



А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,  
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов

1  
Часть

*Дорогие читатели!  
Нам очень важна обратная связь.*

Ваши пожелания можно направлять по адресу:  
г. Москва, Ленинский проспект, 8 к12,  
Сестричество во имя благоверного царевича Димитрия,  
E-mail: [uhod.posobie@yandex.ru](mailto:uhod.posobie@yandex.ru)

# УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

## ПРОБЛЕМЫ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ

Москва  
2017



СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКАЯ ОБЩИНА СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ  
СОЮЗ РЕАБИЛИТОЛОГОВ РОССИИ  
СВЯТО-ДИМИТРИЕВСКОЕ УЧИЛИЩЕ СЕСТЕР МИЛОСЕРДИЯ

**А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,  
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов**

# **УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

**Проблемы пациентов,  
перенесших инсульт**

**Часть 1**

**Москва  
2017**

УДК 616.831:616-083  
ББК 56.127  
Д13

**А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова, Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов**

Уход за пациентами после инсульта. Часть I  
Проблемы пациентов, перенесших инсульт. —  
М.: ООО «Авансед солюшнз», 2017. — 40 с.  
Художник — О.В. Ананьева

*Иллюстративный материал заимствован из общедоступных ресурсов интернета, не содержащих указаний на авторов этих материалов и каких-либо ограничений для их заимствования.*

Этим практическим пособием мы начинаем цикл публикаций по теме ухода за пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения. Практическое пособие предназначено для младших медицинских сестер, сестер по уходу, родственников и других лиц, осуществляющих уход за пациентами, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения, или желающих научиться уходу. Отдельные материалы пособия могут быть полезны при организации ухода за пациентами с неврологическими и другими патологиями, имеющими ограничения в самообслуживании.

В пособии рассмотрены последствия негативного влияния инсульта и мало-подвижности на функционирование систем организма человека. Кроме описания осложнений и проблем, с которыми сталкиваются перенесшие инсульт пациенты, их родственники и ухаживающие, будут предложены советы по оказанию помощи и организации ухода, а также рекомендации, которые важно соблюдать с целью снижения риска и сокращения случаев развития постинсультных осложнений. Предложенные советы и рекомендации не заменяют консультации соответствующего специалиста.

**При реализации проекта используются средства государственной поддержки, выделенные в качестве гранта в соответствии с распоряжением Президента Российской Федерации от 05.04.2016 № 68-рп и на основании конкурса, проведенного Общероссийской общественной организацией «ЛИГА ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ».**

ISBN 978-5-906722-68-3 (т. 1)  
ISBN 978-5-906722-72-0

© А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова,  
Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов

Подписано в печать: 31.07.2017. Формат 60x90 1/16.  
Бумага офсетная. Печать офсетная.  
Тираж 500 экз. Заказ № 5647.  
ООО «Авансед солюшнз»  
119071, г. Москва, Ленинский пр-т, д. 19, стр. 1.

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ПОМОЩЬ И ОСОБЕННОСТИ УХОДА .....	5
Двигательные расстройства .....	5
Нарушения чувствительности .....	7
Расстройства мочеиспускания.....	8
Нарушения глотания .....	10
Нарушения зрения и восприятия .....	14
Эмоциональная неустойчивость .....	16
Нарушения памяти и внимания .....	18
Речевые нарушения.....	20
Прочие поведенческие расстройства .....	21
ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ .....	24
Инфекции органов дыхания.....	24
Контрактуры .....	25
Опрелости.....	26
Пролезни .....	26
Тромбозы и тромбозы .....	30
Остеопороз .....	32
Запоры .....	32
Отсутствие аппетита .....	33

## ВВЕДЕНИЕ

Инсульт — острое нарушение мозгового кровообращения, которое вызывает повреждение тканей мозга и нарушение его функций.

Повреждение возникает вследствие прекращения поступления крови к тому или иному отделу головного мозга либо кровоизлияния при разрыве кровеносного сосуда. Вследствие этого происходит гибель нервных клеток и в дальнейшем нарушение функционирования многих систем организма.

Кроме последствий нарушения мозгового кровообращения, перенесшие инсульт пациенты сталкиваются с целым рядом осложнений, вызванных недостатком движений вследствие вынужденного длительного пребывания в положении лежа. Отсутствие двигательной активности неестественно для человеческого организма. Не участвуя в движениях, мышцы тела атрофируются. Недостаток движений негативно сказывается на состоянии дыхательной системы, работе органов пищеварения. Дефицит движений также замедляет процесс восстановления после инсульта.

В первой части пособия будут рассмотрены последствия негативного влияния инсульта и малоподвижности на функционирование систем организма человека. Кроме описания осложнений и проблем, с которыми сталкиваются перенесшие инсульт пациенты, их родственники и ухаживающие, будут предложены советы по оказанию помощи и организации ухода, а также рекомендации, которые важно соблюдать с целью снижения риска и сокращения случаев развития постинсультных осложнений.

## ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ НАРУШЕНИЯ: ПОМОЩЬ И ОСОБЕННОСТИ УХОДА

### *Двигательные расстройства*

#### Параличи и парезы

Утрата движений — одно из наиболее распространенных последствий инсульта. Двигательные нарушения, чаще односторонние, встречаются у 90% людей, перенесших инсульт.

**Паралич** — полная утрата произвольных движений мышцы или группы мышц.

**Парез (неполный паралич)** — ослабление произвольных движений мышц.

*Для осуществления произвольного движения импульсы, возникшие в коре мозга, должны дойти до соответствующих мышц. При повреждении участка головного мозга вследствие инсульта нарушаются связи с мышцами тела.*

В дальнейшем при отсутствии движения мышцы атрофируются, мышечные волокна теряют эластичность, укорачиваются. Можно отметить, что даже здоровый человек, не имеющий возможности двигаться, ежедневно теряет мышечную массу.

#### *О чем необходимо помнить ухаживающим*

- **Бережное отношение к поврежденной части тела при перемещении**

Обездвиженную руку или ногу необходимо придерживать за оба сустава (локтевой и лучезапястный, коленный и голеностопный соответственно) при любом действии и перемещении, не допускать падения руки или ноги. Ни в коем случае нельзя тянуть за пораженную руку при попытке переместить пациента.

- **Обеспечение поддержки обездвиженной части тела**

Важно контролировать, чтобы плечо обездвиженной руки было на одном уровне с плечом здоровой. Не поддерживаемая мышцами, рука за счет собственного веса будет «отвисать», растягивая капсулу плечевого сустава, повреждая сустав, что может стать причиной возникновения сильных болей в плече. В положении сидя необходимо обеспечить опору для обездвиженной руки (это могут быть подушки, подлокотники кресла и т.п., см. рис. 1).



Рис. 1

В положении лежа на спине пациент не способен самостоятельно удерживать согнутую в колене и поставленную в упор обездвиженную ногу. Разворот кнаружи, падение ноги в сторону может привести к травме тазобедренного сустава, вызвать сильные болевые ощущения. Поэтому ухаживающему следует придерживать обездвиженную ногу пациента либо зафиксировать ее положение подушкой-валиком или сложенным одеялом.

Когда пациент начинает вставать и ходить, поддержку руки можно обеспечить с помощью специальных поддерживающих плечевой сустав *ортезов*.

### Нарушения равновесия и координации

Регуляция равновесия и координации – сложный процесс. В основе регуляции равновесия лежит сложное взаимодействие мышц, вестибулярного аппарата, органа зрения и головного мозга. В любом из звеньев этой системы могут возникнуть нарушения. Успешность восстановления двигательных навыков зависит от поддержания равновесия. Тренировать равновесие необходимо параллельно с выполнением повседневных действий: ходьбой, вставанием и усаживанием, дотягиванием до предметов. При сильных нарушениях равновесия условия выполнения различных упражнений можно менять (можно заниматься в положении сидя или стоя с разной степенью поддержки). Комплекс упражнений подберет врач ЛФК.

### Изменение тонуса мышц

У большинства пациентов, перенесших инсульт, наряду с параличами и парезами проявляются изменения мышечного тонуса, проявляющиеся как в расслаблении, так и в чрезмерном напряжении мышц.

Обычно первое время после инсульта тонус снижен, мышцы расслаблены. Этот период может быть довольно длительным и в дальнейшем в большинстве случаев сменяется повышением мышечного тонуса.

