

УДК 616.831-005-08-039.35

ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ ФИЗИЧЕСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

В. В. Ковальчук^{1,2}, А. О. Гусев¹, Т. Н. Хайбуллин³

¹ Санкт-Петербургское Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (Санкт-Петербург, Россия);

² Санкт-Петербургский Государственный Университет, медицинский факультет (Санкт-Петербург, Россия);

³ Государственный медицинский университет города Семей (Семей, Казахстан).

Данная статья посвящена проблемам организации и проведения физической реабилитации пациентов, перенесших инсульт. Приведены основные принципы данного направления восстановительного лечения, правила ведения и техники перемещения пациентов.

Ключевые слова: реабилитация, инсульт, физическая терапия.

THE PRINCIPLES OF ORGANIZATION AND THE RULES OF CARRYING OUT PHYSICAL REHABILITATION IN STROKE PATIENTS

V. V. Kovalchuk^{1,2}, A. O. Gusev¹, T.N. Khaibullin³

¹ Saint-Petersburg State-financed Healthcare Institution "N.A. Semashko city hospital" (Saint-Petersburg, Russia);

² Saint-Petersburg State University, medical faculty (Saint-Petersburg, Russia);

³ Semey State Medical University (Semey, Kazakhstan).

The present article is devoted to the problems of the organization and carrying out of physical rehabilitation in stroke patients. Main principles of physical rehabilitation, the rules of management and patients' movement techniques are reviewed.

Keywords: rehabilitation, stroke, physical therapy.

ИНСУЛЬТТЕН КЕЙІНГІ ПАЦИЕНТТЕРГЕ ФИЗИКАЛЫҚ ОҢАЛТУДЫ ҰЙЫМДАСТЫРУ ПРИНЦИПТЕРІ ЖӘНЕ ӨТКІЗУ ЕРЕЖЕЛЕРІ

В. В. Ковальчук^{1,2}, А. О. Гусев¹, Т. Н. Хайбуллин³

¹ Санкт-Петербург Денсаулық сақтау Мемлекеттік Бюджеттік Мекеме «Н.А. Семашко атынд. №38 қалалық аурухана» (Санкт-Петербург, Ресей);

² Санкт-Петербург Мемлекеттік Университеті, медициналық факультет (Санкт-Петербург, Ресей);

³ Семей қаласының Мемлекеттік медицина университеті (Семей, Қазақстан).

Осы мақала инсультпен ауырған пациенттерге физикалық оңалту ұйымдастыру және өткізу мәселелеріне арналған. Қалпына келтіру емі, пациенттерді жүргізу ережелері және ауыстыру техникасы осы бағыттың негізгі принциптері келтірілген.

Негізгі сөздер: оңалту, инсульт, физикалық терапия.

Библиографическая ссылка:

Ковальчук В. В., Гусев А. О., Хайбуллин Т. Н. Принципы организации и правила проведения физической реабилитации пациентов после инсульта // Наука и Здоровье. 2015. № 4. С. 42-51.

Kovalchuk V. V., Gusev A. O., Khaibullin T. N. The principles of organization and the rules of carrying out physical rehabilitation in stroke patients. *Nauka i Zdravoohranenie* [Science & Healthcare]. 2015, 4, pp. 42-51.

Ковальчук В. В., Гусев А. О., Хайбуллин Т. Н. Инсульттен кейінгі пациенттерге физикалық оңалтуды ұйымдастыру принциптері және өткізу ережелері // Ғылым және Денсаулық сақтау. 2015. № 4. Б. 42-51.

Одной из основных причин глубокой и длительной инвалидизации населения в современном обществе являются инсульты [1,7,10,14]. Отсутствие своевременного и адекватного восстановительного лечения больных после инсульта ведет к возникновению необратимых анатомических и функциональных изменений, а также социальной и бытовой дезадаптации человека.

Целью реабилитации является возвращение пациента к бытовой и трудовой деятельности, создание оптимальных условий для его активного участия в жизни общества.

При проведении реабилитации важно учитывать теоретические представления об организации физиологических и патологических движений, о формировании компенсаторных процессов поврежденных структур и нарушенных функций, о функциональных системах организма. Кроме того, важно помнить о влиянии сенсорных и речевых воздействий на эффективность физических упражнений [9].

