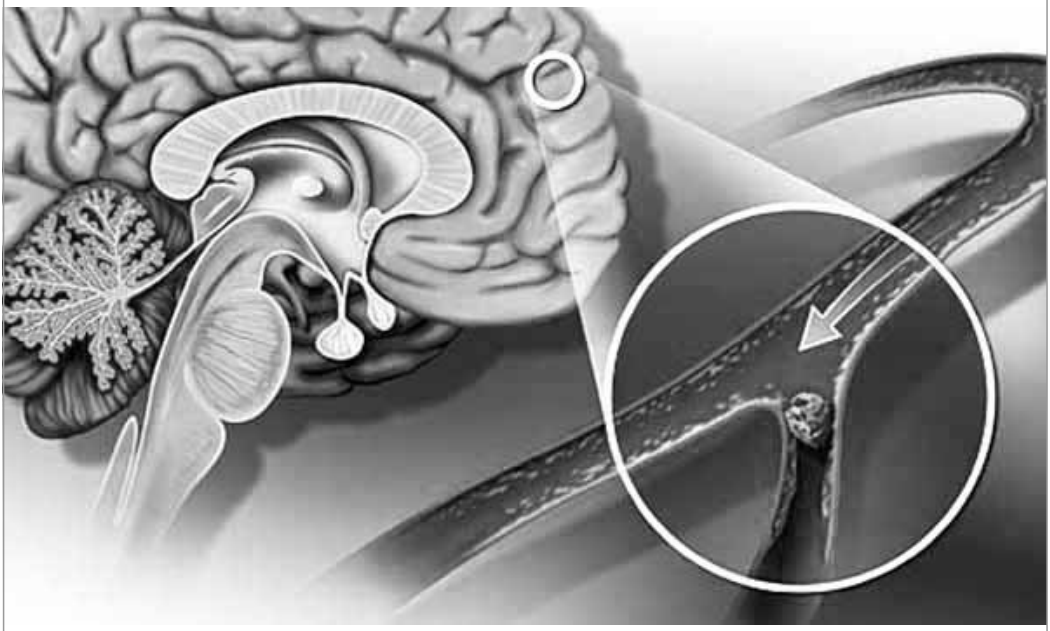
ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
“СВЕРДЛОВСКАЯ ОБЛАСТНАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА №1"

БРОШЮРА ДЛЯ ПАЦИЕНТА С ИНСУЛЬТОМ



Екатеринбург, 2015

ОГЛАВЛЕНИЕ

Информация об отделении 4
Задачи отделения 4
Контакты отделения 5
Общие сведения об инсульте 6
Причины ишемического инсульта 6
Причины геморрагического инсульта 7
Основные симптомы инсульта 7
Факторы риска развития инсульта делятся на регулируемые и нерегулируемые 7
Факторы риска, не зависящие от вас 7
Факторы риска, на которые вы способны повлиять, чтобы уменьшить риск развития инсульта 7
Осложнения после инсульта 8
Нарушения глотания 8
Пневмония после инсульта 8
Тромбоз вен нижних конечностей 9
Артропатии и контрактуры 9
Пролежни после инсульта 10
Нарушения мочеиспускания 11
Нарушения дефекации 11
Восстановительная гимнастика после инсульта 12
Позиционирование больного 18
Положение на спине 18
Положение на здоровой стороне 18
Положение на пораженной стороне 19
Положение «сидя на стуле за столом» 19
Что делать после выписки из стационара? 20
Отказ от курения и алкоголя 20
Контроль артериального давления 20
Контроль веса 20
Контроль глюкозы и холестерина в крови 20
Постоянный приём лекарств 21
Хирургическая профилактика инсульта 21
Наиболее часто задаваемые вопросы 22
Какие симптомы возникают при развитии инсульта? 22
Что делать, если у вас или у ваших родственников появились признаки инсульта? 22
Почему так важно вызывать скорую помощь сразу же после возникновения первых симптомов инсульта (в первые часы и даже минуты)? 22

Где должен наблюдаться пациент после инсульта? Есть ли специализированные приемы пациентов, перенесших инсульт? 22
Где в Свердловской области можно пройти курс реабилитации после перенесенного инсульта? 23
Имеет ли человек, перенесший инсульт, право на получение группы инвалидности? 23
Что делать, чтобы избежать повторного инсульта? 23
Нужно ли соблюдать диету после инсульта? 23
Надо ли повторно делать МРТ или КТ головного мозга после выписки из стационара? 24
Какие ограничения в повседневной жизни после перенесенного инсульта? 24
Можно ли отдыхать в жарких странах? Можно ли летать на самолете? 24
Эмоциональный стресс у лиц, осуществляющих уход 25
Контакты отделения

ИНФОРМАЦИЯ ОБ ОТДЕЛЕНИИ

В январе 2009 года в структуре Регионального сосудистого центра было создано отделение для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения, которое является одним из первых специализированных отделений для лечения инсульта в Уральском регионе.

В отделении применяются новейшие методики терапии инсульта – системный и селективный тромболизис (введение специальных «растворяющих тромб» препаратов в кровеносное русло пациента), проводится необходимое обследование и определяются показания для направления пациента на оперативное лечение (удаление внутримозговой гематомы, каротидную эндартерэктомию, ангиопластику и стентирование сонных артерий).

Реабилитация больных начинается со вторых суток после инсульта, и осуществляется специалистами мультидисциплинарной бригады (невролог, кардиолог, реаниматолог, нейрореабилиотолог, врач ЛФК, физиотерапевт, иглорефлексотерапевт, психиатр, медицинский психолог, логопед-афазиолог, медицинская сестра, инструктор ЛФК, массажист, медсестра по физиотерапии, социальный работник).

