

Авторский коллектив:

Скворцова В.И. — д-р мед. наук, проф., чл.-кор. РАМН

Стаховская Л. В. — д-р мед. наук, проф.

Алехин А. В. — канд. мед. наук

Гусева О. И.

Гуцалюк А. Г.

Кирильченко Т.Д. — канд. мед. наук

Комаров А.Н. — канд. мед. наук

Митраков Н.Н.

Ш67 Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Материалы для пациентов / под ред. В.И. Скворцовой. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 88 с. ISBN 978-5-9704-0827-8

«Школа здоровья. Жизнь после инсульта» включает руководство для врачей, проводящих школу здоровья для больных, которые перенесли инсульт, и их родственников, с приложением на компакт-диске и материалы для пациентов.

В материалах для пациентов подробно и доступно представлена информация о факторах риска возникновения инсульта и методах их контроля, принципах ухода за больными с инсультом, подходах к реабилитации. Особое внимание уделено психологическим реакциям родственников на болезнь и методам восстановления их душевного равновесия. Отдельная глава посвящена юридическим аспектам социальной помощи больным, перенёсшим инсульт. Материалы для пациентов предназначены как для самостоятельного изучения, так и для использования в школах здоровья.

УДК 616.8
ББК 54.102

Реклама производителей лекарственных средств и медицинской техники в настоящем издании представлена в виде цветных рекламных имиджей. Авторский коллектив не несёт ответственности за содержание рекламных материалов.

Права на данное издание принадлежат издательской группе «ГЭОТАР-Медиа». Воспроизведение и распространение в каком бы то ни было виде части или целого издания не могут быть осуществлены без письменного разрешения издательской группы.

© Коллектив авторов, 2008

ISBN 978-5-9704-0827-8

© Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008

Введение.....	5
Занятие 1. Вводное. Психологические аспекты инсульта.....	7
Психологические реакции людей на развившееся	
у их родственника заболевание	7
Процедура целеполагания.....	9
Занятие 2. Что необходимо знать об инсульте?	14
Что такое инсульт?.....	14
Периоды течения инсульта	14
Ишемический инсульт.....	15
Механизм развития.....	15
Факторы риска развития инсульта и основы первичной	
профилактики	15
Клинические признаки инсульта.....	20
Что такое проходящие нарушения мозгового	
кровообращения?.....	23
Геморрагический инсульт и его виды	24
Вторичная профилактика инсульта	25
Последовательность действий при подозрении на инсульт.....	26
Порядок действий до приезда бригады «скорой помощи»	27
Занятие 3. Принципы ухода за пациентом с инсультом, патронаж,	
подходы к реабилитации. Средства ухода за больными.	
Средства реабилитации	29
Позиционирование: понятие, принципы и правила	
выполнения.....	29
Положение больного в постели	29
Положения больного в кресле	31
Профилактика контрактур: как уменьшить мышечный	
спазм и избежать формирования контрактур	31
Боли в спине и плече.....	32
Принципы безопасности и правила их соблюдения	
при перемещении больного	33
Уход за кожей и профилактика развития пролежней.....	34

Нарушения мочеиспускания и их коррекция	35
Использование средств ухода за больным с инсультом	37
Профилактика и лечение нарушений дефекации.....	39
Оценка функции глотания и её нарушений.....	40
Кормление пациентов с нарушенным глотанием	43
Занятие 4. Постинсультные состояния	45
Гипертонический криз	
и острая гипертоническая энцефалопатия	45
Сосудистый психоз	47
Помощь родственникам пациенту с психозом	48
Постинсультная эпилепсия.....	49
Первая помощь при эпилептических припадках,	
эпилептическом статусе	50
Постинсультная депрессия	51
Хроническая ишемическая болезнь головного мозга	53
Синдром постинсультного паркинсонизма	55
Сосудистая деменция.....	55
Занятие 5. Возвращение домой.....	57
Какие условия должны быть созданы дома	
для пациента, перенёсшего инсульт?.....	57
Оптимизация обслуживания и самообслуживания больного	
в домашних условиях	58
Занятие 6. Юридические основы социальной помощи	
пациентам с инсультом	60
Инвалидность: понятие, порядок и условия оформления	60
Реабилитация инвалидов.....	66
Обеспечение жизнедеятельности инвалидов.....	67
Обеспечение жилой площадью.....	67
Обеспечение занятости инвалидов	70
Материальное обеспечение инвалидов	73
Социальное обслуживание.....	78

ВВЕДЕНИЕ

Произошедший инсульт кардинально меняет жизнь пациента и его родственников. Даже при минимальном неврологическом дефекте тяжёлый стресс, возникающий у пациента при осознании своей беспомощности перед грозным недугом, сопровождающий его во время пребывания в стационаре и в процессе лечения, накладывает отпечаток на поведение больного в последующем. Инсульт становится переломным моментом в жизни пациента. Перенёсший инсульт человек даже при полном восстановлении нарушенных функций (и тем более при сохранении того или иного неврологического дефицита) требует к себе большего внимания, чем до болезни, а его родственники вынуждены менять свой привычный уклад жизни, ориентируясь на нужды и потребности больного. Процесс интеграции больного, перенёсшего инсульт, в семью достаточно сложен. Для него характерен выраженный синдром дезадаптации как пациента, так и его родственников.

Вследствие этого создание специальных школ для пациентов, перенёсших инсульт, и их родственников — актуальная задача.

Цели занятия в школе:

- повышение информированности пациентов и их родственников об инсульте, его типах и причинах возникновения, клинических проявлениях, осложнениях и сопутствующих заболеваниях;
- формирование ответственного отношения населения к своему здоровью; контролю некоторых основных показателей работы кровеносной [артериального давления (АД), пульса] и эндокринной систем, основных биохимических показателей крови (содержание холестерина, липопротеинов высокой и низкой плотности, глюкозы и др.);

формирование мотивации к своевременному и постоянному профилактическому лечению при выявлении отклонений тех или иных показателей (физикальных или лабораторных); облегчение возвращения перенёсшего инсульт пациента в социум. Формирование современных навыков реабилитации и ухода за больными членами семьи.

ЗАНЯТИЕ 1

ВВОДНОЕ. ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ИНСУЛЬТА

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ ЛЮДЕЙ НА РАЗВИВШЕЕСЯ У ИХ РОДСТВЕННОГО ЗАБОЛЕВАНИЕ

Первая реакция родственников на болезнь близкого человека — замешательство, затем возникают два вида реакций.

- **Уход от ответственности.** Видя состояние больного, его близкие, не зная, как помочь, и понимая, что придётся уделять ему много внимания, пытаются переложить ответственность за здоровье пациента на сотрудников стационара. При этом они искренне думают, что это поможет восстановить у больного утраченные функции, поскольку им будут заниматься профессионалы. После выписки из стационара близкие пациента нанимают сиделку и активно привлекают специалистов.
- **Гиперответственность.** Кто-либо из близких пациента берёт отпуск или вообще увольняется с работы и «садится» рядом с больным, осуществляя максимально трепетный уход. Эта ситуация даже опаснее предыдущей, поскольку из-за отсутствия навыков и знаний родственники оказывают неправильный уход. Гиперопека не позволяет пациенту с параличом восстановить нарушенные функции, поскольку ухаживающий выполняет за больного все необходимые действия. Это не способствует формированию у пациента мотиваций к активному восстановлению. В свою очередь родственник пациента со временем понимает, что его усилия не приводят к выздоровлению, и начинает либо винить в этом себя: «я ничего не смог сделать», либо, наоборот, обвиняет пациента: «ты виноват в том, что я бросила работу» и прочее. Могут встречаться сочетанные реакции: кто-то в семье уходит от ответственности, кто-то берёт на себя больше, чем может.

Замешательство, пути его преодоления и восстановления душевного равновесия у родственников пациентов

Замешательство — внезапное кратковременное нарушение психологического равновесия индивидуума, возникшее вследствие развития инсульта или иного заболевания у близкого ему человека.

Внешне замешательство выражено, прежде всего, в количестве узконаправленных и нецелесообразных вопросов, задаваемых медицинскому персоналу, а также хаотичным поведением.

Самые важные на этапе «замешательства» вопросы связаны со своевременностью оказания помощи («Почему скорая помощь не повезла в больницу сразу?», «Почему не положили в реанимацию?») или с уходом за больным и лечением: («Почему к нему (ней) никто не подходит?», «Почему «ставят» только одну капельницу?», «Почему так много таблеток дают?»). Через вопросы Вы пытаетесь повлиять на людей, от которых, по Вашему мнению, зависит здоровье и жизнь близкого Вам человека. Иногда за такими вопросами может скрываться неосознаваемое снятие с себя ответственности за здоровье и жизнь своих близких, что сопровождается сужением рамок восприятия ситуации.

Для успешного преодоления возникшей проблемы важно сформировать более четкие жизненные перспективы и в полной мере осознать сложившуюся ситуацию. Важно понять, как много существует вариантов решения Ваших проблем; что окружающая среда на самом деле позитивна и предоставляет все необходимые ресурсы, даже если они не заметны на первый взгляд. Естественно, врачи не могут знать именно Ваших внутренних ресурсов и возможностей, однако их задача — помочь людям осознать свои собственные возможности.

Подумайте, для чего Вы здесь?

Для того, чтобы научиться, как помочь своему близкому человеку? В таком случае дальнейшие занятия в школе помогут Вам в этом.

Подумайте, какова Ваша личная роль и участие в жизни заболевшего родственника. Какой урок данная ситуация преподнесла лично Вам. Какую роль Вы отводите себе в дальнейшей жизни пациента.

ПРОЦЕДУРА ЦЕЛЕПОЛАГАНИЯ

Для того чтобы поставить перед собой посильную цель, Вам нужно в первую очередь узнать, что такое идеодинамические феномены.

Что такое идеодинамика? Во время просмотра по телевизору спортивных состязаний мы в азарте напрягаемся так, как будто сами бежим или выступаем на чемпионате вместе со спортсменом, за которого болеем. Такие непровольные напряжения мышц в результате только лишь мыслительной деятельности называют идеомоторным феноменом. Когда мы читаем книгу, в которой главный герой вкусно ест или испытывает холод, мы непровольно сглатываем слюну или кутаемся плотнее в плед. Ощущения, возникающие в результате мыслительных усилий без объективного стимула, называют *идеосенсорным феноменом*. Выделяют также *идеокогнитивный феномен*, частый пример которого — несостоявшаяся ссора с начальником, когда мы, обиженные чем-то, думаем, как бы мы могли ответить обидчику в этой ситуации. Причём эта фантазия владеет нами продолжительное время. Таким образом некий эмоциональный аффект руководит направлением наших мыслей. Таких феноменов насчитывают, по разным данным, от пяти до девяти. Все вместе эти феномены, складываясь в одном человеке, способны запустить цепь поведенческих бессознательных реакций для достижения какой-либо цели. Этот процесс называют *идеодинамикой*. Другими словами, если человек себя правильно мотивирует на какую-либо деятельность, результат начинает получаться сам собой. К сожалению, это верно и для формирования неудач.

Чтобы верно мотивировать себя только на удачные цели, важно провести эту цель через процедуру целеполагания.

Шаг 1. Цель необходимо сформулировать в утвердительной форме, избегая отрицательных формулировок («не», «прекратить», «удалить», «без», «чтобы не» и др.). В языке отрицание существует для подчеркивания различий, но не для описания реального опыта.

- Вернуть здоровье близкому человеку.
- Помочь родственнику встать на ноги.
- Хочу, чтобы мой родственник снова стал прежним человеком.
- Хочу вернуться к прежней жизни.

- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
- Хочу сделать всё от меня зависящее для здоровья близкого мне человека.
- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.

Шаг 2. Сформулированная цель должна полностью находиться в Вашей компетенции и иметь непосредственное личностное отношение. Другими словами, процесс реализации цели находится под Вашим контролем и зависит только от Вас. На этом основании из списка исключены первые четыре цели и оставлены последние.

- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
- Хочу сделать всё от меня зависящее для здоровья близкого мне человека.
- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.

Шаг 3. Цель должна быть сенсорно очевидна. Другими словами, необходимо осознать, что Вы будете видеть, слышать и чувствовать, когда достигнете своей цели.

- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
 - Беседы с лечащим врачом о заболевании, его причинах и мерах профилактики.
 - Посещение школы для родственников пациентов для получения необходимой информации по инсульту.
 - Чёткое соблюдение рекомендаций лечащего врача после выписки из стационара.
 - Обеспечение динамического наблюдения неврологом и реабилитологом по месту жительства (пребывания) больного.
- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
 - Высокая твёрдая кровать с возможностью подхода с двух сторон.
 - 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 т.д.).

- Расходные гигиенические материалы: подгузники, пелёнки, салфетки и прочее.
- Круглосуточное наблюдение и патронаж (наёмная сиделка или кто-то из родственников).
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.
 - Исследуйте возможности государства в жизнеобеспечении людей с ограниченными возможностями.
 - Вероятно, в вашем окружении есть люди, готовые взять на себя часть или даже всю ответственность за вашего родственника.

Шаг 4. Цель обязана находиться в нужном контексте, то есть где, когда, с кем и на какой срок Вы хотите этого. Поэтому на этом этапе нужно чётко определиться с временными, материальными и физическими ресурсами.

- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
 - В какой комнате или даже в чьей квартире Вы поместите своего родственника?
 - Сколько времени Вы планируете затратить на такую подготовку?
 - Сколько составят расходы на закупку всего необходимого?
 - Кого Вы ещё задействуете в этом процессе?
- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
 - Примите решение: либо вы обучаетесь сами, либо обеспечиваете уход наёмными специалистами.
 - Сколько займёт времени Ваше обучение?
 - По каким критериям Вы будете отбирать специалистов для своего обучения?
 - По каким критериям Вы будете отбирать специалистов для обеспечения ухода за близким человеком?
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.
 - Как много времени Вы готовы на это затратить?
 - Можете ли Вы подключить к решению этой задачи ещё кого-нибудь?
 - Как будете снимать «пресс общественного мнения»?

Шаг 5. Экология. Необходимо честно ответить на вопрос о том, как поставленная Вами цель повлияет на Вашу жизнь, что изменится. Основная задача на этом этапе — сохранить все преимущества прежнего образа жизни.

- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
 - Подумайте, есть ли члены Вашей семьи, возможности которых могут быть ущемлены (дети, другие родственники) или которые будут недовольны (мужья, жёны).
 - Если препятствия есть, подумайте, как можно их разрешить или обойти.
 - Оцените свои финансовые возможности, посчитайте, сколько денег Вам нужно на приобретение необходимого оборудования, какие регулярные затраты предстоят на уход и динамическое наблюдение.
 - Как долго Вы или ваши родственники сможете обеспечивать адекватный уход за больным.
- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
 - Подумайте, сталкивались ли Вы раньше со знаниями подобного рода.
 - Оцените, насколько Вы брезгливы.
 - Как отнесутся ваши близкие к тому, что Вы будете тратить своё время на больного?
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.
 - Не будет ли Вас мучить совесть за ваш поступок?
 - Хотите ли Вы, чтобы с вами поступили подобным образом?
 - Возможен ли компромисс? Может, стоит сделать что-то большее?

Шаг 6. Масштаб обобщения. Если ваша цель глобальна, начните с чего-нибудь менее сложного.

- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
 - Обсудите с родственниками свои планы.
 - Составьте смету расходов.
 - Наведите справки о наличии необходимых средств в свободном доступе.
- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
 - Наведите справки о том, где можно получить необходимые знания.
 - Составьте смету возможных расходов при обучении.
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.
 - Пообщайтесь с сотрудниками интерната или хосписа, их пациентами.

- Пообщайтесь с сотрудниками патронажной фирмы, ознакомьтесь с перечнем и ценами их услуг.

Шаг 7. Доступ к ресурсам. Какие ресурсы Вам необходимы для достижения Вашей цели? Есть ли у Вас к ним доступ?

- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
- Какой процент семейного бюджета Вы готовы потратить на поставленную цель?
- Кто из родственников согласится Вам помочь?
- Узнайте, есть ли у Ваших знакомых необходимые Вам средства, которые они Вам могут передать, или посоветуйтесь, где их можно купить.
- Узнайте, какой объём социальной помощи можно получить от государства.
- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
- Узнайте, какие книги могут помочь Вам в Вашем начинании.
- Освободите время для обучения.
- Найдите финансовые средства для обучения.

Шаг 8. Подумайте, какие препятствия могут встретиться на вашем пути к достижению поставленной цели.

- Хочу подготовить всё необходимое для возвращения родственника домой.
- Хочу понять, что происходит с моим родственником.
- Хочу скинуть с себя навалившиеся проблемы.

Что мешает вам запустить процесс достижения цели прямо сейчас?

Какие препятствия могут встретиться?

Что вы можете сделать для преодоления этих препятствий?

Шаг 9. На пути к будущему: первые шаги. Определите первые, самые маленькие шаги, которые Вы можете сделать прямо сейчас или сразу после выхода из аудитории.

ЗАНЯТИЕ 2

ЧТО НЕОБХОДИМО ЗНАТЬ ОБ ИНСУЛЬТЕ?

ЧТО ТАКОЕ ИНСУЛЬТ?

Инсульт — внезапное нарушение кровообращения в головном мозге.

Выделяют два совершенно разных типа острого нарушения кровообращения, о которых речь пойдёт дальше.

- **Ишемический инсульт.**
- **Геморрагический инсульт.**

Часто можно услышать, что человек перенёс «микроинсульт». На самом деле такого термина в медицине не существует. Есть понятие «малый инсульт» — состояние, когда вся неврологическая симптоматика исчезает в течение первых 3 нед от развития нарушения мозгового кровообращения.

