
под колени, а также валики
и подушки разнообразной
жесткости, форм
и размеров



Количество людей

1–2 человека в зависимости
от роста и веса ребёнка



Частота:

несколько раз в день



Тайминг:

1–2 минуты в зависимости
от наличия приспособлений
и тяжести вторичных
осложнений у ребёнка

Риски и противопоказания

- Пролежни в области крестца и пяток (т.к. давление в этих областях в этой позе повышается);
- важно отслеживать, чтобы ребёнок не «сползал» вниз, так как уменьшается объем грудной клетки, что негативно влияет на дыхание и приводит к болям в спине.



Обратить внимание

Кровать стоит на тормозах;

в положении на высоком изголовье
не оставляем ребёнка на длительное время
(более часа) — чередуем с положением
на боку или на спине,

необходимо оставлять ребёнка в такой
позе после еды хотя бы на 20 минут,
чтобы избежать рефлюкса желудочного
содержимого.



С помощью функциональной кровати

С помощью подушек и валиков

Описание процедуры

Объясните ребенку, что сейчас будет происходить, и затем сопровождайте все свои действия подсказками: «сейчас я поправлю твою ногу», «подложу подушку под голову», «переверну тебя» и др.

Поместите ребёнка на спину на середину кровати;

поднимите головную секцию кровати (или подложите под верхнюю часть туловища перевернутый стул, подушку);

уложите конечности ребёнка симметрично, обеспечьте необходимую поддержку голове, рукам и ногам с помощью подушек и валиков;

убедитесь, что ребёнок не съезжает вниз, не заваливается на бок, что его ноги не перекрещены и что стопы поддержаны мягким упором.

Индикатор выполнения

Ребёнок лежит на кровати на высоком изголовье, его голова лежит прямо, подбородок немного опущен к груди;

правая и левая стороны тела симметричны;

руки приведены к центральной линии, либо расположены на подушках;

таз ребёнка находится по линии изгиба кровати;

ноги не перекрещены, слегка разведены;

стопы поддержаны мягким упором, под коленями мягкий валик.

Поза на боку

Цель: игра и отдых



Оборудование и приспособления

подушки-валики под спину и живот для предупреждения опрокидывания; подушка-валик под кисти и стопы; высокая подушка под голову, а также валики и подушки разнообразной жесткости, форм и размеров



Количество людей

1–2 человека в зависимости от роста и веса ребёнка



Частота:

несколько раз в день



Тайминг:

1–2 минуты в зависимости от тяжести вторичных осложнений у ребёнка

Риски и противопоказания

- Пролезни в области головки плечевой кости и бокового вертела бедренной кости (т.к. давление в этих областях в этой позе повышается);
- боль во время нахождения в этой позе или при помещении в нее;
- нельзя использовать бедренную кость ребёнка как рычаг для перемещения.



Обратить внимание

Кровать стоит на тормозах;

после кормления позиционирование на правом боку улучшает моторику ЖКТ;

позиционирование на левом боку с возвышенным головным концом кровати профилактирует гастроэзофагеальный рефлюкс.



Описание процедуры

Объясните ребенку, что сейчас будет происходить, и затем сопровождайте все свои действия подсказками: «сейчас я поправлю твою ногу», «подложу подушку под голову», «переверну тебя» и др.

Убедитесь, что в сторону поворота имеется достаточно места на кровати;

поместите ребёнка на спину;

уберите подушку;

поверните его голову в сторону поворота, ближнюю руку на стороне поворота отведите на 90° в сторону (до подушки), расположите ее ладонью вверх, дальнюю руку согните и расположите на груди ребёнка, дальнюю ногу согните в тазобедренном и коленном суставах;

установите стопу как можно ближе к ягодицам, ближнюю ногу ребёнка выпрямите;

совершите поворот ребёнка на бок, держась одной рукой за область его лопатки, другой — за гребень подвздошной кости;

зафиксируйте позу ребёнка при помощи валиков, подушек, высокой подушки под голову.

Индикатор выполнения

Ребёнок лежит ровно на боку;

под спиной находится валик, предотвращающий падение назад, подушка уложена под голову и шею, вплотную к плечу, а не под само плечо;

рука, находящаяся снизу, удобно устроена впереди, она не зажата туловищем;

суставы рук и ног находятся в полусогнутом положении;

между бедрами расположена подушка, позволяющая бедрам быть параллельными друг другу (предотвращение вывихов бедра);

верхняя стопа лежит на подушке-валике;

пальцы рук расправлены.

Активная поза на животе

Цель: игра, отдых, развитие контроля над головой, плечами, руками и кистями, а также растяжка мышц передней поверхности тела



Оборудование и приспособления

плотный валик/
клиновидная подушка
под грудь комфортной
высоты (от подмышечной
впадины до локтя);
подушка-бублик,
окружающая гастростому



Количество людей

1–2 человека в зависимости
от роста и веса ребёнка



Частота:

несколько раз в день



Тайминг:

1–2 минуты в зависимости
от тяжести вторичных
осложнений у ребёнка

Риски и противопоказания

- Поза противопоказана при возникновении пролежней в области подвздошных гребней, колен (т.к. давление в этих областях в такой позе повышается);
- поза противопоказана при снижении сатурации при нахождении в ней;
- нужна осторожность при укладывании в это положение детей с трахеостомой и гастростомой, детей, не удерживающих голову самостоятельно.



Обратить внимание

Кровать стоит на тормозах;

в положении на животе не оставляем ребёнка на длительное время (более полчаса) — чередуем с положением на боку или на спине;

после кормления необходимо отсрочить позиционирование на животе на 20–30 минут.

Описание процедуры

Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить, и затем сопровождайте все свои действия подсказками: «сейчас я поправлю твою ногу», «подложу подушку под голову», «переверну тебя» и др.

Ребёнок лежит на спине ближе к противоположному от стороны поворота краю кровати;

убедитесь, что в сторону поворота имеется достаточно места на кровати;

уберите подушку из-под головы ребёнка;

поверните его голову в сторону поворота, ближнюю руку на стороне поворота расположите вдоль туловища, ладонью к туловищу, дальнюю руку согните и расположите на груди ребёнка, дальнюю ногу расположите домиком, ближнюю ногу ребёнка выпрямите;

совершите поворот ребёнка на бок, затем на живот, держась одной рукой за область его лопатки, другой — за гребень подвздошной кости;

зафиксируйте позу ребёнка, подняв его грудь и голову при помощи валиков, подушек.

Если ребёнок устал, то:

уберите подушки из-под его груди;

поверните голову в одну из сторон;

переднюю руку согните в локте и расположите около лица на расстоянии 15–20 см, заднюю руку выпрямите вдоль туловища. Или переверните ребёнка на бок.



Индикатор выполнения

Ребёнок лежит на животе;

руки согнуты, кисти свободны, под грудью валик или подушка, приподнимающая верхнюю часть тела, трахеостома не закрыта постельным бельем, гастростома окружена подушкой-бубликом.

Поза в повороте на $\frac{3}{4}$. Положение Симса

Цель: уменьшение риска аспирации слюны, снижение сдавления мягких тканей у крестца, ягодич, вертелов ТБС, отдых



Оборудование и приспособления

минимум, 4 подушки — под голову, руку, колено и стопу; подушка-бублик, окружающая гастростому



Количество людей

1–2 человека в зависимости от роста и веса ребёнка

Риски и противопоказания

- Поза противопоказана при возникновении пролежней в области подвздошных гребней, колен (т.к. давление в этих областях в этой позе повышается);
- поза противопоказана при снижении сатурации при нахождении в ней;
- нужна осторожность при укладывании в это положение детей с трахеостомой и гастростомой, детей, не удерживающих голову самостоятельно.



Частота:

несколько раз в день



Тайминг:

1–2 минуты в зависимости от тяжести вторичных осложнений у ребёнка



Обратить внимание

Кровать стоит на тормозах;

в положении Симса не оставляем ребёнка на длительное время (более получаса) — чередуем с положением на боку или на спине;

после кормления необходимо отсрочить позиционирование в положении Симса на 20–30 минут.

Описание процедуры

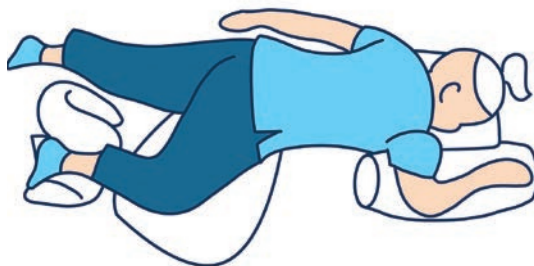
Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить, и затем сопровождайте все свои действия подсказками: «сейчас я поправлю твою ногу», «подложу подушку под голову», «переверну тебя» и др.

Ребёнок лежит на спине ближе к противоположному от стороны поворота краю кровати;

убедитесь, что в сторону поворота имеется достаточно места на кровати;

уберите подушку из-под головы ребёнка;

поверните его голову в сторону поворота, ближнюю руку на стороне поворота расположите вдоль туловища, ладонью к туловищу, дальнюю руку согните и расположите на груди ребёнка, дальнюю ногу расположите домиком, ближнюю ногу ребёнка выпрямите;



совершите поворот ребёнка на бок, затем на живот, держась одной рукой за область его лопатки, другой — за гребень подвздошной кости;

переднюю руку согните в локте и расположите около лица на расстоянии 15–20 см, заднюю руку оставьте выпрямленной вдоль туловища;

переднюю ногу чуть согните в колене и тазобедренном суставе и отведите слегка в сторону;

зафиксируйте позу ребёнка при помощи валиков под переднюю руку, стопу, подушек под колено передней ноги и под голову, подушки-бублика для гастростомы.

Индикатор выполнения:

ребёнок лежит в положении Симса;

передняя рука и нога согнуты, под ними валики и подушки;

задние рука и нога выпрямлены, под головой подушка, трахеостома не закрыта постельным бельем, гастростома окружена подушкой-бубликом.



Н.А. ЛИТИКОВА, врач по лечебной физкультуре, физический терапевт
И.Е. МАМЕТЬЕВА, специалист по реабилитационной работе

ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ. ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ



ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ — программа круглосуточной организации правильных поз, доступных ребёнку с двигательными нарушениями.

ТЕХНИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ — это специальные устройства, используемые для компенсации или устранения стойких ограничений жизнедеятельности ребёнка.

ЧТО ТАКОЕ ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ?

Это программа круглосуточной организации правильных поз, доступных человеку (ребёнку) с двигательными нарушениями. Мы будем говорить в данном контексте о детях с выраженными двигательными нарушениями или с тяжёлыми множественными нарушениями развития, для краткости далее — термин «человек с двигательными нарушениями» будет заменен на «ребёнок».

КТО СОСТАВЛЯЕТ ПРОГРАММУ?

Программу составляют индивидуально специалисты, которые работают с ребёнком в двигательном аспекте — инструкторы ЛФК, врачи по лечебной физкультуре, физические терапевты, эрготерапевты, любые иные специалисты по реабилитации, понимающие специфику заболевания ребёнка, критерии правильности его поз, необходимость применения тех или иных вспомогательных средств для их коррекции. Так как родители или воспитатели проводят с ребёнком больше времени, чем реабилитологи, их советы и замечания должны учитываться при составлении программы.

КТО РЕАЛИЗУЕТ ПРОГРАММУ?

Любой человек, контактирующий с ребёнком в течение суток (родители, воспитатели, педагоги, медики). Распечатанный письменный экземпляр программы должен быть в лёгком доступе рядом с кроватью каждого ребёнка. Фотографии правильных поз приветствуются.

ПОЧЕМУ ПРОГРАММА ПОСТУРАЛЬНОГО МЕНЕДЖМЕНТА ТАК ВАЖНА?

Дети с двигательными нарушениями принимают вынужденное положение из-за воздействия силы тяжести, патологического состояния собственных мышц (мышечная слабость или спастичность), рефлекторных и сенсорных проблем. При этом ребёнок может испытывать боль, дискомфорт, но самостоятельно это положение изменить не может. Правильный постральный менеджмент помогает снижать физический дискомфорт, боль, стресс, улучшает процессы глотания, пищеварения, дыхания, выделения.

ЕСЛИ НЕ ПРОВОДИТЬ ПОСТУРАЛЬНЫЙ МЕНЕДЖМЕНТ?

В отсутствии правильного позиционирования ребёнок стремится принять привычную позу, которую ему легче удержать. Зачастую она асимметричная, нестабильная, с ограничением подвижности в суставах. За счет этого быстрее формируются вторичные осложнения (контрактуры и вывихи), что приводит к болям, возникает необходимость в хирургических вмешательствах, а это ведет к пониженной подвижности, проблемам с работой внутренних органов и усложнению ухода за ребёнком.

С ПОМОЩЬЮ ЧЕГО МОЖНО ПРАВИЛЬНО ПОЗИЦИОНИРОВАТЬ РЕБЁНКА?

Выбор приспособлений, устройств и средств зависит от уровня поддержки, необходимого данному ребёнку. Выбранное средство должно облегчать его состояние, повышать функциональность, увеличивать стабильность и симметричность его позы и профилактировать осложнения.

Такие приспособления, устройства и средства носят название «технические средства реабилитации» (далее — ТСР). К ТСР для позиционирования относятся различные опоры, кресла-коляски, головодержатели, корсеты, тьюторы, ортопедические аппараты, матрацы, ортопедическая обувь. Кроме того, в практике часто используют ремни, жилетки, подушки-позиционеры, валики и текстильные изделия разных форм.

Поза сидя в кресле-коляске с полной поддержкой для занятий

Цель: прием пищи, игра и общение, обучение сидя в коляске.



Оборудование и приспособления

кресло-коляска с полной поддержкой, нагрудно-плечевой фиксатор (жилетка), тазовый ремень, абдуктор для разведения ног, латеральные ремни, подушки для моделирования ширины сиденья, столик

Риски и противопоказания

- Противопоказано детям в возрасте до 6 месяцев;
- осторожно у детей с пролежнями в области ягодиц: потребуется специальная подушка-бублик.



Количество людей

1 человек, контактирующий с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

по необходимости



Тайминг

неприменимо



Обратить внимание на стоп-сигналы

Плач ребёнка, стон, выражение недовольства без видимых причин;

повышение мышечного напряжения тела в предложенной позе;

изменения цвета кожи: бледность или покраснение;

усиление неконтролируемых движений;

напряжённая мимика.

Описание процедуры

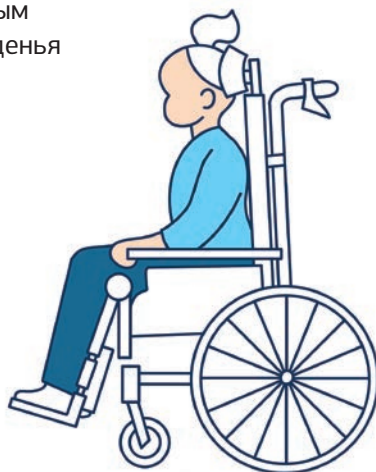
Ребёнок сидит в коляске;

его голова расположена прямо, подбородок немного поднят; корпус чуть наклонен вперед, правая и левая стороны тела симметричны;

руки согнуты в локтях и лежат на столике, либо на подлокотниках, плечи не поднимаются «к ушам»; ноги не перекрещены;

в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах углы чуть больше 90°, бёдра плотно прилегают к сиденью, спина — к спинке коляски, таз — к сиденью и к спинке (это достигается правильным подбором или адаптацией глубины и ширины сиденья коляски);

стопы полностью стоят на подножке и чуть смещены кзади. Если ребёнок не удерживается, добавьте боковые поддержки и поддержку головы, руководствуясь принципом достаточной минимальности. Поддержек «на всякий случай» не надо.



Индикатор выполнения

Ребёнок находится в кресле-коляске;

все поясные, тазовые ремни, нагрудно-плечевой фиксатор, ремни, отводящие бёдра, ремни, фиксирующие стопы (при наличии) застёгнуты;

положение ребёнка симметричное и устойчивое;

нет признаков болевого синдрома.

Поза сидя в кресле-коляске с полной поддержкой для отдыха

Цель: отдых в позе сидя в коляске.



Оборудование и приспособления

кресло-коляска с полной поддержкой, нагрудно-плечевой фиксатор (жилетка), тазовый ремень, абдуктор для разведения ног, латеральные ремни, столик, подушки для моделирования ширины сиденья

Риски и противопоказания

- Противопоказано детям в возрасте до 6 месяцев;
- осторожно у детей с пролежнями в области ягодиц: потребуется специальная подушка-бублик.



Количество людей

1 человек, контактирующий с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

по необходимости



Тайминг

неприменимо



Обратить внимание на стоп-сигналы

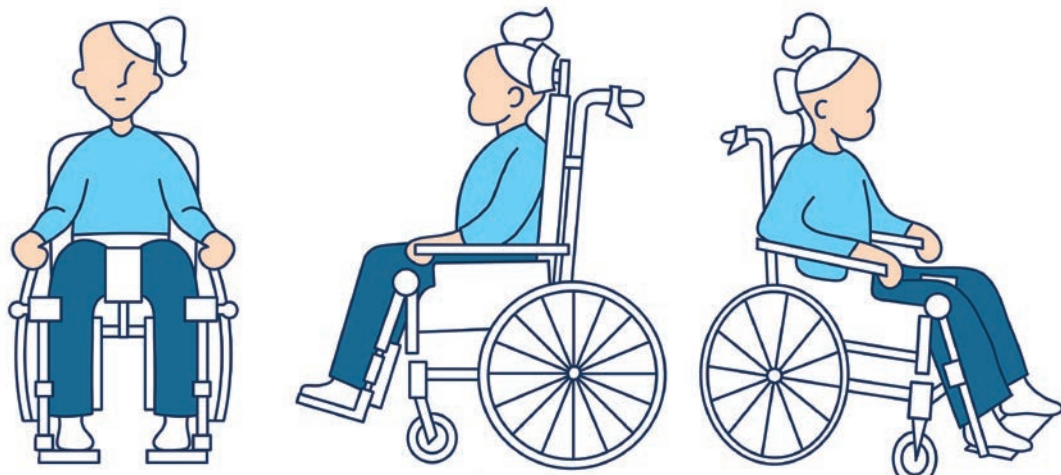
Плач ребёнка, стон, выражение недовольства без видимых причин;

повышение мышечного напряжения тела в предложенной позе;

изменения цвета кожи: бледность или покраснение;

усиление неконтролируемых движений;

напряжённая мимика.



Описание процедуры

Ребёнок сидит в коляске, спинка коляски отклонена назад на 10–15°; его голова расположена прямо;

корпус чуть наклонен назад, правая и левая стороны тела симметричны;

руки согнуты в локтях и лежат на столике либо на подлокотниках, плечи не поднимаются «к ушам»;

ноги не перекрещены; в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах углы чуть больше 90°, бёдра плотно прилегают к сиденью, спина — к спинке коляски, таз — к сиденью и к спинке. Это достигается правильным подбором или адаптацией глубины и ширины сиденья коляски;

стопы полностью стоят на подножке;

если ребёнок не удерживается — добавьте боковые поддержки и поддержку головы, руководствуясь принципом достаточной минимальности. Поддержек «на всякий случай» не надо.

Индикатор выполнения

Ребёнок находится в кресле-коляске; корпус отклонен назад на 10–15°;

все поясные, тазовые ремни, нагрудно-плечевой фиксатор, ремни, отводящие бёдра, ремни, фиксирующие стопы (при наличии) застегнуты;

положение ребёнка симметричное и устойчивое;

нет признаков болевого синдрома.

Поза сидя в кресле-коляске активного типа

Цель: самостоятельное передвижение, игра, отдых, общение.



Оборудование и приспособления

подушки для моделирования ширины сиденья, тазовый ремень, абдуктор для разведения ног, латеральные ремни, дополнительные приспособления для моделирования жёсткости сиденья

Риски и противопоказания

- Противопоказано детям в возрасте до 6 месяцев;
- осторожно у детей с пролежнями в области ягодиц: потребуется специальная подушка-бублик;
- противопоказано детям, не умеющим удерживать голову и корпус



Количество людей

1 человек, контактирующий с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

по необходимости



Тайминг

неприменимо



Обратить внимание на стоп-сигналы

Плач ребёнка, стон, выражение недовольства без видимых причин;

повышение мышечного напряжения тела в предложенной позе;

изменения цвета кожи — бледность или покраснение;

усиление неконтролируемых движений;

напряжённая мимика.

В активной коляске и коляске с минимумом поддержек требуются хорошо развитые мышцы плечевого пояса, координация, когнитивные данные, отсутствие проблем со зрением.

Описание процедуры

Ребёнок сидит в кресле-коляске;

его голова и корпус расположены прямо; правая и левая стороны тела симметричны;

руки свободно двигаются, доступ к ободам приводных колес не ограничен, плечи не поднимаются «к ушам»;

ноги не перекрещены;

в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах углы чуть больше 90° , бедра плотно прилегают к сиденью, спина — к спинке коляски, таз — к сиденью и к спинке. Это достигается правильным подбором или адаптацией глубины и ширины сиденья коляски;

стопы полностью стоят на подножке.



Индикатор выполнения

Ребёнок находится

в кресле-коляске активного типа;

положение ребёнка симметричное и устойчивое;

нет признаков болевого синдрома;

доступ к ободам приводных колес не ограничен.

Поза сидя на обычном стуле без подлокотников

Цель: игра, отдых, приём пищи, обучение, общение.



Оборудование и приспособления

стул, подходящий по размерам ребёнку, подставка под ноги



Количество людей

1 человек, контактирующий с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

по необходимости



Тайминг

неприменимо

Риски и противопоказания

- Противопоказано детям в возрасте до 6 месяцев;
- осторожно у детей с пролежнями в области ягодиц: потребуется специальная подушка-бублик;
- противопоказано детям, не умеющим удерживать голову и корпус



Обратить внимание на стоп-сигналы

Для нахождения в позе сидя на стуле ребёнок должен уметь освобождать руки для деятельности обеими руками;

ноги ребёнка должны стоять на полу или на подставке для ног.



Описание процедуры

Ребёнок сидит на стуле;

он может изменять положение своего корпуса и головы, руки свободно двигаются, для более устойчивой позы ребёнок может опереться локтями о стол, ноги не перекрещены;

в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах углы чуть больше 90° , стопы полностью стоят на подставке для ног или на полу.

Индикатор выполнения:

Ребёнок сидит на стуле;

может произвольно изменять положение своего корпуса и ног;

нет признаков болевого синдрома.