На выработку компенсаторных механизмов большое влияние оказывает так называемая обратная связь, проявляющаяся в сигнализации из внешней и внутренней сред организма [2]. Кроме того, надежность функционирования головного мозга обеспечивается динамичной межнейрональной деятельностью, которая приводит к морфологически избыточной связи. Реабилитационное лечение данной категории больных основывается также на концепции о системной организации мозговых функций, которая указывает на резервные возможности головного мозга при реорганизации его структур в условиях патологического процесса. Данная реорганизация вызывает двигательное переобучение пациента, что, в свою очередь, приводит либо к восстановлению, либо к компенсации нарушенных функций.

Одним из основных направлений восстановительного лечения пациентов с инсультами является физическая реабилитация, основными целями которой являются

сохранение или увеличение объема движений, достижение постуральной стабильности, соблюдение баланса тела в положении стоя и сидя, предотвращение контрактур, купирование или уменьшение болевого синдрома [6]. Для успешного проведения физической реабилитации необходимо оценить функциональные возможности пациента, определить его проблемы и план ведения, установить конкретные цели восстановительного лечения и сроки расширения двигательного режима [11].

Рассмотрим основные правила физической реабилитации пациентов с тяжелыми неврологическими заболеваниями.

- Необходимо стремиться к тому, чтобы пациент проводил как можно меньше времени лежа на спине, так как нахождение в данном положении имеет ряд существенных недостатков:

- недостаточная респираторная функция;
- высокий риск аспирации слюной;
- отрицательное рефлекторное влияние:

* *симметричный шейный тонический рефлекс – сгибание шеи на подушке вызывает на стороне поражения увеличение тонуса сгибателей в руке и разгибателей в ноге;*

* *асимметричный шейный тонический рефлекс – при повороте головы в здоровую сторону увеличивается тонус сгибателей в руке противоположной стороны;*

- плохой обзор палаты;
- возможное появление болей в спине;
- отрицательное влияние на психоэмоциональное состояние – ощущение себя тяжелым инвалидом.

- При необходимости кратковременного пребывания пациента на спине необходимо соблюдать определенные правила его позиционирования:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- туловище на пораженной стороне вытянуто;

- паретичное плечо поддерживается подушкой высотой 3,0 см высотой;

- под ягодичной мышцей пораженной стороны находится плоская подушка высотой 2,0 см;

- в руке (на ладони) не должно ничего лежать, к руке (ладони) ничего не должно быть прикреплено, так как нахождение какого-либо предмета на руке (ладони) приводит к состоянию дискомфорта, что вызывает механическое растяжение мышц и соответственно нарастание мышечного тонуса;

- стопа ни во что не должна упираться, так как стимуляция давлением поверхности подошвы стопы приводит к повышению мышечного тонуса и соответственно к подошвенному сгибанию стопы.

- Максимально ранняя активизация пациента – перевод в положение сидя.

- Ранняя вертикализация.

- Создание оптимального положения сидя – расположение пациента в прикроватном кресле, подложив подушку под локоть.

- Пациент не должен есть лежа в постели.

- Обеспечение движений в туловище, а именно развитие движений в поясничном отделе позвоночника, устранение фиксации таза в положении наклона кзади, на что направлены совместные усилия методистов ЛФК, эрготерапевтов, медицинских сестер.

- Определение доминирующей позы в положении сидя и придание двигательной симметрии в туловище.

Виды доминирующих поз пациента в положении сидя [6].

1. Симметричная – пациент сохраняет выравнивание, допускается легкая асимметрия.

2. Pull-синдром (синдром притягивания) – пациент «притягивает» себя на здоровую сторону, преимущественная площадь опоры – ягодичная область здоровой стороны; часто сочетается с гиперактивностью здоровой стороны.

3. Push-синдром (синдром отталкивания) – пациент активно отклоняется и отталкивается рукой в пораженную сторону, не переносит вес на здоровую ногу при попытке перевести его в положение стоя; формируется при наличии зрительно-пространственных нарушений, синдроме неглекта.

Пути достижения двигательной симметрии:

- при Pull-синдроме – уменьшение мышечного тонуса «здоровой» стороны плавными движениями руки пациента с дотягиванием до пораженной стороны.

- при Push-синдроме – формирование способности пациентом потягивания «здоровой» рукой в здоровую сторону.

