

**КОГУЗ «Медицинский информационно-аналитический  
центр», отдел медицинской профилактики**

**РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ  
ИНСУЛЬТ, И ИХ РОДСТВЕННИКОВ**

2011 г

## ВВЕДЕНИЕ

Проблема цереброваскулярной патологии и инсульта является чрезвычайной по значимости медико-социальной проблемой, влияние которой на уровень здоровья и жизнь населения всего мира будет последовательно нарастать. Ежегодно в мире переносят инсульт более 20 миллионов (из них умирают около пяти миллионов).

Инсульт — самая распространенная и инвалидизирующая патология, которая выводит из строя и из жизни наиболее работоспособную часть населения, резко нарушает жизнь многих семей. Борьба с инсультом может принести результат лишь в случае, если будет вестись не стихийно, а системно и комплексно.

Мы часто не задумываемся, насколько тяжело больному человеку передвигаться, самостоятельно одеваться и раздеваться, мыться, принимать пищу, пить, обеспечивать собственную безопасность. Здоровый человек выполняет все это автоматически, не задумываясь. Иногда родные, близкие нам люди нуждаются в нашей помощи. Что в таком случае делать? Куда обращаться? Как помочь?! Порой мы готовы отдать все, чтобы облегчить страдания дорогого человека.

Уход за больными с инсультом является весьма сложной работой по ряду параметров: высокая физическая нагрузка при уходе за беспомощными больными; большая ответственность перед пациентом и его родственниками сначала за жизнь больного, а затем за возможность восстановления утраченных функций, в том числе и высших психических.

Важно научиться сотрудничать с больным и с его семьей, сотрудничать сразу, как только позволит состояние пациента, внушить ему надежду на выздоровление. Внушить своим поведением, уверенностью, профессионализмом, чутким отношением. И после выписки пациента из стационара продолжается борьба за качество его жизни, за восстановление трудоспособности, что тоже во многом зависит от специалистов первичного звена.

Очень важно добиться вовлечения родственников в грамотный уход за пациентами, перенесшими инсульт. Родственникам тяжело оставаться один на один с заболеванием близкого им человека, часто у них опускаются руки. А ведь им можно помочь! Данное пособие поможет семье больного решить большинство вопросов в проведении восстановительного лечения, в создании благоприятного психологического климата в семье.

Методические рекомендации окажут реальную помощь, помогут Вам при:

- уходе за лежачим больным (профилактика пролежней);
- обустройстве места тяжелобольного в квартире;
- составлении распорядка дня и индивидуального плана ухода;
- выборе качественных средств ухода;
- осуществлении гигиены больного.

## **Часть I. Правильная организация ухода за больным**

Чтобы облегчить уход за больным, необходимо наличие в его комнате специальных приспособлений и материалов по уходу, исходя из реальных потребностей больного.

### **Комната больного**

Комната больного должна быть достаточно просторной, солнечной и защищенной от посторонних шумов. При этом больной не должен чувствовать себя в ней полностью изолированным от внешнего мира.

Мебель, отделка и другие предметы домашнего обихода в комнате не должны усложнять уборку в комнате, где лежит пациент. Желательно установить в комнате прочную и устойчивую мебель, которую можно было бы использовать в качестве опоры. Коврик перед кроватью не должен скользить.

Освещение в комнате не должно быть ярким, наоборот, оно должно умиротворять больного. Комнату следует хорошо проветривать не менее 2-х раз в день. Температура воздуха должна быть оптимальной  $20^{\circ}\text{C} \pm 2^{\circ}\text{C}$ .

### **Кровать больного**

Если больной прикован к кровати или проводит в ней большую часть своего времени, необходимо весьма тщательно подойти к данному вопросу. Если нет возможности использовать функциональную кровать, то обратите внимание на высоту кровати - она должна быть не ниже 60 см. Достичь необходимой высоты можно с помощью матрасов, уложенных друг на друга.



Преимущества в использовании функциональной кровати очевидны:

- Вы можете регулировать высоту кровати;
- при уходе Вам не нужно будет наклоняться к больному;
- можно поднимать головную или ножную часть кровати;
- боковые защитные решетки не позволяют больному упасть.

Желательно поставить кровать головной частью к стене, чтобы к больному можно было подойти со всех сторон. Стулья, вставленные в каркас обычной кровати, помогут заменить боковые решетки.

Постель больного обычно состоит из головной подушки, легкого одеяла (чтобы не было пролежней на кончиках пальцев ног), простыни без складок (желательно на резинке) и специальных подушек для фиксации пациента в положении на боку.

Рядом с кроватью необходимо поставить небольшой столик или прикроватную тумбочку, шкаф с вещами больного. На тумбочке всегда должна стоять питьевая вода, настольная лампа, должны лежать очки

больного (если он читает), пульт управления телевизором (если он смотрит телевизор) и колокольчик, которым больной может Вас позвать.

В выдвижной ящик тумбочки положите термометр, тонометр, ватные палочки, расческу, специальную косметическую продукцию, перевязочные средства (если они необходимы).

В нижнем отделении тумбочки разместите одноразовые гигиенические средства: пеленки, подгузники, прокладки, штанишки для их фиксации, полиэтиленовый пакет для сбора мусора.

Если больной пользуется туалетом, то рядом с кроватью можно поставить переносное кресло-туалет.

### **Особенности ухода**

**Средства ухода всегда должны находиться под рукой.**

Кровать и прикроватный столик (тумбочка) должны быть изготовлены из материала, который можно дезинфицировать не реже 1 раза в 10 дней.

Дезинфекция необходима, так как защитные силы организма больного снижены.

Наблюдение и оценка общего состояния больного являются важным элементом ухода, помогают вовремя распознать заболевание и предотвратить осложнения.

**В процессе ухода за больным следует ежедневно наблюдать за:**

- выражением лица;
- голосом;
- состоянием кожи;
- количеством и качеством выделяемой жидкости;
- запахом тела;
- дыханием;
- пульсом;
- давлением.

Температура тела является важным диагностическим критерием оценки состояния больного. Ее изменения свидетельствует о развивающемся заболевании, особенностях его течения и реакции больного на патологический процесс. Температуру тела необходимо измерять ежедневно. Больным, которые перенесли инфаркт или инсульт, необходимо не менее 2-х раз в сутки измерять давление, записывать показания и показывать их лечащему врачу.

### **Распорядок дня**

Для ухода за больным дома нужно не только приобрести необходимые средства, но и составить индивидуальный план ухода - распорядок дня.

При составлении плана необходимо учесть потенциал и потребности больного.

Если в уходе за больным Вам помогают другие члены семьи, то ведение дневника ухода поможет сориентироваться в гигиенических и лечебных процедурах, которые Вы уже выполнили, чтобы не повторять их, сэкономив средства, силы и время.

Пример

7.00	Туалет (возможно использование кресла-туалета). Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости).
7.15	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости).  Проветривание комнаты.
8.00	Завтрак.
8.30	Время покоя для больного. Уборка комнаты.
10.30	Профилактические и/или лечебные мероприятия. Питьевой режим (сок, минеральная вода по желанию).  Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости).  Подготовка к обеду.
12.30	Обед.
15.30	Послеобеденный сон. Питьевой режим (чай, сок, минеральная вода по желанию). Туалет (возможно использование кресла-туалета) или смена подгузника (при необходимости).  Измерение температуры, пульса, артериального давления (при необходимости). Подготовка к ужину.
18.00	Ужин.
18.30	Уход за полостью рта. Уход за кожей. Интимная гигиена. Смена подгузника (при необходимости). Проветривание помещения.
20.00	Подготовка ко сну.
20.30	Сон.

### **С чего начинается утро**

- **Утро больного человека должно начинаться так же, как и здорового** - с гигиенических процедур. Это очень важно не только для улучшения самочувствия, но и для повышения чувства самооценки больного.

- **Если больной пользуется креслом - туалетом и в состоянии частично себя обслуживать** (например, вымыть лицо, плечи и т.д.) - предоставьте ему такую возможность. В данном конкретном случае от Вас требуется посадить больного в кресло-туалет, подготовить все необходимое для ухода за полостью рта и мытья тела и поставить перед пациентом все, что Вы подготовили, на столик или прикроватную тумбочку.

- Если больной не в состоянии обслужить себя и Вы ухаживаете за ним, то перед тем как начать уход, необходимо сообщить пациенту о том, что Вы будете сейчас с ним делать.

Пример: «Сейчас я подготовлю все и вымою Вам (тебе) лицо, шею и т.д.».

- Обо всем, что Вы будете делать, необходимо сообщать больному для того, чтобы он не пугался, и, следовательно, не сопротивлялся тому, что с ним делают.

- С пациентом необходимо разговаривать независимо от того, отвечает он Вам или нет.

- Обязательно нужно выработать и соблюдать привычную последовательность действий.

Например, сначала Вы моете больному лицо, затем тело, в завершении гигиенических процедур Вы проводите туалет интимной области и меняете подгузник.

- Отгородите место, где находится больной, от посторонних взглядов.

- Следите за нормальной комнатной температурой, избегайте сквозняков, чтобы не простудить больного.

- Перед проведением гигиенических или лечебных процедур необходимо подготовить все заранее.

## **Часть II. Пролежни. Профилактика**

Любой тяжелобольной пациент испытывает на себе влияние многочисленных факторов риска развития пролежней. Пролежень (от лат. *decubare* - лежать) - язва от давления, возникающая на определенных участках тела и при определенных условиях. Пролежень возникает в результате локальной недостаточности кровоснабжения (ишемии) и обусловленной этим смертью клеток (некрозом). По наличию или отсутствию пролежней можно оценить качество ухода за больным. Иногда человек годами прикован к постели и у него нет пролежней благодаря правильно организованному уходу.

### **Места локализации пролежней**

- В положении «на спине» пролежни развиваются в области затылка, лопаток, на локтях, крестце, седалищных буграх, пятках.

- В положении «набок» - в области раковины, плечевого, локтевого, бедренного, коленного суставов, лодыжек и местах их соприкосновения.

- В положении «сидя» - в области лопаток, крестца, пяток, пальцев стопы.

### **Основные мероприятия, направленные на профилактику пролежней**

- Необходимо уменьшить давление на кожу при сидячем или лежачем положении больного.

Для выполнения этого условия необходимо:

- каждые 2 часа менять положение тела лежачего больного;
- поворачивать больного на бок и фиксировать положение тела под углом 30° или 45° (для этого используются специальные подушки);
- использовать специальные матрасы, подстилки, подушки с зернами, искусственный мех.

• **Активизация кровообращения:**

- ежедневный массаж кожи с использованием специальных средств (масло для кожи, тонирующая жидкость, лосьон для тела);
- стабилизация кровообращения за счет смены активных и пассивных движений;
- одежда должна быть просторной.

• **Защита кожи:**

- ежедневное мытье или протирание кожи с использованием рН - нейтральных средств для мытья кожи;
- использование чистого, без складок постельного и нательного белья;
- использование подгузников, прокладок с гелеобразующим веществом при недержании;
- количество употребляемой жидкости должно быть не менее 1,5-2 л (если нет противопоказаний). Ограничение приема жидкости приводит к сухости кожи, раздражению мочевого пузыря. Концентрация мочи увеличивается и может усилить недержание мочи.

• **Сбалансированное питание:**

- при тучности количество потребляемой пищи необходимо снизить, при дефиците массы тела - увеличить;
- прием лекарственных препаратов и витаминов, прописанных врачом.

Определенные продукты могут раздражать мочевой пузырь, поэтому при недержании мочи лучше их избегать. К ним относятся: кофе и содержащие кофеин напитки, газированные напитки, алкоголь и никотин, цитрусовые и соки из них, острая пища, искусственные заменители сахара.

## **Положение больного в постели**

На рисунке показано положение больного на парализованной стороне.

### **1. Положение на мягкой поверхности.**

Снижение (снятие) давления при укладывании на мягкой поверхности осуществляется через увеличение площади соприкосновения.

Укладывание больного на мягкой поверхности достигается с помощью двух положенных друг на друга матрацев, подушек, положенных на матрац, или при использовании противопролежневого матраца.

Укладывание на мягкой поверхности костных выступов достигается использованием различных подушек: зерновых или из искусственного меха.

Если укладывание на мягкой поверхности не приводит к достаточному снижению давления, то больного нужно укладывать на бок с переменной косоугольного положения.

### **2. Перемена косоугольного положения.**

Косой уровень положения больного в постели достигается путем подъема матраца на 15-20 см с одной стороны, что и вызывает смещение веса в теле. Положение тела меняют каждые 2 часа, даже в ночное время!

**Пример:**  $0^{00} - 2^{00}$  - положение на левом боку,  $2^{00} - 4^{00}$  - положение на спине,  $4^{00} - 6^{00}$  - положение на правом боку и т. д.

Если возникает покраснение в области крестца, то положение на спине исключается. По этому же принципу исключается положение больного на той стороне, где имеется покраснение или пролежень



Для создания косого положения используются специальные подушки, скатанные одеяла или махровые простыни диаметром не менее 20 см, размещенные под матрасом с одной из сторон.

### **Особенности сестринского ухода при инсультах**

#### ***Уход за глазами***

##### ***Приготовить:***

- емкость с жидкостью (кипяченая вода, отвар ромашки, отвар календулы, старая чайная заварка, раствор фурацилина 1:500);
- ватные тампоны (4 штуки и более);
- мягкое полотенце или марлевые салфетки;
- емкость или полиэтиленовый пакет для грязных тампонов;
- пеленку или полотенце.

##### ***Для обработки глаз следует:***

- 1) вымыть руки;
- 2) удобно уложить или усадить пациента и прикрыть подушку и/или грудь пациента пеленкой или полотенцем;
- 3) сложить все ватные шарики, кроме двух, в емкость с жидкостью;
- 4) если на ресницах имеются сухие корочки, то положить на закрытые глаза на несколько минут ватные тампоны, обильно смоченные жидкостью, чтобы корочки размокли и их последующее удаление было безболезненным;
- 5) обработку начать с более чистого глаза;



6) сухим тампоном слегка оттянуть нижнее веко, а тампонами, смоченными жидкостью, промыть глаз однократным движением от наружного края глаза к внутреннему;

7) осушить промакивающими движениями кожу вокруг глаза марлевыми салфетками или полотенцем;

8) убрать оборудование, выбросить использованные ватные тампоны, вымыть руки;

9) емкость для жидкости хранить отдельно от другой посуды в чистом месте, перед употреблением ополаскивать кипятком.

### ***Уход за носом***

Гигиенический уход за полостью носа включает очистку носовых ходов от выделений и должен осуществляться 1—2 раза в сутки, при необходимости чаще.

Скопление выделений в виде слизи и корок может привести к затруднению дыхания через нос, воспалению слизистой оболочки носа и носовых пазух и образованию язвочек.

#### ***Приготовить:***

- узкие ватные тампоны (не менее четырех);
- подогретое до 38°C вазелиновое или любое растительное масло без сильного запаха;
- ватные шарики или марлевые салфетки;
- емкость или полиэтиленовый пакет для использованного материала;
- при наличии жидкого отделяемого из носа — маленький грушевидный баллон с мягким наконечником, так называемую «спринцовку».