Поза сидя на полу

Цель: игра, отдых, общение.



Оборудование и приспособления

сидение на резиночках, надевающееся на таз и не позволяющее опускаться на пол между пяток



Количество людей

1 человек, контактирующий с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

по необходимости



Тайминг

неприменимо

Риски и противопоказания

Зачастую дети сидят на полу в позе W (когда таз находится между стоп), что влечет за собой ограничение поворотов туловища, укорочение мышц нижних конечностей, увеличение рисков вывихов бедра.



Обратить внимание на стоп-сигналы

Необходимо просить ребёнка сменить позу на позу с вытянутыми вперед ногами или позу сидя «по-турецки», либо использовать специальное приспособление для коррекции W-позы



Описание процедуры

Проденьте обе ноги в петлю резинки сидения, корректирующего позу W;

подтяните ремешки до таза таким образом, чтобы сиденье оказалось у ребёнка под ягодицами между ног;

зафиксируйте резинки.

Индикатор выполнения

Ребёнок сидит на полу с вытянутыми вперед ногами, либо в позе «по-турецки», либо в позе W на специальном сиденье;

он может изменять положение своего тела и головы;

руки ребёнка свободно двигаются, пересекая срединную линию тела;

ребёнок может переносить вес в пределах площади своей опоры.

Поза стоя в вертикализаторе

Цель: профилактика изменений опорно-двигательного аппарата, улучшение состояния и коммуникативных навыков.



Оборудование и приспособления

переднеопорный или заднеопорный вертикализатор, либо опора для стояния. Оборудование подбирается ребенку индивидуально



Количество людей

1–2 человека, контактирующих с ребёнком в течение суток: родитель, воспитатель, педагог, медик



Частота

определяется врачом после очного осмотра ребёнка



Тайминг

2–3 минуты

Что дают занятия в вертикализаторе

Профилактика подвывихов, вывихов тазобедренных суставов (ТБС), контрактур¹ коленных и голеностопных суставов;

стимуляция роста ребёнка, поддержание уровня минерализации и укрепление костей, профилактика патологических переломов;

стимуляция сенсомоторного развития: зрение, слух, равновесие и проприоцепция;

улучшение дыхательных, сердечно-сосудистых функций;

стимуляция почек, мочевого пузыря и кишечника;

положительное влияние на общее состояние и сон;

стимулирование коммуникации, психологического состояния, общение «на равных» с окружающими.

¹ *Контрактура* — это ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах. Развивается при длительном нахождении ребёнка в одной позе.



Обратить внимание

Количество людей, требуемых для выполнения процедуры, необходимость использования подъёмника зависят от веса ребёнка, его способности управлять своим телом и понимать команды.

Риски и противопоказания

- Возраст до 12 месяцев;
- вывихи тазобедренных суставов с болевым синдромом;
- стойкое психомоторное возбуждение во время вертикализации;
- нестабильный клинический статус пациента;
- высокий риск патологических переломов;
- наличие множественных контрактур, препятствующих вертикализации.

Описание процедуры

Переднеопорный вертикализатор

подведите ребёнка или подкатите его коляску к вертикализатору;

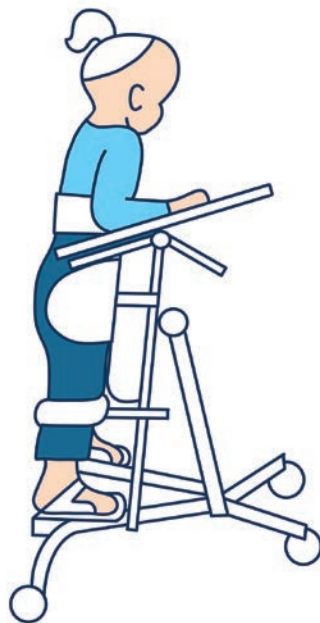
если ребёнок даёт опору на ноги — помогите ему разместить стопы на подножках;

если нет — разместите их там;

ребёнок самостоятельно размещает или ассистент помогает ему разместить корпус в ложе вертикализатора передней частью туловища к ложу.

закрепите все фиксаторы;

проконтролируйте состояние ребёнка.



Заднеопорный вертикализатор

установите его в горизонтальном положении;

подведите ребёнка или подкатите его коляску к вертикализатору.

с помощью ассистента или с помощью подъёмника разместите ребёнка на ложе вертикализатора спиной к ложу;

закрепите все фиксаторы;

переведите вертикализатор в вертикальное положение;

проконтролируйте состояние ребёнка.

Индикатор выполнения

Ребёнок стоит в вертикализаторе, его голова расположена прямо;

правая и левая стороны тела симметричны;

таз и позвоночник в нейтральном положении;

правильное, физиологичное положение всех суставов;

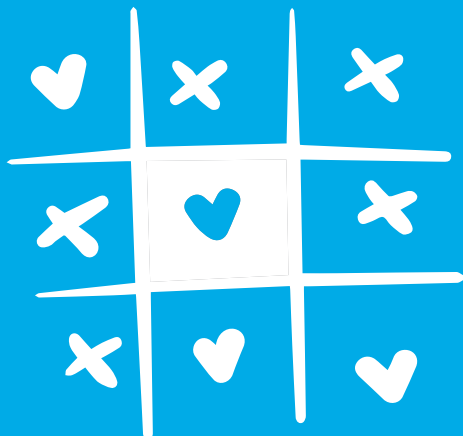
обеспечено достаточное количество поддержек, коленные упоры над или под коленными суставами (не на суставах);

нет признаков болевого синдрома.

Н.А. ЛИТИКОВА, врач по лечебной физкультуре,
физический терапевт

И.Е. МАМЕТЬЕВА, социальный педагог,
специалист по реабилитационной работе

АЛГОРИТМ ПЕРЕМЕЩЕНИЯ МАЛОМОБИЛЬНЫХ ДЕТЕЙ



Подтягивание к ближнему краю кровати

Цель: для смены постельного белья на кровати



Оборудование и приспособления

не требуется. Если ребёнок тяжелый, можно использовать скользящую простыню или рукав под спину и таз.



Количество людей

один человек



Частота

по необходимости



Тайминг:

2–3 минуты

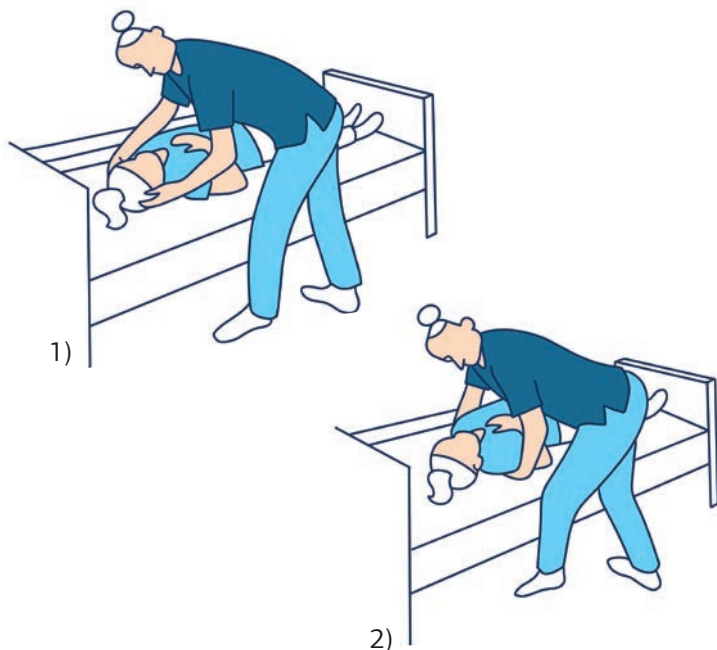


Обратить внимание

Ноги поставьте на ширине плеч, одну ногу чуть выставите вперед, упритесь коленом в кровать, создавая себе точку опоры.

Тяните ребёнка на себя не спиной, а руками, одновременно приседая (отклоняясь) назад.

Спина прямая. Ладони жесткие, но пальцы не впиваются в ребёнка, за подколенную ямку и мелкие суставы не хватайте и не тяните.



Описание процедуры

Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить:
«сейчас я подтяну тебя к себе»

ребёнок лежит на спине посередине кровати или у дальнего края. По очереди подтяните к ближнему краю кровати 1) голову 2) плечи и грудь, 3) ноги, 4) корпус;

голову сместить легко; далее заведите ладони, обнимая ребёнка, под его лопатки, тяните на себя, смещая грудь ребёнка в сторону ближнего края кровати;

сместите ноги ребёнка к краю кровати; если тяжёлые — по очереди, сначала ближнюю, затем дальнюю ногу;

из тела ребёнка должна сформироваться дуга с вершиной на уровне таза — голова, грудь и ноги перемещены к ближнему краю, таз остался на середине кровати; можно закинуть дальнюю ногу на ближнюю, чтобы «дуга» была выраженнее, это облегчит перемещение тяжелого таза

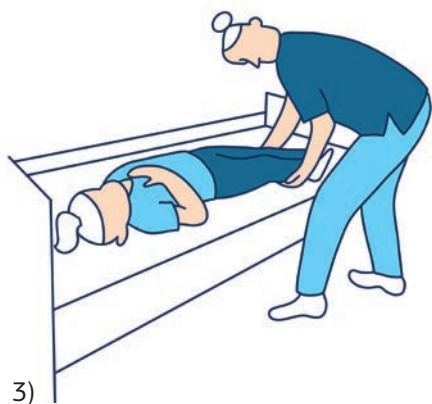
далее подведите обе руки под крестец, продавливая матрас, тяните таз к себе (лучше использовать скользящую простыню, тянуть за её верхний слой).

При подтягивании таза ребёнок полностью смещается к ближнему краю кровати.

Индикатор выполнения

Ребёнок перемещен к ближнему краю кровати.

Поза его симметричная, признаков болевого синдрома не отмечается.



Поворот в кровати лицом от себя

Цель: изменение положения тела, уход за кожей, смена белья



Оборудование и приспособления

можно использовать
полотенце под стопы
и скользящую простыню
под туловище



Количество людей

один человек

Риски и противопоказания

- Выполняется с осторожностью при возникновении у ребёнка болей при повороте на бок.
- Используется крайне ограниченно у детей с подвывихами и вывихами бедер из-за болевого синдрома и у детей после ортопедических операций на тазобедренных суставах из-за ортопедического режима, предполагающего наличие клина между бедрами.



Частота:

по необходимости



Обратить внимание

Перед началом манипуляции убедитесь, что кровать стоит на тормозах и что с дальнего края поднят бортик (или там стена, и ребёнку упасть невозможно).



Тайминг:

1–2 минуты



Описание процедуры:

Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить: «сейчас я поверну тебя на бок».

ребёнок лежит на спине посередине кровати, установите ноги ребёнка домиком¹; можно согнуть только ближнюю ногу — этого достаточно. Если ноги разъезжаются — подложите полотенце под пятки;

дальнюю руку ребёнка выпрямите перпендикулярно туловищу ладонью вверх;

поверните голову ребёнка набок, в сторону дальней руки; ближнюю руку ребёнка сложите на груди;

бережно толкните в область лопатки и крестца — ноги под своей тяжестью должны самостоятельно упасть в сторону дальнего края кровати и подтянуть за собой туловище;

если ребёнок не повернулся до конца — подставьте руки под крестец и тяните его на себя: лучше использовать скользящую простыню, тянуть за её верхний слой.

¹ Ноги «домиком» — нужно согнуть ноги ребёнка в тазобедренных и коленных суставах, максимально приблизить его стопы к ягодицам.

Индикатор выполнения

Ребёнок лежит на боку спиной к перемещающему; признаки болевого синдрома отсутствуют; положение ребёнка устойчивое.

Подтягивание к изголовью

Цель: придание детям, сползающим с изголовья, устойчивой позиции, подготовка к кормлению



Оборудование и приспособления

простыня под лопатки и ягодицы. Можно использовать скользящую простыню или рукав



Обратить внимание

Перед началом манипуляции убедитесь, что кровать стоит на тормозах.

Если стопы ребёнка скользят по кровати в позе «домиком», подложите под пятки полотенце.



Количество людей

один человек



Частота

по необходимости



Тайминг:

1 минута



Описание процедуры

*Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить:
«сейчас я подтяну тебя вверх»*

ребёнок лежит на спине посередине кровати, ближе к ножному её концу;

подстелите под спину и ягодицы ребёнка простыню: это можно сделать, последовательно расстилая ее под поворачиваемым с бока на бок ребёнком;

попросите ребёнка поставить ноги «домиком» и руки скрестить на груди, либо сделайте это за него;

станьте в изголовье, возьмите простыню с обеих сторон от плеч, «приобнимая» ей ребёнка, и, приседая, тяните её руками на себя;

ноги ребёнка выпрямляются, ребёнок подтягивается к изголовью.

Индикатор выполнения

Ребёнок подтянут к изголовью кровати;
положение его симметричное и устойчивое;
признаков болевого синдрома нет.



Усаживание на край кровати

Цель: изменение положения тела в течение дня, а также начальная часть процесса пересаживания в кресло-коляску.



Количество людей

1–2 человека



Частота:

по необходимости



Тайминг:

1–2 минуты

Риски и противопоказания

Необходимо придерживать ребёнка, если:

- он не умеет сидеть самостоятельно без поддержки,
- если у него есть болевой синдром, возникающий в позе сидя, или пролежни в области ягодиц,
- у него есть болевой синдром, возникающий в позе сидя, или пролежни в области ягодиц.



Обратить внимание

Перед началом манипуляции убедитесь, что кровать стоит на тормозах.



Описание процедуры

*Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить:
«сейчас я тебя посажу»*

поверните ребёнка, лежащего на спине, на бок лицом к себе;

придерживая ребёнка за верхнее плечо, ноги, начиная с нижней, спустите с кровати;

обхватите ребёнка за нижнее плечо и, оказывая давление рукой в область верхнего бедра, усадите его.

Индикатор выполнения

Ребёнок сидит на краю кровати;
ноги спущены вниз.



Перемещение из кровати в кресло

Цель: для увеличения мобильности ребёнка



Оборудование и приспособления

нет, либо пояс для перемещения

Риски и противопоказания

- Болевой синдром, возникающий в позе сидя
- пролежни в области ягодиц: понадобятся специальные подушки



Количество людей

1–2 человека



Частота:

по необходимости



Обратить внимание

Если есть гастростома, применение пояса для перемещения противопоказано.

Заранее подставьте кресло-коляску с удобной и привычной стороны, установите её на тормоза, уберите подлокотники и подножки.

Ногу перемещающего со стороны коляски отставьте немного назад, чтобы легче было совершать поворот вместе с ребёнком в эту сторону.



Тайминг:

2–3 минуты

Описание процедуры

*Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить:
«сейчас я пересажу тебя в коляску»*



ребёнок сидит на краю кровати, его ноги устойчиво стоят на полу;

встаньте лицом к ребёнку, зафиксируйте своими ногами его колени;

используя приём раскачивания и голосовые подсказки, помогите ребёнку встать, придерживая его за пояс для перемещения;

произведите поворот, опустите ребёнка в кресло-коляску.



Индикатор выполнения

Ребёнок пересажен в кресло-коляску.

Все поясные, тазовые ремни, нагрудно-плечевой фиксатор, ремни, отводящие бедра, ремни, фиксирующие стопы (при наличии) застегнуты.

Положение ребёнка симметричное и устойчивое, нет признаков болевого синдрома.



Поднимание с пола

Цель: для поднятия с пола упавшего, либо лежащего на полу ребёнка.



Оборудование и приспособления

кресло-коляска, куда надо будет усадить ребёнка



Количество людей

1–2 человека



Частота:

по необходимости



Тайминг:

2–3 минуты

Риски и противопоказания

- Пространство, где лежит ребёнок, должно быть освещено, на нём не должно быть препятствий (коврики, игрушки), пол не должен быть скользким.
- С осторожностью поднимайте ребёнка с болевым синдромом.

ВАЖНО!

Если у ребёнка нет даже частичной опоры на ноги, можно переместить его с пола на коляску или кровать:

- с использованием вспомогательных средств (подъемники стационарные и мобильные);
- с использованием простыни или поднятием двумя сотрудниками, держим за плечи и бедра (крупные части тела). Нельзя перемещать — поднимать с пола за дистальные отделы конечностей (кисти, ступни) — есть риск патологических переломов.



Обратить внимание

Заранее расчистите пространство, позовите помощника, подготовьте оборудование, только потом начинайте перемещение.

Обсудите с помощником и ребёнком действия по перемещению. Для синхронного начала движения используйте счёт: «внимание — приготовились», а затем глагол, обозначающий планируемое действие, например, «пересаживаю», «поворачиваю».

Используйте простые, короткие, понятные формы: вместо «согнуть в тазу и колене» — говорите «ноги домиком». Такая форма не пугает ребёнка и лучше ориентирует помощников.

Если действие длится долго, сопровождайте его голосовыми подсказками до конца действия: «ещё, ещё немного — достаточно». Уведомляйте детей и помощников, что действие закончилось: «всё, стоп, хватит».



Описание процедуры

*Объясните ребёнку, что сейчас будет происходить:
«сейчас я тебя подниму»*

ребёнок лежит на полу; встаньте на одно колено рядом с ним, сложите его руки на его груди

наденьте на ребёнка пояс для перемещения; обняв за плечи, усадите ребёнка

помощник заходит за спину ребёнка, опускается на одно колено и удерживает ребёнка в позе сидя

сядьте на корточки лицом к ребёнку, установите ноги ребёнка «домиком» и зажмите их своими коленями

вставая, тяните ребёнка за руки или за плечи вверх и на себя, приподнимая его

помощник толкает ребёнка в спину, сопровождает подъем и подкатывает кресло-коляску

вдвоем опустите стоящего ребёнка в кресло-коляску

Индикатор выполнения

Ребёнок поднят с пола и посажен в кресло-коляску.

Все поясные, тазовые ремни, нагрудно-плечевой фиксатор, ремни, отводящие бёдра, ремни, фиксирующие стопы (при наличии) застёгнуты.

Положение ребёнка симметричное и устойчивое, нет признаков болевого синдрома.



Боль в спине у сотрудников, перемещающих детей и ее профилактика

Повреждения и боли в спине характерны для сотрудников учреждений, где персонал ежедневно перемещает маломобильных детей.

Лучше позвать на помощь коллег, чем потом неделю и больше не работать из-за боли в спине!

Как предотвратить или отсрочить появление болей в спине

Следите за своей позой при перемещении

Голова расположена прямо, не наклоняется и не выдвигается вперед. Плечи расправлены. Мышцы живота напряжены. Поясница не переряжена. Опора на обе ноги, на всю стопу. Проверяйте правильность позы при каждом перемещении.

Следите за своим весом

Избыточный вес ведёт к перераспределению нагрузки на ослабевающие мышцы спины, живота, ног и рук. Возникают проблемы с дыханием и общей выносливостью организма перемещающего.

Поддерживайте свою физическую форму

Дозированные силовые нагрузки позволят держать в тонусе мышцы рук для более стабильного захвата, мышцы ног и корпуса для использования техник правильного перемещения детей.

Основное оборудование для перемещения детей, не дающих опору на ноги



Стационарные электрические подъемники с пультом управления с подвешивающими приспособлениями — состоят из металлического каркаса и мягкого гамака.

Передвижные подвесные механические или электрические подъемники с пультом управления и мягким гамаком.



Пояса с регулируемыми защёлками и тканевыми ручками для ассистирования при ходьбе.

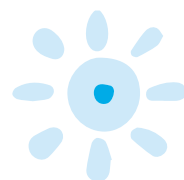
Скользящие простыни или рукава в виде широкой трубы из гладкой ткани — можно сшить из подкладочной ткани. Размер простыни около 170 × 70 см, размер рукава около 100 × 100 см.

Коврик с прорезиненной основой для подкладывания под стопы, чтобы не скользили. Можно использовать хозяйственный коврик для сушки посуды.

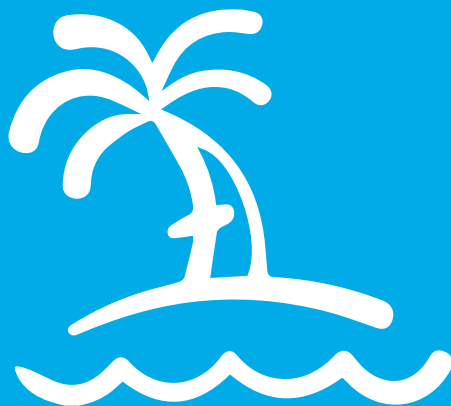
Конечно же, есть еще множество приспособлений для перемещения, таких как веревки, лестницы, доски для перемещения, поворотные диски, но они не являются предметами первой необходимости и без них можно обойтись.

В.О. ЗАЙЦЕВ, врач-педиатр

ОЦЕНКА РИСКОВ ПРОЛЕЖНЕЙ И УХОД ЗА НИМИ



ПРОЛЕЖНИ — это повреждения кожи и тканей, обычно вызванные продолжительным давлением на определенные участки тела, чаще всего у детей с ограничениями подвижности. Обычно возникают на областях, где кости близко расположены к поверхности кожи, например, на ягодицах, локтях или пятках.





Оборудование и приспособления

В соответствии с индивидуальным планом профилактики пролежней.



Количество людей

Основные участники профилактики развития пролежней:

1. *Педиатры*: занимаются общим медицинским уходом и оценкой состояния пациентов.
2. *Медицинские сёстры*: осуществляют регулярные осмотры, ухаживают за кожей, проводят позиционирование
3. *Врачи ЛФК, инструкторы ЛФК*: работают над вопросами восстановления функциональности, позиционированием.
4. *Диетологи*: разрабатывают планы питания, обеспечивающие достаточный прирост веса и поддержание оптимального поступления питательных веществ



Частота

Важно адаптировать частоту оценок в зависимости от индивидуальных потребностей, особенностей здоровья и уровня риска каждого ребёнка. Регулярные оценки помогут своевременно выявлять изменения и эффективно предотвращать развитие пролежней.

