**ПРАВИТЕЛЬСТВО БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ДЕПАРТАМЕНТ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ БРЯНСКОЙ ОБЛАСТИ**

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ**

**ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**«Новозыбковский медицинский колледж»**

**Тема 4.1. Безопасность лиц, нуждающихся в уходе.**

**Новозыбков 2023г.**

**План:**

1. Риски падения, бытовой травматизм.
2. Риск возникновения пролежней, контрактур, тромбозов, застойных явлений.
3. Правила, способы и средства адаптации среды жизнедеятельности для лиц, нуждающихся в уходе.

**1. Риски падения, бытовой травматизм.**

**Автономность** – независимость от посторонней помощи и способность самостоятельно принимать решения.

**Гериатрический синдром** - многофакторное возраст - ассоциированное клиническое состояние, ухудшающее качество жизни, повышающее риск неблагоприятных исходов (смерти, зависимости от посторонней помощи, повторных госпитализаций, потребности в долгосрочном уходе) и функциональных нарушений. В отличие от традиционного клинического синдрома, гериатрический синдром не является проявлением патологии одного органа или системы организма, а отражает комплекс изменений в нескольких системах. Возникновение одного гериатрического синдрома повышает риск развития других гериатрических синдромов.

**Падение** - происшествие, при котором человек внезапно оказывается на земле или на другой низкой поверхности, за исключением случаев, являющихся следствием нанесенного удара, потери сознания, внезапного паралича или эпилептического припадка.

**Преастения** - состояние, предшествующее развитию синдрома старческой астении, характеризующееся наличием отдельных ее признаков, количественно не достаточных для постановки диагноза старческой астении.

**Пожилой возраст** - 60 – 74 года по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения.

**Полипрагмазия** – одномоментное назначение пациенту 5 и более наименований лекарственных препаратов или свыше 10 наименований при курсовом лечении.

**Полиморбидность** (мультиморбидность) - наличие у одного пациента двух или более хронических заболеваний вне зависимости от активности каждого из них.

**Саркопения** - гериатрический синдром, характеризующийся возраст-ассоциированной прогрессирующей генерализованной потерей массы и силы скелетных мышц.

**Старческая астения** - гериатрический синдром, характеризующийся возрастассоциированным снижением физиологического резерва и функций многих систем организма, приводящий к повышенной уязвимости организма пожилого человека к воздействию эндо- и экзогенных факторов и высокому риску развития неблагоприятных исходов для здоровья, потери автономности и смерти. Синдром старческой астении тесно связан с другими гериатрическими синдромами и с полиморбидностью, может быть потенциально обратим, и влияет на тактику ведения пациента.

**Старческий возраст** – 75-89 лет по классификации возрастных групп Всемирной организации здравоохранения.

**Физическая активность** - любое движение тела, производимое скелетными мышцами, которое требует расхода энергии.

**Меры профилактики падений.**

Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуется регулярная физическая активность в объеме и интенсивности, зависящей от функциональных возможностей пациента, с целью первичной и вторичной профилактики падений.

 **Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 2)**

\* Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуются силовые упражнения на основные группы мышц нижних конечностей, аэробные тренировки для тренировки выносливости; упражнения на тренировку равновесия с целью снижения риска падений.

**Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)**

\*Всем пациентам с высоким риском падений рекомендовано консультирование по вопросам рационального питания с акцентом на достаточное потребление белка с пищей и жидкости для профилактики синдромов недостаточности питания (мальнутриции), саркопении и дегидратации как факторов, повышающих риск падений.

 **Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)**

\*Пациентам с высоким риском падений и синдромами старческой астении, мальнутриции, саркопении рекомендовано увеличение потребления белка до 1,0-1,5 г / кг массы тела в сутки и нутриционная поддержка при необходимости с целью повышения мышечной массы и снижения риска падений.

**Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)**

\*Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовано консультирование по вопросам организации безопасных условий проживания для первичной и вторичной профилактики падений.

**Уровень убедительности рекомендации А (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарии:** Оценка безопасности условий проживания наряду с изменением поведения оказались эффективными для снижения, как количества падений, так и числа падающих людей пожилого и старческого возраста. Многофакторные мероприятия по организации безопасной домашней обстановки должны осуществляться при участии врача-гериатра и других специалистов (медицинской сестры, специалиста по социальной работе) после оценки условий проживания пациента. Рекомендации, которые могут быть даны: подбор удобной высоты мебели (кровати, кресел, унитаза и др.); обеспечение устойчивости мебели; установка поручней, особенно в санузле; использование нескользящих напольных покрытий; подбор напольного атравматичного покрытия (например, ковролин); устранение порогов там, где это возможно; достаточное, но не слишком яркое освещение; контрастные маркировки на лестницах и ступенях. Всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовано консультирование по вопросам подбора обуви для профилактики падений.

**Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарии:** Надежность и адаптационные возможности обуви имеют существенное значение в комплексных программах профилактики падений. Необходимо объяснить больному важность использования специализированной обуви и помочь определиться с выбором подходящей модели. Неправильно подобранной считается обувь с каблуком, высота которого превышает 4,5 см; обувь без задника; обувь с задником, который может быть сжат более чем на 45°; полностью изношенная обувь или обувь на абсолютно плоской подошве. Рекомендуется выбирать обувь с меньшей способностью изгибаться, поскольку именно жесткость материала обуви позволяет увеличить стабильность при начавшемся падении. Рекомендуется использование обуви на устойчивой, ровной платформе. Пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуется ношение индивидуально подобранных специализированных стелек для коррекции некоторых нарушений походки и обеспечения правильного положения стопы с целью снижения риска падения.

**Уровень убедительности рекомендации С (уровень достоверности доказательств 5)**

**Комментарий:** Клинические эффекты при использовании специализированных стелек включают: поддержку адаптивных углов голеностопного сустава для предотвращения падений; поглощение ударов за счет использования низкоэластичных материалов на пятке; повышение скорости проприоцептивной реакции путем стимуляции кожных рецепторов; сохранение динамического баланса с помощью центра контроля давления, расположенных в подошве стоп. Пациентам пожилого и старческого возраста рекомендуется использовать стельки с улучшенной текстурой, снижающей скольжение стопы, и предупреждающие ее чрезмерное латеральное отклонение стопы с целью снижения риска падений, связанных с нарушением баланса.

**Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 2)**

Пациентам с высоким риском падений для хождения на большие расстояния рекомендуется ношение специализированной ортопедической обуви с целью для повышения стабильности походки и профилактики падений.

**Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 3)**

Пациентам с высоким риском падений вследствие нарушения баланса рекомендуется использовать ортезы голеностопного сустава для снижения риска падений.

**Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 2)**

Пациентам с высоким риском падений без травм голеностопного сустава рекомендовано использование ортезов голеностопного сустава при занятиях физическими упражнениями для снижения риска падения

 **Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 2)**

Пациентам пожилого и старческого возраста с высоким риском падений, проживающим в учреждения долговременного ухода, рекомендуется использование защиты для бедер ударопоглощающей или с распределением силы удара как экономически оправданной меры для профилактики перелома проксимального отдела бедренной кости при падении.

 **Уровень убедительности рекомендации A (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарий:** Защита для бедер смягчает боковое падение на бедро. Предпочтительна защита для бедер из пенного материала, поскольку пластиковые пластины могут смещать силу удара, вследствие чего повышается риск травмы костей таза Пациентам с высоким риском падений и выявленным компрессионным переломом позвонков рекомендовано использование ортопедических корсетов с ребрами жесткости (для поясничного отдела или грудного отдела позвоночника) в первые 8 недель после диагностики компрессионного перелома тела позвонка с целью расширения реабилитационных мероприятий, снижения утомляемости мышц спины, уменьшения болевого синдрома и снижения риска падения.

**Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 1)**

Пациентам пожилого и старческого возраста и неспецифической скелетно-мышечной болью в спине не рекомендуется использование ортопедических корсетов с целью снижения риска падений.

**Уровень убедительности рекомендации B (уровень достоверности доказательств 1)**

Медикаментозные меры профилактики падений у пациентов с высоким риском падений следует проводить ревизию лекарственных назначений с целью уменьшения полипрагмазии и анализа влияния лекарственных средств, применяемых для лечения острых и хронических состояний, на риск падений.

 **Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 2)**

**Комментарий:** при ревизии лекарственных препаратов и назначении лекарственных средств рекомендуется следовать клиническим рекомендациям КР 613 «Старческая астения» и Методическим рекомендациям МР 103 «Фармакотерапия у пациентов пожилого и старческого возраста».