- Применение достигнутых двигательных возможностей в действиях по самообслуживанию.

- Соблюдение «золотых» правил расположения тела и конечностей при различном позиционировании неподвижных пациентов [13].

* Пациент лежит на здоровом боку

- голова больного находится на одной линии с туловищем

- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$ тела

- тело не изогнуто

- пораженное плечо вынесено вперед, рука поддерживается по всей длине

- кисть пораженной руки находится в среднефизиологическом положении

- ничего не должно лежать в пораженной руке

- стопа ни во что не должна упираться.

* Пациент лежит на больном боку

- голова находится на одной линии с туловищем

- плечо пораженной руки вынесено вперед

- пораженная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставах

- ничего не должно находиться в пораженной руке или на ладони

- стопа пораженной ноги ни во что не должна упираться.

* Пациент сидит в кровати

- вес тела больного должен быть равномерно распределен на обе ягодичы

- плечо вынесено вперед и поддерживается подушкой

- ягодица с пораженной стороны приподнята, таз выровнен

- пораженная нога не развернута кнаружи

- ноги ни во что не должны упираться.

* Пациент сидит за столом

- рука хорошо поддерживается столом или подушкой

- бедра полностью поддерживаются сидением

- стопы полностью расположены на поверхности опоры.

* Пациент сидит в кресле

- больной должен сидеть симметрично
- локтевой сустав пораженной руки поддерживается подушкой

- кисть не должна свисать

- плечо пораженной руки вынесено вперед

- бедра полностью поддерживаются сидением

- стопы полностью стоят на полу или подставке.

- Соблюдение «золотых» правил перемещений и передвижений пациента [13].

* Повороты в кровати на пораженную сторону

Самостоятельно

1) Необходимо согнуть оба колена. Чтобы согнуть больную ногу в колене, можно воспользоваться здоровой ногой.

2) Необходимо, чтобы не прижать при повороте больную руку туловищем, отодвинуть ее от тела или при помощи здоровой руки согнуть больную руку в локтевом суставе.

3) Необходимо повернуть голову в сторону, на которую осуществляется поворот, оттолкнуться здоровой ногой и повернуть колени и плечи в больную сторону.

С помощью ассистента

1) Ассистент должен встать около пациента с больной стороны.

2) Ассистент помогает повернуться, взявшись за здоровое плечо, таз, бедро или колено.

* Перемещение в кровати к изголовью

Самостоятельно

1) Необходимо сесть в кровати так, чтобы ноги были согнуты. Важно следить, чтобы больная рука лежала на колене, случайно не сесть на нее, нельзя тянуть за нее.

2) Необходимо согнуть здоровую, а, если возможно, и больную ноги в коленных суставах, скользя стопами по кровати. При этом здоровую руку надо отвести немного назад в сторону от таза.

3) Опираясь на здоровую руку и пятку гомолатеральной ноги, надо поднимать поочередно ягодицы, продвигаясь к изголовью кровати.

С помощью ассистента

1) Ассистент должен встать около пациента с больной стороны.

2) Одной рукой ассистент обхватывает таз, а другую руку подкладывает под бедро или ягодицу больной ноги, склонившись так, чтобы своим плечом подпирать больное плечо пациента. Для большего удобства ассистент может опереться о кровать.

3) Когда пациент приподнимется, ассистент должен поднимать больную сторону и служить опорой плечу пациента, склоняясь так, чтобы больному легче было передвигаться по кровати.

* Вставание с кровати через больную сторону

Самостоятельно

1) Необходимо согнуть ноги в коленных суставах, больную ногу можно согнуть при помощи здоровой.

2) Необходимо перевернуться на больную сторону.

3) Опускание ног с края кровати, при этом здоровой ногой можно помогать передвигать больную ногу.

4) Необходимо перенести и положить здоровую руку на матрац перед туловищем на уровне больного плеча, затем оттолкнуться ею и встать.

С помощью ассистента

1) Ассистент встает с больной стороны и кладет руки на коленный и плечевой суставы здоровой стороны пациента, затем он помогает перевернуться на больную сторону и опустить ноги с кровати.

2) Пациенту необходимо ладонью здоровой руки опереться о матрац на уровне больного плеча, затем, отталкиваясь здоровой рукой, поднять голову и сесть в кровати.

