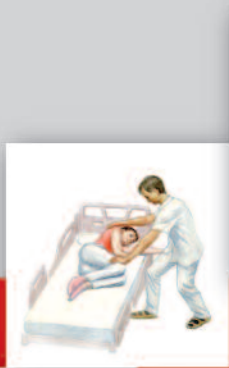




# ОСНОВЫ ПРАВИЛЬНОГО ПОЗИЦИОНИРОВАНИЯ И ПЕРЕМЕЩЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ОЧАГОВЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ГОЛОВНОГО МОЗГА



МОСКВА  
2014

А.Ю. Суворов, Г.Е. Иванова, Л.В. Стаховская, М.В. Борисова

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ

УДК 616.831-083(075)

ББК 56 127я77

О-75

**А.Ю. Суворов, Г.Е. Иванова, Л.В. Стаховская, М.В. Борисова**

О-75 Основы правильного позиционирования и перемещения пациента с очаговыми поражениями головного мозга. Учебное пособие. – М.: РКИ Соверо пресс, 2014. – 28 с.

ISBN 978-5-98764-054-8

Учебное пособие предназначено для специалистов по лечебной физкультуре, среднего медицинского персонала, а также может быть использовано лицами, осуществляющими уход за пациентами с очаговыми поражениями головного мозга.

В настоящем пособии представлены вопросы правильного позиционирования и перемещения пациентов с очаговыми поражениями головного мозга, способствующие профилактике развития застойной пневмонии, пролежней, синдрома болевого плеча, формирования позы Вернике-Манна, снижению риска падения пациента. В пособии содержится материал, способствующий достижению восстановления нарушенных двигательных функций в более короткие сроки, а также позволяющий освоить основные приемы, облегчающие перемещение пациента.

УДК 616.831-083(075)

ББК 56 127я77

Художник: Яценко Илья

ISBN 978-5-98764-054-8

© А.Ю. Суворов, Г.Е. Иванова, Л.В. Стаховская,  
М.В. Борисова, 2014

© Яценко Илья, иллюстрации, 2014

© Оформление. ЗАО «РКИ Соверо пресс», 2014

## Содержание

Введение .....	4
Задачи лечения положением .....	4
Показания и противопоказания к лечению положением .....	5
Условия правильного позиционирования и перемещения .....	5
Положение пациента лежа на спине .....	9
Поворот пациента в кровати .....	10
Методика поворота пациента на здоровую сторону .....	10
Положение пациента лежа на здоровом боку .....	11
Методика поворота пациента на паретичную сторону .....	12
Положение пациента лежа на паретичном боку .....	12
Методика переворота пациента на живот .....	13
Положение пациента лежа на животе .....	14
Положение пациента лежа на животе с гомолатеральным сгибанием конечностей .....	14
Положение пациента лежа на животе с контралатеральным сгибанием конечностей .....	15
Положение Фаулера .....	16
Присаживание пациента на кровати со спущенными ногами .....	16
Методика присаживания через здоровую сторону .....	16
Методика присаживания через паретичную сторону .....	18
Положение сидя на кровати .....	18
Перемещение пациента на кресло .....	19
Методика пересаживания через здоровую сторону .....	20
Методика пересаживания через паретичную сторону .....	20
Положение сидя в кресле .....	21
Вставание из положения сидя .....	21
Шаг и ходьба .....	23
Заключение .....	25
Библиография .....	25

## Введение

Очаговые поражения головного мозга являются одной из наиболее актуальных медико-социальных проблем, занимая первое место в списке причин первичной инвалидности. Более 80% пациентов, перенесших инсульт, имеют инвалидность разной степени тяжести, почти 20% из них становятся тяжелыми инвалидами, нуждающимися в постоянном постороннем уходе. Столь высокий процент инвалидности обуславливает необходимость повышения эффективности и постоянного совершенствования организации реабилитационного лечения.

## Задачи лечения положением

Реабилитационные мероприятия следует начинать как можно раньше до образования устойчивого патологического состояния, развития выраженной мышечной спастичности, формирования патологических двигательных стереотипов, поз и контрактур. При очаговых поражениях головного мозга нарушения, сопровождающие центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром), формируются, как правило, к 3-4-й неделе заболевания, что и определяет необходимость раннего применения методов, препятствующих их развитию.

Последовательность восстановления утраченных функций после инсульта или черепно-мозговой травмы в определенной степени соответствует их формированию в онто- и филогенезе. В онтогенезе становление моторики ребенка начинается с формирования функции аксиальной мускулатуры и проксимальных отделов конечностей, затем – дистальных; позже появляется возможность формировать определенную этапную позу и удерживать ее. Затем появляется возможность целенаправленно эту позу менять; сложные координаторные функции формируются в самую последнюю очередь (ходьба, тонкая моторика). Этот же путь восстановления двигательной активности повторяется в организме пациента с очаговым поражением головного мозга, используя пройденные на стадиях онтогенеза пути.

