

## Разделы сайта [neuroreab.ru](http://neuroreab.ru):



- Информационный портал предназначен для специалистов, занимающихся вопросами нейрореабилитации после инсульта, в том числе ранней.
- Информационный портал – площадка для обмена опытом между специалистами, работающими в сфере оказания помощи больным с инсультом.

- На сайте представлена объединенная информация о специализированных неврологических отделениях для больных с нарушениями мозгового кровообращения – региональных сосудистых центрах (РСЦ) и первичных сосудистых отделениях (ПСО) на территории России; информация о мероприятиях федерального и регионального значения, посвященных терапии инсульта и проблемам нейрореабилитации.

**E-mail: [reab@neuroreab.ru](mailto:reab@neuroreab.ru)**



Методические рекомендации  
**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ  
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ,**  
и их родственников



Под редакцией  
Г.Е. Ивановой  
А.Ю. Суворова  
С.Е. Чуприной  
С.С. Акимовой  
И.В. Сидоровой  
Н.В. Ворониной  
Н.А. Хорошиловой  
Н.А. Жигульской  
Е.Ю. Поздняковой  
К.А. Мясникова

Методические рекомендации  
**ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ,  
ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ,  
и их родственников**

**Авторский коллектив:**

**Иванова Галина Евгеньевна** – главный внештатный специалист по медицинской реабилитации Минздрава России, ФМБА России, заведующая кафедрой медицинской реабилитации ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова, руководитель НИЦ медицинской реабилитации ФГБУ ФЦМН ФМБА России, д. м. н., проф.

**Суворов Андрей Юрьевич** – ученый секретарь ФГБУ «ФЦМН» ФМБА России, доцент кафедры медицинской реабилитации ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, к. м. н.

**Чуприна Светлана Евгеньевна** – заведующий неврологическим отделением для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1», главный внештатный специалист-невролог министерства здравоохранения Воронежской области, главный внештатный специалист-невролог МЗ РФ по ЦФО, главный внештатный специалист по медицинской реабилитации МЗ РФ по ЦФО, к. м. н., сопредседатель регионального штаба Общероссийского народного фронта в Воронежской области

**Акимова Светлана Сергеевна** – врач по лечебной физкультуре неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Сидорова Ирина Викторовна** – медицинский психолог неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Воронина Наталья Викторовна** – медицинский психолог неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Хорошилова Надежда Александровна** – логопед неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Жигульская Надежда Александровна** – врач-невролог, анестезиолог-реаниматолог палат реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Позднякова Евгения Юрьевна** – врач-невролог, анестезиолог-реаниматолог палат реанимации и интенсивной терапии неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**Мясников Константин Александрович** – специалист по эргореабилитации неврологического отделения для больных с нарушением мозгового кровообращения БУЗ ВО «Воронежская областная клиническая больница № 1»

**М54** **Методические рекомендации для пациентов, перенесших инсульт, и их родственников/**Под ред. Г.Е. Ивановой, А.Ю. Суворова, С.Е. Чуприной и др. – М.: ООО «АСТ 345», 2024. – 60 с.: ил.

**ISBN 978-5-6047514-5-9**

Данное издание является практическим руководством по тактике реабилитации больных, перенесших инсульт, их адаптации в социальных и бытовых условиях. В книге наглядно представлены комплексы лечебной физкультуры для постинсультных больных, а также затронуты вопросы профилактики инсульта. Издание предназначено для широкого круга специалистов, участвующих в реабилитации, больных, перенесших инсульт, их родственников и лиц, ухаживающих за больными.

**ISBN 978-5-6047514-5-9**

**УДК 616.831-005.1-083**  
**ББК 56.127.7,31 + 53.508**

# Содержание

<b>ЧТО ТАКОЕ ИНСУЛЬТ?</b> .....	<b>4</b>
<b>ПРИЧИНЫ ИНСУЛЬТА</b> .....	<b>4</b>
Факторы риска развития инсульта, на которые мы не можем повлиять.....	4
Факторы риска развития инсульта, на которые мы можем повлиять.....	5
Более редкие причины инсульта .....	6
<b>ПРИЗНАКИ ИНСУЛЬТА</b> .....	<b>7</b>
Порядок действий до приезда бригады скорой помощи .....	7
<b>ПРОФИЛАКТИКА ПОВТОРНОГО ИНСУЛЬТА</b> .....	<b>8</b>
<b>УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ПАРАЛИЧОМ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> .....	<b>9</b>
Позиционирование .....	9
Профилактика контрактур и спастичности.....	19
Боли в плече .....	20
Уход за кожей. Профилактика пролежней.....	20
Нарушения мочеиспускания и работы желудочно-кишечного тракта .....	21
<b>ВОЗВРАЩЕНИЕ БОЛЬНОГО ДОМОЙ</b> .....	<b>21</b>
Рекомендации по уходу за лежачим больным.....	21
Питание и кормление пациентов .....	21
Оценка функции глотания и ее нарушений.....	23
Кормление пациентов с нарушенным глотанием .....	23
Упражнения, улучшающие функцию глотания.....	24
Рекомендации по организации приема пищи и питья .....	24
Рекомендации по работе на кухне .....	25
Рекомендации по облегчению ухода за частями тела .....	26
Рекомендации по облегчению купания и принятия душа .....	26
Рекомендации по пользованию туалетом.....	27
Рекомендации по облегчению одевания и раздевания.....	27
<b>ВОССТАНОВЛЕНИЕ РЕЧИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА</b> .....	<b>32</b>
Как помочь больному с афазией? .....	32
Как помочь больному с дизартрией? .....	32
Дыхательная гимнастика.....	34
Массаж биологически активных точек при дизартрии.....	35
<b>БОРЬБА С ГОЛОВОКРУЖЕНИЕМ И НАРУШЕНИЯМИ КООРДИНАЦИИ</b> .....	<b>36</b>
Вестибулярная гимнастика .....	41
<b>ПРОГРАММА ДОМАШНЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ПАРАЛИЧОМ КОНЕЧНОСТЕЙ</b> ..	<b>43</b>
<b>ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ И КОГНИТИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА</b> .....	<b>51</b>
Основные методы коррекции постинсультной депрессии.....	51
Постинсультные когнитивные расстройства .....	52
Рекомендации по общению с больным, страдающим выраженными когнитивными нарушениями (деменция).....	52
Тренировка памяти, внимания, мышления.....	53
Рекомендуемый план домашнего распорядка на неделю .....	54
Список использованной литературы.....	58

# Что такое инсульт?

**Инсульт** – это острое нарушение мозгового кровообращения, в результате которого пораженный участок головного мозга утрачивает свои функции вследствие тромбоза кровоснабжающей его артерии либо кровоизлияния в эту зону.

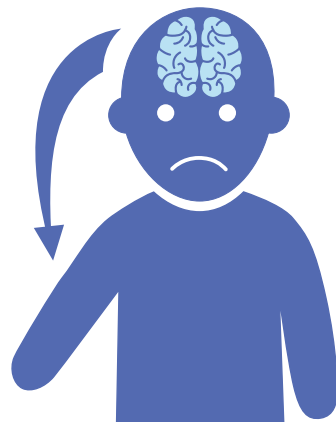
Инсульт наступает из-за прекращения кровоснабжения какого-либо участка головного мозга. С кровью в мозг поступают необходимые питательные вещества и кислород. Когда происходит резкое нарушение доставки жизненно важных элементов, возникает повреждение и дальнейшая гибель клеток головного мозга. Это приводит к «выпадению» или снижению разных функций организма. Так как мозг «контролирует» всё наше тело, то повреждение даже его небольшого участка приводит к появлению симптомов. К примеру, если во время инсульта затронут участок мозга, который отвечает за движения конечностей, то нарушаются движения и/или чувствительность в этих конечностях.

Мозг также обеспечивает процессы обучения, понимания, общения и ощущения. Поэтому при инсульте они могут быть нарушены.

Различают инсульт геморрагический (кровоизлияние в мозг и/или его оболочки) и ишемический (закупорка сосуда тромбом, бляшкой).

**Не бывает одинаковых инсультов!** В каждом отдельном случае нарушение мозгового кровообращения возникает в различных участках головного мозга, объем погибших или поврежденных клеток тоже разный. Поэтому у некоторых людей симптомы проходят достаточно быстро (от нескольких минут до нескольких часов), а у других инсульт приводит к стойкому нарушению функции каких-либо частей тела и инвалидизации.

Восстановление после инсульта зависит от многих факторов и наиболее быстро происходит в течение первых месяцев, но иногда может затянуться на несколько лет.



## Причины инсульта

Инсульт редко развивается без видимой причины, большинство случаев развиваются на фоне предшествующих факторов риска. Они делятся на **неконтролируемые** (на которые мы не можем повлиять) и **контролируемые** (те, на которые мы можем повлиять, изменив свой образ жизни, диету, используя лекарственные препараты и т.д.).

### Факторы риска развития инсульта, на которые мы не можем повлиять

1. **Возраст** (частота развития инсультов с возрастом увеличивается).
2. **Пол** (у мужчин инсульты развиваются чаще, чем у женщин).
3. **Наследственность** (инсульты развиваются чаще в семьях, в которых были случаи заболевания).
4. **Раса** (у европейцев инсульты случаются чаще, чем у азиатов).

## Факторы риска развития инсульта, на которые мы можем повлиять

**1. Курение.** У курящих в 2–3 раза выше риск развития инсульта по сравнению с некурящими. Курение ускоряет развитие атеросклероза и образование тромбов в сосудах сердца. Также опасно и пассивное курение.

**2. Потребление алкоголя.** Алкоголь делает сосудистую стенку более хрупкой, а кровь – более «жидкой», что в совокупности повышает риск геморрагического инсульта, то есть кровоизлияния в мозг.

**3. Высокие показатели артериального давления (гипертоническая болезнь).** Артериальная гипертензия увеличивает нагрузку на сердечную мышцу, что с течением времени приводит к ее увеличению и ослаблению. В сочетании с другими факторами (ожирение, курение или сахарный диабет) риск инсульта увеличивается в несколько раз.

**4. Нарушения ритма сердца (мерцательная аритмия, фибрилляция предсердий).** Наличие мерцательной аритмии в 6–10 раз увеличивает риск развития инсульта.

**5. Сахарный диабет.** Сахарный диабет увеличивает риск развития сердечно-сосудистых заболеваний – даже при контролируемом уровне глюкозы. Более чем 80% больных диабетом умирают от сердечно-сосудистых заболеваний.

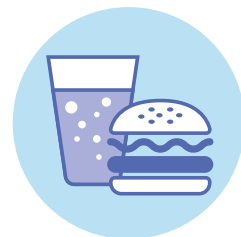
**6. Нарушение липидного обмена.** Высокий уровень холестерина и липопротеидов низкой плотности в крови увеличивает риск сердечно-сосудистых заболеваний, особенно в сочетании с другими неблагоприятными факторами. Целевой уровень липопротеидов низкой плотности для пациентов, перенесших инсульт, – 1,4 мм/л.

**7. Недостаточная физическая активность (гиподинамия).** Гиподинамия одна из причин сердечно-сосудистых заболеваний, тогда как физическая активность благоприятно влияет на уровень холестерина, профилактику сахарного диабета и поддержание оптимальной массы тела, способствует снижению артериального давления.

**8. Применение оральных контрацептивов.** Препараты с содержанием эстрогенов повышают риск ишемического инсульта, особенно у курящих женщин с повышенным артериальным давлением.

**9. Излишний вес (ожирение).** Люди с избыточной массой тела даже при отсутствии других неблагоприятных факторов подвержены риску инсульта. Избыточный вес способствует увеличению нагрузки на сердце, неблагоприятно воздействует на артериальное давление, уровень холестерина и других жиров крови (включающих триглицериды) и увеличивает риск развития сахарного диабета.

**10. Тревога и депрессия.** Являются независимыми факторами риска развития инсульта.



## Более редкие причины инсульта

**1. Диссекция стенки артерии** – расслоение стенки артерии в результате травматического воздействия на нее (массаж, мануальная терапия, резкое торможение в автомобиле). В результате в стенке артерии формируется тромб, который полностью перекрывает просвет сосуда.

**2. Функционирующее овальное окно** – дефект перегородки между правыми и левыми отделами в сердце диаметром до нескольких миллиметров, которое в определенных условиях может стать причиной инсульта в возрасте от 20 до 50 лет.

**3. COVID-19** может стать причиной повышенного тромбообразования, в результате чего даже у пациентов, не имеющих факторов риска, может развиваться острый инсульт.

**4. Онкологические заболевания.**

**5. Заболевания крови** (тромбофилии, антифосфолипидный синдром).

Если вы хотите самостоятельно выяснить индивидуальный уровень риска инсульта, то воспользуйтесь онлайн-тестами, представленными в сети интернет или мобильным приложением для телефона «Рискометр инсульта».

После ответов в графическом варианте приложения на шкале спидометра можно узнать свой уровень риска развития инсульта на срок от пяти до десяти лет. Программа «Рискометр инсульта» показывает, на какие факторы нужно обратить внимание и за счет чего снизить риск развития заболевания.

Помните, наличие у вас или у ваших близких преходящих нарушений мозгового кровообращения (кратковременная острая ишемия головного мозга, сопровождающаяся транзиторными общемозговыми и очаговыми симптомами, полностью исчезающими в течение не более чем 24 часов с момента начала приступа) указывает на высокий риск развития инсульта! Обратитесь за помощью к врачу, не откладывайте профилактические мероприятия!

# Признаки инсульта



Инсульт – неотложное состояние, борьба за еще не умершие клетки мозга (нейроны) должна начинаться с первых минут развития заболевания.

Нельзя ждать, пока «само пройдет», или откладывать госпитализацию «до утра».

В первые 3–6 часов после возникновения первых симптомов инсульта (так называемое терапевтическое окно) медицинская помощь наиболее эффективна!

При возникновении подозрения развития инсульта следует немедленно вызвать скорую помощь, как можно точнее описать симптомы прибывшей бригаде и госпитализировать больного.

## Порядок действий до приезда бригады скорой помощи

1. Уложите больного на кровать или диван, так чтобы его голова располагалась под углом 30° к плоскости опоры. Ни в коем случае не сгибайте шею – подушки нужно подложить таким образом, чтобы подъем шел от лопаток. Расстегните воротник, ослабьте завязки, застежки, пояс – одежда не должна мешать дыханию. Обязательно удалите вставные челюсти (любые предметы изо рта).

2. Измерьте артериальное давление. Помните, при инсульте для поддержания адекватного кровотока в пораженном участке мозга **недопустимо снижать давление ниже 170/100 мм рт. ст. Клофелин использовать нельзя!**

3. До приезда скорой медицинской помощи следует фиксировать все лекарственные средства, принимаемые больным, и сообщить о них прибывшей бригаде.

4. При возникновении тошноты и рвоты необходимо повернуть голову пациента на бок или положить его так, чтобы он не захлебнулся рвотными массами.

5. При возникновении судорожного припадка не удерживать пациента, не вставлять в рот ложку. Необходимо просто обложить пациента мягкими предметами.

