В Клепиковской ООШ прошла акция «Я знаю об инсульте»

**Инсульт**— острое нарушение мозгового кровообращения с повреждением ткани мозга и расстройством его функций.

Основные причины И.— гипертоническая болезнь и атеросклероз сосудов головного мозга.

Вопрос о госпитализации больного с И. решает врач. В первые часы важно установить правильный диагноз, характер заболевания, поскольку лечение больных с ишемическими и геморрагическими И. различно.

После И. у больных могут сохраняться более или менее длительное время различные нарушения сознания, двигательных функций (параличи, парезы), расстройства речи, чувствительности, мочеиспускания.

Восстановление нарушенных функций (движений, речи и др.) после инсульта происходит медленно, и ко времени выписки из больницы может быть далеко не полным. Поэтому по возвращении домой больной нуждается в особом уходе. Прежде всего, необходимо строго соблюдать некоторые гигиенические условия. Матрац на постели больного должен быть ровным и нежестким, простыня— без складок. Это способствует предупреждению пролежней и других осложнений. Если больной пользуется «уткой» или судном, то под них кладут клеенку, покрытую пеленкой, которую после туалета легко сменить. Больного ежедневно подмывают и делают общие обтирания камфорным спиртом или туалетной водой. При кормлении лежачему больному приподнимают голову или придают ему полусидячее положение. Пища должна быть легкоусвояемой, а жидкость следует давать из поильника или через полиэтиленовую трубочку.

Если больной после И. остается дома или после выписки из стационара ему предписан постельный режим, нужно следить за его правильным положением в постели. Когда больной лежит на спине, к кровати со стороны парализованной руки ставят табуретку, на нее кладут большую подушку, угол которой должен находиться под плечевым суставом. Руку разгибают в локтевом суставе, на кисть с ладонной поверхности с разведенными и выпрямленными пальцами накладывают лонгетку, вырезанную из фанеры и доходящую до середины предплечья. Ее обертывают ватой и бинтом, а затем другим бинтом привязывают к кисти и предплечью. Разогнутую руку поворачивают ладонью вверх, отводят в сторону под углом в 90° и укладывают на подушку таким образом, чтобы плечевой сустав и вся рука были на одном уровне, в горизонтальной плоскости. Это предупреждает развитие тугоподвижности и боли в плечевом суставе. Между рукой и грудной стенкой помещают валик из марли и ваты. Чтобы сохранить приданное руке положение, на нее кладут мешочек с песком.

Независимо от степени остаточного нарушения движений по рекомендации лечащего врача назначают лечебную гимнастику, больного учат садиться, подтягиваясь за лямку, привязанную к спинке кровати. Сидящему надо положить за спиной подушку (лучше две подушки), чтобы ему не требовалось усилий для удержания тела в таком положении. Тех, кто может самостоятельно, без напряжения сидеть в постели, надо учить пересаживаться на стоящий рядом с постелью стул или кресло-качалку. Больного, который может вставать, обучают правильной ходьбе— сначала с помощью особой трости («козелок» с четырьмя ножками), потом с обыкновенной тростью и, наконец, без нее. Все мероприятия по активизации больного в домашних условиях (обучение сидеть, ходить) проводят под контролем медработника. Программу занятий по лечебной гимнастике составляют невропатолог и методист по лечебной физкультуре. При расстройствах речи проводят логопедические занятия по специальной программе. Как правило, занятия по восстановлению речи и лечебную гимнастику начинают в стационаре, а затем продолжают в домашних условиях и, наконец, амбулаторно. При легких остаточных явлениях И. рекомендуют санаторное лечение, предпочтительно в привычных климатических условиях. Реабилитация больных, перенесших И., процесс длительный, восстановление функций происходит не в полной мере и не всегда.