Несмотря на разные механизмы ишемического и геморрагического инсультов, их внешние симптомы могут быть весьма схожи, поэтому точная диагностика возможна только в стационаре.

Периоды течения инсульта

- Первые трое суток (острейший период). Необходимо интенсивное лечение в блоке нейрореанимации, высок риск развития осложнений.
- До 21-х суток (острый период). Необходимо лечение острых нарушений мозгового кровообращения, ежедневное наблюдение лечащего врача, профилактика осложнений в условиях неврологического отделения.
- 21-е сутки - 6 месяцев (ранний восстановительный период).

- 6 месяцев — 2 года (поздний восстановительный период). Необходимо активное участие родных, лечение в домашних условиях, консультация специалистов, проведение грамотных реабилитационных мероприятий (как амбулаторно, так и в дневных стационарах, санаториях, реабилитационных клиниках).

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

Механизм развития

Ишемический инсульт — резкое уменьшение поступления крови в какой-либо участок головного мозга с возникновением зоны ишемии и гибелью нейронов (нервных клеток). Зону ишемии, где погибли все нейроны, называют инфарктом мозга. Нейроны, находящиеся рядом с зоной инфаркта и страдающие от недостатка кровообращения, но ещё живые, называют зоной «ишемической полутени» (пенумбры). За сохранение и «реанимацию» этой зоны и идёт борьба в первые часы после возникновения инсульта.

Процессы, приводящие к инсульту, накапливаются постепенно, годами, а иногда и десятилетиями. Что же происходит с сосудами головного мозга? Ещё задолго до «сосудистой катастрофы» в стенке сосуда начинается процесс замедления и нарушения обмена, что приводит к её утолщению и снижению упругости. Данное состояние называют атеросклерозом сосудов. Однако подверженность данному процессу у разных людей весьма различна: у одних людей изменения в стенках сосудов не приводят к их критическому сужению (стенозу), у других же эта ситуация заканчивается инсультом. Таким образом, есть определенные провоцирующие факторы, ускоряющие развитие сосудистой патологии и приводящие, в конце концов, к инсульту. Знание этих факторов и ранняя их профилактика — залог успешной борьбы с этим грозным заболеванием.

Факторы риска развития инсульта и основы первичной профилактики

Факторы риска развития инсульта делят на две большие группы — нерегулируемые (факторы, на которые невозможно воздействовать) и регулируемые (факторы, своевременное

воздействие на которые значительно уменьшает риск развития заболевания).

Нерегулируемые факторы риска

Возраст и пол — важные факторы риска развития нарушений мозгового кровообращения, лечение которых невозможно. У мужчин инсульты возникают в более молодом (на 10—20 лет раньше) возрасте и чаще, чем у женщин.

Другой нерегулируемый фактор риска — наследственность. Предрасположенность к инсультам может носить наследственный (генетический) характер, хотя зависимость эта непрямая.

Регулируемые факторы риска

Артериальная гипертония

Повышенное АД напрямую связано с риском развития инсульта. Нормальным уровнем АД считают 140/90 мм рт.ст. и ниже.

При пограничной артериальной гипертонии (140/90-160/95 мм рт.ст.) риск развития инсульта возрастает в два раза. При повышении АД более 160/95 мм рт.ст. риск инсульта вырастает в 4 раза.

Каждый человек после 35—40 лет должен периодически контролировать уровень своего артериального давления, а при появлении нестабильных показателей проводить ежедневное двукратное (утром и вечером) измерение АД и вести специальный дневник. Также необходима консультация специалиста для подбора адекватного лечения.

Методика правильного измерения артериального давления

Для того, чтобы показатели давления были правильными, следует помнить ряд особенностей:

- манжета прибора должна быть подобрана по объёму руки (существуют отдельные манжеты для детей и для тучных людей);
- более точные показатели у механических тонометров;
- чашка кофе, сигарета, плотная еда меняют показания АД, измерение следует производить не ранее, чем через 30 мин после их приёма;
- АД следует измерять после 5—10 мин отдыха сидя или лёжа при комнатной температуре;

- при артериальной гипертонии измерять АД необходимо не менее двух раз в день — утром после пробуждения и водных процедур и вечером перед сном. Дополнительно измерение проводят в течение дня при подозрении на изменение АД. Все показатели АД фиксируют в дневнике.

АД измеряют в положении сидя с максимально расслабленными мышцами спины, рук и ног (оптимально облокотиться на спинку стула). Рука, на которую надета манжета, должна спокойно лежать на столе (не на весу) в среднем физиологическом положении и быть полностью расслабленной. Манжету располагают на руке, примерно на уровне сердца, отступив вверх от локтевого сгиба на 2,5 см. Не следует накладывать манжету на одежду, тем более на завёрнутые рукава. Между не раздутой манжетой и рукой должно оставаться пространство примерно в палец толщиной.

Нагнетать воздух в манжету следует до цифр, примерно на 30 мм рт.ст. превышающих давление, к которому адаптирован пациент; затем воздух медленно выпускают (со скоростью 3 мм рт.ст./с). Выслушивать тоны следует, расположив головку фонендоскопа в области локтевого сгиба, однако не следует сильно прижимать её. Первый удар (тон) указывает уровень систолического АД, последний тон — диастолическое давление.

Желательно измерять давление несколько (2—3) раз с интервалом в 2—3 мин с подсчётом средних цифр. Также лучше измерять АД последовательно на обеих руках. Если АД на обеих руках всегда одинаково, можно мерить и на одной руке, но не «рабочей» (т.е. у правой — на левой). Если асимметрия давления на руках есть, все последующие измерения делают на руке с «более высоким» АД.

Снижения артериального давления можно добиться обычными общегигиеническими мерами: отказом от курения, соблюдением режима труда и отдыха, коррекцией диеты, дозированной физической нагрузкой. Если этого сделать не удаётся, то врач назначает снижающие давление лекарственные препараты.

Важно помнить, что снижающие давление препараты надо принимать постоянно и под контролем врача. В этом случае риск инсульта уменьшается вдвое.

Нарушение жирового обмена и повышение уровня холестерина в крови

Холестерин, накапливаясь в организме, ещё больше нарушает обменные процессы в сосудистой стенке. Он способствует

появлению и увеличению атеросклеротических бляшек на внутренних стенках сосудов крупного и среднего калибра. Бляшка, постепенно увеличиваясь за счёт поступающих с током крови и «оседающих» на ней тромбоцитов и некоторых других веществ, все больше и больше перекрывает просвет сосуда, что может привести к инсульту.

Существуют разные по плотности виды (фракции) холестерина. Преобладание в крови липопротеидов низкой плотности («плохой холестерин») опасно в плане развития инсульта, однако липопротеиды высокой плотности («хороший холестерин») снижают риск возникновения заболеваний кровеносной системы. Уточнить уровень «плохого» и «хорошего» холестерина поможет подробный биохимический анализ крови и консультация специалиста.

Основные источники пищевого жира и холестерина — мясо, яйца и молочные продукты. Но не следует полностью исключать эти продукты из рациона, поскольку они содержат много нужных, полезных, а порой и жизненно необходимых веществ (белки, аминокислоты, витамины, К, Са, другие микроэлементы). Гораздо разумнее сочетать употребление этих продуктов с овощами и рыбой.

Соль

Избыточное потребление соли — существенный фактор риска развития артериальной гипертензии.

Ожирение

Появление лишнего веса — следствие множества причин. К ним относят неверный режим питания и времени приёма пищи, гиподинамию и излюбленный многими «послеобеденный сон» в выходные дни, предпочтение высококалорийной и жирной пищи, столь популярное ныне «питание на скорую руку», «фаст-фуд», различные заболевания, приводящие к нарушению обменных процессов (например, сахарный диабет).

У полных и тучных людей возрастает нагрузка на кровеносную и дыхательную системы, повышается артериальное давление и уровень «плохого» холестерина. Проверить соответствие своего веса условной норме просто. Существуют специальные формулы расчёта, чаще всего используют определение индекса массы тела: массу тела (кг) дважды делят на рост (м).

Значения индекса массы тела:

- 18,5—25 кг/м² — норма;
- 25—29,9 кг/м² — избыточный вес;
- 30—34,9 кг/м² — I степень ожирения;
- 35—39,9 кг/м² — II степень ожирения;
- 40 кг/м² и выше — III степень ожирения.

Курение

Курение на 60% повышает риск возникновения инсульта, способствуя развитию атеросклероза, тромбоза и спазма (сужения) сосудов. Отказ от курения в течение очень короткого времени существенно снижает риск развития инсульта. Так, при полном воздержании от курения в течение 5 лет риск возникновения инсульта у бывшего курильщика снижается практически до уровня никогда не курившего человека. Отказ от курения должен стать нормой в цивилизованном и здоровом обществе.

Важно помнить, что курящий человек подвергает риску развития инсульта не только себя, но и своих близких.

Алкоголь

Злоупотребление алкоголем (систематическое пьянство или запой) существенно увеличивает риск развития заболеваний кровеносной системы и инсульта. У таких людей возрастает артериальное давление, возникает склонность к тромбозам, нарушается нормальный сердечный ритм.

Гиподинамия

У лиц, ведущих сидячий образ жизни, вероятность развития артериальной гипертензии на 20—50% выше, чем у лиц с высокой физической активностью или регулярно посещающих тренировки. Сосудистые заболевания мозга среди физически активных лиц наблюдаются значительно реже, чем среди малоактивных.

Регулярные физические упражнения — фактор, снижающий риск преждевременной смерти от заболеваний кровеносной системы.

Оральные контрацептивы

Оральные контрацептивы с высоким содержанием женских гормонов (эстрогенов) повышают риск развития тромбозов и, как следствие, инсульта. Если у женщины есть и другие факторы риска (курение, повышение артериального давления, избыточный вес), следует подумать о переходе на препараты с более низким

содержанием эстрогенов (только после консультации с гинекологом) или вообще использовать другой метод контрацепции.

Сахарный диабет

Сахарный диабет влияет на развитие нарушений мозгового кровообращения несколькими путями: происходит ускорение развития атеросклероза крупных артерий, меняется уровень холестерина, ускоряется формирование атеросклеротических бляшек, происходит склеивание (гиперагрегация) тромбоцитов. По некоторым данным, сахарный диабет увеличивает опасность развития инсульта более чем в 2 раза независимо от его связи с артериальной гипертензией.

Если у Вас налицо хотя бы один из перечисленных факторов риска (не говоря уже об их комбинации) — необходимо составление программы индивидуальной профилактики.

Профилактика инсульта

- Измеряйте артериальное давление и уровень холестерина не реже 1 раза в год.
- Если у Вас выявлен сахарный диабет, чётко соблюдайте рекомендации врача по контролю заболевания.
- Если Вы курите, откажитесь от этой вредной привычки.
- Если Вы принимаете алкоголь, то делайте это в умеренных количествах.
- Регулярно выполняйте физическую нагрузку.
- Употребляйте пищу с низким содержанием поваренной соли и жиров.
- Сообщайте своему лечащему врачу о симптомах, указывающих на возможный инсульт (звон в ушах, кратковременные приступы головокружения, слабость в ногах и др.).
- Срочно обращайтесь за медицинской помощью при появлении любого из симптомов инсульта (например, внезапной слабости или онемения одной стороны тела, внезапного затуманивания зрения, интенсивной головной боли или головокружения).

Клинические признаки инсульта

Ишемический инсульт возникает вследствие снижения или прекращения кровотока в каком-либо из сосудов, питающих головной мозг. И хотя симптоматика инсульта достаточно

типична, поражение того или иного сосуда (а значит, и участка мозга) имеет свои особенности. Рассмотрим основные сосудистые бассейны головного мозга и симптомы их поражения.

В области шеи приток крови к мозгу обеспечивают четыре крупных сосуда. По передней поверхности шеи (справа и слева) проходят две сонные артерии. Все отходящие от них выше артерии формируют каротидную (от лат. *Carotis* — сонный) сосудистую систему. По задней поверхности шеи, вдоль позвоночника, проходят две позвоночные артерии. Они по своему ходу сливаются в единую артерию, которую называют основной. Соответственно, данная сосудистая система называется вертебрально-базиллярной (от лат. *Vertebralis* — позвоночный и лат. *Basillaris* — базилярный, основной).

Каротидная система кровоснабжает, в основном, полушария мозга. Признаки инсульта в этой системе:

- нарушения движения половины тела (лица, языка, руки или ноги). При инсультах происходит поражение нижней части лицевой мускулатуры: пациент не может надуть щёку, при улыбке угол рта остаётся неподвижен, а принятая жидкость выливается из него из-за слабости мышц щеки и рта. Возникает паралич половины языка на той же стороне, поэтому речь становится нечёткой («каша во рту» — дизартрия). Слабость в конечностях может быть разной степени выраженности в зависимости от размера поражения мозга — от небольшой неловкости до полной обездвиженности;
- нарушение чувствительности половины тела. Пациенты часто сами ощущают начало инсульта, как «онемение и покалывание» половины лица, руки и ноги. При исследовании чувствительности (чаще всего врач производит сравнительное покалывание заостренным предметом на здоровой и «онемевшей» половине) пациенты ощущают явное снижение болевой чувствительности на поражённой половине тела;
- если при инсульте затронуты зоны мозга, отвечающие за речевую функцию, то пациент лишается возможности нормально говорить (возникает афазия). Нарушения речи могут быть различными. В одних случаях пациент путает слова в предложении, переставляет слоги и буквы; в тяжёлом варианте — произносит лишь отдельные слова и звуки, но обращенную к нему речь понимает хорошо и может выполнить все просьбы и инструкции. В других случаях пациент говорит

бегло, но абсолютно не понимает обращенные к нему речь, инструкции и просьбы. А поскольку свою собственную речь он также не понимает и не может контролировать её правильность, то его беглая речь лишается всякого смысла и состоит из обрывков слов и отдельных слогов (так называемая «словесная окрошка»).

Вертебрально-базиллярная система кровоснабжает такие важные отделы головного мозга, как ствол (нижняя часть мозга, над которой расположены полушария), затылочная доля полушарий головного мозга, вестибулярный аппарат, мозжечок. Признаки инсульта в этой системе:

■ **нарушения движений.** Однако в отличие от «полушарного» (каротидного) инсульта, чаще затронуты не две, а все четыре конечности (поскольку двигательные пути от каждого полушария в стволе мозга проходят рядом);

■ **головокружение** — следствие поражения вестибулярного аппарата и мозжечка. Головокружение бывает достаточно выраженным, может сочетаться с тошнотой и рвотой. В отличие от головокружения при других заболеваниях (анемии, артериальной гипотонии, астении после инфекционных заболеваний и др.), когда человек ощущает просто некую зыбкость, чувство «дурноты» и «тумана» в голове, вестибулярное головокружение сопровождается чётким ощущением движения всех окружающих предметов вокруг пациента (так называемое вращательное головокружение);

неустойчивость. Данный симптом чаще возникает при поражении мозжечка. Пациент не может идти ровно по необходимой траектории, возникают уклонения и пошатывания вперед-назад или вправо-влево. Меняется походка, она становится неустойчивой, шатающейся, пациент широко расставляет ноги для лучшей опоры («походка пьяного»). При выполнении определённых проб пациент не может стоять ровно в позиции «ноги вместе, руки вперёд» (возникают отклонения вплоть до падения). При попытке дотронуться пальцем до кончика носа отмечаются мимопадание и дрожание (тремор) в руке при приближении к объекту (носу);

■ **нарушения зрения** проявляются двоением в глазах (поражение мозжечка или ствола мозга) или выпадением отдельных участков зрительного поля (слепые пятна) — признак поражения затылочной доли;

- **нарушения глотания.** Регуляция глотания осуществляется определенными нервами, выходящими из ствола мозга. При нарушении их функции пациент начинает поперхиваться, жидкая пища может выливаться через нос. Также при поражении этих нервов могут возникать нечёткость речи (дизартрия) — нарушение работы артикуляционного аппарата («каша во рту»), изменения звучности голоса (осиплость) — дисфония;
- **расстройства жизненно важных функций: дыхания, сердцебиения, поддержания артериального давления.** В стволе мозга расположены центры регуляции этих важных функций. Вот почему при инсультах в вертебрально-базиллярной системе состояние больных, как правило, очень тяжёлое.

Следует учитывать, что при развитии инсульта могут быть представлены не все из перечисленных выше признаков, однако даже в случаях развития минимальных симптомов необходимо срочное обращение к врачу.

Что такое преходящие нарушения мозгового кровообращения?

Иногда у пациента под воздействием стрессовой ситуации, физической нагрузки, повышения артериального давления или даже без явных причин вдруг возникает какой-либо один или несколько вышеописанных симптомов (нарушение движений, чувствительности, речи, координации, зрения и т.п.), однако эти симптомы достаточно быстро (в течение нескольких минут или часов) проходят. К сожалению, в подобной ситуации пациенты не всегда спешат к врачу, рассуждая по принципу: «Обошлось и хорошо, впереди столько дел, а обследуюсь как-нибудь потом». Такое легкомыслие вполне можно назвать преступным. Поскольку появление таких симптомов (в неврологии это называют преходящим нарушением мозгового кровообращения, а ещё более точно — транзиторной ишемической атакой) — серьёзный и грозный предвестник уже настоящего, «большого» инсульта.