6. При утрате сознания надо уложить больного так, чтобы обеспечить наилучшие условия для дыхания.

7. При угнетении и прекращении дыхания и сердечной деятельности необходимо начать реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание «рот в рот»).

При вызове скорой медицинской помощи вне зависимости от вашей прописки любого гражданина Российской Федерации госпитализируют в ближайший сосудистый центр, имеющий специализированное отделение.

# Профилактика повторного инсульта

Если не проводить профилактику, риск возникновения повторного эпизода заболевания в течение первого года составляет 60%.

## Меры профилактики

**1. Ежедневное измерение артериального давления и регулярный прием препаратов, нормализующих его уровень.**

Оптимальный подбор гипотензивных препаратов осуществляет лечащий врач. Прием таких лекарственных средств должен быть длительным, зачастую пожизненным, с подбором эффективных доз и комбинаций, а не от случая к случаю, как это часто бывает. Помните, что современные гипотензивные препараты не всегда начинают действовать в первые сутки, поэтому их прием должен быть регулярным, ежедневным, несмотря на показатели артериального давления. При необходимости дозу препарата целесообразно обсудить с врачом.

**2. Длительный прием лекарственных средств из группы антиагрегантов или антикоагулянтов.** Данные препараты препятствуют образованию тромбов и «разжижают» кровь. Выбор препарата и назначение эффективных доз осуществляет только лечащий врач, учитывая индивидуальные особенности пациента. Данные препараты принимаются ежедневно и пожизненно.

**Категорически нельзя прекращать прием данной группы препаратов без разрешения врача! Это может привести к закупорке сосуда и повторному инсульту!**

**3. Осмотры кардиолога и невролога.** Для оценки состояния здоровья с той частотой, которую рекомендует лечащий врач, либо при ухудшении самочувствия.

**4. Контроль уровня сахара в крови.** Пациент при наличии сахарного диабета должен находиться под наблюдением эндокринолога.

**5. Контроль уровня холестерина.** Прохождение липидограммы 1 раз в 6–12 месяцев и обязательный прием статинов, если они рекомендованы лечащим врачом.

**6. Полный отказ от курения и злоупотребления спиртными напитками.** Алкоголь – это яд для центральной и периферической нервной систем.

**7. Контроль массы тела.** Регулярная физическая нагрузка не менее 45 минут в день, 5–7 раз в неделю (ходьба, езда на велосипеде и др.).

## **8. Здоровое питание.**

1. Ограничение поваренной соли до 5 г в сутки и менее.

2. Уменьшение употребления животных жиров (жирные сорта мяса, цельные молочные продукты).

3. Увеличение в рационе овощей и фруктов (4–5 порций в сутки), бобовых, цельнозерновых продуктов, рыбы (2–3 раза в неделю) и морских продуктов.

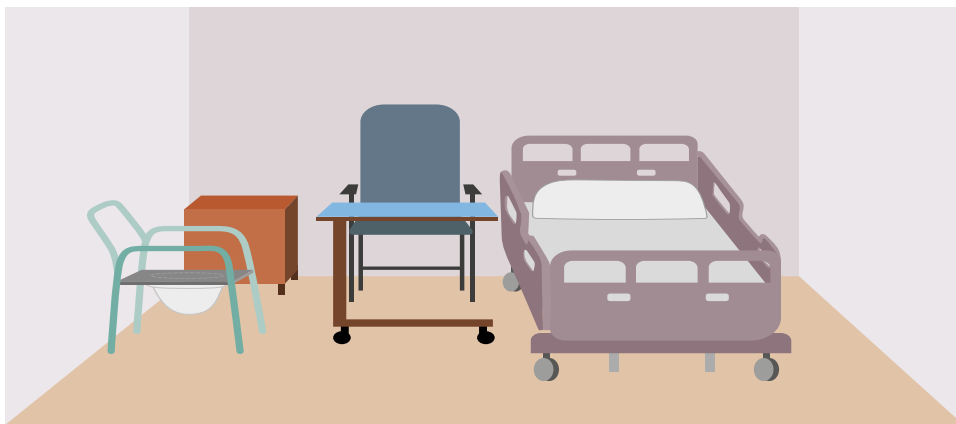
4. Ограничение употребления углеводов (булочки, выпечка, сдоба и др.) до 1–2 порций в неделю.

# Уход за больными с параличом конечностей

## Позиционирование

Придание и фиксация правильного положения нуждающимся в лечении конечностям, а также поддержка пострадавшей части тела предупреждает развитие контрактур (ограничение движений в каком-либо суставе) и болевого синдрома. Правильное позиционирование является компонентом реабилитации.

**Организация рабочего пространства в условиях стационара.**



Прикроватный столик.

Прикроватное кресло.

Прикроватный туалет.

В домашних условиях также необходимо создать условия, отвечающие данным требованиям.

**Положение больного лежа на спине.**



Голова больного должна располагаться по центру, шея не должна быть согнута.

**Поворот больного на кровати на здоровую сторону.**

Пациент находится на ровной поверхности.

Ноги согнуты в коленях.

Помощник осуществляет поворот больного на себя.

Здоровая рука больного отведена на  $90^\circ$  в сторону поворота.

Одна рука помощника располагается на спине больного в области лопатки с пораженной стороны, другая – на колене.

**Поворот больного на кровати на здоровую сторону.**

Помощник переворачивает больного, воздействуя на лопатку и колено.

Запрещается тянуть больного за пораженную руку.

**Позиционирование больного на здоровом боку.**

Тело неизогнуто.

Пациент располагается на боку под 90° или больше.

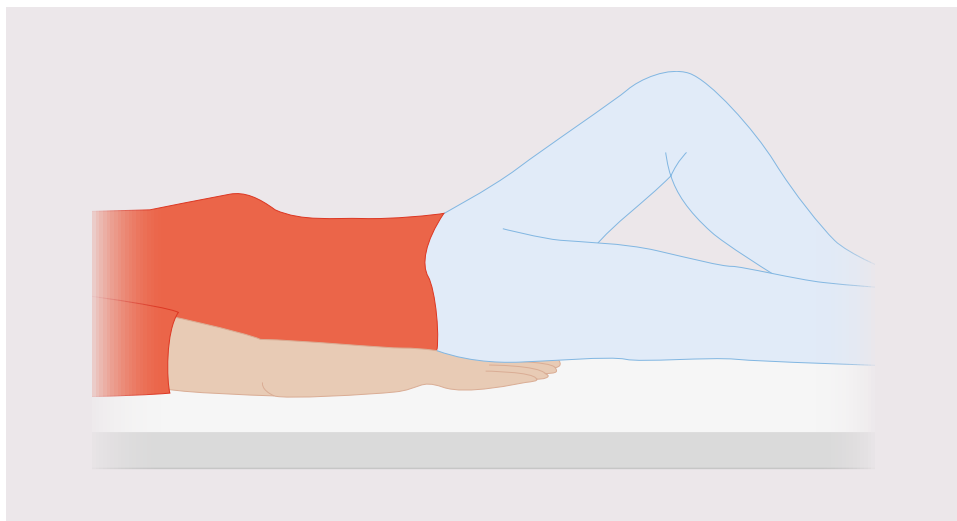
Кисть и локоть пораженной руки не должны свисать с подушки.

Колено полусогнуто.

Стопа располагается полностью на подушке.

**Позиционирование больного на пораженном боку аналогично положению на здоровом.**

Пораженная кисть не фиксируется в разгибании, стопа в подошвенном разгибании.  
Необходимо обеспечить удобное положение пораженной руки.

**Поворот больного на живот. Положение руки.**

Рука выпрямлена вдоль туловища.  
Кисть ладонью вниз под ягодичей.  
Нога согнута в колене.

**Позиционирование больного на животе.**

Голова больного повернута в сторону. Рекомендуется менять поворот головы.  
При повороте головы в другую сторону меняется положение руки.  
Со стороны лица рука больного в плечевом суставе отведена под углом  $90^\circ$ , в локтевом суставе согнута под углом  $90^\circ$ .  
Противоположная рука вытянута вдоль тела.

**Сгибание конечностей на стороне пораженного участка головного мозга.**

Кисть больного располагается ладонью вниз возле лица.  
Нога в тазобедренном и коленном суставе согнута под углом  $90^\circ$ .  
Валик под голеностопным суставом.

**Сгибание конечностей на стороне противоположной пораженному участку головного мозга.**

Необходимо осуществлять повороты головы вправо и влево, одновременно меняя положение руки и ноги.  
Рука больного со стороны лица отведена в сторону и согнута в локте под углом  $90^\circ$ .  
Рука с противоположной лицу стороны вытянута вдоль тела.  
Кисть располагается ладонью вверх под согнутой ногой.

**Положение Фаулера (полусидячее положение больного в кровати).**

Валик под коленями для предотвращения сползания больного при подъеме изголовья.  
Плечи больного опущены и отведены.  
Руки симметрично расположены на подушках.

**Присаживание больного через здоровую сторону.**

В исходном положении больной лежит на спине посередине кровати.  
Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90°.  
Колени свисают с кровати.  
Больной спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой.  
Помощник удерживает больного от опрокидывания назад.

**Присаживание больного через здоровую сторону.**

Больной опирается на локоть здоровой руки.  
Помощник придерживает пациента за голень и шею.

**Присаживание больного через пораженную сторону.**

Одной рукой помощник удерживает больного за голень, другой поддерживает в области лопаток.  
Согнутые колени свисают с кровати.  
Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90°.  
Нельзя тянуть больного за пораженные конечности.

**Положение больного сидя на кровати.**

Положение тела должно быть симметрично, больной не должен заваливаться на бок или назад.

**Пересаживание больного в кресло через здоровую сторону.**

Обе стопы и колени больного зафиксированы ногами помощника.

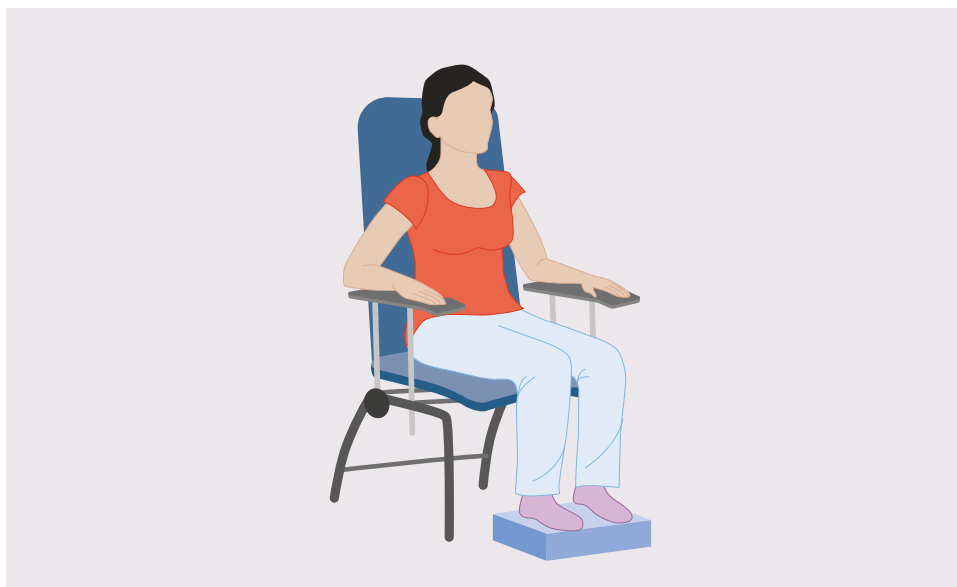
При возможности больной должен участвовать в перемещении.

Больной переносит вес тела вперед, привстает и поворачивается кругом.

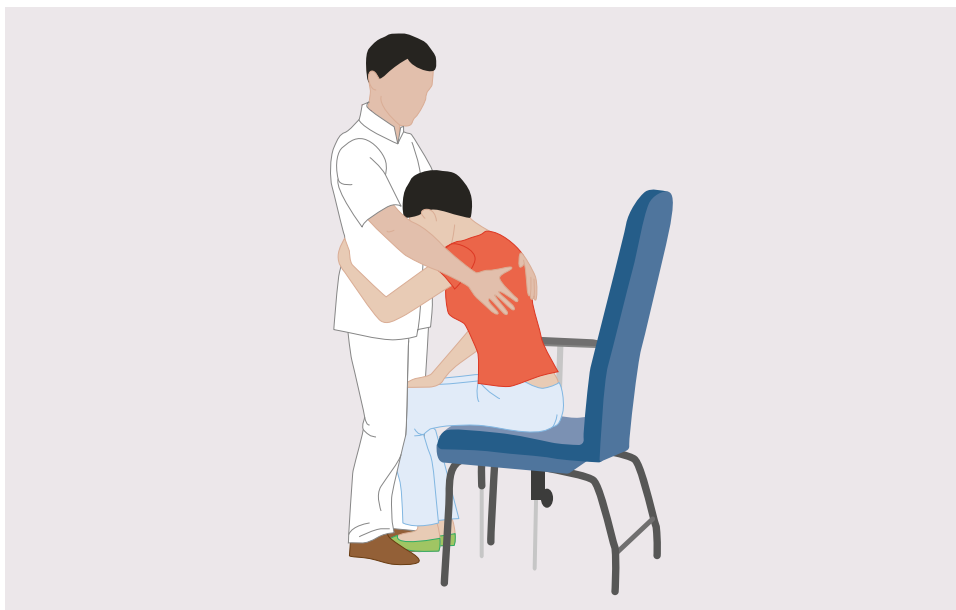
Помощник удерживает больного, со стороны спины сверху через голову или поддерживая под ягодицу.

**Пересаживание больного в кресло через пораженную сторону.**

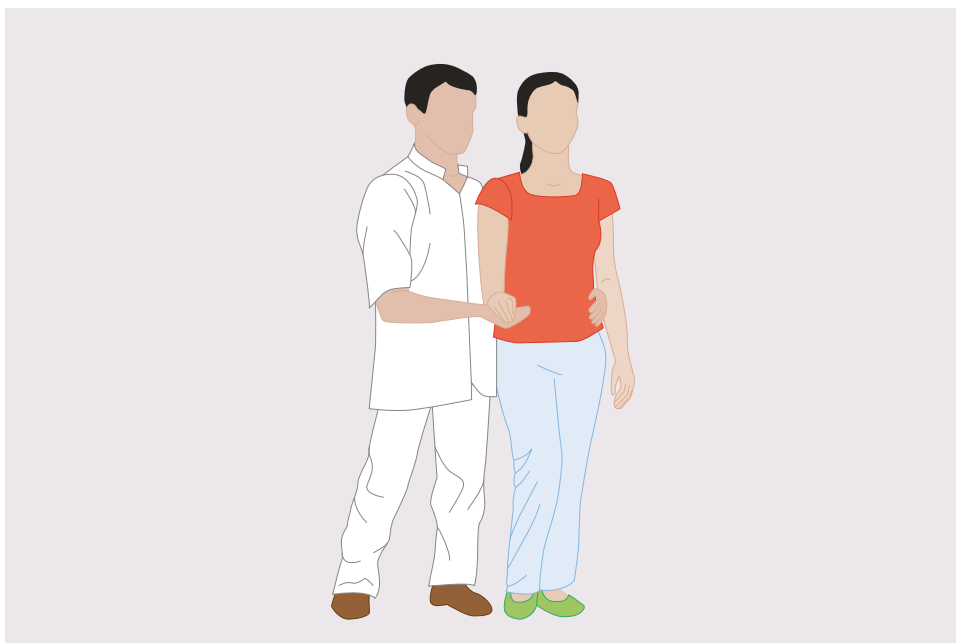
Пораженная стопа и колени больного фиксируются ногами помощника. Больной переносит вес тела вперед, привстает и поворачивается кругом.