3) Если пациенту трудно проделать это самостоятельно, то ассистент помогает ему сесть, положив одну руку под лопатку с пораженной стороны, а другую – на бедро здоровой ноги.

4) Ассистент не должен держать больного за шею, так как это может привести к ее травматизации.

5) Ассистент также не должен тянуть пациента за больную руку, так как это может привести к вывиху и травматизации плеча.

* Вставание из кресла

Самостоятельно

1) Необходимо сдвинуться на край сиденья, поставить стопы на пол на одну линию таким образом, чтобы они были расставлены на «ширину плеч», и слегка придвинуть их к ножкам кресла.

2) Необходимо наклониться вперед так, чтобы плечи оказались над коленями и стопами, перенести вес тела равномерно на обе стопы, при этом руки или опираются на подлокотники, или свободно свисают.

3) Отталкивание от сиденья и выпрямление.

4) Удерживая равновесие, нужно встать прямо, выпрямив ноги в тазобедренных и коленных суставах.

С незначительной помощью ассистента (способ для пациентов, которые могут частично опираться на больную ногу, при этом все действия ассистента носят лишь регулирующий характер, он не должен пытаться своими силами, без помощи больного поставить его на ноги)

1) Необходимо сдвинуться к краю сиденья, ноги поставить на пол на «ширину плеч», стопы расположить ближе к ножкам кресла.

2) Ассистент встает с больной стороны, одну руку кладет пациенту между лопатками или на поясницу, а другую – на колено больной ноги.

3) В момент вставания ассистент должен слегка подтолкнуть пациента в спину и надавить на колено, чтобы помочь выпрямить его при вставании.

С большей помощью ассистента (способ для пациентов, кому трудно опираться на больную ногу)

1) Необходимо сместиться на край кресла, стопы поставить ровно на пол на одном уровне, на «ширину плеч» и ближе к ножкам кресла. Ассистент встает к пациенту лицом, его ноги должны быть напротив пораженной ноги больного для ее фиксации в нужном положении.

2) Необходимо положить здоровую руку на плечо ассистента или обнять его за талию, при этом больная рука может висеть совершенно свободно, или при достаточном владении ею

пациент также держится этой рукой за талию ассистента, который, в свою очередь, обхватывает больного за талию или бедра.

3) Нужно сильно наклониться вперед и встать, ассистенту необходимо при этом помогать пациенту перенести вес тела на стопы и поддерживать больную сторону.

4) Необходимо выпрямиться и равномерно распределить вес тела на обе ноги и держать равновесие.

* Усаживание в кресло

Самостоятельно

1) Необходимо встать спиной как можно ближе к сиденью, стопы поставить на одну линию и придвинуть к ножкам кресла.

2) Нужно постараться взяться обеими руками за подлокотники кресла. Если это окажется невозможно, то необходимо держаться лишь здоровой рукой, слегка наклоняясь в здоровую сторону.

3) Необходимо наклониться вперед, согнуть ноги в тазобедренных и коленных суставах и затем сесть. Нельзя делать это резко, иначе можно потерять равновесие и упасть, а также важно следить за пораженной рукой, чтобы не сесть на нее и не прижать к стенке кресла.

4) Постараться, как можно глубже сесть в кресло.

С помощью ассистента, который не должен поднимать больного за подмышечные впадины, так как это может привести к болевому синдрому и травматизации плеча

1) Ассистент встает с пораженной стороны, кладет руку на спину пациента между лопатками и руководить его действиями.

2) При необходимости вторая рука ассистента поддерживает колено больной ноги, регулируя движения пациента.

* Вставание и стояние

Самостоятельно

1) Необходимо встать как можно прямее, распределив вес тела равномерно на обе ноги, выпрямить их в коленных и тазобедренных суставах.

2) Необходимо поддерживать равновесие, опираясь ладонями на стол или любую устойчивую поверхность, которая должна находиться на уровне талии пациента.

С помощью ассистента

1) Ассистент должен встать рядом с пациентом с пораженной стороны.

2) Руки ассистента обхватывают больного за талию или бедра, стопа ноги ассистента приставлена к носку пораженной ноги пациента, а колено помощника служит опорой коленному суставу больной ноги пациента.

3) Бедро больной ноги пациента должно поддерживаться телом или рукой ассистента, не давая ему согнуться.