Состояние повышенного мышечного тонуса, приводящее к напряжению и скованности мышц, возрастающее при их пассивном растяжении, называется **спастичностью**.

*Вследствие перенесенного инсульта у некоторых пациентов со временем начинает формироваться специфическая поза, названная по имени авторов, немецких невропатологов – **Вернике-Манна**: на пораженной стороне рука согнута в локте и кисти и приведена к туловищу, нога – выпрямлена. Чтобы при ходьбе не задевать носком пола, пациент, не имея возможности согнуть ногу в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах и вынести ее вперед, «косит» ею, то есть отводит в сторону, стопой описывая полукруг («рука просит, нога косит»).*

### О чем необходимо помнить ухаживающим

#### • Не следует с усилием растягивать напряженные мышцы

Одной из ошибок ухаживающих является попытка во что бы то ни стало выпрямить согнутые конечности. Часто рука пациента ошибочно фиксируется к твердой шине, распрямляются и таким же образом фиксируются пальцы (см. рис. 2). В таком случае реакцию мышц можно сравнить с растянутой пружиной (или резинкой), которая будет стремиться еще сильнее сжаться после растяжения. Этот эффект называется стрейч-рефлексом (от англ. stretch – «растягиваться»). Кроме еще большего усиления спастичности при растягивании можно травмировать сухожилия.

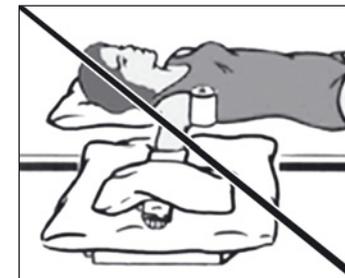


Рис. 2

#### • Не следует делать массаж или гимнастику самостоятельно

Массаж и гимнастика могут принести как пользу, так и вред. Активно массируя руки и ноги, можно добиться негативной ответной реакции – еще большего напряжения мышц (повышения спастичности). Проводить гимнастику следует строго по инструкции врача ЛФК, выполнять массаж самостоятельно вовсе не рекомендуется: лучше ограничиться поглаживаниями. Все действия с руками и ногами следует выполнять плавно и медленно.

#### • Большую роль играет правильное позиционирование пациента (лечение положением)

Усиливать мышечный тонус могут неправильное положение головы и конечностей. Голова должна лежать ровно: не наклонена к груди или к плечу и не запрокинута назад. Неправильное положение головы может усиливать действие патологических рефлексов, что стимулирует формирование патологических поз. Пациент должен быть уложен правильно. Варианты укладки (позиционирования) будут подробно описаны во второй части пособия.

### Нарушения чувствительности

У большинства пациентов двигательные расстройства сопровождаются нарушением чувствительности: чаще всего можно столкнуться со снижением чувствительности с пораженной стороны, однако в некоторых случаях может встречаться повышенная чувствительность к внешним раздражителям.

### О чем необходимо помнить ухаживающим

Общее правило при нарушении чувствительности: стимулирование пониженной чувствительности и снижение раздражающих факторов при повышенной чувствительности. Так, например, если пациент не контролирует наличие пищи во рту из-за снижения чувствительности, можно чередовать прием пищи разной комфортной температуры (пациенту можно дать попробовать мороженое или охлажденное пюре). При повышенной чувствительности следует снизить или исключить раздражающие факторы, такие как яркий свет, громкие звуки и посторонний шум. Для возвращения тактильной чувствительности можно задействовать руку в движениях, требующих мелкой моторики: завязывание узлов веревкой, перебирание орехов, перекладывание небольших предметов. Положительную роль играют водные процедуры, растирание полотенцем, занятия по исследованию текстуры, формы, консистенции предметов.

- **Риск непроизвольного травмирования**

В быту потеря или снижение чувствительности требуют дополнительного контроля близких и родных людей, чтобы избежать возможности уколотся, порезаться или обжечься.

- **Контроль состояния кожных покровов**

При нарушениях чувствительности необходимо вести тщательный контроль состояния кожи: чистоты, влажности, отсутствия повреждений. Важно помнить, что на обездвиженной стороне наиболее высок риск образования пролежней, хотя самим пациентам лежать на парализованном боку обычно удобнее.

### Расстройства мочеиспускания

Мочевой пузырь — мышечный орган. Инсульт, приводящий к различным нарушениям в работе мышечной системы, может оказать негативное влияние на мышечный аппарат мочевого пузыря. Нарушения, связанные с актом мочеиспускания и осложненные инфекцией нижних мочевых путей — вторая по частоте причина смертности перенесших инсульт.

К нарушениям мочеиспускания можно отнести недержание и задержку мочи. Наиболее часто встречающейся формой нарушения мочеиспускания, наблюдающейся у пациентов после инсульта, является недержание мочи. Следует так же обратить внимание, если у пациента наблюдается учащенное мочеиспускание (более 8 раз в сутки и 2 раз в ночное время) — в этом случае необходима консультация врача-уролога.

*В острой стадии инсульта недержание мочи наблюдают у 50–70%, а сохраняется это осложнение в позднем периоде лишь у 15–30%. Задержка мочеиспускания встречается у трети пациентов, перенесших инсульт. У большинства мочеиспускание возобновляется на протяжении 3 месяцев. Кроме неврологических причин, задержке могут способствовать такие факторы как малая подвижность, длительное пребывание в положении лежа, инфекционные заболевания, задержка стула, прием снотворных и успокоительных лекарственных препаратов. Задержка мочеиспускания, переполнение мочевого пузыря могут привести к воспалительным заболеваниям мочевой системы. При задержках мочеиспускания производится периодическая катетеризация мочевого пузыря каждые 4-6 часов.*

Задержку мочеиспускания важно отличать от нарушений памяти, эмоционально-волевой сферы, психологических проблем: пациент может забывать, что ему нужно помочиться, или стесняться лишний раз обременять родственников.

### О чем необходимо помнить ухаживающим

- **Питьевой режим**

Перенесшим инсульт людям нужно с большим вниманием относиться к достаточному употреблению жидкости. Обезвоживание организма может стать причиной повышения давления, что может спровоцировать повторный инсульт головного мозга. Недостаток жидкости также повышает риск образования пролежней, запоров. Кровь становится более густой, ухудшается кровоснабжение головного мозга, что может оказывать значительное влияние на его функционирование. Кроме этого при обезвоживании ухудшается течение любого заболевания, замедляется выздоровление и восстановление. Ежедневная норма воды определяется индивидуально, в зависимости от веса человека и его состояния, и в среднем составляет около двух литров. При достаточном употреблении жидкости (и отсутствии воспалительных заболеваний) моча светлая, практически без запаха. Особое внимание важно уделить пациентам с нарушением глотания, о чем будет рассказано ниже. Не забывайте, что пить и принимать пищу пациент должен в положении сидя или на высоком изголовье. Кроме этого следует убедиться, что пациенту удобно пить из стакана или кружки, которые ему предлагаются. В следующей главе будут рассмотрены приспособления, облегчающие процесс питья и приема пищи.

- **Контролирование процесса мочеиспускания**

Задача ухаживающего следить за регулярностью мочеиспускания. Если пациент не мочился длительное время, может наблюдаться беспокойство,

повышение температуры. Врач может назначить ведения дневника мочеиспусканий, где указывается время и количество потребленной и выделенной жидкости (количество выделенной жидкости должно составлять около 70-75% от того объема, что было выпито). Пациентам можно периодически предлагать помочиться, вводя своеобразный режим (мочеиспускание по времени).

- **Психологическая поддержка**

Психологическая поддержка, ободряющие слова могут играть большую роль в восстановлении. Пациенты, страдающие нарушениями мочеиспускания, испытывают ряд психологических проблем, чувствуют себя неполноценными, боятся невозможности вернуться к привычному для них ритму жизни и адаптироваться в обществе. В таком случае важно дать понять, что нарушения, связанные с мочеиспусканием, — не постоянное, а лишь временное состояние, вызванное инсультом, ведь больше чем у половины перенесших инсульт эти нарушения проходят с течением времени. Не имея серьезных неврологических нарушений, многие пациенты стараются реже мочиться и меньше пить из-за боязни обременять больничного персонала или родственников. Важно окружать таких пациентов заботой, дать понять, что у них будет возможность воспользоваться судном при первой необходимости, а подгузник будет вовремя сменен на сухой.