#### ***Для очистки полости носа следует:***

- 1) удобно уложить пациента;
- 2) смочить один ватный тампон в теплом масле и ввести в один носовой ход на 1 мин, затем сухим тампоном удалить из носового хода остатки масла и размякшие корочки. То же повторите и с другим носовым ходом;
- 3) при наличии жидкого отделяемого из носа необходимо грушевидным баллоном отсосать слизь из носовых ходов и сухими тампонами удалить остатки слизи;
- 4) ватным тампоном или марлевой салфеткой очистить кожу вокруг носовых ходов от слизи и масла;
- 5) выбросить использованный материал, закрыть и убрать масло, вымыть руки.

### ***Уход за ушами***

Обычный гигиенический уход предусматривает очистку наружных слуховых проходов и совершается индивидуально (от 1 раза в день до 1 раза в неделю). Отсутствие надлежащего ухода приводит к скоплению ушной серы и закупориванию слухового прохода, воспалению слизистой оболочки, образованию корочек, трещин или язвочек.

#### ***Приготовить:***

- узкие ватные тампоны (не менее четырех);
- подогретое растительное или вазелиновое масло;
- емкость или полиэтиленовый пакет для использованного материала.

*Для очистки ушей следует:*

- 1) вымыть руки;
- 2) удобно уложить или усадить пациента;
- 3) смочить один тампон в теплом масле и ввести вращательными движениями в слуховой проход на 1 мин, затем удалить. Сухим тампоном такими же движениями удалить остатки масла и размякшие корочки;
- 4) выбросить использованный материал, закрыть и убрать масло, вымыть руки.

### **Смена белья и одежды**

*Приготовить:*

- Перчатки нестерильные.
- Емкость для дезинфекции.
- Ветошь.
- Комплект чистого нательного белья.
- Комплект одежды. Простыня.
- Непромокаемый мешок для грязного белья.
- Антисептический раствор.

### **Алгоритм смены белья и одежды тяжелобольному**

**I. Подготовка к процедуре:**

1. Объяснить пациенту цель и ход процедуры, получить его информированное согласие.
2. Приготовить комплект чистого нательного белья и одежды.
3. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
4. Надеть перчатки.

**II. Выполнение процедуры:**

5. Опустить поручни, оценить положение и состояние пациента.
6. Помочь пациенту сесть на край кровати.
7. Помочь пациенту снять рубашку (платье). Если одна рука повреждена или производится инфузия, надо начать с другой руки. Осторожно проносить рукав над поврежденной рукой (иглой, катетером). При внутривенном вливании флакон с раствором снимается со штатива и проносится через рукав.
8. Помочь пациенту снять нижнюю рубашку (майку, бюстгальтер).
9. Укрыть пациента простыней.
10. Помочь больному надеть чистую рубашку (ночную рубашку, пижамную куртку) сначала на поврежденную конечность. При внутривенном вливании поступить с флаконом, как в п. 6.
11. Помочь пациенту снять носки.
12. Помочь пациенту лечь в постель, поправить простыню.
13. Помочь пациенту снять брюки, нижнее белье.
14. Помочь пациенту надеть чистое белье, носки и брюки.

**III. Окончание процедуры:**

15. Поместить грязную одежду в мешок для белья.
16. Протереть стул или тумбочку, где располагалось грязное белье и одежда, влажной ветошью.
17. Снять перчатки и поместить их в емкость для дезинфекции.
18. Удобно расположить пациента в постели, накрыть одеялом.

19. Обработать руки гигиеническим способом, осушить.
20. Сделать соответствующую запись о результатах выполнения в медицинскую документацию.

### ***Дополнительные сведения об особенностях выполнения методики***

В ходе смены нательного белья и одежды не стоит обнажать больного (нужно прикрывать его простыней). Следует обеспечивать его безопасность (страховка от падения). Необходимо поощрять пациента активно участвовать в процедуре, разговаривать с ним (поддержание личного достоинства, восполнение потребности в общении).

Если пациент не может менять положение в постели, необходимо выполнять процедуру вместе с 1—2 помощниками. При этом один помощник осторожно поднимает голову и плечи пациента, а медицинская сестра одна или со вторым помощником снимает рубашку через голову, затем с рук пациента и надевает ему чистую рубашку в обратном порядке; избавьте пациента от посторонних взглядов; не допускайте шуток и даже улыбок во время процедуры; снимайте белье, начиная со здоровой части тела, а заканчивайте больной, при одевании, наоборот, — сначала одевайте на больную часть тела, затем — на здоровую; белье должно быть мягким, удобным, хорошо впитывать влагу, не рваным; для тяжелых пациентов в целях профилактики пролежней белье не должно иметь грубых швов, пуговиц, заплаток. Для этой цели подходят футболки: они хорошо тянутся, имеют минимум швов, мягкие, закрывают плечи и грудь, что способствует сохранению тепла; если пациент может сидеть или хотя бы присесть на несколько минут с вашей помощью — это значительно облегчит переодевание; для пациентов с недержанием мочи используют короткие рубашки (мужские или футболки); переодевать пациента следует ежедневно, а при необходимости — и по несколько раз в день; поощряйте пациента к самостоятельности, но не доводите его до изнеможения.

### ***Положение больного в постели***

После инсульта тонус мышц на парализованной стороне повышается. Поскольку мышцы, разгибающие ногу и сгибающие руку, сильнее мышц-антагонистов, при отсутствии лечения постепенно может сформироваться устойчивое положение, когда рука согнута в локте и кисти и прижата к туловищу, а нога из-за своего разогнутого положения вынуждена во время ходьбы описывать полукруг, что затрудняет передвижение.

Чтобы предотвратить развитие такой позы, парализованную руку больного периодически укладывают с отведением и разгибанием в локтевом и лучезапястном суставах, а ногу — со сгибанием в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

Необходимо сократить по возможности время нахождения больного на спине, так как это положение способствует развитию повышенного мышечного тонуса и пролежней. Пациента с *гемиплегией* (односторонней парализацией) следует укладывать на живот или на бок.

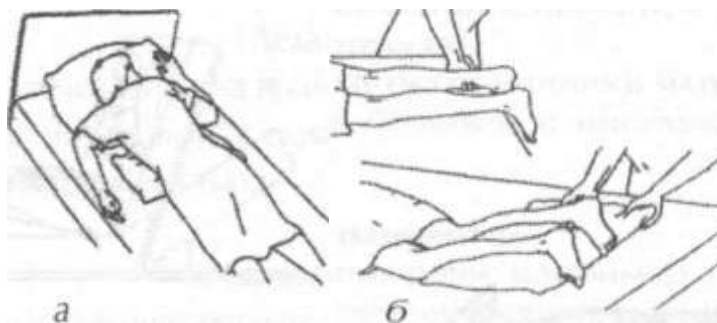
Многие больные любят лежать на парализованной стороне. Это не противопоказано. При этом голова должна быть слегка наклонена книзу, а парализованная рука вытянута вперед под прямым углом к туловищу и повернута ладонью вверх. Здоровая рука может лежать на боку или отводиться назад, но не вперед, чтобы избежать перерастяжения мышцы на парализованной стороне. Под здоровую ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах, подкладывают подушку. Парализованную ногу разгибают в тазобедренном и слегка сгибают в коленном суставе.

В положении на спине парализованную руку отводят в сторону и разгибают в локтевом суставе, а кисть поворачивают ладонью вверх. Ногу на той же стороне слегка сгибают в коленном суставе и подкладывают под нее валик. Стопу устанавливают в положении среднем между сгибанием и разгибанием и поддерживают, используя мягкий валик или прислоняя к спинке кровати.

Позу больного меняют каждые 2—3 ч. Когда общее состояние больного улучшается, а показатели АА становятся более стабильными, больного обучают самостоятельно менять положение в кровати. Чтобы предотвратить развитие контрактур, больного нужно как можно раньше (с разрешения врача) усаживать в кровати. При этом спина должна быть прямая (подложить подушки), а ноги — согнуты в тазобедренном суставе под углом  $90^\circ$ . Следует избегать длительного пребывания больного в положении полулежа с приподнятым головным концом, так как это способствует нарастанию мышечного тонуса.



Положение пациента на боку



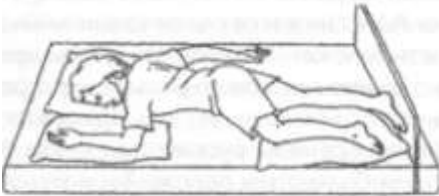
Положение пациента на животе



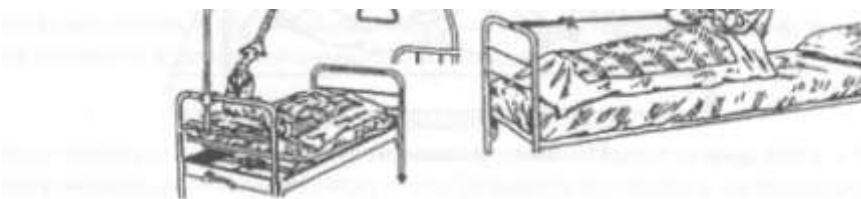
б

г

Положение пациента с гемиплегией на спине



Положение Симса



Приспособления для самостоятельного изменения положения в кровати



Фаулерово положение  
пациента: а — угол 60°;  
б — угол 45°.

## ***Мытье рук***

*Приготовить:*

- 1) жидкое мыло (кусок мыла);
- 2) салфетки;
- 3) полотенце бумажное.

Подготовка к процедуре:

- 1) снимите ювелирные изделия (углубления на поверхности ювелирных изделий являются местом размножения микробов) и часы;
- 2) откройте водопроводный кран.

*Выполнение процедуры:*

- 1) намыльте ладони;
- 2) вымойте руки путем энергичного механического трения намыленных ладоней между собой в течение 10 секунд;
- 3) смойте мыло под проточной водой, держа руки так, чтобы запястья были ниже уровня локтей;

4) закрыть кран и осушить руки лучше бумажным полотенцем (полотенце из ткани быстро становится влажным и является резервуаром для размножения микроорганизмов).

Обычный гигиенический уход должен осуществляться 1—2 раза в сутки, при необходимости — чаще. Отсутствие надлежащего ухода может привести к воспалению слизистой оболочки глаз, конъюнктивиту и к воспалению кожи вокруг глаз.

### *Уход за кожей*

Кожа выполняет очень важные функции: дышит, выводит продукты обмена, защищает от внешних воздействий, участвует в терморегуляции. Справиться с такими задачами под силу только сухой чистой и нетравмированной коже.

Гигиенический уход за кожей (мытьё) должен осуществляться в зависимости от потребности пациента, но не реже 1—2 раз в сутки. Отсутствие ухода может привести к ухудшению общего самочувствия, развитию опрелостей, пролежней.

#### *Приготовить:*

- 1) 2 тазика: один — для чистой воды, другой — для мыльной;
- 2) мыло (хозяйственное, детское);
- 3) мягкую ветошь или губку;
- 4) мягкое полотенце или пеленку;
- 5) небольшую клеенку и пеленку.

#### *Для того чтобы вымыть пациента, следует:*

- 1) под участок тела, который подлежит мытью, подложить клеенку с пеленкой;
- 2) ветошью смочить кожу;
- 3) намылить ветошь и вымыть ей кожу;
- 4) смыть мыло при помощи той же ветоши;
- 5) осушить кожу промакивающими движениями (не тереть!).

Дальнейшая обработка зависит от состояния кожи.

#### *Рекомендации:*

1) влажная кожа нуждается в подсушивании. Если это небольшие участки, например складки кожи, то можно использовать медицинский тальк, так называемую присыпку, мази, содержащие цинк: салициловую, цинковую мази;

2) чрезмерно сухая кожа нуждается в увлажнении и питании, что достигается нанесением увлажняющих и питательных кремов (не используйте кремы с сильным запахом — крем не должен вызывать аллергию);

3) мазь календулы (лучше гомеопатическая) является универсальным средством как для влажной, так и для сухой кожи. Ее можно использовать при опрелостях, трещинах кожи;

4) следует избегать применения спиртосодержащих лосьонов и гигиенических салфеток (спирт способствует пересушиванию кожи);

5) пациента можно мыть частично или полностью. Обычно ежедневный уход включает в себя частичное мытье, а полное — рекомендуется 1 раз в 3—7 дней в зависимости от потребности, хотя возможны случаи, когда полное мытье необходимо каждый день;

6) очень полезны для кожи воздушные ванны (частота и продолжительность для каждого пациента индивидуальны);

7) на состояние кожи влияет чистота белья. Меняйте белье так часто, как это необходимо.

У больных с нарушением чувствительности есть риск получить ожоги кожи на больной стороне. Чтобы этого не произошло, пациенту не следует сидеть больной стороной с нарушенной чувствительностью слишком близко к горячей батарее или обогревателю. Электрические и водяные грелки также могут стать причиной ожогов. Пациенту всегда следует проверить здоровой рукой температуру, в том числе и воды в ванне и душе.

Также опасен холод. В морозную погоду надо тщательно утеплить пострадавшие конечности, надевая дополнительные носки и варежки.

### *Уход за полостью рта*

Состояние полости рта влияет на аппетит и возможность принимать пищу. Если язык обложен налетом, то вкус пищи не чувствуется, а потому и желания принимать пищу у пациента будет мало. Воспаленная слизистая оболочка рта будет болеть, что вынуждает пациентов, как правило, совсем отказываться от приема пищи. Такое состояние ротовой полости обуславливается ее инфицированием вследствие загрязнения остатками пищи, слущивающимся эпителием, слизью. Образующийся налет при дыхании через рот превращается в корки, что еще более усугубляет тяжесть состояния.

Гигиенический уход должен включать туалет полости рта после полного сна и после каждого приема пищи, а также после рвоты.

Если пациент не принимает пищи, то обработку рта необходимо проводить не менее 4 раз в сутки. Если пациент дышит ртом, то и чаще.

Для ухода за ртом следует использовать очень мягкую зубную щетку, а для слабых пациентов — марлевые тампоны. Если пациент в состоянии хорошо полоскать рот, можно использовать зубную пасту. Для тех, кто слаб, лучше использовать зубной эликсир или растворы антисептиков:

- раствор фурацилина (2 таблетки на 400 мл воды);
- раствор соды (1/2 чайной ложки на 200 мл воды);
- слабый розовый раствор марганцовки;
- отвар ромашки;
- отвар коры дуба (при кровоточащих деснах).

*Приготовить:*

- зубную щетку и пасту или марлевые тампоны, салфетку, зажим и емкость с раствором антисептика;

- грушевидный баллон — для тех, кто не может удерживать воду во рту, или стакан;
- емкость для сплевывания (почкообразный лоток, обычная миска или маленький тазик);
- шпатель (за его неимением можно использовать ручку ложки) — для отодвигания щеки и прижатия языка;
- перчатки, лучше латексные;
- вазелин или гигиеническую губную помаду.

