



Реабилитация после инсульта

Выговская О Н

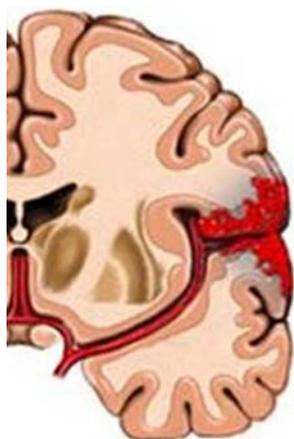
Инсульт - острое нарушение мозгового кровообращения, развивающееся чаще всего как осложнение гипертонической болезни, атеросклероза сосудов головного мозга, ишемической болезни сердца, при аномалиях сосудов головного мозга, аневризмах, сахарном диабете

Если Ваш подопечный имеет одно из перечисленных выше заболеваний – есть риск инсульта. Разберем симптомы болезни, чтобы своевременно оказать первую помощь при приступе.

Различают геморрагический и ишемический инсульты (инфаркт мозга), а также субарахноидальное кровоизлияние.

Геморрагический инсульт

Ишемический инсульт



Геморрагический инсульт	Ишемический инсульт
Развитие инсульта могут сопровождать эмоциональные переживания или физическое перенапряжение	Провоцирующими моментами являются эмоциональное напряжение, утомление, инфекционные заболевания.
Это кровоизлияние в мозг. Происходит в результате разрыва артерии при колебании артериального давления или функционального состояния сосудов.	Возникает в пожилом возрасте в результате закупорки (тромбом или эмболом) или резкого сужения атеросклеротически изменённых сосудов головного мозга.
<ul style="list-style-type: none"> •Внезапная потеря сознания. •Гиперемия (покраснение) лица. •Появление пота на лбу. •Усиленная пульсация сосудов на шее. •Сильная головная боль. •Рвота. •Повышенное артериальное давление. •Тахикардия (учащённое сердцебиение). 	<ul style="list-style-type: none"> •Развивается заболевание постепенно, сознание сохранено. •Отмечаются головные боли, головокружение, общая слабость, бледность кожных покровов. •Преходящее онемение в руке или в ноге. •Недомогание нарастает, на протяжении нескольких минут, часа, иногда дня.

<ul style="list-style-type: none"> • Могут быть нарушения дыхания: громкое, клокочущее, хриплое дыхание до 37-39°C. • Повышение температуры. • Паралич конечностей с одной стороны (например, опущенный угол рта, поворот головы и глаз в сторону паралича). • Нарушение речи • Иногда задержка мочи или непроизвольное мочеиспускание. • Могут быть судороги (непроизвольное движение непораженной руки или ноги). 	<ul style="list-style-type: none"> • Отмечается всё увеличивающаяся тяжесть в руке и ноге, которые затем резко слабеют и совсем перестают двигаться. • Если ишемический процесс развивается ночью, то пациент утром чувствует, что не может встать, рука и нога не двигаются. • Если нарушения развивается в правых конечностях, то у пациента нарушается речь. • Нарушения зрения и расстройство глотания.
<p>Существует также субарахноидальное кровоизлияние, оно возникает при разрыве аневризмы сосудов головного мозга. Характерны</p> <ul style="list-style-type: none"> • резкая головная боль "удар в затылок", • рвота, • эпилептиформные припадки, • моторное беспокойство. • помрачение сознания, оглушённое состояние. 	

Инсульт головного мозга – состояние столь сложное и опасное, что не приемлет самолечения и небдуманности в реабилитации. Лечение инсульта – это всегда огромный, строго установленный комплекс терапевтических мер, направленных на неотложную помощь и на последующую, иногда длительную реабилитацию пациента.

Очень важна первая медицинская помощь при инсульте, поскольку своевременно обнаруженная проблема, своевременное оказание пациенту правильной помощи на догоспитальном этапе увеличивает шансы на выживание и на последующее полноценное восстановление.

К сожалению, смертность от инсульта в нашей стране невероятно высока. Причем, основная проблема заключается не только в недостаточной осведомленности людей о признаках, симптомах болезни или о том, какой должна быть правильная неотложная помощь при инсульте.

Проблема заключена еще и в косности наших пациентов, не всегда желающих сразу обратиться к представителям традиционной медицины. Иногда наши люди считают возможным проводить не только самостоятельное оказание первой помощи при инсульте, в некоторых случаях, инсульт пытаются лечить в домашних условиях, применяя так называемую народную медицину (травки, настои, компрессы). Естественно, что подобное поведение приводит к тяжелым последствиям.

Как следует себя вести, обнаруживая у пациента первые признаки инсульта?

Первая помощь при инсульте должна быть быстрой и правильной, ни в коем случае не самостоятельной. Итак, заподозрив у больного инсульт необходимо попытаться распознать проблему. Следует запомнить три главных действия, позволяющих убедиться, что речь идет именно об инсульте, а не о каких-то иных проблемах со здоровьем.



Первое – важно попросить пострадавшего просто улыбнуться и высунуть язык. При инсульте улыбка человека будет несколько искривлена, один уголок губ непослушен. Язык в данном случае также будет несколько искривлен в одну сторону и малоподвижен.

Второе – попросите пациента сказать несколько простых фраз. Если человек станет делать это запинаясь и путаясь, скорее всего, речь идет о мозговых проблемах.

Третье – следует попросить человека поднять две руки вверх, причем одинаково. Нарушения мозгового кровообращения характеризуются тем, что одна рука пациента будет непослушной.

Дальше, убедившись в том, три описанные признака проблемы имеются? Необходимо срочно обращаться за медицинской помощью. При данном состоянии неотложная мед помощь должна быть вызвана как можно скорее.

Если скорая неотложная помощь не может быть оказана специальной бригадой, важно постараться доставить человека в стационар в течение первых 40-60 минут после обнаружения проблемы.