В отделении полностью выполняются все российские, европейские и мировые протоколы лечения инсульта, и показатели исхода заболевания – выживаемость, инвалидизация пациентов, соответствуют мировому уровню.

Задачи отделения:

· Подтверждение или уточнение диагноза инсульта.

· Проведение интенсивной терапии.

· Определение причины инсульта.

· Определение показаний для хирургического лечения.

· Ранняя реабилитации пациентов после инсульта.

· Разработка индивидуального плана профилактики повторного инсульта.

· Определение реабилитационного потенциала и направление на следующий этап лечения.

КОНТАКТЫ ОТДЕЛЕНИЯ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области
“Свердловская областная клиническая больница №1”
Неврологическое отделение для больных с нарушениями мозгового кровообращения.
Почтовый адрес:
620102 г. Екатеринбург ул. Волгоградская 185
Телефон: (343) 351-15-01
Сайт: http://www.okb1.ru/home/otdeleniya/onmk/
Заведующий отделением:
Алашеев Андрей Марисович, к.м.н., главный внештатный специалист-невролог Министерства здравоохранения Свердловской области.

ОБЩИЕ СВЕДЕНИЯ ОБ ИНСУЛЬТЕ

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения вследствие разрыва, спазма или закупорки одного из сосудов мозга. Выделяют два типа инсульта: геморрагический (кровоизлияние в мозг) и ишемический (инфаркт мозга). По статистике – до 84–87% больных умирают или остаются инвалидами и только 10–13% пациентов полностью выздоравливают. Но даже среди выживших больных у 50% наступают повторный инсульт в последующие 5 лет жизни.

Ишемический инсульт – резкое уменьшение поступления крови в какой-либо участок головного мозга с возникновением зоны ишемии; случается, если тромб блокирует артерию или капилляр в мозге. Около 80% инсультов являются ишемическими. Ишемический инсульт возникает внезапно, в некоторых случаях он наступает даже во сне.

Геморрагический инсульт развивается, когда в мозге случается разрыв кровеносного сосуда и происходит кровоизлияние в головной мозг или под его оболочки. Геморрагический инсульт чаще всего наступает во время активной деятельности человека, при резких изменениях артериального давления, при умственных и физических нагрузках или напике стресса

При развитии как геморрагического, так и ишемического инсультов клетки повреждённой области мозга перестают получать кислород и необходимые им питательные вещества и погибают.

Причины ишемического инсульта

Ишемический инсульт развивается, когда блокируется ток крови по сосудам головы из-за попадания в него эмбола или образования в нем тромба.

Выделяют три основных вида инсульта в зависимости от причин, приводящих к его развитию:

1. Атеротромботический инсульт, который развивается вследствие развития атеросклероза крупных сосудов головы и шеи. При этом из-за нарушения обмена жиров происходит их отложение в стенке сосуда с формированием атеросклеротической бляшки.

2. Кардиоэмболический инсульт, который развивается при заболеваниях сердца (перенесенный инфаркт миокарда, сердечная недостаточность, нарушение сердечного ритма).

3. Инсульт вследствие закупорки мелкого сосуда. Так называемые лакунарные инсульты. Ещё задолго до «сосудистой катастрофы» в стенке такого сосуда начинается процесс нарушения обмена, что приводит к ее утолщению и снижению упругости.

У молодых лиц ишемические инсульты часто возникают в резуль-

тате воспалительных изменений сосудов.

Причины геморрагического инсульта:

· Разрыв сосуда вследствие высокого артериального давления.

· Разрыв сосуда вследствие аномалии строения (например, аневризма сосуда).

· Разрыв на фоне воспаления кровеносных сосудов (например, при сифилисе, болезни Лайма, васкулитах, туберкулёзе).

· Нарушения свёртываемости крови.

· Амилоидоз сосудов мозга.

Основные симптомы инсульта:

· Внезапное онемение, покалывание, слабость или потеря способности двигаться в области лица, в руке, ноге, как правило, с одной стороны.

· Внезапные проблемы с ходьбой или равновесием.

· Внезапные трудности с речью или непонимание обращённых к вам слов.

· Внезапная спутанность сознания, невозможность осмыслить простые понятия.

· Внезапное изменение зрения (полная или частичная потеря зрения на один или оба глаза).

· Внезапная очень сильная головная боль, которой ранее никогда не было.

Факторы риска развития инсульта делятся на регулируемые и нерегулируемые.

Факторы риска, не зависящие от вас:

· Возраст (частота развития инсультов с возрастом увеличивается)

· Пол (у мужчин инсульты развиваются чаще, чем у женщин)

· Наследственность (чаще в семьях, в которых были родственники с инсультом)

· Раса (у европейцев инсульты случаются чаще, чем у азиатов)

Факторы риска, на которые вы способны повлиять, чтобы уменьшить риск развития инсульта:

· Высокое кровяное давление (артериальная гипертензия).

· Фибрилляция предсердий

· Высокий уровень холестерина

· Сахарный диабет

· Курение

· Злоупотребление алкоголем

· Излишний вес

· Недостаточная физическая активность

ОСЛОЖНЕНИЯ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Нарушения глотания

У больных инсультом может развиться нарушение глотания – дисфагия. Дисфагия может вызвать аспирацию – проникновение инородных тел в легкие. Аспирация приводит к развитию инфекционных заболеваний дыхательных путей, пневмонии.

Для профилактики аспирации важно поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от скопления слюны и пищи.

Тревожные симптомы дисфагии:

- затруднение жевания;
- неспособность глотать слюну;
- кашель во время и после еды;
- изменение качества голоса после глотания: хрипота, «булькающий» голос.