### **Нарушения глотания**

Нарушение глотания — одно из наиболее частых и опасных последствий инсульта. Пища или жидкость, попавшие в дыхательные пути, могут стать причиной воспаления органов дыхания и дыхательных путей, непроходимости их для воздуха и, как следствие, возможной смерти.

*Глотание является одним из самых сложных процессов центральной нервной системы, который происходит в несколько этапов. При этом задействованы несколько областей мозга. Нарушения глотания могут быть вызваны целым рядом причин: паралич мышц языка, гортани, нарушение чувствительности ротовой полости, нарушение координации работы мышц.*

#### **О чем необходимо помнить ухаживающим**

- **Строгое соблюдение врачебных рекомендаций по способу кормления**

Способ кормления определяется после оценки функции глотания. При значительных нарушениях глотания может быть назначено зондовое или парентеральное (внутривенное) питание. Решение о приемлемом способе питания принимает врач.

- **Подбор вида пищи, консистенции**

При нарушении глотания лучше всего употреблять мягкую, пюреобразную пищу, не содержащую крупных комочков. Хорошо подходят кисели, жидкие каши, супы-пюре, йогурты без добавок. Проглотить такую пищу гораздо легче, чем воду и, тем более, чем пищу, требующую пережевывания. При этом твердая и жидкая пища принимается изолированно. При сложности проглатывания воды могут быть использованы загустители: как приобретенные в аптеках и специализированных магазинах, так и изготовленные самостоятельно на основе отвара перемолотых хлопьев геркулеса или крахмала.

Даже при незначительных нарушениях глотания следует избегать продуктов, которыми можно легко подавиться: печенья, особенно крошащегося, орехов, рассыпчатых каш, супов с твердыми ингредиентами и пр.

- **Правильная поза при кормлении**

При кормлении пациента следует обязательно усадить или приподнять изголовье кровати не менее чем до 45°. Ни в коем случае нельзя поить и кормить в положении лежа с запрокинутой головой. Пациента на зондовом питании также нужно кормить только сидя (или с приподнятым как минимум до 45° изголовьем). После любого приема пищи опускать изголовье нужно не ранее чем через 30-40 минут.

Рекомендуется научить пациента наклонять голову вперед во время глотания или помогать ему, расположив руку под подушкой, делать наклон вперед при совершении глотка.

- **Контроль всего процесса кормления**

Даже в том случае, когда пациент может самостоятельно держать ложку и принимать пищу, не следует оставлять его одного. Важно подобрать ложку, подходящую по размеру: так перенесший инсульт может не рассчитать и набрать в ложку больше того, что он способен проглотить.

**Следует прекратить кормление и обратиться к врачу, если Вы наблюдаете:**

- поперхивание и кашель при приеме пищи;
- остатки пищи за щекой;
- невозможность проглотить пищу;
- невозможность удержать пищу во рту;
- вытекание жидкостей и слюны изо рта;
- попадание пищи в носовую полость.

Логопед может помочь пациенту освоить специальные техники глотания. Так глоток предпочтительно совершать после вдоха, а выдыхать уже после глотка («вдох-глоток-выдох»), что снизит риск попадания пищи в дыхательные пути. Пациент должен также научиться собирать языком слюну и остатки пищи. Задача родственников и ухаживающих — следить за выполнением рекомендаций специалиста.

#### • *Создание благоприятной атмосферы*

Для того чтобы пациент сконцентрировался на приеме пищи, необходимо устранить любые отвлекающие факторы, например, выключить телевизор, радиоприемник и др. Не следует отвлекаться на разговор — пациент должен быть сосредоточен на процессе приема пищи.

В отделениях больниц можно столкнуться с тем, что в одной палате одновременно кормят одного пациента и занимаются личной гигиеной другого. Очевидно, что аппетит в таком случае может значительно снизиться (вплоть до полного отказа от приема пищи).

#### • *Регулярная обработка ротовой полости пациента*

Следует регулярно следить за чистотой ротовой полости. Целью обработки полости рта пациенту является очистка полости рта от налета, слизи, микроорганизмов, остатков пищи. Обработку ротовой полости следует производить не только утром и вечером, но также после каждого приема пищи — пациент может подавиться ими уже по окончании кормления. Зубные протезы необходимо чистить дважды в сутки.

От состояния ротовой полости во многом зависит аппетит. При недостатке гигиены и постоянном воспалении ротовой полости во время пережевывания пищи пациент часто не может ощутить ни вкуса, ни самого присутствия еды во рту.

При плохом уходе за полостью рта у пациента развиваются воспалительные процессы. Недостаточная гигиена ротовой полости способствует развитию **стоматита** — воспалительного заболевания, характеризующегося покраснением, болезненностью, образованием язв ротовой полости, а недостаток жевательных движений способствует возникновению **паротита** — воспаления околоушных слюнных желез.

Слизистая полости рта и языка всегда должна быть увлажненной. Часто пациенты, кормление которых осуществляется через зонд, дышат ртом, не закрывая его на протяжении длительного времени, это приводит к сухости в ротовой полости и, как следствие, способствует развитию грибковых и воспалительных заболеваний ротовой полости, что может проявляться в образовании налета, сухих корок на поверхности языка, десен и т.д. В таком

случае обработка ротовой полости проводится каждые два часа с целью стимулирования образования слюны и увлажнения полости рта.

Для обработки ротовой полости в аптеках можно приобрести ватные палочки типа «Pagavit», пропитанные глицерином и лимонной кислотой. Они не только механически очищают полость рта, но и улучшают слюнообразование. Ротовую полость можно обрабатывать раствором лимонного сока с растительным маслом в отношении соответственно 1:3, используя одновременно 2-3 обычные ватные палочки или ватные палочки с большой головкой. Наряду с приобретенными в аптеке антисептическими растворами можно использовать отвары ромашки, шалфея. Кроме обработки ротовой полости следует следить за чистотой носовых ходов, так как при заложенности носа пациент вынужден дышать ртом, что затрудняет процесс глотания пищи.

#### • *Приспособления, облегчающие процесс кормления*

При кормлении пациента могут использоваться различные вспомогательные приспособления.

Для того чтобы пить не запрокидывая голову можно использовать бумажный или пластиковый стакан с вырезом для спинки носа (см. рис. 3).



Рис. 3

Чтобы ослабленный пациент или пациент с нарушением координации движений мог

лучше удерживать поильник, используют специальные поильники с двумя ручками. На вилку или ложку можно надеть валик из пенополиуретана (материала, используемого для термоизоляции труб), который позволит удобно удерживать столовые приборы в руке, не сжимая руку плотно.

Можно также приобрести столовые приборы с утолщенной ручкой (см. рис. 4). Набрать еду в ложку позволит тарелка с бортиком по одной половине окружности. При невозможности приема пищи за обеденным столом важно, чтобы в комнате был прикроватный столик.



Рис. 4



Рис. 5

Во время приема пищи пациент должен сидеть удобно, поверхность столика не должна быть скользкая. Можно использовать специальные прорезиненные салфетки под посуду. Грудь пациента для защиты одежды необходимо прикрыть специальным одноразовым фартуком или чистой салфеткой.

## Нарушения зрения и восприятия

### Зрительные расстройства

Инсульт может стать причиной различных зрительных расстройств. Нарушения зависят от области повреждения и могут выражаться в выпадении полей зрения («выпадать» из поля зрения глаза могут фрагменты и целые области окружающего пациента пространства, см. рис. 6), в невозможности сфокусировать взгляд на предмете, в двоении предметов. Все нарушения корректируются с участием врача-офтальмолога. Пациентам с ограничением полей зрения можно порекомендовать, прежде всего, размещать кровать или стул таким образом, чтобы «активная» часть пространства попадала в сохранившиеся поля зрения.

