

ОСНОВЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ИНСУЛЬТОМ

Д.В. Кандыба

ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

© Д.В. Кандыба, 2019

В лекции отражены современные представления об оказании квалифицированного амбулаторного ухода за пациентом, перенесшим инсульт. Рассмотрены основные принципы выявления и профилактики осложнений, развивающихся преимущественно у пациентов пожилого и старческого возраста в раннем восстановительном периоде после инсульта.

Ключевые слова: уход после инсульта; профилактика осложнений; общая врачебная практика.

BASICS OF CARE FOR A PATIENT WITH A STROKE

D.V. Kandyba

North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, Russia

The lecture devoted to general practitioners presents modern ideas about the provision of qualified outpatient care for a patient who has had a stroke. The basic principles of detection and prevention of complications, developing mainly in elderly and senile patients, in the early recovery period after a stroke.

Keywords: care after stroke; prevention of complications; general practice.

Введение

Медицинские и социально-экономические последствия инсульта в нашей стране очень значительны, в частности тяжелая инвалидность с потребностью в постоянном уходе отмечается у 20 % пациентов, перенесших инсульт; ограниченно трудоспособны 56 % и только около 8 % больных возвращаются к своей прежней трудовой деятельности [1]. По данным Национального регистра инсульта, 31 % пациентов, перенесших инсульт, нуждаются в посторонней помощи, а 20 % — не могут самостоятельно ходить [2]. Инвалидизация вследствие перенесенного инсульта в Российской Федерации занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности, составляя 3,2 на 1000 населения [3]. По данным литературы, у 25–74 % пациентов, выживших после инсульта, наблюдается физический, когнитивный и эмоциональный дефицит, требующий частичной или постоянной помощи в осуществлении повседневной деятельности [4]. Значительный вклад в снижение инвалидизации после инсульта вносят квалифицированный уход за пациентом и ранняя реабилитация [5]. К основным направлениям амбулаторного ведения пациента с инсультом в раннем восстановительном периоде (первые 6 мес.) можно отнести следующие: квалифи-

цированный круглосуточный уход, профилактику и своевременное выявление осложнений, мультидисциплинарную реабилитацию и восстановление утраченных навыков, вторичную профилактику острых нарушений мозгового кровообращения, лекарственную симптоматическую терапию (миорелаксанты, анальгетики, седативные средства, бетагистин и др.) [6]. Необходимо особо отметить, что с точки зрения доказательной медицины в восстановительном периоде инсульта не получено подтверждения эффективности церебропротективных, вазоактивных и ноотропных средств.

Одной из важнейших задач правильного ухода за пациентом, перенесшим инсульт, является профилактика развития неврологических и соматических осложнений. К ранним амбулаторным осложнениям инсульта, которые развиваются в первые 3 мес., относятся: пролежни, застойная или аспирационная пневмония, тромбоэмболия ветвей легочной артерии, инфекции мочеполовых органов, тромбоз глубоких вен нижних конечностей, нарушение функции толстого кишечника, травмирование или вывих плеча парализованной руки, контрактуры мышц сгибателей кисти. Поздние амбулаторные осложнения инсульта, которые развиваются позже 3 мес., включают следующие пато-

логические состояния: стойкое снижение силы и управляемости в руке и ноге на одной стороне тела, болезненные контрактуры в суставах парализованных конечностей, нарушение речи и глотания, прогрессирующее снижение когнитивных функций и развитие сосудистой деменции, постинсультная депрессия, хронические болевые синдромы (плечо, спина), постинсультный паркинсонизм, постинсультная эпилепсия.

Задачи, стоящие перед лицами, ухаживающими за пациентом с инсультом

1. Создание в комнате, где будет находиться пациент, определенных условий. Приобретение расходных материалов, необходимых для качественного ухода и выполнения гигиенических процедур.

2. Родственникам пациента рекомендуется пройти обучение в школе инсульта при поликлинике по месту жительства, а также получить инструктаж у соответствующих специалистов по особенностям выполнения лечебной физкультуры и массажа.

3. Оказание необходимой помощи при выполнении обездвиженных функций, которые на первых порах пациенту трудно выполнять самостоятельно.

4. Оценка физического и психологического состояния пациента в процессе наблюдения за ним, а при необходимости и своевременное информирование врача.

5. Оценка функции глотания и выделительных функций (мочевыделение, дефекация).

6. Проведение профилактических мероприятий по предупреждению целого ряда осложнений, довольно часто формирующихся у пожилых пациентов, перенесших инсульт, и возникающих от длительного обездвиживания.

