

Принципы ухода за пациентом, перенесшим инсульт

Большинству пациентов после перенесенного ишемического или геморрагического инсульта требуются постоянный посторонний уход и помощь в повседневной активности (умывание и другие гигиенические процедуры, прием пищи, пользование туалетом, передвижение в пространстве, обеспечение правильного положения в постели или кресле и др.).

При этом лица, осуществляющие уход, должны уметь оценить физическое и психологическое состояние пациента, оценить функцию глотания, риск развития пролежней и других осложнений, чтобы при необходимости вовремя обратиться к врачу.

При осуществлении каждой процедуры ухода необходимо сообщать пациенту о начале проведения манипуляции и далее желательно озвучивать все свои действия. Человек, осуществляющий уход за пациентом с перенесенным инсультом, должен каждое свое действие и этап манипуляции сопровождать объяснением планируемых и осуществляемых движений.

По окончании процедуры необходимо сообщить об этом пациенту и обязательно поинтересоваться, как он себя чувствовал в ходе ее проведения и не нужно ли ему что-нибудь еще.

В ряде клинических ситуаций при осуществлении ухода за пациентом, перенесшим инсульт, необходимо вызвать врача на дом для проведения осмотра и своевременного выявления осложнений:

- больной упал, даже если падение не сопровождалось видимым повреждением или травмой;
- появилась или нарастает одышка;
- появились охриплость голоса, нарушение глотания, кашель;
- появились или нарастают отеки на ноге/ногах;
- появилось длительное покраснение или изъязвление кожи на местах опоры (пятки, крестец, ягодицы и др.);
- развилась острая задержка мочи;
- пациент отказывается от приема пищи или жидкости без видимых причин;
- появилась спутанность сознания или развился делирий;
- более трех дней отсутствует стул;
- появились какие-либо новые симптомы заболевания и признаки ухудшения состояния пациента.

Задачи, стоящие перед ухаживающими за пациентом, перенесшим инсульт

1 Создание в комнате, где будет находиться пациент, определенных условий.

Приобретение расходных материалов, необходимых для качественного ухода и выполнения гигиенических процедур.

2. Родственникам пациента рекомендуется пройти обучение в «школе инсульта» при поликлинике по месту жительства, а также получить инструктаж у соответствующих специалистов по особенностям выполнения лечебной физкультуры, эрготерапии и массажа после инсульта.

3. Готовность к обеспечению необходимой помощи в выполнении быденных функций, которые на первых порах пациенту трудно выполнять самостоятельно.

4. Оценка физического и психологического состояния пациента в процессе наблюдения за ним, а при необходимости и своевременное информирование врача.

5. Оценка функции глотания и выделительных функций (мочеиспускание, дефекация).

6. Проведение профилактических мер по предупреждению целого ряда осложнений, довольно часто формирующихся у пожилых пациентов, перенесших инсульт, и возникающих от длительного обездвиживания.

7. Предоставление физической и психологической поддержки пациенту на протяжении всего периода реабилитации и восстановления утраченных функций.

Условия, которые создаются дома для пациента, перенесшего инсульт

1. Комната, в которой находится пациент, должна быть освобождена от лишней мебели для возможности свободного перемещения пациента и ухаживающих лиц, защищенной от посторонних шумов, светлой, хорошо проветриваемой. Проветривать комнату необходимо 2-3 раза в день, соблюдая необходимые меры предосторожности и защиты от сквозняков и переохлаждения. Влажная уборка должна

выполняться не менее одного раз в день. Необходимо поддерживать оптимальный (+22 °C) уровень температуры воздуха.

2. Кровать должна быть высокой и твердой с поролоновым или ватным матрасом.

Оптимальным вариантом является многофункциональная кровать с противопролежневым матрасом и защитными бортиками, позволяющая приподнимать головной и ножной конец с помощью ручек или специального пульта.

Необходимо расположить ее так, чтобы к пациенту можно было подойти с двух сторон.

3. При расположении кровати необходимо соблюдать следующие требования: кровать ставится головной частью к стене, чтобы пациент видел входящих в комнату, а к кровати можно было подойти с двух сторон. Желательно, чтобы пациент мог смотреть в окно, но при этом следует избегать сквозняков (кровать стоит боком к окну). Наличие у ножек кровати колесиков с системой их блокировки позволит обеспечить ее подвижность и изменение положения в комнате при необходимости. В изголовье кровати крепится специальный Г-образный кронштейн, позволяющий пациенту самостоятельно сесть из положения лежа.