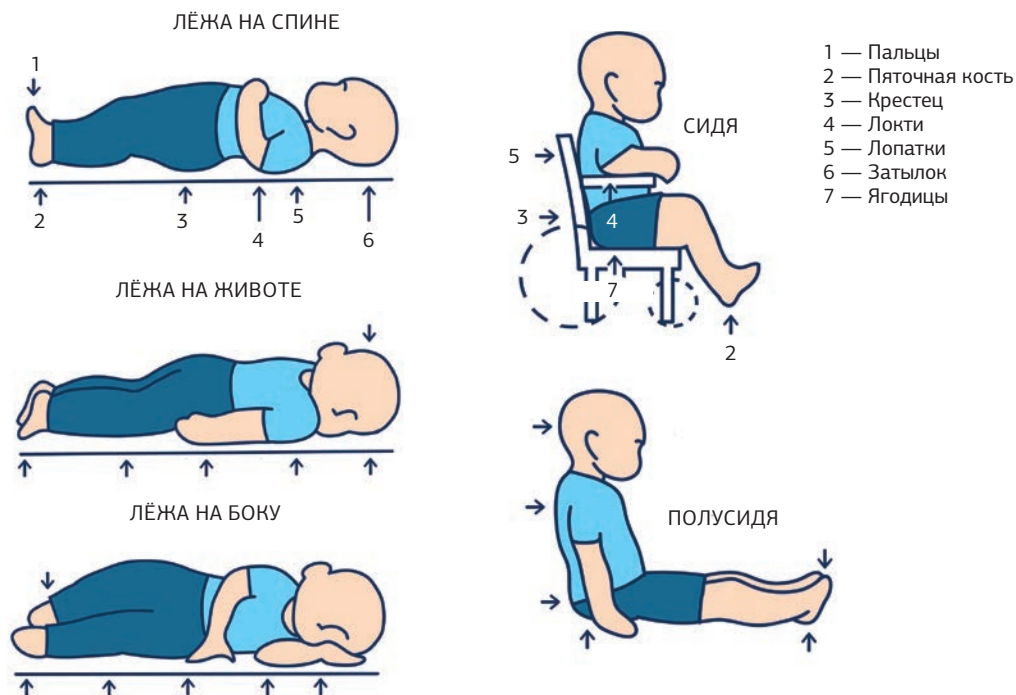


Тайминг

Процедура оценки рисков в среднем занимает 40–50 минут, в зависимости от используемых методов и шкал, и конкретного ребёнка.

Профилактика и своевременное лечение пролежней важны для предотвращения осложнений и улучшения качества жизни пациентов.

Важно обеспечивать периодическое изменение положения, использовать подходящие поверхности для сна и обеспечивать дополнительную поддержку и защиту тех участков кожи, которые подвергаются риску развития пролежней.



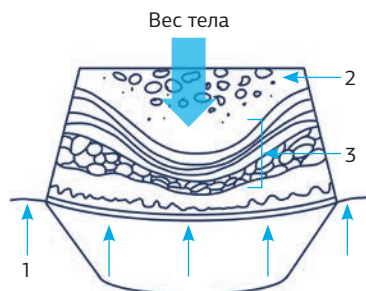
Пролежни могут возникнуть на различных точках тела у детей, находящихся в инвалидных колясках или постоянно в лежачем состоянии.

Основные места возникновения пролежней

- Ягодицы: из-за длительного сидения в инвалидной коляске
- Косточки локтей: могут развиваться у детей, которые долгое время поддерживают локти в одном положении
- Лопатки и позвоночник: возможны у детей, которые проводят продолжительное время в лежачем положении
- Затылок и уши: у людей, чьи головы подвергаются продолжительному давлению о поверхность кровати или подушки
- Пятки и лодыжки: особенно у лежачих детей, чьи ноги находятся в постоянном контакте с поверхностью
- Бёдра и колени: зависит от положения тела и давления на эти области



Точки соприкосновения ребёнка с поверхностью



Механизм образования пролежней

- 1 — Давление от матраса
2 — Кость
3 — Кожа и сжатые слои мышц

Оценка риска пролежней у паллиативных детей

Общее состояние ребёнка: учитывайте физическое состояние, анамнез хронических заболеваний, уровень подвижности и интенсивность болевого синдрома.

Подвижность: оцените возможность ребёнка изменять положение тела и позы.

Неврологическая оценка: проверяйте чувствительность кожи на наличие участков гиперперфузии или ишемии.

Риски: используйте инструменты для систематической оценки факторов риска, такие как шкала Braden или Norton.

Статус питания: анализируйте состояние питания ребёнка

Состояние кожи: проводите периодические осмотры кожи для выявления начальных изменений, таких как гиперемия или отёк.



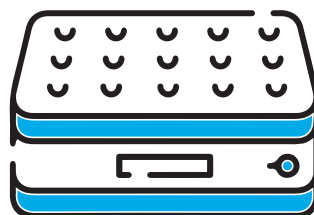
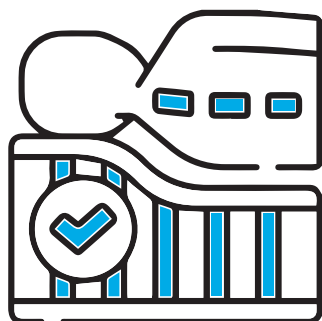
Систематическая оценка и раннее выявление факторов риска критически важны для успешной профилактики пролежней у детей в условиях паллиативной помощи. Для оценки риска возникновения пролежней применяются различные шкалы, которые позволяют оценить факторы, способствующие развитию таких осложнений.

	Шкала Braden	Шкала Norton
Оцениваемые параметры	<ul style="list-style-type: none"> • активность (подвижность) пациента • восприятие боли • оценка возможных повреждений кожи • степень влажности кожи • уровень питания • риск стресса на коже из-за трения и сдавливания 	<ul style="list-style-type: none"> • состояние общего здоровья • состояние активности • состояние психического здоровья • состояние мобильности
Оценка	<p>Каждый параметр оценивается по шкале от 1 до 4 или от 1 до 3 баллов в зависимости от параметра.</p> <p>Общая сумма баллов используется для классификации риска (обычно от 6 до 23 баллов).</p> <p>Чем ниже общий балл, тем выше риск пролежней.</p>	<p>Каждый параметр оценивается по шкале от 1 до 4 баллов.</p> <p>Общая сумма баллов используется для классификации риска (обычно от 5 до 20 баллов).</p> <p>Чем ниже общий балл, тем выше риск пролежней.</p>

Другие шкалы

Шкала	Описание
Waterlow Risk Assessment Tool	Шкала широко используется в Англии. Включает оценку таких факторов риска, как состояние кожи, возраст, физическое состояние и питание.
The Cubbin and Jackson Pressure Sore Risk Calculator	Шкала разработана для более точной оценки риска на основе таких факторов, как мобильность, питание и давление на кожу.
Braden Q Scale	Шкала разработана специально для оценки риска пролежней у детей.
Gosnell Scale	Оценивает такие факторы, как состояние кожи, активность, чувствительность, питание и восприятие боли.
Jackson/Cubbin Plus Scale	Шкала включает оценку дополнительных факторов — дыхание, кровообращение и общее состояние.

Шкалы помогают медицинским работникам систематизировать оценку риска, учитывая различные аспекты состояния ребёнка. Регулярное использование таких инструментов способствует раннему выявлению факторов, предрасполагающих к пролежням, и позволяет принимать соответствующие профилактические меры.



Матрас

Профилактика пролежней

Представляет собой комплекс мер, направленных на снижение риска развития осложнений у детей.

Регулярные перевороты

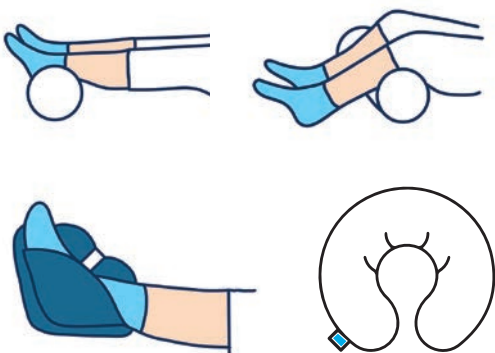
- Производите перевороты ребёнка с частотой, индивидуально в зависимости от его общего состояния и риска развития пролежней.
- Используйте мягкие техники поворота, чтобы минимизировать трение и сдавливание кожи.

Использование противопролежневых материалов

- Рассматривайте использование специальных матрасов, подушек и подложек для уменьшения давления на те области тела, которые подвержены риску.

Контроль влажности кожи

- Осуществляйте регулярный уход за кожей, включая поддержание оптимального уровня влажности и чистоты.
- Применяйте увлажняющие средства, чтобы предотвратить сухость кожи.



Оценка и оптимизация питания

- Обеспечивайте ребёнка сбалансированным питанием с достаточным содержанием белка, витаминов и минералов для поддержания здоровья кожи и мягких тканей.

Контроль уровня активности

- Разрабатывайте индивидуальные программы физической активности для поддержания мышечного тонуса и циркуляции крови.

Обучение персонала

- Проводите обучение медицинского и уходового персонала правильному уходу за ребёнком, включая правила позиционирования, проверку кожи и использование противопролежневых средств.

Коррекция факторов риска

- Регулярно оценивайте и корректируйте факторы риска
- Осуществляйте регулярные медицинские осмотры для выявления ранних признаков пролежней и коррекции плана профилактики при необходимости.

Индивидуальный подход

- Разрабатывайте индивидуальные планы профилактики, учитывая особенности каждого ребёнка, его заболевания и общее состояние.

Позиционирование детей

Позиционирование детей является важным компонентом профилактики пролежней и включает в себя правильное распределение давления на различные участки тела, чтобы уменьшить риск развития пролежней.

Переворачивайте детей

- Рекомендуется каждые 2 часа в течение дня и каждые 4 часа в течение ночи.
- Используйте мягкие, плавные движения, чтобы избежать трения кожи. При подъеме ребёнка предотвращайте растяжение кожи и тканей.

Меняйте положения головы и туловища

- Периодически меняйте положение головы и туловища, чтобы предотвратить появление пролежней на затылке, плечах и лопатках.

Избегайте сдавливания сосудов

- Убедитесь, что нет сдавливания крупных сосудов, таких как локтевое или плечевое сплетение, что уменьшает правильную циркуляцию крови.

Поддерживайте правильную высоту и угол суставов

- Оптимизируйте положение суставов, чтобы предотвратить их фиксацию и улучшить кровоснабжение тканей.

Регулярно оценивайте состояние кожи

- Осуществляйте систематические осмотры кожи для выявления начальных признаков пролежней и коррекции плана профилактики.

Сотрудничество с реабилитологами

- Разрабатывайте индивидуальные программы физической активности для поддержания подвижности и снижения риска пролежней.

Обучайте персонал, обеспечивающий уход

- Проводите обучение по правильным техникам переворотов и позиционирования, чтобы персонал мог эффективно участвовать в профилактике.

Специализированные средства ухода

Предназначены для улучшения состояния кожи и предотвращения возникновения пролежней. Вот несколько категорий таких средств:

Увлажнители и смягчающие кремы

- Поддерживают оптимальный уровень влажности кожи и предотвращают пересыхание.
- Регулярно наносите на сухие участки кожи, особенно там, где кожа подвергается повышенному давлению.

Специальные кремы

- Имеют состав, способствующий заживлению и укреплению кожи.
- Используйте на областях, где могут возникнуть пролежни, для уменьшения рисков возникновения и улучшения заживления.

Силиконовые гели и пластыри, спреи «вторая кожа»

- Создают защитный барьер на коже, снижая трение и давление.
- Используйте на участках кожи, подверженных повышенному риску пролежней, для предотвращения их развития.

Масла для ухода за кожей

- Питают и увлажняют кожу, способствуют ее эластичности.
- Массируйте в кожу, чтобы улучшить кровообращение и предотвратить сухость.

Специализированные мыла и гели

- Бережно очищают кожу, не пересушивая ее.
- Используйте при ежедневном уходе за кожей для поддержания чистоты.

Средства с антисептиками

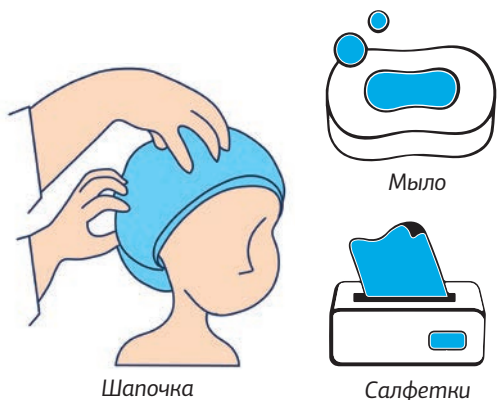
- Предотвращают развитие инфекций и поддерживают кожу в здоровом состоянии.
- Используйте на коже, подверженной риску инфекции, особенно при наличии микротрещин или повреждений, в складках, под памперсами.

Повязки и покрытия для пролежней

- Предоставляют дополнительную защиту и помощь в уходе за уже существующими пролежнями.
- Наносите на области с пролежнями, соблюдая правила смены и ухода.

Специализированные сухие шампуни, шапочки, рукавицы

- Обеспечивают чистоту волосистой части головы, уменьшение образования кожного сала.
- Надевайте шапочку с шампунем или нанесите сухой шампунь на голову, массирующими движениями выполните процедуру очистки.



Частота проведения оценки риска развития пролежней

Периодичность оценки с использованием шкал зависит от индивидуальных потребностей и состояния каждого ребёнка. Однако в контексте постоянного пребывания детей в доме-интернате, рекомендуется следующее:



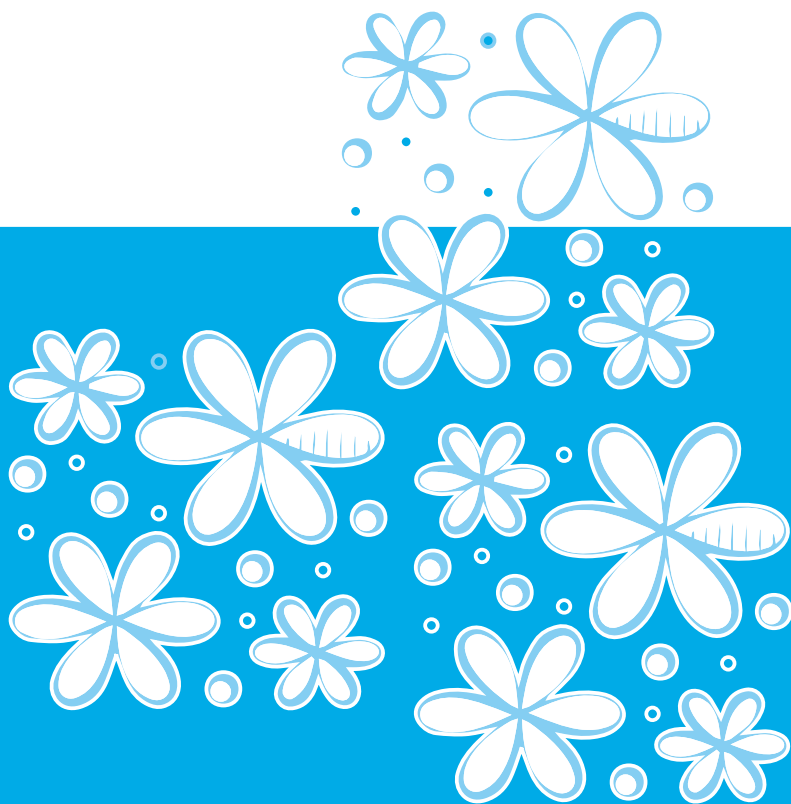
Процесс проведения процедуры оценки



В.О. ЗАЙЦЕВ, врач-педиатр

АЛГОРИТМ ОЦЕНКИ БОЛИ

**НЕСПОСОБНОСТЬ РЕБЁНКА ГОВОРИТЬ
НЕ ИСКЛЮЧАЕТ НАЛИЧИЯ БОЛИ!**



Боль

Представляет собой неприятное чувство или эмоциональное состояние, связанное с физическими повреждениями тканей. У детей, признанных нуждающимися в паллиативной помощи, могут встречаться различные типы боли.

Ноцицептивная соматическая боль

Возникает в результате повреждения ткани или воздействия на неё болезненного агента, в том числе опухоли с последующей активизацией болевых рецепторов (ноцицепторов) в костях, коже, подкожной клетчатке, в мышцах и мягких тканях и др.

Ноцицептивная висцеральная боль

Возникает при повреждении симпатически иннервируемых органов: при поражении поджелудочной железы, стенок желудка и кишечника, растяжении капсулы печени и др. Эта боль плохо локализована, имеет разлитой характер — тупая с приступами обострения, сжимающая, схваткообразная, тянущая, изнуряющая и др.

Нейропатическая боль

является результатом повреждения нервной системы на периферическом или центральном уровне, или патологического процесса в соматосенсорной системе.

Важно отметить, что у детей, признанных нуждающимися в паллиативной помощи, часто встречаются комбинации различных типов боли, и эффективное купирование боли требует комплексного подхода с учётом индивидуальных особенностей каждого ребёнка.

Цель: основная цель процедуры оценки боли — систематическое выявление и оценка интенсивности болевого синдрома у детей, признанных нуждающихся в паллиативной помощи, с последующей коррекцией терапии, устранением причины возникновения боли, по возможности, для обеспечения оптимального контроля за болевыми ощущениями, и в конечном итоге — повышения качества жизни.



Оборудование и приспособления

Шкалы оценки боли: NVPS, PCPC, FLACC и другие, в зависимости от клинического случая.

Термометр для выявления температурных изменений, которые могут быть связаны с болевыми симптомами.

Тонومتر и пульсоксиметр для оценки пульса и артериального давления, что может быть важным при оценке общего состояния ребёнка.

Противопролежневые матрасы и подушки для обеспечения комфортного положения пациента во время процедуры.

Формы для записи результатов оценки, включая выбранную шкалу, показатели важных параметров и реакции на лечение.

«Дневник боли» — инструмент ухаживающего персонала для записи беспокойства ребёнка, изменений в поведении, которые могут охарактеризовать динамику болевых ощущений



Количество людей

количество участвующих и их специальности могут варьироваться, но обычно в этом процессе участвуют 5 человек



Частота:

процедура должна осуществляться не менее одного раза в смену (12-часовой интервал), при изменении клинической картины — с увеличенной частотой.



Тайминг:

Время зависит от разных факторов — опыт медицинского персонала, уровень комфорта ребёнка, сложность клинической картины и используемой шкалы оценки боли. Процедура может занимать в среднем 5-10 минут.

Качественная и всесторонняя оценка боли предполагает не только фиксацию числовых значений, но и внимательное наблюдение, взаимодействие с ребёнком и общение с семьей, что может увеличить общее время процедуры. Целесообразно уделять достаточно времени для тщательной оценки, учитывая особенности каждого случая.

Риски и противопоказания:

Недооценка болевого синдрома

- потенциальная опасность недостаточной адекватности медикаментозного воздействия, что может привести к ухудшению качества жизни ребёнка.

Применение неэффективных методов лечения

- Отсутствие систематической оценки повышает вероятность использования неоптимальных методов лечения, при этом возможно негативное влияние на состояние ребёнка.

Потеря контроля над болевым синдромом

- Отсутствие информации о динамике изменений боли усложняет своевременное купирование болевого синдрома.

Эмоциональные и социальные последствия

- Наличие боли влияет на эмоциональное состояние ребёнка и снижает уровень комфорта.



Обратить внимание

Что категорически нельзя?

Оценивать уровень боли у ребёнка, который находится не в комфортных условиях, например, в неудобной позе или в беспокойной обстановке.

Пренебрегать невербальными признаками боли, даже если ребёнок не может явно выразить свои ощущения.

Полагаться только на одну оценку боли. Регулярность оценки позволяет выявить динамику и эффективность лечения.

Забывать об эмоциональных и социальных аспектах болевого синдрома. Поддержка психолога может быть важной частью контроля болевых ощущений.



Кто проводит оценки боли?

Процедуры оценки боли у паллиативных детей могут включать в себя участие различных специалистов. Интегрированный и координированный подход всех специалистов помогает достичь оптимальной оценки и контроля за болевым синдромом у детей.

Количество и специальности могут варьироваться, но обычно в этом процессе участвуют:

Врач-педиатр

Отвечает за общую медицинскую оценку состояния пациента и управление медикаментозным лечением.

Медицинские сёстры

Осуществляют наблюдение, регистрацию и периодическую оценку боли, а также обеспечивают выполнение назначенных медицинских процедур.

Психолог или психотерапевт

Помогает оценить психологические аспекты боли и предоставляет поддержку ребёнку.

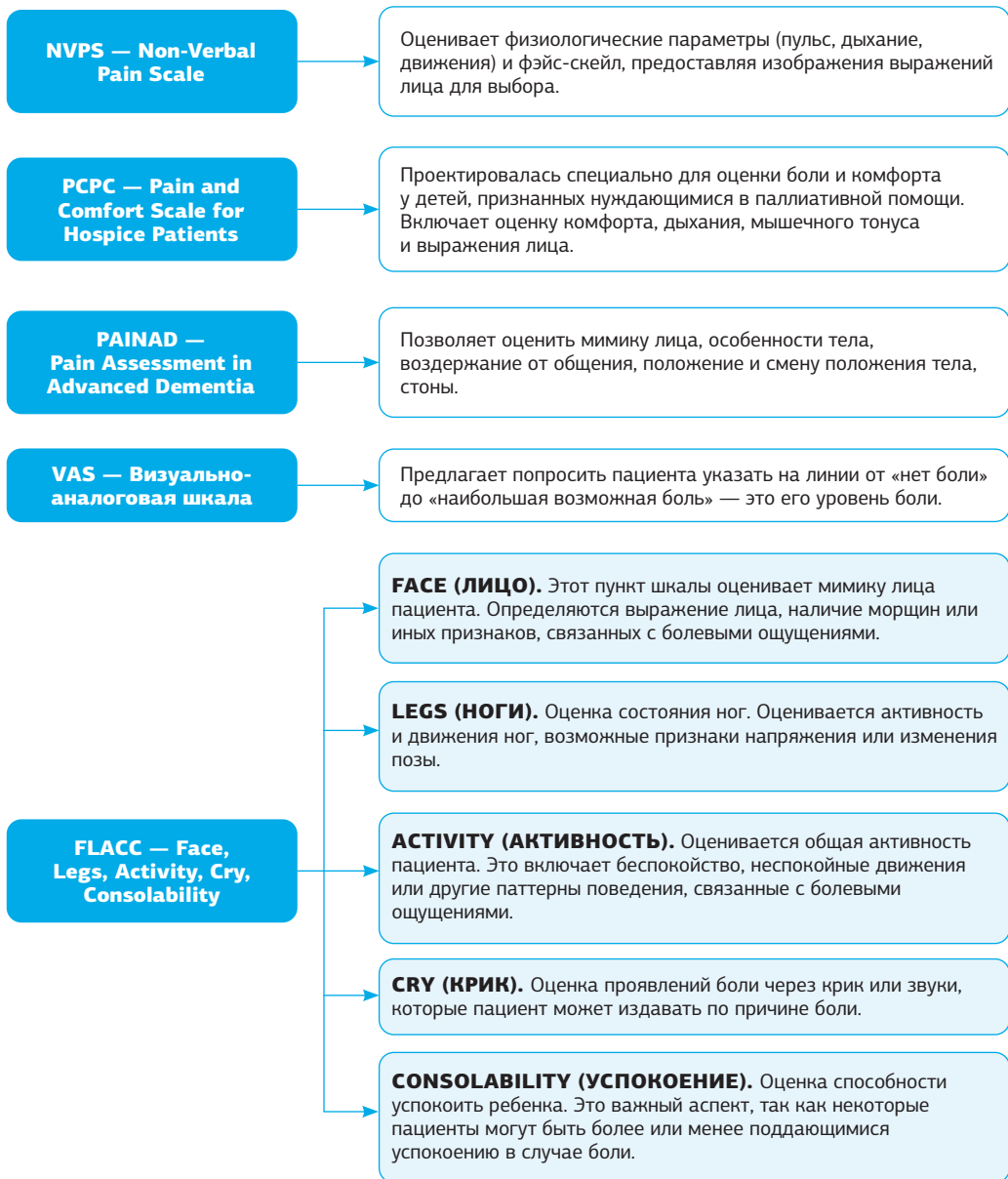
Физиотерапевт, врач ЛФК и массажист

Обеспечивает дополнительные методы снижения болевых ощущений, увеличивая уровень комфорта ребёнка.