*Для обработки полости рта следует:*

- придать пациенту удобное положение сидя или лежа (лежа — голову поверните набок);
- надеть перчатки;
- марлевым тампоном, смоченным раствором антисептика, очистить верхние зубы;
- продолжить обработку, продвигаясь от коренных зубов к резцам и меняя тампоны (на обработку рта необходимо в среднем 10—15 тампонов);
- язык очистить в последнюю очередь. Если язык не удерживать, то очистка его будет затруднена, поэтому оберните его марлевой салфеткой и потяните на себя. Во время снятия налета не нажимайте на корень языка, чтобы случайно не вызвать рвоту;
- попросить пациента хорошо прополоскать рот или промыть из грушевидного баллона раствором антисептика;
- осушить губы и кожу вокруг рта;
- смазать губы вазелином или гигиенической помадой;
- убрать оборудование;
- снять перчатки, вымыть руки.

### ***Переодевание***

Для того чтобы осуществить переодевание пациента, необходимо:

- получить согласие пациента;
- приготовить чистое белье и емкость для грязного белья;
- вымыть руки;
- четко представлять себе последовательность действий.

*Последовательность действий при смене нательного белья:*

- избавьте пациента от посторонних взглядов;
- не допускайте шуток и даже улыбок во время процедуры;
- снимайте белье, начиная со здоровой части тела, а заканчивайте больной, при одевании наоборот — сначала одевайте на больную часть тела, затем — на здоровую;
- белье должно быть мягким, удобным, хорошо впитывать влагу, не рваным; для тяжелых пациентов в целях профилактики пролежней белье не должно иметь грубых швов, пуговиц, заплаток. Для этой цели подходят футболки: они хорошо тянутся, имеют минимум швов, мягкие, закрывают плечи и грудь, что способствует сохранению тепла;



- если пациент может сидеть или хотя бы присесть на несколько минут с вашей помощью — это значительно облегчит переодевание;
- пациентов в тяжелом состоянии лучше переодевать вдвоем;
- для пациентов с недержанием мочи используют короткие рубашки (мужские или футболки);
- переодевать пациента следует ежедневно, а при необходимости — и по несколько раз в день;
- поощряйте пациента к самостоятельности, но не доводите его до изнеможения.

### *Уход за ногтями*

Длинные и необработанные ногти представляют опасность для кожи, т.к. способствуют ее травмированию, особенно у лежачих пациентов, страдающих кожным зудом.

Гигиенический уход за ногтями осуществляют по мере их отрастания. В среднем стрижку и обработку ногтей на пальцах рук проводят 1 раз в 3—5 дней, а на пальцах ног — 1 раз в 7—10 дней. Кроме того, необходим тщательный ежедневный туалет ногтей во время мытья рук. Особое внимание следует уделять пациентам с недержанием кала.

Для стрижки ногтей на руках лучше всего использовать ножницы с одним или двумя закругленными концами — это позволяет безопасно удалять грязь и ороговевший эпителий из-под ногтей. Для стрижки ногтей на пальцах ног больше подходят педикюрные кусачки, поскольку с толстыми и твердыми ногтями ножницами не справиться.

Перед стрижкой ногтей лучше всего сделать теплые мыльные ванночки для кистей и стоп на 15—20 мин. Это облегчает стрижку и позволяет, не травмируя кожу, удалить отросшие края ногтевых пластинок.

Если имеется индивидуальная пилочка, то можно обработать ею ногти, чтобы срез сделать более гладким — это будет хорошей профилактикой расчесов кожи.

### *Уход за волосами*

Непричесанные, грязные волосы создают неприятное ощущение и затрудняют общение и уход за пациентом. Спутанные волосы не всегда удается расчесать и поэтому их приходится обрезать, и довольно коротко.

Гигиенический уход за волосами индивидуален, мытье осуществляют в среднем 1 раз в 5—7 дней, кроме того, необходимо ежедневное причесывание.

Обладателям длинных волос необходима особая прическа, чтобы волосы не путались и не стягивали кожу головы: их лучше заплетать в две слабые косы, начинающиеся от теменных бугров. Закреплять косы лучше хлопчатобумажной лентой или тесьмой, а не резинкой, которая может теряться. Можно заплести также одну косу; начинать ее надо с макушки, чтобы она не попадала под голову во время лежания и не сдавливала кожу на голове. По этой же причине лучше не

использовать заколки, шпильки и прочие твердые предметы для удержания волос. Заплетенные в косу волосы легко расплести, расчесать и снова заплести, на это уходит немного времени по сравнению с распутыванием волос.

*Правила расчесывания длинных волос:*

- разделить волосы на мелкие пряди;
- начинать расчесывать прядь волос с кончиков;
- чтобы расчесать волосы на затылке лежащему пациенту, просто поверните голову набок.

Если пациент может посещать ванную комнату, то мытье головы упрощается. Если пациент нетранспортабелен, голову можно вымыть в постели. Приготовить:

- клеенку;
- зажим для закрепления клеенки;
- клеенку или полиэтилен для закрытия части матраца под головой;
- кувшин или ковш;
- ведро с теплой водой (24—37°C);
- махровое полотенце;
- 2 ватных тампона и вазелин или детский крем;
- при необходимости — фен;
- шампунь или мыло по желанию пациента;
- большой таз.

*Для мытья головы в постели следует:*

- уложить пациента, подложив под шею клеенку, а вокруг шеи обернуть пленку;
- в уши вложить ватные тампоны, смазанные вазелином, чтобы не попадала вода;
- смочить волосы, нанести шампунь и вспенить его;
- промыть волосы до полного удаления пены;
- вынуть из ушей тампоны;
- обернуть голову махровым полотенцем и убрать клеенку с пленкой в таз;
- вынести таз и убрать полиэтиленовую пленку;
- удобно уложить пациента;
- высушить и причесать волосы;
- повязать на голову платок.

***Уход за промежностью и наружными половыми органами***

*Приготовить:*

- антисептическое средство для обработки рук;
- дезинфицирующее средство;
- нестерильные перчатки;
- клеенка;
- салфетки марлевые (тампоны);
- мыло;
- фартук клеенчатый;
- емкость для воды;

- мыльный раствор;
- водный термометр;
- контейнер для дезинфекции. Проведение процедуры:
- отгородить пациента ширмой (при необходимости);
- обработать руки гигиеническим способом, осушить;
- налить в емкость теплую воду (35—37°);
- надеть клеенчатый фартук, перчатки;
- положить пациента на спину, по возможности согнуть ноги в коленях и слегка развести в тазобедренных суставах. Подложить под пациента клеенку;
- подставить под крестец пациентки судно;
- встать сбоку от пациентки, в одну руку взять емкость с теплой водой, в другую руку зажим с марлевым тампоном (салфеткой);
- поливать из емкости на половые органы женщины. Последовательно обработать наружные половые органы в направлении к анальному отверстию: область лобка, наружные (большие) половые губы, паховые складки, промежность, область анального отверстия, межягодичную складку. Салфетки менять по мере загрязнения;
- просушить марлевыми салфетками (тампонами) в той же последовательности;
- использованные марлевые салфетки поместить в контейнер для дезинфекции.

***Уход за наружными половыми органами и промежностью у мужчин:***

- поставить судно;
- встать сбоку от пациента, смочить салфетку (варежку) водой;
- аккуратно отодвинуть пальцами левой руки крайнюю плоть, обнажить головку полового члена;
- обработать головку полового члена, кожу полового члена, мошонку, паховые складки, область заднего прохода, межягодичную складку. Менять салфетки по мере загрязнения;
- просушить в той же последовательности;
- убрать салфетки в контейнер для дезинфекции.

**Окончание процедуры:**

- убрать судно, клеенку;
- уложить пациента (ку) удобно, накрыть его (ее) простыней, одеялом;
- подвергнуть использованный материал, в том числе и перчатки дезинфекции;
- обработать руки гигиеническим способом, осушить.

***Помощь при физиологических отправлениях в кровати***

Мочеиспускание и дефекация требуют интимных условий и деликатного обращения с больным. Необходимо помнить, что лежащий больной зависит от постороннего человека. При возникновении желания помочиться или совершить дефекацию тяжелобольные люди не могут самостоятельно отправиться в туалет, а вынуждены прибегать к нашей помощи. Кроме того, они часто не могут длительное время удерживать возникший позыв, и поэтому очень важно быстро

отреагировать на просьбу пациента и вовремя оказать ему помощь. Не удержанные моча и кал, попавшие на нательное или постельное белье больного, не только способствуют образованию пролежней, но и вызывают резкое ухудшение психического состояния больного, приводя к депрессии.

В комнате, где больной вынужден совершать физиологические отправления, необходимо создать особые условия:

- попросите всех выйти из комнаты;
- закройте дверь в комнату;
- занавесьте шторы, если комната расположена на первом этаже;
- приготовьте туалетную бумагу в достаточном количестве;
- приготовьте полотенце, мыло, тазик с водой для того, чтобы больной после процедуры смог помыть руки.

Во время проведения процедуры недопустимы шутки, улыбки, гримасы, замечания.

Подавая судно, опустите головной и ножной концы кровати так, чтобы кровать стала максимально плоской. Попросите больного согнуть колени и приподнять таз, передвигая ноги вдоль матраца. При необходимости больной может воспользоваться надкроватной опорой или другими опорными приспособлениями. Если сил у больного не хватает, можно просунуть руки под нижнюю часть его спины и приподнять ее. Если больной не в состоянии вам помогать, переверните его сначала на бок, поставьте судно на место, куда придется ягодицы больного, затем поверните больного обратно так, чтобы ягодицы легли на судно. Подавать судно или мочеприемник («утку») необходимо теплыми. Для этого перед подачей необходимо ополоснуть их горячей водой. Если позволяют обстоятельства, оставьте больного одного в комнате и попросите его, чтобы он дал вам знать, когда вы понадобится. При возможности, после того как больной ляжет на судно, поднимите головной конец кровати, чтобы положение больного максимально приблизилось к естественному положению при совершении дефекации.

После дефекации или мочеиспускания помогите больному переместиться с судна, опустите головной конец кровати и попросите больного приподнять таз для того, чтобы извлечь судно из-под больного. Судно или «утку» выносите плотно закрытым крышкой или пеленкой. Выливайте содержимое судна в унитаз, затем тщательно вымойте судно под проточной водой и поставьте его на место (так, чтобы больной смог им самостоятельно воспользоваться). После мытья не закрывайте судно непромокаемой тканью, чтобы оно смогло просохнуть. По окончании процедуры не забудьте проветрить комнату. Процедуру необходимо проводить в одноразовых перчатках. Сняв перчатки, руки еще раз необходимо тщательно вымыть.

Следует помнить, что многим мужчинам трудно пользоваться мочеприемниками в лежачем положении. Поэтому по возможности необходимо при мочеиспускании посадить больного в кровати или на кровати со свешенными ногами. Если больной может стоять, мочеиспускание можно совершать стоя.

## *Помощь в туалете*

При инсульте часто возникают нарушения функции мочевого пузыря и кишечника. Может появиться учащенное мочеиспускание и запоры. Проблемы мочевого пузыря и кишечника обязательно должны быть объектом внимания лечащего врача и потребуют специальных лекарственных назначений.

Когда пациент начинает ходить и может уже самостоятельно дойти до туалета, то часто испытывает трудности, садясь на унитаз или вставая с него. Сиденье может оказаться слишком низким, что потребует опоры. Эта проблема решается с помощью поручней на стене, высоту которых можно регулировать установкой перил, идущих по периметру туалетной комнаты, или поднимающегося высокого стульчика. Кроме этого, очень важно правильно научиться самостоятельно пересаживаться на унитаз из кресла-каталки.

Больные люди часто нуждаются в том, чтобы им помогли дойти до туалета. При различных нарушениях, таких как снижение активности движения верхних и нижних конечностей, параличи, парезы, головокружения, слабость, многие больные не могут дойти до туалета и сесть на унитаз, манипулировать одеждой, принять соответствующее положение, взять туалетную бумагу и пользоваться ею. Иногда может быть достаточно довести больного до туалета, но в других случаях необходимо помочь ему при совершении физиологических отправок и после этого. Больному нужно помочь встать с кровати, посадить его на стул или инвалидное кресло, надеть халат и тапочки, с вашей помощью или с помощью трости, костылей или инвалидного кресла дойти до туалета, войти в туалет.

В узкой туалетной комнате можно использовать поручни, которые будут удобны для поддержки больного при посадке на унитаз. Конструкция таких поручней может быть стационарной, откидной или поворотной в зависимости от характера нарушений и физических возможностей больного. Затем помочь больному снять нижнюю одежду, принять соответствующее положение для опорожнения мочевого пузыря или кишечника, затем приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Если есть необходимость, тщательно вымыть задний проход теплой водой с мылом, вытереть полотенцем. Затем надеть одежду, помочь выйти из туалета и дойти до кровати. Для удобства при посещении туалета рекомендуются подъемные сиденья в туалете, выдвижные держатели для туалетной бумаги (при ограничении подвижности больного), биде.

Если в квартире больного большая туалетная комната и больной может заезжать в нее в инвалидном кресле, он может пересаживаться из кресла на унитаз, держась за поручни. Для перемещения больного с инвалидного кресла на унитаз и обратно можно использовать доски с гладкой поверхностью, которые уменьшают трение при скольжении и могут быть полезны больным с сильными руками, но не имеющими возможности опираться на ноги при пересаживании.

При использовании доски с гладкой поверхностью нужно кресло поставить вплотную с унитазом, кресло поставить на тормоза, снять подлокотник с кресла со стороны унитаза. Больной должен сидеть в кресле, чтобы унитаз был сбоку от него. Больной должен перенести вес тела на дальнюю по отношению к унитазу

ягодицу. Один конец доски больной подсовывает под ближайшую к унитазу ягодицу. Одной рукой больной опирается о подлокотник кресла, а другая — опирается на свободный край доски. Затем, опираясь на свободный край доски и пригибая ее к унитазу, больной с помощью другой руки скользит по доске и перемещается в унитаз, затем вынимает из-под себя доску. Таким же образом можно перемещаться с унитаза в кресло.

Если ваш больной не может самостоятельно перемещаться с кресла на унитаз и обратно, то понадобится ваша помощь. Объясните своему больному ваш план перемещения и поощряйте посильную помощь подопечного.

Если больной не может посещать туалет даже с посторонней помощью, можно использовать различные типы санитарных стульев непосредственно у кровати больного.

### ***Техника пересаживания с кресла на унитаз***

Поставьте кресло на тормоза. Встаньте перед больным. Ваши колени должны быть согнуты, спина выпрямлена. Подложите одну руку под плечи больного, а другую под его бедра. Не поворачивайте свою спину в пояснице. Скажите больному, что вы собираетесь просунуть руки под его руками, а он должен обнять вас за талию или плечи, но не за шею. Если больной обнимет вас за шею, он может нанести вам вред или вы вместе с больным можете упасть, потеряв равновесие.

Попросите больного, чтобы он поднял руки, а вы проденьте свои руки под его руками, наклоняясь вперед, он должен обнять вас за плечи или талию. Когда ваш больной будет готов к перемещению, его ягодицы должны быть на краю кресла, чтобы он мог сохранять равновесие, когда вы будете перемещать его массу тела вперед. Ноги больного должны стоять на полу, а пятки — быть слегка повернутыми в направлении движения. Это необходимо для того, чтобы его ноги не запутались, когда он будет поворачивать корпус, чтобы сесть на унитаз.