4. Застилать постель необходимо в следующей последовательности: поверх матраса укладывается клеенка или наматрасник из водонепроницаемой ткани, далее фланелевая простыня, сверху кладется обычная (ситцевая, льняная, сатиновая) простыня, самый наружный слой представлен одноразовой непромокаемой впитывающей пеленкой. Все простыни и пеленки должны быть сухими и расстелены ровно, без складок, заправлены у изголовья, в ногах и с боков кровати. В постели не должно быть крошек и посторонних предметов, а одеяло должно соответствовать температуре в комнате.

5. Прикроватное кресло, необходимое для пересаживания пациента, ставится у изголовья кровати со «здоровой» стороны (на стороне непарализованных конечностей). Кресло должно быть прочным, одинаковой высоты с кроватью, с высокой вертикальной спинкой, с подлокотниками, которые по возможности должны опускаться.

6. Прикроватный туалет (кресло-туалет) ставится у ног со «здоровой» стороны.

Желательно также рядом расположить передвижную ширму для создания приватной обстановки.

7. Косметические средства ухода за кожей (моющий лосьон, пенка для мытья, защитный крем, бальзам для тела и т.д.), специально разработанные для ухода за лежачими и тяжелобольными пациентами, располагаются на отдельной прикроватной тумбочке. Необходимо заранее приобрести эти косметические средства для ухода за кожей: Menalind Professional, Seni, Healing Derm и др.

8. Расходные материалы в виде подгузников, пеленок, салфеток, ватных шариков, простыней и т.д. располагаются на отдельном прикроватном столике на колесах со столешницей, меняющей свою высоту, на котором могут дополнительно находиться и гигиенические косметические средства. При нарушении функции тазовых органов (недержание мочи/кала) необходимо использовать специальные виды абсорбирующего белья: абсорбирующая простынь/пеленка с размерами, например, 60×90 см и впитывающей способностью 1200-1900 мл, впитывающие урологические прокладки/вкладыши и фиксирующие трусики, подгузники или подгузники-трусы, эластичные сетчатые многоразовые штанишки для надежной фиксации прокладок.

9. Ортезы - приспособления для фиксации, например, плечевого сустава на парализованной стороне, и средства, облегчающие передвижение: трость, костыль, ходунки, коляска (кресло-каталка) и т.д.

10. Для проведения качественного ухода и создания домашних условий, улучшающих возможности полноценного самообслуживания, желательно дополнительно приобрести средства малой реабилитации: ванночку для мытья головы в постели, ванночку для мытья ног в положении сидя, стул для душа, сиденье и подставку для ног в ванную комнату, веревочную лестницу или кроватный тросик для крепления на кровати, опорную рамку - регулируемую опору под спину, средства для перемещения больного (специальную доску, рукав, пояс, диск), специальные скользящие коврики для облегчения перемещения пациента по постели, противопролежневый круг, подушку-валик, специальную защиту пяток с застежкой на липучках, подушку под ноги, подушку «банан», валик под шею, подколенный валик, набор специализированных столовых приборов, нагрудник, противоскользящий коврик, ремень для фиксации, специальную зубную щетку, специальные приспособления для санузла (сиденья, стулья, поручни) и т.д.

11. Необходимо обеспечить круглосуточное наблюдение и патронаж, осуществляемые наемной сиделкой или кем-нибудь из родственников.

1. Гигиена глаз представляет собой удаление загрязнений, физиологических выделений или гнойных корочек из глаз.

Процедура проводится с помощью антисептического раствора, ватных шариков и марлевых салфеток. В начале протирается верхнее веко от наружного угла глаза к внутреннему, далее протирается нижнее веко в

направлении от внутреннего угла глаза к наружному. В конце конъюнктивальная полость промывается физиологическим раствором и промокается насухо салфеткой.

2. Гигиена полости носа представляет собой удаление слизи, пыли и корочек, затрудняющих носовое дыхание, с последующей обработкой слизистой носовых ходов специальными каплями для носа или орошающими каплями. При образовании корочек в полости носовых ходов для их размягчения используются мази для носа.

Не следует использовать различные масла из-за опасности аллергических реакций.

3. Гигиена уха представляет собой очищение наружных слуховых проходов от ушной серы, скопление которой может привести к образованию серных пробок и снижению слуха. Средством для мытья пациента также обрабатываются ушные раковины.

