

АО «Национальный центр нейрохирургии»
Республиканский координационный центр по проблемам инсульта

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

**Практическое пособие по уходу и домашней реабилитации для
пациентов с неврологическим дефицитом**

Нур-Султан

2020

УДК: 616.831-005 : 615.82

ББК: 56.12 : 52.222.21

Рецензенты:

1. Такенов Ж.Т. – к.м.н., врач невролог, физиотерапевт, заведующий физиотерапевтическим отделением АО «Национальный центр нейрохирургии».
2. Сыздыкова Б.Р. - к.м.н., врач невролог, высшей квалификационной категории, Руководитель центра рассеянного склероза и аутоиммунных заболеваний, доцент кафедры неврологии АО МУА.

Авторы:

Адилбеков Е.Б. – Директор Республиканского координационного центра по проблемам инсульта, невролог, нейрохирург высшей квалификационной категории.

Табиев И.И. - Главный специалист ГАУЗ «Межрегиональный клиничко-диагностический центр» по реабилитации, руководитель образовательного курса дополнительной профессиональной программы повышения квалификации ГАУЗ "МКДЦ" «Актуальные вопросы ранней нейрореабилитации при инсульте» (г.Казань, Республика Татарстан), врач-невролог высшей квалификационной категории.

Кудайбергенова А.С. – к.м.н., Руководитель образовательного курса «Неврология и нейрореабилитация» Института постдипломного образования Казахстанско-Российского Медицинского Университета.

Мустафаева А.С. – PhD, врач реабилитолог, врач невролог высшей квалификационной категории.
Художник-иллюстратор: **Табиева Анастасия** (Алматы, Республика Казахстан).

При создании пособия использованы авторские фотографии И.И.Табиева (г.Казань, Республика Татарстан, Российская Федерация).

Практическое пособие по уходу и домашней реабилитации для пациентов с неврологическим дефицитом / Адильбеков Е.Б., Табиев И.И., Кудайбергенова А.С. Мустафаева А.С. / Нур-Султан: АО «Национальный центр нейрохирургии» 2020г – 42с.

ISBN

Инсульт головного мозга является проблемой не только медицинской, но и социальной значимости ввиду его высокой распространённости и грозных последствий как инвалидность и смерть. В структуре смертности от болезней системы кровообращения инсульт занимает одно из ведущих мест.

Нарушение технологии реабилитации больного инсультом приводит к развитию ряда осложнений (болевая дисфункция суставов, спастичности и др.), что ухудшает течение заболевания, снижает шансы пациента на благоприятный исход заболевания и требует дополнительной медикаментозной поддержки – назначение ботулинотерапии, миорелаксантов, купирования болевого синдрома. И здесь основными принципами выбора являются максимальная безопасность лекарственного препарата для больного и минимизация побочных эффектов от применения.

Данные Практические иллюстрированные пособия предназначены для специалистов (врачи-реабилитологи, неврологи, специалисты по физической терапии, медицинские сестры по реабилитации) и лиц, осуществляющих уход за больными, перенесшими инсульт.

УДК: 616.831-005 : 615.82

ББК: 56.12 : 52.222.21

Практическое пособие рассмотрено и одобрено решением Ученого совета АО «Национального центра нейрохирургии» (протокол №3 от 24.11.2020 г.)

Содержание

Перечень сокращений.....	4
Введение	5
Глава 1. Мероприятия домашнего ухода за пациентом с грубым неврологическим дефицитом после инсульта.....	7
Глава 2. Реабилитация пациента с грубым неврологическим дефицитом после инсульта	18
2.1. Клиническое моделирование ситуации	18
2.2. Общая информация	20
2.3. Мобилизация пациента в постели.....	21
2.3.1. Повороты в постели / Обучение поворотам.	21
2.3.2. Пассивное присаживание / Обучение присаживанию в постели со спущенными ногами.	22
2.4. Активизация конечностей.	24
2.4.1. Активизация верхних конечностей. Мобилизация плечевого сустава.....	24
2.4.2. Активизация нижних конечностей.....	26
Глава 3. Реабилитация пациента с умеренным неврологическим дефицитом после инсульта.....	27
3.1. Клиническое моделирование ситуации	27
3.2. Общая информация	28
3.3. Мобилизация пациента в положении «сидя».....	29
3.4. Активизация верхних конечностей.	31
3.5. Активизация нижней конечности.	33
3.7. Ходьба с односторонней поддержкой.	37
Глава 4. Реабилитация пациента с нарушением глотания после инсульта.....	37
4.1. Общая информация.	37
4.1.1. Основные рекомендации для пациентов с нарушением функции глотания:.....	38
4.2. Упражнения для самостоятельной работы по улучшению глотания.	38
4.2.1. Инструкция по упражнениям для стимуляции языка.	38
4.2.2. Инструкция по упражнениям, улучшающим функцию глотания:	39
4.2.3. Инструкция по упражнениям для губ	40
4.2.4. Инструкция по упражнениям для языка.....	40
4.2.5. Инструкция по упражнениям для гортани.	40
4.2.6. Инструкция по артикуляционной гимнастике.....	40
4.3. Тренировочные методы терапии нарушений глотания.	41
Заключение	45
Список литературы:	46

Перечень сокращений

МЗ РК – Министерство здравоохранения Республики Казахстан

МРТ – Магнитно-резонансная томография

МРА - Магнитно-резонансная ангиография

Введение

Сердечно-сосудистые заболевания являются ведущей в мире причиной смерти, на которую в 2013 году приходилось более 17,3 млн. смертей, согласно прогнозам специалистов, к 2030 году ожидается рост более чем на 23,6 млн. [1]. К сожалению Казахстан не является исключением. В абсолютных цифрах ежегодно в нашей стране регистрируется более 40 тысяч случаев инсультов, из которых только 5 тысяч людей погибает в первые 10 дней и еще 5 тысяч в течение первого месяца после перенесенного инсульта [2]. Значительная часть выживших и выписанных из стационара больных, к сожалению, в последующем становятся стойкими инвалидами. До 20-25% таких больных не могут обходиться без посторонней помощи, что в конечном итоге тоже является проблемой для общества [3].

В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан от 9 октября 2020 года № 21381 «Об утверждении Правил оказания медицинской реабилитации» определен порядок оказания медицинской реабилитации в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную, стационарзамещающую и стационарную помощь вне зависимости от формы собственности, а также на дому и в санаторно-курортных организациях.

В связи со сложившейся эпидемиологической обстановкой в мире по Covid-19 амбулаторное звено работает с большой нагрузкой и становится актуальным применение дистанционных медицинских услуг. Работа мобильных бригад являясь формой оказания комплекса услуг медицинской реабилитации в выездной форме по месту проживания пациента обладает большим реабилитационным потенциалом. Для пациентов, которые не могут самостоятельно передвигаться, в том числе по социальным показаниям, и нуждается в продолжении или длительном проведении мероприятий по медицинской реабилитации эта форма может быть полезной в практике продолженной реабилитации.

Для улучшения работы мобильных бригад и применения дистанционных медицинских услуг, а также активного привлечения к реабилитационным мероприятиям родственников пациентов, становится важным разработка практических пособий по уходу на дому, больных, перенесших инсульт. В соответствии с действующим клиническим протоколом «Медицинская реабилитация, второй этап «Реабилитация II А» №7 МЗ РК от 15.08.2016г. группой авторов разработаны данные практические пособия:

- «Практическое пособие в вопросах и ответах по домашнему уходу за пациентом с грубым неврологическим дефицитом при инсульте».

- «Практическое пособие по уходу и домашней реабилитации для пациентов с грубым неврологическим дефицитом».

