

Ұлттық нейрохирургия орталығы" АҚ Инсульт мәселелері жөніндегі республикалық үйлестіру орталығының төмендегі мамандарының құрастырып шағарған

Адилбеков Е.Б., Табиев И.И.,
Кудайбергенова А.С., Мустафаева А.С.

Неврологиялық тапшылығы бар науқастар үшін үй жағдайында күтім мен оңалтудың тәжірибелік нұсқаулары

Қазақ тіліне аударып ұсынған: дәрігер невролог, реабилитолог, PhD :

Асылбек М.И

Шымкент қаласының штаттан тыс бас реабилитологы , MBA:

Лекеров Қ.М



**Шымкент
2022**

УДК: 616.831-005 : 615.82
ББК: 56.12 : 52.222.21

Рецензенттер:

1. Такенов Ж. Т. – м.г. к., невролог дәрігер, физиотерапевт, "Ұлттық нейрохирургия орталығы" АҚ-ның физиотерапия бөлімшесінің меңгерушісі.
2. Сыздықова Б. Р. – м.г. к., жоғары біліктілік санатты невролог дәрігер, шашыраңқы склероз және аутоиммунды аурулар орталығының басшысы, АМУ АҚ-ның неврология кафедрасының доценті.

Авторлар:

Адильбеков Е. Б. – Инсульт мәселелері жөніндегі Республикалық үйлестіру орталығының директоры, невролог, жоғары білікті санатты нейрохирург
Табиев И. И. – Оңалту жөніндегі "Аймақаралық клиникалық-диагностикалық орталық" МДДМ бас маманы, "Инсульт кезіндегі ерте нейрореабилитацияның өзекті мәселелері" "АҚДО" МДДМ біліктілікті арттырудың қосымша кәсіби бағдарламасының білім беру курсының жетекшісі (Қазан қ., Татарстан Республикасы), жоғары біліктілік санатты невропатолог-дәрігер.
Кудайбергенова А. С. – м.г. к., Қазақстан-Ресей медициналық университетінің дипломнан кейінгі білім беру институтының "Неврология және нейрореабилитация" білім беру курсының жетекшісі.
Мустафаева А. С. – PhD, реабилитолог дәрігер, біліктілігі жоғары санатты невролог дәрігер.

Суретші-иллюстратор: Табиева Анастасия (Алматы, Республика Казахстан).

Оқу құралын жасау кезінде И. И. Табеевтің (Қазан қ., Татарстан Республикасы, Ресей Федерациясы) авторлық фотосуреттері пайдаланылды.

Қазақ тіліне аударған (26.12.2022г): Асылбек М.И.(Шымкент)-
ОҚМА PhD доктораты, Медикер оңалту орталығының нейрореабилитолог дәрігері.
Лекерев Қ.М. Шымкент қаласының штаттан тыс бас реабилитологы.

Неврологиялық тапшылығы бар науқастарға күтім жасау және үйде оңалту бойынша практикалық құрал/ Адильбеков Е.Б., Табиев И.И., Кудайбергенова А.С. Мустафаева А.С. / Астана: "Ұлттық нейрохирургия орталығы" АҚ 2020ж-42с.

ISBN

Бас миы инсульті тек медициналық ғана емес, сонымен қатар оның жоғары таралуы мен мүгедектік пен өлім сияқты ауыр зардаптарға байланысты әлеуметтік маңызы бар мәселе болып табылады. Қан айналымы жүйесінің ауруларынан болатын өлім-жітім құрылымында инсульт жетекші орындардың бірін алады.

Инсультпен ауыратын науқасты оңалту технологиясының бұзылуы бірқатар асқинулардың дамуына әкеледі (буындардың ауырсыну дисфункциясы, спастика және т.б.), бұл аурудың ағымын нашарлатады, аурудың қолайлы болжамын азайтады және қосымша медициналық қолдауды-ботулинотерапия, миорелаксанттарды тағайындау, ауырсыну синдромын жеңілдетуді қажет етеді. Мұнда таңдаудың негізгі принциптері науқас үшін дәрі-дәрмектің максималды қауіпсіздігі және қолдану кезінде жанама әсерлерді азайту болып табылады.

Бұл практикалық иллюстрацияланған құралдар мамандарға (оңалту дәрігерлері, невропатологтар, физикалық терапия мамандары, оңалту медбикелері) және инсультты бастан кешірген науқастарға күтім жасаушыларға арналған.

УДК: 616.831-005 : 615.82
ББК: 56.12 : 52.222.21

Практикалық құрал "Ұлттық нейрохирургия орталығы" АҚ Ғылыми кеңесінің шешімімен қаралды және мақұлданды (24.11.2020 ж. бастап №3 хаттама).

Мазмұны

Қысқартулар тізімі	4
Кіріспе	5
1-ТАРАУ. Инсульттан кейінгі өрескел неврологиялық тапшылығы бар науқасқа үйде күтім жасау шаралары	6
2 тарау. Инсульттан кейін неврологиялық жетіспеушілігі бар науқасты оңалту....	16
2.1. Жағдайды клиникалық модельдеу	16
2.2. Жалпы ақпарат	17
2.3. Науқасты төсекке мобилизациялау.....	17
2.3.1. Төсектегі бұрылыстар / Бұрылыстарды үйрету	18
2.3.2. Пассивті отыру / Төсекте аяқтарды төмен түсіріп отыруға үйрету.	18
2.4. Аяқ-қолдарды белсендіру.	21
2.4.1. Қолдарды белсендіру. Иық буынын мобилизациялау.....	21
2.4.2. Аяқтарды белсендіру.....	22
3- ТАРАУ. Инсульттан кейін орташа неврологиялық тапшылығы бар науқастарды оңалту.....	23
3.1. Жағдайды клиникалық модельдеу	23
3.2. Жалпы ақпарат	24
3.3. Науқасты "отыру"қалпында мобилизациялау.....	24
3.4. Қолдарды белсендіру.	27
3.5. Аяқтарды белсендіру.....	28
3.6. Науқастың мобильділігін жаттықтыру.	29
3.6.1. Науқастың "тұру" қалпында ауысуы.	29
3.6.2. Науқасты әлсіреген жағы арқылы төсектен орындыққа жылжыту.....	31
3.6.3. Науқасты күшті жағынан орындықтан төсекке жылжыту.....	32
3.7. Бір жақты қолдаумен жүру.	33
4- ТАРАУ. Инсульттан кейін жұтынуы бұзылған науқастарды оңалту.....	34
4.1. Жалпы ақпарат	34
4.1.1. Жұтыну функциясы бұзылған науқастарға арналған негізгі ұсыныстар.....	34
4.2 Жұтынуды жақсарту үшін өз бетінше жұмыс істеуге арналған жаттығулар.....	34
4.2.1. Тілді ынталандыруға арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық.	34
4.2.2. Жұтыну функциясын жақсартатын жаттығуларға бойынша нұсқаулық;	35
4.2.3. Ерінге арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық	36
4.2.4. Тілге арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық	36
4.2.5. Көмейге арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық.....	36
4.2.6. Артикуляциялық гимнастика бойынша нұсқаулық.....	36
4.3. Жұтылу бұзылыстарын емдеудің жаттықтыру әдістері.....	37
Қорытынды	40
Әдебиеттер тізімі:.....	41

Қысқартулар тізімі

ҚР ДСМ – Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігі

МРТ – Магнитті-резонансты томография

МРА – Магнитті-резонансты ангиография

Кіріспе

Жүрек-қан тамырлары аурулары 2013 жылы 17,3 миллионнан астам адам қайтыс болған өлімнің әлемдегі жетекші себебі болып табылады, мамандардың болжамы бойынша 2030 жылға қарай бұл сан 23,6 миллионнан астамға дейін өсетіні күтілуде. [1]. Өкінішке орай, бұл болжам елімізге де қатысты. Абсолютті сандарда жыл сайын біздің елімізде инсульттің 40 мыңнан астам жағдайы тіркеледі, оның ішінде алғашқы 10 күнде тек 5 мың адам және инсульттан кейінгі бірінші айда тағы 5 мың адам қайтыс болады [2]. Тірі қалғандар мен ауруханадан шығарылған науқастардың едәуір бөлігі, өкінішке орай, кейіннен тұрақты мүгедектерге айналады. Мұндай науқастардың 20-25% - ы басқалардың көмегінсіз қалыпты өмір сүре алмайды, нәтижеде бұл қоғам үшін де мәселе болып табылады [3].

"Медициналық оңалту көрсету қағидаларын бекіту туралы" Қазақстан Республикасы Денсаулық сақтау министрлігінің 2020 жылғы 9 қазандағы № 21381 бұйрығына сәйкес меншік нысанына қарамастан амбулаториялық, стационарды алмастыратын және стационарлық көмек көрсететін медициналық ұйымдарда, сондай - ақ үйде және санаторий - курорттық ұйымдарда медициналық оңалту көрсету тәртібі айқындалған.

Covid-19 бойынша әлемде қалыптасқан эпидемиологиялық жағдайға байланысты амбулаториялық буын үлкен жүктемемен жұмыс істейді және қазіргі таңда қашықтықтан медициналық қызметтерді қолдану өзекті болып отыр. Мобильді бригадалардың жұмысы пациенттің тұрғылықты жері бойынша көшпелі нысанда медициналық оңалту қызметтерінің кешенін көрсету нысаны бола отырып, үлкен оңалту потенциалына ие. Әлеуметтік көрсеткіштер бойынша өз бетінше қозғала алмайтын және медициналық оңалту шараларын жалғастыруды немесе ұзақ жүргізуді қажет ететін пациенттер үшін бұл форма үздіксіз оңалту тәжірибесінде пайдалы болуы мүмкін.