Что делать при инсульте до приезда «скорой помощи» - больному необходимо обеспечить полный покой, а если в этом есть необходимость, проводится неотложная помощь при инсульте - поддержание жизненно важных функций пациента:

1. **Нормализация дыхания** – нужно обеспечить приток свежего воздуха (открыть окно или форточку), освободив при этом дыхательные пути от слизи, мокроты или рвотных масс, повернув голову пациента набок, очистить ротовую полость чистым носовым платком, удалить съемные зубные протезы. Также необходимо снять все сдавливающие предметы (галстук, платок, расстегнуть пуговицы при сдавливании шеи тугим воротником);

2. **Для профилактики развития и прогрессирования отека головного мозга** - приподнять голову пациента и верхнюю часть туловища на 25-30 сантиметров;
3. **При судорожном синдроме** необходимо: предотвратить прикусывание языка, осторожно вставив плотную ткань между зубами и убрать предметы, об которые можно удариться головой;
4. **При остановке сердца** – нужно провести экстренную сердечно-легочную реанимацию (непрямой массаж сердца и/или искусственное дыхание).
5. **При первых признаках рвоты** голову пациента важно повернуть на бок, не допуская попадания рвотных масс в дыхательные пути

Важно следить, чтобы больной избегал резких, сильно интенсивных движений.

Что категорически недопустимо при оказании первой помощи больным с инсультом?

Важно знать, что в домашних условиях нельзя **пытаться привести больного в сознание, используя нашатырный спирт** или другие лекарственные препараты, особенно при наличии судорог – возможно усугубление состояния больного и прогрессирование неврологической симптоматики.

Необходим обязательный контроль артериального давления и пульса (при мерцательной аритмии). Нужно помнить, что **резкое снижение АД в результате приема лекарственных препаратов может привести к увеличению очага некроза при инфаркте мозга или к увеличению гематомы** при геморрагическом инсульте, поэтому прием любых гипотензивных препаратов категорически противопоказан. Но сведения о динамике изменений АД поможет лечащему врачу поставить диагноз и назначить адекватное лечение.

Важно не предлагать таким больным еды и даже питья, поскольку их органы глотания вполне могут оказываться парализованными, а пища или вода, оказываясь в легких, вызовет удушье.

Скорая помощь при инсульте оказывается пациенту врачом скорой помощи. Она заключается в проведении симптоматической интенсивной терапии, направленной на устранение угрожающих жизни нарушений. При необходимости проводится интубация трахеи, непрямой массаж сердца и искусственное дыхание.

Первая помощь при инсульте, оказанная своевременно и профессионально является наилучшим прогнозом для жизни, формированию

последствий, реабилитации и социальной адаптации пациентов после перенесенной мозговой катастрофы.

Родственникам человека, перенесшего кровоизлияние в мозг, следует настраиваться на долгий и очень непростой путь: реабилитация после инсульта требует колоссального терпения и ежедневной работы, направленной на восстановление утраченных двигательных, речевых и когнитивных функций.

Выдержать этот путь физически – тяжело, но морально – гораздо сложнее. При грубом нарушении моторики (паралич, парез), когда инсульт приковывает пациента к постели, придется осваивать базовые навыки ухода за лежачим больным, изучать методы профилактики и лечения пролежней, учиться кормить человека с нарушением функции глотания. При частичной сохранности двигательной функции необходимо менять обустройство дома/квартиры и переоборудовать ванную, туалет и кухню вспомогательными приспособлениями (поручни, лестницы), которые помогут больному члену семьи в процессе бытовой адаптации.

Эмоциональный и информационный контакт с человеком, перенесшим инсульт, должен быть постоянным, нельзя допускать вербальной изоляции и фиксации пациента на негативных мыслях. Важно создать в семье благоприятный, доброжелательный микроклимат, который поможет восстановить эмоциональный фон, как пациенту, так и здоровым членам семьи, оказавшимся в непростой ситуации.



Важно понимать, что самые сложные первые 6 месяцев после инсульта имеют гигантское значение для восстановления утраченных функций. Как помочь близкому человеку победить инсульт, и при этом самому сохранить физические и эмоциональные силы.

Домашний уход за больным после инсульта

Учитывайте, что поведение больных с правосторонним параличом отличается от поведения больных с левосторонним параличом.

Правостороннее нарушение - паралич левой стороны тела	Левостороннее нарушение - паралич правой стороны тела
Недооценивая масштаб двигательных расстройств, больной равнодушно относится к своему положению.	Вялость, пассивность, утрата сложных эмоциональных переживаний.
<p>Характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Нарушение восприятия пространства: натываются на двери, не могут определить расстояние до предмета, теряют место, где читают. •Нарушение восприятия собственного тела: не чувствуют свою левую руку и ногу, не знают где она находится. 	<p>Характерно:</p> <ul style="list-style-type: none"> •Нарушение речи и её восприятие: человек не способен произносить слова или не понимает то, что ему говорят. •Забывает слова, название предметов, с трудом строит фразы.
<ul style="list-style-type: none"> •Постарайтесь поставить кровать больного, чтобы правым глазом он мог видеть входящих и центр комнаты. •Расположите нужные предметы возле больного так, чтобы они находились с правой стороны •Попросите подопечного проговаривать все действия, которые он выполняет. •Речь способствует восстановлению пространственного восприятия. 	<ul style="list-style-type: none"> •Используйте в общении мимику, жесты, прикосновения. •Двигайтесь плавно, общайтесь медленно, говорите спокойно и негромко. •Используйте короткие фразы. •При необходимости - общайтесь с пациентом письменно. •Подберите с врачом для подопечного комплекс логопедических упражнений. •Следите за тем, чтобы больной регулярно выполнял задания логопеда.

СОВЕТЫ ПО УХОДУ.



Правильный уход за больным в острый период инсульта имеет чрезвычайное значение, потому что позволяет предупредить осложнения, связанные с нарушением мозгового кровообращения. Эти осложнения могут стать причиной ухудшения состояния и плохого исхода

заболевания, если их не предотвратить. Дело в том, что нарушение работы мозга из-за инсульта, наряду с вынужденным длительным пребыванием в постели, при плохом уходе могут привести к воспалению легких, пролежням, мышечным контрактурам, тромбозам. Этих осложнений с успехом удастся избежать, если сам больной и его близкие правильно выполняют рекомендации по уходу.

Отеки рук и ног. После инсульта на больных конечностях из-за нарушения кровообращения возможно появление отеков. Конечности становятся холодными, багровыми.