Виды шкал оценки боли

Выбор определённой шкалы зависит от особенностей конкретного ребёнка. Важно применять тот метод, который наиболее точно отражает индивидуальные проявления боли у детей с нарушением коммуникации.



Оценка по шкале FLACC

Параметры	Характеристика	Баллы	Балл оценки
Лицо	Неопределённое выражение или улыбка	0	
	Редко — гримаса или сдвинутые брови. Замкнутость. Не проявляет интереса.	1	
	Частое или постоянное дрожание подбородка. Сжатие челюстей.	2	
Ноги	Нормальное положение, расслабленность.	0	
	Не может найти нормального положения, постоянно двигает ногами. Ноги напряжены.	1	
	Брыкание или поднимание ног.	2	
Движения	Лежит спокойно, положение нормальное, легко двигается.	0	
	Корчится, сдвигается вперёд и назад, напряжён.	1	
	Выгибается дугой, ригидность, подёргивания.	2	
Плач	Нет плача (в состоянии бодрствования и во сне).	0	
	Стонет или хнычет, время от времени жалуется.	1	
	Долго плачет, кричит или всхлипывает, часто жалуется.	2	
Насколько поддаётся успокоению	Доволен, спокоен.	0	
	Успокаивается от прикосновений, объятий, разговоров. Можно отвлечь.	1	
	Трудно успокоить	2	
Суммарный балл			

Оценка результатов

Общая оценка по шкале FLACC равна сумме баллов по всем пунктам описания. Минимальная оценка равна **0**, максимальная — **10** баллам. Чем выше оценка, тем сильнее боль и тем хуже себя чувствует ребёнок.

Почему шкала оценки FLACC?

Шкала оценки боли FLACC считается наиболее удобной для детей с нарушениями коммуникации по нескольким причинам:

Объективность

Оценивает конкретные аспекты поведения ребенка, такие как выражение лица, активность, плач и способность успокоиться. Эти параметры являются более объективными и менее зависимыми от коммуникаций.

Простота использования

Позволяет медицинским работникам и любому обученному человеку легко оценивать болевой синдром у детей, даже если они ограничены в коммуникации.

Всесторонняя оценка

Включает в себя различные аспекты детского поведения, что позволяет более полно и всесторонне оценить наличие боли.

Применимость ко всем возрастам

Применима для детей разного возраста, включая младенцев и детей с ограниченной коммуникацией.

Чувствительность к изменениям

Шкала может быть чувствительной даже к слабым проявлениям боли, что важно для раннего выявления и облегчения дискомфорта.



Процедура оценки боли

Подготовьтесь к оценке

Обеспечьте тихую и спокойную обстановку, комфортное положение ребёнка.

Наблюдайте за поведением

Внимательно наблюдайте за изменениями в поведении ребёнка (беспокойство, реакции на прикосновения, изменения в обычном поведении).

Используйте шкалы для оценки боли:

Выберите подходящую для конкретного ребёнка шкалу.

Запись результатов

Зафиксируйте баллы по каждому пункту в шкале оценки боли. Суммируйте баллы для каждой шкалы, чтобы определить степень боли или дискомфорта.

Составьте план дальнейших действий

На основе результатов оценки, примите решение о необходимых мерах (подбор лечения боли, комфортное положение тела, консультация специалиста).

Оформите документацию

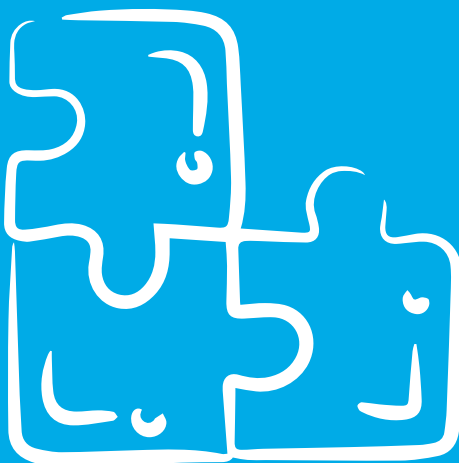
Документируйте результаты оценки и принятые меры для последующего отслеживания изменений состояния, обеспечивая преемственность.

Периодически проводите повторную оценку

Отслеживайте изменения в состоянии ребёнка и периодически проводите повторную оценку для корректировки лечения.

А.Н. КСЕНОФОНТОВА, учитель-дефектолог
О.С. СЕКЛЕТИНА, учитель-дефектолог

ОРГАНИЗАЦИЯ РАЗВИВАЮЩЕЙ СРЕДЫ



Цель: оптимизация пространства с целью повышения качества жизни ребенка и эффективности реабилитационного процесса во время пребывания ребенка в учреждении.

ОДНА И ТА ЖЕ ЗОНА МОЖЕТ ВЫПОЛНЯТЬ НЕСКОЛЬКО ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ЗАДАЧ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РАЗМЕРА ПОМЕЩЕНИЯ И ПОТРЕБНОСТЕЙ.



Оборудование и приспособления

Условно разделите пространство группы на зоны, соответствующие ежедневным потребностям и активностям детей:

Зона сна и отдыха

Игровая зона

Зона для занятий

Зона двигательной активности

Зона для приема пищи

Зона гигиены



Количество людей

Осуществляется всеми взрослыми группы совместно с педагогическими и медицинскими работниками

Риски

- Снижение эффективности реабилитационного пространства;
- депривация воспитанников;
- эмоциональное выгорание сотрудников.

Индикатор выполнения

Среда в каждой из зон должна стимулировать и поддерживать активность ребенка и его максимально возможное участие в каждом виде деятельности. Кроме того, обеспечивать эффективное взаимодействие персонала в ходе ежедневного сопровождения воспитанников.

Зона сна и отдыха



Расположите кровати так, чтобы обеспечить удобство и свободу передвижения для детей и ухаживающего персонала.



Обеспечьте регулируемое освещение (жалюзи, ночники).



Организируйте системы хранения личных вещей и любимых игрушек ребенка, которые должны находиться в свободном доступе.



При необходимости обеспечьте доступность медицинского оборудования.



Для детей с повышенной сенсорной восприимчивостью создайте зоны психологической разгрузки, где они смогут побыть одни. Например, юрты, детские палатки или просто отгороженные уголки.

Разместите на видном месте карточку-портфолио ребенка, содержащую важную информацию о воспитатнике и его фотографию.

Имя

Возраст

Любимые
виды
деятельностиФакторы-
раздражителиСпособы
коммуникации
и др.

Игровая зона и зона для занятий



Обеспечьте безопасность и доступность игрушек и дидактических пособий для детей.

В свободном доступе оставьте предметы, необходимые для запланированного на данный момент вида деятельности (занятие, игра, свободная деятельность).



Используйте маркировку систем хранения и пространства (визуальная, предметная) для удобства ориентировки и приучения к порядку.



Мебель должна регулироваться по высоте и быть доступной для детей, передвигающихся на коляске.



Обратить внимание

Важно учитывать особенности восприятия детей и подобрать оптимальную сенсорную насыщенность среды: звуки, освещенность, поверхности, цвет стен, запахи и т.п.

Зона двигательной активности



Организация пространства для движения позволяет проводить занятия по развитию крупной и мелкой моторики.

Используйте будоматы для быстрой трансформации пространства под индивидуальные потребности воспитанников.

Обеспечьте доступность и удобное хранение технических средств реабилитации (ТСР) для занятий по двигательному развитию.

Разработайте двигательный режим ребёнка, который отражает смену поз и движений в течение дня, фото и описание поз с использованием оборудования, график ношения ортезов.

Зона приёма пищи



Может быть оборудована общим или индивидуальным столом, креслом-коляской со столиком.

Предусмотрите место для хранения необходимого инвентаря и средств гигиены.

Зона для гигиены



Все гигиенические принадлежности должны быть индивидуальными и должны быть промаркированы понятным для ребенка способом (фото, пиктограмма).

Проведение гигиенических процедур должно быть безопасным для ребенка и взрослого:

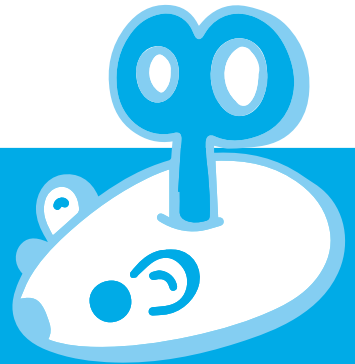
- используйте подъемники,
- специальные кровати для мытья,
- нескользящие коврики для ванной.



А.И. БЕЛОВ, заведующий отделением, врач-психиатр
В.С. КУЗНЕЦОВА, учитель-дефектолог
О.Ю. СКАКУН, учитель-дефектолог

АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ НЕМЕДИКАМЕНТОЗНЫХ МЕТОДОВ

Для коррекции поведения
у детей с выраженными формами
ментальных и двигательных
расстройств



Нежелательное поведение и уход

Дети в социальных учреждениях, признанные нуждающимися в паллиативной помощи, это, в основном, дети с выраженной степенью интеллектуальной недостаточности, которые имеют значительные двигательные нарушения (не могут самостоятельно ходить, сидеть, изменять положение тела, держать голову), с эпилепсиями, с выраженными деформациями позвоночника, суставов, с выраженным повышением мышечного тонуса (до судорог), с нарушением со стороны питания (не жуют, плохо глотают, дефицит веса), нарушениями деятельности желудочно-кишечного тракта (запоры) и др.

Чем тяжелее ментальные расстройства, тем больший удельный вес в поведении ребёнка играют физиологические, телесные, сенсорные, болевые факторы.

Часто уровень развития детей даже в возрасте 18 лет соответствует уровню развития нервной системы ребёнка 3–6 месяцев. Когда нет сформированной психической деятельности, двигательное возбуждение, крик, плач являются реакцией на неблагополучие, «сигналом матери», так же, как и у маленьких детей.

Поэтому сначала проводится оценка причин возникновения «нежелательного» поведения по степени значимости и отслеживаются реакции ребёнка всеми взрослыми, которые его окружают.

Для оценки причин появления «нежелательного поведения» используются два основных подхода: биологический (стигматизирующий) и биопсихосоциальный.

В чём отличие биологического и биопсихосоциального подходов?

Биологический подход	Биопсихосоциальный подход
<p><i>Рассматривает поведение как проявление психического заболевания, которое лечится с помощью медицинских вмешательств. Стигматизирующий</i></p>	<p><i>Придерживается целостной точки зрения и рассматривает поведение как результат сложного взаимодействия биологических, психологических и социальных факторов.</i></p>
<p>Любые формы поведения обусловлены психическим заболеванием.</p>	<p>Поведение — реакция на разные факторы, форма адаптации, взаимодействие со средой и собой. Соответствует уровню физиологического развития ребёнка в данный момент (функционального развития).</p>
<p>Беспричинно возбуждается, потому что «психически болен».</p>	<p>Необходимо убедиться в отсутствии внешних и внутренних факторов, на которые реагирует ребёнок.</p>
<p>Если есть диагноз «умственная отсталость», то нужно любое поведение лечить таблетками.</p>	<p>Прежде всего, необходимо искать причину и устранять её, и только в некоторых случаях при недостаточной эффективности может потребоваться медикаментозная помощь. В т.ч. при наличии сопутствующих расстройств: СДВГ, нарушение сна, тревога, страх, выраженные расстройства поведения по возбудимому типу.</p>
<p>Не может быть положительной динамики, эти дети неизлечимо больны.</p>	<p>Даже при самых тяжёлых случаях можно улучшить качество жизни.</p>
<p>Если лекарства не помогут, то уже ничего не поможет.</p>	<p>Психосоциальные, средовые и коррекционные мероприятия могут быть более эффективны для изменения поведения и улучшения качества жизни.</p>
<p>Для изменения поведения нужен только психиатр.</p>	<p>Необходима помощь разных специалистов: педиатров, неврологов, педагогов, психологов, дефектологов, эрготерапевтов, психиатров и др.</p>

Эффективная помощь при расстройствах поведения может быть только комплексной, с участием педагогов, психологов, медиков. Важное место здесь занимает персонал, который осуществляет уход, ежедневно и круглосуточно находится рядом с ребёнком, взаимодействует с ним.

Причины «нежелательного» поведения



Обратить внимание

Причиной «нежелательного» поведения может быть сенсорная перегрузка — громкий голос, звук, крик, яркий свет, шум, душно, посторонние запахи и др.

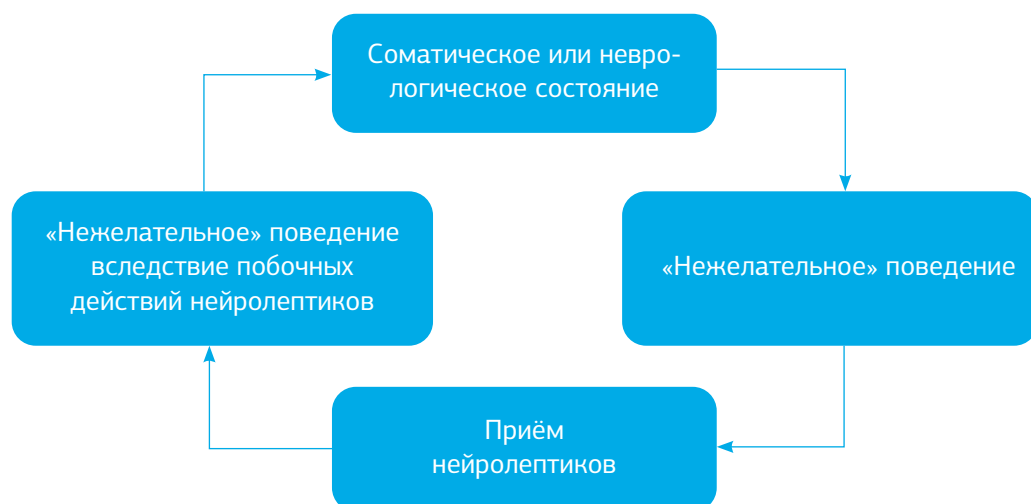
«Нежелательное» поведение, когда ребёнок кричит, кусает, бьется, выгибается, рвет вещи, памперсы, является оценкой взрослыми «ненормальности и неадекватности» ребёнка. А для него самого это может быть естественной и единственной формой взаимодействия с внешним миром и самим собой в соответствии с уровнем его функционального развития. Например, ребёнок не может обратиться с помощью речи, или изменить положение тела, или налить себе воды, взять еду, поменять памперс и др.

Использование только нейролептиков (антипсихотиков) для коррекции «нежелательного поведения» часто является малоэффективным, нецелесообразным, а иногда даже противопоказанным. Нейролептики (антипсихотики) изначально разработаны для лечения психических заболеваний: психозы, шизофрения, бред, галлюцинации, психопатоподобное поведение, кататония, которые отсутствуют у данной категории детей.

Такие лекарства часто могут только подавлять естественную реакцию (крик, плач — сигнал взрослым о своем неблагополучии) на внешние или внутренние стимулы (факторы): боль, жажда, дискомфорт и т.д., не устраняя его. Кроме того, они вызывают много побочных эффектов и могут осложнять течение соматоневрологических расстройств, вызывать или усиливать, например, запоры, мышечную спастичность, приводить к появлению или учащению эпилептических приступов, появлению тошноты, головной боли, повышенного слюноотечения и вторично ухудшать поведение как реакцию на ухудшение самочувствия.

Поэтому мы можем получить «порочный круг» — «нежелательное» поведение ребёнка, возникшее как реакция на соматическое или неврологическое заболевание, устраняемое приёмом «антипсихотиков», повторно возникает как следствие приёма «антипсихотиков».

«Порочный круг» медикаментозной помощи без устранения причин



Психофармакотерапия должна назначаться в самых крайних случаях как последний этап комплексной помощи: при выраженных расстройствах поведения, неэффективности или недостаточной эффективности всех остальных немедикаментозных мер и устранении возможных причин. Важно, чтобы с назначением психофармакотерапии не прекращались все остальные методы немедикаментозной коррекции поведения.



Обратить внимание

Психофармакотерапия — лекарства разных групп, которые влияют на центральную нервную систему.

Антипсихотики (нейролептики) — лекарства, которые разработаны для лечения психических заболеваний: психозы, шизофрения, бред, галлюцинации. Снижают реакцию нервной системы на внешние или внутренние стимулы, уменьшают передачу нервного возбуждения и подавляют активность головного мозга.

Могут вызывать сонливость, заторможенность, апатию, безразличие, снижать настроение, нарушать сердечную проводимость, затруднять мочеиспускание, вызывать судороги, запоры.

Физиологические, телесные, сенсорные, болевые факторы

Что делать при «нежелательном поведении»?

Шаги по степени их значимости

- 1 Оценка удовлетворенности физиологических потребностей (голод, жажда).
- 2 Оценка наличия и степени выраженности болевого синдрома.
- 3 Оценка сенсорных, телесных, двигательных и эмоциональных факторов, среды (звук, свет, температура).
- 4 Оценка активности и участия ребёнка: насколько есть возможность проявить, использовать свои умения, навыки, выразить желания, взаимодействовать с окружающими людьми (значимыми взрослыми).
- 5 Оценка тяжести и опасности проявления «нежелательного поведения».
- 6 Решение о необходимости психофармакотерапии, оценка её эффективности и побочных эффектов.

Алгоритм выбора первичных немедикаментозных методов коррекции

«Нежелательное» поведение у детей с выраженными формами ментальных и двигательных расстройств

Виды поведения	Причины	Что делать?
<p>Аутоагрессия, возбуждение</p> <p>кричит плачет выгибается бьётся головой о твердые предметы кусает руку засовывает руки в рот щипает и царапает себя бьёт себя по голове, лицу руками, коленками давит себе на глаза может ударить, укусить проходящего</p>	<p>Неудовлетворенность физиологических потребностей:</p> <p>недоедание, недопивание</p>	<p>Соблюдение питьевого режима.</p> <p>Оценка нутритивного статуса, каллоража фактического рациона. Если кормление через рот затруднительно, решать вопрос о постановке гастростомы.</p>
	<p>Болевой синдром</p> <p>боли в ушах, зубная боль, контрактуры, спастика, головные боли, боли со стороны желудочно-кишечного тракта, запоры, метеоризм и т.д.</p>	<p>Постоянный мониторинг боли,</p> <p>в том числе с помощью специальных шкал, например, FIACC.</p> <p>Применение комплекса мер по предупреждению и купированию боли: позиционирование, двигательный режим, обезболивающие и др.</p>
	<p>Стрессогенная (дискомфортная) среда или ситуация</p> <p>громкий звук, жара, холод, новый сотрудник, новая комната.</p> <p>Сенсорная перегрузка</p> <p>громкий звук, яркий свет.</p> <p>Сенсорная депривация</p> <p>отсутствие внимания, заботы</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Оптимальная влажность, температура воздуха, наличие посторонних запахов (парфюм сотрудников может приводить к аллергическим реакциям) • Подбор оптимальной сенсорной насыщенности (неизменность привычных комфортных условий) или изменение «некомфортных условий» • Тайм-аут. Обеспечение места отдыха и смены деятельности, места успокоения • Прекращение эпизода нежелательного поведения путем переключения на привычную и любимую деятельность, игрушку, вкусную еду. • Речевое сопровождение действий с ласковой, спокойной интонацией. • Обогащение позитивного эмоционального опыта: новые приятные тактильные ощущения, новые приятные сенсорные ощущения (музыка, свет), посещение новых мест (парк, бассейн и др.). • Уменьшение сенсорной нагрузки (тишина, приглушённый свет)

Виды поведения	Причины	Что делать?
Самостимулирующее поведение, стереотипии, ау- тостимуляции (стимминг)		
вертит перед глазами игрушки, пальцы пересыпает мозаику надавливает на глаза	Нехватка зрительных ощущений. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	<p>Не пытайтесь останавливать стимминг, если он не представляет опасности и не причиняет вред.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Он может быть важным способом успокоиться или регулировать свое состояние. • Попытки заставить ребёнка прекратить стимминг могут привести к появлению агрессивного или аутоагрессивного поведения. • Не пытайтесь физически удерживать ребёнка во время стимминга
сминает и разрывает бумагу шуршит целлофановым пакетом скребет резиновые предметы, игрушки раскачивает скрипящие створки двери мычит скрипит зубами	Нехватка звуковых ощущений. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	<p>Если стимминг является самоповреждающим, необходимы действия ради безопасности ребёнка:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тайм аут: обеспечение места отдыха и смены деятельности, места успокоения; • прекращение эпизода нежелательного поведения путем переключения на другие занятия; • замещение опасного действия или предмета безопасным; • расширение диапазона действий, вызывающих положительные эмоциональные реакции.
обнюхивает одни и те же предметы нравятся плохие запахи вызывание рвоты	Нехватка обонятельных ощущений. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	
рвет ткань, одежду пересыпает что-то	Нехватка тактильных ощущений. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	
сосет ткани, концы пододеяльника облизывает предметы играет с языком и слюной	Нехватка вкусовых ощущений. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	
произвольно напрягает конечности или тело зжимает уши и стучит по ушам ударяет головой обо что-то мастурбирует	Недостаток ощущений собственного тела. Снижение чувствительности к сенсорным раздражителям.	
закрывает уши при громких бытовых или других звуках и шумах	Повышенная чувствительность к звуковым раздражителям	
постоянное желание двигаться монотонное раскачивание крутит головой машет кистями рук	Недостаток двигательной активности	
Отрешенность или «уход в себя» проявляет апатию вообще не выражает эмоции малоподвижный не реагирует на обращения	Стрессогенная (дискомфортная) среда или ситуация. Изменение привычных условий и людей	<ul style="list-style-type: none"> • Обеспечение привычных условий и приход значимых людей. • Предъявление мотивационных стимулов (игрушки, еда). • Зрительный контакт и побуждение к взаимодействию.