- «Практическое пособие по домашнему уходу и реабилитации для пациентов с умеренно выраженным неврологическим дефицитом».

- «Практическое пособие по домашнему уходу и реабилитации для пациентов с нарушением глотания»

Глава 1. Мероприятия домашнего ухода за пациентом с грубым неврологическим дефицитом после инсульта

Инсульт – что это?

Инсульт - заболевание, при котором нарушается поступление крови к одному из участков головного мозга и возникают неврологические нарушения.

Есть два вида инсульта - ишемический и геморрагический.

При **геморрагическом инсульте** происходит **кровоизлияние**, причиной которого является разорвавшийся сосуд (см. рис. № 1).



Рис. 1. Очаг острого кровоизлияния в левом полушарии головного мозга по данным рентгеновской компьютерной томографии (КТ) головного мозга.

Наиболее **частой причиной разрыва кровеносного сосуда является** патологическое изменение его стенки – **аневризма** (см. рис. № 2) [4].

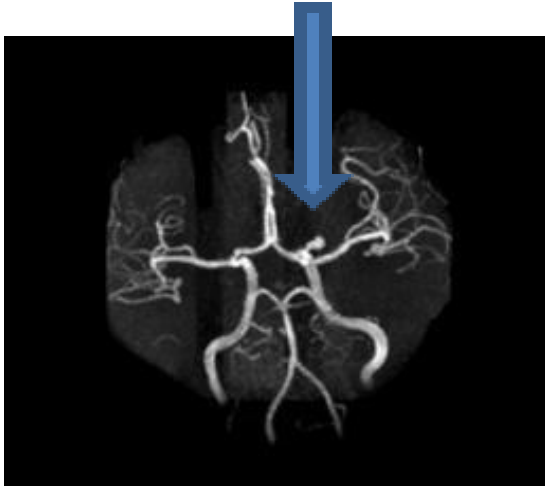
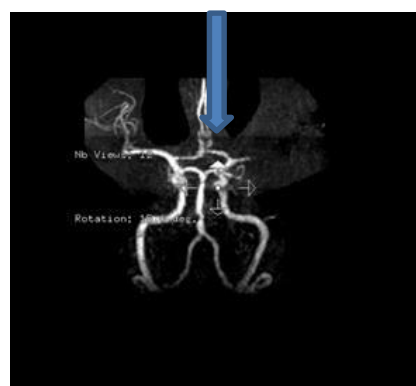


Рис. 2. Признаки аневризмы сосуда головного мозга по данным магнитно-резонансной ангиографии (МРА) артерий головного мозга.

А при *ишемическом инсульте* к участку головного мозга поступает недостаточно крови за счет *закупорки сосуда тромбом, эмболом или атеросклеротической бляшкой* (см. рис. № 3).



а)



б)

Рис. 3. Очаг острой ишемии (а) с закупорившимся кровеносным сосудом (б) в левом полушарии головного мозга по данным магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга.

Как заподозрить инсульт?

Признаки инсульта

Есть явные признаки, позволяющие выявить у человека инсульт:

1. **Внезапная беспричинная головная боль**, особенно в сочетании с **эпизодом потери сознания**.
2. **Нарушение речи**: попросите повторить несложную фразу (например, «За окном лето») - при наличии у человека инсульта фраз воспроизводится с трудом или не воспроизводится совсем.
3. **Асимметрия лица**: попросите улыбнуться – при инсульте улыбка будет кривой, т.к. один угол рта будет находиться выше, а другой ниже.
4. **Асимметричное положение языка**: попросите высунуть язык - при инсульте язык западает на одну из сторон.
5. **Слабость мышц конечностей** (чаще односторонняя): попросите одновременно поднять вверх обе руки - при инсульте руки поднимаются на разную высоту, одна рука движется медленнее другой.
6. **Внезапное нарушение равновесия и координации движений**: при инсульте могут появиться шаткость, неустойчивость при ходьбе, размашистые движения в руках и ногах.
7. **Внезапное нарушение зрения**.

Что делать при инсульте?

Первая помощь при инсульте.

При выявлении у пострадавшего хотя бы одного из вышеописанных симптомов необходимо немедленно вызвать скорую медицинскую помощь и в точности описать диспетчеру симптомы для ускорения приезда бригады медицинских работников.

Важно: При инсульте категорически нельзя заниматься самолечением или выполнять желания пациентов.

Только экстренное вмешательство врачей поможет снизить повреждение мозга, и, возможно, предотвратить дальнейшее развитие этого заболевания.

Чем раньше больному будет оказана медицинская помощь, тем благоприятнее прогноз [5,12].

Как должен лежать больной после инсульта?

Наличие инсульта не означает полной неподвижности пациента, так как искусственное ограничение подвижности больного приводит к развитию довольно грозных осложнений, замедляющих выздоровление. В настоящее

время приняты следующие варианты позиционирования больного с инсультом в постели.

Положение на спине.

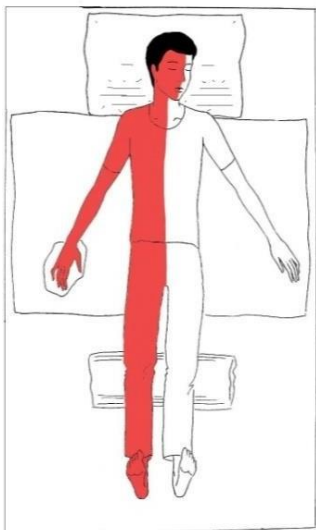


Рис. № 4. Положение на спине.

Голова пациента располагается на плоской невысокой подушке, шея не согнута, плечи также поддерживаются подушкой. Паретичная рука лежит на подушке ладонью вниз с выпрямленными пальцами под углом $10-15^{\circ}$ от туловища, разогнута в локтевом и лучезапястном суставах. Парализованная нога чуть согнута в коленном суставе, бедро парализованной ноги поддерживается небольшой подушкой, чтобы избежать наружного разворота ноги при опускании таза (см. рис. № 4).

Положительные факторы:

- Хороший обзор больного со стороны ухаживающего лица;
- Устойчивое стабильное положение.

Отрицательные факторы:

- недостаточная респираторная (дыхательная) функция из-за плохой дренажной функции бронхов, высокого стояния диафрагмы, что приводит к снижению объемов легких и плохой вентиляции их нижних отделов;

- высокий риск аспирации слюной (попадание её в дыхательные пути);

- возможное отрицательное рефлекторное влияние (стимуляция симметричного и асимметричного шейных тонических рефлексов, вследствие чего повышается тонус сгибателей руки и разгибателей ноги):

- сгибание шеи на высокой подушке вызывает на стороне поражения усиление сгибания в руке и разгибания в ноге, что приводит к развитию и стабилизации контрактуры;

- при повороте головы в «здоровую» сторону увеличивается тонус сгибателей в руке с противоположной стороны, что также приводит к ее патологической установке;

- плохой обзор окружающего пространства для пациента;
- уплощение спины — возможны боли в спине [12, 13].

Особенности положения пациента на спине:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- туловище на пораженной стороне вытянуто;
- плечи должны быть поддержаны подушками (2 – 3 см высотой);
- для выравнивания таза и устранения ротации (поворота ноги) во всех суставах под обеими ягодицами должны находиться плоские подушки (1,5–2 см), «больная» нога не развернута кнаружи;
- отсутствие груза в паретичной руке (на ладони);
- отсутствие упора под стопой паретичной ноги (во избежание действия положительного поддерживающего рефлекса — стимуляция давлением подушечки стопы увеличивает тонус разгибателей).