Практические советы пациентам по предупреждению отеков.

◆ Следите, чтобы больная конечность правильно поддерживалась и не свешивалась вниз.

◆ Желательно, когда больной сидит в кресле, положить подушку на подлокотник и уложить на нее больную руку так, чтобы она находилась на уровне талии. Вместо подлокотника можно использовать столик или другую опору.

◆ Сидеть так, чтобы спина плотно прижималась к спинке кресла. Используйте подставки для ног, обеспечивающие поддержание всех сегментов больной конечности и позволяющие удерживать ногу, насколько это возможно, в горизонтальном положении. При этом на подставку для ног под икры положите поддерживающую подушку, это увеличит площадь опоры и уменьшит отеки.

◆ Для нормализации кровообращения как можно чаще меняйте положение больных конечностей.

Проблемы мочевого пузыря и кишечника. При инсульте часто возникают нарушения в регуляции функций мочеиспускания и дефекации.

Дисфункция кишечника чаще выражается в запорах. Борьба с запорами у больных с поражением нервной системы обязательна. Лечение включает обильное питье, естественные слабительные (отруби, чернослив, свекла), лекарства, массаж живота. Массаж живота проводят поглаживающими круговыми движениями по часовой стрелке, медленно, слегка надавливая на брюшную стенку. При запорах иногда необходимы меры по формированию режима дефекации: ежедневные клизмы или свечи, вплоть до восстановления регулярного стула. Нужно стараться выработать условный рефлекс на опорожнение кишечника в одно и то же время.

Дисфункции мочеиспускания проявляются в виде недержания или задержки мочи. Недержание может быть истинное или рефлекторное. Задержка мочеиспускания бывает острой или хронической. Другая проблема этих больных в неполном опорожнении мочевого пузыря — остаточная моча. Необходимо помнить, что в результате атаксии и апраксии возникает функциональное недержание из-за непонимания важности правильного опорожнения. Дневная норма — 6— 8 мочеиспусканий, ночная — 1 мочеиспускание.



Особенности пользования туалетом.

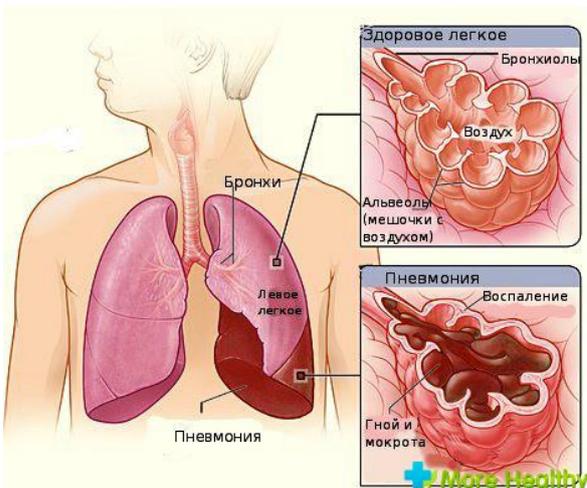
Трудности в присаживании на унитаз или вставании с него могут быть связаны с тем, что сиденье в туалете слишком низкое и необходима опора, помогающая садиться и вставать. Эта проблема может быть решена с помощью поднимающихся стульчаков, поручней на стене (высоту которых можно регулировать) или установкой стульчака с перилами.

Редкое мочеиспускание, возможно, возникает из-за недостатка приема жидкости. Следует вести контроль выпитой жидкости и выделенного количества мочи. Обязательно соблюдать питьевой режим.



Питание для больных, перенесших инсульт, основано на принципах диеты при гипертонической болезни и атеросклерозе - заболеваний, лежащих в основе инсульта. В рационе нужно уменьшить количество животного жира, углеводов (сахара, варенья, компотов, джемов, белого хлеба и выпечки),

поваренной соли. Еда должна быть богатой клетчаткой, витаминами, солями калия и магния. Все блюда готовят без соли, мясо и рыбу отваривают, а не жарят.



Застойная (гипостатическая)

пневмония. Основные ее возбудители - стафилококк, пневмококк, клебсиелла, кишечная палочка. Эта пневмония чаще локализуется в задненижних отделах легких. Обычно она протекает вяло, без характерных жалоб больных.

Пневмония начинается на фоне застойных явлений в легких и длительного постельного режима, или ряда предшествующего

симптомов сердечной недостаточности. Начало этой пневмонии незаметное, в последующем внезапно увеличиваются слабость, одышка, кашель или сердечная недостаточность.

Объективно отмечаются ослабленное везикулярное дыхание, Пневмоническая интоксикация еще больше ухудшает работу миокарда. Нередко единственным проявлением такой пневмонии является рост симптоматики застойной сердечной недостаточности. Нередко такая пневмония возникает на фоне течения инсульта. К этой пневмонии предрасполагают застой в малом круге кровообращения, длительный постельный режим, снижение вентиляции, накопление избыточного количества мокроты в бронхах и нарушение ее откашливания.

Данная пневмония может быть ранней (в первые 2-3 дня) и поздней (на 2-6-й неделе после начала инсульта). Ранние пневмонии маскируются симптоматикой инсульта: нарушениями сознания и дыхания (шумное, kloкочущее, аритмичное).

Основные симптомы такой пневмонии - появление лихорадки, притупление перкуторного звука над зоной поражения, жесткое или бронхиальное дыхание, мелкопузырчатые хрипы, выделение серозной мокроты. Рентгенологически отмечается быстрое слияние очагов инфильтрации (нередко с двух сторон) в задненижних отделах легких.

Профилактика застойной пневмонии.

Профилактика состоит в активных движениях пациента в кровати и проведении дыхательной гимнастики. В течении дня нужно приподнимать больного несколько раз, посадить, активизировать дыхание поднятием и опусканием рук. Нужно заботиться о достаточной влажности помещения, т.к. сухие слизистые оболочки способствуют проникновению инфекции. Отхождению слизи помогает легкий дренажный массаж. **Осторожно вибрирующими движениями нужно обстукивать спину ниже плеч (позвоночник не обстукивать).**

Дыхательная гимнастика.

Существует много способов дыхательной гимнастики, какой выбрать вам, это зависит от состояния пациента, и вашей возможности донести команды до пациента.

