ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

НОВОСИБИРСКОЙ ОБЛАСТИ

«БАРАБИНСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Обучение уходу за человеком после инсульта»

Разработчик - преподаватель Кошедова Е.Н 2021г

ИНСУЛЬТ — НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В России ежегодно инсульт развивается у 400—450 тыс. человек, причем 30-35% из них умирают в остром периоде заболевания (первые три недели), и эта цифра увеличивается еще на 12-15% к концу первого года после инсульта, т.е. всего за этот первый год от инсульта погибают 200 тыс. человек.

Крайне важно то, что среди выживших больных 75-80% становятся инвалидами, причем 1/3 из их числа полностью зависят от помощи окружающих, нуждаются в длительной, дорогостоящей медико-социальной реабилитации.

Таблица 2.1.

**Классификация сосудистых заболеваний головного мозга**

|  |  |
| --- | --- |
| **Формы нарушений мозгового кровообращения** | |
| Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения | НПНМК |
| Преходящие нарушения мозгового кровообращения | ПНМК |
| Острые нарушения мозгового кровообращения | ОНМК, инсульт |
| Хронические нарушения мозгового кровообращения | Дисциркуляторная энцефалопатия |

**Инсульт** — острое расстройство мозгового кровообращения, сопровождающееся стойкими общемозговыми и очаговыми симптомами, сохраняющимися более 24 ч и развивающимися вследствие гибели вещества мозга. Классификация инсультов по различным признакам представлена в таблице 2.2.

Таблица 2.2.

**Классификация инсультов**

|  |  |
| --- | --- |
| **По степени тяжести** | |
| Малый инсульт | Регресс симптомов наступает в сроки до 3 нед |
| Инсульт легкой степени тяжести | Без расстройств сознания с преобладанием очаговой неврологической симптоматики |
| Инсульт средней степени тяжести |
| Тяжелый инсульт | С угнетением сознания, признаками отека мозга, нарушением деятельности других органов и систем |
| **По локализации очага** | |
| Левое полушарие | Страдают речь, счет, письмо, движения в правых конечностях |
| Правое полушарие | Страдают восприятие формы, размеров, положения объектов в пространстве, движения в левых конечностях |
| Ствол мозга. При его повреждении чаще возникает нарушение сознания и наступает смерть | Нарушение жизненно важных функций: дыхания, кровообращения, терморегуляции |
| **По характеру изменений мозга** | |
| Ишемический инсульт:  тромботический инсульт, эмболический инсульт | Возникает вследствие закупорки сосуда атеросклеротической бляшкой или тромбом |
| Геморрагический инсульт | Возникает вследствие кровоизлияния в вещество мозга или под мозговые оболочки при гипертоническом кризе, разрыве измененного сосуда (аневризмы) |
| Сочетанный инсульт | Сочетание ишемического поражения с кровоизлиянием |
| **По течению** | |
| Прогрессирующий инсульт (инсульт «в ходу») | Характеризуется нарастанием симптоматики |
| Завершившийся инсульт | Неврологические симптомы, достигнув пика своего развития, стабилизировались |

***Общемозговые симптомы***: головная боль, тошнота, рвота, потеря сознания.

***Очаговые симптомы***: расстройство движений, речи, нарушение чувствительности в одной половине тела.

Для инсульта характерно появление симптомов со стороны нервной системы на фоне уже существующего сосудистого страдания: атеросклероза, артериальной гипертензии, сочетания атеросклероза и артериальной гипертензии и некоторых других болезней (болезней крови, сахарного диабета и др.).

**Факторы риска. Патогенез**

Термином «факторы риска» обозначают особенности образа и условий жизни, а также организма человека, которые не являются причинами заболеваний, но увеличивают вероятность их возникновения(табл. 2.4).

Таблица 2.4.

**Факторы риска развития инсульта**

|  |  |
| --- | --- |
| **Внутренние факторы риска** | |
| Регулируемые (поддающиеся коррекции) | Нерегулируемые |
| Артериальная гипертензия (диастолическое АД — 100 мм рт. ст.), сахарный диабет, нарушения сердечного ритма, изменения крови, ожирение, гиперхолестеринемия | Возраст, пол, раса, отягощенная наследственность — инсульт, инфаркт миокарда, гипертоническая болезнь у ближайших родственников, инсульт или транзиторные ишемические атаки в анамнезе |
| **Внешние факторы риска** | |
| Регулируемые | Нерегулируемые или малорегулируемые |
| Малоподвижный образ жизни, вредные привычки (курение), продолжительный прием оральных контрацептивов, избыточное потребление соли | Эмоциональный стресс, неблагоприятные жилищно-бытовые и социально-экономические условия, особенности экологии |

К факторам риска развития инсульта относятся также:

— ишемическая болезнь сердца;

— атероматоз восходящей аорты;

— пролапс митрального клапана;

— стенозы магистральных артерий головы;

— инфекционное заболевание в предшествующую неделю.