Двусторонняя поддержка конечностей, туловища и таза проводится с целью профилактики развития синдрома игнорирования «больной» стороны.

Положение на «здоровой» стороне.

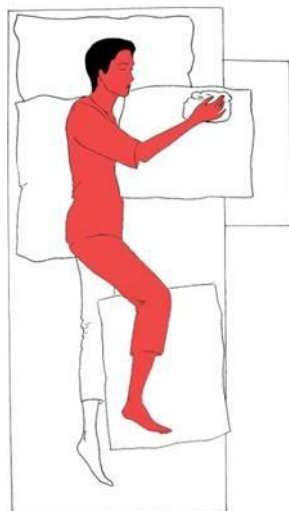


Рис. № 5. Положение на «здоровой» стороне, 1-й вариант.

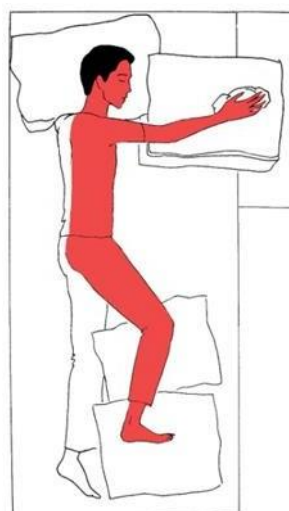


Рис. № 6. Положение на «здоровой» стороне, 2-й вариант.

1-й вариант.

Голова пациента находится на одной линии с туловищем в удобном положении, туловище должно быть слегка повернуто вперёд. Паретичная рука лежит на подушке, согнута в плечевом суставе под углом 90^0 и вытянута вперёд. Паретичная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах, голень и стопа лежат на подушке. «Здоровая» рука находится в удобном для больного положении. «Здоровая» нога разогнута в коленном и тазобедренном суставах (см. рис. № 5).

2-й вариант.

Голова пациента лежит на плоской подушке. Парализованная рука согнута в локтевом суставе, ладонью вниз, пальцы выпрямлены. Рука укладывается на подушку. Парализованная нога, слегка согнута в коленном и тазобедренном суставах, уложена на подушку (см. рис. № 6).

Положительные факторы положения на «здоровой» стороне:

- хорошая респираторная функция, которая обеспечивает адекватный дренаж бронхов, диафрагма расположена низко, так как передняя брюшная стенка выдвинута вперед, хорошо вентилируются нижние отделы легких;
- устраняется влияние шейных тонических рефлексов;
- комфортно спине;
- снижается риск аспирации слюной.

Отрицательные факторы:

- требуются подушки под спину и под пораженную руку, а также под «верхнюю» ногу;
- пациент «придавлен» своей парализованной стороной. Следовательно, в этом положении он наиболее беспомощен.

Особенности положения пациента на «здоровой» стороне:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$;
- тело не изогнуто;
- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддержана по всей длине;
- кисть «больной» руки находится в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки;
- отсутствие груза в паретичной руке (на ладони), упора под стопой паретичной ноги.

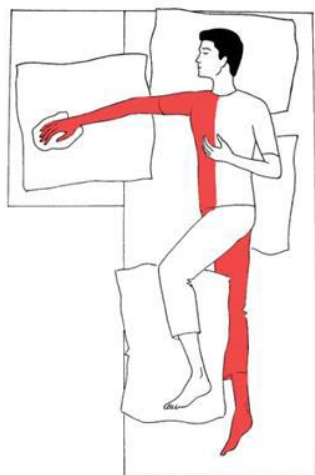
Положение на парализованной стороне.

Пособие: прикроватный столик (табурет), высота которого соответствует

высоте кровати.

Голова пациента находится в удобном положении, слегка развёрнута и поддерживается подушками со стороны спины и ноги. Паретичная рука полностью опирается на прикроватный столик, она согнута в плечевом суставе под углом 90° и развернута кнаружи, при этом в локтевом и лучезапястном суставах максимально возможное разгибание, пальцы разогнуты. Паретичная нога разогнута в тазобедренном суставе, слегка согнута в коленных суставах. «Здоровая» рука находится в удобном для больного положении (лежит на туловище или подушке). «Здоровая» нога лежит на подушке в положении «шага» (согнута в коленном и тазобедренном суставах, 1-й вариант), при развитии болевых ощущений в позвоночнике (жалобы пациента или беспокойное поведение больного с гримасами боли, стонами при речевых нарушениях) можно привести ногу в нейтральное положение (2-й вариант) (см. рис. № 7) [6, 11].

1-й вариант



2-й вариант.

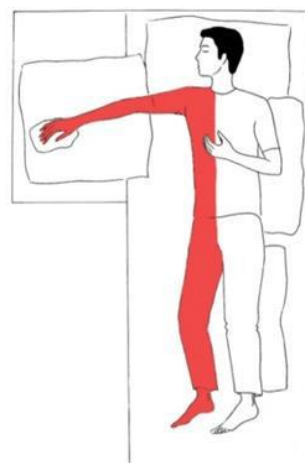


Рис. № 7. Положение на парализованной стороне.

Положительные факторы положения на парализованной стороне:

- хорошая респираторная функция, минимален риск аспирации;
- происходит тактильная стимуляция пораженной стороны;
- нет влияния тонических шейных рефлексов;
- комфортно спине;
- пациент сохраняет активность: может «здоровой» рукой поправить одеяло, волосы и т.п.

Отрицательные факторы:

- повышен риск образования пролежней из-за пониженного тонуса и

ухудшения трофики (обменных процессов) пораженной стороны;

- требуется тщательное укладывание с подушкой под спиной и под «верхней» ногой.

Особенности положения пациента на парализованной стороне:

- «больное» плечо вынесено вперед;
- «больная» нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;
- отсутствие груза на ладони «больной» руки;
- отсутствие упора под «больной» стопой;
- голова находится на одной линии с туловищем [12,13].

Положение на животе.

Эта укладка предназначена для пациентов с сохраненным объемом движений в суставах и отсутствием ограничений движений в плечевом суставе. Данное положение способствует восстановлению функции мышц-разгибателей руки и сгибателей ноги. В положении на животе уменьшается давление на опорные части тела, особенно на крестец и грудную клетку. При этом поддерживается выпрямленное положение бедра и колена.

Отрицательный фактор:

- ухудшение самочувствия у пожилых пациентов и с заболеваниями сердечно-сосудистой системы.

Как кормить больного инсультом?

С осторожностью!

Особое внимание обращается на развитие кашля, указывающего на возникновения затруднений и признаками защиты дыхательных путей от аспирации (попадания пищи в дыхательные пути). Однако очень часто у пациентов с нарушением глотания кашель не возникает из-за нарушений, вызванных самим заболеванием головного мозга. В таких случаях развитие аспирации пропустить очень легко.

О высокой вероятности нарушения глотания и аспирации свидетельствуют следующие признаки, появляющиеся во время питья и приема пищи:

- ***Кашель или покашливание до, во время или после глотка;***
- ***Изменение качества голоса во время или после глотания, например, «влажный» голос, «булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса;***

- Затрудненное дыхание, прерывистое дыхание после глотания;
- Затруднения при жевании;
- Слюнотечение или неспособность сглатывать слюну;
- Выпадения пищи изо рта во время еды (это может быть следствием того, что у больного плохо смыкаются губы или его язык давит вперед во время глотка вместо нормальных движений вверх и назад);
- Срыгивание;
- «Смазанная» речь.

Нередко после инсульта аспирация («засасывание» желудочного содержимого в дыхательные пути) может быть «тихой» и незаметной. Тогда признаками скрытой аспирации, особенно в домашних условиях, могут быть частые и длительные заболевания бронхов и лёгких.