Транзиторная ишемическая атака указывает на явное сосудистое неблагополучие и требует безотлагательного обследования, выявления поражённого сосуда (сосудов) и разработки жёсткой профилактической стратегии. Только в этом случае сосудистой катастрофы удастся избежать.

ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ И ЕГО ВИДЫ

Геморрагический инсульт — разрыв сосуда вследствие патологии его стенки, например, аневризмы (истончения и выпячивания), часто при резком повышении АД. В результате происходит кровоизлияние в головной мозг, формируется гематома, давящая вследствие замкнутого объема черепа на вещество мозга и нарушающая работу какой-либо его области.

Кровоизлияние в мозг или под его оболочки может сопровождаться примерно теми же симптомами, что и инсульт ишемический. Однако механизмы развития и подходы к лечению этих состояний принципиально различны.

При любом подозрении на инсульт необходимы скорейшая госпитализация и обследование для уточнения типа инсульта и назначения правильного лечения.

Существует особый вид кровоизлияния, когда кровь, вытекая из повреждённого сосуда, не образует гематому, а свободно циркулирует между оболочками головного мозга, спускаясь вместе со спинномозговой жидкостью в межоболочечное пространство спинного мозга. Это так называемое **субарахноидальное (подоболочечное) кровоизлияние**. В момент разрыва сосуда пациент обычно ощущает резчайшую боль в области затылка, а потом мнимое «благополучие», поскольку такой вид кровоизлияния не вызывает ни нарушений движения, ни нарушений чувствительности, проявляясь лишь головной болью и иногда светобоязнью.

Ситуация эта крайне опасна, ибо при несоблюдении строгого постельного режима в первые дни и при невыполнении всех предписаний лечащего врача высока вероятность повторного кровоизлияния с гораздо более тяжёлыми, зачастую фатальными последствиями.

Одним из самых достоверных методов диагностики субарахноидального кровоизлияния по-прежнему остаётся люмбальная пункция (прокол в поясничной области и извлечение нескольких миллилитров спинномозговой жидкости для последующего анализа), которая, в отличие от бытующих в народе «мифов», абсолютно безопасна. Необходимо помнить, что при люмбальной пункции:

проводится местная анестезия (обезболивание); прокол осуществляют в той области поясницы, где нет спинного мозга;

до сегодняшнего дня это единственный достоверный метод диагностики субарахноидального кровоизлияния (по обнаружению крови в спинномозговой жидкости).

Пациенты, отказывающиеся от проведения люмбальной пункции, лишаются возможности точно установить свой диагноз, подвергаясь неоправданному риску «лечения наугад».

ВТОРИЧНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА

Жизнь пациента, перенёвшего инсульт, меняется кардинально. В зависимости от исхода инсульта пациент может нуждаться в посторонней помощи и опеке. Но даже если у пациента после инсульта быстро регрессировали все неврологические симптомы, это не значит, что он может вести прежний образ жизни, игнорируя все те факторы риска, которые и привели к развитию такого состояния. Отныне вопросы вторичной профилактики (профилактики повторного инсульта) должны занимать центральное место в жизни такого больного. Вторичная профилактика состоит из следующих направлений;

- ежедневное измерение АД и регулярный приём препаратов, нормализующих уровень АД (их оптимальный подбор осуществляет лечащий врач). Лечение такими лекарственными средствами должно быть длительным, зачастую пожизненным, с подбором эффективных доз и комбинацией препаратов, а не от случая к случаю, как это часто бывает;
- контроль уровня глюкозы и холестерина в крови;
- полный отказ от курения и злоупотребления спиртными напитками;
- контроль за массой тела, соблюдение низкохолестериновой и низкосолевой диеты, отдавая предпочтение овощному и рыбному рациону;
- длительный приём лекарственных средств из группы антиагрегантов (например, ацетилсалициловая кислота), препятствующих тромбообразованию и улучшающих «текучесть» (гемореологию) крови. Выбор такого препарата и назначение эффективных доз осуществляет только лечащий врач, учиты-

вая индивидуальные особенности пациента. Если лечащим врачом назначено какое-либо лекарственное средство из группы антиагрегантов, примерно раз в три месяца следует исследовать кровь на свёртываемость (коагулограмма, исследование тромбоцитов, МНО и др.);

- приём анти коагулянтов (варфарин) при наличии у больного нарушений сердечного ритма (мерцательной аритмии). В этих случаях необходим тщательный биохимический контроль свёртывающей системы крови, причём первоначально для подбора необходимой дозы лекарственного препарата исследования проводят 1 раз в 3—7 сут, затем (после достижения адекватного уровня показателей) 1 раз в месяц. Следует помнить, что отсутствие возможности систематического исследования крови ограничивает прием этих лекарственных средств;
- наконец, если был выявлен выраженный (70% и более) стеноз (сужение) крупных артерий вследствие формирования в них тромба или есть большая «рыхлая», нестабильная атеросклеротическая бляшка, необходимо решение вопроса о хирургическом лечении: удаление тромба и восстановление кровотока по сосуду. Время и вариант оперативного вмешательства определяет врач.

ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ДЕЙСТВИЙ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ИНСУЛЬТ

Инсульт — неотложное состояние, борьба за восстановление зоны относительно сохранных нейронов (пенумбры) должна начинаться с первых минут. Нельзя ждать, пока «само пройдёт» или откладывать госпитализацию «до утра».

В первые 3-6 ч после возникновения первых симптомов инсульта (так называемое «терапевтическое окно») медицинская помощь наиболее эффективна.

Промедление с началом активного лечения по восстановлению кровотока в поражённом участке головного мозга значительно повышает риск гибели или инвалидизации пациента.

При возникновении подозрения на инсульт следует немедленно вызвать «скорую помощь», как можно точнее описать симптомы и госпитализировать больного.

Порядок действий до приезда бригады «скорой помощи»

- Уложите больного в кровать, при этом его голова должна быть под углом 30° к плоскости опоры. Ни в коем случае не сгибайте шею — подушки нужно подложить таким образом, чтобы подъём шел от лопаток. Расстегните воротник, ослабьте завязки, застёжки, пояс — одежда не должна мешать дыханию. Обязательно удалите вставные челюсти (любые предметы из рта).

- Измерьте АД. Помните, при инсульте для поддержания адекватного кровотока в поражённом участке мозга необходимо АД, несколько превышающее (на 10²⁰ мм рт.ст.) уровень «рабочего» АД пациента (но не выше 190-200/110 мм рт.ст.) Поэтому недопустимо снижать давление до условной «нормы» (120/80 мм рт.ст.) или ниже. Снижение АД ниже привычного уровня приводит к быстрому росту очага инсульта и поражению обширных областей мозга. Для снижения АД не следует использовать такой «грубый» препарат, как клофелин* в связи с опасностью неконтролируемого падения АД.

- Дайте пациенту одномоментно 1 г (10 таблеток) глицина за щёку или под язык (рассасывать). Однако следует следить, чтобы пациент не поперхнулся таблетками, особенно если у него нарушена функция глотания.

- До приезда «скорой» следует фиксировать все лекарственные средства, которые давали пациенту, и сообщить об этом прибывшей бригаде.

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

- При возникновении судорожного припадка следует удерживать голову и конечности пациента во избежание получения травм.

При утрате сознания надо уложить больного так, чтобы обеспечить наилучшие условия для дыхания. При угнетении и прекращении дыхания и сердечной деятельности необходимо начать реанимационные мероприятия (непрямой массаж сердца, искусственное дыхание «рот в рот»).

По прибытии бригады «скорой помощи» следует обязательно госпитализировать пациента. Оптимальна (если возможна) госпитализация в специализированное «сосудистое» неврологическое отделение, располагающее блоком интенсивной терапии или нейрореанимации.

ЗАНЯТИЕ 3

ПРИНЦИПЫ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТОМ С ИНСУЛЬТОМ, ПАТРОНАЖ, ПОДХОДЫ К РЕАБИЛИТАЦИИ. СРЕДСТВА УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ. СРЕДСТВА РЕАБИЛИТАЦИИ

ПОЗИЦИОНИРОВАНИЕ: ПОНЯТИЕ, ПРИНЦИПЫ И ПРАВИЛА ВЫПОЛНЕНИЯ

Позиционирование — придание правильного положения больному с целью предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны системы дыхания.

Главные принципы позиционирования:

- максимально возможная симметричность ключевых точек (плечи, лопатки, таз);
- поддержка всех сегментов тела;
- бережное отношение к плечу паретичной руки;
- «золотое» правило — пациент лежит на любом боку, но не на спине.

Положение больного в постели

Положение «лёжа на спине»

В целом, такое положение нежелательно, однако если возникла необходимость на некоторое время положить пациента на спину, необходимо запомнить ряд моментов.

- Голова пациента должна находиться по средней линии.
- Туловище на поражённой стороне должно быть вытянуто.
- Плечо паретичной конечности следует поддержать подушкой (2—3 см высотой).
- Для выравнивания таза и устранения ротации (поворота ноги) во всех суставах под больной ягодицей с поражённой стороны должна находиться плоская подушка (1,5—2 см), «большая» нога не должна быть развёрнута кнаружи.

- Ничего не следует класть в руку (на ладонь) — классическое лечение положением с выведением паретичной руки на 90° и распластывание кисти руки под мешочком с песком — ошибочный метод, приводящий к нарастанию мышечного тонуса из-за механического растяжения мышц в положении дискомфорта.
- Следите, чтобы стопа паретичной ноги ни во что не упиралась {во избежание действия положительного поддерживающего рефлекса — стимуляция давлением подушечки стопы увеличивает тонус разгибателей}. Положение «лёжа на здоровом боку»

При положении пациента на здоровом боку следует убедиться, что:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на ¼;
- тело не изогнуто;
- поражённое плечо вынесено вперёд, рука поддержана по всей длине;
- кисть «больной» руки находится в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки;
- стопа паретичной ноги ни во что не опирается, ничего не лежит в «больной» руке.

Положение «лёжа на больном боку»

При позиционировании пациента на «больном» боку следует убедиться, что: и «больное» плечо вынесено вперёд;

- «больная» нога выпрямлена в тазобедренном суставе и чуть согнута в коленном;
- ничего не лежит в «больной» руке или на ладони;
- «больная» стопа ни во что не упёрта;
- голова находится на одной линии с туловищем.

Если нет особых противопоказаний, оптимальной позицией нужно считать положение «на боку с приподнятым изголовьем». Это положение обеспечивает наилучшую дыхательную функцию. Можно использовать и положение «на спине с приподнятым изголовьем». Изголовье должно быть достаточно длинным, чтобы на нём могла быть расположена вся верхняя половина тела пациента. Угол между горизонтальной частью кровати и изголовьем может составлять 30°. Угол должен приходиться на ягодицы, а не на поясницу. В этом положении пациент может принимать пищу, если ему ещё не разрешено сидеть вертикально.

Положения больного в кресле

Положение «сидя в кресле» возможно, если пациент может перевернуться сам или с небольшой посторонней физической помощью. Убедитесь, что:

- пациент сидит симметрично;
- вес пациента равномерно распределён на обе ягодицы;
- «больное» плечо выносится вперёд и поддерживается подушкой;
- «больную» руку поддерживает под локоть подушка;
- кисть не свисает;
- нет перекоса таза, при необходимости под ягодицу с поражённой стороны подкладывается плоская подушка (1,5-2 см толщиной);
- бёдра полностью располагаются на сидении;
- «больная» нога не развёрнута наружу;
- стопы полностью стоят на подставке;
- ноги согнуты во всех суставах с углом примерно 90°.

При выраженном синдроме отталкивания (PUSH-синдроме) больной опирается на подлокотник кресла напряжённо выпрямленной здоровой рукой, игнорируя при этом паретичную «больную» сторону. В результате этого он теряет равновесие и падает на паретичную сторону. В этом случае безопасная зона расположена со здоровой стороны — высокие подушки под здоровую руку. С паретичной стороны необходима поддержка руки и подушка под спину, ограничивающая отклонение в сторону.

При выраженном синдроме притягивания (PULL-синдроме) больной склоняется на здоровую сторону, вплоть до падения на неё. При этом необходимо обеспечить безопасную зону с больной стороны — высокие подушки под паретичную руку.

ПРОФИЛАКТИКА КОНТРАКТУР: КАК УМЕНЬШИТЬ МЫШЕЧНЫЙ СПАЗМ И ИЗБЕЖАТЬ ФОРМИРОВАНИЯ КОНТРАКТУР

Контрактура — стойкое напряжение и в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущее к ограничению движений в суставе. Контрактуры также могут быть следствием мышечного спазма при вынужденном длительном положении конечности.

Кроме правильного положения пациента и смены положения в постели, уменьшить мышечный спазм и снизить вероятность развития контрактур можно следующим образом:

- поддерживать комфортную температуру в помещении (+22 °С);
- выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах поражённых конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных;
- для отдыха использовать положения, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование);
- выбирать положения, при которых поражённая сторона имела бы опору.

БОЛИ В СПИНЕ И ПЛЕЧЕ

Боли в спине возникают вследствие слабости мышц спины или развития мышечного спазма, затрудняющего движение и сидение.

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, а также избегая движений, напрягающих спину или усиливающих боль. Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью нельзя поднимать больную руку, удерживая её только за кисть. При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за больную руку.

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 конечности. При появлении покраснения кожи во избежание ожога процедуру следует прекратить.

Полезными считают занятия плаванием. При этом чем теплее вода, тем больше расслабляются мышцы.

ПРИНЦИПЫ БЕЗОПАСНОСТИ И ПРАВИЛА ИХ СОБЛЮДЕНИЯ ПРИ ПЕРЕМЕЩЕНИИ БОЛЬНОГО

- Всегда выбирайте оптимальный метод перемещения.
- Носите подходящую одежду и обувь.
- Помогайте самостоятельным движениям больного, не стремитесь передвигать его только своими силами.
- Убедитесь в однонаправленности Ваших намерений с намерениями больного. Полезно, чтобы пациент выполнял движения под устные ритмичные инструкции. Необходимо всегда объяснять смысл движения пациенту, даже при подозрении, что он не слышит или не понимает.
- Необходимо убрать всё лишнее, что может помешать перемещению больного, а всё необходимое положить как можно ближе. Если пациент сидит в инвалидном кресле, оно должно быть поставлено на тормоз.
- Правильно поставьте ноги, создайте себе хорошую, устойчивую опору в направлении движения. Если Вы работаете на кровати, создайте себе опору ступнёй (всей площадью на пол) и коленом. Правильно ставьте ступни для того, чтобы уменьшить перекручивание (вращение) позвоночника.
- Держите пациента как можно ближе к себе (если нужно, сами пользуйтесь защитным индивидуальным приспособлением, например, эластичным поддерживающим поясом). Чтобы избежать «выскальзывания» пациента из слишком просторной одежды, можно надеть на него специальный широкий пояс с удобными рукоятками для удержания больного.
- Проверьте, достаточно ли удобны ручки, поручни кресла, ходунков, за которые придётся держаться. До начала перемещения пациента испытайте надёжность ручек и сопоставьте её с весом груза.
- Избегайте статического наклона вперёд. Старайтесь работать в позе, сохраняющей прямую спину.
- Начиная движение, поднимите голову.
- Во время перемещения сгибайте колени, а не спину; никогда не делайте разворотов тела.
- Для удобства перемещения пациентов, особенно грузных или находящихся без сознания, можно использовать скользящие

простыни. Эти простыни благодаря фактуре материала снижают трение скольжения. Таким образом можно избежать чрезмерных нагрузок как со стороны пациента, так и со стороны помогающих лиц. Кроме того, использование скользящих простыней предотвращает смещение поверхностных слоев кожи относительно более глубоко лежащих тканей, что часто приводит к образованию пролежней. К сожалению, скользящие простыни трудно купить. Но их можно сшить самим из плащевой ткани, например, в форме рукава.

■ Перемещая больного вручную, помните о своих физических возможностях и не превышайте их!

УХОД ЗА КОЖЕЙ И ПРОФИЛАКТИКА РАЗВИТИЯ ПРОЛЕЖНЕЙ

При длительном пребывании в одном и том же положении происходит давление на кожу, особенно в области костных выступов, 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, бёдер, пяток, локтей, затылка, ушных раковин.

Важно знать, что повреждение мягких тканей возникает при перемещении пациента, когда кожные покровы соприкасаются с грубой поверхностью. Трение приводит к травме кожи и более глубоким мягких тканей.

Для профилактики пролежней необходим ряд мероприятий:

■ обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи («купание в постели» — поочерёдное обтирание губкой всех частей тела). Следует иметь в виду, что растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуют, так как это ведёт к пересушиванию кожных покровов и нарушению их целостности. Для очищения кожи лучше использовать жидкие мыла, шампуни,

пенки, тоники, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных;

■ в соответствии со степенью риска развития пролежней устанавливают частоту смены положений пациента: для лиц с высоким риском развития пролежней — каждые 2 ч днём и 3,5 ч ночью; для лиц с очень высоким риском — каждые 1—1,5 ч днём и 2,5—3 ч ночью;

■ только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и нарушением мочеиспускания по типу недержания следует прибегать к постановке катетера Фолея, поскольку применение памперсов приведёт к развитию пролежней;

■ можно использовать противопролежневые матрацы (для лиц с очень высоким риском развития пролежней);

■ следует проводить элементы массажа (поглаживание и лёгкую вибрацию) участков кожи, подверженных наибольшему давлению для улучшения кровообращения в данных зонах;

■ нельзя сидеть слишком близко к обогревателям, если снижена болевая чувствительность, а в холодную погоду необходимо тщательно укутывать ослабленные конечности, надевая дополнительные носки, перчатки.