Чем больше перечисленных факторов у одного пациента, тем выше степень риска развития инсульта (в %):

— 1—2 фактора — в среднем 6%;

— 3 фактора и более — в среднем 19%.

Вне зависимости от типа инсульта происходит обеднение мозгового кровотока, которое приводит к гибели нейронов. Вокруг зоны некроза нейронов формируется зона так называемой ишемической «полутени», кровоток в которой присутствует, но значительно снижен. Эти клетки в течение определенного времени способны сохранять жизнеспособность, поэтому чрезвычайно важно при возникновении первых признаков НМК обратиться за квалифицированной медицинской помощью.

**Клиническая картина**

Симптоматика инсульта обширна и многообразна. При страдании мозга, связанном с нарушением кровообращения, можно выделить следующие симптомы.

**Синдром нарушения движений**. При инсульте чаще всего возникают двигательные расстройства в одной половине тела (гемиплегии, гемипарезы) или во всех конечностях (тетраплегия, тетрапарез).

По тяжести двигательных расстройств выделяют:

— паралич (плегию) — полную утрату функции конечности;

— парез — частичную утрату функции конечности.

В остром периоде инсульта тонус пораженных мышц обычно снижен, наблюдается мышечная гипотония. В последующем тонус мышц повышается, развивается спастический парез вплоть до формирования характерной позы больного, перенесшего инсульт (поза Вернике — Манна): рука приведена к туловищу, согнута в локтевом и лучезапястном суставах, пальцы кисти согнуты в кулак, нога разогнута во всех суставах.

Синдром нарушения движений также включает координаторные нарушения, характеризующиеся шаткостью, неуверенностью походки; при относительно сохранной мышечной силе делается невозможным осуществление мелких, точных движений (трудно взять чашку, причесаться, одеться). Нарушение координации часто связано с головокружением, что делает больного беспомощным даже при сохранном сознании и мышечной силе и требует специального ухода.

**Синдром нарушений чувствительности**. Чаще всего двигательные расстройства сопровождаются онемением лица, руки, ноги с той же стороны (гипостезия). Однако может встречаться повышенная чувствительность к внешним раздражителям в одной половине тела (гиперестезия).

**Синдром речевых нарушений**. Из речевых расстройств при инсульте чаще встречаются дизартрия (затруднение произнесения слов вследствие нарушения координации между движениями губ, языка, нёба) и афазия (нарушение собственной речи и / или понимания речи окружающих), что затрудняет активный контакт с больным.

В остром периоде инсульта возможно развитие и других синдромов: нарушений дыхания, кровообращения, пищеварения, мочевыделения

Субарахноидальное кровоизлияние возникает в результате разрыва внутричерепной аневризмы, которая чаще располагается на артериях основания мозга или в области ветвей средней мозговой артерии.

Симптомы: внезапная острая головная боль в области лба, затылка, которая затем становится разлитой. Почти одновременно с головной болью возникает тошнота, многократная рвота, может наступить потеря сознания (от 10—20 мин до нескольких суток), большая вероятность возникновения эпилептического припадка, быстрого развития менингеальных симптомов (светобоязнь, общая гиперестезия, повышение температуры тела до 38—39 °С). Иногда наблюдается психомоторное возбуждение, психические расстройства (от небольшой спутанности сознания, дезориентировки до тяжелых психозов).

Внутримозговые кровоизлияния наиболее часто развиваются при артериальной гипертензии, обусловленной заболеваниями почек, при системных сосудистых заболеваниях, сопровождающихся повышением АД. Могут возникнуть при врожденной ангиоме, при микроаневризмах, сформировавшихся после черепно-мозговой травмы или септических состояний, при заболеваниях, сопровождающихся геморрагическими диатезами (лейкемия, уремия, болезнь Верльгофа).

Характерно сочетание развития общемозговых и очаговых симптомов: внезапная головная боль, рвота, нарушение сознания (от легкого оглушения до глубокой комы), одновременное развитие гемипареза или гемиплегии, тахикардия с высоким АД, повышение температуры тела.