**Положение больного сидя в кресле.**

Положение тела должно быть симметрично, больной не должен заваливаться на бок или назад. Необходимо избегать перекаса таза, стопы располагаются на опоре. Таз, бедро, голень расположены под углом 80–90°.

**Вставание больного.**

Стопы и колени больного зафиксированы помощником. Больной подается вперед и вверх.

**Шаг и ходьба.**

Первый шаг делается всегда с пораженной ноги.

Помощник придерживает пораженную руку больного и фиксирует противоположное бедро, находясь с пораженной стороны.

## Шаг и ходьба.



При возможности больным сохранять устойчивость при ходьбе его удерживают за запястья, находясь к нему лицом.

## Профилактика контрактур и спастичности

**Контрактура** – ограничение пассивных движений в суставе, то есть такое состояние, при котором конечность не может быть полностью согнута или разогнута. Контрактуры могут быть следствием мышечного спазма при вынужденном длительном положении конечности.

**Снизить риск развития контрактур можно следующим образом.**

1. Поддерживать комфортную температуру в помещении.
2. Выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах пораженных конечностей с помощью здоровой руки или при участии помощников.
3. Соблюдать правильное позиционирование конечностей.
4. Выбирать положения, при которых пораженная сторона имела бы опору.

**Спастичность** – состояние повышенного мышечного тонуса, при котором конечность оказывает сопротивление выполнению ей пассивных движений.

**Что не рекомендуется делать при спастичности мышц руки.**

1. Привязывать руку к плоскому лонгету.
2. Сжимать в кисти эспандер, мячик и другие предметы.
3. Заниматься упражнениями с гантелями или гимнастическими палками, вкладывая их в пораженную руку.
4. Тренировать захват мелких предметов.
5. Цеплять руку за ходунки.
6. Выполнять какие-либо движения, вызывающие значительную боль в плече или в других частях тела.

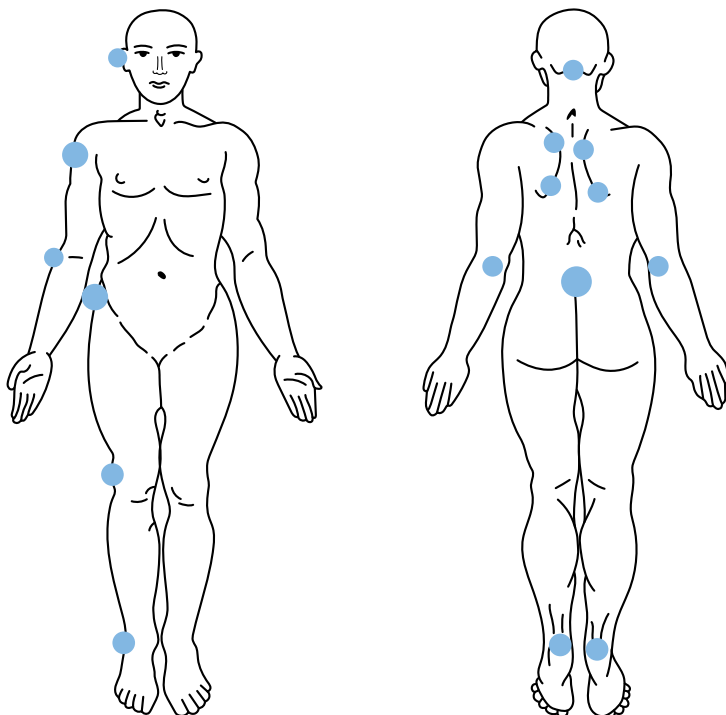
## Боли в плече

Боли в плече возникают из-за слабости мышц, плохо фиксирующих плечевой сустав. В результате появляется некоторая «разболтанность» сустава. В этой ситуации возможно ущемление в суставе околосуставных мягких тканей с последующим их повреждением, воспалением и болями. Избежать болей в спине и плече можно, соблюдая правила позиционирования. Перемещать руку нужно придерживая ее не только за кисть, но и за локоть. При переворачивании или другом перемещении больного не тянуть за парализованную конечность. Мышечная боль может уменьшиться при согревании: для этого можно использовать грелку, бутылку с горячей водой, завернутую в полотенце. Важно помнить о нарушении чувствительности с парализованной стороны, поэтому при проведении тепловых процедур нужно постоянно контролировать поверхностное состояние кожи. При ходьбе рука должна быть фиксирована вся, включая кисть. Для этого можно использовать специальные бандажи.

## Уход за кожей. Профилактика пролежней

При длительном пребывании в одном и том же положении происходит давление на кожу и наступает ухудшение кровоснабжения данного участка тела, что приводит к образованию пролежней. Для предупреждения пролежней необходимо как можно чаще менять положение больного, ежедневно осматривать участки тела, потерявшие чувствительность, выявляя синяки, трещины, побелевшие или покрасневшие участки кожи. Если при надавливании в этих местах не нормализуется окраска кожи, то это говорит о подверженности их к образованию пролежней. Особого внимания требуют места костных выступов: области ягодиц, крестца, лодыжек, коленей, бедер, пяток, локтей, затылка ушных раковин.

**Зоны, наиболее подверженные риску образования пролежней.**



## Нарушения мочеиспускания и работы желудочно-кишечного тракта

Следствием перенесенного инсульта могут стать нарушения мочеиспускания. Необходимо контролировать мочеиспускание: оно должно происходить не менее 4–5 раз в сутки, объем выделяемой мочи за 1 раз – около 200–300 мл. Стул самостоятельный должен быть не реже 1 раза в 3 дня.

## Возвращение больного домой

Важно помнить, что человек, перенесший инсульт, часто не способен не только самостоятельно себя обслуживать, но и принимать какие-либо решения. Поэтому родным пациента нередко приходится брать на себя большое количество обязанностей и иногда в чем-то себе отказывать. Но это не значит, что нужно изолироваться от окружающего мира и полностью посвятить себя уходу за родственником. В противном случае при чрезмерной опеке больной постоянно будет ждать постороннюю помощь и станет совсем зависимым, перестав бороться.

### Рекомендации по уходу за лежачим больным

По возвращении домой лежачему больному необходимо обеспечить комфортные условия пребывания, при возможности выделить отдельную комнату, в которой должны находиться:

- высокая твердая кровать с возможностью подхода к ней с двух сторон. Кровать должна иметь противопролежневый матрас. Важно уметь укладывать неподвижного пациента и обеспечить возможность самостоятельного передвижения в кровати больному, у которого сохранились хотя бы минимальные двигательные способности (см. ранее);

- прикроватный столик;
- прикроватное кресло у изголовья со здоровой стороны;
- прикроватный туалет у ног с той же стороны;
- специальные косметические средства по уходу за кожей;
- ортезы и средства помощи при передвижении (трость, ходунки, коляска и др.);
- расходные гигиенические материалы: подгузники, пеленки, салфетки т.д.

Лежачему больному необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение и патронаж (наемная сиделка или кто-то из родственников); распisać распорядок дня.

#### Мероприятия по уходу за пациентом

1. Обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи. Следует иметь в виду, что растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется, так как это ведет к пересушиванию кожных покровов и нарушению их целостности. Для очищения кожи лучше использовать жидкое мыло, шампуни, пенки, тоники, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных.

2. Смена положения в постели должна осуществляться каждые 2 часа днем и 3–4 часа ночью.

3. Следует применять элементы массажа (поглаживание и легкую вибрацию) участков кожи, подверженных наибольшему давлению, для улучшения кровообращения в данных зонах.

### Питание и кормление пациентов

Важной составляющей в реабилитации больных, перенесших инсульт, является питание. В случае недостаточного поступления в организм питательных веществ развивается комплекс структурно-функциональных и метаболических нарушений, последствиями которого могут стать:

- нарушение процессов пищеварения;

- замедление процессов регенерации;
- снижение устойчивости к инфекциям;
- анемия, гипопротеинемия и лимфопения;
- нарушение транспортной функции крови;
- образование отеков.

Все эти факторы приводят к удлинению сроков и снижению эффективности лечения и реабилитации пациентов, повышению риска развития различных осложнений и летального исхода.

**Нутритивная поддержка** – комплекс мероприятий, направленных на обеспечение организма пациента энергией и важнейшими питательными веществами.

**К методам нутритивной поддержки относятся.**

1. **Сипинг** (от англ. – sip – «пить маленькими глотками») – пероральное потребление специальных искусственно созданных питательных смесей в жидком виде (частичный, как дополнение к основному рациону, или полный – потребление только смесей).

2. **Зондовое питание**, осуществляемое через назогастральный или назоинтестинальный зонд, а при необходимости длительного искусственного питания больных (более 4–6 недель) – через гастро- или энтеростому.

3. **Парентеральное питание** через периферическую или центральную вену.

4. **Смешанный вариант.**

В настоящее время существует большое количество питательных смесей, предназначенных как для перорального, так и для зондового питания, которые различаются по своему химическому составу, физическим свойствам, содержанию энергии и белка.

**Достоинства современных питательных смесей для энтерального питания:**

- содержат все необходимые нутриенты;
- оптимально сбалансированы по макро- и микроэлементному составу;
- имеют относительно легкую усвояемость;
- обеспечивают механическое и химическое щажение органов пищеварения;
- не содержат глютен и лактозу;
- удобны для дозирования и применения.

По физическим свойствам питательные смеси можно разделить на сухие (порошок для разведения) и жидкие, готовые к употреблению. Жидкие смеси имеют ряд преимуществ: строго стандартизированный состав, стерильность, низкий риск инфицирования, удобство применения, более длительное время использования (до 24 часов).

Для удобства применения в любых, в том числе и в амбулаторных, условиях созданы специальные жидкие готовые к употреблению стерильные полимерные питательные смеси в мини-упаковках.

Данные питательные смеси могут использоваться у ослабленных больных, при подготовке к хирургическому или химиотерапевтическому лечению, на этапе ранней реабилитации больных с заболеваниями различных органов и систем (в том числе перенесших инсульт). Употреблять такие смеси следует медленно через соломинку в течение 20–30 минут, что позволяет избежать развития диареи. В случае необходимости длительного назначения сипинга оптимально использовать смеси, содержащие пищевые волокна.

Кроме того, для перорального питания пациентов с нарушением функции глотания разработаны специальные желеобразные питательные смеси различной степени вязкости, а также загустители еды и напитков, которые не имеют собственного вкуса и могут добавляться в любые блюда с целью создания оптимальной консистенции пищи.

**Важно помнить**, что регулярное промывание зонда для питания является надежным методом предотвращения его закупорки смесью. Вязкие смеси, которые содержат волокна, или высококалорийные смеси чаще приводят к непроходимости зонда. Зонд следует промывать теплой водой перед каждым кормлением и после, 30–50 мл жидкости достаточно. Чтобы избежать разрыва зонда

при промывке от чрезмерного давления, следует использовать 50-мл шприц. Шприцы меньшего объема использовать не рекомендуется.

Если лекарственные препараты вводятся через энтеральный зонд для питания, их следует давать отдельно от питательной смеси с последующей промывкой зонда теплой водой после введения препарата, чтобы избежать взаимодействия со смесью.

## Оценка функции глотания и ее нарушений

**Глотание** – сложный биомеханический процесс, включающий работу различных групп мышц и черепных нервов. Если какая-нибудь часть этой сложной системы нарушается, это ведет к возникновению у пациентов трудностей при потреблении жидкости и пищи. У больных с инсультом часто возникает проблема нарушенного глотания – **дисфагия**. Дисфагия может привести к аспирации – проникновению остатков пищи в легкие. Аспирация может служить причиной удушья, развития инфекционных заболеваний дыхательных путей, пневмонии. Аспирация может быть незаметной (отсутствие кашля). Для профилактики аспирации очень важно поддерживать качественную гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от остатков пищи и скопления слюны.

### Некоторые предостерегающие знаки и симптомы дисфагии:

- затруднение жевания;
- нарушение гигиены рта;
- слюнотечение и 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) и срыгивание;
- затруднение дыхания, удушье;
- повышение температуры тела;
- снижение веса;
- потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от еды;
- увеличение продолжительности приема пищи;
- ощущение, что еда или жидкость застревает в горле во время глотания;
- тревожность по поводу приема твердой или жидкой пищи.

Если у больного не выявлено нарушений функции глотания, то его можно кормить как обычно, строго соблюдая при этом практические рекомендации по кормлению.

## Кормление пациентов с нарушенным глотанием

- Кормление следует проводить только в положении сидя (с опорой под спину).
- Голова должна быть немного наклонена вперед.
- Можно повернуть голову в здоровую сторону в момент глотания.
- Пища должна выглядеть аппетитно и быть достаточно теплой, так как пациентам с дисфагией необходимо длительное время для ее приема (если больной не чувствует температуру пищи, то кормить его нужно едой комнатной температуры).
- Предлагать твердую и жидкую пищу в разное время. В этом случае жидкость не будет проталкивать твердую пищу вниз по глотке, и пациент не будет глотать плохо прожеванную пищу или поперхиваться жидкостью.
- Полужесткая пища воспринимается лучше всего: запеканка, протертые овощи и т.д.
- Для некоторых пациентов необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре,

жидкое пюре) и жидкости (консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа, воды). С этой целью используется загуститель. Следует помнить, что при более жидкой консистенции пищи или питья труднее сделать безопасный (без аспирации) глоток.

- Необходимо исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию: жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай), хлеб, печенье, орехи и прочее.
- При кормлении пищу следует подавать с непораженной стороны небольшими порциями.
- Необходим контроль за использованием зубных протезов.
- После окончания кормления необходимо провести тщательную ревизию полости рта (оставшаяся пища может быть аспирирована).
- После кормления больного следует оставить в вертикальном положении в течение 15–20 мин.

#### **Необходимо запомнить**

- Одновременно можно давать только небольшое количество пищи.
- Не давать питье вместе с пищей (напитки следует давать до или после пищи).
- Нельзя кормить больного в положении лежа.
- Голова пациента во время кормления не должна быть запрокинута назад.
- Зубы и протезы необходимо чистить как минимум 2 раза в день для уверенности в чистоте полости рта.