7. Предоставление физической и психологической поддержки пациенту на протяжении всего периода реабилитации и восстановления утраченных функций.

Условия, которые следует создать дома для пациента, перенесшего инсульт

1. Комната, в которой находится пациент, должна быть освобождена от лишней мебели для свободного перемещения пациента и ухаживающих лиц, защищена от посторонних шумов, светлой, хорошо проветриваемой. Проветривать комнату необходимо 2–3 раза в день, соблюдая необходимые меры предосторожности и защиты от сквозняков и переохлаждения. Влажную уборку необходимо выполнять не менее одного раз в день. Следует поддерживать оптимальный (22 °C) уровень температуры воздуха.

2. Кровать должна быть высокой и твердой с поролоновым или ватным матрасом. Оптимальным вариантом является функциональная кровать с противопролежневым матрасом и защитными бортиками, позволяющая приподнимать головной и ножной концы с помощью ручек или специального пульта. Необходимо расположить ее так, чтобы к пациенту можно было подойти с двух сторон.

3. При расположении кровати необходимо соблюдать следующие правила: кровать ставят головной частью к стене, чтобы пациент видел входящих в комнату, а к кровати можно было подойти с двух сторон; желательно, чтобы пациент мог смотреть в окно, но при этом следует избегать сквозняков (кровать стоит боком к окну); наличие у кровати колесиков с системой блокировки позволит обеспечить ее подвижность и изменение положения; в изголовье кровати крепят специальный Г-образный кронштейн, с помощью которого пациент может самостоятельно сесть из положения лежа.

4. Застилать постель необходимо в следующей последовательности: поверх матраса укладывают клеенку или наматрасник из водонепроницаемой ткани, далее фланелевую простынь, затем — обычную (ситцевую, льняную, сатиновую) простынь, а поверх всего — одноразовую непромокаемую впитывающую пеленку. Все простыни и пеленки должны быть сухими и расстелены ровно, без складок, заправлены у изголовья, в ногах и с боков кровати. В постели не должно быть крошек и посторонних предметов, а одеяло должно соответствовать температуре в комнате [7].

5. Прикроватное кресло, необходимое для пересаживания пациента, ставят у изголовья кровати со «здоровой» стороны (на стороне непарализованных конечностей). Кресло должно быть прочным, одинаковой высоты с кроватью, с высокой вертикальной спинкой, с подлокотниками, которые по возможности должны опускаться.

6. Прикроватный туалет (кресло-туалет) располагают у ног со «здоровой» стороны. Желательно также рядом расположить передвижную ширму для создания приватной обстановки.

7. Следует подготовить косметические средства ухода за кожей, специально разработанные для ухода за лежачими и тяжелобольными пациентами: моющий лосьон, пенку для мытья, защитный крем, бальзам для тела и т. д.

8. Расходные материалы типа подгузников, пеленок, салфеток, ватных шариков, простыней и т. д. держат на отдельном прикроватном столике на колесах со столешницей, меняющей свою высоту, на котором могут находиться и гигиенические косметические средства. Необходимо заранее приобрести специальные космети-

ческие средства для ухода за кожей: Menalind Professional, Seni, Healing Derm и др.

9. Необходимо обеспечить пациента протезами (приспособления для фиксации, например, плечевого сустава на парализованной стороне) и средствами, облегчающими передвижение: тростью, ходунками, коляской и т. д.

10. За пациентом должна круглосуточно наблюдаться и осуществлять патронаж наемная сиделка или кто-нибудь из родственников.

Гигиенические процедуры (проводят ежедневно утром и вечером)

1. Гигиена глаз — удаление загрязнений, физиологических выделений или гнойных корочек из глаз. Процедуру проводят с помощью антисептического раствора, ватных шариков и марлевых салфеток. В начале протирают верхнее веко от наружного угла глаза к внутреннему, далее — нижнее веко в направлении от внутреннего угла глаза к наружному. В конце конъюнктивальную полость промывают физиологическим раствором и промокают насухо салфеткой.

2. Гигиена полости носа — удаление слизи, пыли и корочек, затрудняющих носовое дыхание, с последующей обработкой слизистой носовых ходов специальными масляными каплями для носа или орошающими каплями.

3. Гигиена уха — очищение наружных слуховых проходов от ушной серы (желтовато-коричневые выделения), скопление которой может привести к образованию серных пробок и снижению слуха. Средством для мытья также обрабатывают ушные раковины.