Мобильді бригадалардың жұмысын жақсарту және қашықтықтан медициналық қызметтерді қолдану, сондай-ақ пациенттердің туыстарын оңалту іс-шараларына белсенді тарту үшін инсульт алған науқастарды үйде күту бойынша практикалық құралдарды әзірлеу маңызды болып отыр. ҚР ДСМ 15.08.2016 ж. №7 "медициналық оңалту, екінші кезең "II А оңалту" клиникалық хаттамасына сәйкес авторлар тобы осы тәжірибелік құралдарды әзірледі:

- "Инсультпен ауырған ауыр неврологиялық тапшылығы бар науқасқа үйде күтім жасау бойынша сұрақтар мен жауаптарға практикалық нұсқаулық".

- "Өрескел неврологиялық тапшылығы бар науқастарға күтім жасау және үйде оңалту бойынша практикалық нұсқаулық".

- "Орташа ауыр неврологиялық тапшылығы бар науқастарға арналған үйде күтім жасау және оңалту бойынша практикалық нұсқаулық".

- "Жұтынуы бұзылған науқастарға арналған үйде күтім жасау және оңалту бойынша практикалық нұсқаулық"

1 тарау. Инсульттан кейінгі өрескел неврологиялық тапшылығы бар науқасқа үйде күтім жасау шаралары

Инсульт – дегеніміз не?

Инсульт – бас миының белгілі бір аймағының қанмен қамтамасыз етілуі бұзылысы нәтижесінде неврологиялық бұзылулар пайда болатын ауру.

Инсульттің екі түрі бар – ишемиялық және геморрагиялық.

Геморрагиялық инсульт кезінде қан кету орын алады, оның себебі жарылған



тамыр болып табылады (№ 1 суретті қараңыз).

1-сурет. Бас миының рентгендік компьютерлік томографиясы (КТ) деректері бойынша мидың сол жақ жарты шарындағы жедел қан кету ошағы.

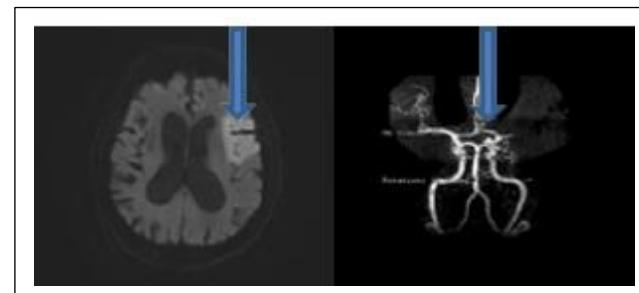
Қан тамырларының жарылуының ең көп тараған себебі-оның



қабырғасының патологиялық өзгеруі-**аневризма** болып табылады (№ 2 суретті қараңыз) [4].

2-сурет. Бас миы артерияларының магниттік-резонанстық ангиографиясы (МРА) бойынша бас миы қан тамырларының аневризмасының белгілері.

Ал **ишемиялық инсульт кезінде қан ұйындысы, эмболиямен немесе атеросклероздық бляшкамен тамырдың бітелуіне байланысты** бас миының белгілі бір аймағына қан жеткіліксіз түседі (№ 3 суретті қараңыз)



а) б)

3-сурет. Бас миының магнитті-резонанстық томографиясы (МРТ) деректері бойынша бас миының сол жақ жарты шарында қан тамырлары бітелуі нәтижесінде пайда болған жедел ишемияның (а) ошағы (б).

Инсультке қалай күдіктенуге болады?

Инсульт белгілері

Адамда инсультті анықтайтын айқын белгілер бар:

1. **Кенеттен себепсіз бас ауруы**, әсіресе **естен тану эпизодымен** бірге жүреді.
2. **Сөйлеудің бұзылуы**: қарапайым сөйлемді қайталауды сұраңыз (мысалы, "жаз келді") - егер адамда инсульт болса, сөз тіркестері айтуы қиындайды немесе мүлдем айта алмайды.
3. **Бет асимметриясы**: күлімсіреуін сұраңыз – инсульт кезінде күлімсіреу қисық болады, өйткені ауыздың бір бұрышы жоғары, ал екіншісі төмен болады.
4. **Тілдің асимметриялы орналасуы**: тілін шығаруын сұраңыз - инсульт кезінде тіл бір жағына қисаяды.
5. **Аяқ - қол бұлшықеттерінің әлсіздігі** (көбінесе бір жақты): екі қолды бір уақытта жоғары көтеруін сұраңыз-инсульт кезінде қолдар әртүрлі биіктікке көтеріледі, бір қол екінші қолға қарағанда баяу қозғалады.
6. **Кенеттен тепе-теңдік пен қозғалыс координациясының бұзылуы**: инсульт кезінде тербеліс, жүру кезінде тұрақсыздық, қолдар мен аяқтардағы сүйреген сияқты қозғалыстар пайда болуы мүмкін.
7. **Кенеттен көру қабілетінің бұзылуы**.

Инсульт кезінде не істеу керек?

Инсульт кезіндегі алғашқы көмек

Егер жәбірленушіде жоғарыда аталған белгілердің кем дегенде біреуі анықталса, жедел жәрдем шақырып, медициналық қызметкерлер тобының келуін жеделдету үшін диспетчерге белгілерді нақты сипаттау қажет.

Маңызды: инсульт кезінде өзін-өзі емдеуге немесе пациенттердің қалауын орындауға болмайды.

Дәрігерлердің шұғыл араласуы ғана мидың зақымдануын азайтуға көмектеседі және бұл аурудың одан әрі дамуына жол бермейді.

Науқасқа медициналық көмек неғұрлым ерте көрсетілсе, болжам соғұрлым қолайлы болады [5,12].

Инсульттан кейін науқастың жату қалпы қандай болуы керек?

Инсульттің болуы науқастың мүлдем қозғалмайтындығын білдірмейді, өйткені науқастың қозғалу қабілетінің жасанды түрде шектелуі сауығуды баяулататын өте күрделі асқынулардың дамуына әкеледі. Қазіргі уақытта инсультпен ауыратын науқастың төсектегі қалпына байланысты келесі нұсқалары қабылданды.

Арқамен жату қалпы.



№ 4-сурет. Арқамен жату қалпы.

Науқастың басы жалпақ, жоғары емес жастықта орналасады, мойны бүгілмеген, иықтары да жастықпен тіреледі. Параличке ұшыраған қол жастықта алақанын төмен қаратып, саусақтары денеден 10-150 бұрышпен түзетілген, шынтақ пен білек буындарында созылған. Салданған аяқ тізе буынында сәл бүгілген, салданған аяқта жамбас төмен түскен кезде аяқтың сыртқа айналуын болдырмау үшін жамбас кішкене жастықпен тіреледі (№ 4 суретті қараңыз).

Оң факторлар:

- Күтуші тарапынан науқасқа жақсы шолу;
- Тұрақты орнықты қалып.

Теріс факторлар:

- бронхтардың дренаждық функциясының нашарлауына, диафрагманың жоғары тұруына байланысты респираторлық (тыныс алу) функцияның жеткіліксіздігі, бұл өкпе көлемінің төмендеуіне және олардың төменгі бөліктерінің нашар желдетілуіне әкеледі;
- сілекеймен аспирацияның жоғары қаупі (оның тыныс алу жолына түсуі);

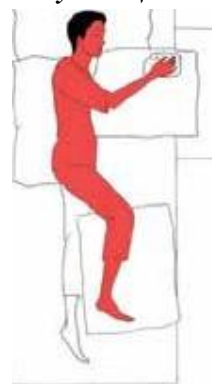
- ықтимал теріс рефлекторлық әсер (симметриялы және асимметриялық мойынның тоникалық рефлекстерін ынталануы нәтижесінде қолдың иілу және аяқтың жазылу тонусы артады);
- мойынның жоғары жастықта бүгілуі зақымданған жақта қолдың бүгілуі мен аяқтың жазылуын арттырады, бұл кон трактураның дамуына және тұрақтануына әкеледі;
- басын "сау" жаққа бұрған кезде, қарама-қарсы жақтағы қолдағы иілгіштердің тонусы артады, бұл оның патологиялық жағдайына әкеледі.
- науқас үшін қоршаған кеңістіктің нашар көрінісі;
- арқаны тегістеу-арқадағы ауырсыну пайда болуы мүмкін [12, 13].

Науқастың арқамен жату қалпының ерекшеліктері:

- науқастың басы ортаңғы сызық бойынша болуы керек;
- зақымдалған жақта дене тігінен;
- иықтарды жастықтармен тіреу керек (биіктігі 2-3 см);
- жамбасты туралау және ротацияны болдырмау (аяқтың айналуын) үшін екі бөксенің астындағы барлық буындарда жалпақ жастықтар (1,5–2 см) болуы керек, "ауру" аяғы сыртқа қарамауы қажет;
- салданған қолға жүк түспеуі (алақанға);
- салданған аяқтың табанының астында тіреудің болмауы (оң тірек рефлексінің әсерін болдырмау үшін - аяқтың жастықшасының қысымымен ынталандыру экстензорлардың тонусын арттырады).

"Зақымдалған" тарапты елемеу синдромының дамуын болдырмау мақсатында аяқ-қолды, денені және жамбасты екі жақты қолдау жүргізіледі.

