



ЦЕНТР МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ

КОГБУЗ «МИАЦ», Кировская область

ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Занятие 2





ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Положение **ЛЕЖА НА СПИНЕ**

В целом НЕЖЕЛАТЕЛЬНО!



- **голова пациента должна находиться по средней линии, а туловище на пораженной стороне – вытянуто;**
- **плечо паретичной конечности (где ограничено движение с полной потерей или ослаблением мышечной силы) следует поддержать подушкой;**
- **для выравнивания таза и устранения поворота ноги во всех суставах под больной ягодицей должна находиться плоская подушка (1,5-2 см), больная нога не должна быть развернута кнаружи;**
- **ничего не следует класть в руку (на ладонь), это приведет к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта;**
- **следите, чтобы стопа паретичной ноги ни во что не упиралась.**



ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Положение НА ЗДОРОВОМ БОКУ

ОПТИМАЛЬНЫЙ ВАРИАНТ



- голова пациента должна находиться по **средней линии**, а туловище на пораженной стороне – **вытянуто**;
- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут;
- тело не изогнуто;
- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддержана по всей длине;
- кисть больной руки находится в **среднефизиологическом** положении, не свисает с подушки;
- стопа паретичной ноги ни во что не упирается;
- ничего не лежит в больной руке.



ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО В ПОСТЕЛИ

Положение НА БОЛЬНОМ БОКУ



- **больное плечо вынесено вперед, больная нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;**
- **ничего не лежит в больной руке;**
- **больная стопа ни во что не упирается;**
- **голова находится на одной линии с туловищем.**



ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО СИДЯ В КРЕСЛЕ

Возможно, если пациент может пересесть сам или с небольшой посторонней помощью

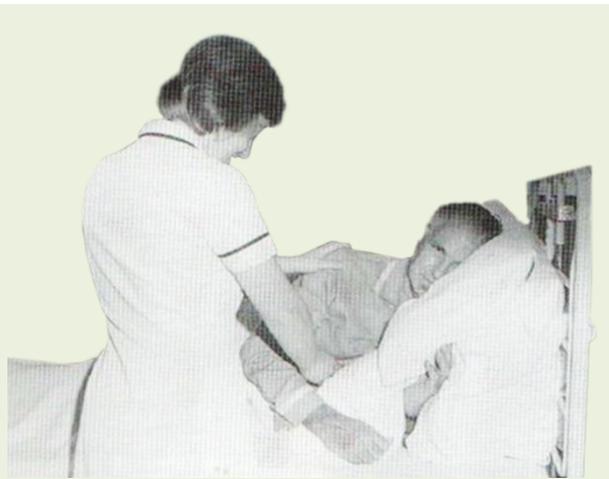
УБЕДИТЕСЬ, ЧТО:

- пациент сидит симметрично;
- вес пациента равномерно распределен на обе ягодицы;
- больное плечо выносится вперед и поддерживается подушкой;
- больную руку поддерживает под локоть подушка;
- кисть не свисает;
- нет перекоса таза, при необходимости под ягодицу с пораженной стороны подкладывается плоская подушка;
- бедра полностью располагаются на сидении;
- больная нога не развернута к наружи;
- стопы полностью стоят на подставке;
- ноги согнуты во всех суставах под углом примерно 90°.



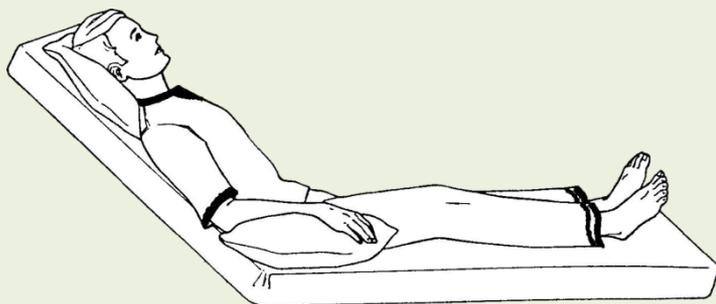


ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО



Если нет особых противопоказаний, оптимальной позицией нужно считать положение **на здоровом боку с приподнятым изголовьем.**

Это положение обеспечивает наилучшую дыхательную функцию.



Можно использовать и положение **на спине с приподнятым изголовьем.**

- ✓ Изголовье должно быть достаточно длинным, чтобы на нем могла быть расположена вся верхняя половина тела пациента.
- ✓ Оптимальный угол между горизонтальной частью кровати и изголовьем – 30°.
- ✓ Угол должен приходиться на ягодицы, а не на поясницу.
- ✓ В этом положении пациент может принимать пищу, если ему еще не разрешено сидеть вертикально.



ПОЛОЖЕНИЕ БОЛЬНОГО

Придать правильное положение больному можно, используя подушки

В среднем для оптимальной укладки требуется 5-8 подушек.



В зависимости от степени формирования контрактур (ограничений движений в суставе) используется:

- **либо среднефизиологическое положение (нет контрактур),**
- **либо с использованием подушек.**

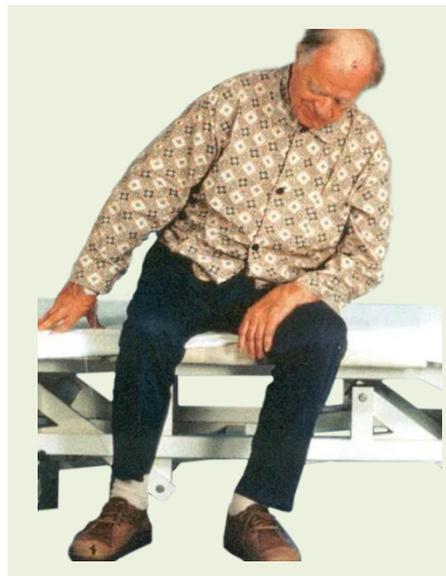


СИНДРОМЫ ОТТАЛКИВАНИЯ И ПРИТЯГИВАНИЯ

При выраженном синдроме отталкивания (PUSH-синдроме)

больной опирается на подлокотник кресла напряженно выпрямленной здоровой рукой, игнорируя при этом больную сторону, при этом больной отклоняется в парализованную сторону.