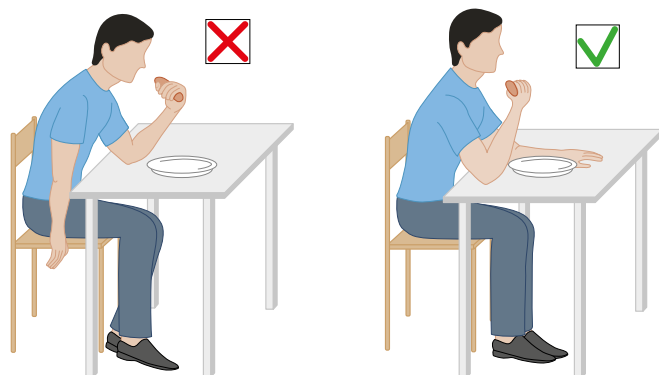
## **Упражнения, улучшающие функцию глотания**

- Рекомендуется имитировать знакомые действия:
  - покашливать «кхе-кхе»;
  - зевать, широко раскрывая рот;
  - изображать свист без звука, напрягая ротовую полость;
  - полоскать горло;
  - храпеть;
  - глотать манную кашу «ням, ням, ням и глоток».
- Глотать капли воды из пипетки.
- Твердо, как бы тужась, произносить звуки «а» и «э» – 3–5 раз.
- Высунув язык, произносить звук «г».
- Беззвучно произносить звук «ы», выдвигая вперед нижнюю челюсть.
- Тянуть звук «м», сомкнув губы (на сколько хватает воздуха, то есть выдоха).
- Тянуть звук «и» то высоко, то низко на одном выдохе, одновременно вибрируя пальцами по гортани.

## **Рекомендации по организации приема пищи и питья**

• **Важно помнить, что нельзя принимать пищу и пить жидкость лежа, поскольку в таком положении очень трудно выполнять глотательные движения.** Если пациента нельзя посадить из-за тяжелого состояния, необходимо поднять головной конец кровати не менее чем на 30°. При этом нельзя поднимать только голову и шею, а следует приподнять всю верхнюю часть туловища.

- Если больной может безопасно находиться в сидячем положении более 20 минут, то лучше принимать пищу, сидя за прикроватным столиком или обычным столом.
- Правильное положение за столом:
  - больной наклоняется над столом, не сгибая корпус;
  - ноги больного должны не висеть, а упираться в пол, колени согнуты под прямым углом, если ноги не достают до пола, то необходимо использовать подставку;
  - руки должны располагаться на столе. Очень важно, чтобы пораженная рука не свисала без опоры и не пряталась под стол, даже если в руке совсем нет движений.



- Для предотвращения скольжения посуды по поверхности стола рекомендуется подложить под тарелку и столовые приборы что-то шероховатое (например, противоскользящий коврик или влажную салфетку).
- Для предотвращения выпадения пищи из тарелки рекомендуется использование глубокой посуды или пластиковых бортиков (защитных кожухов), прикрепленных на тарелку.
- Когда больной-правша достигнет достаточной степени восстановления утраченных функций и вновь начнет пользоваться пораженной ведущей рукой, тогда целесообразно использовать в обиходе столовые приборы с утолщенной рукояткой (можно самостоятельно утолщить с помощью поролона или теплофлекса). Чтобы облегчить поднесение ложки или вилки ко рту, возможно, ее ручку надо будет соответствующим образом изогнуть. А если ложка или вилка все равно выпадают из руки, тогда ее можно прикреплять к запястью ремешком.
- Для облегчения питья при слабости в обеих руках рекомендуется использование пластиковых чашек или чашек с двумя ручками.
- Если рука слишком слаба, чтобы удерживать на весу чашку, из нее можно пить через пластиковую соломинку (только если нет проблем с глотанием).
- Чашки с вырезами для носа могут быть полезны людям с ограниченными возможностями шеи или тем, кто может носить шейный бандаж.

## Рекомендации по работе на кухне

- Разместите кухонные принадлежности, продукты и посуду, которыми вы пользуетесь чаще всего, там, где до них можно легко дотянуться.
- На кухне следует использовать методы экономии труда. Например, готовить и мыть посуду можно сидя, а не все время стоять. Использовать рецепты, которые требуют короткого времени приготовления и небольших усилий. Использовать полуфабрикаты, такие как нарезанные овощи, замороженное тесто, нарезанный хлеб. Можно скользить тяжелыми предметами по столешнице вместо того, чтобы поднимать их. Кипятить воду следует в маленьком и легком чайнике.
- Не покидайте кухню, когда у вас что-то готовится на плите или запекается в духовке.
- Газовую плиту лучше заменить на индукционную панель.
- Используйте приборы, которые автоматически выключаются, такие как тостер, микроволновая печь или мультиварка. В этом случае можно не беспокоиться о том, чтобы оставить их включенными.
- Чтобы стабилизировать посуду во время перемешивания, подложите под нее противоскользящий коврик.
- При работе одной рукой овощи будет легче резать и чистить, если они будут закреплены на нержавеющей гвоздях, вбитых в разделочную доску, а сама доска не будет скользить по столу, если положить ее на мокрое полотенце или резиновую подкладку.

- Используйте нож для резки пиццы или нож-качалку, чтобы нарезать мягкие продукты. Адаптивным «шведским» ножом можно «распиливать» овощи.
- Чтобы открыть банки, можно держать их между коленями или вклинивать в выдвижной ящик и надавливать на него своим корпусом тела. В качестве альтернативы можно посоветовать специальный фиксатор для посуды.
- Для вскрытия упаковок можно использовать ножницы.
- Фартук с большими карманами избавит вас от необходимости носить вещи в руке.

## Рекомендации по облегчению ухода за частями тела



- При неспособности умыться стоя, можно делать это сидя. В таком случае раковину необходимо опустить ниже обычного: так, чтобы больному было удобно вкладывать в нее обе руки из положения сидя.
- Все необходимые туалетные принадлежности должны располагаться в легкой досягаемости.
- Для облегчения включения смесителя можно заменить вентильный кран на рычажный.
- Чтобы избежать выпадения куска мыла, следует поместить его в сеточку (или в нейлоновый чулок) и повесить на смеситель или полочку.
- Кусковое мыло можно заменить на жидкое в автоматическом диспенсере.
- При чистке зубов можно заменить обычную щетку электрической.

Зубную пасту легче выдавливать сразу в рот, а не на щетку. Для некоторых пациентов чистку зубов можно заменить использованием ополаскивателя для полости рта.

- При бритье следует использовать утолщенную ручку бритвы или выбрать легкую электробритву.
- Для облегчения ухода за волосами лучше всего сменить стрижку на более короткую.
- Если при причёсывании трудно поднимать руку к волосам, то можно удлинить рукоятку расчески.
- Для ухода за ногтями на руках можно использовать щетку для ногтей с основанием на силиконовой присоске, прикрепленную к раковине или столу. Либо укрепить пилку для ногтей таким образом, чтобы можно было водить по ней ногтями сверху.
- Для педикюра можно использовать специальные изогнутые и удлиненные ножницы.

## Рекомендации по облегчению купания и принятия душа

• Выделите достаточно времени для принятия душа. Торопиться, когда вы мокрые и в мыле, небезопасно.

• При перемещении в ванную или в душевую избегайте использования полотенецсушителей или дверей душевой кабины для опоры. Установите на их месте поручни. Поручни ни в коем случае не должны быть на присосках или крепиться на клей!

• Принимайте ванну или душ в положении сидя. Приобретите сиденье, стул или скамейку для ванны или душа. Используйте сиденье, специально предназначенное для купания. Использование обычного складного стула может быть опасным и привести к падению.

• Убедитесь, что дно вашей ванны или душевой кабинки не скользит. Если это не так, приобретите противоскользящий коврик для ванной на присосках. Либо подложите под ноги полотенце.

• Смеситель лучше использовать рычажный. Важно отметить на смесителе, где вода горячая, а где холодная. Начинайте включать кран с холодной воды, чтобы избежать ожогов от внезапной слишком горячей воды.

- Расположите полочку для принадлежностей (мыльницу) ниже, чтобы вы могли легко достать необходимые предметы, когда принимаете ванну сидя.
- Повесьте крючки на двери или стене в ванной ниже, чтобы легко было достать полотенца и халат.
- Чтобы устранить проблему падения мыла, положите кусок мыла в длинный нейлоновый чулок и привяжите его к мыльнице или ножке стула. Либо замените кусковое мыло на жидкое в бутылочках с дозатором.
- По возможности пользуйтесь слабой рукой, надев на нее мочалку-рукавичку, самостоятельно либо с помощью ухаживающего.
- В тех случаях, когда больной не в состоянии дотянуться до стоп, он может воспользоваться щеткой с длинной ручкой. Для спины можно использовать щетку с длинной изогнутой ручкой.
- Используйте ручную лейку для душа, чтобы ополоснуться.
- Вытирание может быть утомительным; замените обычное банное полотенце маленьким полотенцем для рук или используйте махровый халат. Вытритесь как можно лучше, прежде чем выходить из ванны.
- Для некоторых больных, наоборот, может быть удобным в использовании большое полотенце с пришитыми к нему по бокам ручками для захвата.
- Перед выходом из ванной желательно надеть обувь с нескользящей поверхностью и с задниками.

## Рекомендации по пользованию туалетом

- В туалете на нужной высоте следует прикрепить на стенку поручни, за которые можно держаться.
- Если больному сложно сесть или встать с низкого унитаза, то следует увеличить высоту сидения за счет адаптивного устройства – насадки на унитаз. При регулировке адаптивного оборудования высота должна позволять больному касаться ногами пола.
- Если больной слишком слаб или нетверд, чтобы дойти до туалета, особенно ночью, следует подумать об использовании прикроватного кресла-туалета.
- Вместо рулона туалетной бумаги удобнее использовать салфетки.
- Если больному трудно дотянуться сзади, чтобы вытереться, пара кухонных щипцов, в которые вкладываются бумажка или салфетка, могут в этом помочь.

## Рекомендации по облегчению одевания и раздевания

- Одеваться следует сидя, предпочтительно в кресле, перед зеркалом.
- Выбирайте одежду, которую легко надевать и снимать: одежду на 1–2 размера больше, с широкими воротом и рукавами; лицевая сторона футболки должна быть легко отличима от спины (карманы, принты); брюки с эластичной резинкой на талии; пуговицы и молнию можно заменить на липучки; если возникли сложности с завязыванием шнурков, следует перейти на обувь на липучке (обувь обязательно с задником); для женщин: бюстгальтер с застежкой спереди, спортивный бюстгальтер или майку вместо бюстгалтера.
- Используйте вспомогательные приспособления для одевания. Например, если у больного возникли трудности с застегиванием пуговиц, используйте крючок для пуговиц. Если больному тяжело наклоняться вперед, следует использовать специальное приспособление для носков. Для обувания используйте табуретку или обувной рожок с длинной ручкой.
- Изучайте альтернативные способы одевания и раздевания при слабости с одной стороны тела. **Надев футболку или рубашку, в рукав в первую очередь следует продевать парализованную руку, а затем здоровую руку и голову.** Самый простой способ снять футболку – это взяться за воротник и стянуть его через голову. Первой из рукава извлекается здоровая рука, затем с ее помощью рукав снимается с парализованной руки.
- Существует несколько методов надевания одежды для верхней и нижней частей тела; эрготерапевт может показать вам лучший способ в вашей ситуации.

## Надевание рубашки одной рукой



**1.** Наклонитесь вперед и свесьте пораженную руку между ног. Найдите рукав для пораженной руки.



**2.** Натяните рукав на пораженную руку как можно выше до самого плеча.



**3.** Перекиньте большую часть рубашки вокруг спины, насколько это возможно.



**4.** Возьмитесь за воротник со здоровой стороны и натяните рубашку на плечо.

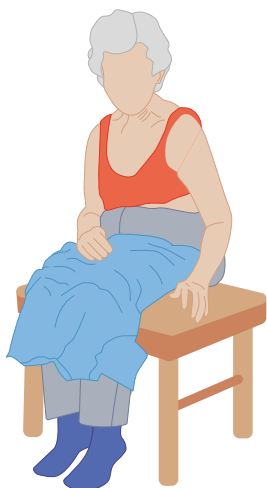


**5.** Просуньте здоровую руку в рукав.



**6.** Завершите одевание застегиванием пуговиц.

## Надевание футболки одной рукой



**1.** Положите футболку лицевой стороной вниз на колени так, чтобы воротник был дальше от вас.



**2.** Соберите рукав для пораженной руки и положите отверстие рукава на колени.



**3.** Наклонитесь вперед и просуньте пораженную руку в отверстие рукава.



**4.** Натяните рукав вверх по руке выше локтя.



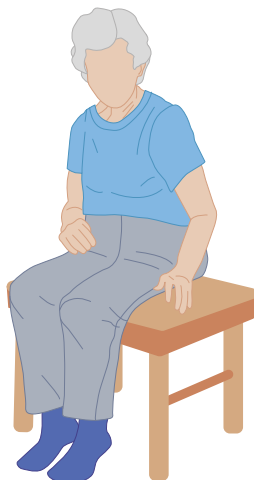
**5.** Вставьте здоровую руку в отверстие второго рукава.



**6.** С помощью здоровой руки наденьте футболку через голову.



**7.** Поправьте футболку на больном плече.

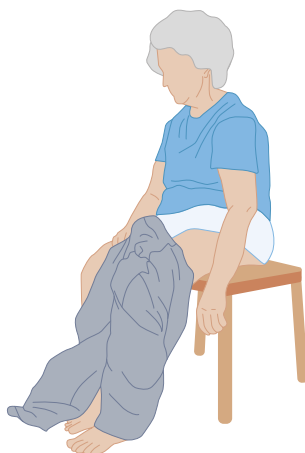


**8.** Поправьте футболку, потянув ее вниз спереди и сзади.

## Надевание брюк и нижнего белья



**1.** Перекиньте пораженную ногу через здоровое колено. Наденьте на нее соответствующую штанину.



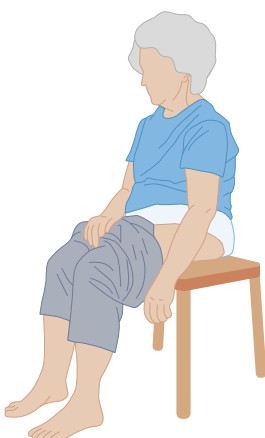
**2.** Подтяните штанину брюк вверх по ноге, пока не увидите свою ступню.



**3.** Вставьте здоровую ногу в брюки.



**4.** Подтяните брюки как можно выше.



**5.** Подтяните штанины вверх над обоими коленями. Это предотвратит их падение, как только вы встанете.



**6.** Встаньте и подтяните брюки. Застегните брюки после того, как сядете обратно.

## Альтернативный вариант



**5.** Оставайтесь в положении сидя и наклоняйтесь из стороны в сторону.



**6.** Натяните брюки на бедра.

# Восстановление речи после инсульта

У больных, перенесших инсульт, часто страдает качество речи. Это проявляется в виде таких речевых расстройств, как **афазия** и **дизартрия**.

В первые дни после нарушения мозгового кровообращения речевые расстройства у больных часто проявляются в форме **тотальной афазии**, когда больной не говорит и не понимает обращенной к нему речи. Тотальная афазия через несколько дней или недель может смениться грубой **моторной афазией**: больной начинает понимать обращенную к нему речь, но общается с окружающими при помощи речевого эмбола – стереотипно повторяющегося звукосочетания, слога или слова, иногда хорошо интонируемого. В некоторых случаях сохраняется повторение и называние, но появляются ошибки в согласовании слов в предложении либо расстройства произношения.