Определить уровень снижения контроля над функцией до какого-либо, уже давно завершившегося этапа онтогенетического развития, проявившегося вновь вследствие мозговой катастрофы, помогают данные неврологического обследования пациента. В частности рефлексы, которые в норме были представлены в раннем возрасте и по мере созревания головного мозга встраиваются в обеспечение функции более высокого уровня. Вследствие очагового поражения мозга происходят их растормаживание, более простые рефлексы выходят из конструкции более высокого уровня и становятся основой для формирования более примитивных (патологических) образцов двигательной активности. Их активация запускает каскад нарушений тонусно-мышечных взаимодействий, которые и приводят к формированию позы Вернике-Манна.

Подобный механизм развития проявлений очаговой неврологической патологии заставляет задуматься над последовательностью, особенностями и сочетанием раз-

личных методов, используемых сегодня в реабилитации пациентов с церебральным инсультом или черепно-мозговой травмой.

Лечение положением (постуральная коррекция) у пациентов с очаговым поражением мозга проводится с целью придания оптимального расположения туловища и конечностей для сохранения нормального дыхания, выделения, трофики тканей; профилактики чрезмерной активации рефлекторных реакций с рецепторов сухожилий мышц, соединительной ткани, мышечных веретен, суставных рецепторов; формирования и сохранения правильного представления о схеме тела, расположения центра тяжести и срединной оси.

Трофические нарушения кожных покровов наблюдаются у большого количества пациентов с очаговым поражением мозга. Отмечается прямая зависимость выраженности объема и степени тяжести нарушений трофических изменений от тяжести состояния пациента. Одним из важнейших противоположных мероприятий можно назвать проведение грамотного ухода: гигиена тела пациента, контроль выделительной функции, использование специальных матрасов и противоположных систем, протективных наружных средств. У пациентов, перенесших «мозговую катастрофу», противоположный эффект постуральной коррекции имеет далеко не первостепенное значение.

Правильное позиционирование предупреждает развитие контрактур, болевого синдрома и патологических установок в конечностях и туловище. Таким образом, лечение положением проводится как с целью профилактики формирования позы Вернике-Манна, так и с целью терапевтического воздействия.

### **Показания и противопоказания к лечению положением**

Лечение положением показано всем пациентам с двигательными (плегия, глубокий парез) и чувствительными нарушениями, а также пациентам с нарушением сознания. Противопоказанием к проведению позиционирования может являться наличие у пациента психомоторного возбуждения, либо индивидуальные ограничения после оказания нейрохирургического пособия.

### **Условия правильного позиционирования и перемещения**

Для обеспечения возможности проведения грамотного ухода, правильного позиционирования и перемещения пациента вокруг него должно быть достаточно свободного пространства (рис. 1).

В условиях стационара пациент должен находиться на 3-х секционной функциональной кровати с электрическим или червячным приводом, оснащенной съемными бортиками. Доступ к кровати должен быть с обеих сторон. Рядом с кроватью должно находиться кресло с высокой спинкой и регулируемыми подлокотниками. Кровать



Рис. 1. Рабочее пространство вокруг пациента

и кресло должны располагаться таким образом, что бы вход в палату был ориентирован на пораженную сторону пациента. В непосредственной близости к пациенту должны также находиться прикроватный туалет, регулирующий по высоте столик, тумбочка. В домашних условиях подобный набор оборудования может быть несколько модифицирован, но соответствовать требованиям. Чем тяжелее состояние пациента, тем легче будет ухаживающим за ним при наличии данного оборудования.

Для правильного позиционирования необходимо достаточное количество подушек и валиков разной толщины, размера, мягкости. Рекомендуется использовать синтетические наполнители – синтепон, холлофайбер, силикагель. Наличие на подушках и валиках съемных чехлов позволит поддерживать их в чистоте.

Для придания телу пациента нужного положения ухаживающий должен владеть техникой правильного перемещения (трансфера) пациента. Это позволит избежать чрезмерных нагрузок со стороны ухаживающего персонала и родственников и сделает перемещение безопасным для пациентов и окружающих. Помимо этого, грамотное перемещение пациента подразумевает определенное его участие в самом процессе перемещения (при наличии у него такой возможности), что позволяет пациенту продолжать обучаться управлять своим телом вне рамок занятия кинезотерапией.

Для безопасного перемещения необходимо соблюдать ряд условий выполнения перемещения. Помощник должен быть одет в удобную, комфортную одежду, не использовать обувь с каблуком высотой более 3 см. Вокруг кровати и кресла должно быть достаточно свободного места. Тормоза кровати или кресла, при их наличии, должны быть исправны и включены. Загородки и бортики кровати, подлокотники

кресла, если они есть, должны быть опущены. Кресло должно стоять под углом  $90^\circ$  к кровати. Пол не должен быть скользким. На кровати должно быть достаточно места для поворота. Никто не должен отвлекать пациента и помощника от перемещения.

Для пациента с очаговым поражением мозга положение лежа на спине (рис. 2, 3) должно использоваться как можно реже. Длительное пребывание в таком положении приводит к снижению легочного объема, мукоцилиарного клиренса бронхиального дерева, сатурации кислорода, отмечается высокий риск попадания слюны в верхние дыхательные пути (в том числе бессимптомная аспирация), боли в спине, возможно патологическое рефлекторное влияние положения головы на мышцы туловища и конечностей. Особенно тяжело приходится пациентам с избыточной массой тела. В то же время стоит заметить, что это положение удобно для проведения гигиенических процедур и инфузионной терапии, а также является наиболее стабильным для пациента.