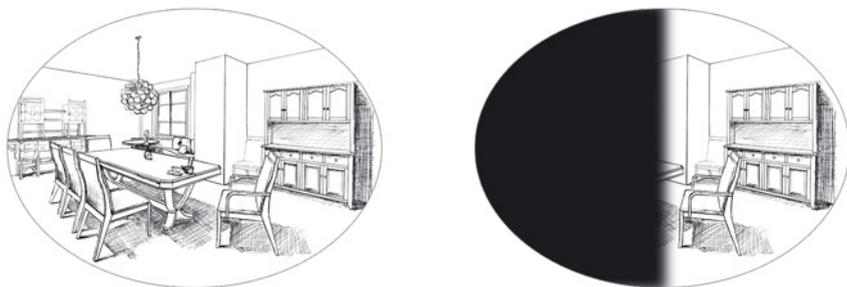


Рис. 6

### Нарушение пространственного восприятия

В некоторых случаях можно наблюдать нарушения, при которых пациенту сложно воспринимать окружающие предметы, свое тело, пространство. Он, например, может долго рассматривать сложенную футболку, не понимая, как ее правильно надеть, долго искать горловину. В таких случаях одежду лучше оставлять в разложенном виде, так как сложенная одежда часто может и не восприниматься как одежда.

Помощью может быть выбор одежды, которую проще надеть самостоятельно, нанесение меток «перед/спина», «лицо/изнанка» на одежду, раскладывание одежды для пациента перед одеванием, проговаривание или демонстрация действий во время одевания. Конкретные способы помощи помогает найти нейропсихолог и эрготерапевт.

Поступающая от органов чувств информация может неправильно распознаваться в нервной системе: плоская поверхность может восприниматься как наклонная, предметы казаться ближе, чем есть на самом деле.



Рис. 7

У некоторых пациентов отмечается изменение восприятия положения своего тела в пространстве. Например, они уверены, что сидят или стоят ровно даже при значительном наклоне в сторону. Такие пациенты испытывают стресс и страх при попытках движений и начинают сопротивляться, если пробовать посадить их ровно. В таком случае целесообразно побуждать пациента оценивать окружающую обстановку, свою позу в зеркале, на которое можно наносить вертикальные отметки, усаживать с высокой опорой на подушки-валики с обеих сторон.

При нарушениях восприятия пространства пациент может, например, воспринимать только половину окружающего пространства (чаще правую), что не связано с расстройствами зрения. В таком случае, если попросить его изобразить предмет на бумаге, он нарисует только часть этого предмета с одной стороны (см. рис. 7).

При уходе за таким пациентом нужно понимать, что расположенные в игнорируемой половине пространства предметы и люди для него могут не существовать. Поэтому, например, он никогда не съест кашу из тарелки, расположенной на игнорируемой стороне столика, или может не замечать подходящих к нему с пораженной стороны родственников и ухаживающих. В целях эффективности кормления стоит располагать еду на доступной половине столика, постепенно в целях реабилитации сдвигая ее влево. Полезным будет научить пациента повернуть тарелку после того, как он, как ему кажется, все съел.

Если пациент ходит, он может задевать косяки дверей и другие предметы, находящиеся с игнорируемой стороны. Следует позаботиться о его безопасности, убрав опасные предметы и закрыв острые углы.

Еще одним неприятным аспектом данной проблемы является нарушение чтения: пациент не замечает часть листа, и ему приходится либо крутить головой, либо перемещать лист. Для облегчения чтения можно выделить маркером начало строк, что поможет их найти.

### Нарушения восприятия своего тела

Многие пациенты не воспринимают парализованную руку или ногу как часть собственного тела, считая ее скорее посторонним предметом. Задача ухаживающего заключается в этом случае в регулярной проверке положения руки: зачастую кисть может быть прижата телом пациента или даже зажата между спицами инвалидного кресла. Важно, чтобы пациент мог постоянно видеть обездвиженную руку и по возможности самостоятельно контролировать ее положение. Важно давать пациенту касаться потерявшей чувствительность руки как в ходе специальных упражнений, так и в процессе повседневной деятельности: например, давать ему самому мыть себя мочалкой или мазать кремом (даже если он делает это неэффективно).

При уходе за таким пациентом важно стараться обращать его внимание на обездвиженную сторону, во время совершения гигиенических процедур полезно проговаривать, какой части тела касаешься («Сейчас помою Вашу левую кисть»).

### Эмоциональная неустойчивость

Психическое здоровье не менее важно, чем хорошее физическое состояние. После перенесенного инсульта у пациентов часто наблюдается повышенная раздражительность, недовольство, агрессивность, возбужденность, плаксивость, чувство страха и беспокойности. Эти симптомы могут служить проявлением постинсультной депрессии, которой страдают до трети перенесших инсульт пациентов. Постинсультная депрессия замедляет восстановление, подавляет желание к каким-либо активным действиям.

#### Признаки и симптомы депрессии включают в себя:

- постоянные печальные, тревожные чувства;
- нарушения сна;
- увеличение или уменьшение аппетита;
- чувство беспомощности, безнадежности или бесполезности;
- социальную самоизоляцию;
- потерю интереса к любимому делу;
- раздражительность;
- усталость.

Пациент чувствует себя неполноценным и страдает от изменения роли в семье и обществе. Заботливая бабушка и мама теперь не может выполнять домашние дела, заниматься хозяйством. Многие теряют любимое дело и работу.

### О чем необходимо помнить ухаживающим

- *Не делайте за пациента то, что он может сделать сам или с вашей помощью*

Не следует снижать уровень его возможностей. Важно не только накормить, напоить, искупать, причесать, одеть и т.п., но и постараться, чтобы это сделал сам пациент, насколько он способен на сегодняшний день. Например, можно дать в руку губку, чтобы он сам протер свое лицо; подать рукав и попросить его самого просунуть руку. Наша задача — лишь помочь выполнить сложные действия, дополнить на том этапе, на котором пациент не справляется самостоятельно.

- *Как можно больше общайтесь с пациентом, особенно в первое время, не следует оставлять его одного*

Важно рассказывать обо всем, что происходит и будет происходить в ближайшее время, успокаивать его и ободрять. Говорить следует внятно, уверенно и ласково. Зачастую общение и разговор с пациентом не менее важны, чем лекарства. Более пятидесяти лет назад академик А.И.Берг сделал фундаментальный вывод: «Прямым опытом доказано, что человек может нормально мыслить длительное время только при условии непрерывающегося информационного общения с внешним миром. Связь с внешним миром так же необходима, как пища и тепло...»

Приложите усилия к тому, чтобы пациент регулярно испытывал положительные эмоции: от вкусной еды, цветка на тумбочке у кровати, приятной музыки. При этом не следует забывать, что разные люди по-разному реагируют на одни и те же события. Если пациент почти постоянно угрюм и раздражен, особенно важно постараться угадать и исполнить его маленькие желания. Если ваши усилия остаются напрасными в течение длительного времени, то стоит обратиться к психологу или психотерапевту, при серьезных нарушениях врачом-психиатром может быть назначена лекарственная поддержка.

- *Старайтесь чаще прибегать к похвале и поощрениям*

Важно хвалить за малейшие успехи, выражать свою заботу и уверенность в том, что ситуация улучшится. Чтобы восстановить утраченные навыки, приходится практически заново всему учиться. Освоение всего нового дается с огромным усилием, кроме этого, теперь на одну половину тела приходится двойная нагрузка.

- **Ставьте реалистичные цели**

Достижение любой цели состоит из нескольких этапов. Перенесшему инсульт невозможно сразу освоить навыки ходьбы. Даже для того, чтобы самостоятельно садиться в кровати, нужно научиться поворачиваться. Перед выполнением сложных действий важно научиться более простым. При неспособности выполнить какое-либо действие сразу, пациент будет раздражаться и может оставить всякие попытки к упражнениям и реабилитации.

- **Не следует забывать о себе**

Благополучие пациента напрямую зависит от эмоционального состояния ухаживающего. Нередко депрессия возникает не только самих пациентов, но и сопровождает ухаживающих за ними. Важно фокусировать свое внимание даже на маленьких успехах и достижениях. Большое значение имеет правильная организация процесса ухода, привлечение родственников, знакомых и работников социальных служб, распределение обязанностей между всеми членами семьи. Нельзя рассчитывать только на свои силы!

## Нарушения памяти и внимания

### Нарушения памяти

Многие люди имеют проблемы с памятью после инсульта.

**У таких пациентов могут наблюдаться:**

- забывание слов, предметов и их назначения;
- неузнавание близких;
- проблемы с кратковременной памятью;
- потеря ориентации во времени, пространстве;
- трудность в выполнении действий.