Поставьте свою ногу, которая находится дальше от кресла, между коленями больного коленом к нему, а другую ногу — по направлению движения. Согните свои колени, напрягите мышцы живота и ягодиц, спину держите прямо. Встаньте как можно ближе к больному. Используйте надежную опору, прижимайте больного к себе, держите спину прямо, поднимайте больного плавно, не дергайте и не переворачивайте его. Держите свою голову с той стороны головы больного, где находится унитаз. Не давите ему под мышками. Предупредите больного, что на счет «3» вы поможете ему встать. На каждый счет слегка покачайтесь вперед и назад для создания инерции и на счет «3» поднимайте больного. Поворачивайтесь сами одновременно с поворачиванием тела больного до тех пор, пока он не займет положения прямо перед унитазом. Попросите больного предупредить вас, когда он почувствует край унитаза задней поверхностью бедер. Осторожно опустите больного на унитаз. Для этого вам нужно согнуть колени и держать спину прямо. Затем помогите больному снять одежду и опорожнить мочевой пузырь или кишечник, приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Затем помочь надеть одежду и пересесть в кресло. Для пациентов с

недержанием мочи и кала можно использовать памперсы, катетеры, калоприемники. После туалета принести больному тазик с водой для мытья рук.

### ***Как правильно перевернуть пациента на больную сторону:***

- встать с той стороны от пациента, куда собираетесь его поворачивать;
- взяться за здоровое плечо, колено или таз (бедро) и помочь перевернуться.

Умение перевернуть больного необходимо для того, чтобы перестелить кровать. Для этого чистая простыня скатывается в виде валика и располагается с одной из сторон пациента. По мере того как старая простыня скатывается в рулон, новая разворачивается. Потом больного переворачивают на другой бок, вытягивая обе простыни из-под него, и продолжают замену на другой стороне постели. Простыня должна быть заправлена без морщин и складок. Укрывать больного одеялом надо таким образом, чтобы ему не было жарко и тяжело.

### ***Как помочь больному переместиться к изголовью постели:***

- встать с больной стороны пациента;
- одной рукой обхватить таз пациента, а другую руку подложить под бедро или ягодицу больной стороны, склонившись так, чтобы своим плечом подпирать его больное плечо. Для удобства помощник может опереться ногой о кровать;
- когда больной приподнимается, то необходимо помочь поднять его больную сторону и быть опорой плечу. Если больному неудобно перемещаться к изголовью с вашей помощью или сидеть, то это происходит по следующим причинам:
- вы неправильно подложили свои руки под ягодицу и бедро больного;
- ваши действия не согласованы с больным.

### ***Вставание с постели с посторонней помощью***

*Этап 1.* Помощнику нужно встать с больной стороны и положить руки на здоровое колено и плечо пациента.

*Этап 2.* Следует помочь перевернуться на больную сторону.

*Этап 3.* Для того чтобы сесть, больной должен ладонью здоровой руки опереться о матрац на уровне плеча. Затем, отталкиваясь здоровой рукой, больной поднимает голову и садится в постели (ноги опущены).

*Этап 4.* Если самостоятельно больному выполнить третий этап трудно, то помощник кладет одну руку под лопатку с больной стороны пациента, другую — на бедро здоровой ноги.

**Внимание! Нельзя держать больного за шею — это может привести к травме. Нельзя тянуть за больную руку, так как это травмирует плечевой сустав и может привести к вывиху.**

Чтобы помочь встать из кресла пациенту, который может опереться на больную ногу, надо:

- встать с больной стороны, одну руку положить между лопаток или на поясницу, вторую — на колено больной ноги. Пациент должен сдвинуться к краю

сиденья, ноги поставить на пол на ширину плеч, расположив ступни ближе к ножкам кресла;

- в момент вставания больного помощник должен слегка подтолкнуть его в спину и надавить на колени, чтобы помочь их выпрямить при вставании. Все действия помощника лишь регулируют попытку встать на ноги самому пациенту.

**Способ помочь встать из кресла пациенту, которому трудно опереться на больную сторону:**

- пациент смещается на край кресла, ставит ступни на пол ровно на одном уровне на ширину плеч и ближе к ножкам кресла. Помощник встает лицом к пациенту так, чтобы его ноги были напротив больной ноги для ее фиксации;

- больной кладет свою здоровую руку на плечо помощника или обнимает его за талию. Помощник обхватывает пациента за талию или бедра;

- больной сильно наклоняется вперед и встает. Помощник помогает перенести вес тела на ступни и поддерживает больную сторону;

- затем пациент выпрямляется и распределяет равномерно вес тела на обе ноги.

### **Как правильно усадить больного:**

- встать с больной стороны пациента, свою руку положить на спину больного между лопатками и руководить его движениями;

- при необходимости второй рукой поддерживать колено больной ноги и регулировать движения.

Внимание! Под мышки больного поднимать нельзя — это травмирует плечо больной руки и вызывает боль.

### **Как правильно стоять с посторонней помощью**

С помощником можно вставать и стоять, если сила в ногах обеспечивает устойчивость положения:

- помощник встает рядом с пациентом с больной стороны и руками обхватывает больного за талию или бедра. Ступня ноги помощника приставлена к носку больной ноги, а колено служит опорой больному колену;

- бедро больной ноги должно поддерживаться телом или рукой помощника, не давая ему согнуться.

### **Как правильно ходить по лестнице с посторонней помощью**

*Подъем по лестнице:*

- больной должен опираться на здоровую сторону и следить, чтобы ступни полностью ставились на ступеньку и располагались параллельно друг другу;

- помощник должен встать позади больного с больной стороны, поддерживая одной рукой за бедра, а другой рукой держась за поручни, и только помогать движению, направляя бедра больного вперед и перемещая вес тела на здоровую ногу в момент подъема на ступеньку.



**Внимание! Помощник помогает больному ставить ступню больной ноги на ступеньку, соблюдая правила безопасности.**

*Спуск с лестницы:*

- больная нога пациента должна быть опорной. Ступни ставят на ступеньку полностью — параллельно друг другу;
- помощник встает перед больным, одна его рука на бедре пациента, другая — на перилах, и направляет движение бедер пациента вперед, помогая перемещать вес тела на больную ногу;
- можно помочь поставить больную ногу пациента на ступеньку.

**Внимание! Помощник должен быть осторожным, потому что спускается по лестнице спиной вперед.**

### **Основные гигиенические средства**

#### **Моющий лосьон**

Идеальное средство для мытья больного в постели.

Не требует дополнительного смывания.

Незаменимое средство для людей с сухой проблемной кожей, а также для поддержания здоровья кожи в период возрастных изменений организма.

Дополнительное средство для поддержания здоровья кожи, профилактики опрелостей и пролежней у больных, находящихся на длительном постельном режиме.

Подходит для ежедневного применения!

#### **Применение**

Для мытья больного необходимо растворить 0,5 колпачка моющего лосьона в 1,5 л теплой воды (1 колпачок в 3 л), протереть кожу полученным раствором и вытереть насухо.

#### **Очищающая пена**

Средство для очищения кожи без воды и мыла. Обеспечивает профилактику опрелостей, пролежней у лежачих пациентов и поддерживает кожу в здоровом состоянии.

Дополнительное средство для профилактики опрелостей и пролежней у больных с недержанием мочи и кала при смене подгузников и прокладок.

Незаменимое средство для очищения кожи в длительных поездках и при сменном суточном режиме работы. Хорошо дозируется и экономично расходуется.

#### **Применение**

Встряхнуть баллон и нанести очищающую пену на кожу, через несколько секунд протереть загрязненный участок кожи, после чего удалить остатки пены. Вытереть кожу насухо.

### **Лосьон для тела**

Предохраняет кожу от потери влаги и восстанавливает эластичность кожи.

Идеально подходит для питания и увлажнения кожи лежачих больных.

Рекомендуется для людей с сухой проблемной кожей, а также для поддержания здоровья кожи в период возрастных изменений организма.

Нанести небольшое количество лосьона для тела на предварительно вымытую и вытертую кожу.

Массирующими движениями равномерно распределить по всей поверхности кожи.

Можно использовать лосьон для тела для питания и увлажнения кожи лица.

### **Протектор для кожи**

Воздушная пена создает на поверхности кожи сетчатую пленку, которая защищает кожу на протяжении 6 часов от агрессивного воздействия мочи и кала.

Идеальное средство для защиты кожи лежащих больных в местах образования пролежней.

Незаменимое средство для защиты кожи больных, страдающих недержанием мочи и кала.

#### **Применение**

Интенсивно встряхнуть баллон и нанести на предварительно вымытую сухую кожу.

### **Защитное масло-спрей**

Создает на поверхности кожи защитную пленку.

Идеально защищает кожу больных с недержанием мочи и кала.

Рекомендуется для защиты особенно сухих участков кожи лежачих больных.

#### **Применение**

Встряхнуть баллон и нанести на предварительно очищенную и сухую кожу с расстояния 20 см.

Можно использовать совместно с очищающей пеной во время смены подгузников у больных для одновременного очищения и защиты кожи

### **Защитный крем**

Образует на поверхности кожи защитную пленку. Рекомендуется использовать как «крем под подгузник» у больных, страдающих недержанием мочи и кала, для обработки кожи у стомированных больных и как идеальное средство для защиты кожи под грудью у женщин.

#### **Применение**

Небольшое количество защитного крема нанести на сухую, предварительно вымытую кожу паховой области и ягодиц и распределить по всей поверхности.

Нанести защитный крем тонким слоем на кожу вокруг стомы.

Смазать защитным кремом все кожные складки у лежачего больного, предварительно вымыв и вытерев кожу насухо.

Для достижения максимального эффекта рекомендуется использовать в комплексе очищающее средство + питающее средство + защитное средство.

### **Современная система профилактики пролежней**

При правильном и комплексном применении одноразовых предметов ухода (впитывающие пеленки, подгузники) удастся предотвратить появление опрелостей и пролежней у лежачих больных.

#### *Впитывающие пеленки:*

- незаменимы при уходе за больными;
- надежны, легки в применении;
- обеспечивают максимальный комфорт пациентам и облегчают работу персонала;
- предотвращают появление опрелостей и пролежней;
- гигиеничны, защищают белье от загрязнения;
- надежно впитывают жидкость, превращая ее в гель;
- удерживают специфические запахи;
- изготовлены из дерматологически протестированных материалов.

#### *Продукция одноразового применения — ее преимущества:*

Использованный продукт выбрасывается.

Отвечает современным гигиеническим и санитарным требованиям. Предупреждает перенос микробов и инфицирование нуждающихся в уходе пациентов.

Исчезает потребность в стирке, можно уделять больше внимания непосредственно уходу за пациентами.

Например, одноразовые защитные нагрудники из хорошо впитывающей крепированной бумаги с непроницаемым внешним слоем и приемным карманом, с завязками и с клеящимися полосками, хорошо защищают одежду и белье при кормлении.

#### ***Последовательность смены подгузников при недержании мочи и кала у тяжелобольного пациента***

Подгузники для взрослых используются при тяжелой и очень тяжелой степени недержания мочи и кала.

Подгузники тяжелобольному пациенту необходимо менять каждые 4 часа и немедленно после дефекации для профилактики развития пролежней.

Необходимое оснащение:

- чистый подгузник соответствующего размера и впитываемое™,
- перчатки,
- непромокаемый мешок для использованного подгузника,
- средства гигиены.

*Последовательность смены подгузников:*

- 1) расстегните многоразовые застёжки на использованном подгузнике;
- 2) слегка раздвиньте ноги пациента и согните их в коленях;
- 3) аккуратно сложите подгузник внутрь и проведите его между ног пациента к спине;
- 4) положите пациента на бок;
- 5) подстелите под спину и ягодицы пациента впитывающую пеленку.

*Для защиты постельного белья во время смены подгузника:*

- 1) снимите заднюю часть подгузника со спины пациента и положите в непромокаемый мешок;
- 2) положите пациента на спину;
- 3) проведите гигиеническую обработку промежности.

*Для гигиенической обработки можно использовать очищающую пену или влажные гигиенические салфетки. Заканчивается гигиеническая обработка осмотром и обработкой области крестца и ягодиц в положении пациента на боку (профилактика и раннее выявление пролежней).*

- 1) уберите впитывающую пеленку;
- 2) разверните чистый подгузник, расправьте его и сложите;
- 3) поверните пациента на бок;
- 4) слегка раздвиньте ноги пациента и согните их в коленях;
- 5) проведите переднюю часть подгузника между ногами пациента;
- 6) расправьте заднюю часть подгузника на ягодицах пациента;
- 7) расправьте переднюю часть подгузника на животе пациента;
- 8) застегните застёжки, аккуратно расправляя подгузник.

Индикатор наполнения: исчезающая по мере наполнения синяя надпись указывает на необходимость смены подгузника.

### ***Как правильно сидеть в постели***

Сидеть долго в кровати нежелательно, так как можно внезапно упасть на бок, что приведет к затруднению дыхания. Кроме того, сидя усиливается давление костей на мягкие ткани ягодиц, пяток, что опасно для развития пролежней. Есть, читать, смотреть телевизор лучше в кресле, где легче принять удобное положение, чем в постели.

Чтобы устроиться сидя в кровати нужно:

- придвинуться ближе к спинке и сесть прямо;
- под спинку подложить подушку таким образом, чтобы полулежать и не сутулиться;
- вес тела распределить равномерно на обе ягодицы, избегая односторонней нагрузки;
- больную руку уложить на подушку, выпрямив ее ладонью вниз;
- голову не склонять на бок, а держать прямо;

- под бедро больной ноги подложить подушку снаружи от бедра, чтобы она не выворачивалась кнаружи.

Если сидеть в постели неудобно, то это может быть в случае, когда:

- положение позвоночника больного согбенное;
- под спиной слишком много подушек;
- вес тела перенесен на больную сторону. Это случается, когда неравномерно распределяется вес тела на обе ягодицы. Можно исправить это положение, приподняв больное бедро с посторонней помощью;
- пациент скатывается на больную сторону, что может быть связано с недостаточной опорой, когда плохо держится равновесие. Следует подложить вдоль больной стороны подушку;
- рука соскользнула с подушки и, будучи согнутой, со сжатой в кулак кистью, лежит между телом и подушкой. Исправить это можно, подложив подушку под верхнюю часть руки (плечо), тогда лопатка выдвинется вперед. Другую подушку нужно подложить под предплечье, рука должна при этом слегка согнуться в локте. Кисть следует положить так, чтобы пальцы были выпрямлены, а ладонь повернута вниз.

### ***Как самостоятельно поворачиваться в постели на больную сторону***

Из положения лежа на спине поворот на больную сторону осуществляется следующим образом:

- нужно согнуть оба колена. Согнуть больную ногу можно с помощью здоровой ноги;
- чтобы не прижать при повороте больную руку, следует отодвинуть ее от тела или при помощи здоровой руки, начав движение от плеча, согнуть ее в локте и переместить на грудную клетку;
- голова поворачивается в сторону, на которую пациент хочет повернуться. Нужно оттолкнуться здоровой ногой и повернуть колени и плечи в больную сторону.