Пациент в обязательном порядке должен позиционироваться и на здоровом (рис. 5-1), и на паретичном боку (рис. 5-2), а также на животе (рис. 6-2, 6-3, 6-4). В положении на боку у пациента улучшается респираторная функция, снижается риск аспирации, исключается патологическое влияние шейных симметричных тонических рефлексов. Положение на здоровом боку менее стабильно для пациента, чем положение на спине, к тому же он «придавлен» своей паретичной стороной. В положении на паретичном боку пациент может быть активен, так как здоровая рука находится наверху. Положение пациента на паретичной стороне позволяет ему раньше начать ощущать пораженную сторону. Однако нарушение иннервации на паретичной стороне способствует более быстрому развитию трофических нарушений, чем в положении на здоровом боку или на спине. Положение на животе является максимально стабильным, аспирация исключена (рис. 8, 9, 10). Это положение позволяет исключить патологическое влияние шейных симметричных тонических рефлексов, усилить правильную афферентацию от паретичных конечностей, увеличить вентиляцию легких.

Изменение положения тела должно проводиться по мере необходимости, с соблюдением правил безопасного перемещения пациентов. Не совсем верно при этом руководствоваться принципом «поворот каждые два часа». У находящихся в тяжелом состоянии пациентов пролежни могут начать формироваться уже в течение часа. Критериями изменения положения тела пациента могут являться признаки покраснения кожи в местах опоры (в положении пациента на спине – крестец, пятки, локти, лопатки, затылок; в положении на боку – боковая поверхность бедер (большой вертел), колен, лодыжек; в положении на животе – скулы пациента, ушные раковины, кожа молочных желез, область реберных дуг, гребней подвздошных костей, колени, внутренняя поверхность лодыжек) и жалобы пациента. Контроль за состоянием кожи в положении пациента на паретичном боку должен осуществляться чаще, чем в других положениях.

В каждом положении пациент должен находиться в комфортных условиях, суставы его конечностей должны быть, по возможности, расположены в среднефизиологических положениях. Тело пациента должно сохранять максимально возможную симметричность за счет выравнивания ключевых точек (голова, шея, плечи, таз, колени, стопы). Необходима поддержка всех сегментов тела. Положение пациента должно быть стабильным. Жесткая фиксация кисти с выпрямленными пальцами (применение шины), также как и фиксация стопы в тыльном сгибании под углом  $90^\circ$  (применение «сапожка» или упора) недопустима, поскольку активация миотатического рефлекса (stretch reflex) будет приводить к сокращению сгибателей, что является одним из звеньев формирования позы Вернике-Манна.

Поворот пациента в кровати проводится с целью достижения разных задач – проведения мероприятий по уходу (смена белья, подгузников), правильного позиционирования пациента, достижения промежуточного этапа присаживания пациента со спущенными ногами. Очень важно аккуратное обращение с паретичной рукой. Ни в коем случае нельзя тянуть за руку при переворачивании или присаживании пациента.

Положение сидя дает пациенту максимальный обзор палаты. Позволяет улучшить процессы вентиляции легких, пассажа содержимого кишечника, мочеиспускания и дефекации. Увеличивает возможность социализации пациента. Чем раньше пациент сможет находиться в положении сидя, тем лучше. При необходимости высадить пациента, не спуская ног, применяется положение Фаулера (рис. 7). Отличительной особенностью этой методики является приподнимание туловища на угол  $45-60^\circ$ . Такое положение может потребоваться пациентам с нарушениями глотания, а также тем пациентам, которые не могут сидеть на кровати, спустив ноги, либо таким, которых нельзя пересадить в прикроватное кресло (физическая слабость, невозможность активного удержания полувертикального положения, ограничения двигательного режима).

Положение сидя на кровати со спущенными ногами (рис. 9) позволяет тренировать аксиальные и длинные мышцы позвоночника, что необходимо для дальнейшей вертикализации пациента. Решение об изменении двигательного режима принимается совместно с врачом лечебной физкультуры. Вначале около пациента обязательно должен находиться помощник, который бы мог контролировать правильное положение пациента и исключать риск его падения. Оставлять пациента без контроля в таком положении можно только при полной уверенности в его способности сидеть самостоятельно. Усаживание пациента на кровати со спущенными ногами с упором спины на подушки не позволяет достигать цели тренировки – поддержание пациентом вертикального положения. Поэтому в случае, когда пациент не может самостоятельно удержать себя в положении сидя без опоры, стоит использовать положение сидя в кресле (рис. 10).