4. Гигиена полости рта включает в себя следующие процедуры:

- 1) полоскание полости рта;
- 2) протирание десен, зубов и щечного пространства марлевыми салфетками или специальными палочками для гигиены полости рта;
- 3) чистку зубов с помощью зубной пасты и щетки с последующим полосканием полости рта;
- 4) очищение языка от налета с помощью влажного ватного шарика или салфетки;
- 5) при наличии зубных протезов они снимаются на ночь, и проводится их специальная обработка перед сном и утром;
- 6) после каждого кормления необходимо прополоскать рот специальным бальзамом для полоскания рта или отваром трав (ромашка, зверобой, шалфей); 7) при появлении сухости губ и трещин в углах рта после каждого кормления необходимо смазывать губы гигиенической помадой или облепиховым маслом. В углах рта могут использоваться заживляющие мази и кремы.

5. Уход за кожей лица и шеи подразумевает умывание, бритье, нанесение лосьона или питательного крема.

6. Мытье рук и ног, периодическая стрижка ногтей на руках и ногах, периодическая стрижка волос.

7. Гигиена тела включает:

- 1) мытье в кровати с помощью детского мыла или специальных шампуней и пенки;
- 2) процедуру подмывания проводят утром и вечером, а также после каждой дефекации и при смене подгузника;
- 3) обработку кожи специальными средствами для ухода, защиты и питания кожи - защитные кремы для кожи, лосьоны, бальзамы, тоники, активизирующие гели;
- 4) мытье волос и головы с помощью специальных шампуней;
- 5) мытье ног с помощью жидкого мыла;
- 6) мытье частично мобильного пациента в ванне или душе, с использованием средств малой реабилитации.

8. Смена постельного белья продольным или поперечным способом производится не менее 1 раза в день, а также по мере загрязнения и увлажнения. Необходима ежедневная смена нательного белья и регулярное переодевание пациента.

9. Гигиена помещения: проветривание, мытье полов, поддержание температурного режима, протирка мебели, дезинфекция.

10. Гигиена ухаживающего лица: гигиена и дезинфекция рук, внешний вид и собранные волосы, надлежащая сменная обувь, отсутствие украшений, регулярная смена одежды.

Правильное позиционирование пациента после инсульта

Позиционирование представляет собой придание правильного положения лежащему больному, перенесшему инсульт, для предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны дыхательной системы и опорнодвигательного аппарата.

Правильное положение в постели позволяет:

- 1) предупреждать развитие мышечно-связочных контрактур и тугоподвижности в суставах конечностей на парализованной стороне;
- 2) придавать суставам и мышцам оптимальное расположение;
- 3) ускорить раннее восстановление активных движений;
- 4) улучшить периферическое кровообращение;
- 5) препятствовать образованию пролежней.

Смена положений пациента в постели производится каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью. Для ранней вертикализации пациента необходимо приподнимать изголовье на 20-30° на 15-20 мин 3 раза в день с первого дня инсульта.

Главные принципы лечения положением пациента с инсультом: максимально возможная симметричность - выравнивание ключевых точек (плечи, лопатки, таз), равномерная поддержка всех сегментов тела, бережное отношение к плечу парализованной руки.

Одно из основных правил позиционирования заключается в том, что пациент чаще всего лежит на любом боку, но не на спине.

1. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на спине:

- голова пациента должна находиться по средней линии;
- противопоказана высокая подушка, приводящая к сгибанию шеи, что вызывает на стороне паралича рефлекторное произвольное усиление сгибания в руке и разгибания в ноге (усиление и стабилизация постинсультной контрактуры);
- туловище на стороне парализованных конечностей вытянуто;
- плечо и лопатка парализованной руки должны быть поддержаны плоской подушкой 2-3 см высотой;
- парализованную руку укладывают на подушку, при этом рука должна быть отведена от туловища с помощью небольшого валика, разогнута в локтевом суставе и пальцы выпрямлены;
- несколько раз в день желательно отводить в сторону парализованную руку на 90°, при этом руку необходимо выпрямлять и поворачивать наружу; при наличии боли в суставах и мышцах парализованной руки угол отведения увеличивают постепенно;
- несколько раз в день желательно поднимать парализованную руку вверх над головой, укладывая ее на подушку, что способствует уменьшению спастического тонуса и улучшает венозный и лимфатический отток;
- под ягодицей на стороне парализованных конечностей находится плоская подушка 1,5-2 см;
- парализованная нога не развернута наружу, а под колено подкладывают валик, обеспечивающий сгибание в коленном суставе на 20°;
- ладонь парализованной руки должна быть свободна, не следует на ней располагать какие-либо предметы;
- необходимо следить за тем, чтобы стопа парализованной ноги ни во что не упиралась и находилась в нейтральном положении между тыльным сгибанием и разгибанием; стимуляция давлением на подушечки стопы приводит к рефлекторному увеличению тонуса разгибателей ноги и увеличению контрактуры;
- необходимо, чтобы у пациента была постоянная возможность наблюдения за парализованными конечностями и окружающей жизнью с активным участием в ней.

2. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на здоровом боку:

- голова пациента находится на одной линии с туловищем;
- пациент лежит полностью на боку, а не повернут на ¼ и тело не изогнуто;
- необходимы подушки под спину, парализованную руку и парализованную ногу;
- плечо парализованной руки вынесено вперед, а рука поддержана специальной подушкой по всей длине;
- кисть парализованной руки расположена в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки, пальцы разогнуты;
- парализованная нога сгибается в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах и помещается на подушку по всей длине;
- стопа парализованной ноги не должна упираться в опору.

3. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении лежа на стороне парализованных конечностей:

- требуется тщательное укладывание с подушками под спиной, под верхней ногой и нижней рукой;
- плечо парализованной руки вынесено вперед;
- парализованная нога выпрямлена в тазобедренном и чуть согнута в коленном суставе;
- не рекомендуется ничего класть в парализованную руку или на ладонь;

- парализованная стопа ни во что не упирается;
- голова находится на одной линии с туловищем.

4. Основные требования к правильному позиционированию пациента при положении на спине в постели с приподнятым изголовьем - положение Фаулера:

- пациент с ишемическим инсультом при легком и средней тяжести течении болезни может быть уложен на приподнятое изголовье (угол изголовья не более 30°) на 15-20 мин по 3 раза в день уже с первых суток заболевания;
- при положении сидя необходимо следить, чтобы пациент сидел ровно, а масса тела была равномерно распределена на обе ягодицы;
- чтобы не было перекаса таза, при необходимости под ягодицу с парализованной стороны подкладывается плоская подушка 1,5-2 см толщиной;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а стопа не упирается в опору;
- плечо парализованной руки выносится вперед и поддерживается подушкой;
- парализованная рука поддерживается подушкой под локоть, а кисть не свисает.

5. Основные правила позиционирования в положении сидя:

- пациент сидит ровно, и масса его тела равномерно распределена на обе ягодицы, нет перекаса таза;
- парализованная рука находится на столешнице, локоть не свисает;
- бедра пациента полностью поддерживаются сиденьем;
- парализованная нога не развернута кнаружи, а стопы полностью стоят на полу;
- сегменты нижних конечностей (бедра, голени, стопы) расположены примерно под углом 90°

Принципы перемещения пациента с инсультом

Для безопасного и правильного перемещения пациента с кровати до кресла или с кресла для освоения навыков ходьбы ухаживающему лицу необходимо соблюдать ряд правил и требований:

- носить подходящую одежду и обувь;
- перемещать пациента вручную только тогда, когда нет другого варианта;
- до начала перемещения оценить состояние пациента и выбрать оптимальный метод перемещения;
- всегда объяснять смысл движения пациенту и давать одновременные устные инструкции;
- подготовить площадку для перемещения (стул, кресло);
- перед началом движения необходимо поставить оборудование (инвалидное кресло-каталку) на тормоз;
- правильно поставить ноги, создать себе хорошую, устойчивую опору в направлении движения;
- при перемещении необходимо держать пациента как можно ближе к себе;
- заранее проверить, достаточно ли удобны и надежны ручки, за которые придется держаться при перемещении;
- избегать статического наклона туловища вперед и работать только с прямой спиной для предотвращения появления боли в спине у ухаживающего за пациентом с инсультом;
- желательно согласовывать с пациентом действия и ритм при перемещении;
- начиная движение, необходимо поднять голову;
- во время перемещения пациента, ухаживающему желательно согнуть колени, а не спину;
- во время перемещения никогда не делать разворотов тела;
- необходимо помнить о своих физических возможностях перемещения вручную и не превышать их.

Профилактика контрактур в парализованных конечностях

После длительной неподвижности конечностей вследствие инсульта могут возникнуть контрактуры, представляющие собой стойкое напряжение и, в связи с этим укорочение мышц и их сухожилий, ведущие к болезненному ограничению движений в суставе.

Если не препятствовать развитию контрактур в парализованных конечностях, у пациента, перенесшего тяжелый (особенно геморрагический) инсульт, формируется устойчивое патологическое положение руки (прижата к туловищу, согнута в локте, кисть повернута внутрь, согнуты пальцы) и ноги (разогнута и отведена, повернута внутрь стопа, при ходьбе описывает полукруг) - поза Вернике-Манна.