4. Гигиена полости рта включает следующие процедуры: 1) полоскание полости рта; 2) протирание десен, зубов и щечного пространства марлевыми салфетками или специальными палочками для гигиены полости рта; 3) чистка зубов с помощью зубной пасты и щетки с последующим полосканием полости рта; 4) очищение языка от налета с помощью влажного ватного шарика или салфетки; 5) при наличии зубных протезов их снимают на ночь и обрабатывают перед сном и утром; 6) после каждого кормления необходимо прополоскать рот специальным бальзамом или отваром трав (ромашка, зверобой, шалфей); 7) при появлении сухости губ и трещин в углах рта после каждого кормления необходимо смазывать губы гигиенической помадой или облепиховым маслом. В углы рта можно наносить заживляющие мази и кремы.

5. Уход за кожей лица и шеи — умывание, бритье, нанесение лосьона или питательного крема.

6. Мытье рук и ног, периодическая стрижка ногтей на руках и ногах.

7. Гигиена тела включает: 1) мытье в кровати с помощью детского мыла или специальных шампуней и пенки; 2) процедуру подмывания проводят утром и вечером, а также после каждой дефекации и при смене подгузника; 3) обработка кожи специальными средствами для ухода, защиты и питания кожи — защитные кремы для кожи, лосьоны, бальзамы, тоники, активизирующие гели; 4) мытье волос и головы с помощью специальных шампуней; 5) мытье ног с помощью жидкого мыла [8, 9].

Правильное позиционирование пациента после инсульта

Позиционирование — это придание правильного положения лежащему больному, перенесшему инсульт, для предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны дыхательной системы и опорно-двигательного аппарата.

1. Главные принципы лечения положением пациента с инсультом: максимально возможная симметричность — выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз); равномерная поддержка всех сегментов тела; бережное отношение к плечу парализованной руки; основное правило позиционирования заключается в том, что пациент лежит на любом боку, но не на спине [10].

2. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на спине:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- противопоказана высокая подушка, приводящая к сгибанию шеи, что вызывает на стороне паралича рефлекторное произвольное усиление сгибания в руке и разгибания в ноге (усиление и стабилизация постинсультной контрактуры);
- туловище на стороне парализованных конечностей вытянуто;
- плечо парализованной руки должно быть поддержано подушкой 2–3 см высотой;
- парализованную руку укладывают на подушку, при этом рука должна быть отведена от туловища с помощью небольшого валика, разогнута в локтевом суставе и пальцы выпрямлены;
- под ягодицей на стороне парализованных конечностей помещают плоскую подушку толщиной 1,5–2 см;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а под колено подкладывают валик, обеспечивающий сгибание в коленном суставе на 20°;
- ладонь парализованной руки должна быть свободна, не следует на ней располагать какие-либо предметы;

- необходимо следить за тем, чтобы стопа парализованной ноги ни во что не упиралась и находилась в нейтральном положении между тыльным сгибанием и разгибанием; стимуляция давлением на подушечки стопы приводит к рефлекторному увеличению тонуса разгибателей ноги и увеличению контрактуры [10].

3. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на здоровом боку:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$ и тело не изогнуто;
- необходимо подложить подушки под спину, парализованную руку и парализованную ногу;
- плечо парализованной руки вынесено вперед, а руку поддерживает специальная подушка по всей длине;
- кисть парализованной руки расположена в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки, пальцы разогнуты;
- стопа парализованной ноги не должна упираться в опору [10].

4. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на стороне парализованных конечностей:

- подушки располагают под спиной, под верхней ногой и нижней рукой;
- плечо парализованной руки вынесено вперед;
- парализованная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставе;
- не рекомендуется ничего класть в парализованную руку или на ладонь;
- парализованная стопа ни во что не упирается;
- голова находится на одной линии с туловищем [10].

5. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении на спине в постели с приподнятым изголовьем (положение Фаулера):

- пациента с ишемическим инсультом (при легком и средней тяжести течении болезни) можно укладывать на приподнятое изголовье (угол изголовья не более 30°) на 15–20 мин по 3 раза в день уже с первых суток заболевания;
- при положении сидя необходимо следить, чтобы пациент сидел ровно, а масса тела была равномерно распределена на обе ягодицы;
- чтобы не было перекоса таза, при необходимости под ягодицу с парализованной стороны подкладывают плоскую подушку толщиной 1,5–2 см;
- парализованная нога не должна быть развернута кнаружи, а стопа не должна упираться в опору;

- плечо парализованной руки выносят вперед и поддерживают подушкой;
- парализованную руку поддерживает подушка, подложенная под локоть, а кисть не свисает [10].