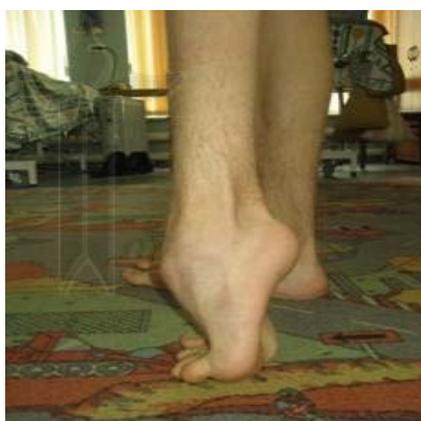
1. Из положения лежа или сидя во время медленного и не глубокого вдоха руки, прижатые к грудной клетке, медленно развести в стороны, задержать на несколько секунд дыхание, а затем произвести медленный глубокий выдох, приводя руки к грудной клетке.

2. Сделать медленный глубокий вдох, одновременно поднимая руки вверх, задержать на несколько секунд дыхание, затем сделать медленный глубокий выдох, прижимая сложенные на груди крестом руки к грудной клетке и одновременно подтянуть ноги, согнутые в коленях, к животу.
3. Сделать медленный глубокий вдох, и серия выдохов с коротким толчкообразным дыханием.
4. Сделать медленный глубокий вдох, выдох через соломинку в стакан с водой.
5. Звуковые упражнения (больной произносит звонкие и глухие гласные и согласные, шипящие звуки);

Профилактика образования контрактур



Контрактуры - ограничение активных и пассивных движений в суставах в результате длительного неподвижного состояния конечности. Такое ограничение движений приводит к тяжелым функциональным расстройствам, выражающимся в том, что больной не может передвигаться (если у него поражены коленные или тазобедренные суставы), обслуживать себя и работать (если у него поражены суставы кисти и локтя). Потеря мышечной активности влечет ограничение подвижности суставов, что называется контрактурой.



Стопа лежачего больного довольно быстро опускается вперед (положение лежачего человека как бы на "цыпочках") и возникает контрактура голеностопного сустава, которая носит название «конская стопа».



Сжатая в кулак кисть больного со временем принимает вид птичьей лапы, коленный сустав плохо сгибается и разгибается и т.д.

Профилактика контрактур. Контрактуру легче предупредить, чем вылечить. Для предупреждения развития контрактур необходимо:

- ✓ Как можно раньше начинать проводить активизацию пациента.
- ✓ Комплекс упражнений, затрагивающих, по возможности, все суставы, особенно те, которые находятся в малоподвижном состоянии. При этом следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм.
- ✓ Все упражнения выполняются, только после разогрева мышц, с помощью тонизирующего геля, методом растирания. Разогретые мышцы: работают лучше и быстрее расслабляются, усиливается приток крови к мышцам, насыщаются мышечные клетки кислородом, улучшается эластичность мышц. Это является чрезвычайно важным условием готовности мышцы к любой физической деятельности, будь то активные сокращения или пассивные.



Обеспечить правильное положение конечности (в положении, соответствующем среднему физиологическому) при параличе мышц. Для этого можно использовать любые подручные средства: пеленки, подушки.



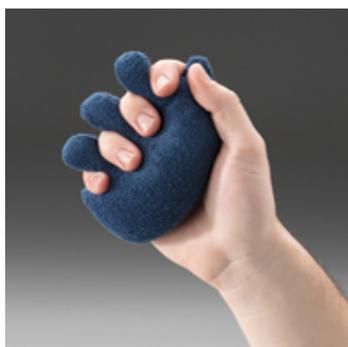
Проводить мероприятия, направленные на уменьшение боли в суставах и прилегающих частях конечности. Существуют ортопедические приспособления - *ортезы*. Они поддерживают конечность в правильном физиологическом положении.



Для профилактики контрактуры суставов кисти нужно не позволять пальцам сжиматься в кулак. Можно применить специальный конус, или дать больному в руку массажный мягкий мяч или массажную гантельку из мягкого материала, которые можно купить в магазинах медтехника.



Возможно ортез сделать самостоятельно с помощью детской перчатки, которая заполняется крупой (гречка, перловка, рис и т.д.) зашивается и вкладывается в руку пациенту. В этом случае у нас есть возможность регулировать положение кисти с помощью разного наполнения перчатки.



Для профилактики контрактуры суставов стопы нужно придать ей положение под углом 90 градусов. Можно воспользоваться ортезом или обычной подушкой.



Упражнения ЛФК суставов для лежачих больных

Длительность занятия ЛФК суставов составляет 10-20 мин. Каждое упражнение выполняется 3-5-10 раз. Самостоятельно, либо пассивно, с посторонней помощью.

Основные правила проведения упражнений ЛФК для суставов

- Комплекс пассивных упражнений нужно начинать как можно раньше, фактически с первых дней болезни
- Пассивные упражнения ЛФК проводятся по возможности в полном объеме движения, возможном в этом суставе;
- Движения осуществляются осторожно, в медленном темпе. При плавном и медленном растяжении мышечный тонус может значительно снизиться, что позволит увеличить амплитуду движения в парализованной конечности;
- Пассивные упражнения ЛФК совершаются в тех направлениях, в которых обычно работает данный сустав (сгибание — разгибание, или приведение — отведение, или круговые движения)
- Разработку по суставам проводят в направлении от туловища к периферии, то есть в следующей последовательности: плечевой, локтевой, лучезапястный суставы и пальцы рук, тазобедренный, коленный, голеностопный суставы и пальцы стоп;
- Объем и темп упражнений ЛФК после инсульта постепенно увеличивают, число их для каждого сустава может быть от 5 до 10
- Лучше проводить движение отдельно в каждом суставе, не включая в работу другие.

Упражнения ЛФК для суставов рук:

- Сгибание и разгибание в каждом суставе фаланг пальцев.
- Приведение и отведение большого пальца руки к ладони.
- Сгибание и разгибание всей кисти с максимальным разведением всех пальцев при полном разгибании.
- Круговые движения кистями по часовой стрелке.
- Круговые движения кистями против часовой стрелки.
- Сгибание и разгибание рук в локтевых суставах.
- В положении лежа или сидя разведение выпрямленных рук в стороны.