**Сенсорная афазия** характеризуется нарушением понимания речи. При этом больные могут очень много говорить, но из-за нарушения слухового восприятия в речи больных может быть много замен звуков, замен одного слова другим. Кроме того, при моторной и сенсорной афазии часто нарушаются процессы чтения и письма, возможность выполнять счетные операции. Помимо моторной и сенсорной афазии, встречается **семантическая и амнестическая афазия**. При семантической афазии больные затрудняются в понимании смысла пословиц, поговорок, сложных речевых конструкций, с трудом воспринимают пространственные отношения, при этом неплохо понимают обиходную речь. При амнестической афазии больные при относительно свободной речи затрудняются называть предметы.

## Как помочь больному с афазией?

- Не путайте нарушенную речь с нарушенным мышлением.
- Общайтесь с больным с афазией как с равноправным партнером по диалогу.
- Слушать его – означает ждать. Такой больной нуждается в большем времени для своего высказывания.
- Будьте зачинщиком разговора, но не помогайте преждевременно словесными подсказками.
- Дайте больному с афазией возможность высказаться! Совместное обдумывание и точное наблюдение за ситуацией поможет в понимании.
- При непонятных высказываниях не прерывайте больного, даже если смысл сказанного неясен. Не поправляйте его постоянно.
- При упрямстве больного с афазией, намеренном повторении им слов прервите и отвлеките его внимание.
- Не сдавайтесь, не отказывайтесь от общения!

Для восстановления понимания речи у больных с сенсорной афазией используют картинки с подписями. Больным предлагается раскладывать подписи к картинкам (например, собака, дом, чашка, мяч), читать эти подписи, списывать их, показать, где изображен тот или иной предмет. Постепенно число картинок с подписями увеличивается.

**Продолжительность занятий по восстановлению речи в течение первых недель после инсульта длится от 7 до 15 минут, через 1–2 месяца – до 30 минут. В зависимости от состояния больного занятия можно дробить и проводить 2–3 раза в день.**

## Как помочь больному с дизартрией?

**Дизартрия** – нарушение произносительной стороны речи. Ведущим дефектом при дизартрии является нарушение качества произношения и плавности речи.

**Артикуляционные упражнения для коррекции дизартрии**

Речь при дизартрии смазанная, нечеткая. Нередко нарушен темп речи, который может быть ускоренным или замедленным.

**Для коррекции дизартрии применяют артикуляционные упражнения.**

**Для языка.**

1. Попеременно высовывать узкий напряженный язык и широкий расслабленный.
2. С усилием упереть кончик языка в верхние зубы, затем расслабить. При этом рот приоткрыт.
3. Улыбнуться, приоткрыть рот, положить широкий расслабленный язык на нижнюю губу. Удерживать под счет до 5.
4. Оттянуть язык назад с усилием. Ощутить напряжение корня языка, затем расслабить, уложить на дно полости рта.
5. Удерживать широкий язык на нижней, потом на верхней губе.
6. Крестообразные движения кончика языка.
7. Скользить кончиком языка по твердому небу.
8. Выполнять движения языком вперед-назад.
9. Покусывать кончик языка по всей поверхности с продвижением вперед-назад.
10. Выполнять круговое движение языком между губами и зубами с закрытым ртом.

**Для мышц нижней челюсти.**

1. Выдвинуть нижнюю челюсть вперед, вернуть в исходное положение.
2. Выполнять боковые движения нижней челюсти, затем принять исходное положение.
3. Выполнять круговые движения нижней челюстью.
4. Нижними зубами закусить верхнюю губу и наоборот, подержать на счет до 5, затем расслабить.
5. Выполнять движения нижней челюстью вперед-назад с одновременными наклонами головы вперед-назад.
6. Выполнять движения нижней челюстью попеременно вправо-влево с одновременным поворотом головы в ту же сторону.
7. Коснуться подбородком поочередно правого и левого плеча.
8. Коснуться подбородком груди.
9. Запрокинуть голову назад, медленно выдвигать и убирать подбородок.

**Для губ.**

1. Поочередно поднимать и опускать верхнюю и нижнюю губу; максимально обнажать верхние и нижние зубы.
2. Оттягивать уголки рта в стороны, затем вытягивать губы вперед трубочкой. Сначала имитация, затем произнесение звуков и-у-о-а.
3. Утрированно произносить звуки п-б.
4. Многократно произносить сочетание губных согласных мб, бм, пм, мп и губно-зубных вм, мв, бв, вб и др.
5. Массажировать верхними зубами нижнюю губу. Затем нижними зубами – верхнюю.
6. Двигать вытянутыми губами вправо-влево.
7. Натягивать губы на зубы при слегка открытом рте.

**Для мимических мышц.**

1. Опустить углы рта при закрытом рте.
2. Нахмурить брови, расслабить.
3. Поднять брови, расслабить.
4. Прищурить один глаз, затем другой.
5. Зажмурить глаза, расслабить.
6. Надуть щеки, втянуть щеки, перекачивать воздух из одной щеки в другую попеременно, как при полоскании.

7. Максимально оскалить зубы.
8. Опустить верхнюю губу на нижнюю.
9. Натянуть нижнюю губу на верхнюю.
10. Поочередно обнажать верхние и нижние зубы.
11. Пошевелить ноздрями, как бы раздувая их.
12. Наморщить лоб, расслабить.

## Дыхательная гимнастика

Для того чтобы говорить, нужно еще и правильно дышать! Оказывается, мало воздух вдохнуть, надо еще и правильно выдохнуть. Вдыхаем воздух мы для получения кислорода, а выдыхаем в том числе для произнесения слов. В результате выполнения упражнений важно научиться ощущать разницу в направлении воздушной струи.

### Упражнения по дифференциации ротового и носового выдоха

#### Комплекс 1. Формирование фиксированного выдоха.

1. Широко открыть рот и спокойно подышать носом.
2. Закрыть одну ноздрю средним пальцем – вдох. Плавный выдох через другую ноздрю. Поочередно закрывать то левую, то правую ноздрю.
3. Вдох через слегка сомкнутые губы, плавный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м-м-м.....).
4. Вдох широко открытым ртом, плавный выдох носом (рот не закрывать).
5. Вдох носом, плавный выдох ртом (рот широко открыть, язык на нижних зубах – как греют руки) сначала без голоса, затем с голосом (а-а-а...).
6. Вдох носом, плавный выдох через неплотно сомкнутые губы (ф-ф-ф...).
7. Вдох через нос, плавный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.
8. Вдох через нос, выдох – высунуть язык (он должен быть расслаблен), поднять к верхней губе, подуть на нос (как сдувать ватку с носа).

#### Комплекс 2. Формирование форсированного выдоха.

1. Вдох – носом, выдох – через нос толчками.
2. Вдох носом, выдох через неплотно сомкнутые губы толчкообразно, прерывисто, делая короткие промежутки (ф! ф! ф!).
3. Рот широко открыть, высунуть язык, вдох и выдох ртом толчкообразно, прерывисто (как дышит собака).
4. Вдох широко открытым ртом, толчкообразный выдох носом (рот не закрывать).
5. Выдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох через нос сначала без голоса, затем с голосом (м! м! м!).
6. Вдох через нос, толчкообразный выдох через углы рта, сначала через правый, затем через левый.
7. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох через «трубочку» (у! у! у!).

#### Комплекс 3. Формирование умения сочетать фиксированный и форсированный выдохи.

1. Вдох носом, удлиненный выдох с усилением в конце (ф...ф! ф!).
2. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (ф! ...).
3. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, удлиненный выдох через «трубочку» с усилением в конце (у...у! у!).
4. Губы трубочкой вытянуты вперед. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (у! у! у...).
5. Вдох через слегка сомкнутые губы, удлиненный выдох через нос с усилением в конце с голосом (м...м! м!).

6. Вдох через слегка сомкнутые губы, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (м! м! м...).

7. Губы в улыбке. Вдох носом, удлиненный выдох через рот (с...с! с!).

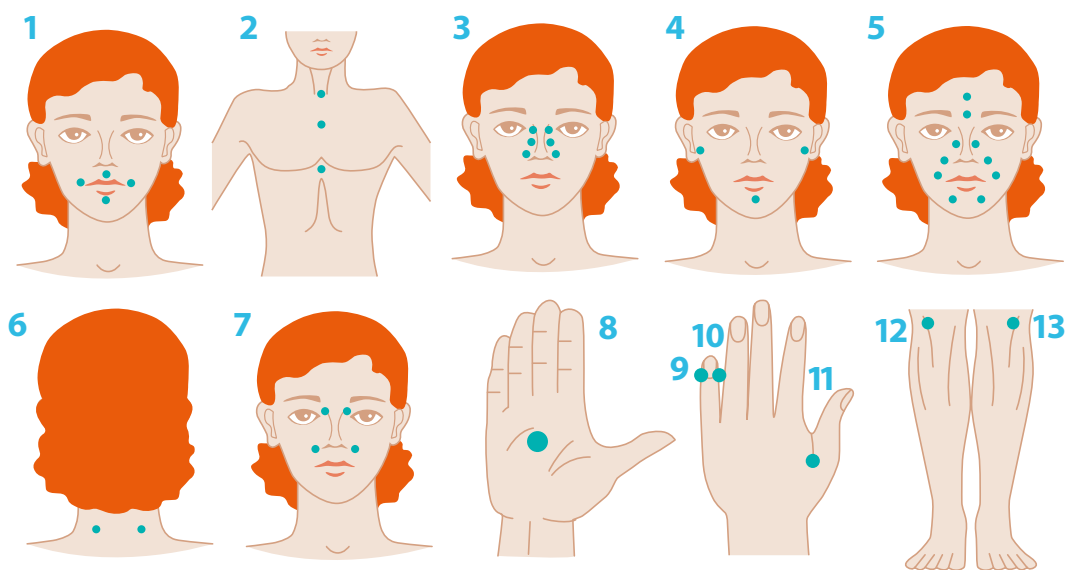
8. Губы в улыбке. Вдох носом, толчкообразный выдох, в конце переходящий в плавный выдох (с! с! с...).

9. Вдох носом. Долгительно произносить звук «ш» с усилением в конце (ш...ш! ш!). Вдох носом. Кратко произносить звук «ш», удлинить выдох в конце произнесения (ш! ш! ш...).

Главная особенность этих комплексов – сочетание дыхательных упражнений с работой артикуляционного и голосового аппаратов, что способствует развитию координации между дыханием, голосом и артикуляцией.

## Массаж биологически активных точек при дизартрии

Логопедический массаж при дизартрии обеспечивает более эффективную коррекцию речевых расстройств. В результате массажа биологически активных точек восстанавливается подвижность мышц артикуляционного аппарата, речь становится более четкой. Улучшается и общее психофизическое состояние больного.



1 – снятие напряжения артикуляционно-мимической мускулатуры. 2 – тренировка ощущения грудного резонанса голоса. 3 – тренировка ощущения головного резонанса голоса. 4 – снятие напряжения нижней челюсти. 5 – тренировка носового дыхания. 6 – снятие напряжения мускулатуры шеи. 7 – профилактика насморка. 8–13 – снятие усталости голосового аппарата, улучшение памяти, повышение работоспособности при умственном переутомлении.

**Перед началом занятий необходимо проветрить помещение, вымыть лицо и руки.**

### Рекомендуемые пособия для коррекции речевых расстройств

#### Для пациентов с афазией.

Амосова Н.Н., Каплина Н.И. «Практические задания по восстановлению речи у больных, перенесших инсульт, черепно-мозговую травму и другие заболевания головного мозга».

Бурлакова М.К. «Практикум. Коррекция сложных речевых расстройств».

Визель Т.Г. «Как вернуть речь».

Кочеткова Н.А., Аксенова Е.В., Петренко В.М. «Радость понимания».

Кошелева Н.В. «Тематические лексико-грамматические упражнения для восстановления речи у больных с афазией».

Мокринская Т.В. «Методическое пособие по коррекции фразовой речи при афазии».

Остапчук Л.А., Петровская О.А. «Тематический альбом для работы по восстановлению речевой функции у больных, перенесших инсульт и черепно-мозговую травму».

Румова Г.А. «Я снова читаю и говорю».

**Для пациентов с дизартрией.**

Большакова С.Е. «Речевые нарушения у взрослых и их преодоление».

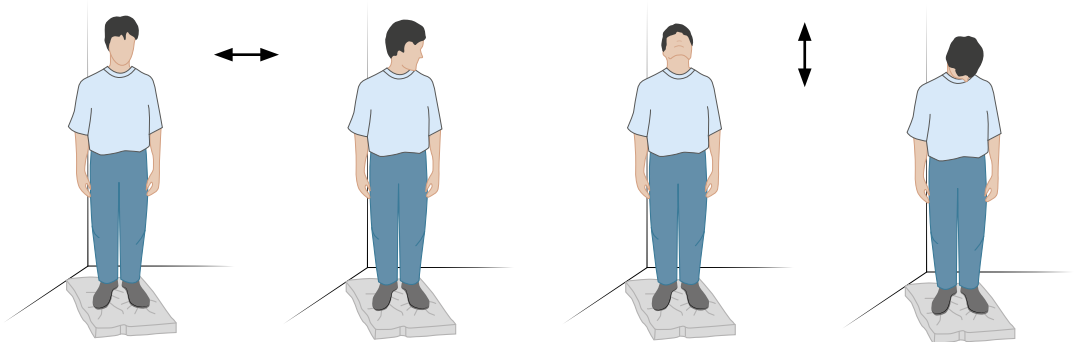
Гегелия Н.А. «Исправление недостатков произношения у школьников и взрослых».

## Борьба с головокружением и нарушениями координации

Часто у больных, перенесших инсульт, встречается такой симптом, как головокружение или шаткость при ходьбе. Нередко пациенты, имея негативный опыт падения, испытывают страх при ходьбе. Этот страх зачастую становится причиной отказа пациента от свободного передвижения. Специальные упражнения помогут избавиться от страха и улучшат координацию в положении стоя и при ходьбе.

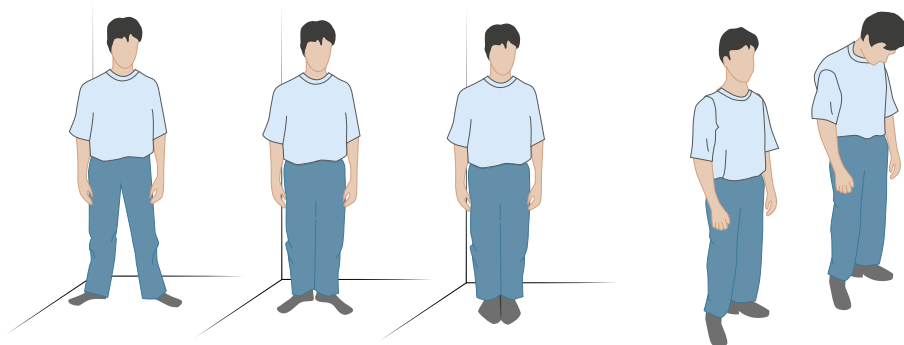
**Упражнение 1. Контроль за равновесием на поролоновом коврик**

- Упражнение выполняются на поролоновом коврике диаметром не менее 40 см и толщиной 5 см.
- Почти прикасаясь к углу стены (чтобы не упасть назад), попробуйте контролировать равновесие с открытыми глазами.
- Приобретая уверенность, в следующие дни выполняйте движения головой, вначале медленно влево, затем вправо, вверх, вниз.
- Затем, для усложнения задания, выполняйте эти же действия с закрытыми глазами.