НАРУШЕНИЯ МОЧЕИСПУСКАНИЯ И ИХ КОРРЕКЦИЯ

Нарушения мочеиспускания могут быть следствием перенесённого инсульта или возникать по целому ряду других причин.

К неврологическим нарушениям мочеиспускания относят целый ряд состояний, связанных с неправильной работой мышечного аппарата мочевого пузыря. В зависимости от типа нарушений работы мышц мочевого пузыря могут быть следующие их проявления:

- императивные («повелительные», требующие немедленного опорожнения) позывы на мочеиспускание, частое мочеиспускание, преимущественно ночью. Пациент при этом жалуется на «срочные, неотложные» позывы на мочеиспускание, которые он не может подавить и в результате которых может произойти непроизвольное мочеиспускание;
- задержка мочеиспускания, затруднение в начале мочеиспускания, прерывистая струя, неполное опорожнение

(результат — частые позывы на мочеиспускание, то есть помочившись, пациент может почувствовать позыв через 10-15 мин);

- частые позывы на мочеиспускание, моча мутная, с неприятным запахом;
- задержка мочи (невозможность опорожнения мочевого пузыря, несмотря на переполнение его мочой). Если задержка мочи наступает внезапно, её называют острой; если она развивается постепенно вследствие нарастающего длительно существующего препятствия к оттоку мочи, её называют хронической;
- недержание мочи (состояние, при котором происходит непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала).

Проблемы с мочеиспусканием, не связанные с неврологическим заболеванием:

- аденома простаты;
- стрессовое недержание мочи — состояние, при котором происходит непроизвольное выделение мочи из мочеиспускательного канала в результате повышения внутрибрюшного давления (при физической нагрузке, кашле, чиханье и т.д.). Стрессовое недержание мочи проявляется подтеканием мочи от нескольких капель до больших количеств.

Функциональное недержание (из-за трудностей в самостоятельном выполнении гигиенических процедур):

- из-за двигательных нарушений пациент не может дойти до туалета или пересесть на прикроватный туалет;
- из-за речевых нарушений пациент не может объяснить, что хочет в туалет;
- из-за слабости или нарушения координации и целенаправленных движений не может быстро снять одежду;
- из-за нарушения целенаправленных действий, двигательных навыков не может правильно воспользоваться уткой или судном;
- из-за когнитивных проблем не может осознать необходимость посетить туалет или использует для этого неподходящее место;
- утка, судно или прикроватный туалет находятся далеко от пациента, и он не может достать их.

К чему приводят нарушения тазовых функций?

- Моча становится более концентрированной, раздражает стенки мочевого пузыря и провоцирует императивные позывы, в итоге больной оказывается мокрым ещё чаще.
- Концентрированная моча — подходящая среда для развития инфекционных заболеваний, что усиливает частоту и срочность позывов на мочеиспускание.
- Каловые массы становятся твёрдыми, спрессованными, что приводит к тяжёлому запору, а иногда к каловому завалу.
- Кишка, заполненная каловыми массами, раздражает мочевой пузырь, провоцируя императивные позывы и рефлекторное недержание.
- Возрастает риск развития пролежней.

Использование средств ухода за больным с инсультом

К средствам ухода относят подгузники, прокладки, катетеры и кондомные мочеприёмники (наружные катетеры) для гигиенического ухода за больными с нарушенными функциями тазовых органов.

Основные принципы подбора средств ухода: при выборе гигиенических средств необходимо учитывать тип нарушения тазовых функций у больного, индивидуальные особенности пациента, материальные возможности больного и его семьи, а также сопутствующие заболевания.

Использование подгузников

Положительные стороны

- Пациент остаётся сухим.
- Больной мобилен (его легко пересадить, он может передвигаться по палате, с ним просто заниматься физкультурой).
- Современные подгузники впитывают много влаги, поэтому их не надо часто менять

Отрицательные стороны

- Резко возрастает риск развития пролежней, особенно у пациентов с высоким и очень высоким риском их возникновения.
- Пациенты часто разрывают подгузники, поскольку чувствуют в них дискомфорт.
- Родственники забывают вовремя менять подгузник.
- Подгузники дорого стоят.

Использование впитывающих прокладок с сетчатыми трусами

Показано при тяжёлой степени недержания.

Положительные стороны

- Пациент остаётся сухим.
- Больной мобилен.
- Сетчатые трусы обеспечивают доступ воздуха к коже, что резко снижает риск развития пролежней.
- Прокладки дешевле подгузников.
- Прокладки с сетчатыми трусами выглядят эстетичнее
- Их труднее снять или разорвать.
- Они меньше заметны под одеждой

Отрицательные стороны

! Надо чаще менять. Больше вероятности протекания (если вовремя не поменяли).

Использование впитывающих прокладок

Показано при лёгкой и средней степени недержания.

Положительные стороны

- Существуют прокладки для мужчин и женщин.
- Прокладки незаметны под одеждой.
- Их легко менять.
- Больной не боится выходить из дома.
- Нет запаха.

Отрицательные стороны

■ Прокладки для мужчин обычно впитывают около 200 мл, этого может быть недостаточно, если из-за императивного позыва произошло полное недержание.

Использование кондомных мочеприёмников (наружных катетеров)

Положительные стороны

- Пациент остаётся сухим.
- Больной мобилен.
- Можно измерить количество выделенной

Отрицательные стороны

- Применяют только у мужчин.
- Пациенты часто срывают мочеприёмники.

- Такие катетеры не обязательно соединять со стерильным мешком для сбора мочи, достаточно соединить с чистым мешком.
- Легко взять анализ мочи.
- Неинвазивный метод.
- Незаметен под одеждой.
- Необходимо тщательно подобрать размер.
- Возможно подтекание при перекручивании в месте соединения с мешком.
- Необходимо часто менять (кондомы — каждые 24—48 ч; мешок можно менять 1 раз в неделю с обязательным промыванием проточной водой в момент смены мочеприёмника).

ПРОФИЛАКТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НАРУШЕНИЙ ДЕФЕКАЦИИ

Запор — редкий стул (реже одного раза в трое суток). К запорам относят также твёрдый стул; отхождение небольшого количества кала (менее 100 г); ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации; длительный акт дефекации, для осуществления которого необходимы дополнительные потужные усилия или применение специальных приёмов и поз.

Каловый завал — осложнение запора, возникающее, когда пожилые люди, особенно плохо ухоженные, забывают время последней дефекации и перестают следить за её регулярностью. Более того, вокруг образующегося и постепенно уплотняющегося в прямой кишке калового камня долго остаются щели между ним и стенками кишки, по которым жидкий кал проходит. Больному представляется, что у него понос, и он начинает его лечить домашними средствами, что только усугубляет процесс. Наступает частичная непроходимость прямой кишки, появляются боли в животе, пропадает аппетит, развиваются отрыжка, тошнота и рвота.

Недержание кала — непроизвольная дефекация.

Причины склонности к запорам у неврологических больных:

- нарушение перистальтики кишечника из-за неврологического заболевания;
- резкое ограничение общей активности из-за двигательных проблем;

- недостаточное потребление жидкости (каловые массы становятся плотными, спрессованными, что затрудняет их прохождение по кишке);
- недостаточное или неправильное питание (часто связано с нарушением глотания);
- невозможно поддерживать правильную позу при дефекации. Положение не физиологично, даже на прикроватном туалете опорожнить кишечник бывает трудно, если туалет не подобран по высоте;
- отсутствие уединённой обстановки; приём некоторых лекарственных средств может снижать перистальтику кишечника (антихолинэстеразные препараты, опиаты, спазмолитики).

Как проводят профилактику запоров?

- **Режим питания и дефекации.** Наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника — утром вскоре после еды (через 30 мин). Необходимо предлагать больному посетить туалет в одно и то же время. Полезно выпить чашку какого-либо теплого напитка. Повторять эту процедуру стоит каждый день в одно и то же время. Необходимо быть тактичным и корректным.
- **Достаточное потребление жидкости** (1,5—2 л жидкости в сутки) при увеличении количества клетчатки в диете следует увеличить количество выпиваемой жидкости. Газированные напитки вызывают метеоризм (повышенное газообразование, вздутие живота), поэтому их лучше исключить из рациона.
- **Поддержание двигательной активности и ежедневная программа физических упражнений.**
- **Правильная поза при дефекации:** спина прогнута, живот расслаблен, а не втянут; таз наклонён вперед; колени чуть выше бёдер; локти по возможности должны упираться в колени.

ОЦЕНКА ФУНКЦИИ ГЛОТАНИЯ И ЕЁ НАРУШЕНИЙ

Глотание — сложный биомеханический процесс, включающий работу различных групп мышц и черепных нервов.

Если какая-нибудь часть этой сложной системы перестаёт работать, это ведёт к возникновению у пациентов трудностей при потреблении жидкости и пищи. У больных с инсультом

часто возникает проблема нарушенного глотания — **дисфагия**. Дисфагия может вызывать аспирацию — проникновение инородных тел в лёгкие. Аспирация может служить причиной удушья, развития инфекционных заболеваний дыхательных путей, пневмонии. Аспирация может быть незаметной (отсутствие кашля). Аспирационная пневмония — результат проникновения бактерий из полости рта, которые могли быть занесены в лёгкие.

Для профилактики аспирации очень важно поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать её от скопления пищи и слюны.

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы дисфагии

- Затруднение жевания;
- нарушение гигиены рта;
- слюнотечение или неспособность глотать слюну;
- неаккуратное пищевое поведение, выпадение пищи во время еды изо рта;
- смазанная речь;
- кашель или «прочистка» горла до, во время или после еды;
- изменение качества голоса во время или после глотания («булькающий» голос, хрипота, временная потеря голоса);
- срыгивание;
- затруднённое дыхание, удушье;
- повышение температуры тела;
- снижение веса;
- потеря интереса к еде, плохой аппетит или отказ от пищи;
- увеличение продолжительности акта еды; ощущение, что еда или жидкость «застревает» в горле во время глотания;
- тревожность по поводу приёма пищи или жидкостей.

Как оценивать функцию глотания у больного?

Подготовка к проведению теста оценки функции глотания.

- I этап. Проведение данного теста следует осуществлять, когда пациент бодрствует и активно реагирует на обращение к нему. Нужно посадить больного, причём он самостоятельно должен

контролировать положение своей головы. {Если невозможно выполнить хотя бы одно из указанных условий, необходима неотложная консультация невролога.}

- **II этап.** Попросите больного покашлять, облизать губы. Убедитесь, что пациент может контролировать слюну (вовремя проглатывать, не допускать истечения слюны изо рта), свободно дышать. (Если больной не может выполнить хотя бы одно из указанных условий, необходима неотложная консультация невролога.)
- Следует обратить внимание на голос пациента: влажный он или хриплый. (В случаях влажного или хриплого голоса необходима консультация невролога и отоларинголога.)
Тестирование функции глотания.
Убедитесь, что больной бодрствует, сидит, самостоятельно держит голову.
- Дайте первую чайную ложку воды. Больной должен проглотить предложенную воду. Если пациент не проявляет попыток проглотить воду или она выливается изо рта, а также появились кашель, влажный хриплый голос, одышка, то следует прекратить тестирование. Помните, что больному необходима консультация невролога и отоларинголога.
- Если больной сделал первый глоток воды, дайте ему вторую, а затем третью чайную ложку воды (оценка этих попыток глотания проводится аналогично первой).

Если больной сделал третий глоток воды, дайте ему полстакана воды. Больной должен выпить предложенную воду. Если пациент не проявляет попыток проглотить воду **или** она выливается изо рта, а также появились кашель, влажный хриплый голос, одышка, то следует прекратить тестирование. Помните, что больному необходима консультация невролога и отоларинголога. Если у больного не выявлено нарушений функции глотания, то его можно кормить, строго соблюдая при этом практические рекомендации по кормлению.

Помните, что при ухудшении состояния больного необходимо повторять оценку его глотательной функции. При сомнениях следует проконсультироваться с неврологом.

КОРМЛЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С НАРУШЕННЫМ ГЛОТАНИЕМ

Особенности положения больного, обеспечивающие наиболее эффективное и безопасное глотание:

- Кормление проводят только в положении сидя (с опорой под спину).
Наклон головы вперёд.
- Поворот в здоровую сторону в момент проглатывания.

Принципы изменения питания:

- пища должна выглядеть аппетитно;
- пища должна быть достаточно теплой, так как пациентам с дисфагией необходимо длительное время для ее приёма. Если больной не чувствует теплую **пищу** во рту, кормить нужно едой комнатной температуры;
- предлагайте твёрдую и жидкую пищу в разное время. В этом случае жидкость не будет проталкивать твердую пищу вниз по глотке, и пациент не будет глотать плохо прожёванную пищу или поперхиваться жидкостью;
- полужёсткая пища переносится лучше всего: запеканки, густой йогурт, протёртые овощи и фрукты, жидковатые каши;
- необходим подбор консистенции пищи (мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре) и жидкости (консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа, воды). Следует помнить, что при более жидких пище или питье труднее сделать безопасный (без аспирации) глоток;
- необходимо исключить из рациона продукты, часто вызывающие аспирацию (попадание пищи в верхние дыхательные пути): жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай), хлеб, печенье, орехи и прочее;
- при кормлении пищу закладывают с непоражённой стороны небольшими порциями;
- нужен контроль над необходимостью использования зубных протезов; тщательная ревизия полости рта после окончания кормления (оставшаяся пища может быть аспирирована);
- после кормления больной остаётся в вертикальном положении в течение 45-60 мин.

Необходимо запомнить:

- одномоментно можно давать только небольшое количество ' пищи;
- не давать питьё вместе с пищей (напитки следует давать до или после пищи);
- нельзя кормить лежащего человека;
- нельзя запрокидывать голову пациента во время кормления;
- зубы и протезы необходимо чистить как минимум 2 раза в день, чтобы быть уверенным в чистоте полости рта.

ЗАНЯТИЕ 4

ПОСТИНСУЛЬТНЫЕ СОСТОЯНИЯ

ГИПЕРТОНИЧЕСКИЙ КРИЗ И ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

Гипертонический криз — внезапное и значительное повышение артериального давления с выраженными нарушениями функций головного мозга (головная боль, тошнота, рвота, иногда может происходить угнетение сознания и даже развиваться судорожные припадки), почек (уменьшение количества мочи), сосудов (нарушения зрения, мелькание «мушек» перед глазами), сердца (появление болей в грудной клетке), неврологическими проявлениями. В отличие от инсульта, в этой ситуации преобладают не очаговые (нарушение движения, чувствительности, речи или координации), а общемозговые симптомы.

В зависимости от проявлений выделяют гипертонический криз 1-го и 2-го типов, а также осложнённый гипертонический криз.

Гипертонический криз 1-го типа связан с патологическим усилением работы сердца, учащением сердечных сокращений. Для него характерны: резкая головная боль, головокружение, тошнота, мелькание мушек перед глазами, может возникнуть рвота. Больной возбуждён, ощущает чувство жара и дрожь во всём теле. На коже шеи, лица, иногда груди возникают красные пятна. Кожа на ощупь влажная. На фоне учащённого сердцебиения может появиться чувство тяжести за грудиной. Возрастает преимущественно систолическое («верхнее») артериальное давление (до 200 мм рт.ст. и выше).

При гипертоническом кризе 2-го типа основной механизм подъёма АД — повышение сосудистого тонуса. Криз развивается более медленно. В течение нескольких часов нарастает

интенсивная головная боль. Возникает тошнота, рвота, происходит ухудшение слуха и зрения. Артериальное давление резко повышено, преимущественно диастолическое («нижнее») — до 140—160 мм рт.ст.

Существует также **осложнённый гипертонический криз**, при церебральном (или мозговом) варианте которого возникает **острая гипертоническая энцефалопатия**, а в самом неблагоприятном случае — один из типов инсульта.

Ведущие проявления острой гипертонической энцефалопатии: значительное повышение артериального давления (до 250/130 мм рт.ст. и выше), нарастающая головная боль с тошнотой и повторной рвотой, изменение сознания (больной будто бы находится в дремотном состоянии или состоянии поверхностного сна). Могут развиваться судорожные припадки, зрительные нарушения.

Первая помощь при гипертонических кризах.

- Необходимо срочно вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- Следует обеспечить больному полный покой (уложить на кровать с приподнятым головным концом, расстегнуть затрудняющую дыхание одежду, обеспечить приток свежего воздуха).
- Если гипертонический криз развился в результате резкого прекращения приема гипотензивных препаратов, следует немедленно возобновить приём этих лекарственных средств. Дать больному рекомендованную дозу гипотензивного препарата на один приём. По прибытии бригады «скорой помощи» обязательно сообщить об этом.
- При очень высоком АД необходимо дать пациенту один из короткодействующих гипотензивных препаратов, который обычно был эффективен и согласован с лечащим врачом (например, 1 таблетку 25—30 мг каптоприла под язык — начало действия через 15 мин, продолжительность эффекта более 2 часов). Необходимо помнить, что резкое снижение артериального давления может привести к развитию тяжёлого инсульта.
- Дополнительно можно принять 50—60 капель валокордина**, корвалола", настойки валерианы* или пустырника*.

— обозначение торгового наименования лекарственного препарата.

- Дать больному 10 таблеток (1 г) глицина под язык для рассасывания; не жевать и не запивать водой.
- При развитии судорожного синдрома — осуществлять профилактику травм (уложить пациента на пол во избежание падения, удерживать конечности), вызвать бригаду скорой помощи.