Обычно это бывает при поражении правого полушария в сочетании с неглект-синдромом.



ОБЯЗАТЕЛЬНЫ:

- частая **вертикализация**,
- **присаживание** с переносом тела на здоровую сторону.

При выраженном синдроме притягивания (PULL-синдроме, бывает редко)

больной склоняется на здоровую сторону, вплоть до падения на нее.

Обычно это бывает при поражении левого полушария.

ОБЯЗАТЕЛЬНЫ:

- **присаживание** с переносом тела на парализованную сторону.



НЕГЛЕКТ-СИНДРОМ

Неглект-синдром – одностороннее пространственное игнорирование, при котором больной с поражением мозга не реагирует на стимулы, предъявляемые в половине пространства, противоположной пораженной области.

Согласно исследованиям, характер проявления синдрома зависит:

- от ведущей руки (степени правшества),
- возраста.

Левостороннее пространственное игнорирование отмечается у **56% больных (правшей)** с поражением правого полушария.

Правостороннее пространственное игнорирование – у **20% больных (левшей)** с поражением левого полушария.

Больной не может обнаружить стимул, ответить на него или сфокусировать на нем внимание, в результате этого он теряет равновесие и падает на паретичную сторону.



Нормальное восприятие



Восприятие с неглект-синдромом



НЕГЛЕКТ-СИНДРОМ. ОСОБЕННОСТИ УХОДА

Расположение предметов перед пациентом, постепенно, от одного занятия к другому, **смещение их в сторону поражения;**

обращение к пациенту во время общения с ним **с пораженной стороны;**

расположение стимулирующих объектов (прикроватная тумбочка, телевизор) **с пораженной стороны;**

расположение **кровати** пациента таким образом, чтобы **дверь в палате находилась с пораженной стороны;**

нанесение ярких меток на окружающие предметы;

использование игр, требующих широкого пространства (домино);

работа на листах, разделенных пополам;

анализ изображений предметов, имеющих симметричную правую и левую стороны (циферблат часов);

проведение занятий с пациентом, вырабатывающих у него **возможность потянуться здоровой рукой в здоровую сторону.**



ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР

Контрактура – стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущее к ограничению движений в суставе. Контрактуры могут быть следствием мышечного спазма при вынужденном длительном положении конечности.

УМЕНЬШИТЬ МЫШЕЧНЫЙ СПАЗМ МОЖНО:

- **правильным положением пациента в постели;**
- **сменой положения в постели;**



- **поддерживая комфортную температуру в помещении (+22 °C);**
- **выполняя несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах пораженных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных;**

- **для отдыха использовать положения, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование);**
- **выбирать положения, при которых пораженная сторона имела бы опору.**



ПРОФИЛАКТИКА БОЛЕЙ В СПИНЕ

Боли в спине возникают вследствие слабости мышц спины или развития мышечного спазма, затрудняющего движение и сидение. В результате появляется некоторая «разболтанность» сустава. В этой ситуации возможно ущемление в суставе околоуставных мягких тканей с последующим их повреждением, воспалением и болями.

Боль в плече также возникает вследствие слабости мышц.

- Избежать болей в спине и плече можно, **соблюдая правила позиционирования**,
- а также, избегая движений, напрягающих спину или усиливающих боль.
- **Активные и пассивные упражнения следует выполнять в горизонтальном положении, придерживая или фиксируя при этом конечность, при вертикализации – не более чем на 2-3 часа в течение суток.**
- Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью **нельзя поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть.**
- При переворачивании или другом перемещении больного следует **избегать потягивания за больную руку.**
- **Мышечная боль может уменьшиться при согревании:** для этого можно использовать грелку, бутылку с горячей водой, завернутую в полотенце. Важно помнить о нарушении чувствительности с парализованной стороны, поэтому при проведении тепловых процедур нужно постоянно контролировать поверхностное состояние кожи конечности. При появлении покраснения кожи во избежание ожога процедуру следует прекратить.
- **Полезными считают занятия плаванием** – чем теплее вода, тем больше расслабляются мышцы.



ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ БОЛЬНОГО

- 1** Всегда выбирайте **оптимальный метод перемещения**.
- 2** Носите **подходящую одежду и обувь**.
- 3** **Помогайте самостоятельным движениям больного**, не стремитесь передвигать его только своими силами.
- 4** **Убедитесь в однонаправленности Ваших намерений с намерениями больного**. Полезно, чтобы пациент выполнял движения под устные ритмичные инструкции. Необходимо всегда объяснять смысл движения пациенту, даже при подозрении, что он не слышит или не понимает.
- 5** **Уберите все лишнее**, что может помешать перемещению больного, а все необходимое положите ближе.

- 6** Если пациент сидит в инвалидном кресле, оно должно быть **поставлено на тормоз**.
- 7** **Правильно поставьте ноги, создайте себе устойчивую опору**. Если Вы работаете на кровати, создайте себе опору ступней (всей площадью на пол) и коленом. Правильно ставьте ступни для того, чтобы уменьшить перекручивание (вращение) позвоночника.



ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ ПРИ ПЕРЕДВИЖЕНИИ БОЛЬНОГО

- 8** **Держите пациента как можно ближе к себе.** Если нужно, пользуйтесь защитным индивидуальным приспособлением, например, эластичным поддерживающим поясом. Чтобы избежать выскальзывания пациента из слишком просторной одежды, можно надеть на него специальный широкий пояс с удобными рукоятками для удержания больного.
- 9** **Проверьте, достаточно ли удобны ручки, поручни кресла, ходунков,** за которые придется держаться. До начала перемещения пациента испытайте надежность ручек и сопоставьте ее с весом пациента.
- 10** **Избегайте статического наклона вперед.** Старайтесь сохранять прямую спину.
- 11** Во время перемещения сгибайте колени, а не спину; никогда не делайте разворотов тела.
- 12** Для удобства перемещения пациентов, особенно грузных или находящихся без сознания, **можно использовать скользящие простыни.** Они облегчают скольжение и позволяют предупреждать образование пролежней. Их можно сшить самим из плащевой ткани, например, в форме рукава.
- 13** Перемещая больного вручную, помните о своих физических возможностях и не превышайте их!

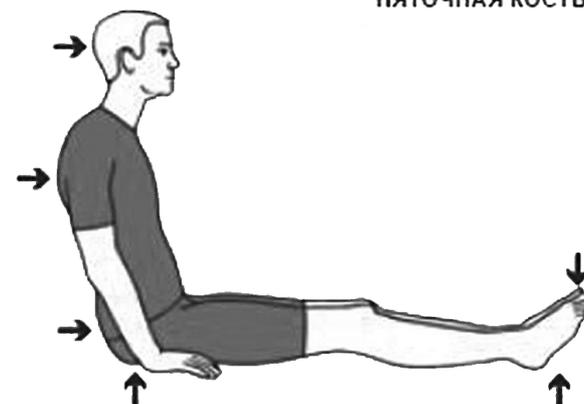
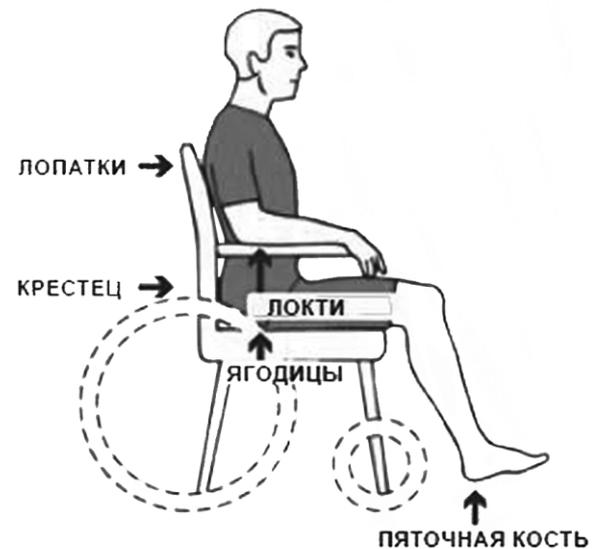
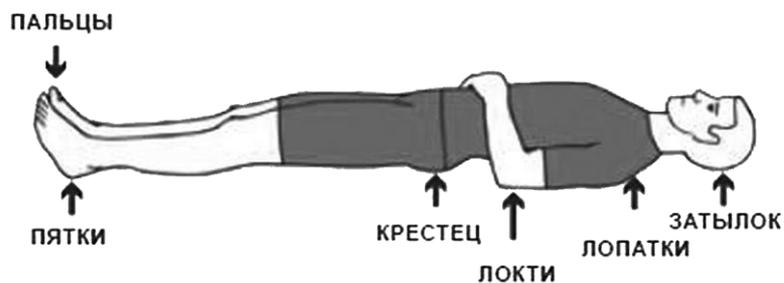




ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

При длительном пребывании в одном и том же положении происходит давление на кожу, особенно в области костных выступов, и наступает ухудшение кровоснабжения данного участка тела, что приводит к образованию **ПРОЛЕЖНЕЙ**.

ЗОНЫ РИСКА ОБРАЗОВАНИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ:





ПРОФИЛАКТИКА ПРОЛЕЖНЕЙ

Для профилактики пролежней необходимы:

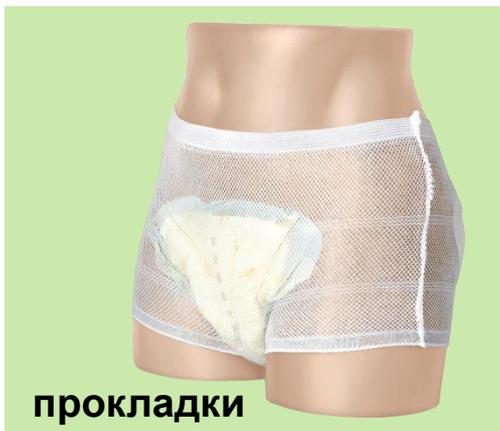
- ▶ **обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи** – поочередное обтирание губкой всех частей тела; растирание кожи камфорным спиртом **не рекомендуют**, так как это ведет к пересушиванию, подойдут жидкое мыло, шампуни, пенки, тоники, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных;
- ▶ **меняют позу:**
 - для лиц с высоким риском развития пролежней – **каждые 2 часа днем и 3,5 часа ночью;**
 - для лиц с очень высоким риском – **каждые 1-1,5 часа днем и 2,5-3 часа ночью;**
- ▶ только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и нарушением мочеиспускания по типу недержания следует прибегать к **постановке катетера Фолея**, поскольку применение памперсов приведет к развитию пролежней;
- ▶ **противопролежневые матрасы;**
- ▶ **следует проводить элементы массажа** (поглаживание и легкую вибрацию) участков кожи, подверженных наибольшему давлению для улучшения кровообращения в данных зонах;
- ▶ **нельзя сидеть близко к обогревателям**, если снижена болевая чувствительность, а в **холодную погоду необходимо тщательно укутывать ослабленные конечности**, надевая дополнительные носки, перчатки.





ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

К средствам ухода относят:



прокладки



подгузники



катетеры



кондомные мочеприемники
(наружные катетеры)

При выборе гигиенических средств необходимо учитывать:

- тип нарушения тазовых функций у больного,
- индивидуальные особенности пациента,
- материальные возможности больного и его семьи,
- а также сопутствующие заболевания.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

ПЛЮСЫ

МИНУСЫ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПОДГУЗНИКОВ

- ✓ пациент остается сухим, мобильным;
- ✓ подгузники не надо часто менять.

- ✗ высокий риск пролежней;
- ✗ пациент чувствует дискомфорт и может разорвать;
- ✗ ухаживающий человек может забыть вовремя снять;
- ✗ дорого стоят.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВПИТЫВАЮЩИХ ПРОКЛАДОК С СЕТЧАТЫМИ ТРУСАМИ (показано при тяжелой степени недержания)

- ✓ пациент остается сухим, мобильным;
- ✓ риск развития пролежней снижен;
- ✓ дешевле подгузников;
- ✓ выглядят эстетичнее;
- ✓ труднее снимаются;
- ✓ менее заметны под одеждой.

- ✗ надо чаще менять;
- ✗ больше вероятности протекания.



ИСПОЛЬЗОВАНИЕ СРЕДСТВ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМ С ИНСУЛЬТОМ

ПЛЮСЫ

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ВПИТЫВАЮЩИХ ПРОКЛАДОК (показано при легкой и средней степени недержания)

- ✓ существуют прокладки для мужчин и женщин;
- ✓ незаметны под одеждой, их легко менять, нет запаха.

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ КОНДОМНЫХ МОЧЕПРИЕМНИКОВ (наружных катетеров)

- ✓ пациент остается сухим, мобильным;
- ✓ можно измерить количество выделенной мочи;
- ✓ легко взять анализ мочи;
- ✓ неинвазивный метод;
- ✓ незаметен под одеждой.

МИНУСЫ

- ✗ прокладки для мужчин обычно впитывают около 200 мл, этого может быть недостаточно.

- ✗ применяются только у мужчин;
- ✗ пациенты часто срывают их;
- ✗ необходимо тщательно подбирать размер;
- ✗ возможно подтекание при перекручивании;
- ✗ необходимо часто менять – каждые 24-48 ч.;
- ✗ мешок менять раз в неделю с обязательным промыванием проточной водой.



ПРОФИЛАКТИКА НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ

ЗАПОР – стул реже одного раза в трое суток. К запорам относят также твердый стул; отхождение небольшого количества кала (менее 100 г); ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации; длительный акт дефекации, для осуществления которого необходимы дополнительные потужные усилия или применение специальных приемов и поз.

КАЛОВЫЙ ЗАВАЛ – осложнение запора, возникающее, когда пожилые люди, особенно плохо ухоженные, забывают время последней дефекации и перестают следить за ее регулярностью. Вокруг образующегося в прямой кишке калового камня долго остаются щели между ним и стенками кишки, по которым жидкий кал проходит. Больному представляется, что у него понос, и он начинает его лечить домашними средствами, что только усугубляет процесс. Наступает частичная непроходимость прямой кишки, появляются боли, пропадает аппетит, развиваются отрыжка, тошнота и рвота.

НЕДЕРЖАНИЕ КАЛА – непроизвольная дефекация.

Причины склонности к запорам у неврологических больных:

- нарушение перистальтики кишечника;
- резкое ограничение общей активности;
- недостаточное потребление жидкости;
- недостаточное или неправильное питание (часто связано с нарушением глотания);
- невозможность поддерживать правильную позу при дефекации (даже на прикроватном туалете опорожнить кишечник бывает трудно, если туалет не подобран по высоте);
- отсутствие уединенной обстановки;
- прием некоторых лекарств.



ПРОФИЛАКТИКА ЗАПОРОВ

РЕЖИМ ПИТАНИЯ

Наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника — утром вскоре после еды (через 30 мин).

- ✓ Предлагайте больному посетить туалет в одно и то же время.
- ✓ Полезно выпить чашку какого-либо теплого напитка.
- ✓ Повторять эту процедуру стоит каждый день в одно и то же время.

ДОСТАТОЧНОЕ ПОТРЕБЛЕНИЕ ЖИДКОСТИ

1,5-2 л жидкости в сутки

При увеличении количества клетчатки следует увеличить количество выпиваемой жидкости.

ПОДДЕРЖАНИЕ ДВИГАТЕЛЬНОЙ АКТИВНОСТИ

Ежедневные физические упражнения

ПРАВИЛЬНАЯ ПОЗА ПРИ ДЕФЕКАЦИИ

- Спина прогнута, • живот расслаблен, • таз наклонен вперед,
- колени чуть выше бедер, • локти по возможности должны упираться в колени.



НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ (ДИСФАГИЯ)

Глотание – сложный биомеханический процесс, включающий работу различных групп мышц и черепных нервов.

У больных с инсультом часто возникает нарушение глотания – дисфагия, что может вызвать **АСПИРАЦИЮ** – проникновение инородных тел в легкие.