Может пострадать словесная память (имена близких, собственные мысли, слова), образная память (лица и голоса, вкус любимого блюда), двигательная (навыки повседневной жизни), после перенесенного инсульта человек может разучиться пользоваться привычными предметами.

### О чем необходимо помнить ухаживающим

Пациентам, перенесшим инсульт, важно сохранять не только двигательную, но и интеллектуальную активность. Следует как можно больше общаться с пациентом, рассказывать ему о знакомых ему местах, предметах, людях, показывать фотографии. Можно заниматься рисованием или рукоделием. Среди возможных занятий предпочтение следует отдавать тем,

которые были интересны пациенту до инсульта. Например, лепка может быть увлекательной для бабушки, занимавшейся рукоделием, но раздражающей для взрослого мужчины, привыкшего заниматься более «серьезными» делами. Забытые и важные навыки будут постепенно восстанавливаться при регулярных тренировках.

Если пациент делает что-то неправильно (например, пытается резать пищу ложкой) – не следует проводить разбор ошибок и углубляться в сложные объяснения, это только запутает его. Более эффективно сразу показать, как делать правильно, и дать самые простые пояснения («Это ложка, ей едят»).

Все действия, совершаемые с пациентом, должны проговариваться вслух. Например: «Сейчас я налью Вам чай». Таким образом, будут возникать ассоциации между действием и обозначающим его словом, постепенно слова будут вспоминаться. Люди с нарушениями памяти легче ориентируются в доме, когда все предметы лежат на одних и тех же местах и их не слишком много, поэтому важно приучить себя и пациента к порядку. Важную роль играет распорядок дня. Активным пациентам с нарушениями памяти очень помогают записи: например, список покупок в магазине или картинки с изображением упаковок продуктов. Напоминанием могут служить звуковые сигналы (будильник).

- **Затруднения в принятии решений и планировании, пассивность**

Достаточно часто можно наблюдать пассивность пациента и отсутствие побуждений к действиям. Родственники могут раздражаться и списывать все на лень и особенности характера, в то время как зачастую эти явления связаны с нарушениями в работе головного мозга.

*Такие нарушения часто называют «лобным синдромом». Лобные доли головного мозга отвечают за появление побуждений к деятельности, планирование дел и следование алгоритмам действий. При их поражении после инсульта пациенты могут становиться пассивными, дезорганизованными.*

Часто бывает, что пациенту трудно продумать и удержать сложную последовательность действий (так, чтобы выпить сок, нужно достать пакет с соком, открыть крышку, налить сок в кружку – пациент может отвлечься и забыть «схему» на любом из этапов выполнения).

Уход за пациентами может представлять значительные трудности. Они могут не сказать, что хотят пить или сходить в туалет. В таком случае следует давать им пищу, питье и отводить в туалет в соответствии с постоянным расписанием. Обучая бытовым навыкам, например, показывая, как одеваться, следует строго придерживаться одного и того же алгоритма – тогда со временем он будет усвоен пациентом. Алгоритм в виде картинок или описания можно повесить на видном месте.

• *Утомляемость и нарушения концентрации внимания*

Многим пациентам, перенесшим инсульт, бывает трудно концентрировать внимание на том, что они делают, и они очень быстро устают. Чтобы преодолеть эти сложности, нужно уметь экономить силы. Ослабленным пациентам бывает полезен дневной сон.

Занимаясь с пациентом, важно чередовать физическую и интеллектуальную активность. Увеличивать нагрузку следует постепенно, не доводя пациента до сильной усталости. Определив, через какое время, например, при занятии чтением, он переутомляется, в следующий раз стоит провести за занятием немного меньше времени. Лучше поработать несколько раз, делая перерывы.

Ведение дневника может помочь при планировании занятий с пациентом. В дневнике можно отмечать время, после которого появляется усталость, объем и виды выполненных упражнений.

### *Речевые нарушения*

Каждый четвертый пациент, перенесший инсульт, страдает различными речевыми нарушениями, которые могут проявляться в полной или частичной утрате понимания речи окружающих, а также неспособности пользоваться собственной речью. Инсульт является ведущей причиной речевых нарушений.

**Инсульт может повлиять на способность:**

- понимать устную речь;
- читать;
- писать;
- пользоваться жестами, невербальными средствами общения.

У пациентов может наблюдаться замедление речи, непонимание смысла слов, забывание слов, пропуск и перестановка слов, невозможность воспринимать длинные сложные предложения, нарушение структуры слов, путание сходных по артикуляции звуков и т.д. Так один пациент может говорить несколько узнаваемых слов и при этом мало понимать или даже полностью не понимать разговорный язык. Другой, наоборот, понимает обращенную речь, но сам не может общаться с окружающими. Позже при общении он начинает произносить отдельные звуки с яркой интонационной окраской — так он пытается выразить свои мысли и желания.

Полное восстановление возможно, но если симптомы сохраняются достаточно долго (более 6 месяцев), шансы невелики. Логопед может разработать эффективный план терапии в зависимости от типа и степени тяжести речевых нарушений.

### *О чем необходимо помнить ухаживающим*

При общении важно говорить медленно и четко, избегать сложных слов и длинных предложений. Желательно, чтобы пациент видел лицо и губы говорящего. Можно использовать невербальные средства общения, жесты, мимику. Если пациент не понимает отдельных слов, рекомендуется заменять их синонимичными словами или выражениями. Можно показывать предметы или картинки с их изображениями, одновременно называя эти предметы.

Если пациент не сразу отвечает на вопрос, нельзя раздражаться и торопить его с ответом. Следует подождать, а после медленно и спокойно повторить вопрос — после перенесенного инсульта реакция пациента может быть замедленной в несколько раз.

Неспособность высказать свои мысли, ощущение того, что собеседник не понимает — большой стресс для любого человека. При общении с человеком, имеющим речевые нарушения, важно не торопить его, при невозможности понять отдельные фразы речи, не настаивать, а постараться доброжелательно сменить тему разговора. В некоторых случаях в общении могут помочь карточки с изображениями наиболее часто используемых предметов или действий.

С пациентом можно проговаривать дни недели, числовой ряд, имена родственников, математические примеры, пропевать куплеты любимых песен. С целью восстановления навыков письма и чтения можно предложить копировать собственные фамилию и имя, имена близких родственников, названия городов, раскладывать подписи под картинками и предметами. Для чтения лучше использовать отрывки любимых книг (детские книжки, азбука будут неинтересны взрослому читателю).

### *Прочие поведенческие расстройства*

#### **Бред**

В основе бреда лежат неправильные умозаключения, ошибочные суждения, ложная убежденность. Бред не поддается коррекции или разубеждению со стороны, несмотря на явное противоречие с действительностью человек с бредовым расстройством полностью убежден в достоверности своих ошибочных идей.

Бред в большинстве случаев устраняется (либо снижается его влияние на поведение) под действием лекарственных препаратов.

При общении с пациентом не следует спорить (в большинстве случаев это бесполезно), не стоит так же соглашаться или поддакивать. Можно попробовать отвлечь пациента, сменить тему разговора, при этом сохраняя спокойствие и положительную атмосферу. Важно понимать, что пациент, рассказывая ситуацию, формально не ждет ответа или подтверждения.

### Галлюцинации

Галлюцинации — состояние, при котором человек слышит, видит или чувствует то, чего в действительности нет. Лечение должен подбирать и корректировать врач. Если пациент знает и понимает, что у него бывают галлюцинации, можно попробовать разубедить, предложить дотронуться или что-либо сказать. В противном случае следует отвлечь внимание, ни в коем случае не спорить, так как для пациента видимый предмет полностью реален.

### Возбуждение

Возбуждение может быть связано как с заболеванием, так и с плохим самочувствием (повышением артериального давления и температуры, заболеванием мочеполовой системы и т.д.). Пациент, как грудной ребенок, часто не осознает, что у него что-либо болит и показывает это чрезмерным возбуждением. Однако подход к взрослому часто совсем не такой, как к ребенку: не задумываясь об истинной причине беспокойства, родные стремятся обратиться к психиатру. При возбуждении следует подумать, что может служить источником дискомфорта. Среди наиболее частых причин — голод, жажда, боль, неудобное положение, запор, задержка мочи, а также психологический дискомфорт, например, страх. Удовлетворение основных потребностей и создание психологически комфортной, понятной для пациента атмосферы зачастую без всяких лекарств приводят к устранению возбуждения.