Ишемический инсульт возникает в связи с полным или частичным прекращением поступления крови в мозг по какому-либо сосуду в результате тромбоза, эмболии, спазма сосудов, патологии магистральных сосудов или резкого падения АД. Основная причина ишемического инсульта — атеросклероз сосудов мозга. Может развиться в любое время суток. Отличительная особенность ишемического инсульта — преобладание очаговых симптомов над общемозговыми.

Симптомы: головная боль, рвота, спутанное сознание (часто наблюдается при быстром развитии инсульта), возможна задержка мочи, парезы, параличи, нарушение психики, головокружение, на­рушение слуха, зрения, вегетативные расстройства, возможно развитие комы с нарушением жизненно важных функций — дыхания и сердечной деятельности.

Дисциркуляторная энцефалопатия — клиническое проявление церебрального атеросклероза. Для ее начальных стадий характерны тяжесть в голове, шум в ушах, головокружение, головная боль, раздражительность, слезливость, эмоциональная неустойчивость, ослабление памяти, снижение работоспособности, нарушение сна. По мере развития атеросклероза, вышеперечисленные симптомы нарастают и появляются признаки органического поражения нервной системы: патологические рефлексы, нарушение координации, письма, речи; суживается круг интересов, нарастает эгоизм, падает работоспособность.

При резко выраженной энцефалопатии грубо нарушается память, снижается интеллект, развиваются паркинсонический синдром, слабоумие, инсульты.

При нарушении мозгового кровообращения у пациента могут возникнуть следующие проблемы:

— нарушение сознания (сопор, кома);

— головная боль;

— тошнота, рвота;

— головокружение;

— дефицит самообслуживания (строгий постельный режим; парезы, параличи);

— недостаток самообслуживания (тремор, слабость);

— нарушение мочеотделения и дефекации;

— состояние эпилептического приступа;

— высокая температура;

— психомоторное возбуждение;

— беспокойство по поводу заболевания и его последствий;

— нарушение сна;

— плаксивость;

— депрессия и т.д.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ИНСУЛЬТОМ

В первые минуты мозговой катастрофы необходимо уложить больного таким образом, чтобы голова и плечи лежали на подушке и не возникало сгибания шеи и ухудшения кровотока по позвоночным артериям. Именно первые минуты при данной патологии — самые дорогие, это связано с тем, что в этот временной промежуток медицинская помощь может быть наиболее эффективной. При транспортировке больного необходимо соблюдать следующее правило: больной транспортируется исключительно лежа, только если это не кома третьей стадии.

Протяженность постельного периода зависит от типа инсульта, общего состояния больного, стабильности неврологических нарушений и жизненно важных функций. В случае удовлетворительного общего состояния больного, при ишемическом инсульте, не прогрессирующих неврологических нарушениях и стабильной гемодинамике постельный режим может ограничиваться 3—5 днями, в остальных случаях он не должен превышать двух недель, если нет соматических противопоказаний. Если произошло кровоизлияние в мозг, постельный режим рекомендуется в течение 1—2 нед с момента заболевания.

Возможные осложнения при инсульте и их профилактика

Уход за пациентом и профилактика возможных осложнений должны быть начаты с первых часов после инсульта и включать все меро­приятия, связанные с беспомощным состоянием пациента, ограничительным режимом и важнейшими компонентами лечения больных инсультом.

**Наиболее часто встречающиеся осложнения при инсульте:**

— застойные явления в легких, гипостатическая пневмония, дыхательная недостаточность;

— развитие трофических нарушений кожи (пролежни);

— травматизация больных вследствие угнетения сознания и/или психомоторного возбуждения;

— развитие контрактур и артропатий;

— истощение и обезвоживание;

— тромбоэмболические осложнения;

— нарушение функций тазовых органов.