- ✓ **Аспирация может служить причиной:**
 - удушья, ● пневмонии,
 - развития инфекционных заболеваний дыхательных путей.
- ✓ Аспирация может быть незаметной (отсутствие кашля).
- ✓ Аспирационная пневмония – результат проникновения бактерий из полости рта в легкие.

**ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ АСПИРАЦИИ ОЧЕНЬ ВАЖНО
поддерживать хорошую гигиену ротовой полости
и регулярно очищать ее от пищи и слюны.**

- ✓ Оценка функции глотания у больного проводится во время нахождения в стационаре.
- ✓ В случае невозможности восстановить самостоятельное глотание используют зонд или смешанный вариант.
- ✓ Если у больного не выявлено нарушений функции глотания, то его можно кормить, соблюдая при этом практические рекомендации по кормлению.

✓ **ПОМНИТЕ, что при ухудшении состояния больного необходимо повторять оценку его глотательной функции, при сомнениях следует проконсультироваться с неврологом, отоларингологом.**



НАРУШЕНИЕ ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ (ДИСФАГИЯ)

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы дисфагии

- ! затруднение жевания; нарушение гигиены рта;
- ! слюнотечение или неспособность глотать слюну;
- ! неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта;
- ! смазанная речь;
- ! кашель или «прочистка» горла до, во время или после еды;
- ! изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса);
- ! срыгивание;
- ! затрудненное дыхание, удушье;
- ! повышение температуры тела;
- ! снижение веса;
- ! потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи;
- ! увеличение продолжительности акта еды;
- ! ощущение, что еда или жидкость «застревает» в горле во время глотания;
- ! тревожность по поводу приема пищи или жидкостей.



КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМ ГЛОТАНИЕМ

Особенности положения больного, обеспечивающие наиболее эффективное и безопасное глотание:

- кормление проводят **только в положении сидя** (с опорой под спину), **наклон головы вперед**;
- **поворот в здоровую сторону** в момент проглатывания.



!! НЕОБХОДИМО ЗАПОМНИТЬ:

- ❗ **одномоментно можно давать только небольшое количество пищи**;
- ❗ **не давать питье вместе с пищей** (напитки следует давать до или после пищи);
- ❗ **нельзя кормить лежащего человека**;
- ❗ **нельзя запрокидывать голову пациента во время кормления**;
- ❗ **зубы и протезы необходимо чистить как минимум 2 раза в день**, чтобы быть уверенным в чистоте полости рта.



КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМ ГЛОТАНИЕМ

ПРИНЦИПЫ ИЗМЕНЕНИЯ ПИТАНИЯ

- пища должна выглядеть **аппетитно**;
- пища должна быть **достаточно теплой**, так как пациентам с дисфагией необходимо длительное время для ее приема.
Если больной не чувствует теплую пищу во рту, кормить нужно едой комнатной температуры;
- **предлагайте твердую и жидкую пищу в разное время**;
- **полужесткая пища переносится лучше**: запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши;
- **необходимо исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию**: вода, соки, чай, хлеб, печенье, орехи и прочее;
- необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и **жидкости** (мусс, йогурт, густой кисель, сироп, вода).
!!! Следует помнить, что при более жидкой пище труднее сделать безопасный глоток.
- при кормлении пищу закладывают с **непораженной стороны** небольшими порциями;
- нужен контроль над **необходимостью использования зубных протезов; тщательная ревизия полости рта** после окончания кормления (оставшаяся пища может быть аспирирована);
- после кормления больной остается **в вертикальном положении в течение 45-60 мин.**



ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ

Внезапное и значительное повышение артериального давления с выраженными нарушениями функций:

- **головного мозга** (головная боль, тошнота, рвота, может происходить угнетение сознания и судорожные припадки),
- **почек** (уменьшение количества мочи),
- **сосудов** (нарушения зрения, мелькание «мушек» перед глазами),
- **сердца** (появление болей в грудной клетке), неврологическими проявлениями.

В отличие от инсульта, в этой ситуации преобладают не очаговые (нарушение движения, чувствительности, речи или координации), а общемозговые симптомы.

ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Внезапное состояние, поражение мозговых тканей, обусловленное нарушениями церебральной гемодинамики у пациентов с длительно протекающей артериальной гипертензией.

Ведущие проявления:

- значительное повышение артериального давления (до 250/130 мм рт.ст. и выше),
- нарастающая головная боль с тошнотой и повторной рвотой,
- изменение сознания (больной будто бы находится в дремотном состоянии или состоянии поверхностного сна),
- могут развиваться судорожные припадки, зрительные нарушения.



ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Первая помощь при гипертонических кризах

- ✓ **СРОЧНО** вызвать бригаду скорой медицинской помощи;
- ✓ **обеспечить больному полный покой** (уложить на кровать с приподнятым головным концом, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить приток свежего воздуха);
- ✓ **если криз развился в результате резкого прекращения приема гипотензивных препаратов**, следует немедленно дать больному рекомендованную дозу гипотензивного препарата на один прием. По прибытии бригады скорой помощи обязательно сообщить об этом;
- ✓ **при очень высоком АД** необходимо дать пациенту один из короткодействующих гипотензивных препаратов, который обычно был эффективен и согласован с лечащим врачом (например, 1 таблетку 25-30 мг каптоприла под язык – начало действия через 15 мин., продолжительность эффекта более 2 часов). Дополнительно можно дать 10 таблеток (1 г) глицина под язык для рассасывания; не жевать и не запивать водой.