При подозрении на развитие попёрхивания обязательно приглашается врач на дом.

Особая методика кормления при приёме пищи:

- выбор консистенции пищи (пюре, кисель, йогурт и др.) и системы питания для каждого пациента в зависимости от характера дисфагии (нарушения глотания);
- возвышенное положение головного конца во время кормления и после него в течение 20-30 мин.;
- кормление маленькими глотками;
- обязательный контроль проглатывания пищевого комка;
- очистка ротовой полости после кормления от остатков пищи и слюны.

Виды консистенции пищи:

- сухая (комоч пищи легко крошится);
- пюре:
 - густое (комоч держится на вилке);
 - полужидкое (комоч стекает с вилки);
- жидкости:
 - консистенция мусса/желе (жидкость держится на вилке)
 - консистенция йогурта (жидкость стекает с вилки крупными каплями)
 - консистенция сиропа/киселя (жидкость окутывает вилку, но быстро стекает с нее)
 - консистенция воды (жидкость сразу стекает с вилки).

Больным с нарушением глотания очень трудно сформировать пищевой комоч, поэтому это ***опасно*** в плане развития аспирации ***принимать сухую***

пищу (аспирация крошками) и **жидкости** (запаздывает глотательный рефлекс). При нарушении глотания не рекомендуется использовать хлеб, печенье, крекеры, орехи, супы, бульоны, соки, различные другие напитки.

Это не означает, что больного надо лишать жидкости полностью. Однако в остром периоде болезни консистенцию жидкостей подбирают в зависимости от состояния пациента.

Внимание! Обезвоживание организма пациента крайне опасно! Клинически данное состояние проявляется жаждой, слабостью, апатией. Дегидратация клеток головного мозга вызывает появление неспецифической неврологической симптоматики: психомоторное возбуждение, спутанность сознания, судороги, развитие коматозного состояния. Отмечаются сухость кожи, повышение температуры тела, выделение небольшого количества концентрированной мочи.

Водный баланс рассчитывают у больных за 24ч. в определённое время. Если количество введенной жидкости соответствует потерям таким как моча, понос, рвота, повышенное потоотделение и т.п., то это трактуется как нулевой водный баланс, если превышает потери — то положительный, если меньше то- отрицательный.

При расчете потребности организма в воде рассчитывают из средней величины: 35-40 мл жидкости на 1 кг массы тела/24 ч. При повышении температуры выше 37°С на каждый градус дополнительно добавляют 500 мл жидкости [6,13].

В остром периоде болезни, если врач не назначил зондовое питание, предпочтительнее использовать для кормления пюре и жидкости густой консистенции (мусс, йогурт, кисель, кефир), которые гораздо легче проглатываются пациентами, так как медленнее проходят по ротоглотке и тем самым оставляют больше времени для подготовки к началу глотания.

Питание больного с нарушением глотания необходимо начинать с густых питательных смесей, а затем постепенно, по мере восстановления функции глотания, перейти к более текучим видам пищи. До восстановления у пациента функции глотания необходимо избегать жидкостей обычной консистенции (вода, соки, чай, молоко).

Если пациент очень плохо глотает жидкости, можно добавить жидкость в твердую пищу и довести пищу до консистенции жидкого пюре.

Продукты, подходящие для приготовления пищи любой консистенции:

- Корнеплоды овощей: размятая репа, брюква, пастернак, морковь, картофель.

- Овощи: цветная капуста, брокколи, авокадо.
- Картофель: сваренный, испеченный, размятый (с маслом).
- Мясо: фарш, очень мелко нарубленное отбивное мясо.
- Рыба: фарш или испеченная. В последнем случае предпочтительна рыба однородной структуры, такая, как камбала, сардины, в т.ч. в томатном соусе (менее желательна рыба слоистой структуры, такая как пикша и треска, так как она обычно бывает слишком твердой).
- Яйца: омлет, яичница.
- Фрукты: бананы, печеные яблоки, яблочное пюре, зрелые яблоки, зрелые груши.
- Десерты: мягкий шербет, муссы, желе, рисовый или бобовые пудинги, густой йогурт, яичный крем.
- Молочные продукты: мягкие сыры.
- Каши: овсяная, другие крупы необходимо разваривать с молоком [6,13].

Как кормить больного инсультом через назогастральный зонд?

Правила кормления через назогастральный зонд:

- возвышенное положение головного конца во время кормления и после него в течение 20-30 мин.;
- постепенное введение пищевого болюса с помощью шприца Жане (объемом более 50 мл).

Нельзя заливать пищевой болюс в шприц или вводить его под давлением поршнем. (!) Такое быстрое введение приводит к растяжению стенок желудка с последующим быстрым сокращением и провоцирует обратный сброс пищи по зонду или пищеводу с развитием аспирации.

Отмеренное количество энтерального питания необходимо медленно вводить с помощью шприца Жане за определённый отрезок времени при сохранной функции пищеварения.

Скорость введения не должна превышать 30 мл/мин, примерная схема питания шприцом Жане: 10,0 мл питательной смеси вводится под небольшим давлением с последующим перерывом на 15-20 сек.

Рекомендация: объём питательной смеси 200-250 мл соответствует объёму содержимого средней тарелки супа. Вспомните, с какой скоростью и за какое время Ваш родственник обычно поедает свою тарелку супа. Постарайтесь за

такой же промежуток времени, с перерывами, соответствующими продолжительности движений руки с ложкой, ввести питательную смесь шприца Жане.

Кратность питания составляет 5-6 раз в сутки.

- Не рекомендуется вводить в желудок пищевой болюс объемом более 250-300 мл; введение больших объемов повышает риск обратного сброса пищи и аспирации.

- Регулярно промывайте зонд водой:

- при использовании растворов из порошка – каждые 4 часа;
- при применении жидких готовых смесей – каждые 6-8 часов.

- Раствор, приготовленный из порошка, должен быть использован в течение 4 часов, готовый стерильный раствор в бутылке – 8 часов, в пакете – 24 часа.

- Используемый раствор должен быть тёплым.

Следует отметить, что длительность нахождения, установленного назогастрального зонда, составляет до 3-х недель [8, 9, 13].

Глава 2. Реабилитация пациента с грубым неврологическим дефицитом после инсульта

2.1. Клиническое моделирование ситуации

Клиническая модель:	Оценка по Индексу мобильности Ривермид 0-1 балл Оценка по Модифицированной шкале Рэнкин 4-5 баллов.
	В неврологическом статусе продуктивный контакт сохранён или существенно снижен из-за речевых или когнитивных нарушений, имеется грубый двигательный дефицит (односторонняя гемиплегия или грубый гемипарез до 1-2 баллов в мышцах конечностей, туловища) [6,11].

Актуальные проблемы	Возможные риски развития осложнений	Мероприятия по реабилитации	Вспомогательные средства

<p>Отсутствие мобильности или малая мобильность пациента в пределах постели:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не может повернуться или может повернуться только на неповреждённую сторону; - не может самостоятельно сесть в постели; - не удерживает себя в положении «сидя» (заваливается на бок или спину) после пассивного присаживания. 	<ul style="list-style-type: none"> - Пролежни. - Застойные пневмонии - Боль в поражённом плечевом суставе - Спастика- - мьшц и контрактура суставов парализованных конечностей. - Травмирование пациента при перемещении - Травмирование ухаживающего лица при перемещении пациента 	<ul style="list-style-type: none"> - Позиционирование в положении «лёжа» - Позиционирование в положении «сидя» - Активизация движений в верхних и нижних конечностях - Соблюдение техники безопасного перемещения пациента 	<ul style="list-style-type: none"> - Подушки, пледы - Прикроватная тумбочка/ столик - Плотное одеяло - Скользящий рукав
---	--	--	---

2.2. *Общая информация*

Рис. 2-1. Рекомендуемое оборудование комнаты пациента



1. Кровать
2. Прикроватный столик
3. Прикроватное кресло/прикроватный стул
4. Прикроватный туалет

Примечание:

Необходимо обеспечить доступ к кровати с обеих сторон [11].