**Пневмония**

Пневмония — одно из самых частых осложнений раннего периода. Это в 15—25% случаев ведущая причина смерти больных на первой неделе после инсульта. Для предотвращения застойных явлений в легких, лежачего больного необходимо каждые 2 ч поворачивать в постели. Как только общее состояние позволит, нужно активизировать его: вначале усаживать на несколько минут в постели, повторяя это несколько раз в день и подкладывая при этом под спину подушки. Если больной в сознании, с первых же дней нужно заниматься с ним дыхательной гимнастикой. Необходимо также каждые 2 ч побуждать пациента к резким вдохам и выдохам — для более активной вентиляции легких. Весьма эффективна в этих случаях дыхательная гимнастика Стрельниковой, а также надувание резиновых шаров или детских резиновых игрушек. Необходимо проводить как общий, так и вертикулярный массаж — постукивание по спине ребром кулака (вибрационный массаж). Это помогает отделению мокроты и предотвращает застойные явления в лёгких. Массаж проводится каждые 4 ч, в течение 5—10 мин. Помещение, в котором находится больной, должно периодически проветриваться. На это время больного укрывают одеялом, на голову надевают вязаную шапочку или платок.

**Инфекции мочевыводящих путей**

Инфекции мочевыводящих путей — частое осложнение при остром нарушении мозгового кровообращения и одновременно причина гипертермии. Задержка мочи довольно часто наблюдается в острейшей фазе инсульта. В большинстве случаев инфекции мочевыводящих путей, появившиеся в больнице, связаны с катетеризацией мочевого пузыря. При наличии постоянного катетера вероятность инфекции уменьшается при регулярном промывании мочевого пузыря антисептиками и обильном питье. В дальнейшем следует как можно быстрее перейти от постоянного катетера к периодической катетеризации.

Если больной не контролирует мочеиспускание, следует использовать одноразовые подгузники или впитывающие пеленки, которые меняют каждые 4 ч. Можно использовать специальные мочеприемники. Не реже 2 раз в день необходимо обмывать кожу в области половых органов и анального отверстия теплым слабо розовым раствором марганцовокислого калия или раствором фурацилина 1:5000 и просушивать, промокая эти участки хлопчатобумажными салфетками.

Поддержание нормальной температуры тела

Сигналом тревоги служит резкое изменение температуры, чаще всего ее внезапное повышение. Измерять температуру следует каждые 4 ч. Причина лихорадки у больных с инсультом — чаще всего аспирационная пневмония или мочевая инфекция, требующие адекватной антибактериальной терапии.

Предупреждение тромбоза глубоких вен

У лежачих больных кровоток замедляется. Это способствует тромбообразованию. Развивается тромбоз вен нижних конечностей (чаще в парализованной ноге).

При геморрагическом инсульте рекомендуется бинтовать ноги эластичным бинтом или применять противоэмболические чулки. В течение дня бинты или чулки снимают, по крайней мере, дважды на 30 мин. Обычно бинтуют голени до колена или середины бедра. Без профилактического лечения тромбоз глубоких вен голени возникает у 70% больных с гемипарезом, причем в 2—3% случаев вызванная им тромбоэмболия легочной артерии бывает причиной летального исхода.

Питание больного

Питание больного следует начинать с 1—2-х суток. Чтобы избежать аспирации, предварительно нужно определить, нет ли у больного дисфагии. Кормить больного полагается при нахождении его в положении Фаулера (полусидя). Для этого следует поднять головной конец кровати, при необходимости положить подушки под голову или специальную подставку. Обязательно фиксировать количество выпитого и съеденного. Следует помнить, что насильственное кормление или поение больных с нарушением глотания может привести к аспирационной пневмонии. В первый день пациенту, находящемуся в нетяжелом состоянии, без угнетения сознания и нарушения глотания, назначаются бульон, фруктовые соки, сладкий чай, детские питательные смеси. Со второго дня диету расширяют, она должна состоять из легкоусвояемых продуктов. При нарушении моторики желудочно-кишечного тракта питание больного осуществляют парентерально.

Пациентам, находящимся в бессознательном состоянии, в первые сутки вводят в/в растворы, содержащие электролиты, глюкозу (при нормальном содержании глюкозы в крови), плазмозамещающие растворы, белковые, липидные и аминокислотные смеси. С третьих суток, при необходимости зондового питания, в желудок вводят тонкий пластиковый назогастральный зонд, смазанный стерильным вазелиновым маслом.

Питательные смеси, разведенные до консистенции жидких сливок, применяют в подогретом виде (температура 37-40 °С) по 50-150 мл 4—5 раз в сутки. Зонд закрывают на 1 ч, затем открывают для декомпрессии желудка. В примерный состав питательной смеси, вводимой через зонд в течение суток, входят 1 л овощного или крупяного отвара, 500 мл молока (при его переносимости), 100 г сахарного песка, 50 г сливочного масла, 40 г толокна, 60 г яичного порошка. Суточная калорийность зондового питания примерно 2000 ккал.