"Сау" жақтағы қалып.



№ 5-сурет. Сау жақтағы қалып, 1-нұсқа.



№ 5-сурет. Сау жақтағы қалып, 2-нұсқа.

1-нұсқа.

Науқастың басы денемен ортаңғы сызық бойымен бірдей ыңғайлы қалыпта күйде, денесі сәл алға қарай бұрылуы керек. Салданған қол жастықта жатады иық буынында 90 бұрышпен бүгіліп, алға қарай созылады. Салданған аяқ жамбас пен тізе буындарында сәл бүгілген, балтыр мен табан жастықта жатады. "Сау" қол науқас үшін ыңғайлы қалыпта болуы керек. "Сау" аяқ тізе мен жамбас буындарында созылған (№ 5 суретті қараңыз).

2-нұсқа.

Науқастың басы жалпақ жастықта жатады. Салданған қол шынтақ буынында бүгілген, алақан төмен, саусақтар түзетілген. Қол жастыққа қойылады. Салданған аяқ тізе мен жамбас буындарында сәл бүгілген, жастыққа қойылады (№ 6 суретті қараңыз).

"Сау" жақтағы қалыптың **оң факторлары:**

- бронхтардың жеткілікті дренажын қамтамасыз ететін жақсы тыныс алу функциясы, диафрагма төмен орналасқан, өйткені іштің алдыңғы қабырғасы алға қарай бағытталып, өкпенің төменгі бөліктері жақсы желдетіледі;
- мойынның тоникалық рефлекстерінің әсері жойылады;
- арқаға ыңғайлы;
- сілекеймен аспирациялану қаупі азаяды.

Теріс факторлар:

- арқаның астына және зардап шеккен қолдың астына, сондай-ақ "жоғарғы" аяқтың астына жастықтар қажет;
- науқас сал ауруына шалдыққан жағымен "қысылған". Демек, бұл қалыпта ол ең дәрменсіз күйде болады.

Науқастың сау жақтағы **қалпының ерекшеліктері**

- науқастың басы денемен бір сызық бойында келеді;
- науқас ¼ емес, толығымен бүйірінде жатыр;
- дене қисық емес;
- зақымдалған иық алға қарай созылып, қол бүкіл ұзындына бойы тік қалыпта;
- "науқас" қолдың білезігі ортаңғы физиологиялық күйде, жастықтан салбырап тұрмайды;
- салданған қолда (алақанда) жүк түспейді, салданған аяқтың табанының астында тіреуші болмайды

Салданған жақтың қалты.

Нұсқаулық: биіктігі кереуеттің биіктігіне сәйкес келетін төсек алды үстел (табурет).

Науқастың басы ыңғайлы күйде, сәл бұрылған және арқа мен аяқтары жақтан жастықтармен тіреледі. Салданған қол толығымен табуретке сүйенеді, ол иық буынында 90 бұрышпен бүгіліп, сыртқа қарай ашылады, ал шынтақ пен білек буындарында ең үлкен жазылған қалыпта, саусақтар ашық болады. Салданған аяқ

жамбас буынында созылып, тізе буындарында сәл бүгіледі. "Сау" қол науқас үшін ыңғайлы (денеде немесе жастықта жатады) қалыпта болады. "Сау" аяқ жастықта "қадам" күйінде жатады (тізе және жамбас буындарында бүгілген, 1 - ші нұсқа), омыртқада ауырсыну сезімдері дамыған кезде (науқастың шағымдары немесе науқастың мазасыз мінез-құлқы, ауырсыну кезінде сөйлеу бұзылыстары кезінде дыбыстар шығару) аяқты бейтарап күйге келтіруге болады (2-ші нұсқа) (№ 7 суретті қараңыз) [6, 11].

1-нұсқа



2-нұсқа.



№ 7-сурет. Сал ауруына шалдыққан жақтағы қалып.

Сал ауруына шалдыққан жақтағы қалыптың **оң факторлары:**

- жақсы тыныс алу функциясы, аспирация қаупі аз;
- зардап шеккен жақтың тактильді стимуляциясы орын алады;ды;
- тоникалық мойын рефлекстерінің әсері болмайды;
- арқаға ыңғайлы;
- науқас белсенділікті сақтайды: көрпені, шаштарын және т. б. "сау" қолмен түзете алады.

Теріс факторлар:

- тонустың төмендеуіне және зардап шеккен жақтың трофикасының (метаболизм процестерінің) нашарлауына байланысты ойылулардың пайда болу қаупі артады;
- арқаның және "жоғарғы" жатқан аяқтың астына жастықпен мұқият төсеу қажет.

Науқастың салданған жақтағы **қалпының ерекшеліктері:**

- "ауру" иық алға көтерілген;
- "ауру" аяғы жамбас буынында тік қалыпта, тізе буынында сәл бүгілген;
- "ауру" қолдың алақанына жүк түспеуі;
- "ауру" аяқтың астында тіреудің болмауы;
- басы денемен бір сызық бойында орналасады [12,13].

Ішпен жату қалпы.

Бұл қалып буындардағы қозғалыс көлемі сақталған және иық буынында қозғалыс шектеуленген науқастарға арналған. Бұл позиция қолдың экстензорлы бұлшықеттері мен аяқтың июші бұлшықеттерінің қызметін қалпына келтіруге көмектеседі. Ішпен жату қалпы дененің тірек бөліктеріне, әсіресе құйымшақ пен кеуде қуысына қысымды төмендетеді. Бұл жамбас пен тізенің тік қалпын қамтамасыз етеді.

Теріс фактор:

– егде жастағы науқастарда және жүрек-қан тамырлары аурулары бар науқастарда жағдайының нашарлауы..

Инсультпен ауыратын науқастарды қалай тамақтандыру керек?

Абайлаңыз!

Жөтелдің дамуына ерекше назар аударылады, бұл қиындықтардың пайда болуын және тыныс алу жолдарын аспирациядан (тамақтың тыныс алу жолдарына түсуінен) қорғау белгілерін көрсетеді. Алайда, жұтыну бұзылыстары бар науқастарда жиі жөтел бас миына қатысты аурудың себепті туындамайды. Мұндай жағдайларда аспирацияның дамуын жіберіп алу өте оңай.

Жұтыну бұзылысы мен аспирацияның жоғары ықтималдығы сұйықтық ішу және тамақтану кезінде пайда болатын келесі белгілермен дәлелденеді:

- **Жұтығанға дейін, жұтыну кезінде немесе одан кейін жөтел немесе шашалу;**
- **Жұтыну кезінде немесе одан кейін дауыс сапасының өзгеруі, мысалы, "дымқыл" дауыс, " гүрлдеген " дауыс, дауыстың қарлығы, дауыстың уақытша жоғалуы;**
- **Тыныс алудың қиындауы, жұтығаннан кейін үзіліссіз тыныс алу;**
- **Шайнау кезіндегі қиындықтар;**
- **Сілекейдің ағуы немесе сілекейді жұта алмау;**
- **Тамақтану кезінде аузынан тамақтың түсуі (бұл науқастың ерні нашар жабылуының немесе тілінің қалыпты жоғары және артқа қозғалуының орнына жұтыну кезінде алға қарай итерілуінің салдары болуы мүмкін);**
- **Кекіру;**
- **"Түсініксіз" сөйлеу.**

Көбінесе инсульттан кейін аспирация (асқазан құрамындағылардың тыныс алу жолдарына "сорылуы") "тыныш" болуы мүмкін және байқалмайды. Бұл кезде жасырын аспирацияның белгілері, әсіресе үй жағдайында, бронхтар мен өкпенің жиі және ұзақ мерзімді аурулары болуы мүмкін.

Егер шашалу дамуына күдік болса, дәрігер міндетті түрде үйге шақырылады.

Тамақтану кезінде тамақтандырудың арнайы әдісі:

– дисфагия (жұтылу бұзылыстары) сипатына байланысты әр пациент үшін тағамның консистенциясын (пюре, кисель, йогурт және т. б.) және тамақтану жүйесін таңдау;

– тамақтану кезінде және одан кейін 20-30 минут бойы бас ұшының жоғары

қалпы;

- аздап жұтындыра отырып тамақтандыру;
- тамақ кесектерін жұтуды міндетті бақылау;
- тамақтандырылғаннан кейін ауыз қуысын тамақ қалдықтары мен сілекейден тазарту.

Тағам консистенциясының түрлері:

- құрғақ (тағамның бір бөлігі оңай ыдырайды);
- пюре:
 - қою (тағам бөлігі шанышқымен ұсталады);
 - жартылай сұйық (шанышқымен ұсталмайды);
- сұйықтықтар:
 - мусс/желе консистенциясы (сұйықтық шанышқымен ұсталады)
 - йогурт консистенциясы (сұйықтық шанышқыдан үлкен тамшылармен ағып кетеді)
 - сироп/кисель консистенциясы (сұйықтық шанышқыны орап алады, бірақ одан тез ағып кетеді)
 - сулы консистенция (сұйықтық шанышқыдан бірден ағып кетеді).

Жұтыну бұзылыстары бар науқастар үшін тамақ кесектерін қалыптастыру өте қиын, сондықтан **құрғақ тағам** (үгінділермен аспирация) және **сұйықтықты** (жұтыну рефлексі кешігеді) қабылдау аспирацияның даму тұрғысынан **қауіпті**. Егер жұтыну бұзылса, нан, печенье, крекер, жаңғақтар, сорпалар, шырындар, басқа да сусындарды қолдану ұсынылмайды..