Примеры применения адаптивных принадлежностей

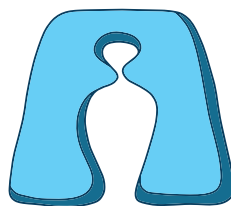
Выполнение всех перечисленных мер при «нежелательном» поведении может потребовать времени для изменения поведения. На этот период для обеспечения безопасности ребёнка при выраженной аутоагрессии с членовредительством желательно применять адаптивную одежду, адаптивные рукавицы, татора, шлемы, но только по назначению медицинских работников и под их контролем.

Вид поведения

Обеспечение мер безопасности

Бьётся головой
о твердые предметы
(кровать, коляску)

Закрывать твердые
предметы мягким
защитным бортиком,
одеялом, валиком,
**П-образной подушкой
для беременных**



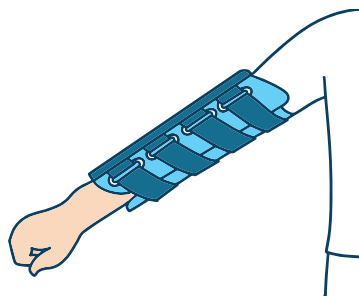
Бьётся головой
о твердые предметы

**Мягкий шлем
на голову**



Бьёт себя по голове,
лицу рукой

**Мягкий татор тип
«Огонёк» на руку
или адаптивная
«варежка» см. ниже**

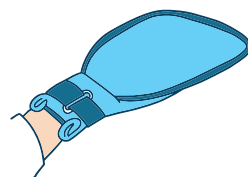


Вид поведения**Обеспечение мер безопасности**

Бьёт себя по голове, лицу рукой, кусает пальцы, сосет пальцы, засовывает руки в рот, вызывает рвоту

Адаптивная варежка

Очень аккуратно использовать застёжки, чтобы не пережать сосуды кисти, под застёжкой должен проходить палец. Лучше варежку пришить к длинному рукаву одежды.



Варежки можно сшить самим из плотной хлопчатобумажной (дышащей) ткани, толщина стенки варежки 2–3 см. Заполнить стенки можно гранулами, что будет защищать от механических травм и обладать сенсорным успокаивающим воздействием.

Достаёт памперсы, рвёт их, достает фекалии

Адаптивный комбинезон с застёжкой сзади

Беспокойный сон, двигательное беспокойство во сне, нарушение сна.

Сенсорное утяжелённое одеяло.

Вес подбирается с учётом возраста и веса ребёнка: составляет примерно 5–10% от веса ребёнка (см. инструкцию производителя)



Применение перечисленных защитных мер, с одной стороны, создаёт безопасные условия, но, с другой стороны, ограничивает получение сенсорных стимулов. Поэтому важно найти и предложить ребёнку иные, менее деструктивные и опасные сенсорные ощущения и способы их получения.



Обратить внимание

Привычная аутостимуляция часто бывает похожа на аутоагрессию (щипание себя, сосание пальца, давление на глаза, засовывание руки в рот, вызывание рвоты), но фактически является компенсацией своего состояния при нехватке сенсорных стимулов.

Для уменьшения нежелательного поведения детям необходима ежедневная двигательная активность: выкладывание детей на мягкую поверхность (будоматы и т.д.).

В.О. ЗАЙЦЕВ, врач-педиатр

АЛГОРИТМ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КИСЛОРОДНОГО КОНЦЕНТРАТОРА

КИСЛОРОДНЫЙ КОНЦЕНТРАТОР — аппарат для поддержания — уровня артериального кислорода (PaO_2) и сатурации (насыщения) кислорода (SpO_2) в крови, при нарушении функции дыхания, например: хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), пневмония, муковисцидоз, сердечная недостаточность, бронхиальная астма, фиброз легких.





Оборудование и приспособления

кислородный концентратор, расходные материалы к нему, пульсоксиметр



Количество людей

1 человек — медицинская сестра по назначению врача



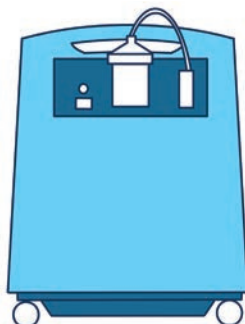
Частота и тайминг:

следуйте рекомендациям врача относительно длительности и параметров кислородной терапии

Типы кислородных концентраторов

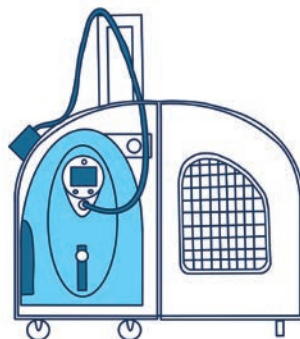
Стационарный

Используется у постели ребёнка



Портативный

Используется при транспортировке ребёнка



Обратить внимание

Обязательно

- регулярно менять фильтр концентратора согласно рекомендациям производителя;
- использовать строго индивидуальные носовые канюли и маски;
- соблюдать расстояние от мебели и стен от концентратора не менее 30 см;
- менять воду в увлажнителе перед каждой процедурой.

Запрещается использовать

- рядом с источниками огня — ВЗРЫВООПАСНО!
- при любом подозрении на неисправность прибора.
При неисправности выключить и обратиться в сервисный центр.

Строение кислородного концентратора

Компрессор для всасывания и сжатия воздуха.

Фильтр воздуха для очищения — от примесей и загрязнений.

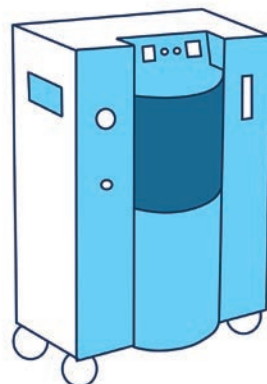
Резервуар для хранения сжатого воздуха — перед процессом концентрации.

Регулятор потока кислорода для контроля — кислорода, поступающего ребёнку.

Датчики и индикаторы работы концентратора.

Электронный блок управления для контроля работы концентратора, автоматической регулировки.

Корпус и система охлаждения для безопасной работы устройства.



Расходные материалы

Канюля, маска с патрубком, переходник для трахеостомы — для подачи кислорода ребёнку

Уход за оборудованием



Регулярно чистите и дезинфицируйте детали концентратора, соблюдая медицинские стандарты.



Проводите регулярное техническое обслуживание согласно указаниям производителя.

Описание процедуры

Подготовка концентратора

- Проверьте функциональность, включая регулятор потока и систему фильтрации;
- подключите к электропитанию, удостоверившись в отсутствии повреждений кабеля.

Подготовка пациента

- Разместите концентратор вблизи ребёнка с учетом безопасности и удобства использования;
- обеспечьте комфортный и безопасный доступ к кислородному концентратору.

Настройка параметров концентратора

- Установите необходимый уровень потока кислорода в соответствии с рекомендациями врача.

Подача кислорода

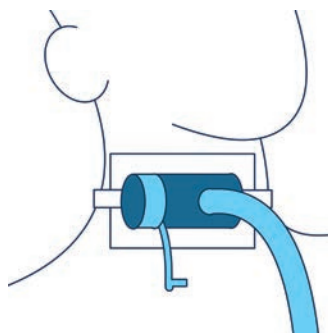
- Убедитесь, что назальные канюли/маска правильно размещены на лице;
- используйте специальный переходник при наличии трахеостомической трубки.

Контроль состояния ребёнка

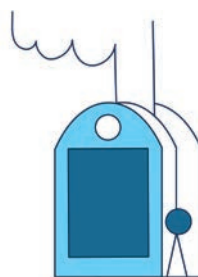
- Регулярно измеряйте PaO_2 и SpO_2 с помощью пульсоксиметра;
- проверяйте частоту дыхания и общее состояние ребёнка во время процедуры;
- проверяйте правильность подключения всех соединений.

Завершение процедуры

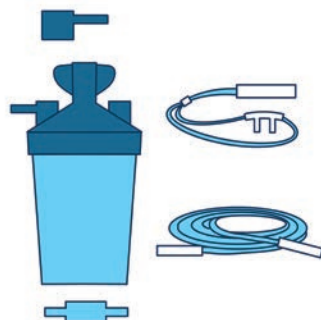
- Постепенно уменьшайте уровень потока кислорода перед завершением процедуры.
- Осторожно отсоедините назальные канюли (маску) и выключите концентратор.



Трахеостомическая трубка



Пульсоксиметр



Расходные материалы для подключения кислородного концентратора

Индикатор выполнения

Индикатором правильного проведения процедуры является улучшение общего состояния ребёнка, снижение беспокойства, уменьшение одышки, повышение уровня кислорода в крови, который оценивается с помощью пульсоксиметра.

В.О. ЗАЙЦЕВ, врач-педиатр

ДЫХАТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА С ПОМОЩЬЮ МЕШКА АМБУ



Цель: гимнастика используется у ребёнка с проблемами откашливания, вызванными той или иной причиной, и является простой заменой многофункционального откашливателя. Процедура выполняется для поддержания нормальной функциональной остаточной емкости легких. Профилактирует деформацию грудной клетки.



Оборудование и приспособления

Индивидуальный мешок Амбу — устройство, используемое для ручной вентиляции легких ребёнка. Верхний полюс маски должен располагаться на переносице, нижний полюс маски должен располагаться на подбородке.

Бактериальный фильтр. При наличии индивидуального мешка Амбу и ежедневном использовании фильтр не требуется. Используется в случаях наличия инфекции у ребёнка, для предотвращения вторичного инфицирования.

Пульсоксиметр

Хирургический аспиратор

Кислородный концентратор (при необходимости)



Количество людей

1–2 сотрудника

Участники процедуры:

- врачи и медсестры, ответственные за проведение и контроль процедуры. Специалисты, обученные и опытные в использовании мешка Амбу и проведении искусственной вентиляции легких;
- родители или опекуны: в зависимости от ситуации и возраста ребёнка родители или опекуны могут быть вовлечены в процесс, обеспечивая поддержку и комфорт для маленького пациента.



Частота

рекомендуется ежедневно проводить упражнения с мешком Амбу, количество подходов и количество процедур в день подбирается индивидуально



Тайминг

зависит от потребностей и возможностей ребёнка. Следует начинать с малых количеств подходов и дыхательных движений, и постепенно наращивать по мере адаптации к процедуре

Индикатор выполнения

У ребёнка улучшается отведение мокроты, усиливается откашливание, увеличивается насыщение крови кислородом, улучшается общее состояние.

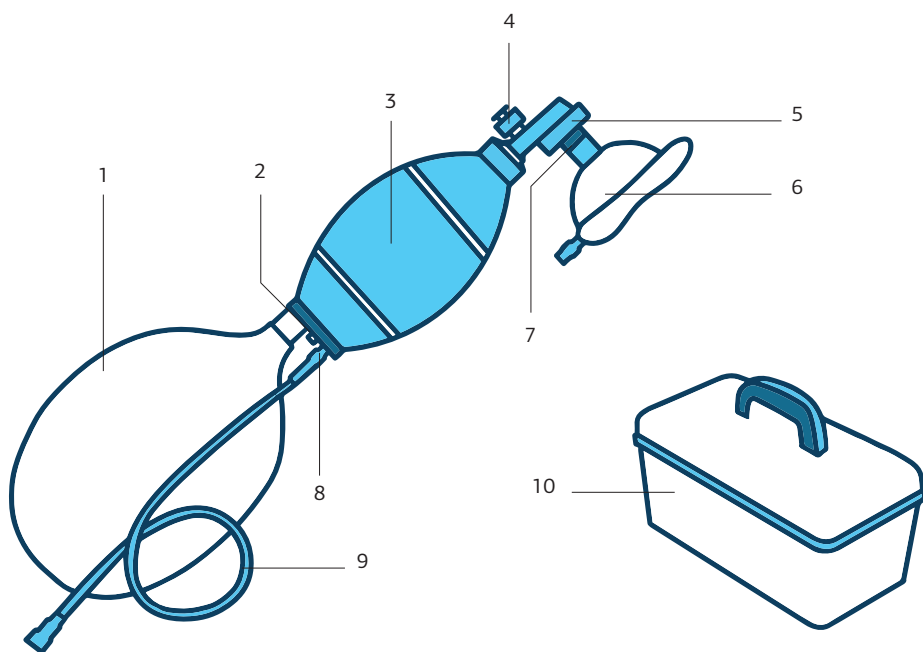
Мешок Амбу

одноразового или многоразового использования

для новорожденных и детей, чья масса тела не превышает 10 кг

педиатрический — для детей, чей вес находится в пределах 10–40 кг

взрослый — для пациентов весом более 40 кг



1. Дополнительный резервуарный мешок помогает предотвратить подмешивание воздуха помещения

2. Комбинированный клапан состоит из двух направляющих клапанов — входного и выходного. Входной клапан допускает приток внешнего воздуха. При положительном давлении в резервном мешке открывается входной клапан, через который сбрасывается избыток газов при чрезмерном потоке свежей смеси

3. Дыхательный мешок имеет текстурированную поверхность для препятствия выскальзывания из рук

4. Клапан ограничения давления позволяет регулировать давление дыхательной смеси

5. Неревверсивный клапан типа «Утконос» позволяет разделять воздушные потоки и направлять выдох больного в сторону от врача, а также обеспечивает сверхмалый объем мёртвого пространства

6. Прозрачная лицевая маска снабжена мягкой раздуваемой манжетой

7. Вертлюжный коннектор позволяет перемещать мешок, не отсоединяя его от маски

8. Ниппель для подачи свежей дыхательной смеси

9. Кислородная магистраль имеет длину 2 м, устойчива к перегибам, с разъемом для присоединения кислородного баллона на конце

10. Пластиковый бокс вмещает весь комплект аппарата ИВЛ. Удобен для переноски и хранения



Обратить внимание

Для проведения гимнастики мешком Амбу необходимо иметь индивидуальный (личный) для каждого ребёнка мешок.

Для занятий с детьми нужно иметь мешок Амбу объёмом дыхательного мешка не менее 1,5 литра (взрослый размер) с клапаном сброса избыточного давления.

Наличие клапана сброса обязательно!

Избыточное давление может привести к разрыву легочной ткани от перерастяжения. Правильное обращение с мешком делает невозможным нанесение баротравмы ребёнку во время процедуры.

Описание процедуры

Подготовка

убедитесь в безопасности окружающей обстановки

положите ребенка на спину на твердую поверхность

убедитесь, что мешок Амбу чист и дезинфицирован перед использованием

проверьте, что маска и соединительные трубки правильно установлены

проверьте, открыт ли клапан; закройте отверстие мешка без маски и путем нажатия убедитесь, что клапан открыт и работает

Позиционирование

разместите пациента в удобном положении, обеспечив оптимальный доступ к трахеостоме и лицу.

Установка мешка Амбу

разместите на лице ребёнка плотным прилеганием к носу и рту, чтобы избежать протечек воздуха, избегайте давления на крылья носа и на глаза

ИЛИ подсоедините маску к трахеостомической трубке, обеспечивая плотное прилегание



Дыхательные движения

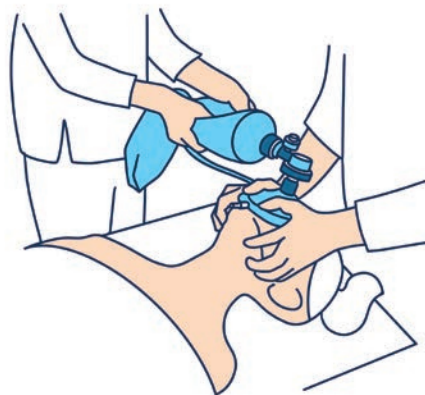
выполняйте мягкие, ритмичные дыхательные движения через мешок Амбу, подстраиваясь под обычное дыхание ребёнка. Начинайте нажимать на мешок во время физиологического вдоха ребёнка. Если ребёнок хитрит или поверхностно дышит, можно немного помочь вдохнуть, поддерживая правильный акт дыхания

следите за поднятием грудной клетки ребенка или живота.

отпускайте мешок во время выдоха

повторяйте цикл вдоха-выдоха несколько раз, поддерживая ровное и медленное дыхание

регулируйте нажатие по объёму воздуха, после нескольких подходов вы подстроитесь к ребёнку и его дыханию



Так НЕ НАДО фиксировать маску: пальцы давят на диафрагму рта, причиняя боль, это будет пугать ребёнка.

Частота дыхательных движений

соблюдайте рекомендованную частоту дыхательных движений в соответствии с возрастом ребенка

оптимальная продолжительность вдоха может варьироваться, но обычно это 2–3 секунды; продолжительность выдоха также может варьироваться, но обычно это 2–3 секунды

при хорошем самочувствии и отношении ребёнка к процедуре в день можно проводить до 100–200 циклов дыхания, разделяя их на несколько подходов в течение дня. Оптимально довести количество подходов до 3–4 раз в день, по 30 вдохов-выдохов в три подхода с перерывом на 5–10 минут

начинайте с малого количества циклов вдох-выдох, плавно наращивая количество, чтобы ребенок привык и «подружился» с мешком Амбу

если ребёнок не сотрудничает, определить цикл вдоха и выдоха возможно на конце крика ребенка: конец крика = вдох

Паузы для откашливания

периодически делайте паузы, давайте ребёнку откашляться

легко похлопывайте по спине, чтобы помочь выделить слизь

во время паузы проведите санацию верхних дыхательных путей и ротовой полости от слизи

Мониторинг

наблюдайте за реакцией пациента, обратите внимание на цвет кожи, пульс и убедитесь в стабильности дыхания, используйте пульсоксиметр

если мешок оборудован регулятором давления, манометр поможет контролировать уровень давления



Адаптация к процедуре

внесите коррективы в процедуру в зависимости от реакции пациента и его общего состояния

ЗАПРЕЩЕНО

Проведение процедур при наличии слизи или мокроты в ротовой полости, трахеостомической трубке.

Не делайте упражнения сразу после приема пищи, это может привести к рефлюксу. **Ребёнок может подавиться и даже задохнуться при выполнении процедуры**

Не используйте дыхательный мешок с закрытым клапаном сброса избыточного давления!

Не сжимайте мешок Амбу полностью, пытаясь вдуть в легкие пациента весь имеющийся воздух

Не делайте агрессивный вдох, резко сжимая мешок

А.И. БЕЛОВ, заведующий отделением, врач-психиатр

В.О. ЗАЙЦЕВ, врач-педиатр

А.Л. ЛЮБИМОВА, врач-невролог

СУДОРОЖНЫЕ ПРИСТУПЫ

Наблюдение и фиксация
судорожных приступов у детей,
признанных нуждающимися
в паллиативной помощи



ЦЕЛЬ: ведение информативных
дневников судорожных приступов

Ведение отдельного информативного листа фиксации (регистрации) судорожных приступов поможет улучшить качество оказываемой помощи.



Оборудование и приспособления

ручка, дневник (лист) учета судорожных приступов



Количество людей

один и более



Частота

ежедневно



Тайминг

заполнение листа занимает обычно 5–10 минут, но может оказать существенное влияние на качество помощи детям

Во внешних проявлениях и динамике развития приступа заложено много информации, которая позволяет различить эпилептические и неэпилептические пароксизмы, предполагать зону, из которой исходят эпилептические приступы. Подробное описание позволяет их отличать от схожих состояний — судороги в период нейролептической терапии (подкатывание глаз вверх без падения, судороги мышц шеи, спины, дрожание рук), обмороки при низком артериальном давлении и др.

Традиционно в учреждениях отмечают приступы в журнале наблюдений медсестры и в медицинской карте, но использование только такой формы фиксации затрудняет для врача-невролога (эпилептолога) в дальнейшем оценку характера приступов, их частоту, противосудорожную терапию и действия дополнительных факторов в динамике в последние 1–3 года.

У детей с выраженными двигательными нарушениями судорожные приступы могут протекать совсем не типично, и даже не привлекать внимание окружающих:

- детский церебральный паралич, особенно у детей с тяжёлыми формами, т. е. высоким мышечным тонусом
- множественные пороки развития
- выраженные деформации опорно-двигательного аппарата
- контрактуры (неподвижность суставов) и др.



Обратить внимание

Чаще всего в представлении людей имеют место генерализованные (большие) судорожные эпилептические приступы. Классические (генерализованные) судорожные эпилептические приступы протекают с постепенной сменой фаз.

Потеря сознания: ребёнок не реагирует на оклик, громкие звуки, прикосновения. При этом глаза могут оставаться открытыми.

Тоническая фаза судорожного приступа: мышцы максимально напряжены, при этом конечности могут быть согнуты или наоборот вытянуты, может быть напряжение всего тела ребёнка.

Клоническая фаза: все мышцы начинают ритмично подёргиваться, сокращаться. Может быть выделение пены изо рта.

Завершение приступа: ребёнок постепенно расслабляется, сознание восстанавливается, но чаще всего переходит в сонливость и постприступный сон, возможно непроизвольное мочеиспускание.



Тоническая фаза



Клоническая фаза

Персоналу, который много времени проводит с ребёнком, важно чаще обращать внимание на необычные и ритмично повторяющиеся движения у ребёнка, особенно на вновь возникшие. Самые частые и не всегда заметные движения, которые могут быть в рамках судорожных приступов:

- движения в области рта:
причмокивания, высовывание языка, мышечные подергивания;
- мышечные сокращения в лицевой мускулатуре;
- различные мышечные подергивания в конечностях;
- эпизоды замирания и др.