Упражнения ЛФК для суставов ног

- Сжимание и разжимание пальцев ног.
- Круговые движения стопами по часовой стрелке.
- Круговые движения стопами против часовой стрелки.
- Вытягивание стоп (как бы вставание на цыпочки).
- Подтягивание стоп кпереди.

- Сгибание и разгибание ног в коленных суставах.
- Сгибание и разгибание ног в тазобедренных суставах.

Профилактика пролежней.

Инсульт – это заболевание которое является причиной длительного нахождения пациента в постели. В результате отсутствия движения пациента возникают сопутствующие патологии и, в первую очередь, высокий риск развития пролежней.

Профилактику возможных пролежней следует начинать с организации ухода за больным, который в силу обстоятельств должен пребывать в одном положении. Поскольку повреждения кожи проявляются, прежде всего, там, где она постоянно соприкасается с твёрдой поверхностью или всё время трётся о неё, главное средство от пролежней - изменение положения тела человека, прикованного к кровати или инвалидному креслу. Во время переворачиваний больного необходимо обязательно осматривать его кожный покров, чтобы начальный этап образования пролежней не остался незамеченным. При повороте такого больного на бок очень полезно не просто внимательно обследовать его спину, но и, слегка помассировать её или устроить «воздушные ванны».

По наличию или отсутствию у больного осложнений можно оценить качество ухода!

Пролежень является источником инфекции, которая в любой момент может попасть в кровь и стать причиной сепсиса – наиболее опасного осложнения патологии. При отсутствии своевременного лечения состояние может привести к летальному исходу.

Факторы, которые влияют на образование пролежней.

1. Несоответствующая температура и влажность окружающей среды (влияет на охлаждение или перегрев тела – влажность увеличивает потоотделение). Оптимальная температура в помещении 21 - 23 С. Обязательное проветривание помещения два раза в сутки в любое время года.

2. Одежда, постель

- лучше, если изготовлены из материалов мягких, воздухопроницаемых и не мнущихся.

3. Ортопедическое оснащение (ортезы, костыли). Подбор всех средств реабилитации, согласно роста, веса, общего состояния больного.

4. Лекарства (обезболивающие, успокаивающие, психотропные и стероиды влияют на ограничение реакции пациента), как правило при приеме этих препаратов больной не беспокоится так как не ощущает боли и тут важно проявить инициативу и самим вовремя сменить положение больного в постели.

5. Инфекции

6. Качество ухода (неправильное укладывание, отсутствие вспомогательных средств при лечении, а также небрежный уход могут быть причиной возникновения пролежней в течение одной ночи).

В первую очередь следует обеспечить правильное положение тела. С этой целью используется ортопедический матрас, позволяющий равномерно распределить вес на большей площади.

Рекомендуемое положение пациента в постели.

В зависимости от общего состояния больной принимает то или иное положение в постели. Различают активное, пассивное и вынужденное положение.

Активным считается положение, при котором больной может поворачиваться, сидеть и делать активные движения в постели, однако встать или ходить самостоятельно не может. Активное положение еще не говорит о легком течении заболевания.

Пассивным называется положение больного, находящегося в бессознательном состоянии, или неврологического больного с двигательным параличом.

Вынужденное положение больной занимает сам для облегчения своего состояния. При болевом синдроме язвенной болезни больной занимает коленно-локтевое вынужденное положение, при инфаркте миокарда - положение на спине, при экссудативном плеврите - на больном боку и т. д.

Долгое неподвижное лежание пагубно влияет на кожу в тех местах, на которые приходится максимальная опорная нагрузка и, если пропустить момент образования опрелостей и пролежней, то, как показывает опыт, лечить их гораздо сложнее, чем не допустить.

Лежачему больному нужно почаще помогать менять положение тела, чтобы не получить осложнения вследствие длительного постельного режима. Очень важно знать и владеть техникой укладки, таких больных, чтобы создать комфортное состояние нашему подопечному и облегчить труд ухаживающему персоналу.

Цели укладки:

1. Снятие нагрузки с мышц спины и шеи.

2. Снижение давления на костные выступы.

3. Фиксация тела пациента в физиологическом положении, не нарушая трофику в тканях.

У каждого больного должен иметься целый набор разных по размеру и форме подушек. С этой целью используются подушки и одеяла, наполненные синтетическим волокном (холлофайбер, синтепон). Это волокно обладает следующими качествами:

- Высокая пружинистость
- Не накапливает статическое электричество
- Хорошо впитывает и испаряет влагу
- Обладает хорошей теплопроводностью

- Устойчиво к деформациям, не образует комки и складки
- Не впитывает запахи и пыль

Для укладки больного *нельзя использовать* толстые, туго набитые подушки с жестким покрытием, сложенные или свернутые полотенца, или покрывала, кроме тех случаев, когда они очень мягкие. Твердые прокладки могут образовать места повышенного давления и помешать кровотоку. Под голенью и бедром они способны перекрыть кровообращение в больших венах. Для значительных выступов костей пятки, лодыжки, локтя иногда необходимы специальные прокладки. Они могут быть из овчины или другого мягкого материала. Не рекомендуются перьевые подушки, так как они часто вызывают аллергию, трудно чистятся после загрязнения и задерживают запахи, вызывают повышенное потоотделение.

Существует несколько способов укладки пациента в постели.

Боковое косое положение.

Укладка пациента с помощью ортопедических подушек.



- Голова пациента лежит на ортопедической плоской подушке.
- Под спину с одной стороны подложена подушка
- Рука согнута в локтевом суставе, ладонью вниз пальцы выпрямлены.
- Нога согнута в коленном и тазобедренном суставах.
- Между ног уложена

ортопедическая подушка.

- Упор стопы под углом 90° .

Укладка пациента с помощью одеяла.



Техника:

- Из одеяла, свернутого по длине формируется валик.
- Пациента повернуть на бок, лицом к себе.
- Подготовленный валик из одеяла разложить на кровати вдоль туловища пациента от задней поверхности голени до затылка плотно подоткнув к телу.
- Один конец валика проложить между ног пациента, а другой через шею и голову завести под плечо пациента.
- Для фиксации стоп используем ортезы, они поддерживают конечность в правильном физиологическом положении.