* Пересаживание из одного кресла в другое
Самостоятельно

1) Необходимо придвинуть кресло, на которое пациент хочет пересесть, как можно ближе к нему со здоровой стороны и под прямым углом к креслу, на котором он сидит.

2) Необходимо переместиться на край кресла, стопу больной ноги поставить на пол прямо перед собой ближе к краю сиденья, стопу здоровой ноги – ближе к дальней ножке кресла, на которое пересаживается больной.

3) Нужно наклониться вперед и несколько в сторону того кресла, в которое пациент пересаживается.

4) Здоровой рукой необходимо взяться за удаленный от него подлокотник второго кресла.

5) Нужно приподняться с сиденья, перенести вес тела на здоровую руку и ногу и повернуться спиной к креслу, в которое намерен сесть пациент.

6) Контролируя правильность посадки, чтобы было удобно и безопасно сидеть, нужно опускаться в кресло.

С небольшой помощью ассистента (способ для тех, кто может опираться на больную ногу и немного ходить, при этом ассистент поддерживает пациента и руководит его действиями, но не пытается пересаживать больного самостоятельно)

1) Ассистент придвигает кресло, на которое пациент хочет сесть, как можно ближе и под прямым углом к тому, в котором он сидит.

2) Пациент расставляет ноги на «ширину плеч», стопы плотно ставит на пол и придвигает к ножкам кресла, при этом носки держит на одной линии. Ассистент встает напротив больного и упирается ногами в коленный сустав больной ноги пациента.

3) Пациент кладет здоровую руку на плечо или талию помощника, который, в свою очередь, обхватывает больного за талию или бедра. При этом пораженная рука или свисает

вдоль тела, или, если возможно, лежит на талии ассистента.

4) Необходимо сильно наклониться вперед и приподняться с сиденья. Ассистент помогает пациенту перенести вес тела на ноги и поддерживает пораженную сторону.

5) Пациент встает прямо, равномерно распределив вес тела на обе ноги, и удерживает равновесие.

6) Как только пациент делает шаг, колено и стопа ассистента поддерживают колено и стопу пораженной ноги больного. При этом помощник может использовать свою стопу, чтобы передвигать больную ногу, подталкивая ее к креслу.

7) Оказавшись спиной к креслу, необходимо наклониться вперед и опуститься в кресло так, чтобы спиной вплотную прислониться к спинке кресла. Ассистент должен присесть, чтобы проконтролировать посадку пациента.

Исключительно с помощью ассистента (способ для тех, кто не может встать без посторонней помощи)

1) Стопы пациента плотно стоят на полу и придвинуты к ножкам кресла, ноги расставлены на «ширину плеч», носки располагаются на одной линии.

2) Больной должен сместиться на край сиденья. Для этого ассистент подкладывает свои ладони под его ягодичные мышцы, и пациент с помощью помощника, перекачиваясь с одной ягодички на другую, перемещается на край сиденья.

3) Ассистент своими коленом и стопой поддерживает стопу и колено пораженной ноги больного.

4) Необходимо положить здоровую руку на плечо ассистента, но не обхватывать его за шею.

5) Ассистент должен подложить ладони под ягодичные мышцы пациента или обхватить его за спину.

6) Необходимо интенсивно наклониться вперед, при этом коленные суставы помощника прижимаются к таковым пациента, после чего ассистент отклоняется назад с согнутыми в коленных суставах ногами, чтобы сохранить равновесие.

7) Вставая, пациент должен стараться распределить свой вес равномерно на обе ноги.

8) Встав на ноги, необходимо повернуться спиной к креслу, на которое больной пересаживается.

9) Согнув ноги в коленях, пациент наклоняется вперед, в то время как ассистент фиксирует его колени, особенно с пораженной стороны, чтобы предотвратить разгибание, когда больной будет опускаться на сиденье.

10) Усаживая пациента в кресло, ассистент должен присесть, максимально отставив таз назад, помогая больному глубже сесть в кресло.

* Подъем по лестнице

Самостоятельно

1) Поднимаясь вверх по лестнице, пациент должен опираться на здоровую ногу и следить, чтобы носки стоп «смотрели» вперед, и стопы ставились полностью на ступеньку.