В дальнейшем следует обсудить с лечащим врачом возможные причины развившегося гипертонического криза и определить тактику дальнейшего лечения.

Для того, чтобы не допускать развития гипертонических кризов, необходимо:

- регулярно (утром и вечером) измерять АД и фиксировать его в специальном дневнике;
- соблюдать все рекомендации врача по режиму питания и образу жизни;
- чётко выполнять рекомендации врача при приёме лекарственных средств;
- ни в коем случае не прекращать лечение гипертонической болезни, так как только систематический приём лекарственных препаратов может обеспечить нормальный уровень артериального давления.

СОСУДИСТЫЙ ПСИХОЗ

Психоз — психическое расстройство, возникающее внезапно и проявляющееся неадекватным поведением с появлением бреда, галлюцинаций и некоторых других проявлений.

Возбуждение — одно из наиболее частых проявлений острого психического расстройства. Оно выражается двигательным беспокойством разной степени интенсивности: от суетливости до разрушительных действий. Часто двигательное возбуждение сочетается с речевым, проявляясь во «многоговорении», выкрикивании фраз, слов, отдельных звуков и др. Наряду с этим характерны тревога, растерянность, гневность, напряжённость, злобность, агрессивность, чрезмерное веселье и др.

Бред — ошибочные, необоснованные, нелепые идеи и суждения, неправильные умозаключения, полностью овладевающие сознанием больного. При этом больной уверен в правильности своих суждений. Бред не поддаётся разубеждению со стороны,

имеет для больного особое значение, влияет на его поведение, определяет его поступки.

Галлюцинации — обманные восприятия, возникающие при психических расстройствах. Они могут быть зрительными, слуховыми, обонятельными, вкусовыми, тактильными. Галлюцинаторные образы могут восприниматься с той же степенью убедительности, что и реальные объекты, но могут ощущаться больным как бы сделанными извне, подстроенными.

Помощь родственникам пациенту с психозом

- Главная задача — обеспечить безопасность больному и окружающим его людям.
- Вызвать «скорую помощь» и объяснить диспетчеру ситуацию. Старайтесь сделать это незаметно для больного.
- Необходимо уменьшить обстановку растерянности, паники, нездорового любопытства, так как это может усилить болезненное состояние пациента
- Комната больного должна быть ярко освещена, чтобы не усугублять тревогу, страх, не усиливать галлюцинации
- В комнате, где находится больной, должны остаться только помощники (от 3—4 человек до 5—6 — в случаях резкого возбуждения и большой физической силы больного). Следует помнить, что больной в состоянии психоза обладает значительной физической силой, иногда даже слабый и не ходячий пациент может встать и добраться до окна, двери.
- Из комнаты необходимо убрать колющие, режущие предметы, другие вещи, которые могут быть потенциально опасны
- Необходимо обеспечить непрерывное наблюдение за больным.
- При необходимости подходить к больному нужно сбоку, вплотную, без резких движений, доброжелательно и спокойно. Пациента следует усадить и (во избежание неожиданного удара) как бы невзначай положить руки на его кисти. Вслед за этим его нужно мягко и участливо успокоить, объяснить, что ему ничего не угрожает, он в безопасности и прочее.
- Если больной вооружился каким-либо предметом, то, не выпуская его из виду, необходимо выйти из комнаты, плотно закрыть за собой дверь. В некоторых случаях в целях собственной безопасности лучше покинуть помещение. Ни в коем

случае не пытайтесь справиться самостоятельно с возникшей ситуацией. Дождитесь бригады «скорой помощи».

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ЭПИЛЕПСИЯ

Эпилепсия — группа заболеваний, характеризующихся повторяющимися приступами нарушения согласованной работы головного мозга из-за изменений его биоэлектрической активности.

Каждый эпизод подобных внезапных и кратковременных неврологических нарушений называют припадком. Различают судорожные припадки (сопровождающиеся произвольными движениями, как правило, с утратой сознания), а также припадки, характеризующиеся другими неврологическими нарушениями (расстройствами чувствительности, изменениями вкуса, эмоций).

У пациентов, перенёвших инсульт, могут возникать ранние и поздние припадки. Ранние припадки возникают в острейшем периоде инсульта или вообще представляют один из его первых симптомов. Сроки их возникновения — первые 7 суток заболевания («эпилепсия раздражения»). Поздние припадки возникают через 7 и более суток от развития инсульта, но чаще через несколько месяцев и даже лет («рубцовая эпилепсия»).

Нередко больные обращают внимание на характерные изменения (предвестники) в их самочувствии, предшествующие развитию эпилептического припадка — аура. Это позволяет им принять меры предосторожности: больные стараются быть дома, в кругу своих близких, остаются в постели, чтобы припадок прошёл в более или менее благоприятных условиях. Чаще всего предвестниками служат кратковременное ощущение тяжести в голове, головная боль, чувство онемения (парестезии), а также вегетативные бессудорожные приступы.

При большом (генерализованном) судорожном припадке человек внезапно теряет сознание и падает, нередко получая при этом различные травмы. Часто в момент падения возникает произвольный вскрик — результат сокращения дыхательных мышц и голосовых связок. Дыхание на несколько секунд прекращается, лицо больного сначала бледнеет, а затем постепенно приобретает выраженный синюшный оттенок. Руки пациента напряжены, согнуты, голова откинута назад или в сторону, туловище вытянуто, ноги разогнуты и напряжены. Глаза расширены,

взгляд не фиксирован, «пустой», челюсти крепко сжаты. Затем напряжение резко обрывается, наступает кратковременное расслабление мышц тела, после которого развиваются судороги. В это время восстанавливается дыхание, оно становится шумным, хрипящим, цианоз исчезает, изо рта может выделяться пена, часто окрашенная кровью (из-за прикуса языка). Во время припадка может произойти непроизвольное мочеиспускание. После прекращения судорог больной приходит в сознание, испытывает вялость, разбитость, головные боли, боли в мышцах. О случившемся с ним пациент ничего не помнит.

При другом, парциальном, типе эпилептических припадков задействованы мышцы не всего туловища, а только определенной его части: возможны судороги мышц только в руке, ноге, мышцах лица, могут возникать непроизвольные изменения позы, вращательные движения головы и туловища. При парциальных припадках нередко возникают автоматизмы — достаточно сложные, координированные, стереотипно повторяющиеся двигательные акты (жевание, глотание, облизывание губ, потирание ладоней, хождение по кругу и т.п.), осуществляемые на фоне изменения сознания. Продолжительность парциального припадка — от нескольких секунд до 1—2 мин. Если эпилептические припадки следуют друг за другом с очень короткими паузами и при этом не происходит восстановления сознания, такое состояние рассматривают как эпилептический статус. В этих случаях кислородное голодание мозга становится угрожающим для жизни пациента. При несвоевременном оказании помощи (оптимально — в условиях реанимационного отделения) пациент может погибнуть.

Первая помощь при эпилептических припадках, эпилептическом статусе

- Вызвать бригаду скорой медицинской помощи.
- В момент первой — тонической — фазы следует по возможности оградить больного от получения травм при падении, положить под голову что-то мягкое.
- Не нужно пытаться разжать челюсти пациента, чтобы избежать прикуса языка — во время тонической фазы это практически невозможно. Прикус языка обычно происходит в первые секунды приступа, поэтому данная манипуляция бессмысленна и приведёт лишь к травмированию полости рта и зубов.

- Расстегнуть затрудняющую дыхание одежду.
- Осмотреть полость рта, в случае западения языка принять меры, удалить твёрдые инородные тела (зубные протезы, обломки зубов) и рвотные массы. Для этого можно использовать спринцовку или кусок мягкого материала.
- После окончания приступа повернуть голову больного в сторону, придать ей возвышенное положение.
- Когда пациент «придёт в себя», дать ему противосудорожные препараты, которые были назначены ранее в рекомендованной дозе. Если припадок случился впервые — необходимо госпитализировать пациента в стационар для проведения обследования и подбора адекватного противосудорожного лечения.
- Тщательное и точное соблюдение лечебного режима, профилактика инфекционных заболеваний, избегание провоцирующих факторов способствуют эффективному предупреждению повторных **эпилептических** припадков

ПОСТИНСУЛЬТНАЯ ДЕПРЕССИЯ

Инсульт — трагическое событие, которое резко меняет жизнь как самого больного, так и его семьи. Поэтому депрессия, к сожалению, частый спутник пациентов, перенёсших инсульт.

Депрессия может возникать в различные сроки после инсульта: ранняя депрессия развивается в первые 3 мес, поздняя — через 2 года и позже. Эмоциональное состояние пациента в первые недели и месяцы после инсульта крайне неустойчиво: он может быть капризным, плаксивым, вспыльчивым. Этот синдром эмоциональной неустойчивости типичен для большинства больных. Однако у некоторых пациентов безразличное отношение к своему состоянию вызвано поражением определённых областей мозга. У таких пациентов плохо восстанавливаются даже лёгкие нарушения двигательных функций, и они зачастую беспомощны во всём. Такого больного следует терпеливо побуждать к действию, всеми силами стараться выработать потребность движения, ходьбы, самообслуживания. Ему надо уделять как можно больше внимания, наберитесь терпения, будьте к нему добры и ласковы.

Для того чтобы помочь близкому преодолеть депрессию, с ним нужно обязательно общаться. Даже если больной не разговаривает, он по-прежнему может воспринимать устную речь, обращенную к нему, поскольку центр восприятия устной речи расположен в другой зоне, которая может оставаться сохранной (сочетанное поражение обеих зон возникает относительно редко). Рассказывайте ему о своей работе и о друзьях, обсуждайте детей, погоду и политику. Не забывайте говорить с больным о его состоянии, отмечать малейшие успехи. Выражайте свою любовь, свою уверенность в том, что ситуация изменится и он обязательно вернется к активной жизни. Приложите усилия к тому, чтобы больной регулярно испытывал положительные эмоции: от вкусной еды, цветка на тумбочке у кровати, приятной музыки. Если пациент почти постоянно угрюм и раздражен, особенно важно постараться угадать и выполнить его маленькие желания.

Важные методы коррекции постинсультной депрессии:

- раннее начало реабилитационных мероприятий (кинезитерапия, физиотерапия, логопедические занятия);
- применение антидепрессантов по согласованию с лечащим врачом;
- и проведение рациональной психотерапии.

Родственникам больного тоже нужна психологическая помощь.

Семья переживает случившееся часто сильнее самого больного. На плечи родственников внезапно ложится огромная дополнительная нагрузка: в первый месяц они «разрываются» между домом, работой и посещениями больницы. Затем, после выписки пациента из стационара, начинается освоение нелёгкой работы по уходу за лежачим больным. Если восстановление нарушенных функций у пациента затягивается и долго не возвращаются свобода движений, речь, память и навыки самообслуживания, у родственников постепенно накапливается хроническая эмоциональная и физическая усталость и ещё так называемая усталость от ответственности.

Существует множество правил и приёмов, которые помогают бороться со стрессом и усталостью.

- **«Загнанных лошадей пристреливают».** Если Вы почти «на пределе» — остановитесь, отдохните: перерывы, «переменки»

и выходные значительно повышают эффективность любой деятельности.

- **Обращайтесь за помощью к другим людям.** В том, чтобы попросить помощи в тяжёлой ситуации, нет ничего зазорного, однако в этом нужно знать меру и не привыкать беспрестанно жаловаться на жизнь всем вокруг.
- **Находите способы отвлечься от тягостных мыслей и повысить себе настроение.** Учитесь «выключать» поток негативных размышлений. Осознавайте то хорошее, что всегда есть вокруг Вас, делайте себе маленькие подарки, выбирайтесь в гости — всё это поможет Вам продержаться в трудный период.
- **Используйте те или иные способы снятия напряжения.** Это могут быть пешие прогулки, разнообразные водные процедуры, занятия спортом, хобби (например, вязание) и многое другое. Также полезно бывает проанализировать и описать на бумаге или нарисовать свой страх, обиду или усталость.
- **Применяйте методики самовнушения и аутотренинга.** Упражнения могут занимать всего несколько минут в день, но эффект Вы почувствуете обязательно.
- **Подберите для себя комплекс витаминов, общеукрепляющих и иммуностимулирующих лекарственных препаратов.**
- **Не теряйте оптимизма.** Все перечисленные выше методы смогут наиболее эффективно помочь Вам лишь в том случае, если Вы сознательно будете настраивать себя на победу. Конечно, периодически чувство безнадежности, раздражения и даже неприязни к больному могут охватывать и самого терпеливого человека, однако не стоит осуждать себя за это. Важно только не оставаться в таких состояниях надолго и настойчиво возвращать себя к доброжелательности, терпению, выдержке и оптимизму.

ХРОНИЧЕСКАЯ ИШЕМИЧЕСКАЯ БОЛЕЗНЬ ГОЛОВНОГО МОЗГА

Хроническая ишемическая болезнь головного мозга (дисциркуляторная энцефалопатия) — прогрессирующая форма поражения головного мозга вследствие длительной недостаточности его кровоснабжения у лиц с поражением мозговых сосудов.

Важные факторы повреждения мозга:

- частые эпизоды подъема артериального давления;
- повторные эпизоды быстрого снижения давления, наблюдаемые при неконтрольном и нерегулярном приёме гипотензивных лекарственных средств;
- нарушение нормальных процессов свёртывания крови;
- сахарный диабет;
- нарушение оттока венозной крови от головного мозга при сужении или закупорке мозговых вен или при правожелудочковой сердечной недостаточности;

апноэ (кратковременное прекращение дыхания) во сне, приводящее к недостаточности кислорода в крови, нарушению сердечного ритма, колебаниям артериального давления. Часто пациенты предъявляют жалобы на головную боль, утомляемость, снижение памяти. При обследовании выявляют нарушения в познавательной сфере (забывчивость, сужение круга интересов), эмоционально-личностные расстройства (эмоциональная неустойчивость, изменение тех или иных черт характера); различные двигательные, чувствительные нарушения, неустойчивость при ходьбе. Ведущий синдром определяется расположением и размерами тех участков головного мозга, которые больше всего страдают от недостаточности кровообращения.

Течение дисциркуляторной энцефалопатии чаще ступенчатое с периодами стабилизации.

Помощь родственникам пациенту с дисциркуляторной энцефалопатией.

- Наибольшее значение имеет соблюдение режима приёма лекарственных средств, корректирующих и стабилизирующих АД.
- Лечение сахарного диабета, тщательное соблюдение диеты, приём соответствующих лекарственных средств.
- Профилактика инфекционных осложнений, особенно застойной пневмонии у лежачих пациентов.
- Терпимое, уважительное отношение к пациенту с теми или иными эмоционально-личностными изменениями, деликатная и корректная помощь в быту, создание атмосферы эмоционального комфорта во избежание формирования депрессивного фона настроения и «психологии инвалида».

СИНДРОМ ПОСТИНСУЛЬТНОГО ПАРКИНСОНИЗМА

Постинсультный (сосудистый) паркинсонизм — состояние, развивающееся при распространённом ишемическом поражении, которое затрагивает глубинные слои белого вещества головного мозга.

Для сосудистого паркинсонизма характерны выраженные нарушения ходьбы и равновесия уже на ранней стадии заболевания, часто в сочетании с тазовыми нарушениями (нарушение мочеиспускания и проч.); возможно раннее развитие деменции (слабоумия). Нарушения ходьбы проявляются затруднениями в начале движения: больной долго не может тронуться с места, с трудом отрывает «намагниченные» ноги от пола, делает несколько «пробных» скользящих мелких шажков или топчется на месте. Сдвинувшись с места, он продолжает движение мелкими шаркающими шажками, через несколько шагов ходьба становится более уверенной, а шаг более широким. При повороте или преодолении препятствий те же затруднения возникают вновь.

Помощь родственникам пациенту с синдромом сосудистого паркинсонизма.

- Необходимо соблюдать рекомендации группы специалистов, проводящих диспансерное наблюдение больного (невролога, методиста лечебной физкультуры, психотерапевта).
- Следует ежедневно заниматься лечебной физкультурой, которую подбирают индивидуально в зависимости от степени тяжести заболевания и выраженности двигательных нарушений у пациента.
- Трудности начала движения или застывания можно преодолеть с помощью внешних стимулов, например, попросить идти больного по нарисованной линии или руководить действиями с помощью ритмических команд.

СОСУДИСТАЯ ДЕМЕНЦИЯ

Деменция (слабоумие) — приобретённое снижение интеллекта, нарушающее социальную адаптацию больного, то есть делающее его неспособным к профессиональной и бытовой деятельности и самообслуживанию.

Сосудистая деменция — результат заболеваний, поражающих мелкие мозговые артерии и множественных мелкоочаговых или обширных инфарктов головного мозга.

Для деменции характерна та или иная степень нарушения запоминания текущих событий и новой информации (события юности и детства обычно помнят хорошо, иногда даже улучшается их воспроизведение). Для маскировки этого явления пациенты начинают использовать записные книжки, завязывают «узелки на память» и предпринимают другие подобные действия. Длительно сохраняются навыки и стиль поведения, личностные установки, характер отношений и реакций. Выраженные нарушения памяти, в том числе и затруднения в воспроизведении ближайших событий, способствуют подавленному, слезливому настроению, возникновению чувства беспомощности и незащищённости. При частых нарушениях мозгового кровообращения расстройства памяти становятся более грубыми, а слабоумие — более глубоким. Более чем у половины больных сосудистой деменцией наблюдают «эмоциональное недержание» (слабодушие, насильственный плач, насильственный смех).