Поворот затруднен, если:

- здоровой ногой пациент отталкивается недостаточно сильно;
- больная рука прижата телом. Перед поворотом следует убедиться, что рука выпрямлена и отведена в сторону;
- при повороте голова не была повернута;
- матрац слишком мягкий — следует подложить под него шит.

Если самостоятельно повернуться не удастся, нужно прибегнуть к посторонней помощи.

### ***Как самостоятельно перемещаться к изголовью постели***

Перемещение к изголовью постели является сложной задачей, чтобы ее выполнить, следует произвести такие действия:

- сесть в постели так, чтобы ноги были согнуты. Больная рука лежит на колене. Нужно следить за тем, чтобы случайно не сесть на нее и не тянуть;

- здоровая нога сгибается, а если возможно, то и больная — в колене, скользя стопами по постели. Здоровую руку надо отвести немного назад и в сторону от таза;

- опираясь на здоровую руку и пятку здоровой ноги, поочередно поднимаются ягодицы, продвигаясь к изголовью постели. Несколько раз проделывается этот маневр, чтобы достичь желаемого положения.

Если при самостоятельных действиях поднимать ягодицы трудно, то предпринимается следующее:

- надо сильнее наклониться вперед;
- согнуть здоровую ногу в колене;
- сильнее опираться на здоровую руку. Если, несмотря на активность, самим переместиться не удастся, то необходимо участие помощников.

### ***Правила вставания с кровати через больную сторону***

До инсульта человек не задумывается над тем, каким образом нужно вставать с кровати. Теперь эта процедура стала сложной и требует новых стереотипов и навыков. Чтобы сделать это легче, надо мысленно расчленить этот процесс на этапы. Для этого надо повернуться, спустить ноги с кровати и только потом встать.

*Этап 1.* Ноги сгибаются в коленях. Больную ногу можно согнуть при помощи здоровой. Нужно перевернуться на больную сторону.

*Этап 2.* Ноги спускаются с края постели, помогая здоровой передвинуть больную ногу. Здоровая рука переносится и ложится на матрац перед собой на уровне больного плеча.

*Этап 3.* Здоровой рукой надо оттолкнуться и встать.

Трудно спустить ноги с кровати, если:

- перевернувшись на бок, пациент очень далеко находится от края постели. Сначала надо приблизиться к краю;
- больной повернулся не полностью. Нужно лечь на бок и немного на живот, чтобы перенести вес тела на здоровую руку;
- обе ноги оказались не спущенными с постели;
- самостоятельно садиться больной еще не готов. Нужна посторонняя помощь.

### ***Как правильно стоять с посторонней помощью***

С помощником можно вставать и стоять, если сила в ногах обеспечивает устойчивость положения:

- помощник встает рядом с пациентом с больной стороны и руками обхватывает больного за талию или бедра;
- бедро больной ноги должно поддерживаться телом или рукой помощника, не давая ему согнуться.

## ***Как правильно сидеть в кресле***

После перенесенного инсульта иногда становится трудно удержать равновесие, поэтому сидя человек наклоняется вперед или опирается на больную сторону. В этом случае удобнее сохранять равновесие в кресле с подлокотниками и высокой прямой спинкой. Нужно чаще менять положение тела. Для удобства положения в кресле нужно предпринять следующее:

- спина должна быть прямой. Опираясь на спинку кресла, надо равномерно распределять вес тела на обе ягодицы;
- голова удерживается прямо и не склоняется в сторону;
- ноги должны быть согнуты во всех суставах и касаться пола. Это поможет удобно расположиться в кресле;
- если ступни больной ноги не упираются в пол, то развивается стойкий спазм мышц, ступня выдвинется вперед и можно сползти с кресла. Чтобы этого не случилось, нужно держать ступню ближе к ножкам кресла;
- больная рука должна опираться на подлокотник или лежать на столике. Подушка в этом случае может быть хорошей опорой для руки. Вторую подушку подкладывают под спину и плечи с больной стороны.

Если пациент сидит неправильно, то он легко может сползти с кресла. Чтобы этого не случилось, нужно знать правила:

- ступни ставятся ближе к ножкам кресла так, чтобы колени образовали прямой угол;
- кресло должно быть такой высоты, чтобы все суставы ног образовывали прямые углы;
- если больной отклоняется в больную сторону, то это значит, что вес тела распределен неравномерно на обе ягодицы или больная рука перетягивает туловище. Чтобы этого не происходило, под плечо больной руки подкладывается подушка;
- чтобы больная рука не упала на колено и не свесилась вниз, на подлокотник укладывается подушка, а сверху — рука. Нужно следить за тем, чтобы больная рука не оказалась зажатой между коленями или подлокотником и телом.

### ***Самостоятельное пересаживание из кресла в кресло***

Возможность пересаживаться из одного кресла в другое помогает восстановить независимость и самоутвердиться. Умение делать это правильно пригодится для пересаживания в кресло-каталку, при пользовании туалетом, ванной и при посадке в автомобиль. Для этого нужно последовательно выполнить три действия: встать, повернуться спиной к желаемому месту и, наконец, сесть:

- нужно придвинуть кресло, на которое хочется пересесть, как можно ближе к себе со здоровой стороны и под прямым углом к креслу, на котором сидит человек;
- затем следует переместиться на край кресла. Стопу больной ноги ставят прямо перед собой, ближе к краю сиденья, стопу здоровой — ближе к дальней ножке кресла, на которое надо пересесть;
- надо наклониться вперед и чуть в сторону желаемого кресла;

- здоровой рукой нужно взяться за удаленный подлокотник второго кресла;
- следует приподняться с сиденья и перенести вес тела на здоровую ногу, повернувшись спиной к креслу, в которое надо сесть;
- нужно опуститься в кресло, контролируя правильность и удобство посадки.

### ***Как вставать самостоятельно***

Опасно вставать, опираясь на неустойчивые предметы: ручку двери, раковину, вращающееся кресло. Вставая, нужно опираться на подлокотники кресла, отталкиваясь здоровой рукой. Держите равновесие. При излишнем наклоне в здоровую сторону можно опрокинуть кресло. Безопаснее поступить следующим образом:

- нужно сдвинуться на край сиденья. Ступни поставить на пол в одну линию, установив их на ширину плеч и слегка придвинув к ножкам кресла;
- затем следует наклониться вперед так, чтобы плечи оказались над коленями и стопами. Вес тела переносится на обе ступни. Руки или опираются на подлокотники или свободно свисают;
- после этого надо оттолкнуться от сиденья и выпрямиться;
- удерживая равновесие, нужно встать прямо, выпрямив ноги.

### ***Как самостоятельно садиться***

Чтобы научиться садиться самостоятельно, нужно:

- встать спиной как можно ближе к сиденью, ступни поставить на одну линию и придвинуть их к ножкам кресла;
- взяться обеими руками за подлокотники. Если это сделать трудно, то нужно держаться здоровой рукой, слегка наклоняясь в здоровую сторону;
- чтобы опуститься на сиденье, наклоняются вперед, ноги сгибают и затем садятся. Резко этого делать не надо, потому что можно опрокинуться, потеряв равновесие. Следить за больной рукой, чтобы не сесть на нее и не прищемить боковиной кресла;
- в кресло нужно постараться сесть как можно глубже.

**Предупреждение:** можно упасть, если усаживаться слишком поспешно в кресло или если кресло стоит далеко и не чувствуется край сиденья. Если недостаточно сильно наклониться вперед, это также может привести к падению.

### ***Как правильно ходить по лестнице***

Препятствием для выхода на улицу может стать лестница. Если сила в ногах восстановилась хорошо, можно самостоятельно спуститься и подняться по лестнице привычным способом, ставя одну ступню на каждую ступеньку. Если больная нога сильна недостаточно, то нужно подниматься по лестнице, опираясь на здоровую ногу и приставляя к ней больную; спускаться — опираясь на больную ногу и приставляя к ней здоровую.

Если страшно спускаться лицом по ходу движения, то надо спускаться боком или спиной вперед с опорой на больную сторону. Перемещение по лестнице должно быть максимально безопасным, поэтому следует убедиться, что освещение достаточное, перила прочные, а ковровые дорожки хорошо зак-



реплены. Удобнее ходить, если перила с двух сторон на уровне талии и продолжают дальше первой и последней ступеньки.

### ***Самостоятельный подъем по лестнице:***

- нужно опираться на здоровую ногу и следить, чтобы носки стоп смотрели вперед, а ступни полностью ставились на ступеньку;
- при ходьбе с тростью, поднимаясь по лестнице, надо ее держать в руке, приподняв над ступенями, а в качестве опоры использовать перила или поручни;
- если поручней нет, трость используется для опоры. Ее держат здоровой рукой и ставят на ступень одновременно с больной ногой и прежде чем поставить больную ногу.

По лестнице вверх — первая идет здоровая нога, вниз — первая идет больная нога.

## **ПИТАНИЕ БОЛЬНОГО**

Для облегчения больному приема пищи необходимо создать ему возможно более удобное положение в кровати, близкое к естественной физиологической позе приема пищи и питья.

Прежде чем кормить больного, нужно убедиться в том, что у него нет проблем с жеванием и глотанием пищи. Если больной нуждается в зубных протезах, необходимо убедиться в их наличии и исправности. Оттого, в каком они состоянии, будет зависеть вид кулинарной обработки пищи.

Если ваш больной в силу своего общего состояния не может самостоятельно сидеть, пить и есть, его необходимо кормить непосредственно в постели. Нельзя поить и кормить больного, лежащего с запрокинутой головой, потому что при этом надгортанник открывает вход в трахею и больной может поперхнуться. Кормить больного надо с маленькой (чайной или десертной) ложки, используя гомогенную пищу (пища должна быть вкусной и теплой). При кормлении голову больного надо приподнять. Это достигается тем, что под затылок больному подкладывают левую руку и, поднимая его голову, в то же время поддерживают ее. Правой рукой в это время подают больному ложку с пищей. Поить больного можно также с ложки. Для очень слабых больных количество жидкости, попадающей в рот со столовой ложки, может быть велико, особенно если у больного болит шея и глотание причиняет боль. Поэтому жидкость можно давать с чайной или десертной ложки. Если больной может и хочет пить сам, то нужно поддерживать ему голову и шею через подушку так, чтобы ему было удобно пить. Больному, который не может сесть и поднять голову, нужно приобрести поильник или использовать маленький чайник для заварки чая, бутылочки с соской, употребляемые для маленьких детей. Для того чтобы ослабленный больной или больной с нарушением координации движений мог лучше удерживать поильник, используют специальные поильники с двумя ручками. Лучше иметь два таких сосуда: один для горячих напитков (чай, бульон), другой — для холодных. Можно использовать для питья также пластиковые соломинки, с помощью которых можно пить из любого сосуда, не меняя своего положения в кровати. Поить

больного надо понемногу и часто, ослабленным больным надо давать время для отдыха между глотками.

Часто больные, перенесшие инсульт, испытывают трудности при глотании. Такому больному легче проглатывать мягкую пищу, чем жидкости, которые сразу попадают в трахею и могут вызвать приступ кашля. Помогая такому больному есть, нужно соблюдать следующие правила:

- не оставлять больного одного, когда он ест;
- подавать больному пищу в рот сбоку, с неповрежденной стороны, так как он не сможет почувствовать пищу с поврежденной стороны, и она будет скапливаться у него за щекой;
- всегда поощряйте больного жевать тщательно и медленно;
- следите, чтобы он сконцентрировался на приеме пищи, необходимо устранить любые отвлекающие факторы, например выключить телевизор, радиоприемник и др.;
- следите, чтобы больной наклонял голову вниз при жевании;
- держите голову больного в приподнятом положении во время еды и в течение получаса после приема пищи.

Если больной может сидеть в постели и есть сам, то необходимо узнать у него, в какой именно помощи он нуждается.

Перед едой больного необходимо усадить в кровати, приподняв ему немного спину и поддерживая ее подушками. Если больной может двигаться, его нужно посадить в кровати, свесив ноги, под ноги поставить маленькую скамеечку для создания устойчивого положения. Убедитесь, что ваш больной находится в правильном положении для приема пищи. Затем больному вымыть руки, умыть, причесать, поправить одежду. Грудь больного прикрыть салфеткой, заложенной под подбородок. Для этой цели можно использовать полотенце или клеенчатый фартучек. Больной должен иметь свой столовый прибор, к которому он привык. Еду можно подать на подносе, выбрав нужную посуду, если еда подается в тарелке, следить, чтобы она лежала горкой. Если необходимо, пищу можно измельчить, например нарезать овощи, мясо, рыбу разломить на кусочки. Если больному удобно, он может есть с подноса или еду поставить на прикроватный столик, застелив его салфеткой. Чтобы посуда не скользила и была устойчива во время еды, нужно использовать специальную нескользящую салфетку, которая обеспечивает стабильное положение посуды.

Важно убедить больного по возможности самостоятельно есть самому. Во время еды вы можете поддерживать его за локоть, если у больного слабость в руке.

Для больных, вынужденных долгое время оставаться в постели, например медленно выздоравливающих после тяжелой болезни или хронических больных, необходимо использовать некоторые приспособления, которые облегчают прием пищи и располагают к частой еде. Для этого можно использовать надкроватные столики, состоящие из двух параллельных досок шириной 35—40 см, длиной 90 см каждая, соединенных с одной стороны деревянным столбом. Нижняя (ножная)

доска двигается на колесиках, что позволяет легко передвигать весь стол в любом направлении. При использовании стола его придвигают сбоку кровати, и нижнюю доску подводят под нее, так что верхняя доска закрывает кровать во всю ширину и служит больному прочным столом. На деревянной стойке, соединяющей обе доски и всего лишь на несколько сантиметров выдающейся вверх над плоскостью, на уровне которой лежит больной, приделано приспособление, поворачивая которое, можно произвольно удлинять стойку и таким образом поднимать стол или верхнюю доску выше или ниже и привести в надлежащее соотношение с кроватью и больным.

Для облегчения приема пищи можно использовать вспомогательные приспособления:

- вспомогательные приспособления для предплечья, облегчающие подъем руки до уровня рта (например, подвижные подставки для предплечья; поддерживающие ремни, одеваемые через голову);
- протезные приспособления, позволяющие поднять руку до уровня рта и обхватить предмет;
- ортопедические приспособления со специальным пазом, используемые при неподвижности кисти и неспособности обхватить предмет.

Можно использовать универсальную манжету на специальную посуду для больных с утратой хватательных движений. Например, вилки с эластичным ободком, тарелки с высокими бортиками, которые предотвращают риск уронить пищу. Тарелки с изогнутой внутренней стенкой и слегка приподнятым краем помогают накладывать пищу на вилку или ложку.

Круглая углубленная миска на подставке предназначена для тех, у кого только одна рука или нарушена координация движений. Подставка помогает избежать скольжения миски, предотвращает беспокойство и беспорядок во время еды. Нескользкие миски-ковшики со срезанными краями помогают при приеме пищи пациентам с нарушениями мышечного тонуса или имеющим только одну руку. Высокий край миски помогает накладывать пищу на ложку. Можно использовать тарелки с дополнительным ограничительным бортиком, удерживающим пищу при неловких движениях больного.

Нескользкая салфетка обеспечивает стабильное положение посуды и рекомендуется пациентам, имеющим только одну руку. Если нет салфетки, можно использовать мокрую скатерть или присоски.