Особенности кормления больного с нарушениями глотания:

- кормление проводят только в положении сидя;
- наклон головы вперед;
- поворот в здоровую сторону в момент проглатывания;
- пища должна быть теплой;
- необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, жидкое пюре, густое пюре) и жидкости (консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа). Следует помнить, что при более жидкой пище труднее сделать безопасный глоток;
- при кормлении пищу закладывать со здоровой стороны;
- после кормления больной остается в вертикальном положении в течение 45-60 минут.

Пневмония после инсульта

После инсульта при нарушении вентиляции лёгких и присоединении инфекции может развиваться пневмония – воспаление лёгких.

Для профилактики пневмонии важно:

· Каждые 2-3 часа днём и ночью нужно менять положение больного, поворачивая его в постели. Следите за тем, чтобы не было резких перемещений головы.

· Как только позволит общее состояние, постепенно активизируйте больного. Вначале просто сажайте несколько раз в день на несколько минут в постели, подложив под спину подушки, проводите занятия дыхательной гимнастикой. Самое простое и очень эффективное упражнение - надувание детских резиновых игрушеки воздушных шаров. Делать это лучше через час-полтора после еды и как можно чаще. Также хорошей профилактикой застойных явлений в

лёгких является перкуссионный массаж.

· Помещение, в котором находится больной, периодически проветривайте. В холодную погоду в это время обязательно тепло укрывайте его одеялом, на голову надевайте вязаную шапочку или платок. Два раза в день измеряйте температуру тела. Если она повысилась больше 37,5°С, дайте жаропонижающее и по возможности быстро сообщите об этом врачу.

Тромбоз вен нижних конечностей

У лежачих больных замедляется скорость кровотока по сосудам, что способствует повышению свёртываемости крови и развитию тромбоза вен нижних конечностей. Чаще всего такое происходит в парализованной ноге.

С целью профилактики тромбоза:

· В самые первые дни после инсульта по нескольку раз в сутки проводите специальную гимнастику. Если движения сохранены, больной сам в медленном темпе должен старательно поднимать ноги вверх, разводить их в стороны, сгибать и разгибать в коленном и голеностопном суставах. Если активных движений нет, приступайте к пассивной гимнастике. Вам поможет их освоить методист по лечебной физкультуре.

· Полезно делать массаж: поглаживание и разминание по направлению от стопы к бедру. Делать это можно, только посоветовавшись с врачом и только тогда, когда явлений тромбоза еще нет.

· С первых дней рекомендуется эластическое бинтование нижних конечностей или ношение компрессионных чулок до того момента, когда пациент сможет более 3 часов в день самостоятельно ходить. На ночь чулки и бинты снимаются, одеваются после пробуждения в горизонтальном положении.

Артропатии и контрактуры

Эти осложнения нередко возникают в первые месяцы после инсульта. **Артропатии-** это трофические изменения суставов больных конечностей, проявляющиеся припухлостью, болезненностью при движении и надавливании. Чаще поражаются плечевой, лучезапястный, суставы пальцев кисти. Постепенно из-за острой болезненности резко ограничиваются не только активные, но и пассивные движения такого сустава. У большинства больных в этот период также нарастает тонус мышц (мышечная напряжённость - спастика) парализованной руки и ноги. Спастика, увы, может привести к стойким мышечным сокращениям - **контрактурам**.

Снизить вероятность развития контрактур и артропатий можно следующим образом:

· Следить за правильным положением пациента и сменой положений в постели.

· Поддерживать комфортную температуру в помещении (22°с).

· Выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах поражённых конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных.

· Для отдыха использовать положения, растягивающие мышцы и разгибающие суставы.

· При повышении тонуса мышц ни в коем случае нельзя усердно и длительно сжимать резиновый мячик или кольцо, пользоваться эспандером для развития сгибательных движений в локтевом суставе. Это только усиливает тонус мышц.

· Фиксация паретичной руки при помощи косыночной повязки.

· Для снижения мышечной спастичности и уменьшения воспаления в суставах применяют и медикаменты - в каждом случае строго индивидуально. Никогда не занимайтесь самолечением своего родственника или знакомого!

Пролежни после инсульта

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**. Для предупреждения пролежней необходимо как можно чаще менять положения тела больного, ежедневно осматривать участки тела, потерявшие чувствительность, побелевшие или покрасневшие участки кожи. Особого внимания требуют места костных выступов: области ягодиц, крестца, лодыжек, пяток, локтей, затылка и других.

Для профилактики пролежней необходим ряд мероприятий:

· Обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи. Для очищения кожи лучше использовать жидкие мыла, шампуни, пенки. Не рекомендуем растирание кожи камфорным спиртом, так как ведёт к пересушиванию кожных покровов.

· Часта смена положение тела больного: днем каждые 1.5-2 часа, ночью – 2.5-3.5 часа.

· Можно использовать противопролежневые матрасы

· Следует проводить элементы массажа (поглаживание и легкую вибрацию) участков, наиболее подверженных давлению

· Нельзя сидеть слишком близко к обогревателям, если снижена болевая чувствительность.

Нарушения мочеиспускания

После перенесенного инсульта могут развиться следующие нарушения мочеиспускания:

- императивные (требующие немедленного опорожнения) позывы на мочеиспускание, частое мочеиспускание, преимущественно ночью, непроизвольное мочеиспускание;
- задержка мочеиспускания, затруднение в начале мочеиспускания, неполное опорожнение мочевого пузыря;
- недержание мочи.

Нарушения тазовых функций приводят к развитию инфекционных осложнений, возрастает риск развития пролежней.

Важно при развитии нарушений мочеиспускания помимо медикаментозной коррекции имеет использование средств ухода: подгузников, прокладок, катетеров, кондомных мочеприёмников.