**Уровень убедительности рекомендации В (уровень достоверности доказательств 1)**

**Комментарии:** Дефициту витамина Д соответствует концентрации 25(ОН)D в крови <20нг/мл (50 нмоль/л), недостатку витамина Д - 25(ОН)D от 20 до 30 нг/мл (от 50 до 75 нмоль/л), адекватному уровню - более 30 нг/мл (75 нмоль/л). Рекомендуемый целевой уровень 25(ОН)D при коррекции дефицита витамина Д составляет 30-60 нг/мл (75-150 нмоль/л). Факторы риска падений можно разделить на три категории: внутренние факторы, внешние факторы и степень подверженности риску.

**Внутренние факторы:**

- Возрастное снижение равновесия, нарушения двигательных функций,

равновесия.

- Когнитивные расстройства (деменция).

- Нарушения зрения (остроты, контрастной чувствительности, размера полей зрения, а также катаракта, глаукома и дегенерация пятна сетчатки, как и ношение очков с бифокальными или мультифокальными линзами).

- Ортопедические заболевания нижних конечностей. К повышению риска ведут любые функциональные нарушения нижних конечностей (снижение силы мышц, ортопедическая патология или нарушения чувствительности и патология стопы: искривления и бурситы в области большого пальца стопы, деформации других пальцев, язвы, деформации ногтей, а также боль в стопах при ходьбе создают дополнительные трудности в сохранении равновесия и повышают риск падений.

- Прием психотропных препаратов.

- Прием более четырех препаратов одновременно.

Значительное повышение риска падений при одновременном назначении более четырех различных препаратов вне зависимости от их типа было продемонстрировано всеми относящимися к данному вопросу исследованиями

(за исключением одного) и ассоциируется также с девятикратным повышением

риска нарушений когнитивных функций и развитием страха падения.

- Применение лекарственных препаратов: прием бензодиазепинов в пожилом возрасте ассоциируется с повышением на целых 44% риска перелома шейки бедра и падений с постели во время сна. Риск падений значительно возрастает при приеме антиаритмических средств класса 1а, дигоксина, диуретиков и седативных средств.

- Головокружение.

 - Мышечная слабость является значительным фактором риска падений. Процесс возрастного уменьшения физической силы и выносливости, начинающийся после 30 лет (каждые десять лет – на 10%), а также работоспособности мышц (каждые десять лет – на 30%) постепенно приводит к такому уровню снижения физических функций, когда выполнение простейших обязанностей повседневной жизни становится трудным, а затем и невозможным. У людей с преимущественно малоподвижным образом жизни в предшествующие годы, такое состояние может наступить еще до наступления глубокой старости. В этом случае, когда человек споткнется или поскользнется, он уже не в состоянии удержаться от падения.

- Малоподвижный образ жизни: люди, подверженные падениям, обычно менее активны, и это может непреднамеренным образом способствовать дальнейшему развитию атрофии мышц в результате их недостаточной тренировки вокруг уже и так неустойчивых сочленений. Снижение в течение 14 дней уровня повседневной физической активности вследствие заболевания ассоциируется с повышенным риском падения. Люди с пониженным уровнем активности падают чаще, чем проявляющие умеренную или высокую активность в безопасных условиях. Однако уровень физической активности настолько тесно связан с функциональным состоянием мышечного аппарата, что определить раздельное влияние сниженной активности и нарушений функций мышц весьма трудно.

- Множественные хронические заболевания: сердечно-сосудистые расстройства, хронические обструктивные заболевания легких, депрессия и артрит – каждое из этих состояний ассоциируется с повышением риска на 32%. Распространенность случаев падений растет по мере увеличения бремени хронических болезней. Дисфункция щитовидной железы с избыточным выбросом тиреоидных гормонов, сахарный диабет и артрит, ведущие к нарушениям периферической чувствительности, также повышают риск.

- Психологическое состояние – боязнь упасть. Вплоть до 70% лиц, незадолго до опроса перенесших падение, и до 40% из тех, у кого это не случалось, сообщали о наличии боязни упасть. Снижение физической и функциональной активности ассоциируется с тревогой и страхом падения. Вплоть до 50% людей, испытывающих страх падения, ограничивают или полностью прекращают из-за этого социальную и физическую активность. Обнаружена сильная зависимость между страхом и нарушением постуральных функций, замедлением скорости ходьбы и слабостью мышц, и снижением качества жизни. Женщины, перенесшие инсульт, подвержены риску падений и страха падений.