Уход за слизистыми оболочками и кожей

Обработку полости рта и носа проводят салфетками, смоченными в растворе фурацилина и намотанными на корнцанг. Иногда используют шприц с физиологическим раствором. Обрабатывают полость рта и носа 2 раза в день, утром и вечером). Больным в коматозном состоянии эту процедуру проводят 6 раз в день, пациентам с умеренным расстройством сознания — немного реже, остальные выполняют ее сами.

Катетеризированным пациентам регулярно промывают мочевой пузырь и катетер фурацилином. Соответственно, если катетер забился, его нужно поменять.

Для профилактики пролежней и опрелостей необходимо несколько раз в день обрабатывать кожу больного дезинфицирующими растворами. В течение дня места возможного появления пролежней протирают 10% раствором камфорного спирта, 1—2% спиртовым раствором салициловой кислоты, 40% этиловым спиртом.

Обработку кожных покровов проводят, например, раствором, приготовленным из разведенного спирта (водки) и шампуня (в пропорции 1:4). Сначала всю кожу протирают тампоном, смоченным в этом растворе, потом омывают губкой, смоченной в теплой воде, затем все протирают насухо, т.е. одновременно производят дезинфекцию, мыльную обработку и массаж. Такие манипуляции выполняют 2 раза в день — утром и вечером.

Для уменьшения давления на места возможного возникновения пролежней используют легкое одеяло и легкое хлопчатобумажное постельное белье или специальную подставку под одеяло.

Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Если риск развития пролежней высок, то лучше всего использовать специальный противопролежневый матрац. При невысоком риске более удобен и гигиеничен поролоновый матрац толщиной не менее 10 см. Если пролежни уже возникли, то лечение зависит от стадии их развития. Пролежни смазывают концентрированным раствором перманганата калия 4—5 раз в сутки и накладывают на них специальные мази: ируксол\*, солкосерил\*, масло шиповника или облепихи. Если пролежни возникли в области крестца, то под таз подкладывают резиновый круг (помещенный в хлопчатобумажный чехол) таким образом, чтобы поврежденный участок кожи находился над отверстием. Инфицированные пролежни обрабатывают антисептическими растворами. Некротические участки иссякают.

Размещение пациента в кровати

В остром периоде показан полный покой. Пациента необходимо уложить на спину, приподняв головной конец, и исключить риск падения с кровати. Желательно использовать койки с боковыми бортиками, предупреждающие падение пациентов, находящихся в бессознательном состоянии. Каждые 2 ч необходимо переворачивать больного.

Предупреждение контрактур

У больного со спастическим гемипарезом усиление тонуса распределяется неодинаково: в руке преобладает тонус сгибателей (сгибание в локтевом и лучезапястном суставах), в ноге — разгибателей (разгибание в голеностопном и коленном суставах). В результате формируется патологическая поза, образно называемая «рука просит, нога косит». Впоследствии развиваются контрактуры, препятствующие восстановлению двигательных функций. Чтобы избежать развития мышечных контрактур уже с 5—6-го дня после инсульта для парализованных конечностей создают специальную укладку, так называемое лечение положением. Руку укладывают отведенной в плечевом суставе, разогнутой в локтевом суставе, в кисть вкладывают марлевый валик или специальный конус. Ногу слегка сгибают в коленном суставе, подкладывая под него валик. Для профилактики «свисающей стопы» стопе придают положение максимального тыльного сгибания при помощи упора к гладкой деревянной поверхности или резиновой тяги. Эту процедуру следует повторять несколько раз в день по 15— 20 мин, затем стопе придают прежнее положение.

**Принципы выполнения программы реабилитации**

Раннее начало реабилитационных мероприятий, которые проводят с первых дней инсульта (если позволяет общее состояние больного), помогает ускорить темп и сделать более полным восстановление нарушенных функций, предотвратить развитие вторичных осложнений.

Длительность и систематичность восстановительной терапии достигаются только благодаря правильно организованной реабилитации, которую нужно начинать уже в ангионеврологическом отделении, затем продолжать в реабилитационном отделении больницы и/или в реабилитационном центре и в дальнейшем осуществлять или на базе реабилитационного отделения (или кабинета) поликлиники, или в реабилитационном санатории.

Непрерывность — восстановительное лечение проводят, начиная с момента возникновения болезни вплоть до полного возвращения человека в общество с использованием всех организационных форм реабилитации.