Нарушения дефекации

Вследствие ограничения двигательной активности, недостаточного потребления жидкости, недостаточного питания, отсутствие уединённой обстановки обуславливает склонность неврологических больных к запорам. Запор – редкий стул (реже одного раза в трое суток), к запорам также относят твёрдый стул, отхождение небольшого количества кала, длительный акт дефекации. Реже развивается недержание кала.

Профилактика запоров включает следующие мероприятия:

· Соблюдение режима питания и дефекации. Наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника - утром вскоре после еды. Необходимо предлагать больному посетить туалет в одно и то же время. Полезно выпить чашку теплого напитка. Необходимо быть тактичным и корректным.

· Достаточное употребление жидкости (1.5 -2 литра жидкости в сутки). Из рациона желательно исключить продукты, вызывающие вздутие живота - метеоризм. Такие, как виноград, черный хлеб, газированные напитки и др.

· Поддержание двигательной активности и ежедневная программа физических упражнений.

· Правильная поза при дефекации: спина прогнута, живот расслаблен, таз наклонен вперед, локти по возможности должны упираться в колени.

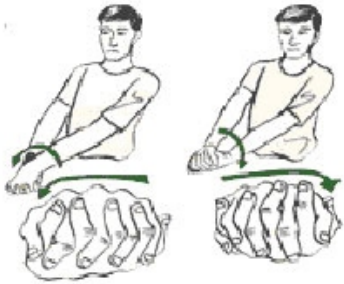
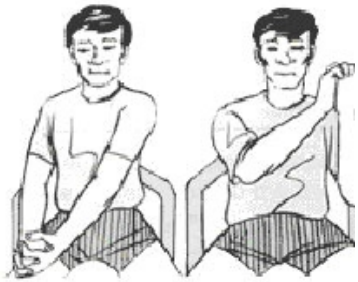
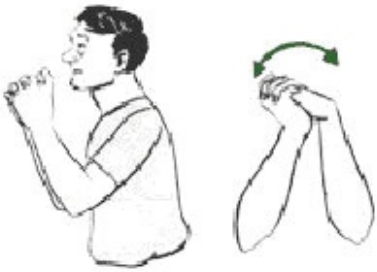
ВОССТАНОВИТЕЛЬНАЯ ГИМНАСТИКА ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

Лечебная гимнастика для восстановления после инсульта должна проводиться уже на 2–3 сутки после случившегося приступа. В самом начале – пассивные занятия, которые идеально подходят для тех случаев, когда больной еще не имеет полной самостоятельности. В этом случае ему необходима помощь родственников или медперсонала.

Выполнять пассивные упражнения рекомендуется ежедневно и многократно, повторяя движения в каждом суставе до 10–15 раз. Следует учитывать реакцию больного на движения, не допускать появления болей, задержки дыхания, повышения спастичности – мышечного тонуса, возрастающего при пассивном растяжении мышцы. Эти упражнения рассчитаны на больного, прикованного к постели. Сам он не может двигаться, но, тем не менее его организм нуждается в движении. Поэтому первые упражнения выполняются не столько самим больным, сколько человеком, который за ним ухаживает.

Парализованную руку нужно сгибать и разгибать, отводить в сторону и совершать ею вращательные движения. Такие упражнения проводятся ежедневно, продолжительность их составляет от десяти минут до получаса. При этом в течение одного "сеанса" необходимо делать два-три небольших перерыва: мышцы, которые "забыли", как нужно работать, должны получить несколько минут отдыха.

	Исходная позиция: соедините две руки, как показано на рисунке, при этом "больная" кисть должная быть сверху.
	Поднимите руки над головой, сохраняя локти разогнутыми.

	Согните руки в локтях на уровне плеч и поверните вначале вправо, а затем влево.
	Протяните руки, как показано на картинке, и поверните вначале направо, затем налево.
	Положите соединенные ладони на правое колено и поднимите их к левому плечу. Верните руки в исходное положение и поднимите к правому плечу.
	Руки согнуты в локтевых суставах и прижаты к груди. Согните запястья право, а затем влево.

2. Возьмите больного, лежащего на спине, за обе щиколотки и попеременно сгибайте и разгибайте его ноги. Упражнение напоминает всем известный "велосипед", но ступни больного не должны отрываться от кровати. Эти простые движения способствуют восстановлению навыков ходьбы.

А вот какие упражнения может выполнять сам больной в тот период, когда он еще вынужден сохранять исключительно горизонтальное положение.

1. Перемещать взгляд вверх-вниз и из стороны в сторону. Вращать глазами. Проделать все это сначала с открытыми, а потом с закрытыми глазами. Упражнение выполняется в среднем темпе, каждое из движений нужно повторить по десять раз. По завершении упражнений глаза закрыть, слегка погладить пальцами веки. Затем открыть глаза и несколько раз энергично моргнуть.

2. Энергично сжимать и разжимать веки. Упражнение также выполняется в среднем темпе, движение нужно повторить десять-пятнадцать раз.

3. Посмотрите на некую точку, расположенную прямо перед вами. Не отводя от нее взгляда, поворачивайте голову вправо, затем влево. Нужно выполнить пять-шесть поворотов в каждую сторону.

4. Если вы можете управлять обеими руками, выполняйте следующее упражнение.

Исходное положение - лежа на спине. Вытяните руки и возьмитесь за спинку кровати. Представьте себе, что вы подтягиваетесь, расправьте плечи, выпрямите ноги и вытяните носки. Такие "потягушки" тоже нужно повторять по пять-шесть раз.