Встроенные ручки на столовых приборах предназначены для пациентов с ослабленными хватательными движениями. Пациенты могут использовать столовые приборы с квадратными, круглыми или овальными ручками различной длины малого, стандартного или тяжелого веса.

При нарушении движения кисти, пальцев или руки рекомендуется применять вилки или ложки с шарнирным механизмом.

Пластиковые рукоятки для столовых приборов улучшают способность захвата их рукой для больных, имеющих проблемы с движением кисти.

Для пациентов с ослабленными хватательными движениями рекомендуются ножи со специальной пластиковой ручкой.

Ножи с закругленными краями могут использоваться пациентами, имеющими только одну руку.

Для более эффективного разрезания пищи можно использовать пилообразные ножи.

Больным с ограниченной свободой движения можно использовать удлиненные вилки и ложки, которые с помощью шарнирной гайки крепятся в удобном положении, облегчая прием пищи.

Разделочная доска с уголками из пластмассы или нержавеющей стали удобна для резки овощей, фруктов, нарезания хлеба. Рекомендуется пациентам, имеющим только одну руку. Доска с двумя или тремя штырями рекомендуется для фиксации пищи и ее разрезания.

Для того чтобы облегчить питье пациентам с утратой хватательных движений, рекомендуются чашки на подставках, кружки с двумя ручками. Чашки с вырезом для носа могут использоваться пациентами с ограничением движения шеи. Они обеспечивают правильное положение подбородка во время питья.

Чашка со съемной крышкой, снабженная носиком, ограничивает проливание и протекание жидкости при питье.

Кружки с широким дном обеспечивают устойчивость.

Для открывания консервов удобны электрические открывалки. Их следует оснастить резиновыми прокладками, чтобы предотвратить скольжение при открывании.

Для стабилизации посуды во время ее использования рекомендуется доска или кусок фанеры с отверстием необходимого размера. Широкая рама на присосках может быть использована для стабилизации кастрюли или сковороды во время размешивания пищи.

Для того чтобы избежать ожогов во время приготовления пищи, можно использовать микроволновую печь.

Для мытья посуды можно использовать тазик, если пациент не может пользоваться раковиной.

Использование резиновых перчаток для защиты рук во время мытья посуды рекомендуется пациентам, имеющим повышенную чувствительность к горячей воде.

Щетки на подставках с присосками удобны для мытья посуды.

Вспомогательные приспособления, облегчающие прием пищи и ее приготовление, особенно полезны больным, которые во многом самостоятельны и могут обходиться без посторонней помощи.

После еды предложить больному воду для полоскания рта. Затем вытереть рот больного салфеткой, вымыть руки, если необходимо, вымыть лицо больного, убрать посуду и навести порядок на столе. После приема пищи больного удобно уложить в кровать.

«**Золотым правилом**» является требование того, что пациент не должен принимать пищу, лежа в постели. Сидя в кресле, он учится самостоятельно принимать пищу с поставленного перед ним прикроватного столика, который должен легко устанавливаться, «окружая» больного, что уменьшает возможность провисания руки.

При затрудненном глотании кормление пациента проводится только в положении сидя (опора под спину); выбирается поза, обеспечивающая безопасное и эффективное глотание (наклон головы вперед, поворот ее в пораженную сторону в момент проглатывания пищи).

Необходимо знать, что:

- еда ставится на столик с пораженной стороны;
- одновременно нужно класть в рот небольшое количество пищи;
- не следует давать напитки одновременно с пищей;
- необходимо кормить пищей определенной консистенции («мягкая» пища, густое пюре, жидкое пюре) и поить жидкостью консистенции мусса, йогурта, киселя, сиропа. Готовьте пищу в миксере, добавляйте в блюда сметану, сливки, масла, подливы, избегайте грубой, раздражающей пищи, избегайте горячих или холодных блюд, продуктов, которые могут прилипнуть к слизистой полости рта или к твердому небу, кормите маленькими кусочками;
- голова не должна запрокидываться назад во время приема пищи;
- необходимо отводить достаточно время для кормления. Не следует торопить пациента;
- после приема пищи пациент сохраняет вертикальное положение в течение 30 минут.

Учим заново самостоятельно держать ложку. Для облегчения захвата ложки или вилки можно увеличить объем ручки столового прибора, использовать поролон или резиновую трубку. Рекомендуем использовать глубокие, не скользящие по поверхности стола тарелки, чтобы избежать проливания пищи. Чашки лучше использовать пластиковые, лучше с двумя ручками.

Для предупреждения развития пептических язв используют обволакивающие средства: альмагель, фосфалюгель.

## Рекомендуемые продукты для пациентов после перенесенного инсульта

Предпочтения	Ограничения	Исключить
	<i>Жиры</i>	
-	Растительное масло	Все животные жиры, сало, сливочное масло, маргарин
	<i>Рыба</i>	
Красная, речная (2 раза в неделю)	Жирные сорта (осетровые, палтус)	Икру
	<i>Мясо, птица</i>	
Курица без кожи	Все сорта мяса без жира	Мозги, почки, печень, язык, колбасы, сосиски
	<i>Яйца</i>	
Белок	Не более 2 раз в неделю	-
	<i>Молочные продукты</i>	
Нежирное молоко, кефир, творог	Цельное молоко, сыр 1—2 раза в неделю	Жирное молоко, сметана, сливки
	<i>Фрукты, овощи</i>	
Все фрукты, бананы, бобовые	Картофель (1 раз в неделю)	Приготовленные на сливочном масле, варенье и джемы
	<i>Зерновые</i>	
Овсяная, гречневая каша, рисовая, ржаной хлеб	Белый хлеб, макаронные изделия	Выпечка, сдоба
	<i>Напитки</i>	
Зеленый чай, мин. вода, натур, соки	Сахар до 2 чайных ложек в день	Шоколад, конфеты, пастила

Запомнить! Соль до 4 г в сутки.

Употреблять в пищу достаточное количество жидкости (объем жидкости следует уточнить у врача) и не менее 120 г белка; это количество белка нужно набрать из разных любимых пациентом продуктов как животного, так и растительного происхождения.

### *Лечебное питание при инсульте*

Лечебное питание воздействует на нарушенные функции организма в направлении нормализации нервных, обменных процессов, свертывающих свойств крови, улучшения состояния проницаемости сосудистой стенки. Это достигается, с

одной стороны, ограничением калорийности (т.е. ограничением животных жиров и легко всасываемых углеводов), поваренной соли, некоторых других веществ; с другой — обогащением рациона растительными маслами, клеточными оболочками, продуктами моря, витаминами С, Р и группы В, солями калия и магния.

Распределение пищи в течение дня должно быть равномерным (не менее 4—5 приемов в день), последний прием необильный, не позднее чем за 2 ч до сна.

Вся пища готовится без соли, по согласованию с врачом разрешается добавлять в пищу за день не больше 4—5 г поваренной соли (1 чайная ложка). Пища готовится преимущественно в отварном или запеченном виде. Количество жидкости до 1,5 л в день.

Больным разрешаются следующие блюда и продукты.

Хлеб и хлебобулочные изделия — хлеб преимущественно ржаной, грубого помола, отрубный, несдобное печенье, хрустящие хлебцы, бисквит (при склонности к тучности хлебобулочные изделия ограничиваются).

Супы — преимущественно вегетарианские, овощные (борщи, щи, свекольники), крупяные, молочные, фруктовые; нежирный мясной суп 1 раз в неделю.

Блюда из мяса и птицы — из нежирной говядины, баранины, свинины, курицы, индейки, преимущественно в отварном или запеченном виде или обжаренные после отваривания.

Блюда из рыбы — из разнообразных сортов рыбы (треска, окунь, навага, сайда, щука, карп, судак и др.); один раз в неделю разрешается вымоченная сельдь.

Блюда из яиц — белковые омлеты, цельные яйца (2—3 шт. в неделю).

Блюда из овощей и зелени — винегреты и салаты с растительным маслом из разнообразных овощей (картофель, капуста цветная и белокочанная, тыква, кабачки, помидоры, огурцы свежие и малосольные), разрешаются также лук, чеснок, петрушка, укроп, ограничиваются фасоль, горох, бобы, щавель, шпинат, резко ограничиваются грибы; блюда из фруктов, ягод и фруктовые соки — любые, ограничиваются виноград и виноградный сок.

Блюда из круп и макаронных изделий — каши, пудинги из овсяной, гречневой, рисовой, пшеничной круп, из макарон и вермишели, плов (при избыточной массе тела крупы и мучные изделия следует ограничить).

Блюда из молока, молочных продуктов — молоко и творог в натуральном виде и в виде блюд, кефир, простокваша, ацидофилин, кумыс, неострые сорта сыра, резко ограничиваются сметана, сливки, мороженое.

Жиры — преимущественно растительные (до 30 г в день), сливочное масло (до 20 г в день).

Сладости — сахар (до 40 г в день), мед, варенье, джем вместо сахара (при избыточной массе тела сладости ограничиваются). Противопоказаны при сахарном диабете.

Напитки — некрепкий чай, кофе, фруктовые, ягодные, овощные соки, в том числе томатный; минеральные негазированные воды по назначению врача.

Больным запрещаются: жирное мясо, крепкие мясные бульоны, мозги, внутренние органы животных, икра, свиное, говяжье, баранье сало, крем, сдоба, острые, соленые, жирные закуски, какао, шоколад, алкогольные напитки.

### **Предлагаем вам примерное меню на 1 день:**

*Завтрак:* омлет из 2 белков или овсяная каша, чай или кофе с молоком.

*Второй завтрак:* бефстроганов из отварного мяса, творог, яблоко или отвар шиповника.

*Обед:* вегетарианский суп, отварное мясо с овощами, компот из яблок.

*Ужин:* отварная рыба с картофельным пюре, плов с фруктами, чай с молоком.

*На ночь:* стакан простокваши или чернослив.

### ***Рецепты диетических блюд***

#### **Омлет со шпинатом, луком, грибами и помидорами**

Обработайте сковороду растительным маслом и разогрейте. Листья шпината, лук, грибы и помидор пассируйте примерно 2 минуты, пока овощи не станут мягкими. Переложите овощи на тарелку. Вымойте сковороду, вновь поставьте на огонь и смажьте поверхность оливковым маслом.

Вылейте в сковороду яичные белки и по мере поджаривания краев омлета приподнимайте их, чтобы жидкий белок подтекал вниз. Когда омлет застынет, на короткое время переверните его, чтобы прожарить верхнюю сторону. Положив сверху пассированные овощи и травы, сложите омлет пополам и подавайте.

*На одну порцию необходимо:* растительное масло, одна чашка свежих листьев шпината, 2 ч. л. мелко нарезанного лука, два нарезанных шампиньона, 2 ст. л. нарезанного кубиками помидора, 1 ч. л. оливкового масла, четыре яичных белка, взбитых вилкой, 1 ч. л. свежих порубленных трав или 1/4 сушеных.

Пищевой анализ порции: калории — 135; белки — 17 г; жиры — 5 г; углеводы — 7 г; клетчатка — 2 г.

#### **Овощная запеканка**

В овощах имеются необходимые для организма питательные вещества: углеводы, белки, минеральные соли и витамины. Овощи практически не содержат жиров.



*Ингредиенты:* 1 красный сладкий перец, 1 зеленый сладкий перец, 1 желтый сладкий перец, 70 г цветной капусты, 70 г брокколи, 1 яйцо, 1/3 стакана молока, 40 г сыра, соль, перец черный молотый.

Калорийность 1 порции — 1 78 ккал.

1. Цветную капусту промойте и разделите на соцветия, помытую брокколи также разберите на кочешки, опустите их в подсоленную кипящую воду и варите 1—2 мин, после чего откиньте на дуршлаг.

2. Перцы помойте, удалите сердцевину и нарежьте кубиками.

3. В огнеупорную форму слоями выложите перец, цветную капусту и отваренные кочешки брокколи.

4. Яйцо взбейте с солью, добавьте молоко и тертый сыр, приправьте специями. Приготовленной смесью залейте овощи и запекайте в духовке в течение

20—25 мин при температуре 180—200°C.

### **Запеканка из цветной капусты**

Суточную потребность организма в витамине С восполняет всего 50 г этого замечательного овоща.

*Ингредиенты:* 250 г цветной капусты, 3 ст. л. тертого сыра, 2 ст. л. панировочных сухарей, 4 ст. л. молока, 3 ст. л. растительного масла, 0,5 ч. л. орегано, соль, перец черный молотый.

Калорийность 1 порции — 180 ккал.

1. Цветную капусту промойте, обсушите в полотенце и разберите на соцветия. Затем опустите их в кипящую подсоленную воду и варите до готовности. Готовую капусту откиньте на дуршлаг, чтобы стекла лишняя жидкость.

2. В отдельной посуде смешайте тертый сыр, панировочные сухари, специи.

3. Смесью залейте молоком и добавьте растительное масло.

4. В форму с высокими стенками выложите отваренную капусту, залейте подготовленной смесью и запекайте в духовке при температуре 200°C в течение 10—15 мин.

### **Компоты как альтернатива фруктовым сокам**

Компот из сухофруктов может быть идеальным дополнением к ежедневному рациону, но только с одним условием — он должен быть правильно сварен. Рецепт компота без сахара на полтора-два литра воды.

1. Доводим воду до кипения.

2. Берем горсть сухого чернослива, две горсти шиповника, горсть кураги и две-три горсти изюма (количеством изюма регулируется сладость компота, чернослив и шиповник регулируют кислоту).

3. Засыпаем сухофрукты в кипящую воду.

4. Закрываем крышкой и ждем меньше минуты (пока крышка не нагреется)

5. Выключаем плиту, оставляем кастрюлю на той же комфорке (это обязательно) и накрываем полотенцем. Все, через полчаса компот готов, но лучше подождать пару часов, и он будет более насыщен.

## **ПАМЯТКА ААЯ РОДСТВЕННИКОВ БОЛЬНОГО**

Как помочь близкому человеку, перенесшему инсульт приспособиться к жизни, так неожиданно изменившейся для него?

Особое внимание необходимо обратить на нарушения речи, поскольку именно они в первую очередь затрудняют привычное общение и усугубляют переживания пациента. Обычно о том, что у больного имеются речевые расстройства, родные узнают, когда тот еще находится в неврологическом отделении больницы. Хорошо, если в отделении есть логопед, который сразу начнет заниматься с больным, а затем даст родным рекомендации или направит пациента после выписки к логопеду в поликлинику. Однако так бывает не всегда, и нередко родным путем проб и ошибок самим приходится учиться общаться со своим близким, утратившим речь.

Дефекты речи проявляются, главным образом, в виде дизартрии или афазии. При дизартрии, как правило, происходит нарушение только звучащей речи: речевое дыхание становится неглубоким, произношение звуков неразборчивое, «смазанное», изменяется тонус мышц губ и языка, часто повышается слюноотделение. При этом больные понимают обращенную речь, читают «про себя» книги и газеты, правильно пишут.