- Нарушения питания: низкий индекс массы тела, свидетельствующий о недостаточности питания, ассоциируется с повышенным риском падения. Недостаточность витамина D особенно часто наблюдается среди пожилых людей в домах престарелых и может вызывать нарушения походки, мышечную слабость, остеомаляцию и остеопороз.

**Внешние факторы:**

-Дефекты окружающей среды (плохое освещение, скользкие и неровные полы, рваный линолеум предметы на пути и пр.).

-Характер обуви и одежды (открытый задник, скользкая подошва, слишком тесная или большого размера одежда).

-Неподходящие вспомогательные средства и приспособления для ходьбы.

**Профилактика падений**

Профилактика по рекомендациям ВОЗ Стратегии по профилактике падений должны быть всесторонними и многоплановыми. Они должны придавать особое значение проведению научных исследований и инициатив общественного здравоохранения для дальнейшего определения бремени, изучения изменяемых факторов риска и использования эффективных стратегий по предотвращению. Они должны поддерживать политику по созданию более безопасной окружающей среды и снижению факторов риска, а также повышать осведомленность людей и отдельных сообществ в отношении факторов риска. В отношении пожилых людей программы по предотвращению падений могут включать ряд компонентов для определения и смягчения риска, таких как:

• проверка бытовой окружающей среды с целью выявления факторов риска падения;

• клинические мероприятия для определения факторов риска, такие как проверка и изменение медицинских предписаний, лечение пониженного кровяного давления, дополнительное назначение витамина D и кальция и лечение корректируемых нарушений зрения;

• оценка домашних условий и изменение окружающих условий для людей с известными факторами риска или людей, уже переживших падения;

• назначение надлежащих вспомогательных устройств при наличии физических и сенсорных нарушений;

• укрепление мышц и восстановление вестибулярной функции по предписаниям подготовленных специалистов здравоохранения;

• групповые упражнения на уровне отдельных сообществ, которые могут включать обучение в области профилактики падений и упражнения типа тайцзы или подготовку в области сохранения динамического равновесия и развития силы; • использование специальных защитных приспособлений для шейки бедра среди людей, подверженных риску перелома шейки бедра в результате падения.

**2. Риск возникновения** [**пролежней**](%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2%20%D0%A0-%2056819%20-2015.pdf) **(см. ГОСТ Р 56819 – 2015 Надлежащая медицинская практика инфологическая модель практика пролежней), контрактур,** [**тромбозов**](%D0%93%D0%9E%D0%A1%D0%A2%20%D0%A0%2056377-2015.pdf) **(см. ГОСТ Р 56377 – 2015 Клинические рекомендации – профилактика тромбоэмболических синдромов), застойных явлений.**

**Пролежень** ([лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) *decubitus*) — [некроз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B7) мягких тканей в результате постоянного давления, сопровождающегося местными нарушениями [кровообращения](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%BE%D0%B1%D1%80%D0%B0%D1%89%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5) и [нервной трофики](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D1%80%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BA%D0%B0).

**Стадии пролежней.**

Степень I: кожный покров не нарушен. Устойчивая [гиперемия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B8%D0%BF%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F), не проходящая после прекращения давления.

Степень II: поверхностное (неглубокое) нарушение целостности кожных покровов с распространением на подкожную клетчатку. Стойкая гиперемия. Отслойка эпидермиса.

Степень III: разрушение кожного покрова вплоть до мышечного слоя с проникновением в мышцу. Пролежень выглядит как рана. Могут быть жидкие выделения.

Степень IV: поражение всех мягких тканей. Наличие полости, обнажающей нижележащие ткани (сухожилия, вплоть до кости).

При пролежнях III-IV степени главный метод лечения — хирургический.

**Контракту́ра** ([лат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD%D1%81%D0%BA%D0%B8%D0%B9_%D1%8F%D0%B7%D1%8B%D0%BA) [*contractura*](https://ru.wiktionary.org/wiki/en%3Acontracturus#Latin) «стягивание, сужение») — ограничение пассивных движений в [суставе](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2), то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута в одном или нескольких суставах, вызванное [рубцовым](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D1%83%D0%B1%D0%B5%D1%86_%28%D0%BC%D0%B5%D0%B4%D0%B8%D1%86%D0%B8%D0%BD%D0%B0%29) стягиванием [кожи](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%B6%D0%B0), [сухожилий](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D1%85%D0%BE%D0%B6%D0%B8%D0%BB%D0%B8%D0%B5), заболеваниями мышц, сустава, болевым [рефлексом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B5%D1%84%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29) и другими причинами. Контрактуры принято делить на две основные группы:

1. пассивные (структурные)
2. активные ([неврогенные](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9D%D0%B5%D0%B9%D1%80%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7)).