Бұл науқасқа толығымен сұйықтықтан бермеу керек дегенді білдірмейді. Алайда, аурудың өткір кезеңінде сұйықтықтың консистенциясы науқастың жағдайына байланысты таңдалады.

Назар аударыңыз! Науқас ағзасының сусыздануы өте қауіпті! Клиникалық тұрғыдан бұл жағдай шөлдеу, әлсіздік, апатиямен көрінеді. Бас миы жасушаларының дегидратациясы спецификалық емес неврологиялық симптомдардың пайда болуын тудырады: психомоторлы қозу, сананың шатасуы, құрысулар, коматозды жағдайдың дамуы. Құрғақ тері, дене температурасының жоғарылауы, концентрацияланған зәрдің аз мөлшерде шығарылуы байқалады.

Су балансы науқастарда белгілі бір уақытта 24 сағат бойы есептеледі. Егер енгізілген сұйықтық мөлшері зәр, диарея, құсу, терлеудің жоғарылауы және т.б. сияқты шығындарға сәйкес келсе, онда бұл нөлдік су балансы ретінде түсіндіріледі, егер ол шығындардан асып кетсе, онда оң, егер аз болса, теріс.

Дененің суға деген қажеттілігін есептеу кезінде орташа мөлшерден есептеледі: 1 кг дене салмағына /24 сағ. 35-40 мл сұйықтық, температура 37°C - тан жоғары көтерілгенде, әр градусқа қосымша 500 мл сұйықтық қосылады [6,13].

Аурудың өткір кезеңінде, егер дәрігер зонд арқылы тамақтандыруды тағайындамаса, тамақтандыру үшін пюре мен қою консистенциялы сұйықтықты (мусс, йогурт, кисель, айран) қолданған жөн,

оны пациенттер әлдеқайда оңай жұтады, өйткені бұл тағамдар мұрын жұтқыншақ арқылы баяу өтеді және осылайша жұтыну басталғанға дейін дайындыққа көбірек уақыт қалдырады.

Жұтыну бұзылысы бар науқастың тамақтануы қою қоректік қоспалардан басталуы керек, содан кейін біртіндеп, жұтыну функциясы қалпына келген сайын, сұйық тағам түрлеріне көшіріледі. Науқастың жұтыну функциясы қалпына келмес бұрын, әдеттегі консистенциялы сұйықтықтардан (су, шырындар, шай, сүт) аулақ болу керек.

Егер пациент сұйықтықты өте нашар жұтса, қатты тағамға сұйықтық қосып, тағамды сұйық пюре консистенциясына дейін жеткізіп беруге болады.

Кез келген консистенциядағы тағамды дайындауға болатын өнімдер :

- Көкөністердің тамыр дақылдары: езілген репа, брюква, ақжелкен, сәбіз, картоп.
- Көкөністер: гүлді қырыққабат, брокколи, авокадо.
- Картоп: қайнатылған, пісірілген, езілген (маймен).
- Ет: тартылған ет, өте ұсақтап туралған ет.
- Балық: тартылған немесе пісірілген. Соңғы жағдайда бір құрылымды балыққа артықшылық беріледі, мысалы, камбала, сардина, соның ішінде томат тұздығында (балықтар мен треска сияқты қабатты құрылымды балықтар онша қажет емес, өйткені олар әдетте тым қатты болады).
- Жұмыртқа: омлет.
- Жемістер: банан, пісірілген алма, алмадан жасалған пюре, піскен алма, піскен алмұрт.
- Десерттер: жұмсақ шербет, мусс, желе, күріш немесе бұршақ пудингтері, қою йогурт, жұмыртқа кремі.
- Сүт өнімдері: жұмсақ ірімшіктер.
- Жарма: сұлы, басқа жармаларды сүтпен қайнату керек [6,13].

Инсульппен ауыратын науқасты назогастральды түтік арқылы қалай тамақтандыруға болады?

Назогастральды зонд арқылы тамақтандыру ережелері:

- тамақтану кезінде және одан кейін 20-30 минут бойы бас ұшының жоғары қалпы;
- Жане шприцінің көмегімен тағамдық болюсті біртіндеп енгізу (көлемі 50 мл - ден аса).

Шприцке тағамдық болюсті құюға немесе оны поршеньмен қысыммен енгізуге болмайды. (!) Мұндай жылдам енгізу асқазан қабырғаларының созылуына әкеледі, тиісінше тез жиырылады және аспирацияның дамуымен зонд немесе өңеш арқылы тамақтың кері ағуын тудырады.

Энтеральды тамақтанудың өлшенген мөлшерін ас қорыту функциясы сақталған кезде белгілі бір уақыт аралығында Жане шприцімен баяу енгізу керек.

Енгізу жылдамдығы 30 мл/мин аспауы керек, Жане шприцімен шамамен тамақтандыру схемасы: 10,0 мл қоректік қоспа аз қысыммен енгізіледі, содан кейін 15-20 секундқа үзіліс жасалады.

Ұсыныс: 200-250 мл тағамдық қоспаның мөлшері сорпаның орташа тәрелкесінің көлеміне сәйкес келеді. Есіңізде болсын, қандай жылдамдықта және қандай уақытта Сіздің туысыңыз әдетте бір тәрелке сорпаны жейді. Жане шприцінің тағамдық қоспасын қасықпен қолдың қозғалыс ұзақтығына сәйкес келетін үзілістермен бірдей уақыт аралығында енгізуге тырысыңыз.

Тамақтану жиілігі күніне 5-6 рет.

- Асқазанға көлемі 250-300 мл-ден асатын тағамдық болюсті енгізу ұсынылмайды; үлкен көлемдерді енгізу тамақтың кері ағуы мен аспирация қаупін арттырады.
 - Зондты үнемі сумен шайыңыз:
 - ұнтақ ерітінділерін қолданған кезде-әр 4 сағат сайын;
 - сұйық дайын қоспаларды қолданған кезде-әр 6-8 сағат сайын.
 - Ұнтақтан дайындалған ерітінді 4 сағат ішінде, бөтелкедегі дайын стерильді ерітінді-8 сағат ішінде, пакетте қолданылуы керек
 - 24 сағат.
 - Қолданылатын ерітінді жылы болуы керек.
- Назогастральды зондтың орналасу ұзақтығы 3 аптаға дейін екенін атап өткен жөн [8, 9, 13].

2 тарау. Инсульттан кейін неврологиялық дефициті бар науқасты оңалту

2.1. Жағдайды клиникалық модельдеу

Клиникалық модель:	Ривермид мобильділік Индексі бойынша бағалау 0-1 балл Рэнкин модификацияланған шкаласы бойынша бағалау 4-5 балл.
	Неврологиялық статуста сөйлеу немесе когнитивті бұзылуларға байланысты өнімді байланыс сақталады немесе айтарлықтай төмендейді, қозғалғыштықтың өрескел тапшылығы байқалады (аяқ, дене бұлшықеттерінде, 1-2 баллға дейін бір жақты гемипарез) [6,11].

Өзекті мәселелер	Асқинулардың дамуының мүмкін болатын қаупі	Оңалту бойынша іс-шаралар	Көмекші құралдар
Төсекте науқастың қимыл қозғалысының болмауы немесе төмен қимыл қозғалысы: - бұрыла алмайды немесе тек зақымданбаған жаққа бұрыла алады; - төсекте өз бетінше отыра алмайды - пассивті отырғаннан кейін өзін "отырған" қалыпта ұстамайды (бүйіріне немесе артына құлап кетеді).	- Ойылулар. Пневмония - Зақымдалған иык буынындағы ауырсыну - Бұлшықеттердің спастикасы және салданған аяқ-қол буындарының контрактурасы. - Бір орыннан екінші орынға ауысу кезінде науқастың жарақаттануы - Науқасты жылжыту кезінде күтушінің жарақаттануы	- "Жатқан" қалыпта орналасу - "Отырған" қалыпта орналасу - Аяқ-қолдардың қимыл - қозғалысын белсендіру - Пациенттің қауіпсіз орын ауыстыру техникасын сақтау	- Жастықтар, көрпелер - Табуретка/үстел - Тығыз көрпе - Жылжымалы жең

2.2. Жалпы ақпараттар

2-1 сурет. Науқас бөлмесі үшін ұсынылатын жабдықтар



1. Төсек
2. Төсек жанындағы үстел
3. Төсек жанындағы кресло / төсек жанындағы орындық
4. Төсек жанындағы дәретхана

Ескерту:

Кереуеттің екі жағынан да кіруге мүмкіндік болатынжай жағдай жасау қажет [11].

2.3. Науқастың төсектегі мобилизациясы .



2-2 сурет. Арқасымен бастапқы қалыпта. Науқас төсектің ортасында арқамен жатыр.

2.3.1. Төсектегі бұрылыстар / Бұрылыстарды үйрету.



2-3 сурет. Күтуші науқастың екі аяғын тартады/ Науқас күтушінің көмегімен екі аяғын тартады.



2-4 сурет. Күтуші бір қолмен тізені тұрақтандырады және науқастың жамбасын ұстайды.



2-5 сурет. Екінші қолымен жауырынды тұрақтандырады және пациенттің бұрылуын команда бойынша бағыттайды.

2.3.2. Пассивті отыру / Төсекте аяқтарды төмен түсіріп отыруға үйрету.

Пациентпен байланыс болған жағдайда бұрылу дағдыларын меңгергеннен кейін жүргізіледі.

Сау жақ арқылы отырғызу.