Профилактика контрактур

После длительной неподвижности конечностей вследствие инсульта могут возникнуть контрактуры — стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущие к болезненному ограничению движений в суставе. Если не препятствовать развитию контрактур в парализованных конечностях, у пациента, перенесшего тяжелый (особенно геморрагический) инсульт, формируется устойчивое положение руки (прижата к туловищу, согнута в локте, кисть повернута внутрь, согнуты пальцы) и ноги (разогнута и отведена, повернута внутрь стопа, при ходьбе описывает полукруг). Для предотвращения постинсультных контрактур парализованные конечности несколько раз в день укладывают на 20–30 мин в следующее положение: парализованная рука отведена и разогнута в локтевом суставе с разогнутыми пальцами; парализованная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах за счет небольшого валика.

Кроме правильного позиционирования пациента и смены положения в постели, уменьшить развитие контрактур можно следующим образом:

- 1) поддерживать комфортную температуру в помещении (22°C);
- 2) выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения во всех суставах парализованных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных;
- 3) для отдыха располагать конечности в положении, растягивающем мышцы и разгибающем суставы (правильное позиционирование);
- 4) выбирать положения, при которых пораженная сторона (парализованные конечности) имела бы опору;
- 5) не поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть, ни самостоятельно больному, ни с посторонней помощью. Это может привести к травмированию (растяжение связок, вывих) плечевого сустава с появлением стойкого болевого синдрома и рефлекторному повышению тонуса мышц руки. При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за парализованную руку, чтобы не травмировать плечо;
- 6) избегать движений, напрягающих спину больного или усиливающих боль в спине;
- 7) уменьшить мышечную боль можно прогреванием (грелка, бутылка с горячей водой, завер-

нутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения [10].

Профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей и тромбоэмболии ветвей легочной артерии

С целью профилактики тромбоза необходимо как можно раньше активизировать пациента в виде пассивной и активной гимнастики, увеличивающей объем движений в ногах (голеностопный, коленный и тазобедренный суставы). Во время отдыха после выполнения упражнений показан периодический подъем ног на 6–10° с помощью подушки или подъема ножного конца функциональной кровати. Рекомендуется применять сдавливающие эластичные чулки, подобранные по размеру, или бинтование ног сразу же после возникновения инсульта. Предпочтительно использовать специальный медицинский компрессионный противоэмболический трикотаж, позволяющий нормализовать венозный отток и обеспечить физиологическое распределение давления по всей длине ноги. Компрессионный трикотаж носят постоянно и не снимают на ночь. Как минимум один раз в сутки необходимо менять эластические чулки и выполнять гигиенические процедуры, осматривать кожу на предмет потертостей, покраснений, пролежней. Размер компрессионного трикотажа подбирают строго индивидуально. Необходимо отметить, что при очень тугих чулках возможно формирование пролежней.

Профилактика пролежней

К основным причинам образования пролежней можно отнести следующие: гиподинамию в постели, истощение или, наоборот, ожирение, недержание мочи и кала, плохой гигиенический уход, нарушение сознания, старческий возраст, складки на постельном белье и его влажность. Пролежни наиболее часто локализуются на крестце, ягодичной области, пятке. Опасность пролежней состоит также в частом их инфицировании (попадание бактерий и воспаление) с развитием вторичных осложнений в виде флегмоны, абсцесса, остеомиелита и сепсиса. Присоединение вторичной инфекции значительно утяжеляет состояние больного с инсультом и требует дополнительного ухода и терапии.

Профилактика пролежней включает следующие меры:

1) ежедневное внимательное наблюдение за кожей над костными выступами и местами наиболее частой локализации пролежней;

2) поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности. Два раза в день необходимо

проводить ежедневный туалет всей поверхности кожи — так называемое «купание в постели», при котором поочередно обтирают губкой все части тела. Растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется в связи с возможным ее пересушиванием. Для очищения кожи лучше использовать жидкое мыло, шампунь, пенку, тоник, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных;

3) смену положений пациента для уменьшения давления на костные выступы и улучшения кровоснабжения тканей: для лиц с высоким риском развития пролежней — каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью; с очень высоким риском — каждые 1–1,5 ч днем и 2,5–3 ч ночью. Устранение непрерывного давления на кожу является ведущим профилактическим фактором в борьбе с пролежнями;

4) предупреждение грубых сдвигов и трения кожи пациента при поворотах, перестилании кровати и перемещении;

5) постановку катетера в мочевой пузырь лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и недержанием мочи (применение подгузников у этой категории больных приведет к развитию пролежней);

6) использование противопролежневого матраца у лиц с очень высоким риском развития пролежней;

7) проведение элементов массажа: поглаживание и легкая вибрация участков кожи, подверженных наибольшему давлению (лопатки, грудной отдел позвоночника, крестец, большой вертел бедренной кости, ягодицы, копчик, пятки) для улучшения кровообращения в данных зонах;

8) расположение пациентов с инсультом и сниженной чувствительностью в конечностях не слишком близко к обогревателям, а в холодную погоду тщательное укутывание ослабленных конечностей (дополнительные носки и перчатки) [10].