Если из-за высоты кровати или кресла ноги пациента не достают до пола, необходимо использовать нескользкую подставку. Если ноги пациента стоят на полу, па-



циент должен быть обут в обувь с нескользящей подошвой, которая фиксируется на пятке. В случае использования подставки пациент может быть в носках/компрессионном трикотаже. Использование тапок без задника недопустимо. Сегменты нижних конечностей (таз, бедро, голень) должны быть расположены под углом 80-90°. Длительное пребывание пациентов с сублюксацией плеча без коррекции положения плечевого сустава и верхней конечности в этом положении недопустимо.

### Положение пациента лежа на спине

В положении лежа на спине (рис. 2) пациент должен лежать симметрично. Верхние и нижние конечности по всей длине должны быть поддержаны подушками (подушки находятся и под паретичными, и под здоровыми конечностями). При необходимости паретичное плечо и ягодица могут быть поддержаны плоскими подушками. Под коленными суставами должен быть валик. При поднимании головного конца кровати, вначале подкладывается валик под колени, затем проводится поднятие головного конца кровати. В противном случае есть вероятность быстрого сползания пациента по кровати вниз. Паретичная нога должна быть расположена без ротации. Не должно быть фиксации кисти в разгибании и стопы в подошвенном разгибании. Фиксация кисти к шине или удержание ее под грузом приведет к нарастанию патологического тонуса в кисти. Для удержания стопы в среднефизиологическом положении возможно использование мягкой подушки/полотенца/одеяла. Нижние и верхние конечности не должны быть перекрещены.



Рис. 2. Положение пациента лежа на спине

При положении пациента лежа на спине его голова (рис. 3) должна располагаться по средней линии, шея не должна быть согнута. При желании пациента лежать выше, необходимо подкладывать подушки, захватывая область лопаток, или поднимать головной конец кровати. Сгибание шеи приводит к стимуляции шейного тонического



Рис. 3. Положение головы при положении пациента лежа на спине

симметричного рефлекса, который в свою очередь повышает тонус в мышцах-сгибателях верхних конечностей.

Ни в коем случае нельзя забывать о том, что при диагностированном нарушении глотания (скрининговый тест трех глотков) питание пациента осуществляется только на высоком изголовье (приподнятый под углом  $45^\circ$  головной конец кровати). Это правило распространяется также и на тех пациентов, у которых стоит назогастральный зонд.

## Поворот пациента в кровати

### Методика поворота пациента на здоровую сторону

Исходно пациент должен лежать на ровной поверхности. Изголовье кровати должно быть опущено. Пациент лежит на спине на краю кровати, противоположном стороне поворота (на правом краю кровати при повороте на левый бок, на левом краю кровати при повороте на правый бок). Пациента просят держать паретичную руку за запястье здоровой рукой, чтобы избежать оставления паретичной руки за спиной при повороте (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник удерживает руку, согнутую в локте, при этом здоровая рука отводится в сторону поворота на  $90^\circ$  (рис. 4-1). Ноги согнуты в коленях и стоят стопами на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает ноги). Ни в коем случае нельзя тянуть пациента за паретичную руку.

Поворот пациента на кровати должен осуществляться в сторону помощника (к себе, а не от себя). Одна рука помощника располагается на спине пациента в области лопатки с паретичной стороны, другая – на паретичном колене. Помощник направляет к себе пациента, придерживая его за лопатку и колено (рис. 4-2). Если пациент может двигаться самостоятельно, он должен активно участвовать в перемещении.



Рис. 4-1. Поворот пациента на бок



Рис. 4-2. Поворот пациента на бок

Если планируется проведение позиционирования пациента в достигнутом положении на здоровом боку, необходимо правильно его уложить, используя подушки (рис. 5-1).

### Положение пациента лежа на здоровом боку

Перед поворотом на бок пациент перемещается к противоположному краю кровати, а затем поворачивается на бок (например, перед поворотом на правый бок пациент вначале перемещается на левый край кровати), так, чтобы перед пациентом и за ним было свободное место. Пациент лежит на плече, перед поворотом на бок здоровая рука отводится на  $90^\circ$  в сторону. Пациент должен лежать полностью на боку (под  $90^\circ$  или больше), а не повернут на одну четверть (рис. 5-1). Пациент не должен опираться на подушки спиной. Если пациент лежит на подушках под спиной – это вариант



Рис. 5-1. Положение пациента лежа на здоровом боку

позиционирования пациента на спине. Тело пациента не должно быть изогнуто, голова пациента должна находиться на одной линии с туловищем. Паретичные конечности, находящиеся сверху, не должны заходить за срединную ось тела, они должны быть поддержаны подушками по всей длине. Кисть и локоть паретичной руки должны находиться в среднефизиологическом положении и не свисать с подушки. Колено паретичной ноги должно быть полусогнуто, стопа не должна свисать с подушек. Не должно быть фиксации кисти в разгибании и стопы в подошвенном разгибании.

### Методика поворота пациента на паретичную сторону

В целом поворот пациента на паретичную сторону проводится так же, как и поворот на здоровую сторону. Пациент лежит на спине на краю кровати. Паретичную руку отводят в сторону под углом  $90^\circ$  (рис. 4-1). Ни в коем случае нельзя тянуть пациента за паретичную руку. Ноги согнуты в коленях и стоят стопами на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает его ноги). Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении. Одна рука помощника располагается в области лопатки пациента со здоровой стороны, другая на здоровом колене. Помощник направляет к себе пациента, придерживая его за лопатку и колено (рис. 4-2). Если планируется проведение позиционирования пациента в достигнутом положении, необходимо правильно его уложить, используя подушки.