2-6 сурет. Күтуші жамбас пен жауырынды тұрақтандырады. Науқас зардап шекпеген аяқтың табанымен зардап шеккен аяқты төсектің шетіне қарай итереді [7].



2-7 сурет. Дені сау жағынан отырғанда науқас зардап шекпеген қолымен отыру қалпына икемделеді.



2-8 сурет. Күтуші науқасты зардап шеккен жағынан тұрақтандырады, бүгілген аяқтарын түзетеді және еденге қояды.

Зардап шеккен жағы арқылы отырғызу.



2-9 сурет. Күтуші жамбас пен жауырынды тұрақтандырады.



2-10 сурет. Науқас зардап шеккен қолымен отырған қалыпқа икемделеді.



2-11 сурет. Күтуші науқасты зардап шеккен жағынан тұрақтандырады, бүгілген аяқтарын түзетеді және еденге қояды.

Пациенттің денесін "отырған" қалыпта ұзақ уақыт тұрақтандыру кезінде қолда бар құралдарды қолдану (тамақтану үшін, телебағдарламалар көру және т.б. үшін) [7].



2-12 сурет. Пациенттің денесін қолда бар құралдармен тұрақтандырудың мысалы.

Науқастың денесін төсек жанындағы орындықпен тұрақтандыру кезінде арқа тараптан тұрақтылық орындыққа отыру арылы, ал зардап шеккен жағынан – арқасы арқылы қамтамасыз етіледі. Қосымша құралдар-жастықтар, кеңістіктегі дененің орналасуының симметриясын қамтамасыз ететін және қолды ұстауға арналған төсек жанындағы үстел (иық буынының жарақаттану қаупі азаяды) [7].

Аяқ-қолдарды белсендіру.

2.4.1. Қолдарды белсендіру. Иық буынының мобилизациясы



2-13 сурет. Күтуші бір қолымен жауырынды, ал екінші қолымен шынтак буынының деңгейінде қамтып-орап алады алады.



2-14 сурет. Күтуші науқастың қолын 90-қа дейін көтереді, содан кейін қайтып келеді. Егер қолда әлсіз қозғалыстар болса, пациент өз бетінше көтернлуге тырысуы керек, ал күтуші бұл қолды қозғалыс бағытында қолдауды қамтамасыз етеді.



2-15 сурет. Күтуші науқастың қолын 90-қа дейін сыртқа қарай әкетеді, содан кейін қайтып оралады. Егер қолында әлсіз қозғалыстар болса, пациент өзін-өзі алып кетуге ұмтылуы керек, күтуші сонымен қатар қозғалыс бағытында тиісті қолды қолдауды қамтамасыз етеді [7,10].

Шынтак буынының мобилизациясы.



2-16 сурет. Күтуші зардап шеккен қолды шынтактан төмен тұрақтандырады, ал екінші қолымен науқастың білегін ұстайды.



2-17 сурет. . Күтуші науқастың қолын шынтағында бүгіп, маңдайына, құлағына және аузына кезектесіп бағыттайды.

2.4.2. Аяқтарды белсендіру.



2-18 сурет. Бастапқы қалып. Науқас төсектің ортасында жатыр. Күтуші зардап шеккен жағында тұрады, науқастың аяғы мен өкшесін артқы жағынан қолдайды



2-19 сурет. Науқас төсектің ортасында жатыр. Күтуші зардап шеккен жағында тұрып, зардап шеккен аяқты бірнеше рет ақырын бүгіп, жазады.



2-20 сурет. Науқас төсектің ортасында жатыр. Күтуші зардап шеккен жағында тұрады, науқастың аяғы мен балтырын ішкі және төменгі жағынан қолдайды және зардап шеккен аяқты бірнеше рет абайлап әкетеді және әкеледі.

3-ТАРАУ. Инсульттан кейін орташа неврологиялық жетіспеушілігі бар науқасты оңалту.

3.1. Жағдайды клиникалық модельдеу

Клиникалық модель:	Ривермид мобильділік Индексі бойынша бағалау 5-7 балла Рэнкин модификацияланған шкаласы бойынша бағалау 3-4 балла [7,10,12]
	Неврологиялық статуста сөйлеу немесе когнитивті бұзылуларға байланысты өнімді байланыс сақталады немесе айтарлықтай төмендейді, қозғалғыштықтың аздаған тапшылығы байқалады (аяқ, дене бұлшықеттерінде, 2-3 балға дейін бір жақты гемиплегия)

Өзекті мәселе	Асқынулардың дамуы мүмкін қауіп қатерлер	Оңалту жөніндегі іс-шаралар	Көмекші құрал
Науқастың төсектің шегінде жасай алатын қимыл қозғалысы : - төсектен өздігінен тұра алмайды немесе тек күшті аяға сүйене отырып өзгенің көмегімен көтеріле алады; - төсек жанындағы орындыққа /үстелшеге отыра алмайды.	Төсек жанындағы орындыққа ауысқан кезде науқастың жарақаттана отырып құлауы. - Әлсіз аяқтардың буындарының ауырсыну (нык, жамбас және тізе буындары және т.б.). - Бұлшықеттердің спастикасы және салданған аяқтар буындарының контрактурасы.	Мақсатты қимыл қозғалыстарды белсендіру және аяқ қолдардың тірек қызметін жаттықтыру. Науқастың "отырған" қалыптағы мобилизациясы. Науқасты және күтім жасаушыларды аяққа тұру технологиясын және төсек жанындағы орындыққа ауысуды үйрету.	Төсек жанындағы үстел. Төсек жанындағы орындық Сырғанақ маталар: - қағаз сүлгі; - жібек орамал; - фланельді жаялық және т. б.

3.2. Жалпы ақпарат



3-1 сурет. Науқас бөлмесіне ұсынылатын жабдықтар

1. Төсек
2. Төсек жанындағы үстел
3. Төсек жанындағы кресло/төсек жанындағы орындық
4. Төсек жанындағы дәретхана

Ескерту:

Төсектің екі жағынан да кіру мүмкіндігін қамтамасыз ету қажет [11].

3.3. Науқастың "отырған" қалыптағы мобилизациясы

Науқас денесінің төсекте "отырған" қалыптағы мобилизациясы.



3-2 сурет. . Бастапқы қалыпта. Науқас төсекте отырады және салданған қолды қолдай отырып ұстайды. Күтуші науқастың қасында әлсіреген жағында отырады және денесін қолдарымен және қосымша арқа жағынан тізесімен тұрақтандырады [7,10].



3-3 сурет. Қолдау арқылы дененің алға-артқа және бүйірге иілуі жүзеге асырылады.



3-4 сурет. Қолдау арқылы дененің әр жаққа бұрылуы жүзеге асырылады.

Науқас денесінің қолды мобилизациялай отырып, төсекте "отырған" қалыптағы мобилизациясы.



3-5 сурет. Бастапқы қалыпта. Науқас төсекте отырады және қолдарын әлсіз жақтағы білек буынының қолдауымен құлып тәрізді ұстайды. Күтуші науқастың жанында әлсіз жағында отырады және оның денесін қолымен және тізесімен артқы жағынан тұрақтандырады, екінші аяғымен науқастың тізесін немесе аяғын алдыңғы жағынан тірейді. Бос қолымен пациенттің қолдарын шынтақ буындары деңгейінде ұстайды. [7,10].

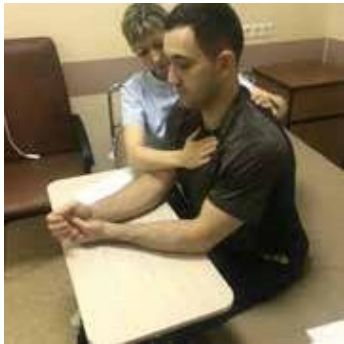


3-6 сурет. Қолдау арқылы науқастың денесінің алға-артқа иілуі жүзеге асырылады.



3-7 сурет. Диагональды алға-артқа еңкейту жаттығулары жасалады.

Науқас денесінің төсекте "отырған" қалыптағы мобилизациясы



3-8 сурет. Бастапқы қалыпта. Күтуші науқастың жанында әлсіз жағында отырады және оның денесін қолдарымен тұрақтандырады. Науқас үстел басында отырады. Оның қолдары үстелге кішкене жалпақ жастыққа немесе сүлгіге орналасқан. Науқас қолдарын әлсіреген жағынан білезік буынының қолдауымен құлып тәрізді ұстайды [7,10].



3-9 сурет. Қолдау арқылы науқастың денесінің алға-артқа иілуі пысықталады.
Ескерту: Осы қозғалыс моделін орындау кезінде құрылымдар мен қолдар ынталандырылады.

3.4. Жоғарғы аяқтарды белсендіру.

Жауырын мен иық буынының белсенділігі.



3-10 сурет. Күтуші әлсіз жақтан, бір қолымен жауырынды, екінші қолымен иық буынын қармап ұстайды



3-11 сурет, 3-12 сурет. Қозғалыстар иық буынын, жауырынды жоғары-төмен, алға-артқа қолдау арқылы жасалады.

Қолдарды белсендіру

төменнен қолдайды.



3-13 сурет. Бастапқы қалыпта. Күтуші науқастың әлсіз жағында тұрады, бір қолымен жауырынды тұрақтандырады, ал екінші қолымен салданған қолды

3-14 сурет. Қолдау арқылы науқас қолын жоғары көтереді немесе шетке әкетеді.