Боковое положение.

Укладка пациента с помощью ортопедических подушек



- Голова пациента поддерживается в удобном положении на одной линии с туловищем плоской подушкой.
- Туловище слегка повернуто вперед.
- Рука согнута в плечевом суставе до угла 90° и вытянута вперед.
- Рука лежит на подушке ладонью вниз.
- Между ног укладывается ортопедическая подушка
- Нога, слегка согнутая в коленном и тазобедренном суставах, уложена на подушку.
- Рука находится в удобном для больного положении, а нога разогнута в тазобедренном и коленном суставах.



Укладка пациента с помощью одеяла.



Боковое положение пациента.

Техника:

- Из одеяла, свёрнутого по длине формируется валик.
- Пациента повернуть на бок, лицом к себе.
- Подготовленный валик из одеяла разложить на кровати вдоль туловища пациента от бедра, вдоль позвоночника

до затылка плотно подоткнув к телу.

- Туловище слегка повернуто назад.

- Через шею, голову и плечо завести другой конец валика, на который укладываем руку.
- Для фиксации стоп используем ортезы, они поддерживают конечность в правильном физиологическом положении.

Положение на спине

Укладка пациента с помощью ортопедических подушек



- Голова пациента находится на ортопедической подушке.
- Под поясницу подложена подушка холлофайбер малого наполнения.
- Пальцы стопы фиксируются упором,
- Так же можно фиксировать полностью стопу упором.
- Руки укладываются на усмотрение пациента, как ему удобно (на животе

или параллельно туловищу)



Укладка пациента с помощью одеяла

Положение пациента на спине

Техника:



- Из одеяла, свёрнутого по длине формируется валик.
- Пациента повернуть набок, лицом к себе.
- Подготовленный валик из одеяла разложить на кровати вдоль туловища пациента от поясничного отдела позвоночника до

затылка плотно подоткнув к телу.

- Повернуть пациента сначала на спину, завести валик под шею и голову пациента, а затем обойдя кровать, повернуть пациента на другой бок и проложить валик под лопатку и плечо.
- Уложить пациента на спину.
- Уложить руки пациента в удобное положение.
- Для фиксации стоп используем ортезы, они поддерживают конечность в правильном физиологическом положении.

Для профилактики пролежней на пятке и локтях очень удобно использовать специальные ортезы. Которые снимают сдавление на пяточную кость и фиксируют стопу в физиологическом положении. Они различаются по принципу фиксации и материалы из которого они сделаны.

Защита пяток и локтей:



Изготовлены из мягкого материала (мутоновая ткань). Они обладают внутренним слоем, покрытым воздухопроницаемой длинной шерстью, имеют анатомическую конструкцию, и используются для предотвращения пролежней в результате сдавления и стирания.





Использование противопролежневых средств.

Современным, и максимально эффективным решением проблемы пролежней являются противопролежневые матрасы, или противопролежневые системы. Противопролежневые матрасы состоят из воздушных ячеек или баллонов, соединенных трубками с компрессором, который автоматически через 5-8 минут подкачивает и сдувает разные области матраса. В результате достигается эффект постоянного массажа, благодаря чему давление распределяется равномерно по всей поверхности тела, предупреждая образование пролежней.

Противопролежневые матрасы ячеистые



Ячеистый противопролежневый матрас представляет собой специальное покрывало с множеством воздушных ячеек по типу пчелиных сот, соединенных с блоком управления. Покрывало изготавливается из легко моющегося материала, что особенно актуально в том случае, если больной страдает недержанием. Блок управления состоит из компрессора, благодаря которому в матрасе постоянно поддерживается переменное давление, и блока питания, работающего от электросети. Ячеистые противопролежневые матрасы рекомендуют лежачим пациентам с массой тела не больше 100 кг.

Противопролежневые матрасы баллонные



Баллонные противопролежневые матрасы состоят из поперечных воздушных баллонов (трубчатых секций), соединенных с блоком управления. Благодаря постоянному чередованию давления в баллонах достигается эффект массажа, улучшается кровообращение и предотвращается появление пролежней. Баллонные противопролежневые матрасы рекомендуют прикованным к постели пациентам с массой тела от 120 кг и выше.

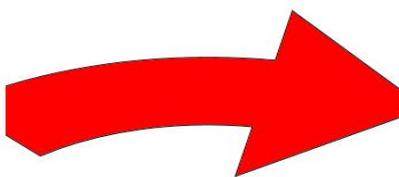
Они более ортопедичны и долговечны.

Гигиенические мероприятия

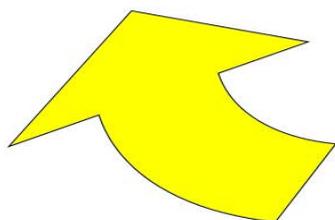
С целью профилактики пролежней рекомендуется использовать для гигиенических мероприятий и ухода за кожей только специально разработанные средства гигиены: лосьон, пенки для ухода за кожей, крем, салфетки и т.д.



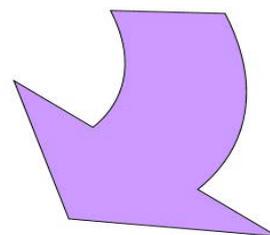
1 шаг
Нежное очищение



Шаг 2
Регенерация
активизация



Шаг 3
Эффективная
защита



1 шаг Нежное очищение

Лосьон для тела моющий

1. Позволяет полностью вымыть пациента методом протирания.
2. Хорошо очищает тело от загрязнений.
2. Увлажняет, питает кожу.
3. Поглощает запах мочи и кала.
4. Тонизирует кожу.
4. Облегчает уход за пациентом.



Применение:

На 400мл горячей воды разводим 4 мл лосьона.

2. Протираем этим раствором пациента.

3. Протираем влажной салфеткой.