## Возникновение контрактур

Пассивные контрактуры, которые иногда называют также местными, обусловлены механическими препятствиями, возникающими как в самом суставе, так и в [тканях](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C_%28%D0%B1%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%29), окружающих его или расположенных вблизи сустава (в мышцах, сухожилиях, коже, [фасциях](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B0%D1%81%D1%86%D0%B8%D1%8F) и пр.).

У больных с неврогенными контрактурами ни в области сустава, в котором возникло ограничение движений, ни в окружающих сустав тканях нет местных механических причин, которыми можно было бы объяснить это ограничение движений. У таких больных обычно имеются явления выпадения или раздражения со стороны нервной системы, обусловливающие длительное тоническое напряжение отдельных мышечных групп. При этом наступает нарушение нормального мышечного равновесия между антагонистами, что и приводит уже вторично к сведению суставов.

Первоначально неврогенные контрактуры нестойки, поддаются коррекции, а при ликвидации неврологических нарушений и восстановлении нормальной функции нервной системы могут даже исчезнуть.

Постепенно, с течением времени, неврогенные контрактуры приобретают стойкость в связи с тем, что в них появляются компоненты пассивной контрактуры.

Иногда встречаются комбинированные формы контрактур, при которых трудно дифференцировать первоначальный [механогенез](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9C%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D0%B3%D0%B5%D0%BD%D0%B5%D0%B7&action=edit&redlink=1" \o "Механогенез (страница отсутствует)) развившегося стойкого ограничения движений в суставе, то есть трудно установить, что явилось первопричиной ограничения движений — местный процесс или поражение нервной системы.

Клиническое значение контрактур очень велико. Это наиболее частое осложнение внутрисуставных и околосуставных [переломов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC_%D0%BA%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8), [вывихов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D1%8B%D0%B2%D0%B8%D1%85), [ушибов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A3%D1%88%D0%B8%D0%B1) суставов, [ожог](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D0%B6%D0%BE%D0%B3) суставов, огнестрельных повреждений конечностей, воспалительных и дегенеративно-дистрофических процессов в суставах, повреждений и заболеваний нервной системы и пр. Встречаются контрактуры и врождённого происхождения.

## Классификация контрактур

Существует большое количество классификационных схем контрактур. Трудности построения таких схем обусловлены [полиэтиологичностью](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F%22%20%5Co%20%22%D0%AD%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B3%D0%B8%D1%8F) этих патологических состояний, большим разнообразием структурных изменений в суставе и окружающих его тканях.

Кроме упомянутого выше разделения контрактур на пассивные (структурные) и активные (неврогенные), принято также выделять группу врождённых контрактур, которые во многом отличаются от приобретённых в клиническом и структурном аспекте.

Классификация пассивных контрактур обычно производится с учётом той ткани, которая играет преимущественную роль в их происхождении. По этому принципу пассивные контрактуры делят на **артрогенные, миогенные, дерматогенные ( [ихтиоз Арлекина](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%85%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%B7_%D0%90%D1%80%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B0%22%20%5Co%20%22%D0%98%D1%85%D1%82%D0%B8%D0%BE%D0%B7%20%D0%90%D1%80%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D0%B8%D0%BD%D0%B0) ) и десмогенные.** Как отдельные формы контрактур различают **ишемические, иммобилизационные.** Некоторые авторы справедливо считают, что **контрактуры, развивающиеся после огнестрельных ранений,** требуют специального рассмотрения.

Группа неврогенных контрактур включает следующие формы:

I. Психогенные контрактуры: а) истерические.

II. Центральные неврогенные контрактуры: а) церебральные, б) спинальные.

III. Периферические неврогенные контрактуры: а) ирритационно-паретические, б) болевые, в) рефлекторные, г) контрактуры при нарушениях вегетативной иннервации.

В зависимости от ограничения того или другого рода движений в суставе можно выделить сгибательные, разгибательные, приводящие, отводящие, ротационные (супинационные, пронационные) и пр. По функции различают контрактуры в функционально выгодном и функционально невыгодном положении конечности.