### Положение пациента лежа на паретичном боку

Положение пациента на паретичной стороне (рис. 5-2) является зеркальным отражением положения на здоровой стороне (рис. 5-1). При положении на паретичном боку пациент лежит на плече, рука перед поворотом на бок, отводится на  $90^\circ$  в сторону. Пациент должен лежать полностью на боку (под углом  $90^\circ$  или больше), а не повернут на одну четверть. Пациент не должен опираться на подушки спиной. Тело



Рис. 5-2. Положение пациента лежа на паретичном боку

пациента не должно быть изогнуто, голова пациента должна находиться на одной линии с туловищем. Под здоровые конечности подкладываются подушки. Предплечье и кисть паретичной руки (которая находится внизу) надо уложить так, как удобно пациенту. Если кисть будет опираться о бортик кровати, необходимо подложить между кистью паретичной руки и бортиком кровати валик из полотенца. Здоровые конечности не должны заходить за срединную ось тела. Не должно быть фиксации паретичной кисти в разгибании и стопы в подошвенном разгибании.

### Методика переворота пациента на живот

Исходно пациент должен лежать на ровной поверхности. Изголовье кровати должно быть опущено. Пациент лежит на спине, на краю кровати, противоположном стороне поворота (на правом краю кровати при повороте на левый бок, на левом краю кровати при повороте на правый бок). Поворот пациента на живот может осуществляться и через пораженную, и через здоровую сторону. В отличие от поворота на бок в данной ситуации рука пациента не отводится в сторону поворота. Для поворота на живот кисть выпрямленной вдоль туловища руки пациента заводится под ягодицу ладонью вниз (рис. 6-1).

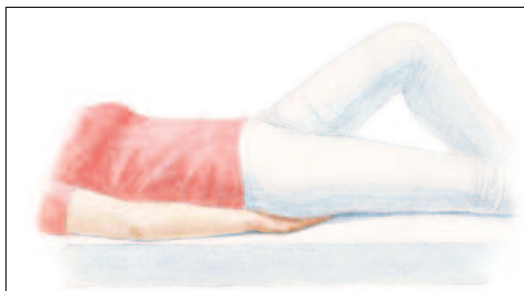


Рис. 6-1. Положение руки пациента при повороте на живот

Нога пациента, дальняя от стороны поворота, согнута в колене и стоит стопой на кровати (если пациент не может сделать этого самостоятельно, помощник сгибает и удерживает ногу). Одна рука помощника располагается в области лопатки пациента, другая – на колене со стороны, противоположной повороту. Помощник поворачивает пациента к себе, придерживая его за лопатку и колено. Ни в коем случае нельзя тянуть пациента за паретичную руку. После поворота согнутая нога пациента выпрямляется, голова поворачивается на бок. Рука пациента со стороны лица отводится в сторону и сгибается в локте под углом  $90^\circ$  так, чтобы кисть руки лежала около пациента ладонью вниз. Под голеностопные суставы пациента подкладывается валик (рис. 6-2). Для усиления афферентной иннервации, включения шейных тонических асимметричных рефлексов необходимо выполнять поочередно через равные промежутки времени сгибание нижней конечности с гомолатеральной стороны по отношению к согнутой под  $90^\circ$  руке (рис. 6-3) или с контралатеральной стороны (рис. 6-4). Для этого помощник, удерживая ногу пациента за коленный и голеностопный суставы, в пассивном, ак-

тивно-пассивном режиме медленно выводит её под углом  $90^\circ$  в тазобедренном и коленном суставах через сторону до положения сгибания в тазобедренном и коленном суставах до  $90^\circ$  («положение лягушки»). При возможности выполнить движение активно пациент принимает заданное положение самостоятельно. Важно избегать болевых ощущений и ощущений сильного натяжения.

### Положение пациента лежа на животе

При положении пациента лежа на животе голова пациента должна быть повернута в сторону. Целесообразно чередовать повороты головы вправо и влево. При изменении положения головы в другую сторону (поворот головы справа налево или слева направо) необходимо менять положение руки. Под головой пациента располагается пеленка или сложенное полотенце. Возможно использование плоской подушки. Туловище и ноги пациента должны быть расположены симметрично. Рука со стороны лица пациента отведена в сторону под углом  $90^\circ$ , согнута в локте под углом



Рис. 6-2. Положение пациента лежа на животе

$90^\circ$  и выведена вперед. Кисть руки лежит около лица пациента. Противоположная рука вытянута вдоль тела. Ноги несколько согнуты в коленях, для чего под голеностопные суставы необходимо подложить валик (рис. 6-2).