Төсек жанындағы үстелде/ үстелде отырып қолды белсендіру



3-15 сурет. Бастапқы қалыпта . Науқас үстелге отырады, әлсіз қолдың білезігі үстелге қағаз сүлгінің үстінде (жібек орамал, фланельді жаялық) жатады. Күтуші науқастың әлсіз жағында, бір қолымен шынтақ буынын қолдайды, ал екінші қолымен пациенттің салданған қолын тұрақтандырады [7,10].



3-16 сурет. Науқас қолдау арқылы қолымен алға-артқа және бүйірге ысқылау қимылдарын жасайды.

3.4. Аяқтарды белсендіру

Әлсіреген аяқтың тірек қызметін ынталандыру.



3-17 сурет. Бастапқы қалыпта. Науқас төсекте немесе орындықта отырады. Күтуші әлсіз жағында тізе буыны мен табанды қолдайды.



3-18 сурет. Науқас күшті аяғымен әртүрлі қимылдар жасайды-көтереді және түсіреді, алға тартады, алға-артқа айналдырады және әртүрлі диаметрлі шеңберлер салады.

Аяқтағы қозғалыстарды белсендіру.



3-19 сурет. Бастапқы қалыпта. Науқас төсекте немесе орындықта отырады, әлсіз аяқтың табанымен еденде қағаз сүлгінің үстінде (жібек орамал, фланельді жаялық) отырады. Күтуші әлсіз жағында тұрып сыртқы жағынан тобық буынын және артқы бетінде салданған аяқтың балғырын қолдайды [7,10].



3-20 сурет. Науқас қолдау арқылы аяғымен алға - артқа және бүйірге ысқылау қимылдарын жасайды.

3.5. Науқастың мобильділігін жаттықтыру.

3.5.1. Науқастың "тұрған" қалыпқа ауысуы.



Рис.3-21. Бастапқы қалыпта. Науқас төсекте отырады, күтуші аяқтарын еденге төсектің шетінен жамбастың 1/3 бөлігінен аспайтын деңгейге қояды [7,10].



3-22 сурет. Күтуші науқастың денесін бір қолымен жауырынды әлсіз жағынан тұрақтандырады, екінші қолымен науқастың күшті қолының астына созылып, жамбастың жоғарғы бөлігін күшті жағына қармап, аяғын сәл бұрышпен жылжытады, науқастың аяғы мен балтырын тұрақтандырады. Науқас өзінің күшті қолын күтушінің арқасына қояды.



3-23 сурет. Науқас күтушінің бұйрығымен еңкейіп, аяғына тіреліп көтеріледі.



3-24 сурет. Күтуші науқасты "тұрған" күйінде тұрақтандырады. Төсекке ауысуын бақылау үшін денені алға қарай еңкейту арқылы кері тәртіпте жүзеге асырылады.

Науқастың әлсіреген жағы арқылы төсектен орындыққа жылжуы.



3-25 сурет. Бастапқы қалыпта. Науқас кереуеттің шетінде отырады. Күтуші науқастың аяқтарын тапсырманы орындамас бұрын бұрылу бағытында орналастырады (бұрылу бұрышы шамамен 45). Орындық қозғалып кетпеуі керек [7,10].



3-26 сурет. Күтуші науқастың денесін тұрақтандырады, бір қолымен жауырынды әлсіз жағында, екінші қолымен науқастың күшті қолының астына созылып, қолын арқасына қойып, аяғын сәл бұрышпен жылжытады, науқастың аяғы мен балтырын тұрақтандырады. Науқас күшті қолға сүйенсе отырып отырып, алға қарай еңкейеді, қолдау арқылы және бұрыла отырып аяққа тұрады.



3-27 сурет. Күтуші науқастың денесін алға қарай жылжытады және жамбасын орындықта салданған жағына қарай жылжытады.

3.5.2. Науқасты күшті жағынан орындықтан төсекке жылжыту



3-28 сурет. Бастапқы қалыпта. Науқас орындықта отырады. Күтуші тапсырманы орындама бұрын науқастың аяғын кері бағытта орналастырады [7,10,14].



3-29 сурет. Науқас орындықтың ең шетіне зақымдалмаған жағымен жылжиды, жылжуды жүзеге асыру зақымданбаған бүтін қолын кереуеттің шетіне тірейді. Күтуші қолын науқастың арқасына қояды, екінші қолымен зақымдалған жақтың жамбасын ұстап, тізесімен науқастың тізесін тұрақтандырады.



3-30 сурет. Науқас күшті қолға сүйене отырып, алға қарай еңкейеді және аяғына тіреледі.



3-31 сурет. Күтуші науқасқа жамбасын төсекке қарай бұруға, отыруға және қозғалғаннан кейін оны қолдауға көмектеседі

3.6. Бір жақты қолдаумен жүру.

Ескерту: Таяқ қолданбай жүру кезінде біржақты қолдау пациенттің тұрақтылығын "тұрған" күйінде қалпына келтіру кезінде және құлау қаупі аз болған кезде жүзеге асырылады [7,10,14].



3-32 сурет. Дұрыс емес жүру моделі: науқастың қолын жоғары қарай тартып, оны ішке қарай бұрып, шынтак буынына бүгілген.



3-33 сурет. Қолдың "калыпқа келтіретін" қалпындағы дұрыс жүру моделі: қол сыртқа бұрылған, шынтакта тік, білезікте артқа бүгіледі.

4-ТАРАУ. Инсульттан кейін жұтынуы бұзылған науқастарды оңалту.

4.1. Жалпы ақпараттар

Жұтылу актінің мәселелері (дисфагия) тамақтануды қиындатады және тамақ пен сұйықтықтың тыныс алу жолдарына түсуіне әкелуі мүмкін және инсультпен ауыратын науқастың жағдайын едәуір нашарлатуы мүмкін [8, 11,14].

4.1.1. Жұтыну функциясы бұзылған науқастарға арналған негізгі ұсыныстар:

1. Тек отырғанда немесе кереуеттің бас жағын көтергенде ішіп-жеуге болады.
2. Тамақтанғаннан кейін жатардан бұрын 20-25 минут күту керек.
3. Кішкене бөліктермен, баяу, иегіңізді кеудеге сәл түсіріп жеу керек-бұл жұтынуды жеңілдетеді. Сіз жұтыну кезінде төсек тұтқасын немесе көрпені қыса аласыз, бұл да тағамды жұтуға көмектеседі.
4. Рационда қою сусындар мен тағамдар (кисель, ашытылған сүт өнімдері, пюре, желе, мусс, котлеттер, суфле және т.б.) басым болуы керек.
5. **Барлық ұсақталған өнімдерге (нан-тоқаш және кондитерлік өнімдер, дәнді дақылдар, жаңғақтар) тыйым салынады**, олар қауіпті және оңай шашалуға болады, сонымен қатар ет, цитрус жемістерін жемеген жөн (өйткені талшықтарды шайнау қиын)!
6. Тамақтану кезінде сусындар мен тағамды араластыру ұсынылмайды, тамақтанар алдында немесе одан кейін ішу керек.
7. Тамақтанғаннан кейін ауызды шайған жөн немесе ауыз қуысын майлықпен тазалаған жөн, өйткені тамақ сол жерде қалуы мүмкін (ұрттың артында, қызыл иекте). Егер пациент шашалып қалса, оған жөтелуге мүмкіндік беру керек, оған су беру ұсынылмайды, өйткені су тыныс алу жолдарына оңай түсіп, аспирацияны күшейтеді.

Төменде тамақтану сапасын жеңілдетуге және жақсартуға көмектесетін жаттығулар берілген.

4.2 Жұтынуды жақсарту үшін өз бетінше жұмыс істеуге арналған жаттығулар.

Науқастың бастапқы қалпында. Науқас орындықта отырады (аяқтары төмен түскен немесе кереуеттің бас жағы көтерілген)

4.2.1. Тілді ынталандыруға арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық.

4.2.2. Тілді алға созу.

1. Иығыңызды түсіріп, ыңғайлы отырыңыз
2. Тілді алға және төмен шығарыңыз
3. Тіліңізді осылай 5 секунд ұстаңыз

3. Тілді осылай ұстай отырып, " г " деп айтуға тырысыңыз
4. Тіліңізді толығымен босаңсыңыз және 5 рет қайталаңыз

Тілді кері артқа тарту:

1. Тіліңізді аузыңызға мүмкіндігінше артқа тартыңыз
2. Тіліңізді осылай 1 секунд ұстаңыз
3. Тілді жіберіңіз
4. Демалыңыз және 5 рет қайталаңыз

Тамақты шайған сияқты имитациялау:

1. Тамағыңызды шайып жатқандай кейіп танытыңыз
2. Тіліңізді артқа және төмен тартыңыз
3. Тіліңізді осылай 5 секунд ұстаңыз
4. Босатыңыз және 5 рет қайталаңыз

Есінеу:

1. Есінегендей кейіп танытыңыз
2. Тіліңізді артқа тартыңыз және осылай ұстаңыз
3. 5 секунд ұстаңыз
4. Босатыңыз және 5 рет қайталаңыз

Фальцетпен ән айту:

1. Төмен нотада "ииниини" деп айтыңыз
2. Жоғары нотада "иини" деп айту үшін тонды жоғары көтеріңіз
3. Тамақта жұтқыншақтың қалай көтеріліп жатқанын сезініңіз
4. Демалыңыз және 5 рет қайталаңыз

Тілдің ұшын ұстау тұру:

1. Тілдің ұшын тістеріңізбен мықтап ұстаңыз және жұтыну қозғалысын жасаңыз (сіз жұтынып басталсымен қиындық сезінесіз және жұтқыншақтағы кернеу сезімін сезінесіз)
2. Демалып, 5 рет қайталаңыз.