## Лечение контрактур

Лечение контрактур, особенно активных, должно складываться из воздействий общего порядка на весь организм больного и местных лечебных мероприятий.

**Психогенная** (истерическая) контрактура.

Лечение этой формы контрактуры — психотерапевтическое.

**Центральные неврогенные** контрактуры.

а) **Церебральные** контрактуры могут возникнуть после поражения головного мозга вследствие различных причин. Лечение таких церебральных контрактур нужно проводить в тесной связи с общим планом лечения основного заболевания. Применяют [массаж](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D1%81%D1%81%D0%B0%D0%B6), пассивную гимнастику, активные движения. Полезны также сеансы ритмической [гальванизации](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B7%D0%B0%D1%86%D0%B8%D1%8F) паретичных или парализованных мышц. Иногда для предупреждения сведений суставов накладывают гипсовые шины на конечности.

б) **Спинальные** контрактуры весьма часто сопровождают и осложняют различные заболевания и повреждения спинного мозга. При разработке лечебного плана у таких больных главным должно быть лечение основного заболевания. Для профилактики и лечения контрактур у спинальных больных должны широко применяться ортопедические меры: шины для конечностей, клеевое или, лучше, манжеточное вытяжение, различного рода приспособления с грузами, накладываемые на согнутый сустав с целью постепенного его распрямления, и т. д. Если нет противопоказаний со стороны основного процесса, назначают массаж, пассивные движения в суставах конечностей, лечебную гимнастику. Благотворно действуют на контрагированные мышцы тёплые водные ванны. В более поздние периоды, при стойких контрактурах, мешающих поднятию больного на ноги и затрудняющих стояние и ходьбу, применяют этапные гипсовые повязки, ортопедические аппараты, а иногда и оперативное лечение (удлинение сухожилий, [корригирующие остеотомии](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9A%D0%BE%D1%80%D1%80%D0%B8%D0%B3%D0%B8%D1%80%D1%83%D1%8E%D1%89%D0%B0%D1%8F_%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1), [артродезы](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D0%B7)).

**Периферические неврогенные** контрактуры.

Периферические неврогенные контрактуры возникают обычно при повреждениях периферических нервов. Несомненно, как и при других видах активных контрактур, лечение основного заболевания или повреждения нервного ствола должно быть на первом месте (хирургическое, медикаментозное лечение, [физиотерапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B8%D0%B7%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F)). С лечебной целью применяются этапные гипсовые повязки, массаж, пассивные движения. Важное значение имеют упражнения по восстановлению активных движений в суставах. Из электростимулирующих процедур можно рекомендовать ритмичную гальванизацию поражённых мышц. Показаны [бальнеотерапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%91%D0%B0%D0%BB%D1%8C%D0%BD%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F) и [грязелечение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D1%80%D1%8F%D0%B7%D0%B5%D0%BB%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Нередко оперативное вмешательство, проведённое в зоне травмированного нерва, улучшая функцию нервного ствола, устраняет или уменьшает контрактутру в том или другом суставе.

**Болевые** контрактуры.

Боль является одной из частых причин контрактуры. Основной задачей лечения при болевой контрактуре является снятие боли как основного источника, поддерживающего мышечный спазм. При лечении болевой контрактуры широко применяют различные противоболевые средства: физиотерапию, [внушение](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%92%D0%BD%D1%83%D1%88%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D0%B5), медикаментозное лечение, хирургические вмешательства.

**Пассивные** контрактуры.

Пассивные (структурные) контрактуры характеризуются возникновением препятствий для движений непосредственно в зоне сустава или в окружающих его тканях. При этом редко в патологический процесс вовлекается лишь одна какая-либо ткань (мышцы, кожа, [суставная капсула](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D1%83%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B2%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B0%D0%BF%D1%81%D1%83%D0%BB%D0%B0)). Поэтому при составлении плана лечения больного с пассивной формой контрактуры необходимо в каждом отдельном случае составить правильное представление о локализации и размерах повреждения, о характере изменений в тканях, их глубине и обратимости, о степени вовлечения нервной системы в патологический процесс.