Описание процедуры

Существуют разные виды листов учета эпилептического приступа.

Вариант 1. Лист учёта

Используют, когда необходима максимально полная информация для врача при наличии установленного диагноза эпилепсии и одновременно другие сопутствующие заболевания и причины, которые могут вызывать потери сознания и судороги, или эпилептические судороги являются полиморфными: эпилептические, дистонические судороги, мышечная дрожь при резком повышении температуры и др. Может использоваться, когда впервые возникшие эпилептические приступы необходимо тщательно описать, чтобы понять их характер, провоцирующие факторы.

Дневник (лист) состоит из двух частей.

Часть 1

По возможности подробно описываются начало, середина и завершение приступа. Дополнительно важно отметить параметры общего состояния ребёнка в момент приступа — температура тела, артериальное давление, частоту дыхания и пульс, а также использовались ли препараты для купирования приступа.

Эту часть может заполнить любой сотрудник, кто видел, как протекал приступ. Параметры общего состояния заполняет медицинский работник.

Часть 2

Заполняет медицинский персонал: указывает, на какой дозе противосудорожной терапии случился эпилептический приступ, какие лекарства использовались для купирования, текущий вес ребёнка. В свободной форме — дополнительные сведения по описанию приступа, которые не вошли в описательную часть, и другая важная дополнительная информация — сопутствующее обострение соматической патологии, принимаемые другие лекарства, например нейролептики, которые могут повлиять на течение и частоту эпилептических приступов. В дальнейшем, если сведения повторяются, возможно ставить прочерк или «тоже»

Индикатор выполнения:

Постараться заполнить максимальное количество граф для лучшего описания приступа.

Лист учёта эпилептических приступов является дополнительной информацией для врача при организации наблюдения и проведения дифференциальной диагностики.

Необходимо всегда подробно расспрашивать очевидцев, уточняя клинические детали.

Лист учёта эпилептических приступов. Часть 2

Лист учета эпилептических приступов хранится на посту медицинской сестры, после заполнения помещается в медкарту

Ф.И.О. ребёнка _____ число, месяц, год рождения _____

Дата приступа	Противосудорожная терапия постоянная; Если купировался медикаментозно, то название, форма выпуска, доза лекарства.	Вес, кг	Дополнение к описанию приступа и другая информация	Фамилия очевидца
01.01.01	Вальпроевая кислота 500 мг утром и днем, р-р диазепам 10мг в/м	50	Упал, ушиб мягкий тканей. Получает нейролептики (неулептил), госпитализирован в больницу с ОРВИ	Петрова

Вариант 2. Журнал и дневник учёта

Комплексное ведение медицинской документации для пациентов с эпилепсией при наличии эпилептических приступов для предоставления объективной и визуально ёмкой информации о течении эпилепсии, оценки динамики приступов на фоне изменения в терапии (разработал Г.В. Кузьмич, к.м.н., врач-эпилептолог).

Заполняется при наличии установленного диагноза «Эпилепсия». Не является инструментом дифференциальной диагностики между эпилептическими приступами и неэпилептическими па-

роксизмальными состояниями (обмороки, конверсионные приступы, дистонии различного генеза).

Для заполнения любых документов у пациентов с эпилепсией, особенно фиксации сведений о приступах, необходимо проведение обучения младшего и среднего медицинского персонала — одна лекция о характере протекания приступов. Лекцию может предоставить благотворительный фонд «Дорога Жизни», или специалисты Фонда проведут ее на месте.

Журнал эпилептических приступов

Заполняется медицинским работником на основании дневника (тетради) приступов и сведений из медицинской карты пациента (принимаемая терапия).

Журнал распечатывается с обеих сторон листа и вклеивается в историю болезни. На одной странице журнала находится информация о 6 месяцах, на одном листе — 12 месяцев.

Графа «Месяц, год» заполняется в случае, когда в данном месяце произошел приступ или если были изменения в антиэпилептической терапии. Таким образом, при приступах не чаще раза в год и при отсутствии изменения в приеме антиэпилептической терапии листа приступов хватит на 12 лет.

Графа «Терапия» заполняется после заполнения графы «Месяц, год».

При наличии приступов вносится информация как об антиэпилептической терапии, так и о психофармакотерапии, так как многие психиатрические препараты могут приводить к учащению приступов или к другим пароксизмальным состояниям! При отсутствии приступов графа «Терапия» заполняется только в случае изменения в антиэпилептической терапии!

Дневник (тетрадь) приступов

Создается из обычной тетради в 24 или 48 листов, на одной стороне разворота линуются графы «Дата», «Время», «Состояние пациента», «Длительность» и «ФИО». Вторая сторона разворота — для подробного описания приступа. Напоминание о необходимости адекватного заполнения графы «Описание приступов» через лист (на каждом втором листе) вписывается или вклеивается на текст с клинической симптоматикой приступов.

«Подробное описание приступа.

Повышение T перед приступом!

Важны самые первые проявления, начало приступа (падение с травматизацией, заваливание, фиксация взгляда, перекос лица, причмокивание и проч.). Течение приступа: поворот головы в сторону, напряжение мышц, подергивания конечностей, наличие асимметрии (одна рука согнута, другая вытянута), упускание мочи. Описать простым, бытовым языком (заполняется тем, кто видел приступ).

Ведение лекарственных средств для купирования приступа (да/нет).»

Дневник (тетрадь) приступов находится в палате/комнате пациента и заполняется только тем, кто видел приступ, сразу после окончания приступа.

Врачу-неврологу, принимающему решение о смене антиэпилептической или психофармакотерапии (в случае наличия эпилептогенных психофармпрепаратов), настоятельно рекомендуется не ограничиваться сведениями из дневника и журнала приступов. Целесообразно личное общение с 1–2 работниками, заполнившими дневник (тетрадь) приступов, чтобы уточнить информацию и мотивировать персонал к адекватному заполнению документации.

Дневник (тетрадь) приступов

Ф.И.О. ребёнка _____ число, месяц, год рождения _____

Дата	Время	Состояние пациента	Длительность	ФИО работника	Подробное описание приступа
		сон, бодрствование, еда, прогулка, др.		Кто видел приступ	Повышение T перед приступом! Важны самые первые проявления, начало приступа (падение с травматизацией, заваливание, фиксация взгляда, перекося лица, прищмыкивания и проч.). Течение приступа: поворот головы в сторону, напряжение мышц, подергивания конечностей, наличие асимметрии (одна рука согнута, другая вытянута), упускание мочи. Описать простым, бытовым языком (заполняется тем, кто видел приступ). Ведение лекарственных средств для купирования приступа (да/нет).

Вариант 3. Лист учёта

Третий вариант листа учёта эпилептических приступов используется, когда точно известен характер приступов, они носят однотипный характер, и важно учитывать только их количество.

Характер приступов: 1) в период пробуждения с тоническими и клоническими судорогами; 2) кратковременное замирание; 3) пр.

Заполняется вариант характера эпилептического приступа, количество/время, вес, температура, лечение в этом месяце, дополнительная информация.

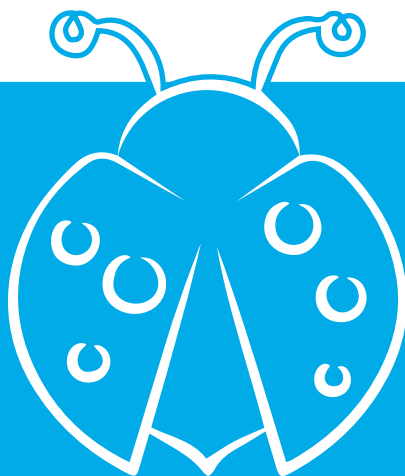
А.И. БЕЛОВ, заведующая отделением, врач-психиатр
инструктор по первой помощи

В.В. ТАРАСОВА, учитель-дефектолог, инструктор по первой помощи

ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ

Особенности оказания первой помощи при несчастных случаях детям с выраженными двигательными и ментальными нарушениями, нуждающимися в медицинской паллиативной помощи

Некоторые перечисленные в главе действия не внесены в базовый алгоритм по проведению сердечно-лёгочной реанимации и имеют исключительно рекомендательный характер



Работа с детьми с выраженными двигательными и ментальными нарушениями, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи, требует от родителей, медицинского и ухаживающего персонала высокого уровня владения информацией как по профилактике состояний, угрожающих жизни и здоровью ребёнка, так и по оказанию первой помощи в случае возникновения таких состояний.

Дети с тяжёлыми и множественными нарушениями развития в большей степени подвержены риску возникновения жизнеугрожающих состояний: аспирации рвотными массами, патологических переломов, остановке дыхания и кровообращения.

Проведение реанимационных мероприятий по общепринятым рекомендациям становится затруднительным при наличии у ребёнка таких состояний, как выраженная деформация грудной клетки, позвоночника, вывих тазобедренных суставов в сочетании с контрактурами, повышение мышечного тонуса, наличие трахеостомы.

Первая помощь при остановке дыхания и кровообращения (остановка сердца)

Цель: поддержание жизнеспособности организма ребёнка и восстановление жизненных функций



Оборудование и приспособления

мешок Амбу и лицевая маска необходимого размера, или маска-плёнка, кислородный концентратор, аспиратор хирургический



Количество людей:

1 и более человек



Частота:

по показаниям



Тайминг:

- до появления признаков жизни (дыхание)
- до передачи пострадавшего бригаде скорой помощи

Риски и противопоказания:

- перелом рёбер, грудины;
- повреждение внутренних органов.



Обратить внимание

Реанимационные мероприятия проводятся на твёрдой ровной поверхности.

Обратите внимание на возраст, рост и вес ребёнка.

Индикатор выполнения:

Появление у ребёнка признаков жизни (дыхание).

Описание процедуры

Алгоритм действия

1 Оценка безопасности

2 Проверка дыхания

3 Сердечно-легочная реанимация

Сердечно-лёгочная реанимация при наличии мешка Амбу

Сердечно-лёгочная реанимация при отсутствии мешка АМБУ

Сердечно-лёгочная реанимация ребёнку с трахеостомой

Особенности проведения вентиляции лёгких при выпадении трахеостомической трубки

Нет возможности проведения вентиляций (вдуваний воздуха)

Особенности проведения надавливания на грудную клетку при выраженной деформации

1 Проверка сознания

Осмотритесь. Оцените окружающую обстановку на предмет безопасности

Подойдите к ребёнку

Позовите его громко по имени

2–3 раза похлопайте по плечам или по стопам



Если ребёнок не реагирует на ваш голос и прикосновения — не открывает глаза, не плачет, не вскрикивает, не двигается — **приступайте к проверке дыхания.**

2 Проверка дыхания

Ребёнок дышит через нос или рот



Откройте дыхательные пути ребёнка. Для этого одну руку положите на лоб ребёнка, 2 пальца второй руки (указательный и средний) положите под нижнюю челюсть ребёнка и запрокиньте голову назад.

Наклонитесь максимально низко к лицу ребёнка так, чтобы ваше ухо находилось над его носом.

Своё лицо поверните в сторону грудной клетки ребёнка

Ребёнок дышит через трахеостому



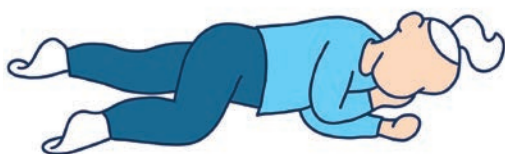
Наклонитесь максимально низко к ребёнку так, чтобы ваше ухо находилось над трахеостомой.

Своё лицо поверните в сторону грудной клетки ребёнка

В течение 10 секунд постарайтесь услышать ухом шум дыхания, почувствовать щекой тепло выдыхаемого воздуха или увидеть движение грудной клетки или живота ребёнка.

Для качественной оценки рекомендуется во время счёта вставлять слово-замедлитель, чтобы оценка дыхания проводилась не менее 10 секунд. **Например, И-раз-И-два-И-три... И-десять.**

Если ребёнок дышит, за 10 секунд вы услышите, почувствуете или увидите не менее 3 ровных вдохов-выдохов.



Если при этом ребёнок по-прежнему без сознания, уложите его на бок — устойчивое боковое положение.

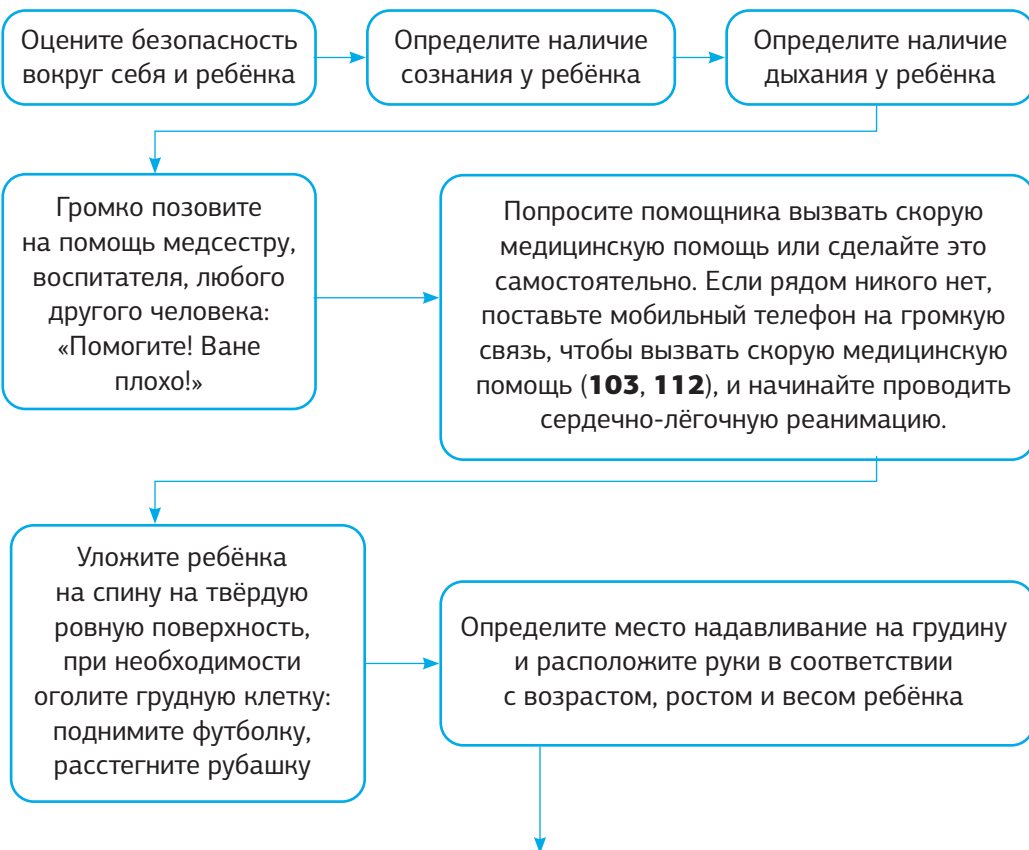
Если ребёнок находится без сознания и не дышит, или вы услышали 1–2 шумных, неравномерных вдоха-выдоха —

приступайте к проведению сердечно-легочной реанимации (далее — СЛР)

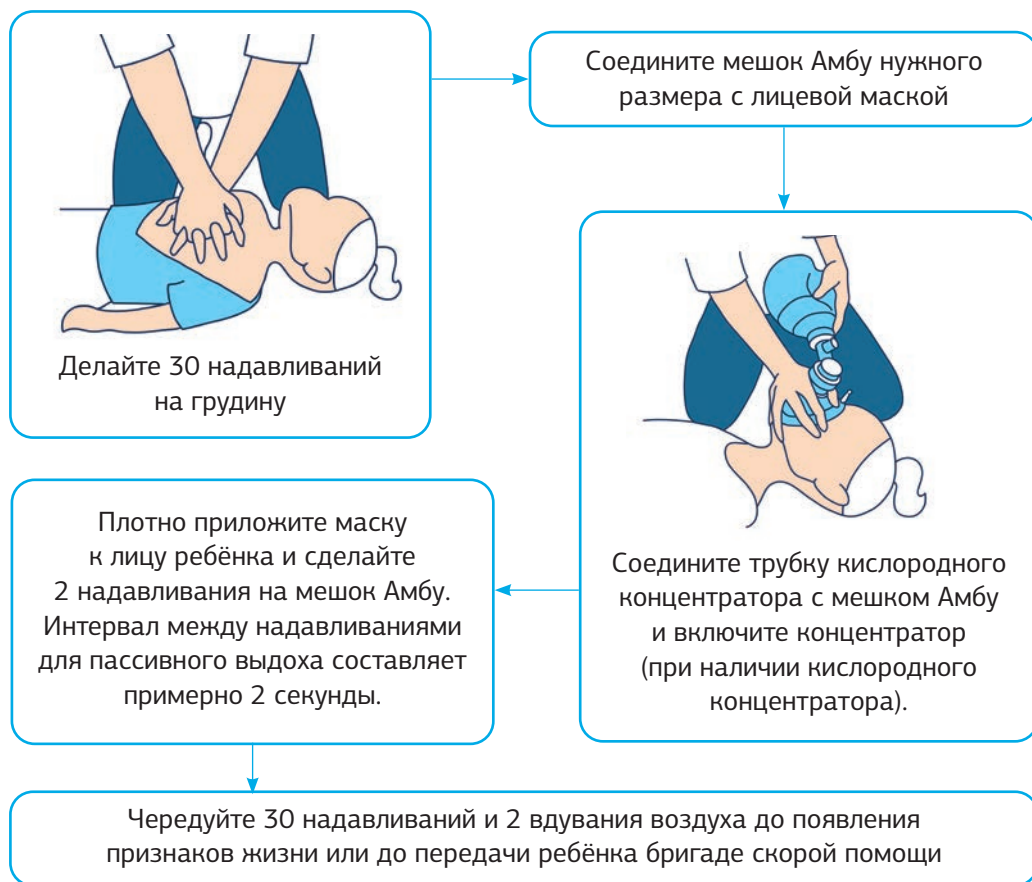
3 Сердечно-лёгочная реанимация

СЛР — это сочетание компрессий (надавливаний) на грудную клетку и вентиляций (вдуваний) воздуха в лёгкие.

Алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации (СЛР)



До 1 года	1–8 лет (до 25 кг)	Старше 8 лет
Двумя пальцами	Основанием ладони одной руки	Обеими руками
Пальцы вдоль грудины	Основание ладони вдоль грудины, направление пальцев — к плечу	Руки в «замок»
На границе средней и нижней трети грудины		
Сначала сделайте 5 вдуваний воздуха. Затем чередуйте 30 надавливаний на грудную клетку и 2 вдувания воздуха.	Чередуйте 30 надавливаний на грудную клетку и 2 вдувания воздуха	



ВАЖНО!

Каждые 5 циклов необходимо проводить проверку наличия дыхания.

При наличии помощников реанимация может проводиться несколькими людьми: один проводит надавливания на грудную клетку, второй — вдувания воздуха. При необходимости помощники могут сменять друг друга.

При появлении дыхания уложите ребёнка в устойчивое боковое положение.



Обратить внимание

Глубина надавливаний составляет примерно 1/3 высоты грудной клетки ребёнка — высота от пола до грудины в положении лёжа на спине.

Частота надавливаний — 100–120 надавливаний в минуту или примерно 2 надавливания в секунду.

Сердечно-легочная реанимация при отсутствии мешка АМБУ



В случае отсутствия мешка Амбу можно использовать маску-плёнку с клапаном

Вставьте клапан в рот ребёнка, закройте нос, запрокиньте голову назад, плотно обхватите своими губами рот(губы) пострадавшего и вдохните воздух.

Сердечно-лёгочная реанимация ребёнку с трахеостомой

Алгоритм проведения СЛР ребёнку с трахеостомой при наличии мешка Амбу



Один сотрудник

1. Производит очистку трахеостомической трубки с помощью хирургического отсасывателя и соединяет трахеостомическую трубку с мешком Амбу, подключает кислородный концентратор (при наличии) к мешку Амбу.
2. Начинает компрессию грудной клетки, чередуя с вентиляцией лёгких с помощью мешка Амбу в соотношении 30:2.

Два и более сотрудников

1. Один сотрудник начинает компресии грудной клетки.
2. Второй сотрудник одновременно производит очистку трахеостомической трубки с помощью хирургического отсасывателя, соединяет трахеостомическую трубку с мешком Амбу, подключает кислородный концентратор (при наличии) к мешку Амбу.
3. Затем два сотрудника начинают проводить компресии и вентиляцию лёгких, надавливая на мешок Амбу в соотношении 30:2.



Уложите ребёнка на спину на твёрдую ровную поверхность, при необходимости оголите грудную клетку: поднимите футболку, расстегните рубашку



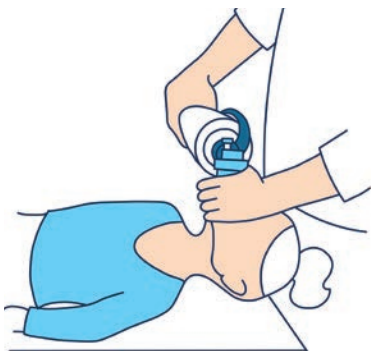
Обратить внимание

Чередуйте 30 надавливаний и 2 вдувания до появления признаков жизни (дыхание, кашель, открытие глаз) или до передачи ребёнка бригаде скорой помощи.

Каждые 5 циклов необходимо проводить проверку наличия дыхания.

Если на трахеостомической трубке имеется искусственный нос, его необходимо снять перед проведением вентиляции.

Особенности проведения вентиляции лёгких при выпадении трахеостомической трубки



Если выпала трахеостомическая трубка или вентиляция через трахеостомическую трубку неэффективна (грудная клетка не поднимается во время вентиляции), проводите искусственную вентиляцию лёгких, наложив лицевую маску, соединённую с мешком Амбу, стандартным способом на рот и нос ребёнка.

В случае выпадения трахеостомической трубки заклейте отверстие (трахеостому) или закройте отверстие путем легкого надавливания пальцем в перчатках для предотвращения выхода нагнетаемого воздуха.

Данный способ может оказаться неэффективным, т.к. одним из показаний к проведению трахеостомии является анатомическая непроходимость дыхательных путей. Неэффективность будет подтверждаться отсутствием движения грудной клетки.

Нет возможности проведения вентиляций (вдуваний воздуха)

В случае невозможности или отсутствия эффекта от применения указанных выше способов вентиляции проводите безвентиляционную реанимацию (только надавливания).