Афазия — более сложное нарушение, в результате которого речь страдает как средство общения и мышления. В зависимости от расположения основного очага сосудистого поражения мозга существует несколько видов афазии. При одних видах афазии нарушается понимание речи из-за трудностей различения звуков на слух, при других — больше страдает произношение: речь становится неплавной, обрывистой, при попытках заговорить один звук часто заменяется другим. Часто больной жалуется на то, что «забыл все слова». Большинству таких пациентов не удается ни прочитать, ни написать звуки и слова, которые они не могут произнести или произносят с ошибками. Степень выраженности афазии может быть разной — от самой легкой, проявляющейся незначительными трудностями в разговоре, до почти полной потери речи.

Работать с пациентом над восстановлением речи должен грамотный логопед. Родные же, общаясь с больным в быту, дома, должны говорить медленнее, чем обычно, использовать простые слова и фразы, сопровождать свои слова жестами и, возможно, рисунками. Все это поможет выяснить, насколько человек понимает речь и владеет неречевыми средствами общения. Учитывая возможности больного, необходимо помочь ему попробовать объясниться самому, подобрать удобные для этого средства. Можно и нужно предоставить больному тетрадь и карандаш, попросить его списать ряд цифр, букв, собственное имя, нарисовать бытовые предметы. Любые попытки больного человека самостоятельно общаться надо одобрять и поощрять, делая акцент на успехах. Важно сравнивать нынешнее

состояние больного не с тем, которое было до болезни, а с тем, которое было вчера или неделю назад.

### **Терапия занятостью**

Кроме нарушений речи, родным надо обратить внимание на то, быстро ли устает больной, в течение какого периода времени он способен сконцентрировать внимание на одном и том же занятии. Очень часто после инсультов нарушается способность ориентироваться в пространстве, которая, правда, со временем восстанавливается. В более легких случаях больной путает право-лево, не может определить время по часам. Учитывая все вышесказанное, важно не перегружать больного, постараться правильно дозировать нагрузку (соотношение отдыха и занятий) и разумно организовать его распорядок дня.

Многие больные из-за параличей и парезов становятся инвалидами I—II группы. Специалисты подчеркивают, что это является мощнейшим психотравмирующим фактором. Больной не должен чувствовать себя обузой для семьи, поэтому ему необходима так называемая «терапия занятостью».

Нужно привлекать больных к посильным домашним делам, не позволяя им часами сидеть перед телевизором и погружаться в болезненные переживания. Зачастую большинство жизненных навыков больному приходится осваивать заново; застегивание пуговиц, завязывание шнурков, зажигание конфорок на газовой плите — все эти простейшие операции превращаются для перенесшего инсульт человека в сложные задачи, которые следует выполнять в несколько этапов. Для восстановления речи и других психических процессов подходят многие развивающие игры для маленьких детей, в особенности помогающие развитию мелкой моторики.

К сожалению, некоторые больные обижаются, когда им предлагают заниматься по таким «пособиям», воспринимая это как намек на свою ущербность и беспомощность. В таком случае восстановление мелкой моторики можно осуществлять под «прикрытием» выполнения хозяйственных дел: перебирания гречневой крупы или пшена, очищения ягод и плодов от веточек и косточек.

### **Тренировка речи**

Поощряйте человека к разговору.

Вовлекайте его в беседу, здоровайтесь и прощайтесь с больным.

Если больной не может назвать какие-то предметы, постарайтесь употреблять их названия в своей речи.

Помогайте больному пользоваться телефоном.

Если на первых порах речь невнятная, по мере восстановления помогайте исправлять ошибки.

Помогайте увеличить запас слов.

Если больной человек раздражен или расстроен, смените тему.

### **Улучшение внимания**

Используйте игры, тренирующие память. Положите на стол несколько разных предметов, затем накройте их и попросите больного вспомнить, что там лежало. В первое время избегайте сложных интеллектуальных игр. Спрашивайте, что произошло за прошедший день, а если человек не может ответить, пусть он укажет на написанное слово.

### **Счет**

Монетки помогают вновь научиться считать. Если есть возможность, ходите вместе в магазин. В зависимости от уровня понимания разбирайте простой счет, сложение, умножение, деление. Полезно также играть в домино и лото.

### **Понятия, связанные со временем**

Помогайте больному подводить часы, напоминайте ему время еды и пробуждения, используйте календарь. Употребляйте в разговоре с больным название месяцев и вспоминайте важные даты для него.

### **Письмо и рисование**

В доме должны быть принадлежности для письма и рисования. Играйте с больным в простые игры типа крестики-нолики и понемногу рисуйте. На каждой работе ставьте дату. Это позволит следить за успехом больного. Обсуждайте цвета и оттенки, подбирайте предметы, соответствующие друг другу по цвету. Давайте задания, направленные на определение формы предмета. Пишите вместе с больными открытки к праздникам.

### **Общение с домашними животными**

Общение с домашними животными способно ускорить выздоровление больного! Статистика показывает, что у владельцев домашних животных снижается АД, а также уровень холестерина в крови, что уменьшает у них вероятность инфаркта и инсульта. Причина заключается в том, что общение с животными снимает стресс и способствует лучшему качеству жизни.

Следите за достигнутыми успехами.

Успехи, достигнутые в процессе восстановления, оценивают с помощью специальных тестов, но полезны и ваши собственные наблюдения. При улучшении состояния больного вам будет легче общаться с ним, помогая справляться с требованиями повседневной жизни.

### **Признаки улучшения таковы:**

- больной человек ожидает вашего прихода в назначенное время или помнит, что вы назначили какую-либо встречу;
- он начинает проявлять интерес к окружающему;

- он может найти слово в словаре или найти имя в записной книжке;
- он может следовать графику приема лекарств;
- он проявляет инициативу в том или ином деле.

### **Навыки самообслуживания**

При наличии динамического равновесия учим пациента сидя надевать футболку, рубашку, брюки, умываться за прикроватным столиком, мыть руки, причесываться, чистить зубы. При наличии статического положения пациент выполняет гигиенические процедуры, стоя у раковины. Чтобы удобнее было осуществлять «захват» таких предметов, как зубная щетка, расческа, можно использовать резиновую или поролоновую трубку, закрепленную на ручке предмета.

Как только пациент хорошо справится с заданием, задачу следует усложнить. Так пациент становится все более независимым в быту.

### **Практические советы по ведению домашнего хозяйства**

- Если нужно перенести предметы из одной комнаты в другую, используйте столик или тележку на колесиках.
- Некоторые предметы можно перенести, имея на одежде большие карманы.
- При выполнении домашней работы — мытье посуды, ручной стирки, глажении белья, уборке помещений, пользовании бытовыми предметами — спина должна оставаться в прямом положении. Не нагибайтесь, лучше встаньте на колени или на корточки.
- Продукты из магазина можно носить в сумке с ремнем через плечо. Старайтесь распределять вес переносимых предметов равномерно, используя обе руки.

### **Полезные советы, которые сохраняют силы пациентов**

- Расположить домашнюю утварь так, чтобы исключить наклоны и подъемы «на носочки».
- На кухне должны быть стулья разной высоты для правильного положения тела при выполнении домашней работы.
- По возможности использовать бумажные полотенца, одноразовую посуду, замороженные продукты или полуфабрикаты.
- Сделать длинные ручки для щеток, веника, швабры, тогда не придется наклоняться.
- Чтобы посуда не скользила по столу, можно подстелить мокрое полотенце или приспособить доску из нескользящего материала.
- Использовать предметы по уходу, которые легко удерживать в руке.
- Использовать кисть руки будет легче, если предплечье поддерживать на определенной высоте (стол с регулируемой высотой, кроватиный поднос на ножках, поддержки для предплечья, прикрепленные к подлокотникам кресла).
- Чтобы легче было держать ручку в руке, можно одеть резиновую или поролоновую насадку.

- На стенах комнат, коридора, кухни прикрепить ручки (деревянные) для облегчения передвижения больного, особенно с нарушенной координацией движений.

- Обычные бытовые движения у людей с ограничением самообслуживания вызывают трудности и порой становятся невыполнимыми, использование простых приспособлений расширяет возможности пациента, особенно при отсутствии помощника.

Если человек сохраняет хоть малейшую самостоятельность и активность – обязательно поощряйте его к самообслуживанию.

### ***Комплекс примерных упражнений лечебной гимнастики***

#### ***после инсульта***

Если тонус мышц на одной стороне еще не восстановился, выполняйте упражнения с помощью родственников. Каждое упражнение делаем по 6-8 раз, дыхательные - по 3-4 раза. Начинаем каждое упражнение со здоровой стороны, затем это же упражнение повторяем на больной. Стараемся выполнять упражнения точно. Начинаем занятие с контроля пульса.

#### Лежа на спине:

- > Руки вдоль тела: спокойное, полное дыхание
- > Энергичное сгибание стоп, напрягая ноги
- > Широкие круговые вращения стопами в обе стороны
- > Вдавливая колени, напряжение обеих бедер
- > Поочередное поднятие ноги вверх
- > Поочередное сгибание ноги в колене, обхватывая руками
- > Спокойное дыхание

#### Сидя на стуле:

- ⤵ Одновременное и поочередное поднятие на носки, напрягая мышцы голени
- > Поочередное выпрямление ноги вперед с напряжением бедра
- > Сидя на кончике стула, держась за сиденье: поочередное отведение прямой ноги в сторону

#### Стоя:

- > Ходьба на месте, поднимая колено повыше
- > Руки опущены: поворот прямой руки внутрь и наружу

- > Руки на пояс: легкие наклоны туловища в сторону
- > Шаг вперед, разводя руки в стороны
- > С палкой: поднятие палки вверх (дыхание)
- > С палкой: имитация гребли вперед и назад
- > С палкой: палка впереди вертикально - поворот туловища с отведением руки
- > Ходьба с перешагиванием через предметы на полу (кубики)
- > Ходьба по линии, начерченной на полу
- > Сидя на стуле: поднятие рук через стороны вверх (вдох), опустить руки, расслабиться.

Контроль артериального давления.

## **КАК УЛУЧШИТЬ КООРДИНАЦИЮ ДВИЖЕНИЙ**

При нарушении мозгового кровообращения могут страдать области мозга, ответственные за координацию движений, т. е. за их слаженность, точность, соразмерность. Следствием этого становятся нарушения равновесия в положении стоя, пошатывания- при ходьбе, нарушение тех действий, выполнение которых требует скоординированных движений рук. Такое состояние называется атаксией.

*Упражнения, рекомендуемые для тренировки координации движений*

1. Маховые движения в крупных суставах, повороты и наклоны корпуса.
2. Плавные движения в отдельных суставах руки или ноги по определенной траектории с остановками по команде.
3. Попадание в цель рукой или ногой.
4. Броски в цель с постепенным возрастанием массы предмета и удаленности цели, уменьшением площади цели.
5. Глазодвигательная гимнастика:
  - фиксация глазами неподвижной точки с медленными поворотами и наклонами головы (продолжая фиксировать эту точку),
  - движения глазами в различных направлениях при неподвижной голове.

По мере уменьшения головокружения и нарушений координации увеличивается амплитуда движений глазных яблок и число повторений упражнения.

6. Поддержание равновесия в положении сидя, стоя с постепенным уменьшением площади опоры и увеличением дестабилизирующих влияний (например, раскачивающие движения рук, внешние толчки)

7. Тренировка равновесия при ходьбе с постепенным ее усложнением (ходьба по следовой дорожке, по неровной поверхности, передвижение спиной или боком вперед, сочетание ходьбы с глазодвигательной гимнастикой)

### ***Приемы самомассажа пациентам, перенесшим инсульт***

1. Поглаживание 2. Растирание 3. Разминание 4. Вибрация

При поглаживании руки массажиста должны оказывать равномерное давление на массируемый участок и легко скользить по коже. Направление движения рук - по ходу лимфатических сосудов, т.е. от кончиков пальцев (рук, ног) до подмышки (паха), на спине - от поясницы вверх, в области поясницы - от позвоночника в стороны, суставы массируются по кругу (в любую сторону).

Легкое поглаживание вызывает расслабление мускулатуры и успокаивающе действует на нервную систему, снимает или уменьшает боли, энергичное оказывает тонизирующий эффект. Поглаживание способствует улучшению оттока крови и лимфы, активизирует функцию кожи, тонизирует сосуды, уменьшает болевые ощущения.

При растирании оказывается глубокое действие, так как оно массирует кожу и подлежащие ткани. Этот прием более эффективен, чем поглаживание.

Растирание способствует рассасыванию патологических отложений, усиливает местное кровообращение и, следовательно, улучшает питание тканей. Растирание может оказывать и местное болеутоляющее действие.

Разминание - довольно сложный прием, применяемый при массировании мышц. Его возбуждающее действие выражено сильнее, чем при использовании других приемов. Разминание можно выполнять ладонью, кулаком, несколькими пальцами, большим пальцем.

Вибрация завершает сеанс массажа и может выполняться с разной интенсивностью. Выполнять этот прием можно и вибромассажерами. Целевое



назначение приема - расслабление мышц, а ударные приемы вибрации увеличивают тонус мышц.

### *Как правильно делать массаж?*

1. Массажные движения не должны вызывать болезненных неприятных ощущений, не должны оставлять на теле кровоподтеков, нарушать кожный покров. Однако массаж следует проводить достаточно энергично, должно появиться ощущение тепла, расслабленности и улучшения настроения.
2. Продолжительность самомассажа зависит от задач - от 3 до 25 мин., что решается в каждом конкретном случае индивидуально.
3. Надо выбрать наиболее удобную позу, чтобы все мышцы массируемой области были расслаблены, т.е. принять так называемое среднее физическое положение, когда все суставы конечностей согнуты под определенным углом. Данную позу следует сохранить до конца сеанса, что важно при самомассаже нижних конечностей. Так, область живота лучше массировать в положении лежа на спине с согнутыми в коленях ногами. При повреждениях кожи (ссадины, царапины, высыпания, порезы) необходимо обработать их перед процедурой или заклеить лейкопластырем. При самомассаже следует обходить, поврежденные участки. При наличии густого волосяного покрова самомассаж проводят через тонкое хлопчатобумажное или шерстяное белье. *Лимфатические узлы массировать нельзя.* Все движения выполняют по направлению к ближайшим лимфатическим узлам, учитывая направление лимфотока.
4. Самомассаж нельзя проводить при острых лихорадочных состояниях, воспалительных процессах, кровотечениях, на участках тела, где имеются гнойники (экзема, лишай, фурункулы, грибковые заболевания, тромбозы, варикозные расширения вен), а так же во всех случаях, когда массаж противопоказан.
5. При самомассаже можно применять средства, способствующие лучшему скольжению или обезболиванию, оказывающие рассасывающее действие. Однако лучше выполнять самомассаж просто чистыми теплыми руками.

### **Памятка для больного: как можно противостоять изменениям памяти?**

Избегайте спешки и уделяйте больше времени решению обычных для вас задач. При планировании своего дня отводите больше времени для выполнения той или иной работы. Избегайте ситуаций, в которых вам придется спешить. Давайте себе паузу для

размышления (время на обдумывание и осознание своих действий) Пауза позволит вам сосредоточить внимание на нужном предмете, поможет противостоять отвлекающим моментам и посторонним помехам.