Больные и члены их семей должны принимать активное участие в реабилитационном процессе, в частности в выполнении «домашних заданий» во второй половине дня и в выходные дни.

Реабилитация пациента после инсульта — процесс чрезвычайно длительный, включающий двигательную, речевую, социальную, психологическую реабилитацию. Суммируя все факторы, нарушающие нормальную жизнедеятельность человека при инсульте и снижающие уровень социальной адаптации, можно выделить пять степеней снижения социально-бытовой активности.

Первая степень характеризуется незначительными неврологическими расстройствами (легкое уменьшение мышечной силы, начальные координаторные расстройства, проявляющиеся замедлением выполнения точных кистевых манипуляций, тремор кистей). Амплитуда движений в полном объеме. Задача — трудотерапевтическая тренировка, упражнения, направленные на улучшение мелкой моторики и координации движений.

Вторая степень — уменьшение мышечной силы и повышение утомляемости мышц, передвижение без посторонней помощи и ортопедической зависимости, но с патологическим типом походки. Задача — тренировка пораженных мышц, упражнения, направленные на улучшение ходьбы.

Третья степень — изменение позы, походки вследствие спастичности мышц, чувствительные расстройства в одной половине туловища, при сохранности речевого контакта, передвижения в палате без помощи, вне палаты — с тростью. Задача — тренировка координации движений, упражнения, направленные на снижение тонуса мышц, обучение правильной ходьбе при помощи трости, тренировка бытовых манипуляций (застегивание пуговиц, зашнуровывание обуви и др.).

Четвертая степень — резко выраженные неврологические расстройства с сохранностью произвольных движений в проксимальных отделах пораженных конечностей, отсутствие движений в кистях, возможны движения, направленные на изменение положения тела, речевой контакт частичный или полный, имеется ортопедическая зависимость больных — использование трости, ходунков, необходима посторонняя помощь при передвижении. Задача — достижение частичного самообслуживания (самостоятельное питание, пользование туалетом, одевание).

Пятая степень — тяжелейшие, инвалидизирующие расстройства: гемиплегия с выраженной спастичностью, тазовые нарушения, атрофия мышц. Тяжесть состояния усугубляется декомпенсацией заболеваний внутренних органов, изменением высших мозговых функций, личности и психики. Задача — улучшение общего состояния больного, попытка достичь частичного самообслуживания, профилактика осложнений.

В процессе реабилитации следует целенаправленно вырабатывать навыки самообслуживания во время еды, туалета и одевания. По мере того как общее состояние больного начинает улучшаться, начинают появляться произвольные движения в тазобедренных суставах, больного начинают сажать в кровати. Сажают сначала с опорой спины, затем начинают опускать ноги, и он сидит самостоятельно, поставив ноги на скамейку. Важно при прохождении этих этапов обращать внимание на правильное положение парализованной стопы. При изменении положения пациента, в положении лежа, сидя или стоя, ему обязательно постоянно помогает медперсонал. К обучению самостоятельной ходьбе приступают еще в период постельного режима, при этом про­изводят пассивные или активные движения (сгибание и разгибание) в паретичной конечности. Если у больного при изменении положения тела не возникает ни головокружения, ни изменения частоты пульса, т.е. он хорошо переносит положение сидя, то ему помогают вставать, его постепенно приучают опираться на парализованную конечность и переносить тяжесть тела на нее. При благоприятном течении периода реабилитации на 4—6-й неделе после инсульта больного начинают активно учить самостоятельно ходить. Вначале требуется помощь двух человек, так как его необходимо придерживать с двух сторон, при этом пациент должен осторожно, постепенно нагружать паретичную ногу, наклоняя при этом туловище вперед.

При проведении гимнастики пассивные движения паретичными конечностями выполняют в медленном темпе, осторожно, при этом стараются не вызвать боли или повышения тонуса мышц. Несмотря на кажущуюся малую физическую нагрузку при выполнении пассивных упражнений, у больного, перенесшего инсульт, даже эти упражнения отнимают много сил. Учитывая этот факт, для снижения общей нагрузки пассивную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями и отдыхом.

Гимнастические упражнения в зале лечебной физкультуры должны быть непродолжительными и повторяться по возможности часто. Самое важное — регулярность занятий, они должны быть ежедневными, проходить в одно и то же время. Все упражнения нужно выполнять симметрично, следует контролировать правильность выполнения задания. Во время проведения упражнений необходимо учитывать, что основная нагрузка должна приходиться на непораженные конечности.