Сосудистое слабоумие редко достигает степени глубокого тотального распада психики.

Помощь родственникам пациенту с сосудистой деменцией.

- Необходимо постараться предотвратить развитие инфекционных заболеваний или ухудшение течения соматического заболевания.
- Следует создать для больного удобную и простую окружающую обстановку — привычные любимые предметы, их расположение. В знакомой обстановке больной чувствует себя наиболее комфортно, а появление незнакомых людей или переезд резко ухудшают его состояние.
- Необходимо тщательно соблюдать режим приёма назначенных лекарственных средств. Помните, что их нерегулярный приём или передозировка могут резко ухудшить состояние больного.

ЗАНЯТИЕ 5 ВОЗВРАЩЕНИЕ ДОМОЙ

КАКИЕ УСЛОВИЯ ДОЛЖНЫ БЫТЬ СОЗДАНЫ ДОМА ДЛЯ ПАЦИЕНТА, ПЕРЕНЁСШЕГО ИНСУЛЬТ?

Необходимо, чтобы лежачий пациент при возвращении домой имел отдельную комнату, в которой должны находиться:

- высокая твёрдая кровать с возможностью подхода к ней с двух сторон. Кровать должна иметь поролоновый или ватный матрац, а при необходимости и противопролежневый матрац. Важно уметь укладывать неподвижного пациента и обеспечить возможность самостоятельного передвижения в кровати больному, у которого сохранились хотя бы минимальные двигательные способности (см. занятие «Принципы ухода за пациентом с инсультом, патронаж, подходы к реабилитации. Средства ухода за больными. Средства реабилитации»);
- прикроватный столик;
- прикроватное кресло у изголовья со «здоровой» стороны (пересаживание больного с кровати на кресло и размещение на нём обсуждали на занятии «Принципы ухода за пациентом с инсультом, патронаж, подходы к реабилитации. Средства ухода за больными. Средства реабилитации»);
- прикроватный туалет у ног с той же стороны (пересаживание и размещение — см. занятие «Принципы ухода за пациентом с инсультом, патронаж, подходы к реабилитации. Средства ухода за больными. Средства реабилитации»);
- специальные косметические средства по уходу за кожей;
- ортезы и средства помощи при передвижении (трость, ходунки, коляска и др.);
- расходные гигиенические материалы: подгузники, пелёнки, салфетки и прочее.

«Лежачему» больному необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение и патронаж (наёмная сиделка или кто-то из родственников); расписать распорядок дня пациента, направленный на вертикализацию и разнесение в пространстве основных бытовых функций {вынос бытовых функций из кровати).

ОПТИМИЗАЦИЯ ОБСЛУЖИВАНИЯ И САМООБСЛУЖИВАНИЯ БОЛЬНОГО В ДОМАШНИХ УСЛОВИЯХ

Человек, перенёсший 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 проблем и иногда отказывать себе в чём-то. 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.

Некоторые практические советы будут полезны для восстановления относительно самостоятельного существования близких, перенёсших инсульт.

- Установите простой удобный распорядок дня. Если нужно, переставьте мебель так, чтобы больной мог передвигаться свободно и безопасно.
- В процессе одевания лучше помогать в самой трудной его части, но не брать полностью всю процедуру до конца на себя.
- Постарайтесь, чтобы умывание, приём пищи, чистку зубов больной также проводил максимально самостоятельно. Для этого захват многих предметов, таких, как нож, ручка, зубная щётка, можно облегчить, используя резиновую, пластиковую или толстую поролоновую трубку, прикреплённую на ручку предмета. Использовать кисть будет легче, если предплечье поддержано на определённой высоте. Для этого можно использовать поддерживатели для предплечья, прикреплённые к ручкам кресла.
- При включении крана можно использовать резиновые, пластиковые насадки или рычаги.

- При чистке зубов можно заменить обычную щётку электрической или заменить чистку использованием ополаскивателя для полости рта.
- При бритье следует использовать утолщённую ручку бритвы, выбрать лёгкую электробритву. При мытье больной может использовать мочалку-рукавичку или мочалку на длинной ручке. Мыло можно повесить на веревочке на шею или пользоваться жидким мылом с дозатором; при вытирании следует использовать маленькое полотенце с большими петлями, пришитыми с двух сторон (в них должна свободно проходить вся рука) или вместо полотенца после душа надевать лёгкий махровый халат.
- Для ухода за ногтями необходимы ножницы или кусачки, которые легко и удобно удержать в руке, а также пилка с большой ручкой. Можно пилку прикрепить на столе или к стенке.
- В туалете на нужной высоте следует прикрепить на стенку поручни, за которые можно держаться; на унитаз сделать насадки, чтобы увеличить высоту сидения (будет легче подниматься); вместо рулона туалетной бумаги удобнее использовать салфетки.
- Ряд приспособлений может пригодиться и на кухне: для чистки ножей и вилок можно использовать небольшую щетку, которая прикреплена к краю раковины (например, на резиновых присосках). Овощи будет легче чистить, если они будут закреплены на нержавеющей гвоздях, вбитых в разделочную доску, а сама доска не будет скользить по столу, если положить её на мокрое полотенце.
- Для того, чтобы намазать кусок хлеба маслом, можно поместить его в возвышающийся над поверхностью дощечки угол, полученный при помощи двух деревянных реек, при этом край не должен быть выше толщины куска хлеба.

ЗАНЯТИЕ 6

ЮРИДИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ИНСУЛЬТОМ

ИНВАЛИДНОСТЬ: ПОНЯТИЕ, ПОРЯДОК И УСЛОВИЯ ОФОРМЛЕНИЯ

Согласно Федеральному закону «О социальной защите инвалидов» от 24.11.1995 г. в редакции от 01.03.2008 г., **инвалид** — лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость социальной защиты.

Ограничение жизнедеятельности — полная или частичная утрата лицом способности или возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, ориентироваться, общаться, контролировать своё поведение, обучаться и заниматься трудовой деятельностью.

В зависимости от степени расстройства функций организма и ограничения жизнедеятельности лицам, признанным инвалидами, устанавливаются группы инвалидности. Признание лица инвалидом осуществляет федеральное учреждение медико-социальной экспертизы (органы службы медико-социальной экспертизы).

Медико-социальная экспертиза — определение в установленном порядке потребностей освидетельствуемого лица в мерах социальной защиты (включая реабилитацию) на основе оценки ограничений жизнедеятельности, вызванных стойким расстройством функций организма.

Медико-социальную экспертизу проводят исходя из комплексной оценки состояния организма на основе анализа клинико-функциональных, социально-бытовых, профессионально-трудовых, психологических данных освидетельствуемого лица.

Индивидуальная программа реабилитации инвалида — комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий, отдельные виды, формы, объёмы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных или утраченных функций организма, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определённых видов деятельности.

Порядок и условия признания лица инвалидом

Порядок и условия признания лица инвалидом регламентируются постановлением Правительства «О порядке и условиях признания лица инвалидом» РФ от 20.02.2006 г.

Для признания лица инвалидом необходимо наличие всех нижеперечисленных условий:

- нарушения здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленного заболеваниями;
- ограничения жизнедеятельности;
- необходимости в мерах социальной защиты, включая реабилитацию.

К основным видам нарушений функций организма человека относят:

- нарушения психических функций (восприятия, внимания, памяти, мышления, интеллекта, эмоций, воли, сознания, поведения, психомоторных функций);
- нарушения языковых и речевых функций: нарушения устной (ринолалия, дизартрия, заикание, алалия, афазия) и письменной (дисграфия, дислексия), вербальной и невербальной речи, нарушения голосообразования и другие изменения подобного характера);
- нарушения сенсорных функций (зрения, слуха, обоняния, осязания, тактильной, болевой, температурной и других видов чувствительности);
- нарушения статодинамических функций (двигательных функций головы, туловища, конечностей, статики, координации движений);
- нарушения функций кровообращения, дыхания, пищеварения, выделения, кроветворения, обмена веществ и энергии, внутренней секреции, иммунитета;

- нарушения, обусловленные физическим уродством (приводящие к внешнему уродству, деформации лица, головы, туловища, конечностей; аномальные отверстия в пищеварительной, мочевыделительной, дыхательной системах; нарушение размеров тела).

В зависимости от степени ограничения жизнедеятельности, обусловленного стойким расстройством функций организма, возникшего в результате заболеваний, лицу, признанному инвалидом, устанавливают I, II или III группу инвалидности.

При установлении лицу группы инвалидности одновременно определяют степень ограничения его способности к трудовой деятельности (III, II или I степень ограничения) либо группу инвалидности устанавливают без ограничения способности к трудовой деятельности.

Инвалидность I группы устанавливают на 2 года, II и III групп — на 1 год. Для подтверждения или изменения группы инвалидности необходимо переосвидетельствование через 2 или 1 год.

Степень ограничения способности к трудовой деятельности (отсутствие ограничения способности к трудовой деятельности) устанавливают на такой же срок, что и группу инвалидности.

Кто направляет пациента для прохождения медико-социальной экспертизы?

Направить на медико-социальную экспертизу могут:

- лечебно-профилактическое учреждение;
- орган, осуществляющий пенсионное обеспечение (в основном это территориальный орган Пенсионного фонда РФ);
- орган социальной защиты населения.

Для прохождения медико-социальной экспертизы необходим следующий пакет документов:

- направление на медико-социальную экспертизу, выданное лечебно-профилактическим учреждением. В данном направлении должны быть указаны данные о состоянии здоровья гражданина, отражающие степень нарушения функций органов и систем, состояние компенсаторных возможностей организма, а также результаты проведенных реабилитационных мероприятий;
- заявление лица, направленного на проведение медико-социальной экспертизы, или заявление его законного представителя. Заявление подают на имя руководителя учреждения;

- медицинские документы, подтверждающие нарушение здоровья (выписной эпикриз, результаты инструментальных исследований и др.).

В какие органы нужно обратиться для прохождения медико-социальной экспертизы?

Медико-социальную экспертизу проводят органы службы медико-социальной экспертизы. Как правило, экспертизу проводят в бюро по месту жительства пациента. Однако в случаях, требующих специальных или особо сложных видов обследования, её могут проводить в Главном бюро или Федеральном бюро. Направление для этого выдаёт соответственно бюро медико-социальной экспертизы по месту жительства больного или Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Медико-социальную экспертизу можно проводить на дому в случае, если пациент не может явиться в соответствующее бюро по состоянию здоровья. Это должно быть подтверждено заявлением лечебно-профилактического учреждения, или может быть решено заочно бюро (Главным бюро, Федеральным бюро).

Как оформляется решение органов медико-социальной экспертизы?

Данные медико-социальной экспертизы лица и решение проводивших её специалистов заносят в протокол заседания и в акт освидетельствования лица, которые подписывают руководитель учреждения и специалисты, принимавшие решение, и заверяют печатью учреждения. Заключение консультанта, привлекаемого к проведению медико-социальной экспертизы, перечень документов и основные сведения, послужившие основанием для принятия экспертного решения, заносят в акт освидетельствования или приобщают к нему.

Решение объявляют лицу, проходившему экспертизу (или его законному представителю), в присутствии всех специалистов, проводивших медико-социальную экспертизу, которые в случае необходимости дают по нему разъяснения. Лицу, признанному инвалидом, выдают:

- справку, подтверждающую факт установления инвалидности, с указанием группы инвалидности и степени ограничения способности к трудовой деятельности либо с указанием группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности;

■ индивидуальную программу реабилитации.

Лицу, не признанному инвалидом, по его желанию выдают справку о результатах освидетельствования.

Решения органов службы медико-социальной экспертизы обязательны для всех организаций вне зависимости от форм собственности, например, для отделений Пенсионного фонда, органов социальной защиты населения, органов государственной власти.

Куда и в какие сроки можно обратиться с обжалованием решения бюро медико-социальной экспертизы?

В случае несогласия с экспертным решением бюро медико-социальной экспертизы больной или его законный представитель может обжаловать его на основании письменного заявления. Заявление подают в учреждение, проводившее освидетельствование, или Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Бюро медико-социальной экспертизы, проводившее освидетельствование, в трёхдневный срок со дня получения заявления направляет это заявление со всеми имеющимися документами в Главное бюро медико-социальной экспертизы.

Главное бюро медико-социальной экспертизы не позднее месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу лица и на основании полученных результатов выносит решение.

В случае обжалования гражданином решения Главного бюро главный эксперт по медико-социальной экспертизе по соответствующему субъекту РФ с согласия гражданина может поручить проведение его медико-социальной экспертизы другому составу специалистов Главного бюро.

Решение Главного бюро может быть обжаловано в месячный срок в Федеральное бюро на основании заявления, подаваемого гражданином (его законным представителем) в Главное бюро, проводившее медико-социальную экспертизу, либо в Федеральное бюро.

Федеральное бюро не позднее одного месяца со дня поступления заявления проводит медико-социальную экспертизу гражданина и на основании полученных результатов выносит соответствующее решение.

Решения бюро, Главного бюро, Федерального бюро могут быть обжалованы в суде гражданином (его законным представителем) в порядке, установленном законодательством РФ.

Как проводят переосвидетельствование инвалида?

Переосвидетельствование инвалида проводят в том же порядке, в каком устанавливают инвалидность. Переосвидетельствование инвалидов I группы проводят 1 раз в 2 года, инвалидов II и III групп — 1 раз в год. Переосвидетельствование гражданина, инвалидность которому установлена без указания срока переосвидетельствования, может проводиться по его личному заявлению (заявлению его законного представителя), либо по направлению лечебно-профилактического учреждения в связи с изменением состояния здоровья, либо при осуществлении Главным или Федеральным бюро контроля над решениями, принятыми соответственно бюро или Главным бюро.

Пройти переосвидетельствование можно заранее, но не более чем за два месяца до истечения установленного срока инвалидности. В этом случае заявление должно быть подано лично инвалидом или его законным представителем. Кроме этого, лечебно-профилактическое учреждение в связи с изменением состояния здоровья может выдать направление на прохождение переосвидетельствования ранее установленного срока.

При неявке инвалида в назначенный срок на переосвидетельствование на три последующих месяца будут приостановлены пенсионные выплаты. Если при переосвидетельствовании будет подтверждена инвалидность гражданина до истечения вышеуказанного трехмесячного срока, выплата пенсии по инвалидности возобновляется со дня, с которого это лицо вновь признано инвалидом. Если же инвалид запоздал с переосвидетельствованием по уважительной причине и ему установлена группа инвалидности, равноценная прежней, то выплата пенсии по инвалидности возобновляется со дня, с которого лицо вновь фактически признано инвалидом, в том числе за пропущенный срок. При этом не имеет значения длительность периода, прошедшего после приостановления выплаты трудовой пенсии. Если при переосвидетельствовании установлена другая степень ограничения способности к трудовой деятельности (выше или ниже), то выплата пенсии за пропущенное время возобновляется по прежней степени ограничения способности к трудовой деятельности. Решения о возобновлении выплаты пенсии принимает территориальный орган Пенсионного фонда автоматически после получения из территориального органа службы

медико-социальной экспертизы выписки из акта переосвидетельствования инвалида.

РЕАБИЛИТАЦИЯ ИНВАЛИДОВ

Реабилитация инвалидов — система и процесс полного или частичного восстановления способностей инвалидов к бытовой, общественной и профессиональной деятельности. Реабилитация инвалидов направлена на устранение или возможно более полную компенсацию ограничений жизнедеятельности, вызванных нарушением здоровья со стойким расстройством функций организма, в целях социальной адаптации инвалидов, достижения ими материальной независимости и их интеграции в общество.

Основные виды реабилитационных программ — медицинские, профессиональные и социальные.

Медицинскую реабилитацию инвалидов осуществляют для восстановления или компенсации утраченных или нарушенных функциональных способностей человека до социально значимого уровня. Она включает: восстановительное лечение, хирургию, протезирование и ортезирование.

Профессиональная реабилитация — система и процесс восстановления конкурентоспособности инвалидов на рынке труда. Она включает: профессиональную ориентацию, профессиональное образование, профессионально-производственную адаптацию, рациональное трудовое устройство.

Социальная реабилитация — система и процесс восстановления способностей к самостоятельной и семейно-бытовой деятельности. Она включает социально-средовую ориентацию, социально-бытовое образование, социально-бытовую адаптацию и социально-бытовое устройство.

Какова цель индивидуальной программы реабилитации инвалидов?

Индивидуальную программу реабилитации инвалида разрабатывают для конкретного больного специалисты бюро медико-социальной экспертизы. Это программа обязательна для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно-правовых форм и форм собственности.

Индивидуальная программа реабилитации имеет для инвалида рекомендательный характер, он вправе отказаться от того или иного вида, формы и объёма реабилитационных мероприятий, а также от реализации программы в целом. Инвалид вправе самостоятельно решить вопрос об обеспечении себя конкретным техническим средством или видом реабилитации, включая кресла-коляски, протезно-ортопедические изделия, печатные издания со специальным шрифтом, звукоусиливающую аппаратуру, сигнализаторы, видеоматериалы с субтитрами или сурдопереводом, другими аналогичными средствами.

Инвалид, который самостоятельно приобрёл соответствующее средство или оплатил услугу за собственный счёт, имеет право на компенсацию в размере стоимости технического средства реабилитации или услуги, предусмотренной федеральным перечнем. Инвалид не имеет права на получение компенсации в размере стоимости реабилитационных мероприятий в случае, если он отказался от индивидуальной программы реабилитации в целом, или от реализации отдельных её частей.

ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНВАЛИДОВ

В данное понятие включают медицинскую помощь, беспрепятственный доступ к объектам социальной инфраструктуры, обеспечение жилплощадью, обеспечение занятости инвалидов, а также их материальное обеспечение и социально-бытовое обслуживание. Эту сферу общественных отношений регулируют многочисленные нормативные акты: федеральный закон «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» от 24.11.1995 г. в редакции от 01.03.2008 г., Закон РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991 г. в редакции от 18.10.2007 г., ФЗ «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. в редакции от 22.08.2004 г. и др. нормативно-правовые документы.

Обеспечение жилой площадью

Инвалидов, нуждающихся в улучшении жилищных условий, принимают на учёт и обеспечивают жилыми помещениями в порядке, предусмотренном законодательством Российской Федерации и законодательством субъектов Российской Федерации.

Основания признания инвалидов нуждающимися в улучшении жилищных условий для принятия на учёт:

- обеспеченность жильём на каждого члена семьи ниже уровня, устанавливаемого органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации (на федеральном уровне установлена норма 18 м² на человека, но в регионах она может быть больше);
- проживание в жилом помещении (доме), не отвечающем установленным санитарным и техническим требованиям;
- проживание в квартирах, занятых несколькими семьями, если в составе семьи есть больные, страдающие тяжёлыми формами некоторых хронических заболеваний, при которых совместное проживание с ними (по заключению государственных или муниципальных лечебно-профилактических учреждений здравоохранения) в одной квартире невозможно;
- проживание в смежных неизолированных комнатах по две и более семьи при отсутствии родственных отношений;
- проживание в общежитиях, за исключением сезонных и временных работников, лиц, работающих по срочному трудовому договору, а также граждан, поселившихся в связи с обучением;
- проживание длительное время на условиях поднайма в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, либо найма в домах жилищно-строительных кооперативов, либо в жилых помещениях, принадлежащих гражданам на правах собственности, не имеющим другой жилой площади.

Учёт нуждающихся в улучшении жилищных условий проводят:

- по месту жительства — специально уполномоченным органом местного самоуправления либо специально назначенным должностным лицом;
- по месту работы — на предприятиях, в учреждениях и других организациях, имеющих жилищный фонд на праве хозяйственного ведения или в оперативном управлении. Инвалиды могут состоять на учёте для улучшения жилищных условий одновременно по месту работы и по месту жительства.

Для постановки на учёт нуждающихся в улучшении жилищных условий необходимо:

- заявление;
- выписка из домовой книги;

- копия финансового лицевого счёта;
- копия справки, подтверждающей факт установления инвалидности, и копия индивидуальной программы реабилитации инвалида;
- другие документы с учётом конкретных обстоятельств (справки бюро технической инвентаризации, учреждений здравоохранения и т.п.).

Жилые помещения инвалидам предоставляются на каждого члена семьи в пределах нормы, устанавливаемой органами государственной власти субъектов Российской Федерации.

При предоставлении инвалидам жилого помещения учитываются рекомендации индивидуальной программы реабилитации, состояние его здоровья, а также другие обстоятельства (приближение к лечебно-профилактическому учреждению, месту жительства родных, близких и т.п.).

Инвалидам занимаемые ими жилые помещения могут быть заменены на другие равноценные жилые помещения в соответствии с индивидуальной программой реабилитации (переселение с верхних этажей домов на нижние, приближение к месту жительства родных, близких и т.п.).

Инвалидам может быть предоставлено жилое помещение по договору социального найма общей площадью, превышающей норму предоставления на одного человека (но не более чем в два раза), при условии, если они страдают тяжёлыми формами заболеваний, предусмотренных перечнем, устанавливаемым Правительством РФ.

Инвалидам предоставляют скидку не ниже 50% оплаты жилья в домах государственного, муниципального и общественного жилищного фонда, оплаты коммунальных услуг (независимо от принадлежности жилищного фонда), а в жилых домах, не имеющих центрального отопления, — стоимости топлива, приобретаемого в пределах норм, установленных для продажи населению. Дополнительная жилая площадь, занимаемая инвалидом, в том числе в виде отдельной комнаты, не считается излишней и подлежит оплате в одинарном размере с учётом предоставляемых льгот.

Для получения льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива инвалиды обращаются в организации, осуществляющие сбор платежей за оплату жилья, коммунальных услуг и приобретаемое топливо.

Основание для предоставления льгот по оплате жилья, коммунальных услуг и приобретаемого топлива — справка, подтверждающая факт установления инвалидности, выданная органами службы медико-социальной экспертизы.

Инвалиды и семьи, имеющие в своём составе инвалидов, обеспечиваются в первоочередном порядке земельными участками для индивидуального жилищного строительства, ведения подсобного и дачного хозяйства и садоводства на основании заявления и приложенной к нему копии справки, подтверждающей факт установления инвалидности, выданной органом службы медико-социальной экспертизы, подаваемых в установленном порядке в органы местного самоуправления.

Обеспечение занятости инвалидов

В соответствии с Законом РФ «О занятости населения в Российской Федерации» от 19.04.1991г. в редакции от 18.10.2007 г. занятость — деятельность граждан, связанная с удовлетворением личных и общественных потребностей, не противоречащая законодательству Российской Федерации и приносящая, как правило, им заработок, трудовой доход.

Государство обеспечивает дополнительные гарантии гражданам, испытывающим трудности в поиске работы, путём разработки и реализации программ содействия занятости, создания дополнительных рабочих мест и специализированных организаций (организации для труда инвалидов), установления квоты для приема на работу инвалидов, а также путём организации обучения по специальным программам и другими мерами. Это особенно важно в связи с «омолаживанием» инсульта. Таким пациентам необходимо осознавать, что они могут быть полезными семье, обществу. Это позволяет снизить психологическое давление собственного мироощущения.

Профессиональное обучение инвалидов проводят по профессиям и специальностям, пользующимся спросом на рынке труда, что увеличивает возможности инвалидов в поиске оплачиваемой работы (доходного занятия). Профессиональное обучение можно также проводить по профессиям и специальностям под конкретные рабочие места, предоставляемые работодателями.

При организации профессионального обучения инвалидам могут быть предложены с учётом их образования, профессионального опыта и состояния здоровья варианты выбора про-

фессии и специальности (по которым возможно обучение), пользующихся спросом на рынке труда. Профессиональное обучение заканчивается аттестацией, проводимой в установленном порядке образовательными учреждениями, организациями. Лицам, прошедшим соответствующее обучение в полном объёме и аттестацию после обучения образовательными учреждениями, организации выдают документы установленного образца.

Профессиональное обучение безработных инвалидов включает следующие виды обучения:

- профессиональную подготовку с целью ускоренного приобретения обучаемыми навыков, необходимых для выполнения определённой работы или группы работ;
- переподготовка рабочих для приобретения ими новых профессий для работы (доходного занятия) по этим профессиям;
- обучение рабочих, имеющих профессии, вторым профессиям для расширения их профессионального профиля и получения возможностей для работы (доходного занятия) по совмещаемым профессиям;
- повышение квалификации рабочих с целью обновления знаний, умений и навыков, роста профессионального мастерства и повышения конкурентоспособности по имеющимся у них профессиям, а также изучения новой техники, технологий и других вопросов по профилю профессиональной деятельности;
- профессиональная переподготовка специалистов для получения дополнительных знаний, умений и навыков по образовательным программам, предусматривающим изучение отдельных дисциплин, разделов науки, техники и технологии, необходимых для выполнения нового вида профессиональной деятельности, а также получение новой квалификации в рамках имеющегося направления подготовки (специальности);
- повышение квалификации специалистов с целью обновления теоретических и практических знаний в связи с повышением требований к уровню квалификации и необходимостью освоения новых способов решения профессиональных задач;
- стажировка специалистов для формирования и закрепления на практике теоретических знаний, умений и навыков, приобретения профессиональных и организаторских качеств для выполнения профессиональных обязанностей.

Кроме того, приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 01.11.2007 г. утверждён административ-

ный регламент предоставления государственной услуги по организации профессиональной ориентации граждан в целях выбора сферы деятельности (профессии), трудоустройства, профессионального обучения. Такая услуга предоставляется неоднократно и бесплатно. Для того чтобы получить данную услугу, гражданин, в том числе иностранный гражданин и лицо без гражданства, должен обратиться с заявлением-анкетой (приложение 9) в государственное учреждение «Центр занятости населения». Адреса этих центров по всей России приведены в приложении 10: например, «Центр занятости населения г. Губахи Пермского края»: 618250, Пермский край, г. Губаха, ул. Тюленина, д. 1. Кроме данного заявления гражданин должен представить:

- паспорт или документ, его заменяющий;
- документы, удостоверяющие профессиональную квалификацию;
- документ об образовании;
- индивидуальную программу реабилитации инвалида.

В результате инвалиду должна быть подобрана подходящая для него с учётом его профессиональной квалификации и трудоспособности работа.

Законодательством РФ и её субъектов закреплено общее правило установления квоты (то есть минимального количества рабочих мест) для приёма на работу инвалидов. Согласно этому правилу организациям независимо от организационно-правовых форм и форм собственности, численность работников в которых составляет более 100 человек, устанавливается квота для приёма на работу инвалидов в % к среднесписочной численности работников (но не менее 2% и не более 4%).

Минимально допустимые требования к условиям труда инвалидов установлены в федеральном законе «Трудовом кодексе Российской Федерации» от 21.12.2001 г. в редакции от 29.02.2008 г. При этом организации, использующие труд инвалидов, должны создавать необходимые условия труда в соответствии с индивидуальной программой реабилитации инвалида. Согласно статье 92 Трудового кодекса РФ нормальная продолжительность рабочего времени сокращается для работников, являющихся инвалидами I или II группы, на 5 ч в неделю и составляет не более 35 ч в неделю с сохранением полной оплаты труда. При этом продолжительность ежедневной работы (смены) для инвалидов устанавливаются в соответствии с медицинским заключением.

Привлечение инвалидов к сверхурочным работам, работе в выходные дни и ночное время допускается только с их согласия и при условии, если такие работы не запрещены им по состоянию здоровья. При этом инвалиды должны быть в письменной форме ознакомлены со своим правом отказаться от сверхурочных работ, работ в выходные дни и ночное время.

Сверхурочной признаётся работа, производимая работником по инициативе работодателя за пределами установленной продолжительности рабочего времени, ежедневной работы (смены), а также работа сверх нормального числа рабочих часов за учётный период. Сверхурочные работы не должны превышать для каждого работника 4 ч в течение 2 сут подряд и 120 ч в год.

Инвалидам предоставляют ежегодный отпуск не менее 30 календарных дней. Также по семейным обстоятельствам и другим уважительным причинам работнику по его письменному заявлению может быть предоставлен отпуск без сохранения заработной платы, продолжительность которого определяется по соглашению между работником и работодателем. Работодатель обязан на основании письменного заявления работника предоставить отпуск без сохранения заработной платы работающим инвалидам до 60 календарных дней в году.

Установление условий труда инвалидов (оплата труда, режим рабочего времени и времени отдыха, продолжительность ежегодного и дополнительного оплачиваемых отпусков и другие), ухудшающих их положение по сравнению с другими работниками, не допускается ни в коллективных, ни в индивидуальных трудовых договорах.

Материальное обеспечение инвалидов

Материальное обеспечение инвалидов включает денежные выплаты по различным основаниям (пенсии, пособия, страховые выплаты при страховании риска нарушения здоровья, выплаты в счёт возмещения вреда, причинённого здоровью, и другие выплаты), компенсации в случаях, установленных законодательством Российской Федерации.

С учётом того, что размеры денежных выплат постоянно меняются, а с 2008 г. они также будут индексироваться, то приводить конкретные суммы представляется нецелесообразным.

Пенсия по инвалидности — один из видов пенсионного обеспечения. Их подразделяют на устанавливаемые в связи с трудовой

и иной общественно полезной деятельностью и вне связи с такой деятельностью. Основные законодательные акты: Федеральный закон «О трудовых пенсиях в Российской Федерации» от 17.01.2001 г. в редакции от 01.12.2007 г., Федеральный закон «О государственном пенсионном обеспечении в Российской Федерации» от 15.12.2001 г. в редакции от 09.04.2007 г., Закон РФ «О пенсионном обеспечении лиц, проходивших военную службу в органах внутренних дел, Государственной противопожарной службе, органах по контролю за оборотом наркотических средств и психотропных веществ, учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, и их семей» от 12.02.1993 г. в редакции от 13.02.2008 г. Порядок назначения пенсий строго увязан с индивидуальными данными лица.

Инвалиды имеют право на ежемесячную денежную выплату. Порядок осуществления ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан утверждён приказом Министерства здравоохранения и социального развития РФ «Об утверждении порядка осуществления ежемесячной денежной выплаты отдельным категориям граждан в Российской Федерации» от 30.11.2004 г. в редакции от 20.12.2007 г.

Согласно этому приказу при установлении с 1 января 2005 г. ежемесячных денежных выплат, полагающихся в соответствии с законодательством РФ лицам, имеющим ограничение способности к трудовой деятельности III, II и I степени, применяют без проведения дополнительного переосвидетельствования соответственно I, II и III группы инвалидности, установленные до 1 января 2005 г. В том случае, если инвалиду до 1 января 2005 г. установлена группа инвалидности с ограничением способности к трудовой деятельности III, II и I степени, то ежемесячная денежная выплата определяется территориальным органом Пенсионного фонда в более высоком размере на срок, на который установлена инвалидность.

Гражданину, имеющему одновременно право на ежемесячную денежную выплату, предусмотренную несколькими федеральными законами независимо от основания, по которому она устанавливается (за исключением случаев установления ежемесячной денежной выплаты в соответствии с Законом РФ «О социальной защите граждан, подвергшихся воздействию радиации вследствие катастрофы на Чернобыльской АЭС» 15.05.1991 г. в редакции от 01.03.2008 г., ФЗ «О социальных гарантиях гражданам,

подвергшимся радиационному воздействию вследствие ядерных испытаний на Семипалатинском полигоне» от 10.01.2002 г., в редакции от 01.03.2008 г.), предоставляют одну ежемесячную денежную выплату по выбору гражданина.

Гражданину, имеющему одновременно право на получение ежемесячной денежной выплаты по нескольким основаниям, предусмотренным в одном федеральном законе, ежемесячная денежная выплата устанавливается территориальным органом Пенсионного фонда по одному из них, предусматривающему более высокий размер.

Ежемесячную денежную выплату назначают без учёта районного коэффициента, то есть она одинакова как для Центрального района, так и районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей.

Граждане подают письменное заявление о назначении ежемесячной денежной выплаты в территориальный орган Пенсионного фонда по месту жительства.

Граждане могут обращаться за ежемесячной денежной выплатой в любое время после возникновения права на неё путём подачи соответствующего заявления со всеми необходимыми документами.

К заявлению гражданина, обратившегося за назначением ежемесячной денежной выплаты, должны быть приложены документы:

- удостоверяющие личность, возраст, место жительства, принадлежность к гражданству;
 - об установлении инвалидности и о степени ограничения способности к трудовой деятельности.
- Кроме того, в необходимых случаях прилагают документы:
- о месте пребывания или фактического проживания на территории Российской Федерации;
 - удостоверяющие личность и полномочия законного представителя (опекуна, попечителя).

Граждане могут обращаться за ежемесячной денежной выплатой непосредственно либо через представителя.

Дата приёма заявления регистрируется в специальном журнале регистрации заявлений и решений территориального органа Пенсионного фонда. Факт и дата приёма заявления со всеми необходимыми документами от гражданина, обращающегося за ежемесячной денежной выплатой, подтверждаются распиской-

уведомлением, выдаваемой заявителю территориальным органом Пенсионного фонда.

Ежемесячную денежную выплату назначают со дня обращения за ней, но не ранее возникновения права на указанную выплату.

Днём обращения за назначением ежемесячной денежной выплаты считают день приёма территориальным органом Пенсионного фонда заявления со всеми необходимыми документами.

Обратиться за ежемесячной денежной выплатой можно по почте. В таком случае днём обращения считают дату, указанную на почтовом штампе организации федеральной почтовой связи по месту отправления данного заявления.

Решение о назначении ежемесячной денежной выплаты выносит территориальный орган Пенсионного фонда не позднее чем через 10 дней со дня приёма этого заявления со всеми необходимыми документами. В случае отказа в удовлетворении этого заявления территориальный орган Пенсионного фонда не позднее чем через 5 дней со дня вынесения соответствующего решения извещает об этом заявителя с указанием причин отказа и порядка обжалования вынесенного решения и одновременно возвращает все документы.

Ежемесячную денежную выплату назначают на срок, в течение которого гражданин относится к категории лиц, имеющих право на ежемесячную денежную выплату.

Перерасчёт размера назначенной ежемесячной денежной выплаты проводят в случаях:

- установления инвалиду, имеющему ограничение способности к трудовой деятельности I, II, III степени, группы инвалидности без ограничения способности к трудовой деятельности;
- установления I, II, III степени ограничения способности к трудовой деятельности инвалиду, не имевшему такого ограничения.

Перерасчёт размера установленной ежемесячной денежной выплаты проводят без подачи письменного заявления на основании выписки из акта освидетельствования в органе службы медико-социальной экспертизы, поступившей в распоряжение территориального органа Пенсионного фонда.

Перерасчёт размера ежемесячной денежной выплаты в сторону увеличения проводят со дня вынесения органом службы медико-социальной экспертизы соответствующего решения, а в сторону уменьшения — с 1-го числа месяца, следующего за месяцем,

в котором наступили обстоятельства, влекущие за собой указанный перерасчёт.