2. Подбадривайте свой мозг. Когда вы чувствуете, что внимание ослабевает, сделайте перерыв в умственной занятии, поднимитесь, разомните ноги, подышите свежим воздухом, займитесь физическими упражнениями. Обеспечьте себе хорошее освещение. Если у вас устала спина, пересядьте на другой стул.

3. Не переживайте сильно по поводу своей забывчивости. Внешние помехи с возрастом могут сильно ухудшить работу памяти. Используйте следующие приемы для улучшения сосредоточения внимания. Если вы заняты важным делом, постарайтесь, чтобы вам не мешали. Когда вы что-то слушаете, попробуйте смотреть на какую-то нейтральную точку на земле или на полу. Когда вы заняты чтением, выключите радио.

4. Концентрируйте внимание только на одном деле. Не делайте больше одного дела одновременно.

5. Старайтесь избавиться от гнетущих и навязчивых мыслей. Тревога, беспокойство мешают работе головного мозга. Депрессия может стать главной причиной возникновения проблем с памятью. Избавление от них приводит к значительному улучшению памяти, мышления. Для того чтобы не переживать старое и не предаваться мрачным размышлениям, важно сохранять свою жизненную активность, находить для себя интересные занятия, новый род деятельности, который был бы вам по душе, стимулировал ваш ум и помог украсить жизнь окружающих вас людей. Продолжайте занимать свой ум и развивать свои таланты. Чтобы улучшить настроение, можно обратиться к природе или музыке. Всякий переход к активным действиям отвлекает вас от созерцания своего несчастья. В то же время любая бездеятельность угнетает дух и ускоряет деградацию памяти.

6. Обучитесь приемам эмоционального и мышечного расслабления. Напряжение, озабоченность мешают работе памяти и внимания. Существуют простые упражнения, чтобы научиться расслаблять свои мышцы легко и быстро.

#### *Упражнения для расслабления мышц*

- Сядьте на удобный стул, не скрещивая ног, ступни на полу. Расстегните слишком тугую одежду и не напрягайте ног. Опираясь пятками на пол, вытяните пальцы ног вперед. Напрягите мышцы стоп и голеней. Сохраняйте такое положение 10 секунд, затем снимите напряжение с мышц. Поднимите ноги параллельно полу, отгибая пальцы стоп к себе. Оставайтесь в таком положении 10 секунд, а затем расслабьтесь. Поднимите руки горизонтально, параллельно полу. Сожмите кулаки и с усилием напрягайте всю руку. Делайте это в течение 10 секунд, затем расслабьте руки (это

упражнение можно выполнять только в том случае, если напряжение мышц не сопровождается значительным подъемом артериального давления). • Сядьте поудобнее, не скрещивая рук и ног. Глубоко вдохните, втягивая воздух постепенно, через нос. Выдохните плавно, тоже через нос. Представьте себе, что вы лежите на берегу моря и наблюдаете за движением волн. Мысленно представьте себе, как легко набегают на берег волна (вдох) и с тихим плеском откатывается назад (выдох).

7. Измените свои установки относительно возможности улучшить память. Обучиться тренирующим память приемам можно только в том случае, если исчезнут сомнения в их пользе. Веря в успех, вы обязательно его добьетесь. Необходимо выявить у себя отрицательные установки относительно возможности улучшить память и заменить их на положительные. Все предложенные ниже изменения в установках повлияют на память. К типичным негативным установкам относятся следующие:

А) «У меня плохая память, потому что я стар» или «потому что я перенес инсульт». Вместо этого говорите себе: «Возможно, что моя память несколько ослабла, но я могу работать и использовать наилучшим образом то, что у меня остается».

Б) «Хорошая память уже не нужна мне». Вместо капитуляции и самообесценивания скажите себе: «Мой опыт и знания еще нужны многим людям».

В) «Я не в состоянии улучшить свою память». Психологи доказали, что память можно улучшить в любом возрасте, если человек хочет этого. Скажите себе лучше: «Прибегая к небольшой посторонней помощи и надлежащим методам, я смогу улучшить свою память».

Г) «Я должен был добиться большего успеха. Это отнимет слишком много времени». Скажите себе, что для успеха нужно время.

Не считайте нижеперечисленные упражнения тяжелой обязанностью, рассматривайте их как игру. Тогда вы получите удовольствие и через некоторый период тренировок обязательно добьетесь успеха.

8. Выполняйте упражнения для тренировки внимания и памяти. *Упражнения для улучшения способности к концентрации* Цель упражнений — сохранить внимание на определенном объекте или занятии, не позволяя вытеснить его другими мыслями.

- Возьмите предмет (часы, ключи или какой-то другой предмет), осмотрите его внимательно в течение 30 секунд, затем закройте глаза и мысленно воспроизведите его как можно точнее. Если некоторые детали не представляются четко, посмотрите на предмет снова, затем закройте глаза, повторите упражнение, и так до полного воспроизведения.

- Включите радио, затем постепенно уменьшите громкость, установите самый низкий предел громкости, когда еще можно понимать, и слушайте, что говорят. Выполнять упражнение не более 3 минут.
- Закройте глаза, мысленно представьте себе цифру «1». Когда вы четко ее «увидели», «сотрите» и на ее место поставьте цифру «2». Продолжайте таким образом до 10.
- Опишите, чем был занят ваш вчерашний день, по минутам, с тем чтобы иметь полную картину вчерашнего дня. Если у вас появится провал в памяти, займитесь чем-нибудь другим, а через четверть часа или через полчаса попытайтесь вспомнить еще раз.
- Считайте в обратном порядке, начиная с 200, отнимая от каждого следующего числа 3 или 6.
- Представьте лицо человека, которого вы часто видите. Вы отметите, что вы о нем имеете только общее представление., а детали ускользают. Дополните ваши наблюдения, когда увидите человека вновь, и начните упражнение вновь, до того момента, пока вы не будете представлять его совершенно четко.
- Выберите стихотворение, читайте его медленно и внимательно, останавливая себя на каждом важном слове для точного отражения в сознании содержания. Не давайте вашему вниманию переключаться на проблемы, не относящиеся к стихотворению

#### *Упражнения для тренировки наблюдательности*

- Остановитесь на 15 секунд перед витриной магазина. Продолжая путь, вспомните максимальное число выставленных на витрине предметов.
- Опишите здание, пейзаж, картину, лицо человека, придерживаясь следующей последовательности:
  - общая форма, объем, оценка размеров и пропорций;
  - общая структура (вид, внешность, стиль, цвет);
  - осмотр различных частей;
- осмотр маленьких деталей внутри этих частей. В процессе анализа вы разбиваете записываемую мозгом информацию на ряд категорий, которые будут служить вам опознавательными знаками при извлечении из памяти. Сопровождайте увиденное комментариями личного порядка (как импровизированными, так и целенаправленно планируемыми): Что поразило меня? Что именно мне нравится, а что не нравится?

### *Упражнения для улучшения запоминания путем*

#### *создания зрительных образов*

Суть упражнений заключается в мысленном создании образа (картинки), которая надолго удерживается в памяти.

- Составьте список слов (например, «кот», «часы», «дерево») Закройте глаза и для каждого предмета постарайтесь добиться наиболее четкого образа-картинки, давая эмоциональную окраску и представляя себе внешний вид данного предмета, его вкус, запах, звуки, которые он может издавать. Через некоторое время переходите к другому предмету.

- С закрытыми глазами попытайтесь мысленно объединить 2 или 3 предмета

- Попробуйте представить себе движущуюся картинку. Потренируйтесь с чисто вымышленными картинками (например, молоток, который сам бьет по гвоздю) Соедините два каких-либо предмета таким образом, чтобы один из них двигался по направлению к другому и сталкивался с ним.

- Представьте себе любую сцену, в которой центральный персонаж (например, вы) находитесь среди других и в которой что-то происходит (в магазине, на улице, дома).

- Попробуйте зримо нарисовать в уме образы, возникающие при чтении стихотворения. Читая строку, нарисуйте ее в воображении, а затем закройте глаза и восстановите в уме связанные с нею образы.

### *Упражнения для тренировки наблюдательности*

- Найдите конкретные зрительные образы, которые могут ассоциироваться с абстрактными словами (зима, бедность, время, свобода, виновность, скука, нежность)

- Составьте список из 5—6 слов, выбирая слова случайным образом, например, из журнала. Придумайте небольшую историю и представьте ее в своем воображении.

- Составьте список покупок. Сформируйте мысленные ассоциации. Через час попытайтесь воспроизвести список.

- Подумайте о том, что вам необходимо сделать завтра. Постарайтесь найти подходящие ассоциации и представить их в виде зрительных образов, которые напомнят вам о том, что и в какой последовательности вы должны сделать.

- Выберите хорошо знакомую вам комнату и присвойте порядковый номер предметам, расположенным вдоль стен по часовой стрелке. Составьте список случайно выбранных слов. Мысленно представьте себе первое слово списка и свяжите его с пер-

вым предметом комнаты, закрепив в уме зрительные ассоциации Чтобы вспомнить список слов, «обойдите» комнату по прежнему маршруту.

Несмотря на свою простоту, изложенные методы запоминания требуют некоторой тренировки. Не следует думать, что знание того или иного приема уже само по себе укрепит память. Вы сможете считать свою память надежным помощником только тогда, когда в результате систематических тренировок доведете до автоматизма умение применять приемы

## **ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА**

Основа профилактики инсульта — правильный режим труда и отдыха, рациональное питание и полноценный сон, благоприятный психологический климат в семье и на работе, своевременное лечение сердечно-сосудистых заболеваний.

Профилактические мероприятия следует проводить пожизненно, добиваясь положительных результатов. Роль медсестры в осуществлении профилактических мероприятий заключается в первую очередь в разъяснении пациенту его проблемы и меры профилактики, мотивации в формировании здорового образа жизни. К мерам профилактики инсульта относят медикаментозную профилактику — прием лекарственных препаратов по назначению врача и немедикаментозную профилактику, которая включает в себя:

### **Контроль артериального давления.**

Гипертензия — ведущая причина геморрагического инсульта.

Если верхнее число артериального давления постоянно выше 140 или если нижнее число постоянно выше 90, обратиться к врачу.

### **Регулярное электрокардиографическое исследование.**

Если диагностируют мерцание предсердий (нерегулярные сердечные сокращения, нарушающие сердечную функцию, при которых кровь может застаиваться и сворачиваться, а сердечные сокращения могут отделить часть тромба в общий кровоток, это может привести к нарушению мозгового кровообращения. При наличии мерцания предсердий врач может предложить прием препаратов, уменьшающих свертываемость крови.

### **Отказ от курения, так как курение увеличивает риск инсульта.**

Курение отнесено к независимому фактору риска инсульта у мужчин и жен-

щин, в 2—3 раза увеличивает риск возникновения инсульта по сравнению с некурящими. В случае прекращения курения только через 2 года риск сокращается на 50%. Отказ независимо от стажа снижает риск инсульта на 23%.

### **Избыточный прием алкоголя повышает риск развития инсульта.**

Злоупотребление алкоголем (больше чем 600 мг/кг) увеличивает риск инсульта, активизируя все факторы риска. В то время как легкое или умеренное употребление имеет протективное (защитное) действие против всех сердечно-сосудистых катастроф, в т.ч. от инсульта.

*При выполнении:* снижение АА в диапазоне 2—4 мм рт. ст.

### **Контроль за уровнем холестерина в крови (норма до 5,2 ммоль/л).**

Увеличение содержания холестерина повышает риск развития инсульта.

• **При наличии сахарного диабета** следует строго придерживаться рекомендаций врача для контроля заболевания. Сахарный диабет повышает риск развития инсульта, но, контролируя течение заболевания, возможно снизить этот риск. Необходим строгий контроль уровня глюкозы

Скрининговое исследование сахара крови у всех пациентов вне зависимости от диабетического анамнеза (1 раз в год).

### **Активный образ жизни. Регулярные физические упражнения.**

Ежедневная прогулка в течение 30 минут (можно заменить велосипедными прогулками, плаванием, танцами и т.д.).

У людей, имеющих высокую физическую активность, выявлено уменьшение риска возникновения инсульта. По-видимому, этот факт связан с нормализацией веса, АА, уровня холестерина и глюкозы. Сочетание бодрящей прогулки с уменьшением потребления поваренной соли более эффективно, чем только прогулка для снижения АД.

### **Диета с низким содержанием соли и жира.**

При уменьшении количества соли и жира в пище снижается артериальное давление и, соответственно, риск развития инсульта. Сбалансированное питание с преобладанием фруктов, овощей, круп и умеренным количеством белка.

### **Диета 10а.**

Содержание белка в пределах нижней границы физиологической нормы, умеренное ограничение жира и углеводов; всю пищу готовят без соли, используют специально бессолевой хлеб, введение свободной жидкости ограничивают; все продукты отваривают или готовят на пару; поваренной соли в продуктах не более 1,5—1,8 г. Полная компенсация физиологической потребности в витаминах С, Р, группы В.

Кулинарная обработка: с умеренным механическим щажением, все блюда готовят без соли, мясо и рыба — в вареном виде или с последующим запеканием.

Энергетическая ценность: 2500—2600 ккал.

Состав: белков 50—60 г, жиров 50 г, углеводов 300 г (из них 60—80 г сахара и других сладостей), поваренной соли в натуральном виде 2—3 г, свободной жидкости до 0,6 л.

Масса суточного рациона: 1 кг.

Режим питания: не менее 6 раз в сутки, в небольшом объеме.

При выполнении: снижение АД на 5—20 мм рт. ст./на каждые 10 кг сниженного веса.

### **Контроль массы тела**

Эффект от снижения веса прослеживается уже в раннем периоде потери веса.

Как рассчитать свой нормальный вес? Существует несколько способов расчета, из которых наиболее часто используют так называемый индекс массы тела (ИМТ).

Чтобы вычислить свой ИМТ, надо разделить показатель веса тела (в килограммах) на показатель роста (в метрах), возведенный в квадрат:

$$\text{Имт} = \frac{\text{Вес (кг)}}{[\text{Рост (м)}]^2} \quad (\text{кг/м}^2)$$

Если ваш ИМТ укладывается в интервал 18,5—24,9, у вас нормальный вес.

Если он составляет 25,0—29,9 — вы имеете избыточный вес. Если же ИМТ превышает 30,0 — вы попадаете в категорию ожирения.

Взвешивание желательно проводить один раз в неделю, на одних и тех же весах, натощак, в максимально легкой одежде и, конечно, без обуви. Весы должны быть установлены на ровной поверхности; следует обращать внимание на то, чтобы перед взвешиванием стрелка стояла точно на нуле.

При наличии больного с инсультом в семье и учитывая генетическую предрасположенность к этому заболеванию, необходимо обязательно проводить все профилактические мероприятия по отношению к его близким родственникам.



## Литература

1. В помощь практикующей медицинской сестре. Книга I. «Особенности сестринского ухода при инсультах. Ранняя реабилитация больных перенесших инсульт»; Издательство «Медицинский проект», 2008г
2. В помощь практикующей медицинской сестре. Книга II. «Работа медицинского персонала с семьей пациента, перенесшего инсульт»; Издательство «Медицинский проект», 2008г
3. Уход на дому. Методическое руководство. Москва, 2007г