4.2.3. Жұтыну функциясын жақсартатын жаттығуларға арналған нұсқаулық:

1. Таныс қимылдарды имитациялау:
 - «кхе-кхе» деп жөтелу
 - аузын кең ашып, есінеу
 - ауыз қуысын керней отырып, дыбыссыз ысқырықты салу
 - шаю
 - қорылдау
 - жарма ботқасын жұту-ботқаны шайнаған сияқты, «ням, ням, ням» деп, және жұтыныңыз (сілекей болмаса да, жұтатын ештеңе болмаса да, имитациялау керек).
2. Қатты, итеріп, "а" және "э" дыбыстарын 3-5 рет айтыңыз
3. Тілді шығарып, "г" дыбысын айтыңыз
4. Төменгі жақ сүйегін алға қарай итеріп, "ы" дыбысын үнсіз айтыңыз
5. Тамшуырдан су тамшыларын жұтыныңыз
6. Еріндеріңізді жауып , "м" дыбысын созып айтыңыз (ауа жеткенше)
7. бір дем шығарғанда жоғары немесе төмен"и" дыбысын созып айтыңыз, сонымен бірге саусақтарыңызды көмей бойымен дірілдетіңіз.

4.2.4. Ерінге арналған жаттығулар бойынша нұсқаулық

Бұл жаттығуларды күніне бірнеше рет орындаңыз.

1. Еріндеріңізді түйістіріңіз, еріндеріңізбен сүйіп жатқандай қозғалыс жасаңыз, содан кейін демалыңыз. Жаттығуды бірнеше рет қайталаңыз, уақыт өте келе сүйісу санын көбейтіңіз.

2. Бір қатты талшықты аузыңызға алыңыз да, оны тек ерніңізбен ұстаңыз. Бір стақан суға құйып, оған талшықты батырыңыз. Мұрын арқылы өкпеге ауа алып, ауаны суға үрлеңіз. Жаттығуды 3-5 рет қайталаңыз, демалыңыз және қайталаңыз.

Жаттығуды ұзақ уақыт жасау ұсынылмайды, өйткені өкпенің гипервентиляциясы және науқастың басы айналуы мүмкін.

3. Ерніңізді мықтап жабыңыз, мұрын арқылы ауа алыңыз және ауаны шығармай ұртыңызға үрлеңіз. Жаттығуды бірнеше рет қайталаңыз.

4. Айна алдында тұрып, мүмкіндігінше күлімсіреңіз. бірнеше секунд тұрақты күлімсіреп тұрыңыз, демалыңыз. Жаттығуды 10-15 рет қайталаңыз

4.2.5. Тіл жаттығуларына арналған нұсқаулық

Бұл жаттығулар сіздің тіліңізді күшейтуге және координацияны жақсартуға көмектеседі. Бұл жаттығуларды күніне бірнеше рет қайталаңыз.

1. Тілді мүмкіндігінше шығарыңыз. 5-7 рет қайталаңыз.

2. Тілді шығарып, тілдің ұшымен мұрныңызға жетуге тырысыңыз. 5-7 рет қайталаңыз.

3. Тілді шығарып, тілдің ұшымен иекке жетуге тырысыңыз. 5-7 рет қайталаңыз.

4. Тіл арқылы ауыздың бір бұрышынан екінші бұрышына дейін қимылдар жасаңыз, жаттығуды тілдің ұшымен орындаңыз. 5-7 рет қайталаңыз.

5. Тілмен ұртқа қысым беретін қимылдары жасаңыз.

4.2.6. Көмей жаттығуларына арналған нұсқаулық

Көмейге арналған жаттығуды орындау үшін "Е" дыбысын төмен дыбыстан бастап, биіктігін біртіндеп арттырыңыз. Жоғары нотаға жеткенде оны бес секунд ұстаңыз.

4.2.7. Артикуляциялық гимнастика бойынша нұсқаулық

Позаны бірнеше секундқа бекітіп, айна алдында баяу орындаңыз. Әр жаттығуды 5-7 рет орындаңыз. Кешенді түрде күніне 3-4 рет орындаңыз.

1. Ерніңізді қатты қысып, ұртыңызға ауа үрлеңіз. Ауаны ұстаңыз. Бетіңізді тартыңыз.
2. Бір ұрттан екіншісіне "шар" лақыртғандай айналдырыңыз.
3. Расслабить Ерніңізді босаңсытыңыз. «тпру-у-у» үрлеңіз.
4. Оскалить Ерніңізді созып, тістеніп- "күлімсіреңіз".
5. "У-у" дыбысын үнсіз айтқандай, еріндеріңізбен "түтік" жасаңыз.

"Күлімсіреу" мен "түтікті" 5-7 рет ауыстыра отырып.

1. Тілді төменгі ерінге қойыңыз, жоғарғы ерінді тілге ұрып, "пя-пя-пя" деп айтыңыз.
2. Тіл кең формаға келтіріп, тістеп, алға-артқа жылжыту.
3. Альвеолаларға тиіп, тілді жоғарғы тістерге көтеру - "желкен" жасау.
4. Тілді төменгі тістердің артына түсіріп, альвеолаларға сүйеніңіз- "төбешік" жасау. "Желкен" мен "төбешікті" 5-7 рет кезектестіру.
5. Тілдің артқы жағы таңдайға мықтап жабысқан, тілмен шертеміз- "жылқы" жасау. 10-15 рет орындаңыз.
6. Тіл бір ұртқа, сосын екіншісіне - 5-7 рет сүйенеді.
7. Тілді тарылтып мұрынға қарай созамыз, иекке түсіріңіз - 5-7 рет.
8. Тілді тарылтып аузыңыздан шығарып, ерніңізге тигізбестен бір жағынан екінші жағына жылжытыңыз.
9. Еріндеріңізді тіліңізбен жалаңыз. Тіліңізбен шеңбер бойымен бір бағытта 3-4 рет, содан кейін екінші бағытта 3-4 рет қозғалыс жасаңыз.
10. Төменгі жақ сүйегін қатты қысып, "ы" дыбысын үнсіз айту [8,14].

4.3. Жұтыну бұзылыстары терапиясының жаттықтыру әдістері.

Оқытылған күтушілер көмегімен жүргізеді.

Науқастың бастапқы қалпы : науқас отырады, күтім жасайтын адам науқастың оң жағында, оған қарайды..

Қозғалыс үлгілерінің мысалдары.

1. Указательные Күтушінің сұқ саусақтары қас доғаларының ортасына бекітілген. Науқасқа қабағын тую, көздерін қатты жұмып, көздерін ашып, қабағын көтеру ұсынылады, ал дәрігер бұл кезде қарсылық көрсетеді (1-3 сурет.) [8].



4-1 сурет.



4-2 сурет..



4-3 сурет.

2. Дәрігер сұқ саусақтарын еріннің бұрыштарына бекітеді, науқасқа күлімсіреу ұсынылады, ал дәрігер бұл кезде қарсылық көрсетеді (4-5 сурет.).



4-4 сурет.

4-5 сурет.

4-5 сурет.

2. Дәрігер сұқ саусақтарымен еріндерді созады, бұл қалыпты бекітеді



4-7 сурет.

4-8 сурет.

4-9 сурет.

және науқастан еріндерін түтік тәрізді жасауын, күлімсіреуін сұрайды, ал бұл кезде дәрігер қарсыластық көрсетеді (7-9 сурет.) [8].

Шайнау бұлшықеттерінің қозғалыс белсенділігін қалпына келтіру кезінде пациент негізгі қозғалыстарды жаттықтыру керек:

- открывать аузын жоғары және төменгі жақпен ашу және жабу;
- "асхана құралын" ернімен орау.

Тілдің қозғалғыштығын жаттықтыру үшін келесі жаттығулар қолданылады:

- жоғары, бүйірлік қозғалыстарды, сондай-ақ айналмалы қозғалыстарды ынталандыру үшін дымқыл шпательмен;
- стимуляция ылғалданған стерильді дәке тампонымен немесе стерильді қолғаппен саусақтар арқылы науқастың тілінің қозғалысына созылу және қарсылақтық беру арқылы тілді ынталандыру



4-10 сурет.

4-11 сурет.

4-12 сурет.



4-13 сурет.

4-14 сурет.

4-15 сурет.

Егер тілге (шпательмен, саусақтарыңызбен) төмен және артқа қарай қарсылық жасаса, тілдің түбірі алға және жоғары қозғалыспен жауап беретін болады.

- бос түтікшені, ауыз аймағының бұлшықеттерінің тонусын (ерін, щек және т.б.) бір уақытта арттыратын жұмсақ емізінді сору арқылы тілдің қозғалғыштығы мен тұрақтылығын ынталандыру (әсіресе бір уақытта затқа бағыттай отырып, мысалы, саусақтың ұшына қарай басу арқылы)
- мойын омыртқасын созу кезінде көз алмаларын бір уақытта айналдыра отырып, мойын-иық аймағының бұлшықеттерімен жұмыс істеу кезінде "диагональ бойынша ию-жазу" тип бойынша жаттығулар қолданылады

Әр жаттығудың ұзақтығы бір сеансқа 5-10 ретті құрайды.



4-16 сурет.

4-17 сурет.

4-18 сурет.