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы дисфагии: затруднение жевания, нарушение гигиены рта, слюнотечение или неспособность глотать слюну, неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта, смазанная речь, кашель или прочистка горла до, во время или после еды, изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса), срыгивание, затрудненное дыхание или удушье, повышение температуры тела, снижение веса, потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи, увеличение продолжительности акта еды, ощущение, что еда или жидкость «застревает» в горле во время глотания, тревожность по поводу приема пищи или жидкостей [10].

Основные принципы правильного кормления

1. Необходимо подбирать оптимальную позу для наиболее эффективного и безопасного глотания: только сидя с опорой под спину, умеренный наклон головы вперед, поворот в здоровую сторону во время проглатывания.

2. Следует соблюдать принципы пищевого рациона: пища должна выглядеть аппетитно, быть теплой (комнатной температуры), лучше предлагать твердую и жидкую пищу в разное время (тогда пациент не будет поперхиваться), полужесткую пищу больные переносят лучше всего (запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши).

3. Необходимо тщательно выбирать консистенцию пищи: мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре, консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа. Жидкая пища и жидкости, используемые в процессе кормления, могут вызвать аспирацию.

4. Следует исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию (хлеб, печенье, орехи). Для профилактики аспирации частиц пищи во время еды необходимо поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от скоплений пищи и слюны.

5. При кормлении пищу закладывают с непораженной стороны (пищу кладут в ту сторону рта, которая не парализована) небольшими порциями.

6. Контролируют использование зубных протезов и их гигиеническую обработку.

7. Проводят тщательную ревизию полости рта после окончания каждого кормления. При наличии у пациента слюнотечения из парализованной половины рта необходимо следить за тем, чтобы лицо было чистым и сухим, при этом можно смазывать кожу возле рта защитным кремом.

8. Желательно, чтобы после кормления пациент оставался в вертикальном положении в течение 45–60 мин.

9. Перед кормлением через зонд (нарушено глотание) необходимо придать больному возвышенное положение (угол наклона равен 30°, приподнята не только голова, но и плечи) или усадить.

10. Энергетическую потребность зондового питания врач определяет индивидуально: для поддержания массы тела — 30–35 ккал/кг; для восстановления массы тела — 35–40 ккал/кг; потребность в белках — 0,8–1,0 г/кг в сутки.

11. Суточная потребность в жидкости — 30 мл/кг массы тела + 10 % при повышении температуры тела на каждый градус выше 37 °C [10].

Питание пациента с инсультом

Алиментацию следует осуществлять преимущественно на уровне основного обмена — 20–25 ккал/кг. Потребность в углеводах — до 5 г/кг в сутки или до 350–400 г/сут. Потребность в жирах — 1–1,5 г/кг в сутки или 80–90 г/сут. Потребность в белке — 1–1,5 г/кг в сутки или 80–100 г/сут. Пациент должен потреблять не менее 30–40 г пищевых волокон в сутки, которыми особенно богаты овощи и фрукты (свекла, слива, черная смородина, яблоки), сухофрукты (чернослив), овсяная и гречневая крупы, сушеные грибы, бобовые (зеленый горошек), хлеб из муки грубого помола. Оптимальным считается четырехразовый режим питания: завтрак, второй завтрак, обед и ужин [11]. Для питания пациента с постинсультной дисфагией можно использовать следующие виды пищи, при этом еда должна очень легко раздавливаться языком: пюре или вареные овощи до очень мягкой консистенции, суп-пюре без добавлений, картофельное пюре, картофельный суп, отварные и протертые овощи, кисель или йогурт, пюре из протертого мяса, мясные муссы (телятина, мясо курицы), филе рыбы без костей, фрукты и фруктовые продукты без кожи и семян (бананы, груши, тушеные яблоки, абрикосы, персики), молочные продукты (пудинг, мусс, мороженое), натуральный йогурт без кусочков, джемы из фруктов [11].