Для реабилитации мелких движений руки с успехом используют лепку, различные мячи, кубики, движение со скользящими поверх­ностями. Для восстановления бытовых навыков используют упражнения, при которых пациент застегивает и расстегивает пуговицы, на специальных обучающих стендах с застежками - «молниями», замками с ключами и многими другими предметами.

Массаж назначают как можно раньше, рекомендуется приступать к нему уже со второго дня. При хорошем состоянии больного делают сегментарный массаж и точечный массаж. Продолжительность массажа при первых процедурах составляет 5—7 мин, а в дальнейшем продлевается до 20—30 мин. Курс лечения состоит из 20—30 процедур, которые проводят ежедневно. После окончания курса массажа делают перерыв на 1,5—2 мес, после чего лечение массажем повторяют.

**Вторичная профилактика**

Риск возникновения повторного инсульта очень велик. Поэтому для каждого больного разрабатывается индивидуальная программа вторичной профилактики. Она включает в себя обязательное соблюдение гипохолестериновой диеты, контроль и коррекцию уровня АД, постоянный прием препаратов, снижающих риск тромбообразования. Важны умеренная физическая активность, соблюдение режима сон-отдых, необходимо избегать чрезмерного психоэмоционального перенапряжения. Существуют спе­циальные школы для больных инсультом и их родственников, которые помогают в адаптации больного к ежедневной активности. Строгое соблюдение рекомендаций врача, посещение школ, регулярное наблюдение у невролога поликлиники помогут снизить риск возникновения повторного инсульта, улучшить качество жизни и продлить ее.

Общие рекомендации

1. Помощь больным в приеме пищи и жидкости.

Некоторым больным после инсульта трудно глотать. Они могут не чувствовать пищу или жидкость во рту. В некоторых ситуациях возникают трудности с жеванием и выработкой слюны. Поэтому пища, употребляемая больным, должна обладать определенными качествами. Готовить пищу надо так, чтобы ее было легко жевать и глотать. Она должна быть средней температуры, вкусно пахнуть. Это стимулирует выработку слюны и облегчает проглатывание. Не стоит употреблять вязкие продукты, которые трудно глотать: вязкие каши, йогурты, сиропы, вязкие фрукты (бананы, хурма). Не давайте больному слишком сухие, жесткие продукты, например, рис, поджаренный хлеб, печенье.

Выделяйте больше времени на еду - 30 или 40 мин. Убедитесь, что больной находится в сидячем положении от 45 до 60 мин после окончания приема пищи. Пища, оставшаяся в пораженной стороне рта, должна быть осторожно удалена ватным тампоном или пальцем, если больной не может сделать этого сам.

2. Помощь в одевании. Часто инсульт затрагивает двигательную систему, что ограничивает передвижение больного. Для облегчения процесса одевания рекомендуйте больному одеваться сидя. Когда вы помогаете больному, первоначально надевайте одежду на пораженную руку или ногу, затем - на здоровую половину. Процесс раздевания должен протекать в об­ратном порядке. Одежда должна иметь простую фурнитуру: застежки с липучками вместо пуговиц, эластичный пояс вместо ремня или подтяжек, обувь без шнурков. Предпочтительнее одежда, которую не нужно надевать через голову. Используйте устройства, которые будут помогать больному самостоятельно одеваться - например, крючок, кольцо или веревочка, прикрепленные к молнии, чтобы тянуть ее вверх.

*3. Помощь* в обеспечении личной гигиены. Гигиенические процедуры должны осуществляться в теплом помещении; положите в ванну или в душевую кабину нескользящий коврик; убедитесь, что пол нескользкий. Можно прикрепить перила или поручни к стенам, что поможет больному входить и выходить из ванны. Проверяйте температуру воды локтем во избежание чрезмерного охлаждения больного или ожога. Сначала помойте больному лицо и руки. Область гениталий должна быть помыта в последнюю очередь. При полном обездвиживании мыть больного в лежачем положении удобнее и безопаснее, чем пере­двигать его в ванне. При мытье больного в лежачем положении каждую часть тела необходимо мыть и высушивать по очереди.

Гигиена полости рта должна осуществляться каждое утро, вечером и после каждого приема пищи. Для этого используйте зубную щетку и немного зубной пасты во избежание удушья. При бритье безопаснее использовать электробритву.