2.3. Мобилизация пациента в постели.



Рис. 2-2. Исходное положение на спине.
Пациент лежит на спине посередине кровати.

2.3.1. Повороты в постели / Обучение поворотам.



Рис. 2-3. Ухаживающее лицо подтягивает обе ноги пациента / Пациент с помощью ухаживающего лица подтягивает обе ноги.



Рис. 2-4. Ухаживающее одной рукой стабилизирует колено и поддерживает таз пациента.



Рис. 2-5. Другой рукой стабилизирует лопатку и направляет поворот пациента по команде.

2.3.2. Пассивное присаживание / Обучение присаживанию в постели со спущенными ногами.

При наличии контакта с пациентом проводится после освоения навыков поворота.

Присаживание через здоровую сторону.



Рис. 2-6. Ухаживающее лицо стабилизирует таз и лопатку. Пациент стопой неповрежденной ноги толкает поврежденную ногу к краю кровати [7].



Рис. 2-7. При присаживании через здоровую сторону пациент отталкивается неповрежденной рукой в сидячее положение.

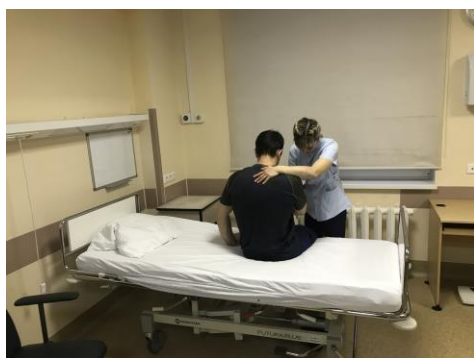


Рис. 2-8. Ухаживающее лицо стабилизирует пациента с поврежденной стороны, выпрямляет согнутые ноги и ставит их на пол.

Присаживание через пострадавшую сторону.



Рис.2-9. Ухаживающее лицо стабилизирует таз и лопатку.

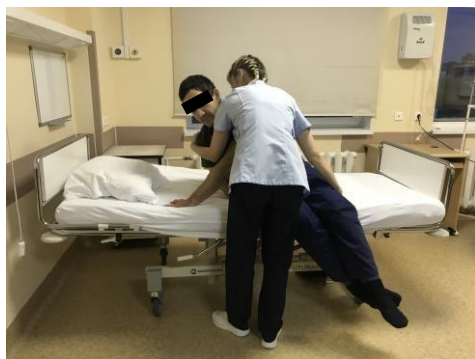


Рис.2-10. Пациент отталкивается неповрежденной рукой в сидячее положение.



Рис.2-11. Ухаживающее лицо стабилизирует пациента с пострадавшей стороны, выпрямляет согнутые ноги и ставит их на пол.

Использование подручных средств при длительной стабилизации туловища пациента в положении «сидя» (для приёма пищи, просмотра телепередач и т.п.) [7].



Рис. 2-12. Пример стабилизации туловища пациента подручными средствами.

При стабилизации туловища пациента прикроватным стулом устойчивость со стороны спины обеспечивается сидением стула, а с пострадавшей стороны – спинкой. Дополнительные средства – подушки, прикроватный стол для создания симметричности положения туловища в пространстве и поддержания рук (снижается риск травматизации плечевого сустава) [7].

2.4. Активизация конечностей.

2.4.1. Активизация верхних конечностей. Мобилизация плечевого сустава



Рис.2-13. Ухаживающий обхватывает одной рукой лопатку, а другой слегка обхватывает на уровне локтевого сустава.



Рис.2-14. Ухаживающий поднимает руку пациента до 90°, а затем возвращается назад. При наличии слабых движений в руке пациент должен стремиться поднимать самостоятельно, ухаживающий же обеспечивает поддержку данной руки в направлении движения.



Рис.2-15. Ухаживающий отводит руку пациента в сторону до 90° , а затем возвращается назад. При наличии слабых движений в руке пациент должен стремиться отводить самостоятельно, ухаживающий так же обеспечивает поддержку данной руки в направлении движения [7,10].

Мобилизация локтевого сустава.



Рис.2-16. Ухаживающий стабилизирует поражённую руку ниже локтя, а другой рукой удерживает запястье пациента



Рис.2-17. Ухаживающий сгибает руку пациента в локте и попеременно направляет ко лбу, ушам и рту.

2.4.2. Активизация нижних конечностей.



Рис.2-18. Исходное положение. Пациент лежит посередине постели. Ухаживающий стоит с пострадавшей стороны, поддерживает ногу и пятку пациента с задней стороны



Рис.2-19. Пациент лежит посередине постели. Ухаживающий стоит с пострадавшей стороны и осторожно несколько раз сгибает и разгибает поражённую ногу.



Рис. 2-20. Пациент лежит посередине постели. Ухаживающий стоит с пострадавшей стороны, поддерживает ногу и голень пациента с внутренней и нижней сторон и осторожно несколько раз отводит и приводит поражённую ногу.

Глава 3. Реабилитация пациента с умеренным неврологическим дефицитом после инсульта.

3.1. Клиническое моделирование ситуации

Клиническая модель:	Оценка по Индексу мобильности Ривермид 5-7 балла
	Оценка по Модифицированной шкале Рэнкин 3-4 балла [7,10,12]
	В неврологическом статусе продуктивный контакт сохранён или снижен из-за речевых или когнитивных нарушений, имеется умеренно выраженный двигательный дефицит (односторонний гемипарез до 2-3 баллов в мышцах конечностей, туловища).

Актуальная проблема	Возможные риски развития осложнений	Мероприятия по реабилитации	Вспомогательные средства
<p>Малая мобильность пациента в пределах постели:</p> <ul style="list-style-type: none"> - не может самостоятельно встать с постели или может подняться только с посторонней помощью с опорой на сильную ногу; - не может пересечь на прикроватный стул/стульчак. 	<p>Падения с травматизацией пациента при перемещении на прикроватный стул.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Боль в суставах слабых конечностей (плечевом, тазобедренном и коленном суставе и др.). - Спастичность мышц и контрактура суставов в паретичных конечностей. 	<p>Активизация целенаправленных движений и тренировка опорной функции верхних и нижних конечностей.</p> <p>Мобилизация пациента в положении «сидя».</p> <p>Обучение пациента и ухаживающих технологии подъёма на ноги и безопасному</p>	<p>Прикроватный стол.</p> <p>Прикроватный стул.</p> <p>Скользкие ткани:</p> <ul style="list-style-type: none"> - бумажное полотенце; - шёлковый платок; - фланелевая пелёнка и т.п.

		перемеще- нию на прикроват- ный стул.	
--	--	--	--

3.2. Общая информация



Рис. 3-1. Рекомендуемое оборудование комнаты пациента

1. Кровать
2. Прикроватный столик
3. Прикроватное кресло/прикроватный стул
4. Прикроватный туалет

Примечание: Необходимо обеспечить доступ к кровати с обеих сторон [11].

3.3. Мобилизация пациента в положении «сидя».

Мобилизация туловища пациента в положении «сидя» на постели.



Рис.3-2. Исходное положение. Пациент сидит на кровати и поддерживает паретичную руку. Ухаживающий сидит рядом с пациентом лицом к ослабленной стороне и стабилизирует его туловище руками и дополнительно со стороны спины коленом [7,10].