2) Если больной ходит с тростью, то, поднимаясь по лестнице, ее надо нести в руке, приподняв над ступеньками, а в качестве опоры использовать перила или поручни.

3) Если поручни и перила отсутствуют, необходимо использовать для опоры трость, ее надо держать здоровой рукой и ставить на ступеньку одновременно с больной ногой или прежде, чем поставить пораженную ногу.

С помощью ассистента

1) Поднимаясь вверх по лестнице, необходимо опираться на здоровую ногу и следить, чтобы носки «смотрели» вперед, и стопы ставились полностью на ступеньку.

2) Ассистент должен стоять позади пациента с пораженной стороны, поддерживая одной рукой больного за бедра, а другой – держаться за поручни.

3) Ассистент должен только помогать пациенту, направляя бедра вперед и перемещая вес тела на здоровую ногу в момент подъема на ступеньку.

4) Ассистент помогает ставить пациенту стопу больной ноги на ступеньку, соблюдая правила безопасности.

* Спуск с лестницы

Самостоятельно

При движении вниз по лестнице больная нога должна быть опорной. Необходимо взять трость в здоровую руку, опустить ее ступенькой ниже, после чего опускать здоровую ногу.

С помощью ассистента

1) Больная нога должна быть опорной, носки «смотрят» вперед и стопы ставятся полностью на ступеньку.

2) Ассистент стоит перед пациентом, одна его рука находится на бедре больного, другая – на перилах.

3) Ассистент должен помогать направлять бедра пациента вперед, когда он спускается, и помогать перемещать вес тела на больную ногу.

4) Ассистент может помочь пациенту поставить больную ногу на ступеньку, при этом он должен быть очень осторожным, так как спускается со ступенек спиной.

Важным моментом при ведении обездвиженных пациентов является решение вопроса о приоритетном расположении пациента и частоте смене его положения. В каждом конкретном случае данный вопрос решается индивидуально, и ответ на него зависит от следующих моментов.

1. Необходимо создание свободной проходимости дыхательных путей, что для пациентов с нарушенным сознанием, бульбарными расстройствами и соответственно повышенным риском аспирации жизненно важно.

Признаки полной или частичной непроходимости дыхательных путей:

- цианоз,
- шумное дыхание с хрипами,
- храп,
- всхлипывание,
- одышка,
- втяжение супрастернальной области и межреберных мышц

Важно! 1. Моменты апноэ, связанные с непроходимостью дыхательных путей, не должны ошибочно интерпретироваться как периодическое дыхание Чейн-Стокса [14].

2. Повышение оксигенации крови. В остром периоде инсульта перевод пациента в положение сидя способствует улучшению оксигенации крови [12].

Нарушения функционирования дыхательного центра, локализованного в продолговатом мозге, могут являться причиной различных видов нарушения дыхания:

- периодическое дыхание Чейн-Стокса (необходимо отметить следующую особенность – несмотря на то, что дыхание Чейн-Стокса у пациентов с различного вида нарушениями сознания коррелирует с высокой летальностью, нередко данный вид дыхания встречается у активных и выздоравливающих пациентов;

- гипервентиляция (форсированное дыхание);

- нерегулярное дыхание;
- обструктивное апноэ/гипопноэ сна.

3. Улучшение перфузии головного мозга. Снижение внутричерепного давления в положении сидя способствует повышению перфузионного давления.

4. Уменьшение выраженности отека головного мозга. Внутричерепное давление повышается в горизонтальном положении и, напротив, снижается в положении сидя.

5. Нормализация тонуса мышц туловища и конечностей.

6. Обеспечение оптимального акта глотания. Питание пациента в положении сидя более безопасно и осуществляется более легко.

7. Уход за участками тела, которые подвергаются максимальному механическому воздействию.

8. Профилактика и купирование отека конечностей, который, в свою очередь, способствует повышению мышечного тонуса и ухудшению функционального состояния.

9. Сенсорная стимуляция. У пациентов, пребывающих в горизонтальном положении, особенно на спине, отмечается плохой обзор окружающего их пространства. Отсутствие сенсорных стимулов и неучастие в ежедневных событиях, происходящих вокруг пациента, способствует повышению сонливости, развитию скуки, снижению мотивации пациента к лечению.

Необходимо помнить и соблюдать принципы безопасного как для пациента, так и для специалиста перемещения больных вручную [5]:

1. Специалист должен быть одет в соответствующую одежду и обувь.