Распоряжение о перерасчёте размера ежемесячной денежной выплаты принимает территориальный орган Пенсионного фонда не позднее чем через 5 дней со дня поступления выписки из акта освидетельствования в органе службы медико-социальной экспертизы.

Ежемесячную денежную выплату начисляют с учётом волеизъявления гражданина об отказе от получения социальных услуг (социальной услуги), предусмотренных Федеральным законом «О государственной социальной помощи» от 17.07.1999 г. в редакции от 01.03.2008 г. (подробно будет рассмотрено далее).

Заявление об отказе от получения социальных услуг (социальной услуги) подаёт гражданин в территориальный орган Пенсионного фонда ежегодно в срок до 1 октября текущего года лично или иным способом.

Для начисления ежемесячной денежной выплаты территориальный орган Пенсионного фонда открывает лицевой счёт на каждого получателя этой выплаты. Пенсионеру, состоящему на учёте в территориальном органе Пенсионного фонда, открытие дополнительного лицевого счёта не требуется; начисление ежемесячной денежной выплаты проводят в соответствующем разделе лицевого счёта этого пенсионера. Лицевой счёт оформляют на лицо, которому установлена ежемесячная денежная выплата. В том случае, когда лицо, которому назначают ежемесячную денежную выплату, недееспособно, в лицевой счёт вносят сведения о законном представителе этого лица.

Ежемесячную денежную выплату прекращают:

- с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступила смерть получателя, либо вступило в силу решение об объявлении его умершим или решение о признании его безвестно отсутствующим;
- с 1-го числа месяца, следующего за месяцем, в котором наступили обстоятельства, вследствие которых гражданином утрачено право на ежемесячную денежную выплату. Начисленные суммы ежемесячной денежной выплаты, которые не были востребованы гражданином своевременно, выплачивают за прошедшее время не более чем за три года, предшествующие обращению за их получением.

Ежемесячную денежную выплату, не полученную гражданином своевременно по вине органов, осуществляющих указанную

выплату, выплачивают за прошедшее время без ограничения каким-либо сроком.

Суммы ежемесячной денежной выплаты за прошедшее время определяют с учётом информации о предоставлении гражданину набора социальных услуг (социальной услуги).

Доставку начисленных сумм ежемесячной денежной выплаты осуществляют за текущий календарный месяц. Доставку начисленных сумм ежемесячной денежной выплаты пенсионерам, состоящим на учёте в территориальном органе Пенсионного фонда Российской Федерации, проводят одновременно с пенсией.

Социальное обслуживание

Основные направления социального обслуживания инвалидов закреплены в Федеральном законе «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. в редакции от 22.08.2004 г. Согласно данному закону инвалиды, нуждающиеся в постоянной или временной посторонней помощи в связи с частичной или полной утратой возможности самостоятельно удовлетворять свои основные жизненные потребности вследствие ограничения способности к самообслуживанию или передвижению, имеют право на социальное обслуживание, осуществляемое в государственном и негосударственном секторах системы социального обслуживания.

Социальное обслуживание инвалидов осуществляется по решению органов социальной защиты населения в подведомственных им учреждениях либо по договорам, заключаемым органами социальной защиты с учреждениями социального обслуживания иных форм собственности.

Социальное обслуживание осуществляется при условии добровольного согласия инвалидов на получение социальных услуг. Социальное обслуживание по желанию инвалидов может осуществляться на постоянной или временной основе.

Инвалиды, а также их законные представители имеют право отказаться от социального обслуживания, за исключением случаев, специально предусмотренных Федеральным законом «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 02.08.1995 г. в редакции от 22.08.2004 г. В случае отказа от социального обслуживания инвалидам, а также их законным представителям разъясняют возможные последствия принятого ими решения.

Отказ инвалидов от социального обслуживания, который может повлечь за собой ухудшение состояния их здоровья или угрозу для их жизни, оформляют письменным заявлением инвалидов или их законных представителей, подтверждающим получение информации о последствиях отказа.

Ограничения прав инвалидов при оказании им социальных услуг допускаются в случаях, если они лишены ухода и поддержки со стороны родственников или иных законных представителей и при этом не способны самостоятельно удовлетворять свои жизненные потребности (утрата способности к самообслуживанию или активному передвижению) или признаны в установленном законом порядке недееспособными. Вопрос о помещении инвалидов в стационарные учреждения социального обслуживания без их согласия или без согласия их законных представителей решается судом по представлению органов социальной защиты населения.

Отказ от услуг стационарных учреждений социального обслуживания инвалидов, утративших способность удовлетворять свои основные жизненные потребности или признанных в установленном законом порядке недееспособными, проводят по письменному заявлению их законных представителей в случае, если они обязуются обеспечить указанным лицам уход и необходимые условия проживания.

Инвалидам, являющимся бактерио- или вирусоносителями, либо при наличии у них хронического алкоголизма, карантинных инфекционных заболеваний, активных форм туберкулёза, тяжелых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения, может быть отказано в предоставлении социальных услуг на дому. Такой отказ подтверждается совместным заключением органа социальной защиты населения и врачебно-консультативной комиссии учреждения здравоохранения.

Различают следующие формы социального обслуживания:

- социальное обслуживание на дому (включая социально-медицинское обслуживание);
- полустационарное социальное обслуживание в отделениях дневного (ночного) пребывания учреждений социального обслуживания;
- стационарное социальное обслуживание в стационарных учреждениях социального обслуживания (домах-интернатах, пансионатах и других учреждениях социального обслуживания независимо от их наименования);

- срочное социальное обслуживание;
- социально-консультативную помощь.

Инвалидам могут предоставлять жилое помещение в домах жилищного фонда социального использования.

Социальное обслуживание на дому — одна из основных форм социального обслуживания, направленная на максимально возможное продление пребывания инвалидов в привычной для них социальной среде в целях поддержания их социального статуса, а также на защиту их прав и законных интересов.

Государство при надомном обслуживании гарантирует следующие социальные услуги:

- организацию питания, включая доставку продуктов на дом;
- помощь в приобретении медикаментов, продовольственных и промышленных товаров первой необходимости;
- содействие в получении медицинской помощи, в том числе сопровождение в медицинские учреждения;
- поддержание условий проживания в соответствии с гигиеническими требованиями;
- содействие в организации юридической помощи и иных правовых услуг;
- содействие в организации ритуальных услуг;
- другие надомные социальные услуги.

При обслуживании инвалидов, проживающих в жилых помещениях без центрального отопления или водоснабжения, в число надомных социальных услуг, предусматриваемых перечнем гарантированных государством социальных услуг, включают содействие в обеспечении топливом или водой.

Инвалидам могут предоставлять иные надомные услуги на условиях полной или частичной оплаты.

Социально-медицинское обслуживание на дому проводят в отношении нуждающихся в надомных социальных услугах инвалидов, страдающих психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулёзом (за исключением активной формы), тяжёлыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях, за исключением лиц, являющихся бактерио- или вирусносителями, либо при наличии у них хронического алкоголизма, карантинных инфекционных заболеваний, тяжёлых психических расстройств, венерических и других заболеваний, требующих лечения в специализированных учреждениях здравоохранения.

Срочное социальное обслуживание проводят в целях оказания неотложной помощи разового характера инвалидам, остро нуждающимся в социальной поддержке. В связи с этим могут быть оказаны следующие услуги:

- разовое обеспечение остро нуждающихся бесплатным горячим питанием или продуктовыми наборами;
- обеспечение одеждой, обувью и другими предметами первой необходимости;
- разовое оказание материальной помощи;
- содействие в получении временного жилого помещения;
- организация юридической помощи в целях защиты прав обслуживаемых лиц;
- организация экстренной медико-психологической помощи с привлечением для этой работы психологов и священнослужителей и выделением для этих целей дополнительных телефонных номеров;
- иные срочные социальные услуги.

Социально-консультативная помощь инвалидам направлена на их адаптацию в обществе, ослабление социальной напряжённости, создание благоприятных отношений в семье, а также на обеспечение взаимодействия личности, семьи, общества и государства. Эта помощь ориентирована на их психологическую поддержку, активизацию усилий в решении собственных проблем и предусматривает: ш выявление лиц, нуждающихся в социально-консультативной помощи;

- профилактику различного рода социально-психологических отклонений;
- работу с семьями, в которых живут инвалиды, и организацию их досуга;
- консультативную помощь в обучении, профессиональной ориентации и трудоустройстве инвалидов;
- обеспечение координации деятельности государственных учреждений и общественных объединений для решения проблем инвалидов;
- правовую помощь в пределах компетенции органов социального обслуживания;
- иные меры по формированию здоровых взаимоотношений и созданию благоприятной социальной среды для инвалидов.

Порядок и условия предоставления бесплатного надомного, полустационарного и стационарного социального обслуживания, а также на условиях полной или частичной оплаты устанавливаются органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Министерство здравоохранения и социального развития РФ приказом от 27.11.2007 г. утвердило административный регламент предоставления государственной услуги по психологической поддержке безработных граждан. Эта услуга предоставляется в том числе и инвалидам.

Она направлена на то, чтобы повысить мотивацию безработного гражданина к труду, активизировать поиски работы и деятельность по трудоустройству, сократить сроки поиска работы и трудоустройства, полностью решить психологические проблемы, препятствующие профессиональной и социальной самореализации, или уменьшить их остроту, улучшить адаптацию к существующим условиям, помочь в осуществлении профессиональной карьеры, улучшив психологическое состояние.

Документами, необходимыми для того чтобы безработные граждане получили государственную услугу, являются:

- 1) заявление-анкета или согласие с предложением о предоставлении государственной услуги;
- 2) индивидуальная программа реабилитации инвалида — для безработных граждан, относящихся к категории инвалидов;
- 3) приказ центра занятости населения о признании гражданином в установленном порядке безработным.

Государственная услуга предоставляется бесплатно. Безработные граждане имеют право на неоднократное обращение за государственной услугой. Гражданин должен обратиться в государственное учреждение «Центр занятости населения».

Согласно Федеральному закону «О государственном социальном обслуживании» от 17.07.1999 г. в редакции от 01.03.2008 г. инвалиды могут обратиться с заявлением о предоставлении следующего набора услуг:

■ дополнительной бесплатной медицинской помощи, в том числе предусматривающей обеспечение необходимыми лекарственными средствами по рецептам врача, предоставление при наличии медицинских показаний путёвки на санаторно-курортное лечение, осуществляемых в соответствии с законодательством об обязательном социальном страховании;

■ бесплатного проезда на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно.

При предоставлении социальных услуг инвалиды, имеющие ограничение способности к трудовой деятельности III степени, имеют право на получение на тех же условиях второй путёвки на санаторно-курортное лечение и на бесплатный проезд на пригородном железнодорожном транспорте, а также на междугородном транспорте к месту лечения и обратно для сопровождающего их лица.

Перечень лекарственных средств, а также перечень санаторно-курортных учреждений утверждены соответствующими приказами Министерства здравоохранения и социального развития.

Учёт права граждан на получение социальных услуг проводят по месту жительства гражданина с момента установления ему ежемесячной денежной выплаты.

Социальные услуги предоставляют на календарный год. В случае если инвалид приобрёл право на получение социальных услуг в течение календарного года, то периодом предоставления ему социальных услуг считают период с момента приобретения права на получение социальных услуг до 31 декабря текущего года.

Гражданин, имеющий право на получение социальных услуг, может отказаться от их получения, обратившись с заявлением в территориальный орган Пенсионного фонда РФ, производящий ему ежемесячную денежную выплату.

Допускается отказ от получения набора социальных услуг как полностью, так и частично. Заявление об отказе от получения социальных услуг на следующий год подается в срок до 1 октября текущего года.

Гражданин может подать заявление об отказе от получения социальных услуг в территориальный орган Пенсионного фонда РФ лично или иным способом. В последнем случае установление личности и проверка подлинности подписи гражданина осуществляются:

- 1) нотариусом или по доверенности;
- 2) органом (организацией), с которым у Пенсионного фонда РФ заключено соглашение о взаимном удостоверении подписей.

Если гражданин до 1 октября текущего года не подал заявление об отказе от получения социальных услуг в следующем году, то в следующем году ему продолжают предоставлять их в установленном порядке.

Оплату социальных услуг проводят путём вычета определённой суммы из ежемесячной денежной выплаты. Например, если инвалид отказался от бесплатного проезда на железнодорожном транспорте, то из его ежемесячной денежной выплаты, размер которой зависит от степени ограничения способности к трудовой деятельности, будет удержана сумма, выделяемая на этот бесплатный проезд.

Ежемесячные компенсационные выплаты неработающим трудоспособным гражданам, осуществляющим уход за нетрудоспособным гражданином

Этот вид выплат подробно регулируется постановлением Правительства РФ «Об осуществлении компенсационных выплат неработающим трудоспособным лицам, осуществляющим уход за нетрудоспособными гражданами» от 04.06.2007 г.

Такие выплаты проводят гражданам, осуществляющим уход за инвалидом I группы, либо престарелым, нуждающимся в постороннем уходе по заключению лечебного учреждения или достигшим 80 лет.

Родственные отношения, а также совместное проживание значения не имеют. Компенсационные выплаты проводят тому лицу, за которым ухаживают. Их добавляют к установленной им пенсии в период осуществления за ним ухода.

Размер данной компенсационной выплаты на сегодняшний день составляет 500 руб.

Для установления ежемесячных выплат в Пенсионный фонд представляют следующие документы:

- паспорт лица, осуществляющего уход;
- трудовая книжка лица, осуществляющего уход;
- трудовая книжка нетрудоспособного гражданина;
- заявление лица, осуществляющего уход, с указанием даты начала ухода и своего места жительства;
- заявление нетрудоспособного гражданина, подтверждающее осуществление за ним ухода. При необходимости подлинность подписи на заявлении нетрудоспособного гражданина может подтверждаться актом обследования.
- справка из территориального отделения Пенсионного фонда РФ по месту жительства или месту пребывания лица, осуществляющего уход, о неполучении им пенсии;
- заключение лечебного учреждения о нуждаемости престарелого гражданина в постоянном постороннем уходе;

- справка службы занятости по месту жительства лица, осуществляющего уход, о неполучении им пособия по безработице;
- справка, подтверждающая установление инвалидности I группы, из органа медико-социальной экспертизы.

В том случае, если нетрудоспособный гражданин полностью или частично недееспособен, заявление представляют от имени его законных представителей.

Необходимые документы подают в то отделение Пенсионного фонда, в котором нетрудоспособному гражданину выплачивают пенсию. Отделение Пенсионного фонда, принявшее документы, выдаёт расписку в их приёме.

Вопрос о назначении ежемесячной денежной компенсации рассматривают в течение десяти дней со дня приёма всех необходимых документов. В случае отказа в назначении ежемесячной денежной компенсации территориальный орган Пенсионного фонда в течение пяти дней письменно извещает об этом заявителей с указанием причины отказа и порядка его обжалования. После решения вопроса о назначении ежемесячной денежной компенсации заявителям возвращают трудовые книжки и паспорт, копии (выписки) которых приобщают к делу.

Выплату ежемесячной денежной компенсации проводят в порядке, установленном для выплаты соответствующих видов пенсий.

Ежемесячные компенсационные выплаты прекращают при возникновении следующих обстоятельств:

- смерти нетрудоспособного гражданина либо лица, осуществлявшего уход, а также признание их в установленном порядке умершими или безвестно отсутствующими;
- прекращении осуществления ухода, подтверждённом соответствующим заявлением нетрудоспособного гражданина (законного представителя) и (или) актом обследования территориального отделения Пенсионного фонда РФ;
- назначении лицу, осуществляющему уход, пенсии, независимо от её вида и размера, либо пособия по безработице;
- выполнении нетрудоспособным гражданином либо лицом, осуществляющим уход, оплачиваемой работы;
- истечении срока, на который была установлена I группа инвалидности;
- помещении нетрудоспособного гражданина в государственное или муниципальное стационарное учреждение социального обслуживания.

Лицо, осуществляющее уход, в случае поступления его на работу, назначения ему пенсии, пособия по безработице, а также при наличии других обстоятельств, влекущих прекращение выплаты ежемесячной денежной компенсации, обязано в течение 5 дней сообщить органу, назначившему (выплачивающему) указанную компенсацию, о наступлении таких обстоятельств. В противном случае оно будет привлечено к ответственности и с него будут удержаны суммы компенсационных выплат в соответствующем размере.

Выплату ежемесячной денежной компенсации прекращают с 1-го числа месяца, следующего за тем, в котором наступили указанные обстоятельства.

В случае перемены нетрудоспособным гражданином места жительства соответствующий территориальный орган Пенсионного фонда, выплачивающий ему пенсию по новому месту жительства, по заявлению лица, осуществляющего уход, или нетрудоспособного гражданина возобновляет выплату ежемесячной денежной компенсации с первого числа месяца, следующего за тем, в котором была прекращена её выплата.

При этом при необходимости указанный территориальный орган Пенсионного фонда может затребовать от лица, осуществляющего уход, либо нетрудоспособного гражданина повторное представление отдельных документов, необходимых для назначения данной компенсационной выплаты.

Суммы назначенной ежемесячной денежной компенсации, не полученные своевременно, выплачивают за всё прошедшее время, но не более чем за три года перед обращением за их получением. Суммы ежемесячной денежной компенсации, не выплаченные своевременно по вине органа, назначающего и выплачивающего такую компенсацию, выплачивают за все прошедшее время без ограничения каким-либо сроком.