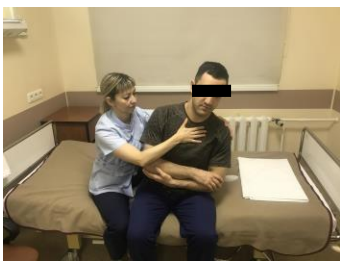


Рис.3-3. С поддержкой отрабатываются наклоны туловища вперед-назад и в стороны.



Рис.3-4. С поддержкой осуществляются повороты туловища в каждую сторону.

Мобилизация туловища пациента в положении «сидя» на постели с мобилизацией рук.



Рис.3-5. Исходное положение. Пациент сидит на кровати и удерживает свои руки в замке с поддержкой лучезапястного сустава со слабой стороны. Ухаживающий сидит рядом с пациентом лицом к слабой стороне и стабилизирует его туловище со стороны спины рукой и коленом, другой ногой придерживает колено или ногу пациента спереди. Свободной рукой поддерживает руки пациента на уровне локтевых суставов [7,10].



Рис. 3-6. С поддержкой отрабатываются наклоны тела пациента вперед-назад.

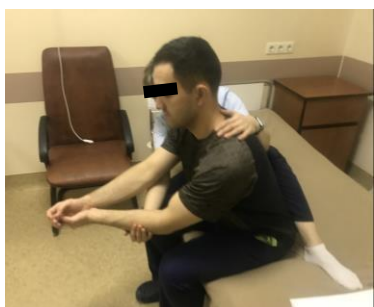


Рис. 3-7. Отрабатываются диагональные наклоны вперед-назад.

Мобилизация туловища пациента в положении «сидя» за столом.

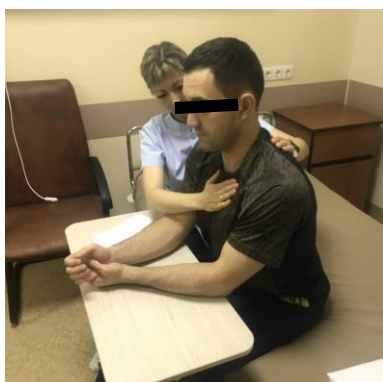


Рис.3-8. Исходное положение. Ухаживающий сидит рядом с пациентом лицом к слабой стороне и стабилизирует его туловище руками. Пациент сидит за столом. Его руки расположены на столе на небольшой плоской подушке или полотенце. Пациент удерживает свои руки в замке с поддержкой лучезапястного сустава с ослабленной стороны [7,10].

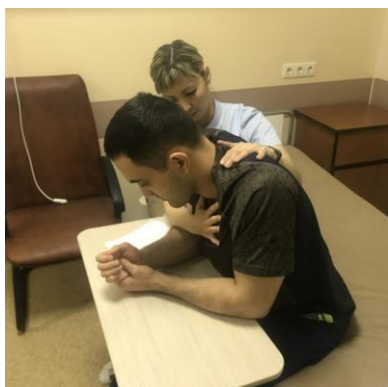


Рис.3-9. С поддержкой отрабатываются наклоны тела пациента вперед-назад.

Примечание: При выполнении данной модели движений происходит стимуляция структур и верхних конечностей.

3.4. Активизация верхних конечностей.

Активизация лопатки и плечевого сустава.



Рис.3-10. Ухаживающий находится со слабой стороны, обхватывает лопатку одной рукой, другой - плечевой сустав

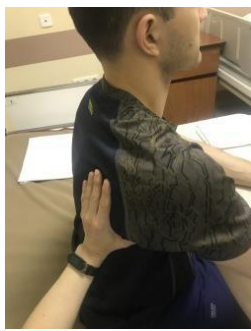


Рис. 3-11, рис.3-12. Движения совершаются с поддержкой плечевого сустава, лопатки вверх- вниз, вперёд-назад.

Активизация верхней конечности.



Рис.3-13. Исходное положение. Ухаживающий стоит сбоку со слабой стороны пациента, одной рукой стабилизирует лопатку и другой рукой снизу поддерживает паретичную руку.



Рис.3-14. С поддержкой пациент поднимает свою руку вверх или отводит в сторону.

Активизация руки на прикроватном столике/сидя за столом



Рис.3-15. Исходное положение. Пациент сидит за столом, кисть слабой руки лежит на столе на бумажном полотенце (шёлковом платке, фланелевой пелёнке). Ухаживающий стоит сбоку со слабой стороны пациента, одной рукой поддерживает локтевой сустав и другой рукой сверху стабилизирует кисть паретичной руки пациента [7,10].



Рис.3-16. Пациент с поддержкой рукой совершает протирающие движения вперёд-назад и в стороны.

3.5. Активизация нижней конечности.

Стимуляция опорной функции ослабленной ноги.



Рис.3-17. Исходное положение. Пациент сидит на кровати или стуле. Сиделка со слабой стороны поддерживает коленный сустав и стопу.



Рис.3-18. Пациент сильной ногой совершает различные движения – поднимает и опускает, вытягивает вперёд, вращает вперёд-назад и рисует круги разного диаметра.

Активизация движений в ноге.



Рис.3-19. Исходное положение. Пациент сидит на кровати или стуле, стопа слабой ноги стоит на полу на бумажном полотенце (шёлковом платке, фланелевой пелёнке). Ухаживающее лицо со слабой стороны поддерживает с наружной стороны голеностопный сустав и по задней поверхности голень паретичной ноги [7,10].



Рис.3-20. Пациент с поддержкой совершает ногой протирающие движения вперёд- назад и в стороны.

3.6. Тренировка мобильности пациента.

3.6.1. Переход пациента в положении «стоя».



Рис.3-21. Исходное положение. Пациент сидит на постели, ухаживающий устанавливает стопы полу на уровне не более 1/3 бёдер от края постели [7,10].



Рис.3-22. Ухаживающий стабилизирует туловище пациента с поддержкой одной рукой со слабой стороны лопатки, другой рукой тянется под сильной рукой пациента, обхватывает верхнюю часть бедра на сильной стороне и перемещает свою ногу под небольшим углом, стабилизируя стопу и голень пациента. Пациент размещает свою сильную руку на спину ухаживающего лица.



Рис.3-23. Пациент по команде ухаживающего наклоняется и с поддержкой поднимается на ноги.



Рис.3-24. Ухаживающий стабилизирует пациента в положении «стоя». Присаживание в постель осуществляется в обратном порядке с наклоном туловища вперёд для контроля перемещения.

3.6.2. *Перемещение пациента через ослабленную сторону с кровати на стул.*



Рис.3-25. Исходное положение. Пациент сидит на краю кровати. Ухаживающий располагает стопы пациента в направлении разворота перед выполнением задания (угол разворота около 45°). Стул должен быть устойчивым (т.к. может отъехать) [7,10].



Рис. 3-26. Ухаживающий стабилизирует туловище пациента с поддержкой одной рукой со слабой стороны лопатки, другой рукой тянется под сильной рукой пациента и кладёт свою руку на спину и перемещает свою ногу под небольшим углом, стабилизируя стопу и голень пациента. Пациент наклоняется вперёд с упором на сильную руку и с поддержкой и разворотом поднимается на ноги.



Рис. 3-27. Ухаживающий передвигает тело пациента дальше вперёд и перемещает своё бедро к паретичной стороне на стуле.

3.6.3. *Перемещение пациента через сильную сторону со стула на кровать*



Рис. 3-28. Исходное положение. Пациент сидит на стуле. Ухаживающий располагает стопы пациента в направлении разворота перед выполнением задания [7,10,14].