### Положение пациента лежа на животе с гомолатеральным сгибанием конечностей

В положении пациента лежа на животе с гомолатеральным сгибанием конечностей (одноименное сгибание конечностей – правая рука – правая нога или левая рука – левая нога) необходимо чередовать повороты головы вправо и влево. При изменении положения головы в другую сторону (поворот головы справа налево или слева направо) необходимо менять положения и руки и ноги так, чтобы рука со стороны лица пациента была отведена в сторону, согнута в локте под углом  $90^\circ$  и выведена вперед.



Рис. 6-3. Положение пациента лежа на животе с гомолатеральным сгибанием конечностей

Кисть руки лежала около лица пациента, ладонью вниз. Нога со стороны согнутой руки отведена в сторону и согнута в колене и тазобедренном суставе под углом  $90^\circ$ . Противоположная рука вытянута вдоль тела. Противоположная нога несколько согнута в колене, под голеностопным суставом должен находиться валик (рис. 6-3).

### **Положение пациента лежа на животе с контралатеральным сгибанием конечностей**

При положении пациента лежа на животе с контралатеральным сгибанием конечностей (разноименное сгибание конечностей – правая рука – левая нога или левая рука – правая нога) необходимо чередовать повороты головы вправо и влево. При изменении положения головы в другую сторону (поворот головы справа налево или слева направо) необходимо менять положения и руки и ноги. Рука со стороны лица пациента отведена в сторону, согнута в локте под углом  $90^\circ$  и выведена вперед. Кисть руки лежит около лица пациента ладонью вниз. Нога со стороны согнутой руки выпрямлена с незначи-



Рис. 6-4. Положение пациента лежа на животе с контралатеральным сгибанием конечностей

тельным сгибанием в колене, под голеностопным суставом должен находиться валик. Противоположная нога отведена в сторону и согнута в колене и тазобедренном суставе под углом 90°. Противоположная рука вытянута вдоль тела. Кисть руки лежит ладонью вверх под согнутой ногой пациента (рис. 6-4).

### **Положение пациента сидя на кровати с ногами (положение Фаулера)**

Данное позиционирование осуществляется при помощи функциональной кровати или вспомогательных средств (подушки, валики). В любом случае первым шагом должно быть размещение валика под коленями, для того чтобы пациент не сползал по кровати вниз при приподнимании изголовья (некоторые функциональные кровати позволяют делать подобный валик за счет деформации ложа кровати). Тело па-



Рис. 7. Пациент в положении Фаулера

циента должно располагаться симметрично. Плечи должны быть опущены и отведены. Туловище выпрямлено. Подушки должны быть подложены под спину пациента начиная с поясницы. Руки должны быть симметрично выложены на подушки или прикроватный столик. При необходимости возможно использование мягкого валика для предотвращения отвисания паретичной стопы (рис. 7).

### **Присаживание пациента на кровати со спущенными ногами**

#### **Методика присаживания пациента через здоровую сторону**

Присаживание пациента начинается с поворота его на бок (см. Поворот пациента в кровати (рис. 4-1, рис. 4-2)). В отличие от позиционирования на боку, при подготовке к присаживанию пациент в исходном положении лежит на спине не на противоположном краю кровати, а на ее середине. Если пациент может самостоятельно дви-



гаться, он должен активно участвовать в перемещении. При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати (рис. 8-1). Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом  $90^\circ$ . При подъеме через здоровую сторону пациент опирается на локоть здоровой руки (рис. 8-2). Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой. Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем, чтобы па-



Рис. 8-1. Присаживание пациента на кровати через здоровую сторону



Рис. 8-2. Присаживание пациента на кровати через здоровую сторону.

циент стабильно сидел, а не заваливался в противоположную сторону. Одна рука помощника находится на голени пациента, другая – под его шейей, в области лопаток. Нельзя тянуть пациента за паретичную руку или шею. При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действия обратный: пациент опирается на здо-

ровую руку (рис. 8-2), опускается на бок и подтягивает ноги. При необходимости помощник помогает пациенту.

### Методика присаживания пациента через паретичную сторону

Присаживание пациента начинается с поворота пациента на бок (см. поворот пациента в кровати (рис. 4-1, рис. 4-2)). В отличие от позиционирования на боку при подготовке к присаживанию пациент в исходном положении лежит на спине не на противоположном краю кровати, а на ее середине. Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении. При повороте на бок туловище пациента оказывается на краю кровати, а согнутые колени свисают с кровати (рис. 8-1). Ноги согнуты в тазобедренных и коленных суставах под углом 90°. При подъеме через пораженную сторону пациент опирается на кисть здоровой руки



Рис. 8-3. Присаживание пациента на кровати через паретичную сторону

(рис. 8-3). Пациент спускает ноги, одновременно выталкивая себя здоровой рукой. Помощник удерживает пациента от опрокидывания назад и следит за тем, чтобы пациент стабильно сидел, а не заваливался в противоположную сторону. Одна рука помощника находится на голени пациента, другая – под его шейей, в области лопаток. Нельзя тянуть пациента за паретичную руку или шею. При возвращении пациента в горизонтальное положение порядок действия обратный: пациент опирается на здоровую руку (рис. 8-3), опускается на бок и подтягивает ноги. При необходимости помощник помогает пациенту.