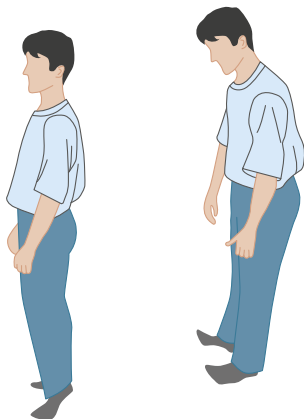


**Упражнение 2. Отработка уверенного сохранения равновесия в положении стоя**

- Широко расставьте ноги и убедитесь – сначала с открытыми глазами, а затем с закрытыми, – что вы контролируете равновесие в течение 5 секунд, затем 10 и 30.
- Постепенно сводите ноги вместе до получения минимального расстояния.
- В тех же условиях качайте головой, вначале медленно, с открытыми глазами, затем с закрытыми, затем делая более широкие движения.
- Вначале делайте по 2–3 повторения, затем увеличивайте их количество до 5–10.

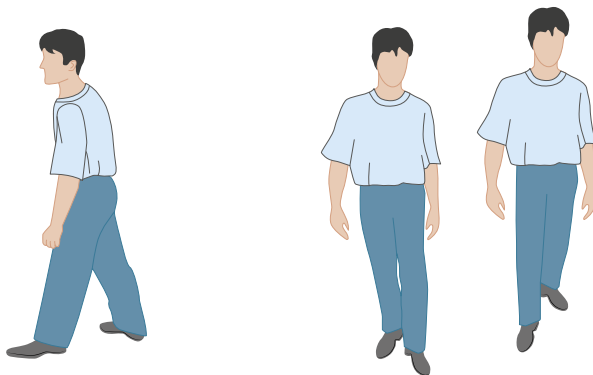


- В том же положении, с изменением точки опоры, поднимитесь на носки, затем встаньте на пятки. Вначале делайте упражнение медленно и задерживайтесь в каждом положении короткое время, затем быстрее и с более длительной задержкой. Быстро переходите на пятки (менее чем за одну секунду). Дольше оставайтесь, стоя на носках (не менее 2 секунд).



### Упражнение 3. Выработка уверенной походки

- Ходьба должна выполняться уверенно, решительным шагом, с высоко поднятой головой, с отмахкой рук, вначале с открытыми, а затем с закрытыми глазами.
- Повторите упражнение несколько раз на дистанции 4–5 метров.

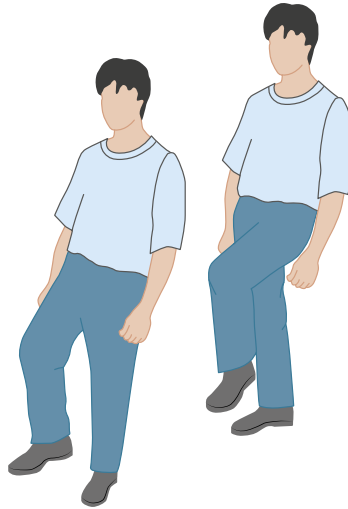


- Более сложное упражнение:
  - сделайте несколько шагов вперед в коридоре, повернув голову сначала влево, затем несколько шагов, повернув голову вправо, сохраняя прямое направление движения;
  - ходьба в узком коридоре более безопасна, так как стены могут послужить опорой для рук при потере равновесия;
  - небольшая метка на стенах коридора будет служить ориентиром и позволит расширить поля зрения.

#### Упражнение 4. Отработка опоры на одну ногу

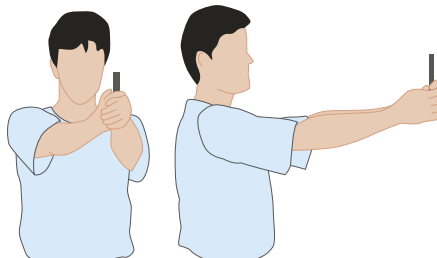
Это упражнение выполняется при соблюдении тех же условий безопасности, что и упражнение № 1. То, что кажется легким для молодого человека, становится трудным с возрастом. Опора на одну ногу требует уверенного равновесия.

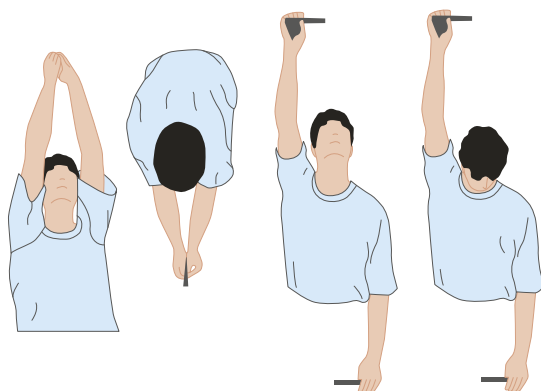
- Перенесите вес тела на одну ногу, затем на другую.
- Глаза открыты, затем закрыты.
- Выполняйте упражнение сначала в обуви, затем босиком.
- Вначале делайте упражнение в течение нескольких секунд.
- Затем добивайтесь большего, считая или засекая время выполнения упражнений.



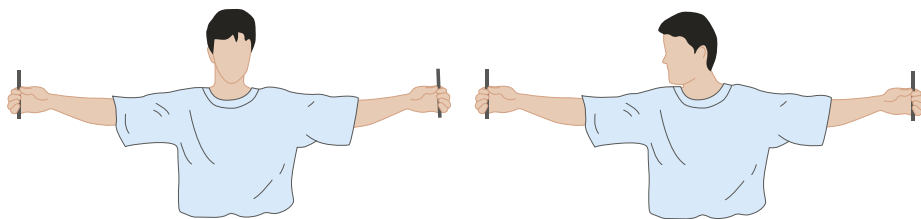
#### Упражнение 5. Фиксация взгляда на предмете

- Двумя руками держите шариковую ручку, стоя на полу в удобном положении.
- Поверните голову и тело влево, затем вправо, не отрывая взгляд от кончика ручки.





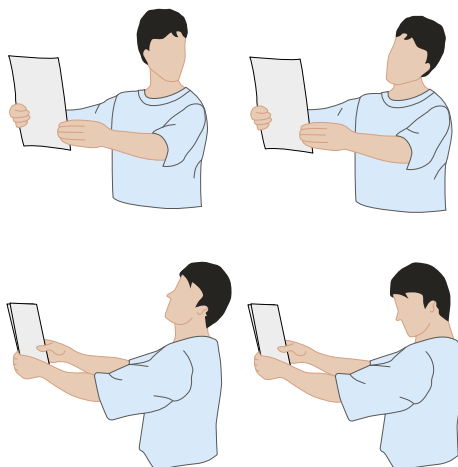
- Наклонитесь вперед.
- Выпрямитесь медленно. Затем выполняйте эти же упражнения в более быстром темпе.
- Теперь опускайте и поднимайте только голову, не отрывая взгляда от зрительной мишени, которой является кончик ручки.



- С вытянутыми в стороны руками смотрите прямо перед собой, затем направо и налево, вначале медленно, затем постепенно ускоряйте темп движений.
- Выполняйте упражнения в углу комнаты, перед стулом со спинкой. Делайте 10 повторений в каждом упражнении. Старайтесь удерживать взгляд, и зрение поможет вам в стабилизации положения вашего тела.

#### Упражнение 6. Фиксация взгляда на предмете

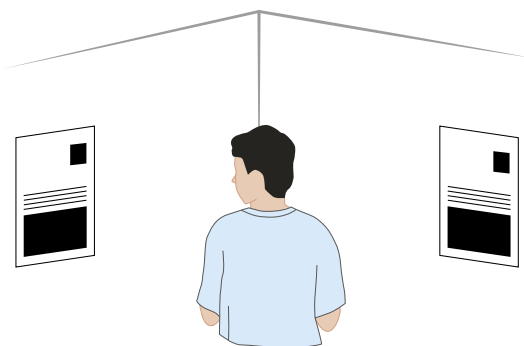
- Двумя руками держите страницу газеты на уровне лица, смотрите прямо перед собой, читайте текст, вначале крупный шрифт, затем мелкий.



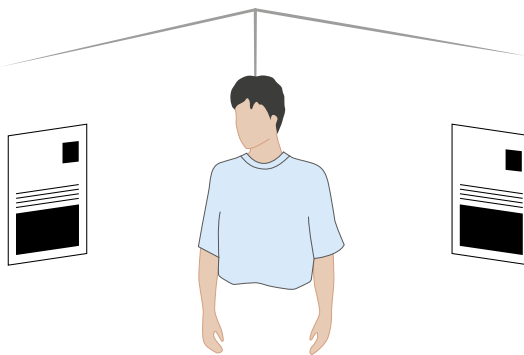
- Поверните голову налево (глаза направо), затем направо (глаза налево), затем наклоните голову влево, затем вправо.
- Сохраняйте эти положения вначале в течение нескольких секунд, затем выполняйте упражнение в движении.

Затем наклоняйте голову вниз и поднимайте вверх.

- Прикрепите 2 большие газетные страницы к стене по обе стороны от угла. Находясь напротив угла, читайте, повернув голову налево, затем направо, затем быстро меняя направление.



- После этого прижмитесь спиной к углу, не двигая ногами, поворачивайтесь вправо, затем влево и читайте большие заголовки, затем тексты на страницах.



По мере тренировки вы сможете убедиться в улучшении зрительного контроля и в уменьшении ощущения неустойчивости.

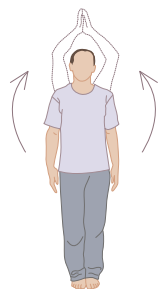
Переходя от простого к сложному, от медленного к быстрому, от ожидаемого к импровизации, вы сумеете лучше контролировать равновесие тела при любых жизненных обстоятельствах.

Занимаясь по 5–10 минут в день в течение 1–2 месяцев, вы почувствуете улучшение и поверите в эффективность данной методики.

**Если вы хотите избавиться от нарушений равновесия, улучшить качество жизни и вновь приобрести уверенность в своих силах, выполняйте эти упражнения каждый день.**

## Вестибулярная гимнастика

Упражнения выполняются в комфортном темпе. Каждое упражнение повторяется 5-7 раз, за исключением прыжков и отжиманий. При выполнении упражнений вдыхать воздух следует через нос, выдыхать через плотно сжатые губы.



### Упражнение 1.

Исходное положение: встать прямо, пятки и носки вместе, руки опущены. Выпрямите спину, разверните грудь, подтяните живот. Голова немного приподнята. Прямые руки поднимите над головой и соедините ладони. Зафиксируйте положение на 5–7 секунд.



### Упражнение 2.

Исходное положение то же. Поочередно поднимайте правую и левую ногу, фиксируя положение на 5–7 секунд. Усложняя упражнение, поднимите правую ногу, возьмите ее руками и прижмите подошвой к внутренней поверхности бедра так, чтобы пятка оказалась ближе к паху, а носок обращен вниз. Стойте на левой ноге, стараясь, чтобы согнутая правая нога находилась в одной плоскости с туловищем. Повторите упражнение для левой ноги.



### Упражнение 3.

Повороты головы вправо и влево до первого неприятного ощущения с фиксацией в крайней точке на 5–7 секунд. Мышцы шеи должны быть полностью расслаблены.



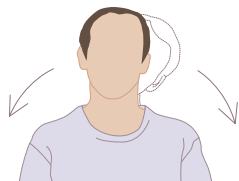
### Упражнение 4.

Тяните макушку головы вверх, фиксируя в крайней точке на 5–7 секунд.

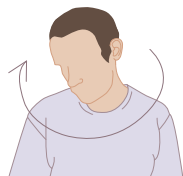


### Упражнение 5.

Наклоны головы вперед. Постарайтесь достать подбородком грудь, растягивая мышцы шейного отдела позвоночника. Фиксируйте положение головы на 5–7 секунд.

**Упражнение 6.**

Наклоны головы вправо и влево. Старайтесь коснуться ухом плеча. Плечо при этом не поднимать. Фиксируйте положение головы на 5–7 секунд.

**Упражнение 7.**

Вращайте головой по кругу сначала по часовой, затем против часовой стрелки.

**Упражнение 8.**

Обхватите себя за предплечья. Наклонившись вперед, тяните верхнюю часть туловища, растягивая связки и мышцы позвоночника.

**Упражнение 9.**

Встаньте на колени. Руки поставьте на пол ладонями вниз на уровне плеча. Разогните спину, голову поднимите вверх, направив взгляд в потолок. Упражнение можно выполнять поэтапно, медленно передвигая руки от коленей до уровня плеча.

**Упражнение 10.**

Исходное положение: встать прямо, пятки и носки вместе, руки опущены. Подпрыгните повыше и постарайтесь в воздухе повернуться вокруг своей оси. Выполните от 2 до 10 прыжков с поворотом в каждую сторону. Данное упражнение рекомендуется для тренированных пациентов, не имеющих выраженных изменений межпозвонковых дисков.

**Упражнение 11.**

Встаньте на расстоянии шага от дверного проема. Руки на уровне плеч. Ладонями, обращенными вверх, упритесь в притолоку. Выполните отжимания от 2 до 15 раз.

# Программа домашней реабилитации для больных с параличом конечностей

Если у вас или вашего родственника имеется нарушение функции верхней и нижней конечностей, мы рекомендуем следующий комплекс упражнений.

Попробуйте сначала проделать весь комплекс упражнений. Все упражнения нужно делать медленно. Те упражнения, что дались вам легко, включать в программу домашней реабилитации не нужно. Не старайтесь пока делать и те упражнения, которые сделать не удалось, – они будут включены в программу вашей реабилитации позднее. Исключите и те упражнения, выполнение которых вызывает у вас значительную боль.

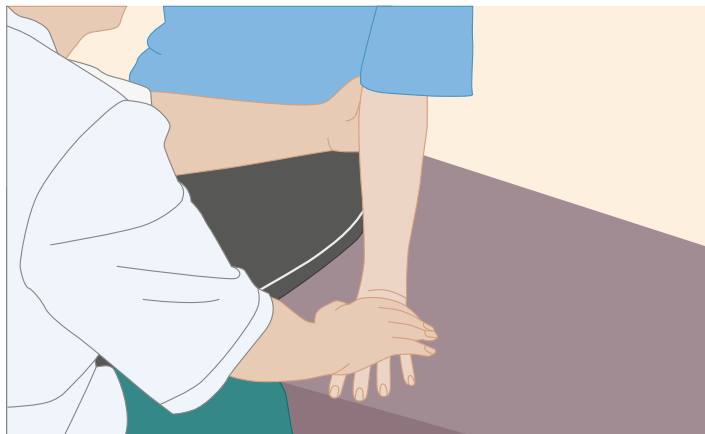
Занимайтесь 5 или 6 раз в неделю, в день по 30–40 минут. Каждое упражнение повторяйте не менее 5 раз. Первые движения всегда трудны, к третьему повтору делать упражнение становится легче. После 5-го повтора, возможно, вы почувствуете утомление. Если вы устали, сделайте паузу для отдыха, полежите или посидите 2–3 минуты, расслабив поврежденную конечность. Затем продолжите упражнения.