Рис. 3-29. Пациент придвигается к самому краю стула с неповрежденной стороны и упирается своей неповрежденной рукой на край кровати для совершения перемещения. Ухаживающий кладет свою руку на спину пациента, другой рукой придерживает бедро поврежденной стороны и коленом стабилизирует колено пациента.



Рис. 3-30. Пациент наклоняется вперед с упором на сильную руку и с поддержкой поднимается на ноги.



Рис. 3-32. Ухаживающее лицо помогает пациенту развернуть бедра к кровати, сесть и поддерживает его после перемещения

3.7. Ходьба с односторонней поддержкой.

Примечание: Односторонняя поддержка при ходьбе без использования трости проводится при восстановлении устойчивости пациента в положении «стоя» и малом риске падения [7,10,14].



Рис. 3-34. Неправильная модель ходьбы: руку пациента тянут вверх, поворачивая её внутрь и сгибая в локтевом суставе.



Рис. 3-35. Правильная модель ходьбы с «восстанавливающим» положением руки: рука повернута наружу, выпрямлена в локте, кисть разогнута назад.

Глава 4. Реабилитация пациента с нарушением глотания после инсульта.

4.1. Общая информация.

Проблемы с актом глотания (дисфагия) затрудняют прием пищи, и могут привести к попаданию кусочков пищи и жидкости в дыхательные пути и

значительно ухудшить состояние больного инсультом [8, 11,14].

4.1.1. Основные рекомендации для пациентов с нарушением функции глотания:

1. Есть и пить (!) можно только сидя, либо приподняв головной конец кровати.

2. После еды необходимо подождать 20-25 минут перед тем, как лечь в горизонтальное положение.

3. Есть надо маленькими порциями, медленно, немного опуская подбородок к груди – это облегчает глоток. Можно во время глотка сжимать поручень кровати или одеяло, это также помогает проглотить пищу.

4. В рационе должны преобладать густые напитки и еда (кисели, кисломолочные продукты, пюре, желе, муссы, котлеты, суфле и т.д.).

5. **Запрещаются все крошащиеся продукты (хлебобулочные и кондитерские изделия, продукты со злаками, орехи)**, которые могут быть опасны – ими легко поперхнуться, а также не желательно есть мясо, цитрусовые (так как волокна тяжело пережевываются)!

6. Не рекомендуется смешивать напитки и еду во время приема пищи, пить нужно до или после еды.

7. После еды желательно прополоскать рот, либо салфеткой очистить ротовую полость, так как там может остаться еда (за щекой, на деснах). Если пациент поперхнулся, необходимо дать возможность ему откашляться, поить его не рекомендуется, так как вода легко проникает в дыхательные пути и усиливает аспирацию.

Ниже приведены упражнения, которые могут помочь вам облегчить и улучшить качество приема пищи.

4.2. Упражнения для самостоятельной работы по улучшению глотания.

Исходное положение пациента. Пациент сидит на стуле (на кровати со спущенными ногами или с поднятым головным концом кровати)

4.2.1. Инструкция по упражнениям для стимуляции языка.

Растягивание языка вперед.

4.2.1.1. Сядьте удобно, расправив плечи

4.2.1.2. Выпустите язык вперед и вниз

4.2.1.3. Держите язык так 5 секунд

4.2.1.4. Попытайтесь сказать “г”, продолжая держать так язык

4.2.1.5. Полностью расслабьте язык и повторите 5 раз

Оттягивание языка назад:

1. Втяните язык как можно дальше назад во рту

2. Держите язык так 1 секунду

3. Отпустите язык
4. Отдохните и повторите 5 раз

Имитация полоскания горла:

1. Сделайте вид, что поласкаете горло
2. Оттяните язык назад и вниз
3. Держите язык так 5 секунд
4. Отпустите и повторите 5 раз

Зевание:

1. Сделайте вид, что зевааете
2. Оттяните язык назад и держите так
3. Держите так 5 секунд
4. Отпустите и повторите 5 раз

Пение фальцетом:

1. Скажите “иииии” на низкой ноте
2. Поднимайте тон выше, чтобы сказать высокое “иииии”
3. Почувствуйте, как поднимается в горле кадык
4. Расслабьтесь и повторите 5 раз

Удержание кончика языка:

1. Крепко держите кончик языка зубами и сделайте глотательное движение (Вы почувствуете напряжение в горле и затруднение с началом глотания)
2. Отдохните и повторите 5 раз.

4.2.2. Инструкция по упражнениям, улучшающим функцию глотания:

1. Имитировать знакомые движения:
 - покашливать «кхе-кхе»
 - зевать, широко открывая рот
 - изображать свист без звука, напрягая ротовую полость
 - полоскать горло
 - храпеть
 - глотать манную кашу- как будто жевать кашу, говоря «ням, ням, ням» и делать глоток (даже если нет слюны и сглатывать нечего, нужна имитация).
2. Твердо, как бы тужась, произносить звуки «а» и «э» - 3-5 раз
3. Высунув язык, говорить звук «г»
4. Беззвучно произносить звук «ы», выдвигая вперед нижнюю челюсть

5. Глотать капли воды из пипетки
6. Тянуть звук «м», сомкнув губы (на сколько хватает воздуха, то есть выдоха).
7. Тянуть звук «и» то высоко, то низко на одном выдохе, одновременно вибрируя пальцами по гортани.

4.2.3. Инструкция по упражнениям для губ

Выполняйте эти упражнения несколько раз в день.

1. Сомкните губы, выполните движение губами так как будто вы целуете, затем расслабьтесь. Повторите упражнение несколько раз, со временем увеличивайте количество поцелуев.

2. Возьмите соломинку в рот и удерживайте ее только губами. Налейте в стакан воды и опустите в него соломинку. Через нос наберите воздуха в легкие и выдуйте воздух в воду. Повторите упражнение 3-5, отдохните и повторите еще раз.

Не рекомендуется делать упражнение длительно, поскольку может случиться гипервентиляция легких и у пациента может закружиться голова.

3. Крепко сомкните губы, через нос наберите воздуха и надуйте щеки, не выпуская воздух. Повторите упражнение несколько раз.

4. Встаньте перед зеркалом и как можно шире улыбнитесь. Задержите улыбку на несколько секунд, расслабьтесь. Повторите упражнение 10-15 раз.

4.2.4. Инструкция по упражнениям для языка

Эти упражнения могут помочь сделать ваш язык сильнее и улучшить его координацию. Повторяйте эти упражнения несколько раз в день.

1. Высунуть язык как можно дальше. Повторить 5-7 раз.

2. Высунуть язык и постараться кончиком языка дотянуться к своему носу. Повторить 5-7 раз.

3. Высунуть язык и постараться кончиком языка дотянуться к подбородку. Повторить 5-7 раз.

4. Языком выполнить движения от одного угла рта до другого, выполнять упражнение кончиком языка. Повторить 5-7 раз.

5. Выполнить давящие движения языком на щеки.

4.2.5. Инструкция по упражнениям для гортани.

Для выполнения упражнения на гортани, произносите звук 'Е' начиная с низкого звука, постепенно увеличивая высоту звучания. Когда вы достигнете высокой ноты удерживайте ее в течение пяти секунд.

4.2.6. Инструкция по артикуляционной гимнастике.

Выполнять медленно, перед зеркалом, фиксируя позу на несколько секунд. Каждое упражнение выполнять 5-7 раз. Комплекс выполнять 3-4 раза в день.