4. Растираем сухим махровым полотенцем до покраснения кожи

Моющий крем 3 в 1



- ✓ Заменяет мытье водой и мылом.
- ✓ Мягко очищает, восстанавливает и защищает кожу.
- ✓ Идеальный для ежедневного ухода за кожей лиц страдающих недержанием, у которых кожа особо чувствительная, часто раздраженная и плохо реагирующая на мытье водой и мылом.
- ✓ После употребления, моющего крема кожа становится свежей и мягкой, не нарушается ее гидролипидный защитный слой.
- ✓ Кожа остается защищенной от влияния внешних факторов.

Пенка для мытья и ухода за телом



1. Применяется для интимной гигиены без воды и моющих средств при смене подгузника.
2. Хорошо растворяет каловые массы.
3. Поглощает запах мочи и кала.
4. Снимает раздражение и воспаление.
5. Способствует заживлению опрелостей.
6. Удобен в применении.

Алгоритм применения пенки:

1. Под пациента подкладывается пеленка.
2. Баллон с пеной встряхнуть и нанести на грязные участки кожи.

2. Через 2 минуты протирается сухой салфеткой.

3. При необходимости можно повторить.

II ШАГ Регенерация, Активизация

Активизирующий гель для тела



Предназначенный для чувствительной кожи, подвергаемой опасности появления опрелостей и пролежней.

Оказывает на кожу успокаивающее влияние, а вместе с тем обладает освежающим и энергезирующим действием.

Благодаря содержанию натурально экстракта гуараны, гель улучшает микроциркуляцию крови в коже.

Содержит активные субстанции - бисаболл, который обладает противовоспалительным действием, питательный экстракт из семян льна, охлаждающую камфору, которая снимает мышечное напряжение, а также увлажняющий глицерин.

Бальзам для тела



1. Оказывает успокаивающее действие.
2. Устраняет шелушение.
3. Обеспечивает длительное увлажнение.
4. Оказывает на кожу регенерирующее действие.

Защитный крем для тела



1. Защищает кожу от попадания влаги.
2. Увлажняет кожу благодаря содержанию масла авокадо и алантоина.
3. Действует бактерицидно, снимает воспаление, зуд (в состав входит экстракт ромашки).
4. Болеутоляющий (в состав входит биокомплекс льна).
5. Питающий кожу.
6. Благодаря окиси цинка предупреждает возникновение воспалений и опрелостей.
7. Содержит средства, поглощающие запах мочи.
8. Используется под подгузник

Основные принципы реабилитации



Базовые принципы едины для всех направлений реабилитации – предельно раннее начало восстановительной терапии после инсульта, индивидуальный подход с учетом особенностей клинической картины и анамнеза, а также систематичность и последовательность всех терапевтических, медикаментозных и психотерапевтических мероприятий

Что означает раннее начало реабилитации при инсульте? Мероприятия, направленные на восстановление утраченных функций, следует начинать еще в стационаре, сразу после того, как пациент будет переведен из блока реанимации и интенсивной терапии в общую палату.

Обязательным этапом при составлении программы восстановления после инсульта является экспертная диагностика возможностей и пределов планируемой терапии. На этом этапе врачи определяют ближайшие цели и задачи реабилитационной программы, исходя из:

- диагноза (тип инсульта, обширность зоны поражения головного мозга);
- степени выраженности дефицитарной неврологической симптоматики;
- наличия сопутствующих соматических и эндокринных заболеваний;
- характерологических особенностей пациента;
- степени тяжести эмоционально-волевых и аффективных расстройств.

Принцип систематичности и последовательности всех реабилитационных мероприятий предполагает постоянное, неукоснительное выполнение всех предписаний лечащего врача:

- прием лекарственных препаратов по времени,
- контроль отклика на проводимую терапию и ведение дневника болезни,
- регулярное выполнение лечебной гимнастики,
- постоянный вербальный контакт с больным для логопедической коррекции.

Нужно понимать, что инсульт невозможно «вылечить» за месяц, и придерживаться жесткого графика необходимо постоянно – ежедневно, неделя за неделей.

Выделение общих принципов программы восстановления позволит нам в дальнейшем не останавливаться на вопросах «когда?», «как долго?» и «насколько регулярно?». Далее мы будем говорить исключительно о конкретных направлениях программы реабилитации человека после инсульта.

Восстановление двигательных функций

Приступая к двигательной реабилитации, необходимо четко обозначить цели, которые должны быть достигнуты. Приоритетной задачей является максимальное восстановление нарушенных двигательных навыков, однако если полное возвращение моторики невозможно, ближайшей целью становится выработка компенсаторных навыков, которые позволят пациенту осуществлять движения в процессе бытовой деятельности. Параллельно с развитием компенсаторных движений, при инсульте следует адаптировать больного к изменяющемуся двигательному стереотипу с учетом сохраняющегося неврологического дефицита и ограничения двигательной активности.

Выделение целей, которые преследует двигательная реабилитация, имеет огромное значение. Родственники пациента должны понимать, что даже при невозможности полного восстановления двигательной активности, работа, направленная на сохранение нервно-мышечной проводимости, должна проводиться в полном объеме.

На госпитальном этапе двигательная реабилитация больных после инсульта, как правило, сводится к выполнению пассивных движений в суставах пораженных конечностей. При этом при гемипарезе или гемиплегии (односторонне поражение) движение в здоровой конечности должен выполнять сам пациент, в противном случае мы рискуем получить нарушение моторики даже в непораженной скелетной мускулатуре, что в последующем крайне негативно скажется на процессах бытовой адаптации.

У больных с выраженным парезом (расстройством движений) ноги этому этапу предшествует имитация ходьбы лежа в постели или сидя в кресле. Больной учится стоять вначале с поддержкой методиста, затем самостоятельно, держась за прикроватную раму или спинку кровати. При этом больной старается равномерно распределять вес тела на пораженную и здоровую ноги. В дальнейшем пациент обучается ходьбе. Сначала это ходьба на месте, затем ходьба по палате с опорой на прикроватную раму, потом самостоятельная ходьба с опорой на четырех- или трехножную трость.

К самостоятельной ходьбе без опоры больной может приступить только при хорошем равновесии и умеренном или легком парезе ноги. Расстояние и объем передвижений постепенно увеличиваются: ходьба по палате (или квартире), затем ходьба по больничному коридору, по лестнице, выход на улицу и, наконец, пользование транспортом.