### Положение сидя на кровати

В положении сидя на кровати (рис. 9) пациент должен сидеть ровно, симметрично, не заваливаясь назад или набок. Пациент должен сидеть с опорой на седалищные



Рис. 9. Положение пациента сидя на кровати со спущенными ногами

бугры, а не на крестец, распределив вес на обе ягодицы. Не должно быть перекоса таза. В случае необходимости под паретичную ягодицу может быть подложена плоская подушка. Ноги должны стоять симметрично. Стопы должны полностью стоять на опоре. При необходимости можно использовать устойчивую, нескользящую опору для стоп. Сегменты нижних конечностей (таз, бедро, голень) должны быть расположены под углом 80-90°. При синдроме болевого плеча, сублюкации плеча возможно использование ортеза для плечевого сустава. Косыночные повязки в данном случае нежелательны.

## Перемещение пациента на кресло

### Методика пересаживания пациента через здоровую сторону

Пациент сидит на краю кровати (рис. 10-1), стопы стоят на полу, пятки находятся за линией колен. Нога, в сторону которой совершается поворот, может быть выдвинута чуть вперед. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента своими ногами. Пациент может опираться здоровой рукой о дальний подлокотник кресла. Если пациент может самостоятельно двигаться, он должен активно участвовать в перемещении. Пациент переносит вес тела вперед, привстает и поворачивается кругом вокруг фиксированных ногами помощника нижних конечностей, причем помощник придерживает пациента, обхватывая его со стороны спины сверху через голову или поддерживая под ягодицу, при этом голова пациента находится у него под рукой. Не стоит позволять пациенту обхватывать помощника за шею – это может оказаться чрезмерной нагрузкой для позвоночника помощника. При невозможности пациента встать самостоятельно можно использовать подъемник.

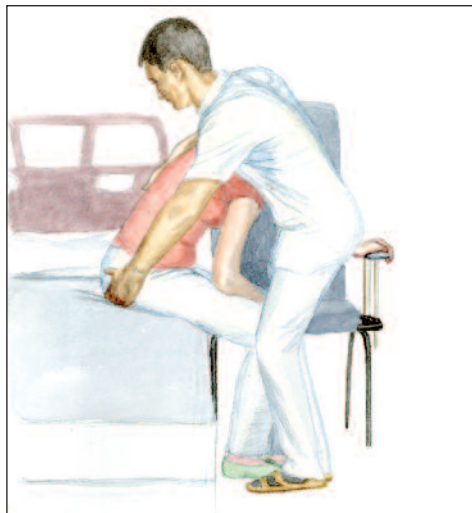


Рис. 10-1. Перемещение пациента на кресло через здоровую сторону

### Методика пересаживания пациента через паретичную сторону

Пациент сидит на краю кровати (рис. 10-2), стопы стоят на полу несколько позади коленей. Нога, в сторону которой совершается поворот, может быть выдвинута чуть вперед. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента своими ногами и просит пациента придерживать свою паретичную руку здоровой рукой за запястье. Пациент переносит вес тела вперед, привстает и поворачивается кругом



Рис. 10-2. Перемещение пациента на кресло через паретичную сторону

на ногах, причем помощник придерживает пациента, обхватывая его со стороны спины или поддерживая под ягодицу, при этом голова пациента находится у него под рукой. Не стоит позволять пациенту обхватывать помощника за шею – это может оказаться чрезмерной нагрузкой для его позвоночника.

### Положение сидя в кресле

В положении сидя в кресле (рис. 11), так же как и в положении сидя на кровати, (рис. 9) пациент должен сидеть ровно, симметрично, не заваливаясь назад или набок. Пациент должен сидеть с опорой на сидельные бугры, а не на крестец, распределив вес на обе ягодицы. Не должно быть перекоса таза. В случае необходимости под паретичную ягодицу может быть подложена плоская подушка. Ноги должны стоять симметрично. Стопы должны полностью стоять на опоре. При необходимости можно использовать устойчивую, нескользящую опору для стоп. Сегменты нижних конечностей (таз, бедро, голень) должны быть расположены под углом 80-90°. При синдроме болевого плеча, сублюкации плеча возможно использование ортеза для плечевого сустава. Косыночные повязки в данном случае нежелательны. В положении сидя в кресле, при необходимости, предплечья пациентов могут опираться на регулируемые подлокотники, подушки или прикроватный столик. В этом случае возможно использование валика в подмышечной области для обеспечения отведения плеча на подлокотник.



Рис. 11. Положение пациента сидя в кресле

### Вставание из положения сидя

Пациент сидит на краю кровати/кресла, стопы стоят на полу, немного позади коленей. Помощник фиксирует паретичную или обе стопы и колени пациента и просит



Рис. 12-1. Вставание пациента из положения сидя

пациента придерживать свою паретичную руку здоровой рукой за запястье. Пациент может придерживаться за талию помощника (рис. 12-1). Не стоит позволять пациенту обхватывать помощника за шею – это может оказаться чрезмерной нагрузкой для его позвоночника.



Рис. 12-2. Вставание пациента из положения сидя.