2. Перемещение пациента вручную должно осуществляться при отсутствии других вариантов перемещения.

3. Подготовка площадки для перемещения.

4. Проверка на прочность и удобство ручек, за которые будет необходимо держаться при перемещении пациента.

5. Оценка состояния пациента перед перемещением.

6. Выбор оптимального метода перемещения.

7. Определение лидера группы специалистов, который должен давать инструкции, команды и пояснения, как остальным членам группы, так и пациенту.

8. Пациенту необходимо объяснять смысл и особенности движения.

9. Специалист должен правильно установить свои нижние конечности, создать себе устойчивую опору, при работе в кровати – опора стопой и коленным суставом, если возможно, то и рукой.

10. Подъем головы специалиста при начале движения.

11. При перемещении специалисту необходимо правильно располагать свои стопы для предотвращения вращения позвоночника.

12. Специалист должен располагаться как можно ближе к пациенту.

13. Избегание статического наклона вперед, работа специалиста должна проводиться в позе, которая сохраняет все естественные изгибы его позвоночника («прямая» спина), сгибание нижних конечностей в коленных суставах, а не спины во время движения.

14. Согласование действий и ритма движений при перемещении пациента.

15. **Важно!** Адекватная оценка специалистом своих физических возможностей и оказание соответствующей им нагрузки!

Таким образом, при проведении восстановительного лечения пациентов после инсульта все специалисты, участвующие в данном процессе, должны знать и соблюдать принципы организации и правила проведения физической реабилитации, что способствует повышению эффективности лечения и соответственно повышению степени восстановления неврологических функций пациентов, уровня их социально-бытовой адаптации и улучшению качества жизни, что согласуется с данными различных авторов [3,4,6,8,11].

Литература:

1. Гусев Е. И., Скворцова В. И., Киликовский В. В. и др. Проблема инсульта в Российской Федерации // Качество жизни. Медицина. 2006. № 2 (13). С. 10-14.

2. Демиденко Т. Д., Ермакова Н. Г. Основы реабилитации неврологических больных. СПб.: Фолиант, 2004. 300 с.

3. Иванова Г. Е., Шкловский В. М., Петрова Е. А. и др. Принципы организации ранней реабилитации больных с инсультом // Качество жизни. Медицина. 2006. № 2 (13). С. 62-70.

4. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 1. Организация Инсультного Блока / Под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003. 34 с.

5. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 2. Сестринские вопросы / Под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003. 41 с.

6. Камаева О. В., Полина Монро, Буракова З. Ф. и др. Мультидисциплинарный подход в ведении и ранней реабилитации неврологических больных: Методическое пособие. Часть 5. Физическая терапия / Под ред. А.А. Скоромца. СПб., 2003. 42 с.

7. Ковальчук В. В., Скоромец А. А. Основные принципы реабилитации больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2007. № 4. С. 17-20.

8. Ковальчук В. В., Скоромец А. А. Проблемы и недостатки, перспективы и направления развития реабилитации больных, перенесших инсульт // Медико-социальная экспертиза и реабилитация. 2008. № 1. С. 47-51.

9. Ковальчук В. В., Богатырева М. Д., Миннуллин Т. И. Современные аспекты реабилитации больных, перенесших инсульт // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2014. №6. С. 101-105.

10. Скворцова В. И., Евзельман М. А. Ишемический инсульт. Орел, 2006. 404 с.

11. Сорокоумов В. А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. СПб.: Человек, 2002. 48 с.

12. Elizabeth J., Singarayar J., Ellul J. Arterial oxygen saturation and posture in acute stroke // Age Ageing. 1993. Vol. 22. P. 269-272.

13. Tyson S., Ashburn A., Jackson J. A guide to regaining mobility after a stroke. London: Marks & Spencer, 1997. 87 p.

14. Warlow C. P., Dennis M. S., van Gijn J. et al. Stroke. A practical guide to management. London, 1997. 664 p.

References:

1. Gusev E. I., Skvortsova V. I., Kilikovskii V. V. et al. Problema insul'ta v Rossiiskoi Federatsii [Stroke in the Russian Federation]. *Kachestvo zhizni. Meditsina* [Quality of life. Medicine]. 2006. № 2 (13). P. 10-14. [in Russian]

2. Demidenko T. D., Ermakova N. G. Osnovy reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh [Bases of rehabilitation of neurological patients]. SPb.: Foliant, 2004. 300 p.