В результате регулярных упражнений:

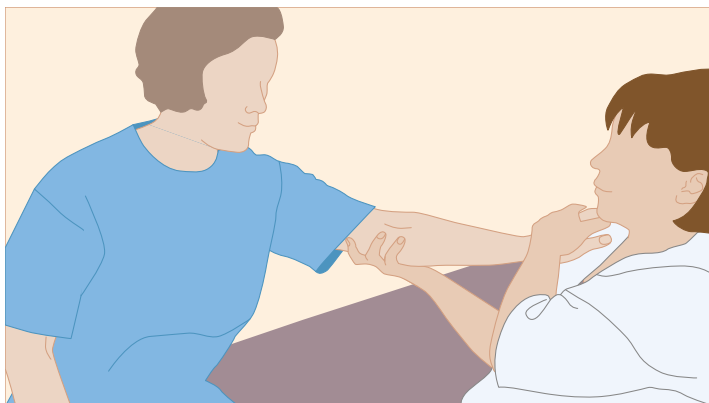
- растягиваются укороченные мышцы кисти, предплечья, а также задней поверхности ног;
- активизируются ослабленные мышцы тыла кисти, локтя, плеча;
- увеличивается пассивная и активная амплитуда движений;
- улучшается равновесие сидя и стоя;
- восстанавливаются функции поврежденных конечностей.

**Помните! В домашних условиях вы можете успешно заниматься по вашей индивидуальной программе реабилитации. Главное, что поможет вам добиться хорошего результата, – это регулярные занятия.**

## Упражнение 1. Перенос веса на выпрямленную руку



Исходное положение – больной сидит на кровати или диване без опоры под спину. Ноги согнуты в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах под 90°. Сильная рука расположена на бедре ладонью вверх, ни во что не упирается. Слабую руку помощник располагает рядом с больным, придерживая под локоть и за запястье. Больной переносит вес на руку, надавливая ею на кровать или диван. Помощник переставляет руку больного так, чтобы она располагалась сбоку, а пальцы были направлены в сторону от больного. Больной переносит вес на руку, смещая тело ровно в сторону. То же с переставленной рукой в сторону и назад (диагональ 45°).

**Упражнение 2. Упор в плечо, давление прямой рукой и движение корпуса вперед**

Исходное положение – то же. Помощник сидит напротив больного к нему лицом и, придерживая слабую руку больного под локоть и кисть, помогает больному расположить слабую руку ладонью у себя на плече. Больной надавливает на плечо помощника, выпрямляя локоть и делая движение туловищем вперед. Помощник отклоняется назад, сохраняя небольшое сопротивление надавливанию. Такие же движения делаются под углами  $45^\circ$  и  $60^\circ$  в соответствующих положениях помощника (он пересеживается вплотную к кровати).

**Упражнение 3. Упор ладонями в табурет**

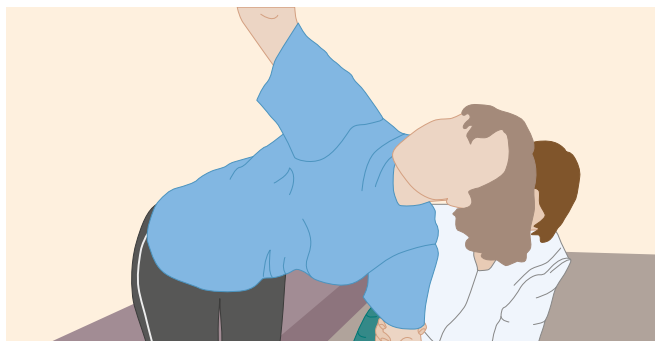
Исходное положение – больной сидит на кровати или диване. Ноги согнуты в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах под углом  $90^\circ$ . Край сиденья приходится на середину бедра. Перед больным стоит табурет или стул. Помощник, придерживая руку под локоть и кисть, помогает расположить ладонь слабой руки на сидении табурета. Сильную руку больной сам располагает симметрично на табурете. Помощник фиксирует кисть и поддерживает локоть. Больной встает и переносит вес на руки, стараясь выпрямить ноги в коленных суставах. Оставив ладони на сиденье, больной садится, после этого помощник помогает ему перенести руку на бедро.

**Упражнение 4. Опора на табурет только слабой рукой. Хлопок сильной рукой**

Исходное положение – то же. Помощник, придерживая руку под локоть и кисть, помогает расположить ладонь слабой руки на сиденье табурета. Сильную руку больной сам располагает симметрично на табурете. Помощник фиксирует кисть и поддерживает локоть. Больной встает и переносит вес на руки, стараясь выпрямить ноги в коленных суставах. Больной приподнимает сильную руку и хлопает ею по сиденью, опираясь на табурет только слабой рукой.

**Упражнение 5. Опора на табурет только слабой рукой. Сильная рука вытянута вперед**

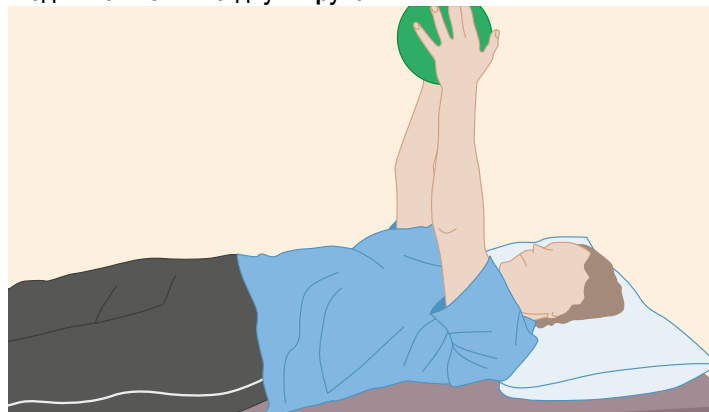
Исходное положение – то же. Упражнение аналогично предыдущему. Больной встает, переносит вес на руки. Помощник помогает удерживать слабую руку прямой. Больной приподнимает сильную руку и вытягивает ее вперед, опираясь на табурет только слабой рукой, поддерживаемой помощником. Затем больной садится, и только после этого помощник помогает перенести слабую руку на бедро. Больной выпрямляется.

**Упражнение 6. Опора слабой рукой на табурет. Разворот тела в сильную сторону**

Исходное положение – то же. Упражнение аналогично предыдущему. Больной встает, переносит вес на руки. Помощник помогает удерживать слабую руку прямой. Больной приподнимает сильную руку и разворачивается в сильную сторону, поднимая руку к потолку, опираясь на табурет только слабой рукой, поддерживаемой помощником. Во время разворота туловища поворачивает голову и смотрит вверх на руку. Больной возвращается в исходное положение. Садится. Помощник помогает перенести слабую руку на бедро. Больной выпрямляется.

**Упражнение 7. Подъем рук, сцепленных в «замок»**

Исходное положение – лежа на спине. Удерживая руки, сцепленные в «замок», больной поднимает их вверх и тянет за голову. Возвращает в вертикальное положение, опускает на живот, не распуская «замок». **Не делать это упражнение сидя!**

**Упражнение 8. Поднимание мяча двумя руками**

Исходное положение – то же. Двумя руками (ладонями и расслабленными пальцами) больной обхватывает мяч диаметром 15 см, лежащий на животе. Если больной не может расположить ладонь и пальцы плоско на мяче, ему помогает помощник. Больной поднимет мяч вверх, удерживая его руками в ладонях симметрично с двух сторон (помощник может помогать, придерживая пальцы на мяче, подталкивая локоть к выпрямлению и следя за симметричным расположением рук на мяче). Больной следит за тем, чтобы пальцы не напрягались, а руки не скручивались. Если пальцы напрягаются – следует остановиться и опустить мяч обратно.

#### **Упражнение 9. Опускание мяча на лоб**



Исходное положение – то же. Больной самостоятельно или с помощью помощника удерживает мяч двумя руками, следя, чтобы кисти симметрично и плоско располагались на мяче. Поднимает мяч в направлении потолка, выпрямляя локти, опускает мяч на лоб, симметрично сгибая локти, поднимает со лба; удерживая мяч на выпрямленных руках, опускает его в направлении ног на 45°, вновь поднимает и опускает на живот, симметрично разводя локти в стороны.

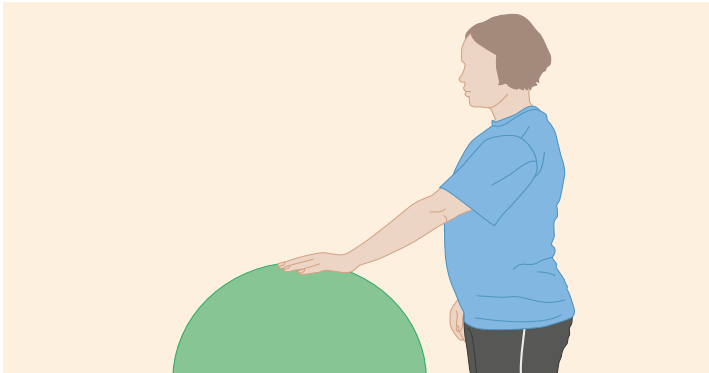
#### **Упражнение 10. Сидя потянуться мячом к спинке стула**



Исходное положение – сидя. Стопы стоят плоско на полу. Перед больным стоит стул. Больной удерживает двумя руками мяч, лежащий на коленях. Приподняв мяч симметрично двумя руками, больной дотягивается мячом до спинки стула, наклоняясь вперед с прямой спиной, и возвращается в исходное положение.

**Упражнение 11. Опора двумя руками на табурет**

Исходное положение – сидя на кровати или диване. Перед больным стоит табурет. Больной самостоятельно располагает кисть слабой руки на сиденье табурета, помогая сильной рукой. Сильная рука фиксирует слабую руку, прижимая ладонью внешнюю сторону кисти слабой руки. Больной встает, сохраняя положение рук. Опираясь на руки, выпрямленные в локтях, переносит на них часть веса. Следит за выпрямлением локтя.

**Упражнение 12. Прокатывание мяча вперед**

Исходное положение – стоя. Перед больным находится фитбол. Верхний край мяча находится на уровне локтя. Кисть слабой руки расположена на мяче, пальцы расправлены, ладонь прилегает к мячу. Выпрямляя локоть, больной прокатывает мяч слабой рукой вперед (или по диагонали на  $45^\circ$ ), возвращает к себе, сгибая локоть.

**Упражнение 13. Выпрямление руки между коленями с наклоном вперед**

Исходное положение – сидя, стопы стоят на ширине 25 см, колени чуть разведены. Сильной рукой больной удерживает кисть слабой руки в положении с выпрямленными пальцами и разогнутой кистью. Опускает обе руки в направлении пола между ног так, чтобы локти, упираясь в колени, выпрямились. Сохраняя руку прямой с раскрытой кистью, осторожно переносит ее сильной рукой через колено и оставляет висящей вдоль тела.

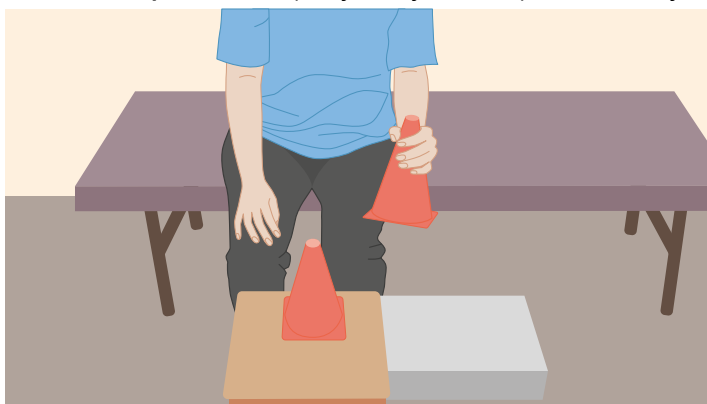
**Упражнение 14. Работа с предметами хватом сверху**



Исходное положение – сидя. Сбоку у ноги со слабой стороны на подставке 15–20 см стоит коробка или миска с предметами цилиндрической формы, диаметром 3–4 см. Больной наклоняется к предметам, стараясь поднести к ним максимально расслабленную выпрямленную руку. Захватывает предмет пальцами, противопоставляя большой палец руки; выпрямляется, удерживая предмет; расслабляет кисть, позволяя предмету упасть, или перекладывает предмет в другую коробку, стоящую, где это удобно.

Если пальцы сжались, следует вернуться к предыдущему упражнению (№ 13), затем продолжить упражнение с предметами.

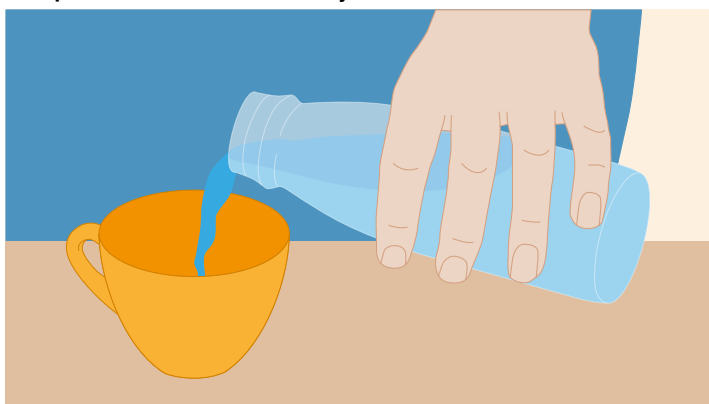
**Упражнение 15. Работа с предметами (конусы, бутылочки) – хват сбоку сидя**



Исходное положение – сидя. Перед больным стоит табурет, на нем находятся конусы или пластиковые бутылочки объемом 300 мл. Рядом, напротив слабой стороны больного, стоит низкая подставка высотой 15–20 см. Больной захватывает стоящий на табурете предмет хватом сбоку, приподнимает и переставляет его на подставку, разжимая пальцы.

**Упражнение 16. Работа с предметами – хват сбоку стоя**

Исходное положение – стоя перед столом. На столе перед больным стоят предметы (конусы, бутылки, пластиковые стаканчики). Больной захватывает предмет хватом сбоку, противопоставляя большой палец, и переносит предмет на край стола со слабой стороны, вытягивая руку в сторону до прямого локтя и перенося вес на слабую ногу. Нужно следить за тем, чтобы больной не наклонялся к предметам, а вытягивал к ним руку.