!!! Необходимо помнить, что резкое снижение артериального давления МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К РАЗВИТИЮ ТЯЖЕЛОГО ИНСУЛЬТА.

- ✓ **При развитии судорожного синдрома** – осуществлять профилактику травм (уложить пациента на пол во избежание падения, удерживать конечности), вызвать бригаду скорой помощи.

В ДАЛЬНЕЙШЕМ

следует обсудить с лечащим врачом

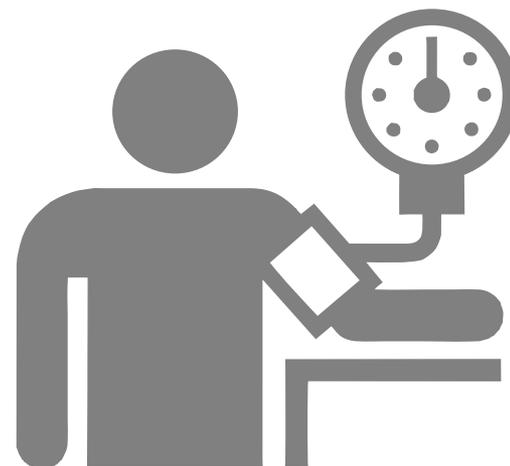
- ✓ возможные **ПРИЧИНЫ** гипертонического криза
- ✓ и определить **ТАКТИКУ** дальнейшего лечения.



ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

Чтобы не допускать развития гипертонических кризов,
необходимо:

- ✓ **утром и вечером**
 - измерять артериальное давление,
 - и фиксировать в дневнике;
- ✓ **соблюдать все рекомендации врача**
 - по режиму питания,
 - образу жизни,
 - приему лекарственных средств.



**!!! Только систематический прием
лекарственных препаратов
может обеспечить нормальный уровень
артериального давления.**



ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Группа заболеваний, характеризующихся повторяющимися приступами нарушения согласованной работы головного мозга из-за изменений его биоэлектрической активности. Каждый эпизод подобных внезапных и кратковременных неврологических нарушений называют **припадком**.

Характерные предвестники эпилептического припадка (аура):

- ощущение тяжести в голове,
- головная боль,
- чувство онемения,
- вегетативные бессудорожные приступы.

БОЛЬШОЙ (ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫЙ) СУДОРОЖНЫЙ ПРИПАДОК

- ▶ **Человек внезапно теряет сознание и падает, нередко получая при этом различные травмы.** Часто в момент падения возникает произвольный вскрик, дыхание на несколько секунд прекращается, лицо больного сначала бледнеет, а затем постепенно приобретает выраженный синюшный оттенок.
- ▶ **Напряжение.** Руки напряжены, согнуты, голова откинута назад или в сторону, туловище вытянуто, ноги разогнуты и напряжены. Глаза расширены, взгляд не фиксирован, пустой, челюсти крепко сжаты.
- ▶ **Затем напряжение резко обрывается, наступает кратковременное расслабление мышц тела, после которого развиваются судороги.** В это время восстанавливается дыхание, оно становится шумным, хрипящим, цианоз исчезает, изо рта может выделяться пена, часто окрашенная кровью (из-за прикуса языка). Во время припадков может произойти произвольное мочеиспускание.
- ▶ **После прекращения судорог больной приходит в сознание,** испытывает вялость, разбитость, головные боли, боли в мышцах. О случившемся с ним пациент ничего не помнит.



ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

ДРУГИЕ ТИПЫ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКОВ

- ▶ Возможны судороги мышц только в руке, ноге, мышцах лица,
- ▶ могут возникать непроизвольные изменения позы,
- ▶ вращательные движения головы и туловища.

ПРИ ПАРЦИАЛЬНЫХ ПРИПАДКАХ

Нередко возникают автоматизмы –

стереотипно повторяющиеся двигательные акты:

- ▶ жевание,
- ▶ глотание,
- ▶ облизывание губ,
- ▶ потирание ладоней,
- ▶ хождение по кругу,
- ▶ и т.п.

!!! Если эпилептические припадки следуют друг за другом с очень короткими паузами, и при этом не происходит восстановления сознания,

ТАКОЕ СОСТОЯНИЕ РАССМАТРИВАЮТ КАК ЭПИЛЕПТИЧЕСКИЙ СТАТУС.



В этих случаях кислородное голодание мозга становится угрожающим для жизни пациента.



ПЕРВАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ЭПИЛЕПТИЧЕСКИХ ПРИПАДКАХ, ЭПИЛЕПТИЧЕСКОМ СТАТУСЕ

- 1** Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- 2** В момент первой – тонической – фазы следует по возможности **оградить больного от получения травм при падении**, положить под голову что-то мягкое.
- 3** **Не нужно пытаться разжать челюсти пациента, чтобы избежать прикуса языка**, это практически невозможно. Прикус языка обычно происходит в первые секунды приступа, поэтому данная манипуляция бессмысленна и приведет лишь к травмированию полости рта и зубов.
- 4** **Расстегнуть затрудняющую дыхание одежду.**
- 5** Осмотреть полость рта, в случае западения языка принять меры: удалить твердые инородные тела (зубные протезы, обломки зубов) и рвотные массы. Для этого можно использовать спринцовку или кусок мягкого материала.
- 6** После окончания приступа повернуть голову больного в сторону, придать ей возвышенное положение.
- 7** Когда пациент придет в себя, дать ему **противосудорожные препараты, которые были назначены ранее в рекомендованной дозе**. Если припадок случился впервые – необходимо госпитализировать пациента в стационар для проведения обследования и подбора адекватного противосудорожного лечения.