Профилактика запоров у пациента с инсультом

Запором считается редкий стул с частотой менее одного раза в трое суток. К запорам также можно отнести следующие расстройства: твердый стул, отхождение малого количества кала (менее 100 г), ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, длительный акт дефекации, для которого необходимы дополнительные потужные усилия. К основным причинам развития запоров у пациентов после инсульта можно отнести следующие: снижение перистальтики кишечника, вынужденное резкое снижение общей активности, недостаточное потребление жидкости, недостаточное или неправильное питание, невозможность поддерживать правильную позу при дефекации, отсутствие приватной обстановки, применение некоторых лекарств, снижающих перистальтику кишечника (спазмолитики, антихолинэстеразные препараты).

Основные принципы профилактики запоров:

- соблюдение режима питания и дефекации (предлагать пациенту посещать туалет в одно и то же время);

- наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника — утром вскоре после еды (через 30 мин);

- достаточное потребление жидкости (1,5–2 л в сутки);
- исключение из рациона газированных напитков, которые вызывают вздутие живота;
- увеличение в рационе содержания клетчатки за счет растительной пищи: сухофрукты (курага, чернослив, инжир), кисломолочные продукты;
- с увеличением количества клетчатки в диете следует увеличивать и количество выпиваемой жидкости;
- поддержание двигательной активности и ежедневная программа физических упражнений;
- правильная поза при дефекации: спина прогнута, живот расслаблен, а не втянут, таз наклонен вперед, колени чуть выше бедер, локти по возможности должны упираться в колени;
- медикаментозное лечение запора (клизмы — не чаще двух раз в неделю): глицериновые свечи, гутталакс, лактулоза (дюфалак, порталак), фенолфталеин (пурген), сenna [10].

Дополнительные рекомендации по уходу за пациентом с инсультом

1. Пациенту с инсультом необходимо оказывать психоэмоциональную поддержку и знаки внимания, стараться улучшить настроение и вызвать положительные эмоции, убеждать его в том, что, несмотря на состояние здоровья, его по-прежнему любят и ценят. Необходимо мотивировать пациента на активную борьбу с последствиями инсульта и создавать положительный настрой и веру в полное или значительное восстановление утраченных функций. Не забывайте его хвалить даже за маленькие успехи на пути к достижению цели.

2. При нарушениях речи необходимо: 1) в общении с пациентом использовать не только речь, но и мимику, прикосновения, жесты, рисунки, картинки; 2) говорить с пациентом медленно, спокойно и негромко, формулируя короткие фразы; 3) двигаться плавно, без резких движений; 4) можно использовать письменное общение; 5) врач-логопед подбирает комплекс необходимых упражнений, за выполнением которых необходимо регулярно следить.

3. Нельзя допускать самостоятельного приема пациентом лекарств, особенно при наличии выраженных нарушений памяти и деменции.

4. В качестве постинсультной реабилитации очень эффективен массаж, который выполняет приходящий на дом соответствующий специалист. Самостоятельное выполнение родственниками массажа парализованных конечностей может привести к нежелательным последствиям (повышение мышечного тонуса с увеличением

контрактуры и усиление болевого синдрома). В ряде случаев родственники пациента могут пройти специальное обучение по технике массажа. Массаж парализованных конечностей, как правило, начинают через 5–10 дней после инсульта в зависимости от состояния больного. Методики массажа для восстановления после инсульта имеют много особенностей, в частности: мышцы-сгибатели в руке расслабляются, а разгибатели — тонизируются; в ноге наоборот — мышцы-сгибатели тонизируются, а разгибатели — расслабляются и растягиваются [10].

5. В процессе восстановления силы в парализованной руке необходимо выполнять комплекс дополнительных упражнений, направленных на развитие мелкой моторики в пальцах. Данная методика улучшает не только восстановление двигательной функции (сила и координация движений), но и способствует развитию речи и мышления.

6. У большинства пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, перенесших инсульт, в последующем отмечается прогрессирующее снижение памяти. Снижению когнитивных функций также способствует постинсультная депрессия, наблюдающаяся более чем у 50 % пациентов, особенно с инсультом в левом полушарии головного мозга. В связи с этим необходимо регулярно выполнять упражнения для укрепления памяти (счет, запоминание слов и картинок, запоминание и воспроизведение стихов и песен, разгадывание головоломок, кроссвордов и т. д.).

7. Очень важной мерой оценки состояния пациента в динамике является ведение дневника наблюдения. Эта информация позволит лечащему врачу, наблюдающему пациента на дому, более целенаправленно подойти к определению лечебной тактики. Родственник или сиделка, ухаживающие за пациентом с инсультом, ежедневно вносят в дневник наблюдения следующие данные: температуру тела (измеряют утром и вечером); артериальное давление, измеренное на двух руках, пульс и частоту дыхания в минуту (измеряют три раза в день); частоту мочеиспускания и стула за сутки; наличие и локализацию пролежней.