3. Ivanova G. E., Shklovskii V. M., Petrova E. A. et al. Printsipy organizatsii rannei reabilitatsii bol'nykh s insul'tom [The principles of early rehabilitation of stroke patients]. *Kachestvo zhizni. Meditsina*. [Quality of life. Medicine] 2006. № 2 (13). P. 62-70. . [in Russian]

4. Kamaeva O. V., Pauline Monroe, Burakova Z. F. et al. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 1. Organizatsiya Insul'tnogo Bloka* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 1. Organization of stroke unit] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003. 34 p. [in Russian]

5. Kamaeva O. V., Pauline Monroe, Burakova Z. F. et al. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 2. Sestrinskie voprosy* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 2. Sister questions] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003. 41p.

6. Kamaeva O. V., Pauline Monroe, Burakova Z. F. et al. Mul'tidistsiplinarnyi podkhod v vedenii i rannei reabilitatsii nevrologicheskikh bol'nykh: Metodicheskoe posobie. *Chast' 5. Fizicheskaya terapiya* [A multi-disciplinary approach in the conduct and early rehabilitation of neurological patients: Toolkit. Part 5. Physical therapy] / Ed. A.A. Skoromets. SPb., 2003. 42 p.

7. Koval'chuk V. V., Skoromets A. A. Osnovnye printsipy reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh insul't [Basic principles of rehabilitation of patients with stroke]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medical-social expertise and rehabilitation]. 2007. № 4. P. 17-20. [in Russian]

8. Koval'chuk V. V., Skoromets A. A. Problemy i nedostatki, perspektivy i napravleniya razvitiya reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh insul't [Problems and disadvantages, prospects and directions of development of the rehabilitation of stroke patients]. *Mediko-sotsial'naya ekspertiza i reabilitatsiya* [Medical-social expertise and rehabilitation]. 2008. № 1. P. 47-51. [in Russian]
9. Koval'chuk V. V., Bogatyreva M. D., Minnullin T. I. Sovremennye aspekty reabilitatsii bol'nykh, perenesshikh insul't [Modern aspects of rehabilitation of patients with stroke]. *Zhurnal nevrologii i psikiatrii im. S.S. Korsakova* [Journal of Neurology and Psychiatry named after S.S. Korsakof]. 2014. №6. P. 101-105. [in Russian]
10. Skvortsova V. I., Evzel'man M. A. Ishemicheskii insul't [Ischemic stroke]. Orel, 2006. 404 p.
11. Sorokoumov V. A. Metodicheskie rekomendatsii po organizatsii nevrologicheskoi pomoshchi bol'nym s insul'tami v Sankt-Peterburge [Guidelines on the organization of neurological care of stroke patients in St. Petersburg]. SPb.: *Chelovek* [SPb.: Man], 2002. 48p.
12. Elizabeth J., Singarayar J., Ellul J. Arterial oxygen saturation and posture in acute stroke. *Age Ageing*. 1993. Vol. 22. P. 269-272.
13. Tyson S., Ashburn A., Jackson J. A guide to regaining mobility after a stroke. London: Marks & Spencer, 1997. 87 p.
14. Warlow C. P., Dennis M. S., van Gijn J. et al. *Stroke. A practical guide to management*. London, 1997. 664 p.

Контактная информация:

Ковальчук Виталий Владимирович – Заслуженный врач России, председатель Общества врачей-реабилитологов Санкт-Петербурга (Россия), профессор Европейской Академии Естественных Наук (Ганновер, Германия), профессор Кембриджского Университета (Кембридж, Великобритания), руководитель Центра медицинской реабилитации Санкт-Петербурга (Россия), зав. отделением реабилитации пациентов с заболеваниями ЦНС СПб ГБУЗ «Городская больница №38 им. Н.А. Семашко» (Санкт-Петербург, Россия).

Почтовый адрес: 196605, Санкт-Петербург, Пушкин, ул. Ленинградская, д. 85/12, кв. 155

E-mail: vikoal67@mail.ru

Телефон: тел. дом.: 7-812-4663745; тел. моб.: +7-921-9125872; факс: 7-812-4067743