- ✓ Тщательное и точное соблюдение лечебного режима,
- ✓ профилактика инфекционных заболеваний,
- ✓ избегание провоцирующих факторов

Способствуют
ЭФФЕКТИВНОМУ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЮ
повторных эпилептических
припадков!



ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

РАННЯЯ депрессия

развивается
в первые 3 месяца

ПОЗДНЯЯ депрессия

развивается
через 2 года и позже

Эмоциональное состояние пациента в первые недели и месяцы после инсульта крайне неустойчиво: он может быть капризным, плаксивым, вспыльчивым.

Этот синдром эмоциональной неустойчивости типичен для большинства больных.

У некоторых пациентов безразличное отношение к своему состоянию вызвано поражением определенных областей мозга. У таких пациентов плохо восстанавливаются даже легкие нарушения двигательных функций, они зачастую беспомощны.

Такого больного следует терпеливо побуждать к действию, всеми силами стараться выработать потребность движения, ходьбы, самообслуживания. Ему надо уделять как можно больше внимания.

Наберитесь терпения, будьте к нему добры и ласковы.



ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

**Для того чтобы помочь близкому преодолеть депрессию,
С НИМ НУЖНО ОБЯЗАТЕЛЬНО ОБЩАТЬСЯ.**

Даже если больной не разговаривает, он по-прежнему может воспринимать устную речь, обращенную к нему, поскольку центр восприятия устной речи расположен в другой зоне, которая может оставаться сохранной (сочетанное поражение обеих зон возникает относительно редко).

Рассказывайте ему о своей работе и о друзьях, обсуждайте детей, погоду и политику.

Не забывайте говорить с больным о его состоянии, отмечать малейшие успехи.

Выражайте свою любовь, свою уверенность в том, что ситуация изменится и он обязательно вернется к активной жизни.

Приложите усилия к тому, чтобы больной регулярно испытывал положительные эмоции: от вкусной еды, цветка на тумбочке у кровати, приятной музыки. Если пациент постоянно угрюм и раздражен, особенно важно постараться угадать и выполнить его маленькие желания.

ВАЖНЫЕ МЕТОДЫ КОРРЕКЦИИ ПОСТИНСУЛЬТНОЙ ДЕПРЕССИИ:

- ✓ **раннее начало реабилитационных мероприятий** (кинезитерапия, физиотерапия, логопедические занятия);
- ✓ **применение антидепрессантов** по согласованию с лечащим врачом;
- ✓ **проведение рациональной психотерапии.**



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО

Семья переживает случившееся часто сильнее самого больного. На плечи родственников внезапно ложится огромная дополнительная нагрузка:

- **в первый месяц** они «разрываются» между домом, работой и посещениями больницы,
- **затем, после выписки пациента из стационара**, начинается освоение нелегкой работы по уходу за лежачим больным.

Если восстановление нарушенных функций у пациента затягивается, и долго не возвращаются свобода движений, речь, память и навыки самообслуживания,

у родственников постепенно накапливается хроническая эмоциональная, физическая усталость и так называемая «усталость от ответственности».





ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО

**СУЩЕСТВУЕТ МНОЖЕСТВО ПРАВИЛ И ПРИЕМОВ,
КОТОРЫЕ ПОМОГАЮТ БОРЬТЬСЯ СО СТРЕССОМ И УСТАЛОСТЬЮ**

- ▶ **Если Вы почти «на пределе», остановитесь, отдохните:** перерывы, переменки и выходные значительно повышают эффективность любой деятельности.
- ▶ **Обращайтесь за помощью к другим людям.** В том, чтобы попросить помощи в тяжелой ситуации, нет ничего зазорного, если в этом знать меру и не привыкать беспрестанно жаловаться на жизнь всем вокруг.
- ▶ **Находите способы отвлечься от тягостных мыслей и повысить себе настроение.** Учитесь «выключать» поток негативных размышлений.
- ▶ **Осознавайте то хорошее, что всегда есть вокруг Вас,** делайте себе маленькие подарки, выбирайтесь в гости – все это поможет Вам продержаться в трудный период.
- ▶ **Используйте те или иные способы снятия напряжения:** пешие прогулки, разнообразные водные процедуры, занятия спортом, хобби и многое другое. Также полезно бывает проанализировать и описать на бумаге или нарисовать свой страх, обиду или усталость.
- ▶ **Применяйте методики самовнушения и аутотренинга.** Упражнения могут занимать всего несколько минут в день, но эффект Вы почувствуете обязательно.
- ▶ **Подберите для себя комплекс витаминов,** общеукрепляющих и иммуностимулирующих лекарственных препаратов (проконсультируйтесь с врачом!).



ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКАМ БОЛЬНОГО

Не теряйте оптимизма!

Все перечисленные выше методы смогут наиболее эффективно помочь Вам лишь в том случае,

если Вы сознательно будете настраивать себя на победу.

Конечно, периодически чувство безнадежности, раздражения и даже неприязни к больному могут охватывать и самого терпеливого человека, однако не стоит осуждать себя за это.

Важно настойчиво возвращать себя к доброжелательности, терпению, выдержке и оптимизму.



ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хроническая ишемическая болезнь головного мозга – прогрессирующая форма поражения головного мозга вследствие длительной недостаточности его кровоснабжения у лиц с поражением мозговых сосудов.