Лечебные мероприятия, применяемые при пассивных контрактурах, можно разделить на две большие группы: **консервативные** и

Методы консервативной терапии контрактур очень многообразны. К этой группе относятся: вытяжение, коррекция эластической тягой, закруткой, этапные гипсовые повязки, [лечебная гимнастика](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%B1%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D0%B3%D0%B8%D0%BC%D0%BD%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0), [механотерапия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F), трудотерапия, физиотерапия. Сюда же принадлежат лекарственные средства, направленные на ликвидацию воспалительного процесса в повреждённом суставе и окружающих тканях, а также на уменьшение рубцевания.

## Оперативное лечение

**Иссечение рубцов и кожная пластика** — это наиболее эффективные вмешательства при дермато-десмогенных контрактурах.

[**Фасциотомия**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B0%D1%81%D1%86%D0%B8%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F). Рассечение фасции дает иногда хорошие результаты при контрактурах, вызванных сморщиванием в основном фасциальных образований.

[**Тенотомия**](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A2%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) (рассечение сухожилия) и удлинение сухожилий.

[**Фибротомия**](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%A4%D0%B8%D0%B1%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1) (рассечение фиброзноизмененных участков мышц).

[**Капсулотомия**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%B0%D0%BF%D1%81%D1%83%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F) (рассечение капсулы сустава) производится при некоторых артрогенных контрактурах.

[**Артролиз**](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D0%B7&action=edit&redlink=1) — рассечение спаек в суставе; показан при стойких артрогенных контрактурах, обусловленных воспалительным процессом или [гемартрозом](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%B5%D0%BC%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B7).

[**Артропластика**](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%BF%D0%BB%D0%B0%D1%81%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0).

[**Остеотомия**](https://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9E%D1%81%D1%82%D0%B5%D0%BE%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%B8%D1%8F&action=edit&redlink=1). Это одна из наиболее распространённых операций на костях при контрактурах в суставах верхних и нижних конечностей. Как правило, остетомию производят лишь тогда, когда другие способы, в частности консервативные, не дают должного эффекта.

**Тромбо́з** ([новолат.](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC_%28%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0%29%22%20%5Cl%20%22novolat%22%20%5Co%20%22%D0%98%D0%BD%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%86%D0%B8%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7%D0%BC%20%28%D0%BB%D0%B5%D0%BA%D1%81%D0%B8%D0%BA%D0%B0%29) *thrombōsis* «свёртывание», «сгусток») — процесс прижизненного формирования внутри [кровеносных сосудов](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B5%D0%BD%D0%BE%D1%81%D0%BD%D1%8B%D0%B5_%D1%81%D0%BE%D1%81%D1%83%D0%B4%D1%8B) [свёртков крови (тромбов)](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1), препятствующих свободному току [крови](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D1%80%D0%BE%D0%B2%D1%8C). Тромбоз может быть как защитным механизмом организма, так и патологическим процессом. В первом случае тромбоз способствует остановке кровотечения: при повреждении кровеносного сосуда запускается [свёртывающая система крови](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A1%D0%B2%D1%91%D1%80%D1%82%D1%8B%D0%B2%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5_%D0%BA%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%B8), формирующая кровяной свёрток ([тромб](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1)), закрывающий дефект стенки сосуда и механически препятствующий потере крови. Во втором случае тромбоз осложняет течение различных заболеваний и патологических состояний ([атеросклероз](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%81%D0%BA%D0%BB%D0%B5%D1%80%D0%BE%D0%B7), [инфекции](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D0%BD%D1%84%D0%B5%D0%BA%D1%86%D0%B8%D0%B8) и др.). Кровяной свёрток, который не фиксирован к стенке сосуда и свободно циркулирует по кровеносному руслу, называется [эмбол](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%8D%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%8F).

[Тромбоэмболия](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A2%D1%80%D0%BE%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D1%8D%D0%BC%D0%B1%D0%BE%D0%BB%D0%B8%D1%8F) — острая закупорка кровеносного сосуда фрагментом тромба, который оторвался от своего первоначального места образования и фиксации.

Когда тромб перекрывает более 75 % площади поперечного сечения просвета артерии, приток крови и, соответственно, кислорода к ткани снижается настолько, что проявляются [симптомы гипоксии](https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%98%D1%88%D0%B5%D0%BC%D0%B8%D1%8F) и накопления продуктов метаболизма, в том числе молочной кислоты.

[**3. Правила, способы и средства адаптации среды жизнедеятельности для лиц, нуждающихся в уходе (см. Приказ Об утверждении профессионального стандарта «Сиделка (Помощник по уходу)».**](507-n.docx)