Лечебная гимнастика после инсульта

1. Чтобы успешнее оказывать помощь при реабилитации пациента с инсультом, родственникам и другим лицам, ухаживающим за больным, необходимо пройти краткий курс обучения или получить необходимые рекомендации у врача или методиста по лечебной гимнастике и кинезотерапии.

2. Пассивные упражнения начинают на 3–4-й день, в том числе при полном отсутствии

движений на стороне парализованных конечностей.

3. В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений артериального давления. В более позднем периоде, при стабильных показателях артериального давления, лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходят к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур.

4. Активные движения выполняют в первую очередь здоровой конечностью. При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая идеомоторная гимнастика) способствует появлению активных движений. При грубых парезах активную гимнастику начинают с упражнений статичного характера (удержание конечности над опорой).

5. Специальную реабилитационную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями. Дыхание влияет на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе — снижается.

6. Лечебную гимнастику проводят непродолжительное время (15–20 мин) несколько раз в день (каждые 3–4 ч).

7. Желательно все движения выполнять плавно, без причинения болевых ощущений пациенту, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса и увеличению контрактур. Через 3–4 нед. от начала заболевания, с учетом общего состояния и артериального давления, постепенно переходят к восстановлению навыков ходьбы.

8. После восстановления ходьбы врач лечебной физкультуры подбирает новый индивидуальный комплекс упражнений, а также определяет интенсивность и частоту тренировок, учитывая общее состояние и особенности функционирования сердечно-сосудистой системы конкретного пациента.

9. К общим правилам лечебной физкультуры после инсульта на этапе восстановления функции ходьбы можно отнести следующие:

- до и после тренировки измеряют артериальное давление и пульс;
- перед началом упражнений обязательно выполняют разминку;

- все движения делают плавно, исключая быстрые наклоны и подъемы туловища, а также резкие повороты и наклоны головой;

- во время выполнения упражнений нельзя задерживать дыхание и натуживаться;

- не рекомендуется резко прекращать тренировку, за исключением случаев ухудшения самочувствия и появления головокружения и общей слабости;

- во время тренировки можно пить воду мелкими глотками, чтобы исключить обезвоживание организма, которое может вызвать снижение артериального давления и ухудшение работы сердца;

- самостоятельные тренировки не рекомендуются, выполнение упражнений и общее состояние пациента необходимо контролировать кому-либо из родственников или методисту лечебной физкультуры [10, 11].

Заключение

Родственники пациента, перенесшего инсульт, часто оказываются в затруднительной ситуации после его выписки из стационара. Недостаток знаний и умений в оказании правильного ухода может быть успешно компенсирован, в том числе и усилиями врача общей практики. В большинстве случаев именно квалифицированный уход и профилактика развития осложнений в амбулаторных условиях обеспечивают быстрое восстановление утраченных функций и бытовую независимость пациента. Залогом успеха в организации амбулаторной медицинской помощи в раннем восстановительном периоде лечения инсульта является обязательное сочетание образовательных мер для родственников, обеспечивающих круглосуточный уход, комплексного мультидисциплинарного реабилитационного подхода и систематического врачебного патронажа, а также активное вовлечение пациента в обеспечение своей повседневной независимости от окружающих и восстановлении трудоспособности. Важно отметить, что скорейшее устранение постинсультного неврологического дефицита обеспечивает не мощность нейропротективных лекарств, а тяжелый ежедневный труд ухаживающих родственников и самого пациента при обязательном контроле и поддержке врачей амбулаторной практики.

Литература

1. Скоромец А.А., Щербук Ю.А., Алиев К.Т., и др. Догоспитальная помощь больным с мозговыми инсультами в Санкт-Петербурге // Материалы Всероссийской науч.-практ. конференции «Сосудистые заболевания нервной системы», посвященной 100-летию со дня рождения выдающегося отечественного невролога профессора Николая Николаевича Аносова, 27–28 сентября 2011 г. – СПб., 2011. – С. 5–18. [Skoromets AA, Shcherbuk YuA, Aliev KT, et al. Dogospital'naya pomoshch' bol'nym s mozgovymi insul'tami v Sankt-Peterburge. Sosudistye zabolovaniya nervnoj sistemy, posvyashchennoj 100-letiyu so dnya rozhdeniya vydayushchegosya

otechestvennogo nevrologa professora Nikolaya Nikolaevicha Anosova (Conference proceedings); 2011 September 27-28. Saint Petersburg; 2011. P. 5-18. (In Russ.)]