После того, как больному будет разрешено садиться в постели, программа упражнений усложнится. Теперь (не забывая о прежних, уже освоенных упражнениях) нужно проделывать еще вот что:

1. Принять "полусидячее" положение, откинувшись спиной на подушку. Руками нужно держаться за края кровати, а ноги должны быть максимально выпрямлены. Мысленно считая "раз-два", запрокинуть голову, слегка прогнуться и сделать глубокий вдох. Затем, на счет "три-четыре", вновь расслабиться и сделать не менее глубокий выдох. Упражнение повторите четыре-шесть раз.

2. Сидя на кровати, возьмитесь руками за ее края, ноги, опять-таки, выпрямлены. Поочередно поднимайте (совсем невысоко) правую и левую ноги. Упражнение повторите три-четыре раза каждой ногой. Во время выполнения упражнения следите за тем, чтобы ваше дыхание оставалось ровным и глубоким.

3. А вот уже более сложное упражнение. Исходное положение такое же, как и в первом упражнении, но руки не держатся за края кровати, а вытянуты вверх. Согните в колене правую ногу, руками возьмитесь за голень и сгибайте ногу до тех пор, пока колено не коснется груди. Голову при этом нужно наклонять вперед. Упражне-

ние выполняется на выдохе. Затем возвратитесь в исходное положение, сделайте вдох. То же самое проделайте, сгибая левую ногу. Повторите упражнение три-четыре раза.

4. Теперь опять задание полегче. По-прежнему сидя в постели, выпрямите спину, расправьте плечи. Отводите руки назад как можно дальше (старайтесь завести их за спину настолько далеко, чтобы ваши лопатки соприкоснулись друг с другом). Одновременно поднимайте голову. Упражнение выполняется на вдохе. Затем вернитесь в исходное положение, сделайте выдох. Повторите пять-шесть раз.

Когда, наконец, больной встанет на ноги, он сможет перейти к следующему комплексу упражнений.

1. Исходное положение: стоя, руки свободно опущены вдоль туловища, ноги расставлены на ширину плеч. Делая вдох, поднимать руки вверх (ладони должны быть повернуты наружу) и слегка тянуться вверх всем корпусом. Затем, на выдохе, плавно опустить руки вниз. Повторить упражнение четыре-шесть раз.

2. Исходное положение: стоя, ноги расставлены на ширину плеч, руки свободно лежат на талии. Делая вдох, повернуть корпус влево, одновременно разводя руки в стороны. Затем - выдох и возврат в исходное положение. Повторить такой же поворот в правую сторону. Упражнение выполнять медленно, по четыре-пять раз в каждую сторону.

3. Исходное положение: стоя, руки свободно опущены вдоль туловища, ноги расставлены на ширину плеч. Делая вдох, сгибать ноги в коленях, слегка наклоняя корпус вперед, а руки отводя назад. Пятки во время этого приседания не должны отрываться от пола. Затем, на выдохе, вернуться, в исходное положение. Упражнение выполняется очень медленно, четыре-шесть раз.

4. Исходное положение: стоя, руки свободно опущены вдоль туловища, ноги расставлены на ширину плеч. Делая выдох, слегка присесть. Руки при этом упираются в бедра. Затем - вдох и возврат в исходное положение. Упражнение повторить два-четыре раза.

5. Исходное положение: стоя, руки свободно лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Делая вдох и поднимая вверх правую руку, наклонить корпус влево. Затем выдохнуть и возвратиться в исходное положение. Повторить такой же наклон в правую сторону. Упражнение выполняется в среднем темпе, три-четыре раза.

6. Исходное положение: стоя, руки свободно лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Вытянуть вперед правую руку и сделать два-три взмаха вперед-назад правой ногой. Вернуться в исходное положение, затем повторить все то же самое с левой рукой и

левой ногой. Повторите упражнение по три-четыре раза каждой ногой, во время его выполнения следите за тем, чтобы ваше дыхание оставалось ровным и спокойным.

7. Исходное положение: стоя, руки свободно лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Вытянуть перед собой левую руку, затем выставить вперед правую ногу, одновременно вытягивая и правую руку. Сжать пальцы обеих рук, согнуть руки так, чтобы кулаки касались плеч. Вернуться в исходное положение. Повторить всю последовательность движений, начиная с выпрямления правой руки. Упражнение выполнять в среднем темпе, повторить три-четыре раза.

8. Завершает комплекс ходьба на месте (15-20 секунд) и одно - два дыхательных упражнения.

Следующий комплекс упражнений предназначен для тех выздоравливающих, которые уже освоили все предыдущие задания и выполняют их с легкостью и уверенностью. Такие люди вполне могут перейти и к более серьезным нагрузкам.

1. Исходное положение: стоя, руки свободно опущены, ноги расставлены на ширину плеч. Соединить руки в "замок", поднять их вперед и вверх, потянуться, приподнимаясь на цыпочки. Затем вернуться в исходное положение. Повторить четыре-пять раз.

2. Исходное положение: стоя, левая рука свободно опущена, правая поднята над головой. Левую руку поднять, правую опустить. Менять положение рук восемь-десять раз.

3. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину стопы. Сделать несколько махов вперед-назад сначала левой ногой, потом правой. Если поначалу вам будет трудно удерживать равновесие, выполняя это упражнение, не возбраняется держаться одной рукой за какую-нибудь опору (например, за спинку кровати или стула). Каждой ногой нужно выполнить четыре-пять махов.

4. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. На выдохе несильно наклонить корпус вперед, на вдохе вернуться в исходное положение. Повторить восемь-десять раз.

5. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Медленно поднять руки над головой. Затем, слегка согнув ноги, опускать руки вниз и назад. Продолжая опускать руки, выпрямить ноги и немного наклонить корпус вперед. После того как руки будут опущены, начинать вновь поднимать их, но уже вперед. При этом ноги опять слегка сгибаются, а корпус выпрямляется.