Пациента просят наклониться и смотреть вперед. Пациент переносит вес тела вперед и встает, при этом движение его туловища должно идти по диагонали вперед и вверх. Помощник придерживает пациента за спину, слегка отклоняясь назад (рис. 12-2). При необходимости помощник может придерживать паретичную руку пациента. Для большей безопасности и уверенности пациента можно использовать поддерживающий пояс.

### Шаг и ходьба

Шаг и ходьба являются следующим этапом активизации пациента. Чем увереннее пациент сможет передвигаться самостоятельно, без дополнительной опоры, тем лучше для него. Бесспорно, безопасность пациента – превыше всего. Пациент имеет полное право использовать средства дополнительной опоры (трости и ходунки). При этом предпочтительнее воспользоваться ходунками для обеспечения симметричности опоры, что важно для последующего восстановления функции ходьбы. Показания к использованию средств дополнительной опоры обсуждаются с врачом лечебной физкультуры.

Вставание из положения сидя проводится так, как описывалось выше (рис. 12-1, рис. 12-2). Когда пациент поднялся, помощник должен находиться с паретичной стороны от пациента, одной рукой придерживая паретичную руку пациента, а другой сзади фиксируя (в сторону к себе) противоположное бедро пациента (рис. 13-1). При



Рис. 13-1. Шаг и ходьба пациента

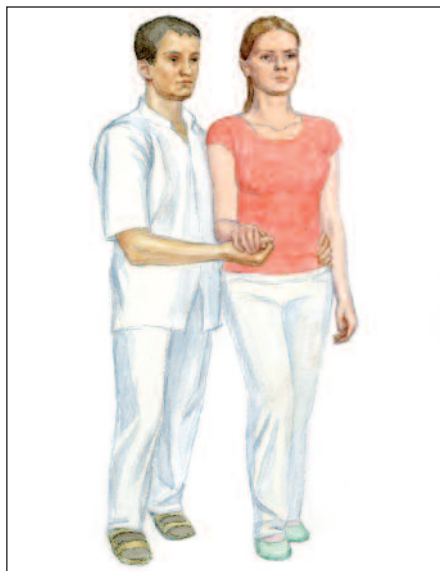


Рис. 13-2. Шаг и ходьба пациента

необходимости второй помощник встает с другой стороны, предоставляет пациенту руку для опоры: «ладонь к ладони», «большой палец к большому пальцу», а другой рукой придерживает сзади противоположное бедро пациента (действия зеркальны действиям первого помощника). При ходьбе пациент и помощник/помощники должны идти с одной ноги (рис. 13-2). Первый шаг делается всегда с паретичной ноги. Длина шага должна составлять  $\frac{1}{2}$ –1 длины стопы пациента. Вначале пациент должен делать приставные шаги: шаг вперед паретичной ногой, здоровую приставить. Для большей безопасности и уверенности возможно применение поддерживающего пояса, надетого на пациента. На начальном этапе дополнительно может потребоваться еще один помощник – чтобы катить инвалидную коляску на случай утомления или чрезмерного волнения пациента.



Рис. 13-3. Шаг и ходьба пациента.

В дальнейшем, по мере того как пациент сможет самостоятельно поддерживать свое вертикальное положение и сохранять устойчивость во время шага, возможно изменение формы оказания поддержки пациенту (рис. 13-3). Помощник стоит лицом к пациенту и держит его за запястья обеих рук. Важно, чтобы помощник держал пациента, а не пациент удерживал помощника за кисти, поскольку это повышает риск падения. Пациент также начинает движение с паретичной ноги, соответственно помощник делает шаг противоположной ногой назад.



## Заключение

Восстановление пациентов с очаговым поражением головного мозга занимает длительное время и является трудоемким процессом. Применение правильного позиционирования, контроль за состоянием кожи пациента, своевременная смена положения, а также грамотное перемещение позволяет снизить риск формирования у пациента позы Вернике-Манна, возникновения застойной пневмонии, синдрома болевого плеча, образования пролежней, предотвратить падения пациента и травматизацию ухаживающих за ним лиц.

## Библиография

1. Папе А. Методы подъема и перемещения больных и инвалидов. – М.: Московский институт медико-социальной реабилитологии, 1997. – 100 с.
2. Бадалян Л.О. Детская неврология. – М.: Изд-во МЕДпресс-информ, 2010. – 608 с.
3. Руководство по перемещению пациентов/ под ред. А.А. Скоромца. – СПб.: Изд-во Политехника, 2009. – 320 с.
4. Скворцов И.А. Детство нервной системы. – М.: Изд-во МЕДпресс-информ, 2004. – 176 с.
5. Тайсон С., Эшбурн Э., Джексон Д. Начните двигаться! Руководство по восстановлению двигательных функций после перенесенного инсульта. – СПб.: Изд-во Политехника, 2001. – 87 с.
6. Ruzala Sue, Hall Jacqui, Alexander Pat NBE Standards in Manual Handling (third edition). – Towcester: National Back Exchange, 2010, 41 p.
7. The Guide to Handling People (5th edition)/ ed. by Smith Jacky. – Middlesex: Backcare, 2005, 327 p.





ISBN 978-5-98764-054-8



9 785987 640548