Часто больному инсультом трудно справляться с ежедневными простыми делами, задачами. Поэтому родственникам и друзьям важно помогать больному, поддерживать его, стимулировать к активной работе - гимнастике, занятиям речью; это поможет ему как можно быстрее адаптироваться к обычной жизни.

**Концепция Бобаттерапии**

Бобат терапия — эффективная методика реабилитации пациентов с органическими поражениями головного мозга, в том числе детского церебрального паралича (ДЦП), и последствий ишемического инсульта. Применение концепции позволяет достигать результатов в виде полного восстановления двигательной активности пациентов разного возраста.

Методика разработана британскими специалистами: физиотерапевтом Бертой Бобат и нейрофизиологом Карлом Бобат в 1943 году. Путем длительных наблюдений за пациентами со спастическими нарушениями мускулатуры Берта выявила закономерность в эффективном взаимодействии психики и тела в лечении и укреплении всего организма, а не отдельных его частей. А Карл как профессор психотерапии и нейрофизиологии научно обосновал концепцию нейродинамической реабилитации и создал практический алгоритм ее применения в работе с пациентами.

**Показания к Бобат терапии**

Применение Бобат терапии рекомендовано при следующих патологиях:

1.ДЦП

2.Задержка психомоторного развития.

3.Спазмирование конечностей.

4.Нарушения движения и равновесия.

5.Опухоли и воспаления головного мозга.

6.Последствия инсульта.

7.Рассеянный склероз.

При всех этих заболеваниях применение техник Бобат терапии дает результаты в виде повышения качества двигательной активности.

**Принцип действия Бобат терапии**

Концепция основана на выработке у пациента управляемых, рациональных и осознанных движений, которые позволяют снижать мышечные спазмы.

Так как мозг человека пластичен, он способен к реорганизации, то есть здоровый участок мозга может обучаться и выполнять задачи, которые ранее выполнялись поврежденным участком мозга. С помощью комплекса физических упражнений и мануальных техник тело больного обучается заново выполнять необходимые движения самостоятельно.

Лечение по методике Бобат предполагает постепенную адаптацию пациента к нормальному образу жизни без физического дискомфорта.

Основные принципы Бобат терапии для взрослых и детей:

1.Безболезненность — упражнения не должны доставлять пациенту никакой боли или дискомфорта.

2.Регулярность — для получения результатов терапия должна выполняться ежедневно.

3.План лечения — реабилитационные мероприятия выполняют исходя из динамических возможностей пациента.

4.Разнообразие упражнений — Бобат терапию проводят с постепенным усложнением упражнений.

5.Непрерывный контроль со стороны лечащего врача и инструктора ЛФК, в ряде случаев к лечению подключают неврологов, ортопедов и нейрохирургов.

Реабилитация пациентов с помощью Бобат терапии предполагает работу терапевта с использованием специального стола, матов, мануальные техники и обучение движениям.

Во время упражнений задействованы ослабленные и парализованные части тела. Происходит обучение пациента восприятию своего положения в пространстве и контролю движений всей мускулатуры.

Для достижения результатов пациентам нужно научиться самостоятельно контролировать мышечный тонус, правильно применяя навыки напряжения и расслабления, выполнять движения по психомоторному стереотипу, что позволяет вернуть координацию.

**Бобат терапия в реабилитации инсульта**

Восстановление пациента после инсульта строится на постоянном взаимодействии с реабилитологом. Доктор дает пациенту возможность восстановить двигательную активность через «новый путь», пользуясь пластичностью нервной системы. В этой концепции организм человека рассматривают как единую систему, где все мышцы и ткани взаимосвязаны. И, воздействуя на здоровую часть тела, можно постепенно вернуть подвижность пораженной.

Упражнения направлены на снижение чрезмерного напряжения мышц. В основе метода лежит растяжение мышц-разгибателей. В курсе лечебной гимнастики предусмотрен большой спектр упражнений на растяжение и укрепление мышц с целью возвращения чувствительности и самостоятельного управления телом.

**Результаты лечения у взрослых**

Каждое действие методики направлено на достижение пациентом одной из следующих целей:

*Ингибиция* — пациент может самостоятельно удерживать непроизвольные движения тела.

*Фасилитация* — с использованием направляющих движений по растяжке и расслаблению мышц тело пациента запоминает, как именно нужно двигаться.

*Достижение самостоятельности*. В занятия включаются разные элементы обслуживания себя, которые пациент должен освоить, чтобы обходиться без помощи родственников.