Продолжать поднимать руки вперед-вверх, при этом выпрямить ноги. Вытянув руки вверх над головой, потянуться всем корпусом, слегка приподняться на цыпочки, затем вернуться в исходное положение. Повторить упражнение восемь-десять раз.

6. Исходное положение: стоя, руки вытянуты вперед на уровне груди, ноги расставлены на ширину плеч. Восемь-десять раз повторить "боксерские" движения, слегка сгибая и резко выпрямляя руки.

7. Исходное положение: стоя, ноги вместе, руки за головой. Сделать наклон вправо, одновременно с выпадом правой ноги в ту же сторону. Вернуться в исходное положение. Повторить в другую сторону. Упражнение выполняется в среднем темпе, по четыре-пять раз в каждую сторону.

8. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Выполнить неглубокое приседание, одновременно заводя одну руку за голову. Затем повторить с другой рукой ("неработающая" рука в это время остается на талии). Выполнить восемь-десять приседаний. Темп выполнения упражнения произвольный.

9. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину плеч. Представьте себе, что вы вертите кольцо хула-хуп, и выполняйте круговые движения тазом. Сначала выполните вращение по часовой стрелке, затем - против. Упражнение нужно повторить по четыре-пять раз в каждую сторону.

10. Исходное положение: руки лежат на талии, ноги расставлены на ширину стопы. Делая вдох, развести руки широко в стороны и немного повернуть корпус вправо. Затем сделать выдох и вернуться в исходное положение. Сделать такой же поворот влево. Повторить упражнение по три-четыре раза в каждую сторону.

11. Исходное положение: стоя, руки лежат на талии, ноги вместе. В течение полуминуты (или, если хватает сил, чуть-чуть дольше) выполнять легкие подскоки: подпрыгивая, разводить ноги в стороны и вперед-назад. По окончании подскоков нужно не сразу прекращать упражнение, а сначала перейти на быструю ходьбу на месте.

12. В течение пяти-семи минут бегать трусцой по комнате или на месте. Затем перейти к медленной ходьбе (примерно две минуты), в завершение занятия выполнить два-три дыхательных упражнения.

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ БОЛЬНОГО

Позиционирование - придание правильного положения телу больного с целью предотвращения развития контрактур и профилактики осложнений (пролежней, контрактур, пневмонии, болей в спине и суставах).

Главными принципами позиционирования являются:

- максимально возможная симметричность тела;
- поддержка всех сегментов тела;
- бережное отношение к плечу паретичной руки.

Положение на спине

Убедитесь:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку;
- тело не изогнуто;
- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддержана по всей длине;
- кисть больной руки находится в среднефизиологическом положении;
- ничего не кладите в больную руку;

стопа ни во что не упирается.

Положение на здоровой стороне

Убедитесь:

- «больное» плечо вынесено вперёд;
- «больная» нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставе;
- не кладите ничего в «больную» руку;
- стопа ни во что не упирается;
- голова находится на одной линии с туловищем.

Положение на пораженной стороне

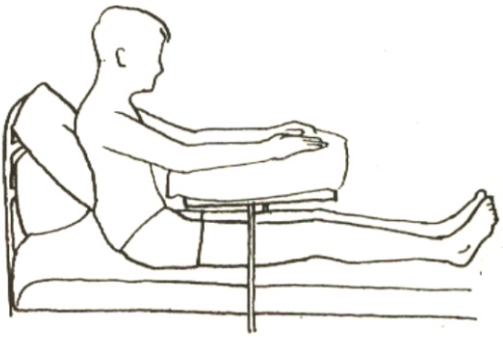
Убедитесь:

- голова находится по средней линии;
- туловище на пораженной стороне вытянуто;
- плечо поддерживается подушкой;
- под ягодицей находится подушка;
- «больная» нога не развернута кнаружи;
- ничего не кладите в руку, стопа не должна не во что упираться.

Положение «сидя на стуле за столом»

Убедитесь:

- рука хорошо поддерживается подушкой и столом;
- стопы полностью расположены на поверхности опоры;
- бедра полностью поддерживаются сиденьем.



ЧТО ДЕЛАТЬ ПОСЛЕ ВЫПИСКИ ИЗ СТАЦИОНАРА?

Жизнь пациента, перенесшего инсульт, меняется кардинально. В зависимости от исхода инсульта пациент может нуждаться в посторонней помощи и опеке. Но даже если у пациента регрессировали все неврологические нарушения, это не значит, что он может вести прежний образ жизни со всеми факторами риска, которые и привели к развитию такого состояния. Отныне вопросы вторичной профилактики инсульта должны занимать центральное место в жизни пациента, поскольку в первые два года после перенесенного «сосудистого события» риск повторного инсульта 4-14%.

Больной, перенесший инсульт, должен наблюдаться у невролога и терапевта по месту жительства. В зависимости от степени восстановления утраченных функций решается вопрос о дальнейшей реабилитации пациента: либо в специализированном реабилитационном центре, либо в санатории с неврологическим профилем.

Вторичная профилактика инсульта состоит из следующих мероприятий:

Отказ от курения и алкоголя

Пациент, перенесший инсульт, должен стремиться к полному отказу от курения и употребления алкогольных напитков.

Контроль артериального давления

Пациент должен ежедневно утром и вечером измерять АД и в случае его повышения или нестабильности должен принимать гипотензивные (снижающие артериальное давление) препараты. Лечение гипотензивными препаратами должно быть длительным и систематическим, а не от случая к случаю.

Контроль веса

Крайне важно следить за собственным весом, соблюдать при этом диету с ограничением животных жиров, соли, отдавая предпочтение овощному и рыбному рациону.