ВАЖНЫЕ ФАКТОРЫ ПОВРЕЖДЕНИЯ МОЗГА:

- ! частые эпизоды подъема артериального давления;
- ! повторные эпизоды быстрого снижения давления, наблюдаемые при бесконтрольном и нерегулярном приеме гипотензивных лекарственных средств;
- ! нарушение процессов свертывания крови;
- ! сахарный диабет;
- ! нарушение оттока венозной крови от головного мозга при сужении или закупорке мозговых вен или при правожелудочковой сердечной недостаточности;
- ! апноэ (кратковременное прекращение дыхания) **во сне**, приводящее к недостаточности кислорода в крови, нарушению сердечного ритма, колебаниям артериального давления.

Часто пациенты предъявляют **жалобы** на головную боль, утомляемость, снижение памяти.

При обследовании выявляют нарушения в познавательной сфере (забывчивость, сужение круга интересов), эмоционально-личностные расстройства (эмоциональная неустойчивость, изменение тех или иных черт характера); различные двигательные, чувствительные нарушения, неустойчивость при ходьбе.

- ✓ Ведущий синдром определяется расположением и размерами тех участков головного мозга, которые больше всего страдают от недостаточности кровообращения.
- ✓ Течение чаще ступенчатое с периодами стабилизации.



ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТУ

➔ Наибольшее значение имеет **соблюдение приема препаратов, корректирующих и стабилизирующих артериальное давление;**

➔ **лечение сахарного диабета,** тщательное соблюдение диеты, прием соответствующих лекарственных средств;

➔ **профилактика инфекционных осложнений,** особенно застойной пневмонии, у лежачих пациентов;

➔ **терпимое, уважительное отношение к пациенту** с теми или иными эмоционально-личностными изменениями, деликатная помощь в быту, создание атмосферы эмоционального комфорта.



СИНДРОМ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Состояние, развивающееся при распространенном ишемическом поражении, которое затрагивает глубинные слои белого вещества головного мозга.

ДЛЯ СОСУДИСТОГО ПАРКИНСОНИЗМА ХАРАКТЕРНЫ

- **выраженные нарушения ходьбы и равновесия** уже на ранней стадии заболевания,
- часто в сочетании **с тазовыми нарушениями** (нарушение мочеиспускания и прочее);
- возможно **раннее развитие деменции (слабоумия)**.

Нарушения ходьбы

- ▶ **проявляются затруднениями в начале движения:** больной долго не может тронуться с места, с трудом отрывает «намагниченные» ноги от пола, делает несколько пробных скользящих мелких шажков или топчется на месте;
- ▶ сдвинувшись с места, он **продолжает движение мелкими шаркающими шажками,**
- ▶ через несколько шагов **ходьба становится более уверенной,** а шаг – более широким.
- ▶ при повороте или преодолении препятствий **те же затруднения возникают вновь.**





СИНДРОМ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТУ

➔ Необходимо соблюдать рекомендации специалистов, проводящих диспансерное наблюдение больного:

- невролога,
- инструктора по лечебной физкультуре,
- психотерапевта.

➔ Следует **ежедневно заниматься лечебной физкультурой**, которую подбирают индивидуально. Трудности начала движения или застывания можно преодолеть с помощью внешних стимулов, например, попросить идти больного по нарисованной линии или руководить действиями с помощью ритмических команд.



СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Деменция (слабоумие) – приобретенное снижение интеллекта, нарушающее социальную адаптацию больного, то есть делающее его неспособным к профессиональной и бытовой деятельности и самообслуживанию.

Сосудистая деменция – результат заболеваний, поражающих мелкие мозговые артерии, и множественных мелкоочаговых или обширных инфарктов головного мозга.

Для деменции характерна **та или иная степень нарушения запоминания текущих событий и новой информации** (события юности и детства обычно помнят хорошо, иногда даже улучшается их воспроизведение). Для маскировки этого явления пациенты начинают использовать записные книжки, завязывают «узелки на память» и предпринимают другие подобные действия.

Длительно сохраняются навыки и стиль поведения, личностные установки, характер отношений и реакций.

Выраженные нарушения памяти, в том числе и затруднения в воспроизведении ближайших событий, способствуют подавленному, слезливому настроению, возникновению чувства беспомощности и незащищенности. При частых нарушениях мозгового кровообращения расстройства памяти становятся более грубыми, а слабоумие – более глубоким. **Более чем у половины больных сосудистой деменцией наблюдают «эмоциональное недержание»** (слабодушие, насильственный плач, насильственный смех).



СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

ПОМОЩЬ РОДСТВЕННИКОВ ПАЦИЕНТУ



Необходимо постараться предотвратить

- развитие инфекционных заболеваний
- или ухудшение течения соматического заболевания.



Следует создать для больного удобную и простую окружающую обстановку – привычные любимые предметы, их расположение – в знакомой обстановке больной чувствует себя наиболее комфортно, а появление незнакомых людей или переезд резко ухудшают его состояние;



Необходимо тщательно соблюдать режим приема назначенных лекарственных средств: их нерегулярный прием или передозировка могут резко ухудшить состояние больного.



ПОДВОДЯ ИТОГИ

**Становится очевидным,
что в успешном восстановлении человека
после случившегося инсульта важны многие факторы, в т.ч.**

- ▶ размеры очага поражения головного мозга,
- ▶ возраст пациента,
- ▶ имеющиеся у него факторы риска сердечно-сосудистых заболеваний,
- ▶ своевременно оказанная специализированная, в т.ч. высокотехнологичная, медицинская помощь,
- ▶ квалифицированная помощь специалистов по реабилитации,
- ▶ поддержка родственников,
- ▶ активное отношение к жизни самого пациента.

Настрой больного – его оптимизм, стремление достичь поставленной цели, разносторонние интересы – также играет немаловажную роль в возвращении к максимально возможной активной жизни после инсульта!