2. Алферова В.В., Белкин А.А., Вознюк И.А., и др. Клинические рекомендации по ведению больных с ишемическим инсультом и транзиторными ишемическими атаками / Под ред. проф. Л.В. Стаховской; Национальная ассоциация по борьбе с инсультом и др. – М., 2017. – 196 с. [Alferova VV, Belkin AA, Voznyuk IA, et al. Klinicheskie rekomendatsii po vedeniyu bol'nykh s ishemicheskim insul'tom i tranzitornymi ishemicheskimi atakami. Ed. by L.V. Stakhovskaya; Natsional'naya assotsiatsiya po bor'be s insul'tom. Moscow; 2017. 196 p. (In Russ.)]

3. Неврология. Национальное руководство / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, В.И. Скворцовой, А.Б. Гехт. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 880 с. [Nevrologiya. Natsional'noe rukovodstvo. Ed. by E.I. Gusev, A.N. Konovalov, V.I. Skvortsova, A.B. Gekht. Moscow: GEOTAR-Media; 2018. 880 p. (In Russ.)]

4. Miller EL, Murray L, Richards L, et al. Comprehensive overview of nursing and interdisciplinary rehabilitation care of the stroke patient: a scientific statement from the American Heart Association. *Stroke*. 2010;41(10):2402-2448. <https://doi.org/10.1161/STR.0b013e3181e7512b>.

5. Crichton SL, Bray BD, McKevitt C, et al. Patient outcomes up to 15 years after stroke: survival, disability, quality of life, cognition and mental health. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2016;87(10):1091-1098. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2016-313361>.

6. Winstein CJ, Stein J, Arena R, et al. Guidelines for adult stroke rehabilitation and recovery: a guideline for healthcare professionals from the American Heart Association. *Stroke*. 2016;47(6):e98-e169. <https://doi.org/10.1161/STR.0000000000000098>.

7. Лаптева Е.С., Алешева Н.В. Основы сестринского ухода за больными. Алгоритм манипуляций при уходе за кожными покровами: Часть 1. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Человек, 2012. – 40 с. [Lapteva ES, Alesheva NV. Osnovy sestrinskogo ukhoda za bol'nymi. Algoritm manipulyatsij pri ukhode za kozhnymi pokrovami: Ch. 1. Uchebno-metodicheskoe posobie. Saint Petersburg: Chelovek; 2012. 40 p. (In Russ.)]

8. Лаптева Е.С., Алешева Н.В. Личная гигиена пациента. Аспекты ухода за тяжелобольными пациентами: Часть 2. Учебно-методическое пособие. – СПб.: Изд-во СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 40 с. [Lapteva ES, Alesheva NV. Lichnaya gigiena patsienta. Aspekty ukhoda za tyazhelobol'nymi patsientami: Ch. 2. Uchebno-metodicheskoe posobie. Saint Petersburg: Izd-vo SZGMU im. I.I. Mechnikova; 2013. 40 p. (In Russ.)]

9. ОРБИ. Фонд по борьбе с инсультом [интернет]. 2018. [ORBI. Fond po bor'be s insul'tom [internet]. 2018. (In Russ.)]. Доступ по: <http://www.orbifond.ru>. Ссылка активна на 31.12.2018.

10. Жизнь после инсульта. Школа здоровья / Под ред. В.И. Скворцовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 296 с. [Zhizn' posle insul'ta. Shkola zdorov'ya. Ed. by V.I. Skvortsova. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 296 p. (In Russ.)]

11. Григоренко А.П., Чефранова Ж.Ю. Уход за больными после инсульта: учебное пособие по реабилитации. – Белгород: Белгород, 2014. – 239 с. [Grigorenko AP, Chefranova ZhYu. Ukhod za bol'nymi posle insul'ta: uchebnoe posobie po reabilitatsii. Belgorod: Belgorod; 2014. 240 p. (In Russ.)]

Для цитирования: Кандыба Д.В. Основы ухода за пациентом с инсультом // Российский семейный врач. – 2019. – Т. 23. – № 2. – С. 5–13. <https://doi.org/10.17816/RFD201925-13>.

For citation: Kandyba DV. Basics of care for a patient with a stroke. *Russian Family Doctor*. 2019;23(2):5-13. <https://doi.org/10.17816/RFD201925-13>.

Информация об авторе

Дмитрий Викторович Кандыба — д-р мед. наук, профессор кафедры семейной медицины ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России. E-mail: kandiba_d@mail.ru.

Information about the author

Dmitriy V. Kandyba — DSc, Professor of the Department of Family Medicine of North-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov. E-mail: kandiba_d@mail.ru.