### Агрессия

Агрессия — еще одно нарушение, встречающееся у пациентов после перенесенного инсульта. Агрессия может проявляться в конкретных ситуациях, когда, например, пациент не хочет мыться. В таком случае следует выбрать время суток, когда пациент более сговорчив (обычно первая половина дня), предложить помыться «по частям», создать благоприятную атмосферу, отвлечь пациента. Если агрессия не связана с определенной обстановкой и обстоятельствами, необходима консультация психиатра.

### Нарушение режима сна и приема пищи

У пациентов, перенесших инсульт, может наблюдаться повышение аппетита из-за отсутствия чувства насыщения, вызванного поражением центров головного мозга, отвечающих за регуляцию аппетита. Одни могут забывать о том, что поели, и через короткое время просить снова. У других, наоборот, наблюдается потеря аппетита, а из-за нарушений памяти пациенты забывают принять пищу.

В любом случае следует организовать более частые приемы пищи, добавлять перекусы (предлагать в течение дня чаепитие, фрукты, йогурты и т.д.). Стоит продумать рацион исходя из потребности в здоровом питании, назначениях врача и пожеланий самого пациента.

Нарушение сна может так же проявляться как в виде постоянной сонливости (из-за нехватки кислорода вследствие, например, атеросклероза сосудов головного мозга) так и в виде чрезмерного беспокойства. В любом случае бывают полезны прогулки на открытом воздухе, а при невозможности выхода за пределы квартиры — «домашние прогулки» перед открытым окном. Большое значение играет правильно налаженный режим дня, активизация в дневное время, выключение света и отсутствие громких звуков ночью.

### Нарушение восприятия и осознания собственного достоинства

Еще одна проблема пациентов — это сохранение своего достоинства. Человек, лежащий в постели, часто полуобнаженный или в не очень опрятном виде, вынужденный прибегать к помощи других людей при физиологических отправлениях, гигиенических процедурах, очень страдает, если ухаживающий не соблюдает самых простых правил по сохранению его человеческого достоинства. Потом это чувство притупляется, и часто бывает так, что тем пациентам, которых везут на исследование или провожают до туалетной комнаты, в достаточной мере все равно, в каком виде они выходят в коридор. Важная задача ухаживающего — поддерживать чувство собственного достоинства пациента, чему способствует уважительное обращение, обеспечение уединения при гигиенических процедурах, поддержка опрятного внешнего вида пациента.

Важно понимать, что пациент — прежде всего, личность. По возможности следует давать ему максимально возможную свободу в принятии решений, советоваться с ним, учитывать его мнение и пожелания. По исследованиям, проводимым в домах престарелых, уровень смертности в отделениях, где за пациентов все решения принимает персонал, значительно выше, ведь самостоятельность, возможность самому управлять хоть чем-либо в своей жизни крайне важны для идентификации и реализации личности.

## ВОЗМОЖНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И МЕРЫ ИХ ПРОФИЛАКТИКИ

### *Инфекции органов дыхания*

Пневмония (воспаление легких) — одно из самых частых осложнений малоподвижных пациентов. Недостаток движения (гиподинамия) является основной причиной пневмонии у лежачих пациентов. Такие пневмонии получили название гиподинамических.

*У лежачих пациентов уменьшается объем и глубина вдоха, недостаточно вентилируются отдельные участки легких. Длительное пребывание в постели приводит к тому, что в бронхах происходит накопление мокроты, которая становится очень вязкой. Из-за мышечной слабости таким пациентам бывает сложно откашляться. В ослабленном болезнью организме сопротивляемость возбудителям инфекции ниже, что способствует быстрому развитию болезни. Причиной пневмонии может стать также попадание пищи и жидкости в дыхательные пути во время и после кормления пациентов с нарушением функции глотания (такие пневмонии называются аспирационными).*

К факторам риска возникновения пневмонии можно отнести: пожилой возраст, избыточную массу тела, хронические легочные и сердечные заболевания, нарушения глотания и прочие неврологические нарушения. Из симптомов пневмонии наиболее часто наблюдаются: повышение температуры тела, нарушения дыхания: одышка, клочущее дыхание, хрипы.

### **О чем необходимо помнить ухаживающим**

Профилактику пневмонии следует начинать с первого дня болезни. Если пациент неспособен двигаться самостоятельно, следует регулярно менять положение тела, усаживать или — при невозможности усаживания — приподнимать изголовье кровати. Частота смены положения тела определяется индивидуально и зависит от ряда факторов: степени риска развития осложнений, тяжести состояния и ограничения подвижности. Положение тела меняется обычно каждые 2-3 часа (в ночное время допустимо реже).

Во избежание риска попадания пищи в дыхательные пути важно строго соблюдать рекомендации по способу кормления, принимать пищу пациент должен сидя или с приподнятым до 45° и более изголовьем. При совершении гигиенических процедур важно избегать переохлаждения. Чтение вслух, пение, разговор — наиболее простые способы тренировки дыхательной системы. Хорошими профилактическими мерами являются массаж грудной клетки (в том числе, поглаживания, легкие постукивания грудной клетки снизу вверх), физические активные и пассивные упражнения. Пациенту, длительное время вынужденному находиться в постели, можно предложить надуть небольшие игрушки.

## *Контрактуры*

От недостатка движения мышцы и суставы претерпевают значительные изменения, которые начинаются уже с конца 2 суток. Ежедневно теряется мышечная масса, и примерно через месяц полное отсутствие движений может привести к потере способности двигаться самостоятельно.

Чем позже начинается процесс реабилитации, тем меньше вероятность полного восстановления. Так, например, в положении лежа на спине стопа, как правило, немного отвисает, что усугубляется давлением одеяла. В дальнейшем даже тогда, когда человек сможет вставать на ноги, стопа останется в прежнем положении.

Под термином **контрактура** (лат. «сужение») понимают ограничение амплитуды произвольных движений в суставе. В дальнейшем отсутствие движений в суставе приводит к **анкилозу** (сращению суставных концов костей).

*В случае анкилоза восстановить движения возможно только после оперативно вмешательства. Контрактуры в суставах ног лишают возможности ходить и сидеть, в дальнейшем развиваются деформации позвоночника. Контрактуры в суставах рук ограничивают возможности самообслуживания (приема пищи, умывания, причесывания) и трудовой деятельности.*

### **О чем необходимо помнить ухаживающим**

Правильное положение тела пациента играет большую роль в реабилитации и профилактике контрактур. В положении на спине пациент должен быть уложен так, чтобы правая и левая части тела были симметричны, плечи находились на одном уровне, суставы рук и ног — слегка согнутыми также расположены на одном уровне. В положении на здоровом боку бездвиженная рука и нога поддерживается подушками-валиками. Варианты укладывания (позиционирования) описаны во второй части пособия.

Для профилактики отвисшей стопы в положении на спине необходимо обеспечить мягкий упор для стоп. Чтобы не вызвать напряжение мышц голени и бедра, не рекомендуется фиксировать стопу под углом 90° к голени (см. рис. 8). В положении на боку стопа должна поддерживаться полностью, лежать ровно, не заворачиваясь вовнутрь. Укладывание ног на подушки-валики служит также профилактикой пролежней на стопах.

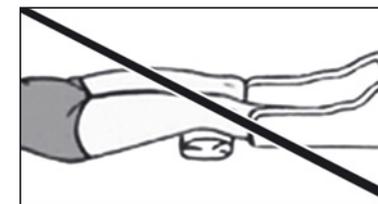


Рис. 8

По назначению врача ЛФК с целью профилактики контрактур выполняется комплекс пассивных и активных упражнений. Необходимо помнить, что все движения должны производиться медленно и плавно, без усилий.

### Опрелости

Одно из наиболее частых осложнений со стороны кожи – возникновение опрелостей.

**Опрелость** – воспаление кожи в местах кожных складок.

Длительное пребывание под одеялом, постоянное использование подгузников, нарушения мочеиспускания – все эти факторы приводят к плохой вентиляции и воспалению участков тела, вследствие чего могут возникнуть опрелости. При несвоевременной смене белья пациенты вынуждены находиться в мокрой постели, что негативно сказывается на состоянии кожи.