Особенности проведения надавливания на грудную клетку при выраженной деформации



Если искривления грудной клетки мешают уложить ребёнка ровно на спину для проведения СЛР, подложите под спину ребёнка собственную руку или руки помощника. Можно сделать упор со стороны спины другими подручными средствами, чтобы создать упор (опору).

Производите надавливания на грудную клетку в передне-заднем направлении таким образом, чтобы происходило сдавливание сердца между грудиной и позвоночником, примерно на 1/3 толщины грудной клетки.

Особенности придания бокового положения при выраженной деформации скелета

Алгоритм первой помощи ребёнку при полной потере сознания

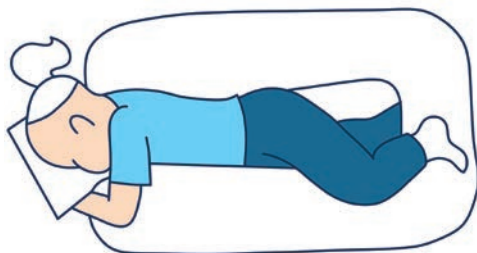
Оцените безопасность вокруг себя и ребёнка

Определите наличие сознания у ребёнка

Определите наличие дыхания у ребёнка

Если ребёнок находится без сознания, но дышит, уложите его набок: придайте устойчивое боковое положение.

Если невозможно уложить ребёнка на бок (поза лягушки с контрактурами, деформация грудной клетки в сочетании с вывихом тазобедренных суставов), переверните его на живот и поверните голову в сторону, или с помощью одеял и подручных средств обеспечьте положение максимально приближённое к боковому.



Первая помощь при эпилепсии

Цель: профилактика травматизации ребёнка во время приступа



Оборудование и приспособления

подушки, одеяло, другие подручные мягкие средства — одежда, валики и др.



Количество людей:

1 и более человек



Частота:

по показаниям



Тайминг:

- до прекращения приступа и восстановления сознания;
- до передачи пострадавшего бригаде скорой помощи

Риски и противопоказания:

травмы



Обратить внимание

На контроль времени начала и окончания приступа;

на наличие вокруг опасной среды: вода, острые углы предметов, зеркало, стекла, колюще-режущие предметы и др.

Индикатор выполнения

Прекращение у ребёнка приступа и восстановление сознания.

Описание процедуры

Алгоритм проведения сердечно-лёгочной реанимации (СЛР)



Приступ в коляске

Расстегните ремни/фиксаторы, снимите столик, достаньте ребёнка из коляски и положите на мягкую, безопасную поверхность.

Приступ в кроватке

Обеспечьте безопасную среду в кровати, обложите/завесьте бортики мягкими одеялами или опустите бортики, чтобы предотвратить травму.

Ребёнок на полу

Подложите под голову одеяло/подушку или присядьте на колени со стороны головы ребёнка так, чтобы его голова находилась на ваших бедрах.



Обратить внимание

ВАЖНО! Дети с тяжёлыми и множественными нарушениями развития обычно не чувствуют начало приступа или не могут об этом сообщить из-за речевых и ментальных нарушений



Безопасность ребёнка с эпилепсией

- ✓ Нельзя находиться на высоте.
- ✓ Нельзя находиться без присмотра в ванной.
- ✓ Не допускать ребенка к газовой или электрической плите.
- ✓ Избегать мерцающего света.
- ✓ Лучше купать ребенка под душем — в ванной он может захлебнуться.
- ✓ Нужно использовать накладки на острые углы мебели.
- ✓ Плавать в жилете.

Первая помощь при аспирации инородным телом (ребёнок подавился)

Цель: восстановление функции жизнеобеспечения организма ребёнка (дыхание)



Оборудование и приспособления

не требуется специальное оборудование



Количество людей:

1 и более человек



Частота:

по показаниям



Тайминг:

- до восстановления дыхания;
- до потери сознания;
- до передачи пострадавшего бригаде скорой медицинской помощи

Риски и противопоказания:

- внутрибрюшное кровотечение;
- повреждение внутренних органов



Обратить внимание

На рост ребёнка.

Если ребёнок не может самостоятельно стоять на ногах, будет невозможно применить базовые алгоритмы оказания первой помощи. Поэтому, нужно выбрать способ, при котором верхняя часть туловища ребёнка может быть опущена вниз, т.к. в этом положении высоки шансы удалить инородное тело из дыхательных путей с помощью нанесения ударов в межлопаточную область.

Индикатор выполнения

Появление у ребёнка дыхания.

Группа риска

- дети с патологическим влечением к поеданию несъедобного: ткань, растения, земля, камни, бумага и др.;
- дети с приступами эпилепсии;
- дети с поведенческими нарушениями: торопливый приём пищи, эмоциональная неустойчивость;
- дети с дисфагией (нарушение глотания).

Профилактика

- на игровых площадках не должно быть посторонних предметов;
- мелкие предметы необходимо хранить в недоступном месте;
- необходим постоянный контроль приема пищи;
- нужно учить тщательно пережёвывать пищу;
- нельзя кормить лёжа. Кормим под углом 45 градусов, сохраняя данное положение ещё 40 мин после приема пищи;
- необходимо ограничить доступ к твёрдым предметам.

Описание процедуры

Первая помощь ребёнку с двигательными нарушениями.

Положение сидя в коляске при полной механической непроходимости дыхательных путей

Вариант 1

Поставьте коляску на тормоз с двух сторон.

Наклоните ребёнка максимально низко вперед, придерживая его своей рукой под грудь для предотвращения падения.

Второй рукой нанесите до 5 интенсивных ударов в межлопаточную область.

Если кашель, дыхание не появились, встаньте позади коляски и обхватите ребёнка так, чтобы ваши руки (кулак одной руки, накрытый ладонью другой руки) находились на животе пострадавшего чуть выше пупка.



Приём Геймлиха



Сделайте до 5 резких надавливаний на живот ребёнка (внутрь и вверх).

Продолжайте чередовать удары в межлопаточную область и толчки в интервале 5:5 до появления дыхания или до потери сознания.



Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 2

При невозможности выполнить прием Геймлиха необходимо проводить другой приём — удары в межлопаточную область с наклоном вниз.

Поставьте коляску на тормоз с двух сторон.

Наклоните ребёнка максимально низко вперёд, придерживая его своей рукой под грудь для предотвращения падения.

Второй рукой наносите интенсивные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.



Первая помощь ребёнку с двигательными нарушениями.

Положение вниз головой и упор в области живота при полной механической непроходимости дыхательных путей

Вариант 1



Поставьте коляску на тормоз с двух сторон.

Опуститесь на одно колено перед коляской и осторожно переместите ребёнка так, чтобы он животом опирался на бедро вашей ноги.

Наносите интенсивные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 2



Опустите ребёнка на пол/кровать лицом вниз.

Одну руку подведите под живот ребёнка и приподнимите его.

Второй рукой нанесите умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 3

Опустите ребёнка на пол/кровать лицом вниз.

Поставьте кулак одной ладони чуть выше пупка ребёнка, ладонью второй руки обхватите кулак и приподнимите ребёнка вверх так, чтобы голова была внизу, а таз вверх.

После этого помощник наносит умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 4

Переместите ребёнка на пол либо кровать лицом вниз

Подложите под таз большую подушку или скрученное одеяло таким образом, чтобы создавался наклон корпуса вперёд

Одной рукой удерживайте ребёнка, второй наносите умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 5



Переместите ребёнка на пол лицом вниз, «перевесив» его через своё бедро. Бедро должно располагаться примерно в области перехода живот–таз.

Нанесите умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Вариант 6: если ребёнок находится в кровати



Переместите ребёнка относительно бортика так, чтобы голова и туловище были опущены вниз с одной стороны, а таз и ноги опущены вниз с другой стороны («перекинуть» через бортик).

Одной рукой удерживайте ребёнка, второй наносите умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

**Вариант 7:
если ребёнок находится в функциональной кровати**



Наклоните кровать таким образом, чтобы голова ребёнка была опущена вниз, а ноги, наоборот, были приподняты. Положение ребёнка — на животе.

Можно подложить подушку под таз ребёнка или приподнять таз, подсунув свою руку.

Наносите умеренно сильные удары в межлопаточную область до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

**Первая помощь ребёнку
с двигательными нарушениями.**

Положение лёжа при полной механической непроходимости дыхательных путей



Поверните ребёнка на бок и нанесите до 5 ударов ладонью в межлопаточную область.

Верните ребёнка в положение лежа на спине на твёрдую поверхность. Делайте 5 надавливаний на грудную клетку, как во время проведения сердечно-легочной реанимации.



Чередуйте 5 ударов в межлопаточную область и 5 надавливаний на грудину до появления дыхания или до потери сознания.

Если ребёнок потерял сознание, начинайте проводить СЛР.

Как сделать школу первой помощи в учреждении?

Как сделать школу первой помощи у себя в учреждении своими силами (лицензия на образовательную деятельность не требуется)

Как показывает практика, обучение навыкам первой помощи в учреждениях сводится к инструкциям по охране труда и плакатам, просмотру фильма. В лучшем случае, к приглашению инструктора, который на одном из сотрудников или тренажёре показывает приёмы большой аудитории.

В экстренных ситуациях такие знания плохо работают — нужна мышечная память, нужно прочувствовать правильность выполнения упражнения, алгоритм. Этого можно достичь, создав собственную школу первой помощи.

Этапы создания школы первой помощи

- | | |
|--|--|
| <p>1 Обучение инструкторов по первой помощи</p> | <p>2 Разработка документации, программы, тестов</p> |
| <p>3 Оснащение необходимым оборудованием</p> | <p>4 Тестирование программы (1–2 месяца)</p> |

Начало обучение специалистов:

группа по 4–6 сотрудников, отработка практических навыков 3–4 часа, теоретическая часть в виде бумажных носителей, группа информационной поддержки в соцсетях и др.

Рекомендованное оснащение

- Манекен для отработки сердечно-легочной реанимации Little Anne QCPR (1–3 шт.).
- Жилет для отработки приема Геймлиха АСТ FAST.
- Маска-пленка с клапаном для проведения СЛР.
- Перчатки, бинты, жгуты.
- Коврики (4–6 шт.)
- Мешки Амбу, разного размера.
- Силиконовые маски для СЛР.
- Трахеостомические трубки.
- Куклы или специальные манекены «Младенец» для отработки СЛР и ПП при механической асфиксии.
- Журнал, тесты, удостоверение.

А.И. БЕЛОВ, заведующий отделением, врач-психиатр
Д.Д. ЗЕМСКОВА, психолог в социальной сфере

ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ

воспитанников, находящихся
в центрах социальной защиты
и нуждающихся в паллиативной
медицинской помощи



Почему нужна психологическая поддержка
родителей паллиативных детей?

Как общаться с родителями, переживающими
потерю ребёнка?

Какая поддержка необходима сотрудникам
детских социальных учреждений?

ПОЧЕМУ НУЖНА ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОДДЕРЖКА РОДИТЕЛЕЙ ПАЛЛИАТИВНЫХ ДЕТЕЙ?

Психоэмоциональное состояние родителей, **особенно тех, чьи дети находятся на постоянной форме пребывания в социальном учреждении**, их владение навыками ухода важны для качества жизни детей. От него зависят степень включенности родителей в жизнь ребёнка, способность осуществлять уход за ним, сопровождать в больницах, и в итоге — вернуть ребёнка в семью.

КАК ОБЩАТЬСЯ С РОДИТЕЛЯМИ, ПЕРЕЖИВАЮЩИМИ ПОТЕРЮ РЕБЁНКА?

Особое внимание уделяется сообщению печальной новости о смерти ребёнка, поскольку некорректное донесение информации может усугубить горе родителей. Важно поддерживать родителей, переживающих потерю ребёнка.

КАКАЯ ПОДДЕРЖКА НЕОБХОДИМА СОТРУДНИКАМ ДЕТСКИХ СОЦИАЛЬНЫХ УЧРЕЖДЕНИЙ?

Для осуществления качественного ухода, создания развивающей среды, эмоциональной поддержки детей важным является психологическое состояние сотрудников. Профилактика и помощь при эмоциональном выгорании сохранят кадровый состав организации, повысят качество помощи детям. Эмоциональное выгорание характерно и для родителей тех детей, которые находятся на 5-дневном и дневном пребывании в стационарном учреждении.

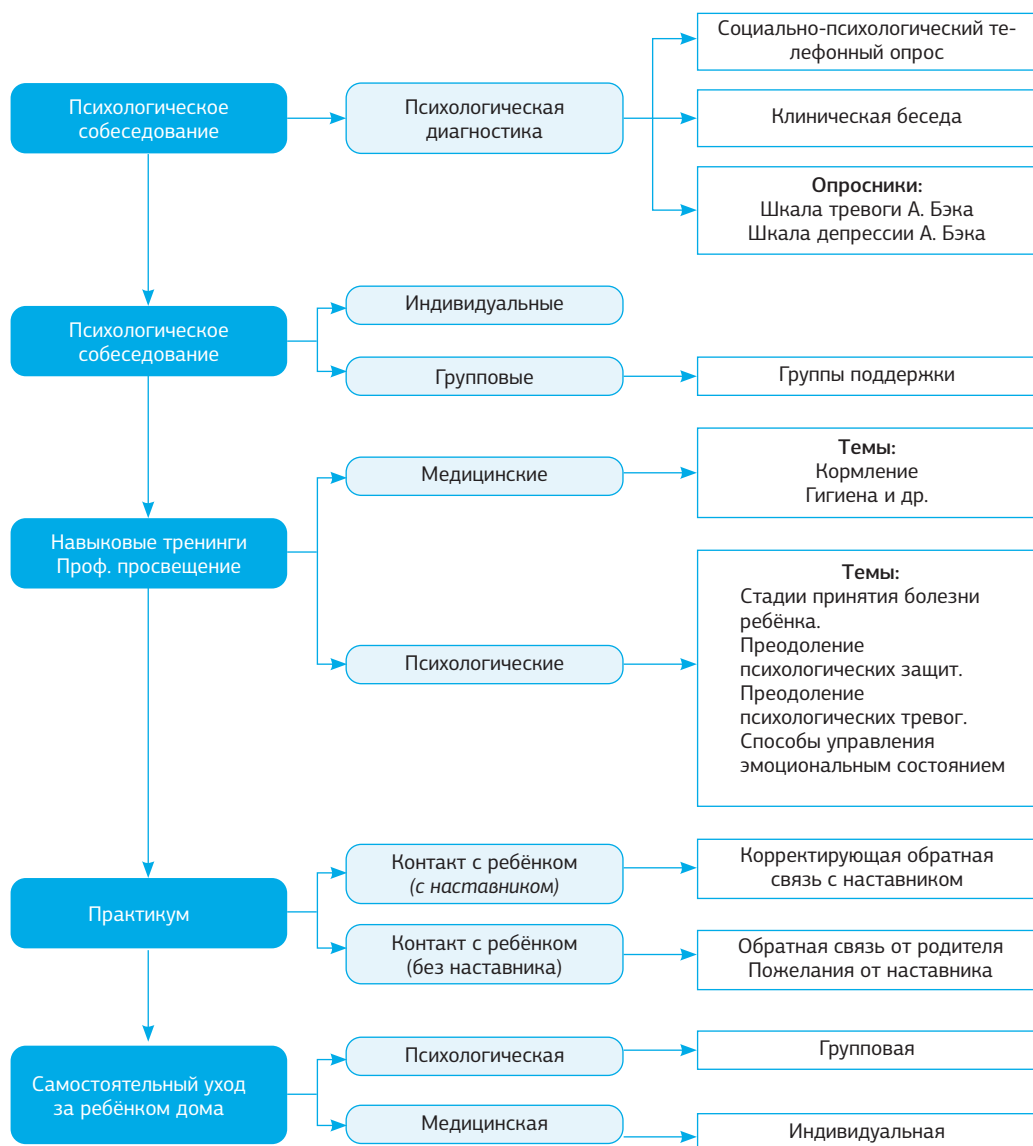
Поддержка родителей

Алгоритм поддержки, опрос родителей, консультации и тренинги



Алгоритм поддержки родителей

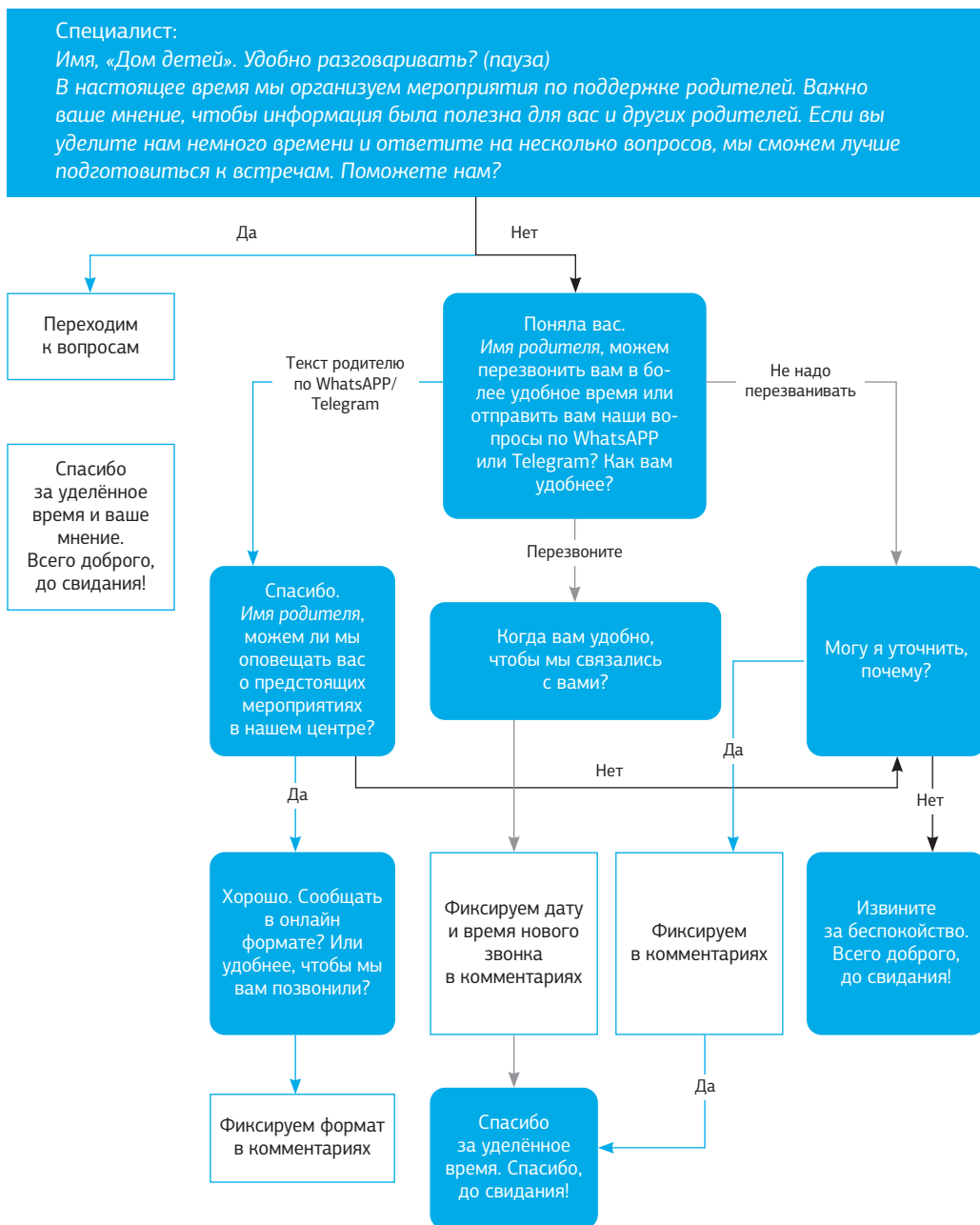
Алгоритм поддержки родителей детей, нуждающихся в паллиативной медицинской помощи: социально-психологические, педагогические и уходовые аспекты



Социально-психологический опрос

Социально-психологический опрос родителей желательно проводить очно. В случае, когда нет возможности провести очную беседу, возможно связаться с родителем по телефону.

Скрипт диалога специалиста с родителем





Вопросы анкеты для социально-психологического опроса родителей воспитанников, находящихся в учреждениях социальной защиты

Анкетирование проводится в соответствии со скриптом

1. Какую помощь вы хотели получить от специалистов нашего центра для лучшей коммуникации с ребёнком?

- информационную (нет достаточной информации о диагнозе, состоянии здоровья; нет информации о динамике);
- психологическую (получать индивидуальную и групповую помощь для понимания своих психологических актуальных проблем, изменения поведения (актуальные проблемы: чувство тревоги/страха, чувство вины);
- социально-педагогическую (способы общения с ребёнком, особенности игры с ребёнком);
- обучение уходу (как обращаться с ребёнком, как кормить, давать лекарство, купать, позиционировать);
- улучшить условия, в которых воспитывается ребёнок, создать более благоприятную атмосферу для встреч;
- другое _____

2. В какой форме вы хотели бы получать помощь?

- тренинги;
- индивидуальные консультации (беседы);
- групповые консультации (психологические группы поддержки);
- групповые встречи со специалистами для обсуждения актуальных вопросов (воспитатели, врачи, клинические психологи);
- информационные листки и онлайн информирование (буклеты, книги, брошюры);
- онлайн информирование (рассылка в родительские чаты, информация на сайте);
- другое _____

3. Что для вас значит болезнь ребёнка? (дать паузу для ответа, если родитель затрудняется, перечислить варианты ответов). Вы можете выбрать несколько вариантов ответов, которые вам подходят:

- тяжелое жизненное испытание;
- жизненный опыт, который помогает становиться сильнее;
- обвинение себя и других в болезни ребёнка;
- страх перед будущим;
- боязнь навредить ребёнку;
- другое _____

4. Что положительное вам даёт общение с ребёнком? Чем вам нравится общение с ребёнком? Какую потребность вы реализуете?

Ответ _____

5. Периодичность посещения. Как часто вы хотели бы посещать ребёнка?

Ответ _____

6. Уточните ваш возраст, трудовую занятость, семейное положение, количество детей

Ответ _____

7. Какой вид активности вы хотели бы организовать с ребёнком в свободное время?

- прогулка;
- проведение времени с ребёнком дома на выходных;
- выполнение уходовых процедур (кормление и т. д);
- игры с ребёнком;
- совместный поход с ребёнком куда-либо на мероприятие (например, проводимое в центре, или на пикник);
- пребывание с ребёнком какое-то время в течение дня в учреждении совместно с сотрудниками;
- поездка с ребёнком на отдых;
- другое _____

8. Что могло бы вам помочь при общении с ребёнком?