Контроль глюкозы и холестерина в крови

Следует контролировать уровень глюкозы и холестерина вкрови. При повышении уровня «плохого холестерина», выраженном атеросклерозе сосудов требуется постоянный прием препаратов, уменьшающих содержание липопротеидов низкой плотности и триглицеридов в крови и стабилизирующих атеросклеротические бляшки, - так называемых статинов. При приеме этих препаратов необходим контроль печеночных ферментов в крови 1 раз в 3 месяца во избежание побочных эффектов. Важно соблюдать диету с ограничением животных жиров (мясо, яйца и молочные продукты), соли.

В рационе должны преобладать рыба, овощи, фрукты, бобовые, зерновые.

Постоянный приём лекарств

Практически всем пациентам, перенесшим ишемический инсульт, для предотвращения повторного нарушения мозгового кровообращения, необходим приём препаратов, препятствующих тромбообразованию и улучшающих «текучесть» (гемореологию) крови. Выбор такого препарата и назначение эффективной дозы осуществляет только лечащий врач с учетом индивидуальных особенностей пациента. Применение такого препарата, как варфарин, назначаемого при нарушении сердечного ритма у пациента, необходим тщательный контроль свертывающей системы крови (определение МНО (международного нормализованного отношения) и ПТИ (протромбинового индекса).

Хирургическая профилактика инсульта

Наконец, если у пациента выявлен выраженный стеноз (50% и более) крупных сосудов вследствие тромбоза или наличия атеросклеротической бляшки, актуальным становится вопрос хирургического лечения с целью восстановления кровотока по сосуду. Время и вариант оперативного лечения определяет врач.

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗАДАВАЕМЫЕ ВОПРОСЫ

Какие симптомы возникают при развитии инсульта?

Ответ: Симптомами инсульта могут быть: резко возникшее головокружение, нарушение координации, слабость или онемение конечностей (рук, ног) чаще всего с одной стороны, асимметрия лица, двоение в глазах, нарушение речи, нарушение сознания, нарушение глотания.

Существует довольно простой, но надежный тест для диагностирования инсульта в домашних условиях (позволяет диагностировать инсульт в 80% случаев). В англоязычной литературе этот тест называется FAST (Face Arm Speech Test, что в переводе значит «Лицо-Рука-Речь-Тест). Суть этого теста состоит в следующем:

· Просят пациента улыбнуться или показать зубы. При инсульте происходит заметная асимметрия лица (угол рта с одной стороны «висит»).

· Просят пациента поднять и удерживать в течение 5 секунд обе руки на 90° в положении сидя и на 45° в положении лежа. При инсульте одна из рук опускается.

· Просят пациента сказать простую фразу. При инсульте у пациента не получается четко и правильно выговорить простую фразу, речь его неразборчива, невнятна.

Что делать, если у вас или у ваших родственников появились признаки инсульта?

Ответ: Срочно вызывать скорую помощь (телефон 103). До приезда бригады скорой помощи необходимо уложить больного на кровать, при этом его голова должна быть под углом 30° к плоскости опоры, при возникновении тошноты или рвоты следует повернуть голову пациента на бок, измерить АД.

Почему так важно вызывать скорую помощь сразу же после возникновения первых симптомов инсульта (в первые часы и даже минуты)?

Ответ: Именно в первые 3-4,5 часа после возникновения первых симптомов (так называемое «терапевтическое окно») медицинская помощь более эффективна. Промедление с началом активного лечения по восстановлению кровотока в пораженном участке головного мозга значительно повышает риск гибели или инвалидизации пациента.

Где должен наблюдаться пациент после инсульта? Есть ли специализированные приемы пациентов, перенесших инсульт?

Ответ: Больные, перенесшие инсульт, должны наблюдаться у невролога и терапевта по месту жительства. В настоящее время

ведётся специализированный приём ангионевролога в областной поликлинике СОКБ №1.

Где в Свердловской области можно пройти курс реабилитации после перенесенного инсульта?

Ответ: Вопрос реабилитации пациента, перенесшего инсульт, решается в индивидуальном порядке в зависимости от возможности таких больных к самообслуживанию, наличия у них сопутствующих заболеваний, когнитивных нарушений. Реабилитация пациентов в Свердловской области проводится в санаториях «Руш», «Маян», в отделениях реабилитации многопрофильных больниц (г. Первоуральск, г. Каменск-Уральский, г. Нижняя Салда, г. Екатеринбург) и в специализированных центрах «Клинический институт мозга» (г. Березовский), «Озеро Чусовское» (г. Екатеринбург).

Имеет ли человек, перенесший инсульт, право на получение группы инвалидности?

Ответ: Для признания лица инвалидом необходимо наличие всех нижеперечисленных условий:

- нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями;
- ограничения жизнедеятельности;
- необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

Направить на медико-социальную экспертизу могут лечебно-профилактическое учреждение, орган, осуществляющий пенсионное обеспечение, орган социальной защиты населения.

Этот вопрос решается специалистами бюро медико-социальной экспертизы только при наличии у пациента нарушений функций жизнедеятельности или стойкой утраты трудоспособности (первично показания к направлению в бюро МСЭ определяет лечащий врач и врачебная комиссия поликлиники по месту жительства).

Что делать, чтобы избежать повторного инсульта?

Ответ: Чётко следовать рекомендациям врача по вторичной профилактике инсульта, включающих как медикаментозное лечение, так и изменение образа жизни (отказ от вредных привычек, снижение массы тела, соблюдение диеты, физическая активность).

Нужно ли соблюдать диету после инсульта?