Восстановление самообслуживания и других бытовых навыков также происходит поэтапно. Вначале это обучение простейшим навыкам

самообслуживания: самостоятельному приему пищи, навыкам личной гигиены; затем — обучение самостоятельному одеванию (что довольно непросто при парализованной руке), пользованию туалетом и ванной. Самостоятельно пользоваться туалетом и ванной больным с гемипарезом (неполный паралич одной половины тела) и атаксией (расстройством координации) помогают различные технические приспособления: поручни у унитаза, скобы в стенах ванной комнаты, деревянные стульчики в ванне. Эти приспособления нетрудно сделать как в больнице, так и в домашних условиях.



Речевая реабилитация

Нарушение речевой функции после инсульта может принимать множество форм: в одних случаях пациент не понимает устную и письменную речь (сенсорная афазия), в других – прекрасно понимает собеседника, но ничего

не может сказать по причине поражения речевых центров (моторная афазия).

Любая форма расстройства речи при инсульте является фактором, который наносит огромный ущерб эмоциональному состоянию больного человека. Помочь больному справиться с утратой способа коммуникации с окружающим миром – одна из приоритетных задач родственников и представителей патронажной службы.

Для этого необходимо:

- поддерживать постоянный речевой контакт с пациентом, который не должен оказываться в изоляции;
- при моторной афазии после инсульта следует внимательно слушать больного, не перебивая, не стремясь поскорее закончить начатую им фразу;
- разрабатывать и активно использовать альтернативные, неречевые пути коммуникации (изображения с подписями, жесты и т.п.);
- при дизартрии регулярно выполнять упражнения для языка (напрягать язык, прижимать к зубам, верхнему и нижнему небу), губ и мимических мышц;
- активно использовать автоматизированные речевые ряды – порядковый счет, перечисление дней недели, месяцев, времен года.

Важно понимать, что здоровый член семьи должен выступать в роли инициатора беседы, лечение речевых расстройств при инсульте требует

постоянного контроля и коррекции со стороны логопеда-афазиолога. Желательно, чтобы в занятиях принимали участие все родственники больного, а присутствие опытного профессионала из патронажной службы позволит избежать типичных ошибок и ускорит восстановление речевых функций.

Нормализация психоэмоционального фона



Огромное значение имеет психотерапевтическая реабилитация пациентов после инсульта. Не следует забывать, что инсульт – это заболевание, которое всегда застаёт врасплох и ведет к сильнейшей психологической дезадаптации. Еще вчера полный сил и активный человек в одночасье оказывается в социальной изоляции, без любимой работы, без привычного жизненного уклада, без права контролировать свою жизнь, а порой и без возможности самостоятельного удовлетворения базовых потребностей (еда, физиологические отправления, гигиенические процедуры).

Следствием этих изменений становится депрессия, аффективные и волевые расстройства. Человек, который перенес инсульт, нередко теряет интерес к жизни и прекращает бороться, и с этим состоянием необходимо сражаться даже активнее, чем с двигательными или речевыми нарушениями. При необходимости в алгоритмы терапии можно включать антидепрессанты, но в первую очередь необходимо использовать поведенческую психотерапию и нефармакологические методы борьбы с депрессией:

- создание в доме благоприятного климата, атмосферы любви, добра и заботы и уюта;
- постоянный контакт с пациентом и восстановление оптимистичного настроения;
- регулярное упоминание положительных примеров выздоровления после инсульта родственников, знакомых, соседей или сослуживцев;
- несмотря на инсульт, нужно активно привлекать пациента к посильной социальной деятельности;
- поиск новых, обязательно совместных хобби и увлечений;

- не оставлять человека наедине с мрачными мыслями, не допускать социальной изоляции, охотно идти на контакт с больным должны все члены семьи;

- реабилитация – это еще и формирование у пациента активной жизненной позиции.

Уход за больным с неврологическим дефицитом

До настоящего момента в центре нашего внимания было восстановление утраченных двигательных функций, логопедическая и психотерапевтическая коррекция. Но нельзя забывать и о том, что инсульт требует и ежедневной помощи иного толка – приготовление пищи, смена нательного и постельного белья, уход за кожными покровами и слизистыми, помощь при отравлении физиологических потребностей, профилактика пролежней у лежачих больных.

Если приготовление пищи не требует специальных профессиональных навыков, то профилактика пролежней вызывает немало затруднений у человека без соответствующей подготовки. Необходимо заботиться о качестве постельного белья и одежды (из хлопка, без грубых швов) и постоянно следить за тем, чтобы постель не сбивалась с формированием складок.

Кроме того, важно соблюдать следующие правила по уходу за лежачим больным:

- положение обездвиженных конечностей следует менять каждые два-три часа;

- под костные выступы необходимо подкладывать мягкие подушки или валики;

- ноги должны быть слегка согнуты в коленном суставе, а руки – в локтевом;

- чтобы избежать появления пролежней на пальцах, следует разгибать фаланги и разводить пальцы, предупреждая постоянный контакт в местах соприкосновения межфаланговых суставов;

- кожа больного всегда должна быть сухой.

Огромное значение имеет питание пациента. Инсульт – веская причина для снижения потребления соли и жиров животного происхождения, а также исключения продуктов и напитков, повышающих АД (кофе, алкоголь, чай, некоторые газированные напитки). Энергетическую ценность суточного

рациона желательно уменьшить до 2,5 тысяч калорий, при этом потребность в микроэлементах и витаминах должна покрываться полностью.

Питание больного усложняет дисфагия (нарушение функции глотания), которая является частым спутником инсульта. При полной утрате навыка показано питание через назогастральный зонд лечебными смесями, а при частичном сохранении функции глотания следует готовить пищу с определенными физико-химическими свойствами. После каждого приема пищи необходимо уделять время гигиене ротовой полости (удаление остатков еды, чистка зубов).

Не забываем, что несколько раз в день нужно контролировать показатели деятельности сердечно-сосудистой системы (АД, ЧСС), оценивать самочувствие и общее состояние здоровья пациента. Показан лечебно-профилактический массаж, неотъемлемым элементом реабилитации является прием медикаментозных препаратов, многие из которых требуют внутримышечного или внутривенного введения.