#### О чем необходимо помнить ухаживающим

Очень важно своевременно менять нательное и постельное белье. Нательное белье рекомендуется менять ежедневно или по мере загрязнения, а также при промокании. Смена постельного белья производится раз в 4-7 дней.

Смена положения тела способствует улучшению вентиляции отдельных участков кожи. Усаживание дает человеку большую свободу в движениях, активности и способствует выздоровлению.

Гигиенические процедуры необходимо проводить ежедневно, при этом важно помнить, что протирание влажными салфетками и применение средств, позволяющих проводить гигиену тела без использования воды, не заменяет ежедневного полноценного мытья водой с мылом. В местах возникновения опрелостей можно смазывать кожу применять защитные средства и мази, при необходимости используются подсушивающие цинко-содержащие средства.

### Пролежни

**Пролежни** – это участки некроза (омертвения) кожи и мягких тканей при нарушении кровоснабжения и иннервации, возникающие в результате длительного сдавления, сдвига или смещения их между местами костных выступов и поверхностью постели.

Ткани человеческого организма функционируют, получая необходимые питательные вещества из крови. У любого человека при длительном нахождении в одном положении происходит сдавление мягких тканей и кровеносных сосудов, следствием чего является недостаточный приток крови и питательных веществ к тканям. Со временем наступает нарушение питания, а затем и омертвление (некроз) мягких тканей.

Факторами, способствующими возникновению пролежней, являются забытые в постели мелкие предметы, швы одежды, складки постельного и нательного белья.

В результате сниженного потребления жидкости и недостаточно полноценного питания кожа малоподвижных пациентов становится менее эластичной, легко травмируется (например, приклеившимися застежками подгузника, пластырем и т.д.), и даже незначительные поверхностные повреждения в местах повышенного риска могут способствовать образованию пролежней.

К возникновению глубоких пролежней может привести несоблюдение техники перемещения (например, когда пациента тянут по постели или вытягивают из-под него мокрое белье), неправильное укладывание или усаживание пациента. Так при подъеме изголовья кровати в отсутствии упора под бедрами и коленями, пациент медленно сдвигается к ножному концу кровати, значительно травмируя кожу и глубоко лежащие мягкие ткани.

#### Места образования пролежней

Потенциальными местами образования пролежней могут быть места костных выступов на теле. Если пациент лежит на спине, этими местами являются крестец, пятки, локти, лопатки, затылок, позвоночник (см. рис. 9).

На боку: бедро (область большого вертела бедренной кости), лодыжки и колени (по бокам), стопа (по внешнему краю), уши, ребра (у пациентов со сниженной массой тела).

Если пациент лежит на животе – скулы, локти, грудная клетка, область лобка, колени, пальцы ног.

В положении сидя: седалищные бугры, крестец и копчик.

#### О чем необходимо помнить ухаживающим

Лечение и профилактика пролежней неразрывно связаны с целым комплексом мер по уходу за пациентом. Чаще всего пролежни возникают вследствие неграмотного ухода или отсутствия ухода. Профилактика их появления – одна из наиболее важных задач ухаживающего.

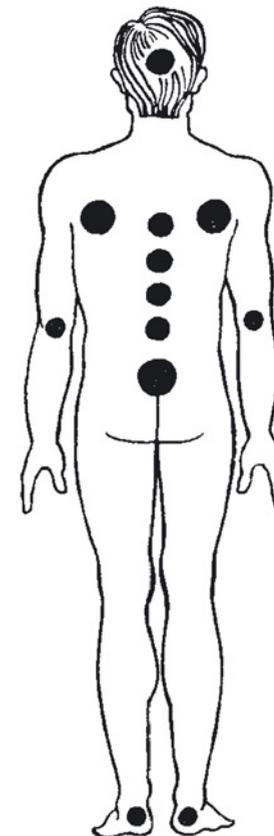


Рис. 9

В профилактических мероприятиях особенно нуждаются пациенты с ограничением подвижности, недержанием мочи и кала, истощенные пациенты, пациенты с ожирением, страдающие сахарным диабетом.

**К мерам профилактики пролежней относят:** уменьшение сдавления, трения и сдвига; полноценное питание (употребление пищи, богатой белком, витамином С и железом), достаточное употребление жидкости; уход за кожей (личная гигиена, поддержание кожи в чистоте, уменьшение раздражающих факторов, контроль влажности кожи, применение моющих, питательных и защитных средств).

- **Уменьшение сдавления тканей**

Прежде всего важно обустроить ложе кровати. Необходим мягкий, но упругий матрас. Для этого подходит поролоновый матрас, толщина которого должна быть не менее 10-15 см. Ложе должно быть ровное без бугорков и ямок.

Необходимо регулярно менять положение тела пациента. Частота смены положения тела определяется индивидуально: одни пациенты могут находиться в одной позе длительное время, у других пролежни могут образоваться менее чем за час неподвижного пребывания в одном положении — их приходится поворачивать чаще, в том числе, и в ночное время. Поэтому важно регулярно осматривать кожу, особенно в местах костных выступов, так как именно там и образуются пролежни. Появление участков покраснения кожи в местах давления свидетельствует о нахождении в одном положении дольше, чем следует.

Необходимо следить, чтобы постельное и нательное белье под пациентом было хорошо расправлено, чтобы в постели не оставалось крошек и посторонних предметов. На постельном и нательном белье не должно быть грубых швов, пуговиц, заплаток.

Хорошей профилактикой пролежней и многих других осложнений является позиционирование (укладывание) пациента. Для позиционирования можно использовать мягкие подушки-валики с синтетическими наполнителями.

*Смысл применения специальных валиков и подушек в том, что они увеличивают площадь соприкосновения тела и поверхности, на которой лежит пациент, а значит, уменьшают давление на отдельные участки тела, что снижает риск возникновения пролежней.*

С целью профилактики возможно применение противопролежневых матрасов.

*В настоящее время существует большое разнообразие матрасов с противолежневым эффектом, которые можно подразделить на 2 группы: пневматические — с воздушным компрессором (к ним относятся баллонные и ячеистые) и матрасы из натурального латекса и синтетических наполнителей, принимающих форму тела. Действие ячеистых противопролежневых матрасов и матрасов баллонного типа основано на поочередной смене давления в воздушных камерах матраса, а значит, смене зон давления на теле. Матрас должен быть включен в сеть постоянно, необходимо следить за его исправной работой. Последнее поколение противопролежневых матрасов — матрасы из современных материалов с эффектом памяти (темогix). Свойство матраса с эффектом памяти заключается в способности равномерно распределять весовую нагрузку и «запоминать» формы тела человека.*

Важно понимать, что противопролежневый матрас — это не универсальное средство профилактики, при недостатке других мер, пролежни все равно могут образоваться.

- **Профилактика сдвига**

Не подтягивайте пациента вручную, если пациент не может Вам помочь (важно, чтобы пациент мог самостоятельно приподнимать таз). Не тащите и не вытягивайте белье из-под пациента, особенно мокрое. Будьте внимательны при постановке судна. Для облегчения выполнения перечисленных действий есть специальные приемы, облегчающие процесс перемещения, либо медицинское оборудование (подъемники), а так же скользящее оборудование (простыни и рукава). При усаживании со спущенными ногами важно обеспечить опору для стоп пациента (стопы должны полностью стоять на полу или подставке), при подъеме изголовья кровати под ноги пациента от нижнего края ягодиц до стоп укладываются подушки-валики. Эти меры противодействуют медленному, малозаметному для глаза смещению пациента к ножному концу кровати.

- **Питание и питье**

Питье и питание должны быть полноценными с учетом ограничений для конкретного пациента, если таковые имеются. Пища должна содержать достаточное количество белка (нежирное мясо, рыба, творог, сыр), микроэлементов (особенно железа) и витамина С. Полезно употреблять в пищу зелень, овощи, фрукты и сухофрукты. Пациент должен выпивать не менее 2 литров в день жидкости, если нет ограничений. Стоит отказаться от сладких и газированных напитков, острой и чрезмерно соленой пищи. Ухаживающему полезно вести дневник питания пациента.

- *Уход за кожей*

На состояние кожи значительно влияет влага, в основном моча и пот. Большую роль играет личная гигиена пациента и регулярная (ежедневно или по мере загрязнения) смена нательного белья и подгузников.

Не следует допускать загрязнения кожи, чрезмерной сухости и влажности, при осуществлении ухода за кожей могут понадобиться питательные кремы, заживляющие и подсушивающие мази.