- наличие свободного времени;
- улучшение его состояния здоровья;
- отсутствие чувства вины;
- отсутствие страха осуждения со стороны работников;
- отсутствие переживаний, что ухудшилось состояние здоровья ребёнка;
- другое _____

9. Оцените удовлетворенность взаимодействием со специалистами нашего центра по 10 бальной шкале (где 1 — полностью не удовлетворён работой сотрудников, 10 — работа сотрудников устраивает полностью).

Ответ _____

*Если ответ **7-10** баллов, то переходим к следующему вопросу.*

*Если **4-6** — спрашиваем, что бы вы хотели улучшить?*

Ответ _____

*Если **1-3** — уточняем: что именно вам не нравится?*

- неинформированность;
- формальность общения;
- отсутствие слушания и понимания;
- грубость;
- другое _____

10. Насколько интересны были бы вам консультации специалистов о способах ухода за ребёнком (оцените свою заинтересованность в консультациях по 10 бальной шкале, где 1-совсем не интересно, 10-очень интересно)?

Ответ _____

11. Если вы посещаете ребёнка не так часто, как хочется, что бы помогло вам посещать ребёнка чаще?

Ответ _____



Индивидуальное психологическое консультирование родителей

Специфика эмоциональных состояний родителей: на что важно обратить внимание?

Изменённые конструкты самих себя, проявляющиеся в навязчивых мыслях и тревожных состояниях:

ощущение некомпетентности в прошлом и настоящем;

вина в развитии болезни, направленная на себя;

ощущение несостоятельности; низкая самооценка.

Аффективные переживания, перепады настроения.

Страх будущего: сомнение в своих возможностях, отсутствие надежды, т.к. не в состоянии помочь ребёнку.

Психосоматические симптомы: болит голова, живот, сдавленное дыхание.

Изменение отношения родителей друг к другу:

становится меньше времени для общения между ними.

Как результат — всё меньше потребностей супругов получают отклик: эмоциональных, социальных, сексуальных.

Постулаты индивидуального психологического консультирования

- 1 Работа с переживанием горя в семье в целом.
- 2 Поддержание уверенности в себе и эффективности усилий.
- 3 Внимательное исследование ситуации, как она видится консультируемому.
- 4 Взаимная договорённость о целях консультации.
- 5 Предоставление консультируемому всей необходимой информации в наиболее ясной и доступной форме.

Подходы

Поддерживающие методики, направленные на поиск ресурсов и возможностей.

Интегративный подход: арт-терапия, например, метафорические ассоциативные карты; поведенческая терапия; техники системной семейной терапии.



Групповое психологическое консультирование родителей

Какую задачу выполняют тренинги для родителей

Формируют эмоционально-корректирующий опыт.

Снимают последствия психотравмирующих ситуаций.

Снимают нервно-психическую напряжённость.

Формируют новые стили поведения.

Адаптируют к изменившимся условиям жизнедеятельности.

Учат навыкам самопознания.

Формируют творческую готовность к самостоятельному решению актуальных психологических проблем индивидуально-го и межличностного характера.

Организационная структура тренингов



Тренинги «Способы управления эмоциональным состоянием»

Цель

Развитие навыков регуляции эмоционального состояния



Задачи

- Развитие конструктивных мыслей, влияющих на формирование положительных чувств
- Освоение способов снятия эмоционального напряжения
- Формирование собственной стратегии управления эмоциональным состоянием в стрессовых ситуациях
- Формирование гармонизации внутреннего состояния, влияющей на уверенность и налаживание отношений с ребёнком



Темы курса

- Особенности коммуникации родителя с ребёнком
- Сказка как способ осмысления и отдыха
- Гармонизация психологического состояния через формирование положительных жизненных установок
- Небезопасная привязанность, или как найти адекватный стиль воспитания
- Как радоваться достижению маленьких целей



Техники и методы

Арт-терапия, поведенческая терапия, техники системной семейной терапии

Особенности психологических групп поддержки

Психологические группы поддержки — форма психологического консультирования, при которой группа родителей регулярно встречается вместе с психологом для взаимной поддержки друг друга, а также решения психологических проблем и достижения конкретного психологического результата.

Преимущества открытых групп

Возможность присоединиться каждому

Регулярность

Состав может меняться: минимизация конфликтных ситуаций

Отсутствие давления на обязательность высказываний*

Варианты групп поддержки

В кругу

Особенности психологической группы поддержки «в кругу»

- Высокий результат при проведении в малых группах по 4–6 человек.
- Обмен опытом помогает разобраться в сложных ситуациях, связанных с воспитанием ребёнка или межличностными семейными конфликтами участники выходят с вариантами возможных решений.
- Взаимная поддержка друг друга помогает в решении психологических проблем.

За кругом

Особенности психологической группы поддержки «за кругом»

Принцип метода направлен на снижение эмоционального выгорания посредством ассоциативного, метафорического переживания участниками ситуации, которую участник выносит в круг.

- Возможность проведения метода в группе до 16 человек.
- Помогает родителю найти выход из тревог и фрустрации.
- Способствует пробуждению интереса со стороны других участников группы к родителю, который выдвинул запрос, который ранее воспринимался, например, как огорчающий, раздражающий или «трудный».
- Группа обеспечивает поддержку родителю и улучшает его коммуникацию с ребёнком.

* Упор сделан на взаимодействие участников между собой, где каждый имеет возможность открыто делиться своими мыслями и чувствами в группе.

Как сообщить родителю, что у него умер ребёнок

Работа с родителями, переживающими потерю ребёнка

Потеря близкого человека — это боль, которую переживают не только отдельные люди, но семья в целом. Вся семейная структура радикально преобразуется.

Тот, кому предстоит сообщить семье неутешительную новость, должен располагать достаточным временем, чтобы подготовиться к встрече с родителями как можно лучше.

Следует учесть: тот, кто сообщает информацию, на протяжении всей беседы не должен терять контакта с родителями и при этом отзываться на смены их настроения и поведение.



Алгоритм беседы с родителями

Не теряйте контакта

- Тот, кто сообщает информацию, на протяжении всей беседы не должен терять контакта с родителями и при этом отзываться на смены их настроения и поведение

Ведите себя адекватно

- Говорящему надо максимально расслабиться, не торопиться, быть вежливым, тихим, спокойным и понятным в своих как словесных, так и несловесных проявлениях. Ваше настроение не должно быть в диссонансе с настроением родителей

Сообщение о смерти

- Сообщите о смерти ребенка корректно, с сочувствием. Используйте простое, искреннее заявление, чтобы утешить скорбящих людей. «Мне жаль» может показаться неадекватным, но на самом деле это обнадеживает. Не нужно слишком продумывать свою реакцию на трагедию. Выразите свою озабоченность скорбящим человеком и не беспокойтесь о произнесении большой, трогательной речи.

Пауза

- После сообщения информации о потере ребенка стоит выдержать паузу, достаточную для того, чтобы родители могли отреагировать молчанием, либо шоком и оглушенностью, либо растерянностью и непониманием, либо глубоким огорчением, а возможно — агрессией и злобой

Готовность к разным реакциям

- Будьте готовы к самым разным реакциям и самым крайним формам их проявления. Родители могут выразить непонимание, пытаться отрицать услышанное, проявить агрессию по отношению друг к другу или персоналу, тихо заплакать или, наоборот, бурно зарыдать.
- Какова бы ни была реакция, не надо ее останавливать. Надо принять ее как естественную и важную часть вашей совместной работы.
- На этой стадии все их чувства, разделяете вы их или нет, должны быть приняты без критики. Проявляйте эмпатию.

Утешение: не скрывайте чувств

- Действуйте по ситуации. Вы можете прикоснуться к родителю, если находите уместным.
- Открытое проявление сотрудниками учреждения своих чувств (например, печали или обеспокоенности) будет расценено родителями как показатель человечности и реального участия.

Как закончить

- В какой-то момент следует закончить разговор, хотя это может быть нелегко. Предупредите родителей, что через несколько минут вы бы хотели закончить, заручитесь их согласием, но не торопитесь.
- По окончании беседы им желательно побыть немного одним, побыть с кем-то из персонала, возможно с медсестрой, или отправиться домой, где им более комфортно.

Уделите время себе

- Вам может захотеться побыть в одиночестве или среди коллег, когда родители уйдут. Советуйтесь с коллегами, если чувствуете необходимость.



Рекомендации при поддержке семьи, переживающей потерю ребенка

Следует помочь им понять, что все члены семьи, независимо от возраста, испытывают боль. Объясните, что каждый выражает горе по-разному.

Иногда может создаваться впечатление, что человек равнодушен, например, когда он не плачет. Или что он не владеет собой, например, когда он плачет «слишком много». И то, и другое суждение могут быть ошибочными.

Всегда помогайте семье принимать совместные решения относительно похорон, панихиды и др. Обычно в семье царит растерянность, и кто-то один берёт на себя ответственность за организацию необходимых формальностей. Однако позже, когда люди приходят в себя, могут возникнуть обиды и недоразумения.

Рассказывайте семье о том, какие реакции могут возникать в ближайшие месяцы, чтобы они не пугались каких-то неожиданных проявлений и не думали, что у них возникают какие-то отклонения от нормы.

Дайте родителям и детям понять, что естественно хранить воспоминания о ребёнке. Постарайтесь убедить семью присоединиться к группе поддержки — к людям, пережившим аналогичную травму. Это может быть полезно хотя бы для того, чтобы получить необходимую литературу.

В период траура родителей, имеющих маленьких детей, понадобится помощь и совет по поводу того, как лучше вести себя с детьми. Было бы хорошо, чтобы кто-то из родных помог с детьми и дал родителям возможность побыть в одиночестве.

4 задания выполняет родитель

переживающий потерю ребёнка, с помощью психолога.

На что направлены задания?

1

Осознанность горя и поиск смысла за пределами того, что случилось

2

Идентификация, подтверждение и конструктивное выражение сильных реакций на потерю близкого человека

3

Отмечание всех дат, связанных с жизнью умершего человека

4

Продолжение жизни дальше с живущими и любящими тебя людьми

Поддержка сотрудников детских социальных учреждений

Для осуществления качественного ухода, создания развивающей среды, эмоциональной поддержки детей важно психологическое состояние сотрудников. Профилактика и помощь при эмоциональном выгорании сохраняют кадровый состав организации, повысят качество помощи, оказываемой детям.



Признаки эмоционального выгорания у сотрудника

- Постоянное ощущение неразрешимости ситуации
- Неудовлетворенность собой. Вкладываются значительные ресурсы в развитие ребёнка, но результат не виден
- Ощущение чувства безысходности, интеллектуального и эмоционального тупика, отчаяния, гнева под давлением психотравмирующих обстоятельств. Переживание ощущения «загнанности в клетку»
- Перенасыщенность контактами с людьми: сотрудник устаёт от общения на работе, у него нет сил общаться с близкими людьми, с семьёй
- Полная или частичная утрата интереса к воспитаннику, который воспринимается как объект для манипуляций, тяготящий своими проблемами.

Как выстроить помощь при эмоциональном выгорании сотрудника

Поддержка оказывается в групповом и индивидуальном формате

1 ЭТАП

Рекомендации по предупреждению и профилактике синдрома эмоционального выгорания.

2 ЭТАП

Способы саморегуляции эмоционального состояния:

- методики выполнения дыхательных упражнений;
- дыхательные упражнения с тонизирующим и успокаивающим эффектом;
- упражнения на саморегуляцию эмоционального состояния через внешние проявления эмоций.

3 ЭТАП

Упражнения на осознание особенностей самовосприятия и восприятия себя другими людьми.

Упражнения, развивающие позитивное восприятие себя.

4 ЭТАП

Упражнения на развитие эмпатии.

5 ЭТАП

Тренинги на культуру педагогического общения.

Виды слушания. Продуктивные способы активного слушания: повторение, перефразирование, резюмирование, развитие идеи.



Профилактика эмоционального выгорания

Поддержание или формирование эмоциональной устойчивости и гибкости сотрудника, навыков конструктивного общения, которое проводится с учётом специфики работы сотрудников, приёмов саморегуляции.

Использование специальных методов тренинговой работы: ролевых игр, психогимнастических упражнений и др.

Использование современных арт-терапевтических и сказкотерапевтических техник.

Простые упражнения помогут справиться с тревогой, раздражительностью, апатией



Упражнение на снятие тревоги

Последствием тревожного состояния может быть страх, переходящий в тотальный ужас. Игнорировать появление этого состояния точно не стоит. Поэтому важной задачей при возникновении тревоги будет являться способность расслабиться.

Это простой и эффективный способ снизить уровень тревоги:

сядьте, закройте глаза и переведите внимание на дыхание;

дыхание животом: сделайте медленный вдох на четыре счёта, задержите дыхание и досчитайте до трех, далее медленно глубоко выдыхайте, считая до шести;

всё своё внимание нужно сосредоточить на том, как воздух проходит через тело, наполняя легкие, каждую их клеточку.

Подышите так 2–3 минуты.



Упражнение, помогающее в работе с апатией

Цель упражнения — помочь вам «включиться» в жизнь. Например, уделять всё своё внимание семье и друзьям. Когда мы «включаемся» в жизнь, уделяем внимание другим, сосредоточиваемся на том, что делаем, и живём в соответствии со своими ценностями, мы гораздо лучше справляемся со стрессом.

Физическая нагрузка, даже небольшая, помогает избавиться от безразличия и расслабляет тело. Попробуйте простые упражнения:

круговые движения головой и медленные повороты влево-вправо;

разминание кистей и рук, встряхивание ими;

расправление плеч;

наклоны тела вперёд и назад;

делайте зарядку, задействуйте разные части своего тела, расслабляя сжатые мышцы.

Создавайте списки дел. Планирование помогает привести мысли в порядок:

составьте список задач на день, будь то мелкие поручения или крупные проекты;

строчка за строчкой, выполненные задачи будут давать ощущение прогресса и возвращать веру в свои силы.

Начните вести дневник эмоций — шаблон размещён на соседней странице. Ежедневно записывая в дневнике ответы, вы сможете разобраться в мыслях, которые вызывают неприятные чувства. Это поможет вам найти способ, как выйти из состояния безразличия.

Шаблон дневника эмоций

Ежедневно записывая в дневнике ответы, вы сможете разобраться в мыслях, которые вызывают неприятные чувства.

День недели/ дата	Ситуация что случилось, после чего у вас появилось переживание	Ощущение отметьте чувство, которое вы ощу- тили: тревога, раз- дражительность, безразличие	Что помогло что помогло вам справиться с этим состоянием	Действия какие действия предпримете в следующий раз, если подобная ситуация повторится
Пн ___/____				
Вт ___/____				
Ср ___/____				
Чт ___/____				
Пт ___/____				
Сб ___/____				
Вс ___/____				



Упражнение на снятие раздражительности

При возникновении эмоциональной бури вам нужно научиться «заземляться» — путём включения в окружающий мир.

Сосредоточьтесь на том, что вы делаете:

обратите внимание на то, как вы себя чувствуете и о чём думаете;

затем замедлите темп и соединитесь со своим телом;

замедлите дыхание;

полностью выдохните воздух из лёгких;

затем как можно медленнее заполните лёгкие воздухом;

медленно прижмите ноги к полу;

медленно вытяните руки или медленно сомкните ладони.

Следующим шагом в «заземлении» является переключение внимания на окружающий вас мир:

обратите внимание, где вы находитесь: какие пять предметов вы видите? какие три или четыре звука вы слышите?

вдохните воздух: какой запах вы чувствуете?

обратите внимание на то, где вы находитесь и что вы делаете;

дотроньтесь до колена или до поверхности под вами, или до любого предмета, до которого вы можете дотянуться;

обратите внимание на то, что вы чувствуете под пальцами;

замечайте окружающий вас мир, который вы можете увидеть, услышать и потрогать, а также попробовать и почувствовать его запах.

«Заземление» поможет сохранить вас в безопасности, пока не утихнет эмоциональная буря.

СПИСОК ИСПОЛЬЗУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

Алгоритм ухода за полостью рта

1. Митропанова М.Н., Терещенко Л.Ф., Павловская О.А. Оценка состояния твердых тканей зубов у детей-инвалидов с заболеваниями нервной системы краснодарского края // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. — 2014. — № 2. — С. 126–131.
2. Авраимова О.Г., Западаева С.В., Шевченко С.С. Организация и реализация профилактического направления в системе школьной стоматологии в организованных детских коллективах // Материалы XX Всероссийских научно-практической конференции «Стоматология XXI века. — 2008. — С. 245–247.
3. Гуленко О.В. и др. Структурно-функциональный анализ стоматологического статуса у детей с умственной отсталостью // Кубанский научный медицинский вестник. — 2013. — №. 6. — С. 81–85.
4. Об утверждении порядка оказания медицинской помощи детям со стоматологическими заболеваниями: Приказ Минздрава России №910н от 13 ноября 2012 г. — URL: <http://base.garant.ru/70288224>
5. Пахомова Ю.В. Оптимизация оказания стоматологической помощи детям с умственной отсталостью, проживающим в условиях детского дома-интерната./ автореф. дис. .канд. мед.наук: 14.01.14. — М. — 20. — 28 с.

Алгоритм перемещения маломобильных детей

1. Боль: руководство для врачей и студентов / под ред. акад. РАМН Н.Н. Яхно. — М. — МЕДпресс-информ. — 2009.
2. Безопасное перемещение пациентов. Клинические рекомендации. Союз реабилитологов России.
3. Восстановительная неврология. Инновационные технологии в нейрореабилитации. Под ред. проф. Л.А.Черниковой. Москва. — МИА. — 2016. — 342 с.
4. Клочкова Е.В. Как правильно и безопасно перемещать клиента: Практическое руководство. — Душанбе. — 2012.

5. Клочкова Е.В. Введение в физическую реабилитацию. Реабилитация детей с церебральным параличом и другими двигательными нарушениями церебральной природы. — М.: Теревинф. — 2014.
6. Котова О.В. Часто встречающиеся болевые синдромы в неврологической практике: причины, диагностика и лечение боли в спине и шее //Русский медицинский журнал. Медицинское обозрение. — 2013. — Т. 21. — №. 17. — С. 902–905.
7. Папе А., Методы подъема и перемещения больных и инвалидов. — М.: Московский институт медико-социальной реабилитологии. — 1997. — 100 с.
8. Руководство по перемещению пациентов / под ред. А.А. Скоромца. — Спб. — Изд-во Политехника. — 2009. — 320 с.
9. Скоромец А.А. Безопасное обращение с пациентами на дому: научнопопулярная литература / пер. с англ. [О.В. Камаевой, И.Г. Ляпунова]; под ред. А.А. Скоромца. — СПб.: Политехника, 2009. — 198 с.
10. Скоромец А.А. Руководство по перемещению пациентов: пер. с англ. / [Е.Н. Корлетт, П.В. Ллойд, К. Тарлинг и др.]; сост. и пер. Борисова А.В.; под ред. А.А. Скоромца. — Спб. — Политехника. — 2009. — 313 с.
11. Суворова И. Ю. Современные аспекты терапии вертеброгенной боли //РМЖ. — 2011. — Т. 19. — № 15. — С. 938–939.
12. Суворов А. Ю. и др. Основы правильного позиционирования и перемещения пациента с очаговыми поражениями головного мозга: учебное пособие // М. РКИ Соверо пресс. — 2014. — С. 4–28.
13. Тайсон Сара, Эшбурн Энн, Джексон Джаколин, Начните двигаться! Руководство по восстановлению двигательных функций после перенесенного инсульта. — Спб. — Изд-во Политехника. — 2001. — 87 с.
14. Andersen L. L. et al. Patient transfers and assistive devices: prospective cohort study on the risk for occupational back injury among healthcare workers // Scandinavian journal of work, environment & health. — 2014. — С. 74–81.
15. The Guide to Handling People (5th edition)/ ed. by Smith Jacky. — Middlesex: Backcare. — 2005. — 327 p.
16. Patricia M.Davies, Right in the Middle. — Springer-Verlag Berlin Heidelberg. — 2009. — 277 p.
17. Simpson J. M. et al. A standard procedure for using TURN180: testing dynamic postural stability among elderly people //Physiotherapy. — 2002. — Т. 88. — № 6. — С. 342–353.

18. Ruzala Sue, Hall Jacqui, Alexander Pat NBE Standards in Manual Handling (third edition). — Towcester: National Back Exchange. — 2010. — 41 p.
19. Schmidt C.O., Back pain in the German adult population: prevalence, severity, and sociodemographic correlates in a multiregional survey. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17700449>
20. Yim-Chiplis P. K., Talbot L. A. Defining and measuring balance in adults //Biological research for nursing. — 2000. — Т. 1. — № 4. — С. 321–331.

Психологическая поддержка родителей

1. Работа с семьей, переживающей горе, для специалистов, оказывающих кризисную помощь детям / Министерство социального развития Пермского края, АНО Региональный Центр «Вектор». — Пермь. — 2016.
2. Фюр Г. Запрещенное» горе // Минск. — Старпринт. — 2008.
3. Дэвис Х. Как помочь семье, в которой серьезно болен ребенок: взгляд психолога. — Litres. — 2022.

Справочное издание

АЛГОРИТМЫ ЗАБОТЫ
Сборник рекомендаций по уходу за детьми,
нуждающимися в паллиативной помощи

Под общей редакцией Э.В. Кумировой, А.И. Белова

Публикация подготовлена и напечатана в рамках реализации проекта с использованием гранта Президента Российской Федерации, предоставленного Фондом президентских грантов

Корректор	Н.М. Рогачевская
Художник	О.В. Курильцева
Дизайн и верстка	И.С. Павлова

Подписано в печать 15.12.2024 г. Формат 60×90 1/16.

Усл. печ. л. 11,75. Тираж 500 экз. Заказ № 449.

Отпечатано в ООО «Издательство «Перспектив».



**ДЕТСКИЙ
ПАЛЛИАТИВ**

благотворительный фонд
развития паллиативной помощи

127422, г. Москва, ул. Тимирязевская,
дом 2/3, офис 420
т.: +7 499 704-37-35
info@rcpcf.ru | www.rcpcf.ru



Читайте и скачивайте бесплатно
другие публикации
БФ «Детский паллиатив» на сайте
в разделе «Библиотека»
<http://rcpcf.ru/biblioteka/>