1. Надуть щеки, сильно сжав губы. Удерживать воздух. Втянуть щеки.
2. Перекатывать «воздушный шарик» из одной щеки в другую.
3. Расслабить губы. Подуть «тпру-у-у».
4. Оскалить зубы, растянув губы- «улыбка».
5. Вытянуть губы в трубочку, как будто произносим звук «у-у» беззвучно – «трубочка». Чередовать «улыбку» и «трубочку» 5-7 раз.
6. Язык положить на нижнюю губу, верхней губой шлепаем по языку и говорим «пя-пя-пя».
7. Широкий язык покусывать, продвигая вперед-назад.
8. Язык поднять за верхние зубы, касаясь альвеол- «парус»
9. Язык опустить за нижние зубы, упереться в альвеолы- «горка». Чередовать «парус» и «горку» 5-7 раз.
10. Спинка языка плотно прилипла к небу, щелкнуть языком - «лошадка». Выполнять 10-15 раз.
11. Язык упирается то в одну щеку, то в другую - 5-7 раз.
12. Узкий язык потянуть к носу, опустить к подбородку- 5-7 раз.
13. Узкий язык высунуть изо рта и перемещать из стороны в сторону, не касаясь губ.
14. Облизать губы языком. Движения языком по кругу в одну сторону 3-4 раза, затем в другую сторону 3-4 раза.
15. Беззвучно произносить звук «ы», сильно напрягая нижнюю челюсть [8,14].

4.3. Тренировочные методы терапии нарушений глотания.

Проводятся обученными сиделками.

Исходное положение больного: пациент сидит, ухаживающее лицо находится справа от пациента лицом к нему.

Примеры моделей движений.

1. Указательные пальцы ухаживающего фиксированы на середине надбровных дуг. Больному предлагается нахмурить брови, зажмурить глаза, открыть глаза, поднять брови, при этом врач оказывает сопротивление (Рис. 1-3) [8].



Рис. 4-1.



Рис. 4-2.



Рис. 4-3.

2. Указательные пальцы врач фиксирует на уголках губ, больному предлагается улыбнуться, при этом врач оказывает сопротивление (Рис.4-5).



Рис. 4-4.



Рис. 4-5



Рис. 4-6.

3. Указательными пальцами врач растягивает губы, фиксирует это положение и просит больного сложить губы трубочкой, улыбнуться, при этом врач оказывает сопротивление (Рис. 7-9) [8].

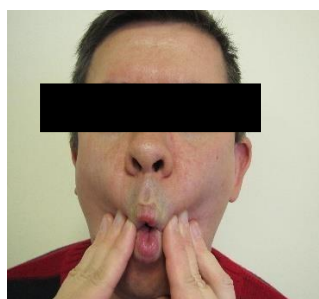


Рис. 4-7.



Рис. 4-8.



Рис.4- 9.

При восстановлении двигательной активности жевательной мускулатуры пациенту необходимо тренировать основные движения:

- открывать и закрывать рот челюстями;
- обхватывать «столовый прибор» губами.

Для тренировки подвижности языка применяются следующие упражнения:

- с влажным шпателем для стимуляции движений вверх, в стороны, а

также ротаторных движений;

- стимуляция языка растяжением и сопротивлением движениям языка пациента при помощи смоченного стерильного марлевого тампона или непосредственно пальцами в стерильных перчатках.

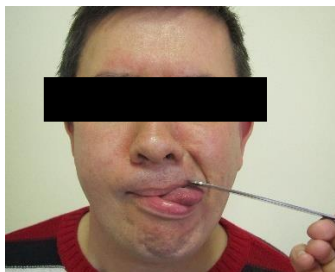


Рис. 4-10.



Рис. 4-11.

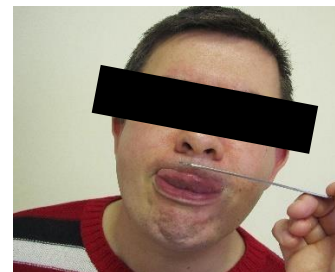


Рис. 4-12.

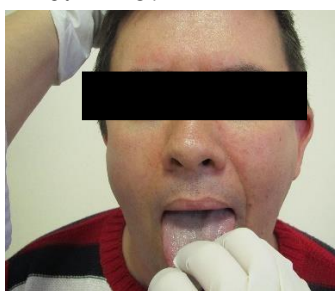


Рис. 4-13.

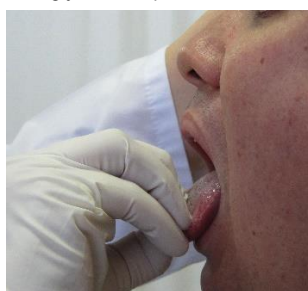


Рис. 4-14.

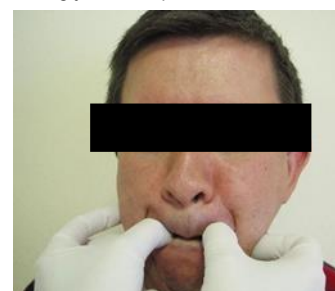


Рис. 4-15.

Если создавать сопротивление языку (шпателем, пальцами) в направлении вниз и назад, корень языка будет реагировать движением вперед и вверх.

- стимуляция подвижности и устойчивости языка при помощи сосания пустой трубочки (особенно с одновременным надавливанием по направлению к какому-нибудь предмету, например, к кончику пальца), мягкой соски, повышающей одновременно и тонус мускулатуры области рта (губ, щечных и др.).

- при работе с мышцами шейно-воротниковой области применяются упражнения по типу «сгибание-разгибание по диагонали» с одновременным поворотом глазных яблок на обращение при разгибании в шейном отделе позвоночника. Упражнения необходимо начинать с мышц «здоровой» стороны.

Кратность каждого упражнения составляет 5-10 раз за сеанс.



Рис. 4-16.



Рис. 4-17.



Рис.4-18.

Выполнение предложенных на страницах практического пособия рекомендации позволит восстановить контроль над целенаправленными движениями мимической мускулатуры, языка и в шейном отделе позвоночника, что стимулирует удержание головы, голосообразование, артикуляцию и глотание [8].

Заключение

Недостаточный уход за пациентами, у которых имеются неврологические дефициты является на сегодняшний день одной из актуальных проблем в здравоохранении. А реабилитация на дому является самым слабым звеном в реабилитации. Поэтому, разработанное нами практическое пособие, где приведены общее понимание об инсульте, методы ухода за пациентами, перемещения, ходьбе, кормления и т.д. На страницах практического пособия были использованы наглядные рисунки и фотографии для лучшего понимания и усваивания необходимой практической информации родственниками и пациентами, инструкторами ЛФК, врачами оказывающие консультацию пациентам на дому.

Мы надеемся, что данное пособие поможет решить проблемы высокой заболеваемости и смертности от инсульта, потому что с совершенствованием системы оказания медицинской помощи больным в стационаре, необходимо улучшать систему оказания помощи и на дому. Именно поэтому организация и проведение эффективных реабилитационных мероприятий в домашних условиях должно стать приоритетным мероприятием в практическом здравоохранении.

Данное практическое иллюстрированное пособие предназначено для специалистов (врачи-реабилитологи, неврологи, специалисты по физической терапии, медицинские сёстры по реабилитации) и лиц, осуществляющих уход за больными, которые перенесли инсульт.

Список литературы:

1. Benjamin EJ. American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee. / Benjamin EJ, Blaha MJ, Chiuve SE, Cushman M, Das SR et.all // 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-информ» 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. клинико-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.

Авторы выражают глубокую признательность и благодарность медицинским представителям ТОО «Gedeon Richter KZ» за помощь в разработке и издании данных практических пособий по домашнему уходу и реабилитации после инсульта.