Важно использовать низкоаллергенные проверенные средства. Крайне нежелательно регулярно наносить на кожу спиртосодержащие лосьоны. Ежедневно и при необходимости чаще необходимо проводить туалет промежности. Влажные салфетки не могут быть полной альтернативой подмыванию с использованием воды и мыла.

Для совершения гигиенических процедур следует пользоваться мягкой губкой либо отрезком ткани (ветошью), все движения должны быть осторожными, чтобы не травмировать верхние слои кожи. Высушивать кожу следует легкими промакивающими движениями. Покрасневшие участки кожи нельзя массировать.

При осуществлении ухода надо позаботиться о безопасности пациента: травмировать кожу могут кольца и часы, длинные ногти ухаживающего и самого пациента.

### **Тромбозы и тромбозы**

Одним из осложнений в результате длительного пребывания в постели являются **тромбозы**.

**Тромбоз** — образование тромбов в венах, часто сопровождающееся воспалением стенок вен. **Тромб** — это сгусток крови в просвете кровеносного сосуда.

*Здоровый человек много раз в течение дня переходит от движения к состоянию покоя. В соответствии с этим происходит ускорение и замедление тока крови. Стенка вены содержит мышечный слой, благодаря этому она полностью сохраняет свою форму, поддерживается правильный ток крови. Движению крови по сосудам способствует двигательная активность, сокращения мышц ног. У малоподвижных людей, которые длительное время проводят в постели, такая естественная смена движения и покоя отсутствует. Мышечная стенка вены постепенно ослабевает. Не закрываясь полностью, венозные клапаны не могут препятствовать обратному току крови — возникают застои крови.*

Из-за замедления тока крови, вызванного недостатком движений или сдавливанием сосудов ног, сгущения крови при недостаточном приеме жидкости, а так же по другим причинам может образоваться сгусток крови — тромб, который фиксируется на стенке сосуда. Оторвавшийся и унесенный потоком крови тромб может перекрыть важные кровеносные сосуды, что может привести к инвалидизации или смерти.

### **О чем необходимо помнить ухаживающим**

- **Удобное положение конечностей**

С целью предотвращения возникновения застоя крови необходимо обеспечить приподнятое положение ног. Для удобного положения ног пациента следует изменить уровень ножной секции кровати либо использовать мягкие подушки-валики.

- **Эластичное бинтование, применение компрессионного трикотажа**

С целью профилактики образования тромбов необходимо эластичное бинтование. Благодаря эластичному бинтованию изменяется давление на стенки вен, уменьшается объем вен, восстанавливается нормальный ток крови.

Бинт необходимо накладывать от основания пальцев (оставляя пальцы открытыми), умеренно натягивая и перекрывая при этом на 1/2 предыдущий виток, постепенно уменьшая степень натяжения. Повязка завершается в верхней трети бедра. Конец бинта закрепляется специальными фиксаторами. Важно следить за тем, чтобы были закрыты бинтом голеностопный и коленный суставы. Бинты следует снимать на 1 час 2 раза в день. Эластичный бинт можно стирать и использовать многократно, однако, чтобы бинт не потерял свои свойства, недопустимо гладить его утюгом и высушивать на батарее.

В продаже имеется более удобный в использовании компрессионный трикотаж. При выборе трикотажа важно правильно подобрать размер изделия.

- **Поддержка двигательной активности**

Важно позаботиться о том, чтобы пациент двигался. По назначению врача можно выполнять с пациентом комплекс специальных упражнений. Самым простым упражнением будет попеременное движение стоп на себя и от себя в положении лежа на спине.

## Остеопороз

Одним из негативных последствий снижения двигательной активности является **остеопороз**.

**Остеопороз** — заболевание костной ткани, возникающее вследствие снижения количества кальция в костной ткани, что приводит к ее разрежению, повышенной хрупкости и увеличению риска переломов.

При недостатке двигательной активности нарушается процесс усвоения кальция, поэтому даже дополнительное употребление кальция в составе продуктов питания и витаминных комплексов может не принести должного результата. Таким образом, профилактика остеопороза заключается не только в правильном питании, но и в обязательной физической нагрузке.

Содержащийся в костях кальций начинает выводиться из организма в виде солей. Положение лежа способствует тому, что кальций накапливается в виде песка, а потом и в виде камней, поэтому длительно лежащие пациенты со временем начинают страдать мочекаменной болезнью.

## Запоры

Уже после нескольких дней пребывания в постели появляются незначительные нарушения пищеварения. К факторам, способствующим различным нарушениям в деятельности желудочно-кишечного тракта, относят обездвиженность, длительное горизонтальное положение, постоянное пользование судном, неудобные условия, отсутствие активной мышечной нагрузки, недостаточное потребление жидкости и пищи.

Частота опорожнения кишечника у здоровых людей различна, определяется, в том числе, наследственными причинами. По средним показателям нормы кишечник должен опорожняться ежедневно, к варианту нормы можно отнести опорожнение не реже одного раза в 2 дня.

**Запор** — это систематическое недостаточное (неполное) опорожнение кишечника или отсутствие стула. Запоры приводят к нарушениям пищеварения и усвоения пищи организмом.

*Симптомы при запорах весьма разнообразны. Иногда пациентов беспокоят боли и чувство распирания в животе. Довольно тягостным симптомом может стать вздутие живота, которое может сопровождаться рефлекторными реакциями других органов, болями в сердце, сердцебиением, повышением мышечного тонуса и др. Нередко возникают головные боли, боли в мышцах тела, подавленное настроение, расстраивается сон. При регулярных запорах организм подвергается сильной интоксикации. Запоры, которые приобретают*

*длительный характер, снижают работоспособность печени, и это отражается даже на внешнем виде: можно наблюдать дряблость кожи, сухость слизистых, выпадение волос, вялость и отсутствие хорошего настроения. При длительном нахождении в толстом кишечнике плотные каловые массы могут травмировать стенки кишечника. Задержка стула может также привести к геморрою.*

## О чем необходимо помнить ухаживающим

Для профилактики и лечения запоров важно наладить режим приема пищи. Приемы пищи должны быть регулярными, осуществляться примерно в одно и то же время. Это помогает кишечнику подобрать режим.

Убедитесь, что пациент употребляет достаточное количество жидкости. При отсутствии противопоказаний в день следует выпивать два литра воды. При возникновении проблем со стулом по возможности выясните у пациента, какие продукты он применяет с целью послабляющего эффекта. Если нет противопоказаний, включите в рацион продукты, содержащие растительные волокна: отруби, чернослив, бананы, изюм, яблоки, сырые овощи, цитрусовые, ягоды, овсяную крупу, абрикосы, зерновой хлеб, бобовые. Они нормализуют работу кишечника. Пища пациента должна быть богата кальцием (молоко, творог, сыр, рыба) и содержать достаточное количество белка. Для нормализации микрофлоры кишечника полезны кисломолочные продукты.

Большую роль играет поза при дефекации. После получения разрешения лечащего врача желательно пересаживать пациента на санитарное кресло. Старайтесь поощрять двигательную активность пациента: большую роль играют ежедневная зарядка, высаживание пациента (при разрешении врача), смена положения тела в кровати.

## Отсутствие аппетита

В случае отказа пациента от пищи (питья) важно понять причину этого отказа. Такой причиной может быть тяжесть общего состояния, тошнота.

Снижению аппетита вплоть до отказа от приема пищи способствуют воспалительные и инфекционные заболевания полости рта, возникшие вследствие плохой гигиены и нарушения работы желудочно-кишечного тракта. У некоторых пациентов возникают нарушения восприятия вкуса (пища кажется недостаточно сладкой или соленой, может появиться привкус) как вследствие постинсультных нарушений, так и при недостатке гигиены ротовой полости.

Снижению аппетита способствует внешний вид пищи. Даже протертую еду можно сервировать красиво. Самое обычное картофельное пюре можно

превратить в праздничное блюдо, если выложить его на тарелку при помощи кондитерского шприца. Большое значение имеет сервировка стола, использование красивых салфеток, приятный запах пищи.

В случае отказа от обеда следует убрать тарелку, а после, при необходимости, подогреть пищу снова. Остывшая еда, оставленная рядом с постелью, вряд ли будет съедена после.



Рис. 10