Ответ: Рекомендуется диета с ограничением животных жиров и соли. Предпочтение следует отдавать рыбе, фруктам и овощам, зерновым.

Надо ли повторно делать МРТ или КТ головного мозга после выписки из стационара?

Ответ: Чаще всего нет. МРТ или КТ головного мозга следует проводить только по рекомендации лечащего врача.

Какие ограничения в повседневной жизни после перенесенного инсульта?

Ответ: Не рекомендуются тепловые процедуры (сауна, баня, горячая ванна), тяжелый физический труд, избыточное пребывание под лучами солнца.

Можно ли отдыхать в жарких странах? Можно ли летать на самолете?

Ответ: Первые два года в связи наибольшим риском развития повторного инсульта не рекомендуется резко менять климат. Старайтесь отдыхать в «бархатные сезоны», когда перепады температур и солнечная активность наименее выраженные. Четкой связи между развитием инсульта и перелетом на самолете нет.

ЭМОЦИОНАЛЬНЫЙ СТРЕСС У ЛИЦ, ОСУЩЕСТВЛЯЮЩИХ УХОД

Личный, эмоциональный стресс, возникающий при уходе за пожилым больным, громаден. С течением времени состояние наших пациентов продолжает деградировать, и ухаживающие испытывают отрицательные эмоции (злость, чувство протеста, горе, стыд и пр.), ведь приходится полностью менять привычный уклад жизни. Иногда эмоциональные проблемы достигают уровня **клинически значимой депрессии** (минимум 3 симптома в течение минимум 2 недель):

- Нарушения сна
- Изменения аппетита (как снижение, так и повышение)
- Потеря жизненной энергии, мотивации
- Расстройства внимания
- Пренебрежение к себе
- Социальная самоизоляция
- Неусидчивость,
- Замедленность мыслей, движений
- Потеря веры в себя
- Суицидальные мысли, безнадежность

Помните: отрицательные эмоции являются **естественной реакцией на вашу ситуацию. Чрезвычайно важно не терять друзей и общественные контакты, находить время для себя самого.**

Что нужно делать?

1. Семья. Важно не отвергать помощи других членов семьи, если они располагают достаточным временем, и не пытаться нести нелегкое бремя ухода за больным одному.

2. Не держите свои проблемы при себе. Вам просто необходимо делиться с другими своими впечатлениями от ухода за пациентом.

3. Оставляйте время для себя. Вам необходимо иметь время и для самих себя. Постарайтесь найти такого человека, который смог бы в ваше отсутствие продолжать ухаживать за пациентом, чтобы вы смогли на какой-то срок отлучиться от него, передохнуть.

4. Знайте пределы собственных возможностей. Если вы чувствуете, что переутомлены, и что работа выше ваших сил, обратитесь за помощью во избежание кризиса, срыва.

5. Не вините себя. Не вините ни себя, ни больного за трудности, с которыми вам приходится сталкиваться. Помните, что виной им лишь болезнь.

6. Не бойтесь задавать вопросы, искать советы.

7. Не забывайте, как важны вы сами. Ваше благополучие чрезвычайно важно как для вас самих, вашей семьи и друзей, так и для

пациента. В его жизни вы – незаменимы, без вас пациент не обойдётся. Это дополнительная причина беречь себя.

Следует сразу подумать, как вы будете справляться с болезнью в будущем. В настоящее время существует множество способов облегчить жизнь и самому больному и тем, кто ухаживает за больным.

Приемы, которые могут помочь справиться с ситуацией:

1. **Установите режим**, но при этом нужно сохранить привычные занятия для пациента. Благодаря режиму сокращается необходимость принятия решений, запутанная повседневная жизнь становится более организованной, упорядоченной (это источник уверенности, чувство защищенности для пациента).

2. Поддерживайте **независимость пациента**. Это помогает ему сохранять чувство уважения к себе и облегчает вам работу.

3. **Чувство собственного достоинства**. НЕ забывайте, что пациент – личность, не лишенная чувств. Слова и поступки, как ваши, так и окружающих, могут обеспокоить, обидеть пациента. Воздержитесь от осуждения состояния пациента в его присутствии.

4. **Воздержитесь от стычек, грубости**. Любой, даже малейший конфликт, приводит к ненужному стрессу, как для вас, так и для пациента. НЕ стоит привлекать внимание к его неудачам, по возможности сохраняйте спокойствие, будьте терпеливы. Проявлением гнева или огорчения можно лишь ухудшить ситуацию. Виноват не человек, а болезнь.

5. Давайте пациенту **простые задания** (но не предоставляйте слишком большой выбор).

6. Сделайте свой дом как можно более **безопасным**. Нарушения координации повышают риск травмирования (например, перелом шейки бедра).

7. **Физические упражнения** очень полезны, движение - жизнь! (простейшие упражнения, зарядка, которую в состоянии выполнить пациент).

8. Крайне важны **эмоционально теплое общение**, ласковый тон, тактильное воздействие (всяческие поглаживания, объятия и пр.)

Чтобы повысить независимость пациента, очень полезны **наглядные пособия** (например, при нарушениях памяти это - большие портреты родственников с именами, названия комнат, указатели, выполненные крупным шрифтом и ярким цветом и пр.)

КОНТАКТЫ

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения
Свердловской области
“Свердловская областная клиническая больница №1”
Неврологическое отделение для больных с нарушениями
мозгового кровообращения.
Почтовый адрес:
620102 г. Екатеринбург ул. Волгоградская 185
Телефон: (343) 351-15-01
Сайт: http://www.okb1.ru/home/otdeleniya/onmk/
Заведующий отделением:
Алашеев Андрей Марисович, к.м.н., главный внештатный
специалист-невролог Министерства здравоохранения
Свердловской области.