**Упражнение 17. Переливание воды в чашку**

Исходное положение – стоя перед столом. На столе стоит пластиковая бутылочка с водой (объемом 300–500 мл) и чашка или пластиковый стаканчик. Удерживая бутылочку в слабой руке, больной наливает плавным движением небольшое количество воды в чашку, разворачивает бутылочку горлышком вверх, ставит ее на стол, разжимая пальцы.

**Используйте вашу слабую руку в повседневной жизни. Даже если пока в ней мало движений, возможно, вы можете использовать ее для опоры, для поддержки, при открывании двери или включении света.**

# Постинсультная депрессия и когнитивные расстройства

Постинсультная депрессия возникает практически у каждого третьего пациента после инсульта, через 3–6 месяцев. И о ее негативном влиянии на процесс реабилитации, здоровье пациентов, качество их жизни нельзя забывать. Есть данные, что постинсультная депрессия провоцирует манифестации сопутствующих психических заболеваний (в том числе тревожные расстройства) и значительно ухудшает прогноз выживаемости.

## Диагностические критерии постинсультной депрессии

Три (или более) из следующих симптомов, проявляющихся в течение недели и представляющих собой изменение состояния больного по сравнению с предыдущим периодом:

- больной не общается (например, избегает говорить);
- больной испытывает усталость большую часть дня;
- подавленное настроение, сохраняющееся большую часть времени, (чувство печали, плаксивость, апатия);
- инсомния – нарушение сна;
- больной испытывает чувство беспомощности, бесполезности;
- больного посещают периодические мысли о смерти (а не просто страх смерти);
- чувство безнадежности или отчаяния (особенно в связи с инсультом);
- необоснованная раздражительность.

Важно провести скрининг депрессивных симптомов в острой фазе инсульта (в течение 1-го месяца) и по возможности записать время начала, тяжесть и сопутствующие психологические и соматические симптомы депрессии.

У пациентов, перенесших инсульт, наблюдается, как правило, депрессия легкой степени выраженности, реже – средней степени тяжести («малая депрессия»), «большая депрессия» (тяжелая форма) отмечается не чаще чем в 3% случаев. Постинсультная депрессия у половины больных длится более полугода.

При легкой или умеренной степени депрессивных расстройств жалобы пациента нередко слабо представлены или скрыты за мотивационными (нарушения сна и/или аппетита), соматическими (хроническая боль) и вегетативными проявлениями, не воспринимаемыми больным как депрессивные, что серьезно затрудняет диагностику.

При более тяжелой степени расстройств пациенты чаще всего страдают от колебаний настроения, усталости, нарушений сна, раздражительности, страха или апатии. В то же время такие проявления, как ангедония (снижение или утрата способности испытывать удовольствие, радость), пессимизм, суицидальные мысли или дефицит внимания, как правило, встречаются при большом депрессивном расстройстве и не характерны для постинсультной депрессии.

Таким образом, адекватное лечение депрессии у пациентов, перенесших инсульт, является одним из важных мероприятий в системе постинсультной реабилитации, в значительной степени определяющим прогноз болезни, темп и объем восстановления утраченных функций, выживаемость, качество жизни.

## Основные методы коррекции постинсультной депрессии

- Раннее начало реабилитационных мероприятий – занятий кинезотерапией, психокоррекционных и логопедических занятий по восстановлению речи.
- Психотерапия.
- Оптимизация психологического климата в семье.

- Организация досуга, терапия занятостью.
- Медикаментозное лечение – прием антидепрессантов.

Можно заключить, что современные возможности медикаментозной терапии в сочетании с мероприятиями немедикаментозного характера вполне достаточны для эффективного контроля депрессивных расстройств у подавляющего числа больных, перенесших инсульт.

## Постинсультные когнитивные расстройства

Выраженные когнитивные нарушения (деменция) – это стойкое снижение интеллектуально-мнестической сферы, которое прогрессирует с каждым годом, инвалидизируя человека, лишая его возможности жить привычной жизнью. Когнитивные нарушения развиваются постепенно, и не всегда их начало очевидно для родственников, но отклонения от нормы можно заметить уже на первом этапе. На степень снижения когнитивных функций влияют такие факторы, как возраст, образование, социальная активность, наличие вредных привычек. Причиной когнитивных расстройств может стать инсульт.

**Для выраженного когнитивного нарушения (деменция) характерны следующие признаки.**

**Легкая (умеренная) деменция:**

- снижение памяти, заметное для окружающих, пациент нуждается в напоминаниях;
- снижение способности ориентироваться в окружающей обстановке;
- снижение способности выносить правильные суждения, воспринимать полученную информацию (снижение слуха);
- снижение одного из навыков самообслуживания (трудности в приготовлении пищи, покупке продуктов, оплате счетов, поддержании порядка в доме, личной гигиене);
- личностные нарушения, быстрая смена настроения, потеря интереса к сложным видам активной деятельности, снижение чувства радости.

**Умеренно-тяжелая деменция:**

- выраженная забывчивость, текущие события не остаются в памяти, пациент нуждается не только в напоминаниях, но и в контроле за выполняемыми действиями;
- дезориентированность в месте, времени (преимущественно в утренние и вечерние часы);
- выраженные трудности при решении задач и при анализе сходств и различий;
- выраженная потеря навыков самообслуживания (ходьба, одевание, обувание, неряшливость, недержание мочи);
- личностные нарушения, эгоцентризм, настроение ближе к ровному, отсутствие эмпатии в отношении близких, «вязкость» в общении.

**Тяжелая деменция:**

- полная утрата кратко- и долговременной памяти (фрагментарные воспоминания о жизни);
- больной ориентирован только в собственной личности;
- полная потеря способности решения интеллектуальных задач, полное или частичное отсутствие речи;
- полная утрата самостоятельных навыков (ходить, сидеть, есть, пить, контролировать акт мочеиспускания и дефекации). Больной постоянно нуждается в уходе.

## Рекомендации по общению с больным, страдающим выраженными когнитивными нарушениями (деменция)

- Если больной не может подобрать нужное слово, попробуйте дать ему подсказку, задайте наводящий вопрос, опираясь на контекст.
- Обращайте внимание на реакции больного, чтобы убедиться в правильности действий.
- Уважительное общение, на «вы» и по имени и отчеству, если вы помогаете или осуществляете уход за близким человеком, который не является кровным родственником.
- Тембр голоса ровный и спокойный (без эмоциональной окраски).

- Отсутствие лицемерия (если снижен слух, не надо ошибочно полагать, что никто не слышит закулисного диалога).
- Рассказывайте о манипуляциях, которые будете проводить (осуществление безопасного перемещения, кормление, мытье и т.д.). Это поможет снизить уровень тревоги и неопределенности.
- Если вы видите, что собеседнику не удастся завершить начатую фразу, используйте доступные варианты, тем самым дав возможность выбрать самый подходящий.
- Если обращенная к вам речь представляется сбивчивой, непонятной, используйте информацию о жизни больного. Знания о привычках, характере, фактах биографии, полученные от родственников больного, помогут достроить недостающие для понимания фрагменты речи.
- Иногда достаточно просто выслушать больного, даже не до конца понимая смысл его слов. Таким образом вы покажете, что он вам небезразличен, и дадите ему возможность выговориться.
- Использовать обращение, привычное для больного (имя, прозвище). Нужно при этом менять свое местонахождение в помещении, чтобы голос раздавался то справа, то слева.
- Постарайтесь при общении попасть в поле зрения собеседника, помните, что большое значение имеет не только ваш внешний вид, но и эмоциональное состояние.
- Не стесняйтесь поглаживать, похлопывать, а иногда и тереть родного вам человека.
- Время от времени просите что-нибудь сделать (начиная с простых инструкций – открыть рот, показать язык, открыть или закрыть глаза, пошевелить рукой или ногой, пожать руку, повернуться, посмотреть на окно и т.д.).
- Даже если близкий для вас человек перестал реагировать на ваши фразы и понимать их, не стоит обращаться и говорить о нем в третьем лице.
- Можно объясняться жестами, прежде всего – научить выражать согласие и несогласие движениями глаз, головы, рук, пальцев.

## Тренировка памяти, внимания, мышления

**Занятия должны проводиться систематически от 5 до 30 минут.**

- Заучивайте, вспоминайте, пересказывайте (стихи, текст, рассказы, песни, статьи, статьи и т.д.).
- Решайте кроссворды, сканворды, sudoku, головоломки.
- Выстраивайте маршруты, копируйте геометрические фигуры.
- Совершайте простые вычисления (сложение и вычитание).
- Выполняйте такое упражнение, как поиск общего между предметами, классификация по категориям (что относится к овощам, ягодам, фруктам, инструментам).
- Пробуйте рассуждать над метафорами, притчами, афоризмами.
- Осваивайте новое (танцы, рисование, пение, приготовление новых блюд и т.д.).
- Меняйте маршрут следования до привычного места.
- Внедряйте физическую активность на регулярной основе (ходьба является профилактикой нарушений сердечно-сосудистой системы, тревоги и депрессии, когнитивных расстройств).
- Используйте скороговорки для тренировки дикции.
- Играйте в настольные игры.
- Начинайте день в одно и то же время.
- Следите за качеством сна (засыпание до 23 ч).
- «Мы то, что мы едим» (следите за питанием, не объедайтесь на ночь).
- Повышайте интеллектуальную и эмоциональную выносливость.
- Соблюдайте рекомендации врача по приему лекарственных препаратов.
- Совершенствуйте память, внимание, выносливость, умение рассказывать.
- Думайте позитивно (наводите порядок в своей голове, по возможности избавьтесь от чувства катастрофы и негативного мышления).

## Рекомендуемый план домашнего распорядка на день

8:00–9:00 Пробуждение

9:00–9:30 Мероприятия по личной гигиене

9:30–10:00 Завтрак

10:00–10:30 Ходьба по квартире (5 минут)

10:30–11:00 Кинезиологические упражнения

11:05 Прием воды

11:10 Когнитивный тренинг (называние 30 женских имен)

12:00 Обед

12:30 Ходьба по квартире

12:40 Прием воды

13:00–14:00 Свободное время

14:00–15:00 Когнитивный тренинг (назвать максимальное количество слов имен, городов и т.д. на букву А, Б, В...)

15:00–16:00 Прием пищи

16:00–16:30 Ходьба по квартире (5 минут)

16:30–17:00 Кинезиологические упражнения

17:05 Прием воды

17:10–18:00 Свободное время

18:00–19:00 Ужин

19:00–19:30 Ходьба по квартире (5 минут)

19:30–20:00 Вспоминаем о том, что хорошего произошло за день, позитивные события в жизни

20:00–21:00 Мероприятия по личной гигиене. Подготовка ко сну

21:00–22:00 Прослушивание успокаивающей, классической музыки, звуков природы.

22:05 Сон

**При возвращении домой для лежачего пациента необходимо вызвать врача-терапевта или врача общей практики на дом. При возможности – явиться в поликлинику по месту жительства, чтобы продолжить реабилитацию. Реабилитация может продолжаться 1–2 года при условии, что больной, родственник и врач составляют единую команду. Удачи вам!**

## Список использованной литературы

1. Белова А.Н., Прокопенко С.В. Нейрореабилитация. 3-е изд., перераб. и доп. М., 2010. – 1288 с.
2. Бизюк А.П. Компендиум методов нейропсихологического исследования. Методическое пособие. – СПб.: Речь, 2005. – 400 с., ил.
3. Бобат-концепция. Теория и клиническая практика в неврологической реабилитации. Под ред. Сью Рейн, Линзи Медоуз, Мэри Линч-Элмерингтон – Н. Новгород: Кириллица, 2013, 320 с., ил.
4. Выготский Л.С.. Психология искусства (Предисл. А.Н. Леонтьева; ред. В. Иванов). 2-е изд., испр. и доп. М.: Искусство, 1968. – 576 с.
5. Григорьева В.Н. Апраксия рук в клинике ишемического инсульта: монография/В.Н. Григорьева, В.Н. Нестерова. – Н. Новгород: Издательство ПИМУ (НиЖГМА), 2013. – 166 с.
6. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации. Под ред. В.И. Данилова, Д.Р. Хасановой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 248 с., ил.
7. Камаева О.В. Программы домашней реабилитации для лечения спастичности руки. Материал для врача: диалог с пациентом. СПб., 2014.
8. Лебедева Л.Д., Никонорова Ю.В., Тараканова Н.А. Энциклопедия признаков и интерпретаций в проективном рисовании и арт-терапии. – СПб.: Речь, 2010. – 336 с.
9. Руководство по клиническому питанию/под ред. проф. Луфта В.М., СПб., «Арт-Эксперт», 2016. – 484 с., с илл
10. Постурология. Регуляция и нарушения равновесия тела человека П.-М. Гаже, Б. Вебер и др.: пер. с французского под ред. В.И. Усачева – СПб.: Издательский дом СПбМАПО, 2008. – 316с., ил.
11. Райхель Г. Терапевтическое руководство спастичность-дистония/Герхард Райхель. – Международное медицинское издательство Бремен: У НИ-МЕД (Лондон, Бостон), 2013. – 216 с.
12. Суворов А.Ю., Иванова Г.Е., Стаховская Л.В., Борисова М.В. Основы правильного позиционирования и перемещения пациента с очаговыми поражениями головного мозга. Учебное пособие. – М.: РКИ Соверо пресс, 2014. – 28 с.
13. Хомская Е.Д., Батова Н.Я. Мозг и эмоции: нейропсихологическое исследование. 2-е изд. М.: Роспедагентство, 1998. – 268 с.
14. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Будыка Е.В., Ениколопова Е.В. Нейропсихология индивидуальных различий. – М.: Роспедагентство, 1997.
15. Хомская Е.Д., Ефимова И.В., Холст П.Я. Динамические характеристики интеллектуальной деятельности у студентов с различным двигательным режимом // Вопросы психологии, 1986. – №5.
16. Хомская Е.Д., Привалова Н.Н., Ениколопова Е.В. и др. Методы оценки межполушарной асимметрии и межполушарного взаимодействия. – М.: МГУ, 1995.
17. Цветкова Л.С. Восстановительное обучение при локальных поражениях мозга. – М.: МГУ, 1972.
18. Цветкова Л.С. Мозг и интеллект. Нарушение и восстановление интеллектуальной деятельности. – М: Просвещение, Учебная литература, 1995. – 304 с.
19. Цветкова Л.С. Нейропсихологическая реабилитация. – М.: МГУ, 1985.
20. Цветкова Л.С. Нейропсихология счета, письма и чтения: нарушение и восстановление. – М.: «Юристь», 1997. – 256 с.

**Методические рекомендации для пациентов,  
перенесших инсульт, и их родственников**

Под редакцией

Г.Е. Ивановой, А.Ю. Суворова, С.Е. Чуприной, С.С. Акимовой,  
И.В. Сидоровой, Н.В. Ворониной, Н.А. Хорошиловой,  
Н.А. Жигульской, Е.Ю. Поздняковой, К.А. Мясникова

Подписано в печать 29.06.2024

Формат 60х90 1/16

Тираж 35 000 экз. Заказ №?????

ISBN 978-5-6047514-5-9



9 785604 751459