Практикалық нұсқаулықтың беттерінде ұсынылған ұсыныстарды орындау мимикалық бұлшықеттердің, тілдің және мойын омыртқасының мақсатты қозғалыстарын бақылауды қалпына келтіруге мүмкіндік береді, бұл бастың ұсталуын, дауыс түзілуін, артикуляцияны және жұтынуды ынталандырады [8].

Қорытынды

Неврологиялық тапшылығы бар пациенттерге жеткіліксіз күтім жасау бүгінгі күні денсаулық сақтаудағы өзекті мәселелердің бірі болып табылады. Ал үйде оңалту оңалтудың ең әлсіз буыны ретінде есептеледі. Сондықтан, біз инсульт туралы жалпы түсінік беретін, пациенттерге күтім жасау, қимыл-қозғалыс, жүру, тамақтандыру және т. б. әдістері келтірілген практикалық нұсқаулық жасадық. Практикалық нұсқаулықтың беттерінде науқастар мен олардың туыстары, ЕДШ инструкторларына, үйден емделушілерге кеңес беретін дәрігерлерге қажетті практикалық ақпаратты жақсы түсіну және игеру үшін көрнекі суреттер мен фотосуреттер пайдаланылды.

Бұл құрал инсульттан болатын жоғары ауру мен өлім - жітім проблемаларын шешуге көмектеседі деп үміттенеміз, өйткені стационардағы науқастарға медициналық көмек көрсету жүйесін жетілдіре отырып, үйде де көмек көрсету жүйесін жақсарту қажет. Сондықтан үйде тиімді оңалту іс - шараларын ұйымдастыру және өткізу практикалық денсаулық сақтаудағы басым іс-шараға айналуы қажет.

Бұл практикалық иллюстрацияланған құрал мамандарға (дәрігер-реабилитологтар, неврологтар, физикалық терапия мамандары, оңалту медбикелері) және инсульт алған науқастарға күтім жасаушыларға арналған.

Әдебиеттер тізімі:

1. Benjamin EJ. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. / Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR et.al // Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2017 Mar 7;135(10):e146-e603. doi: 10.1161/CIR.0000000000000485. Epub 2017 Jan 25. Erratum in: Circulation. 2017 Mar 7;135(10):e646. Erratum in: Circulation. 2017 Sep 5;136(10):e196. PMID: 28122885; PMCID: PMC5408160.
2. Акшулаков С.К. Организация и состояние инсультной службы Республики Казахстан по итогам 2016 года / Акшулаков С.К., Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. // Нейрохирургия и неврология Казахстана 2018г, №1 50с.
3. Статистический сборник МЗ РК 2016-2017гг.
4. Дженет Х. Карр. Ранняя реабилитация после инсульта: учеб. / Клаудиа Флемиг, Герт Грельманн, Ян Мерхольд [и др.] Под редакцией Ивановой Г.Е., [пер.с англ. Алымов А.В.] Москва, «МЕД пресс-информтм» 2014г. -248с.
5. Данилов В.И., Хасанова Д.Р Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации / Данилов В.И., Хасанова Д.Р., Табиев И.И. и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. -248с.: ил.
6. Парфенов В.А., Хасанова Д.Р. Ишемический инсульт: учеб. / Парфенов В.А., Хасанова Д.Р., - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2011. - 288с.
7. Реабилитация неврологических больных [Текст]: учебник / Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. 3-е издание Москва, «МЕДпресс-информ», 2014. – 317с.
8. Табиев И.И. Нарушение глотания в острый период инсульта. Анатомия, диагностика, нутритивная поддержка, алгоритмы лечения и реабилитации: Практическое руководство / Минздрав РТ, Казан.гос. мед. ун-т, Минздрав РФ, Межрегион. клинично-диагност. центр, Респ. головной сосудистый центр. — Казань: Юниверсум, 2016. - 60 с.
9. Табиев И.И. Справочник по уходу за больным инсультом в вопросах и ответах [Текст]/ Табиев И.И., Махмутова Л.Р. // Антиинсульт. Часть 1. Казань: Библиотека сосудистого центра. 2015. - 21 с.
10. VA/DoD Clinical practice guideline for the management of stroke rehabilitation. Department of Veterans Affairs/Department of Defense. Version 4.0 2019.URL:<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/Rehab/stroke/VADoDStrokeRehabCPGFinal8292019.pdf>
11. National Clinical Guideline Center (NCGC). Stroke rehabilitation and support of stroke patients. Clinical Guideline. Methods, evidence and recommendations. Published by the NCGC at The Royal College of Physicians, 2011. – 333 p.
12. Neurorehabilitation after stroke. Essential exercises to regain independence. Copyright © 2017 by EVER Neuro Pharma GmbH, Oberburgau 3, 4866 Unterach, Austria, 2018. – 132 p.
13. Котенко К.В. Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Текст]: учеб. / Котенко К.В., Епифанов В.А., Епифанов А.В., Корчажкина Н.Б, Москва, ГЭОТАР – Медиа, 2016г. – 656с.
14. Епифанов В.А., Епифанов А.В. Реабилитация в неврологии [Текст]: учеб. / Епифанов В.А., Епифанов А.В. Москва, ГЭОТАР – Медиа, 2014г.

МИДОКАЛМ

Таблетки покрытые пленочной оболочкой 150 мг

П Н



МНН: Толперизон. **Показания к применению:** симптоматическое лечение патологически повышенного тонуса мышц взрослых, возникающего после перенесенного инсульта. **Способ применения и дозы:** Взрослым: суточная доза 150-450 мг, разделенная на 3 приема. Препарат следует принимать после еды, заливая стаканом воды. **Побочные действия:** головная боль, головокружение, сонливость, бессонница, нарушение сна, астения, общее недомогание, усталость, зябкость, артралгия, миалгия, тошнота, диспепсия, сухость во рту, чувство дискомфорта в животе, диарея, мышечная слабость, имитация боли в конечностях. **Противопоказания:** гиперчувствительность к активному веществу или какому-либо из вспомогательных веществ; миастения; беременность и период лактации; детский возраст до 18 лет; непереносимость галактозы, лактазная недостаточность, Лапла или мальабсорбция глюкозы/галактозы.

Условия отпуска из аптек: по рецепту

Лекарственное взаимодействие: Одновременное назначение толперизона с декстрометорфаном, субстратом CYP2D6, повышает концентрация в плазме крови таких препаратов, которые преимущественно метаболизируются цитохромом CYP2D6, в частности, концентрация тирозидина, толперидина, венлафаксина, атомоксетина, дезипрамина, декстрометорфана, метопролола, небиволлола, перфрандина. Значимого ингибирования или индукции других изоферментов CYP (CYP2B6, CYP2C8, CYP2C9, CYP2C19, CYP1A2, CYP3A4) не выявлено. При одновременном приеме с другими субстратами CYP2D6 и/или другими препаратами экспозиция толперизона возрастать не будет, что обусловлено разнообразными путями метаболизма толперизона. При приеме толперизона наличие его в биодоступности снижается, поэтому при назначении препарата рекомендуется учитывать связь с приемом пищи. Мидокалм® не вызывает седативного эффекта, поэтому может назначаться в комбинации с седативными, спазмолитическими средствами и транквилизаторами. При совместном применении с другими мышечными релаксантами, действующими на ЦНС, рекомендуется снизить дозу толперизона. Толперизон не усиливает действие алкоголя на центральную нервную систему. Увеличивает выраженность действия нифлумовой кислоты, поэтому при их одновременном применении рекомендуется снизить дозу нифлумовой кислоты или другого НПВС.

Особые указания: Частые нежелательные реакции: реакции гиперчувствительности. Симптомами реакций гиперчувствительности могут быть эритема, сыпь, крапивница, зуд, ангионевротический отек, тахикардия, артериальная гипотензия или одышка. У женщин с гиперчувствительностью к другим препаратам или аллергическими состояниями в анамнезе риск реакций гиперчувствительности при приеме толперизона более высокий. Пациенты должны быть осведомлены о том, что при появлении симптомов аллергии следует прекратить прием толперизона и обратиться за медицинской помощью. При умеренном поражении почек и печени рекомендуется индивидуальное титрование дозы, при тяжелом поражении почек и печени назначать толперизон не рекомендуется. Дети: безопасность и эффективность толперизона у детей не изучены. Беременность и период лактации: не следует применять при беременности и при кормлении грудью. Препарат не влияет на способность к управлению автотранспортом и работе с механизмами. Пациенту, который испытывает головокружение или мышечную слабость, следует проконсультироваться со своим лечащим врачом.

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ И ПРИМЕНЕНИЕМ ВНИМАТЕЛЬНО ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ ПО МЕДИЦИНСКОМУ ПРИМЕНЕНИЮ.

Наименование и страна организации-производителя: ОАО «Гедесон Рихтер», Венгрия, 1103 Будапешт, ул. Демера, 19-21, Венгрия.

Адрес организации, принимающей на территории Республики Казахстан претензии от потребителей по качеству продукции: Представительство ОАО «Гедесон Рихтер» в РК, e-mail: info@richter.kz; Телефон: 8-(7272)-58-26-22, 8-(7272)-58-26-23. Все вопросы по применению препарата и побочным эффектам отправлять по адресу: py@richter.kz

№ РК-ПС-5N/012352 от 31.01.2018 г. БЕЗ ОГРАНИЧЕНИЯ СРОКА ДЕЙСТВИЯ.

Авторлар "Gedeon Richter KZ" ЖШС-не үйде күтім жасау және инсульттан кейін оңалту бойынша осы практикалық құралдарды әзірлеуге және басып шығаруға көмектескені үшін терең алғыстары мен ризашылықтарын білдіреді.