Для предотвращения постинсультных контрактур парализованные конечности несколько раз в день укладывают на 20-30 мин в следующее положение: парализованная рука отведена и разогнута в локтевом суставе с разогнутыми пальцами; парализованная нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах за счет небольшого валика.

Кроме правильного позиционирования пациента и смены положения в постели, уменьшить развитие контрактур можно следующим образом.

1. Поддерживать комфортную температуру в помещении (+22 °C).

2. Выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения во всех суставах парализованных конечностей с помощью здоровой руки или при помощи родных.

Перед началом проведения пассивных движений в парализованной конечности пациенту необходимо объяснить цель их проведения и последовательность. Во время проведения упражнений пациент не оказывает сопротивления. Все пассивные движения проводят до появления болевых ощущений, не переходя за грань болезненности. Упражнения проводят часто и постепенно наращивают длительность процедуры, начиная с 5 мин. Следует избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих болевые ощущения и рефлекторный спазм мышц на парализованной стороне.

3. Для отдыха необходимо использовать положения конечностей, растягивающие мышцы и разгибающие суставы (правильное позиционирование). Перед растяжением напряженных и спазмированных мышц желательно их предварительно максимально расслабить. Во время отдыха после физических упражнений можно использовать приемы постизометрической релаксации и дыхательной гимнастики.

4. Выбирать положения, при которых пораженная сторона (парализованные конечности) имела бы опору.

5. Больному ни самостоятельно, ни с посторонней помощью нельзя поднимать больную руку, удерживая ее только за кисть. Это может привести к травмированию (растяжению связок, вывиху) плечевого сустава с появлением стойкого болевого синдрома и рефлекторному повышению тонуса мышц руки. При переворачивании или другом перемещении больного следует избегать потягивания за парализованную руку, чтобы не травмировать плечо.

6. Избегать движений, резко или длительно напрягающих спину больного или усиливающих боль в спине.

7. Мышечная боль может уменьшаться при согревании (грелка, бутылка с горячей водой, завернутая в полотенце), при этом необходимо следить за состоянием кожи во избежание ожога на стороне поражения.

8. При выполнении пассивных упражнений в парализованных конечностях необходимо учитывать работу сердечно-сосудистой и дыхательной систем пациента, особенно при вращательных и сгибательных движениях в тазобедренных суставах.

Профилактика тромбоза глубоких вен ног и тромбоэмболии ветвей легочной артерии

Для предотвращения тромботических и тромбоэмболических осложнений показана максимально ранняя активизация пациента в виде пассивной и активной гимнастики, увеличивающей объем движений в ногах (голеностопный, коленный и тазобедренный суставы).

Для профилактики тромбоза глубоких вен ног необходимо избегать длительного положения сидя со спущенными вниз ногами и сдавления подколенной области валиком при длительном положении ноги со сгибанием в коленном суставе.

Очень полезными являются упражнения для стоп: крутить стопами внутрь, наружу, вперед и назад, разгибать и сгибать пальцы ног. Во время отдыха после выполнения упражнений показан периодический подъем ног на 6-10° с помощью подушки или подъема ножного конца функциональной кровати. Показано применение сдавливающих эластичных чулок, подобранных индивидуально по размеру, или бинтование ног сразу же после возникновения инсульта.

Предпочтительно использование специального медицинского компрессионного противотромботического трикотажа, позволяющего нормализовать венозный отток и обеспечить физиологическое распределение давления по всей длине ноги. Компрессионный трикотаж носится постоянно на весь период постельного режима и не снимается на ночь. Как минимум один раз в сутки необходимо менять эластические чулки с выполнением гигиенических процедур и осмотром кожи на предмет потертостей, покраснений, пролежней. Размер компрессионного трикотажа подбирается строго индивидуально.

Необходимо отметить, что при очень тугих чулках возможно формирование пролежней.

Использование компрессионного трикотажа должно быть менее длительным и осторожным при сахарном диабете и облитерирующем атеросклерозе артерий ног.

Противопоказаниями к компрессионному трикотажу являются: тяжелые формы диабетической полинейропатии и ангиопатии, декомпенсированная сердечно-легочная недостаточность, трофические язвы не венозной этиологии, острая инфекция мягких тканей ног, септический флебит.

Профилактика пролежней

К основным причинам образования пролежней можно отнести следующие: гиподинамия в постели, истощение или, наоборот, ожирение, недержание мочи и кала, плохой гигиенический уход, неправильную технику перемещения пациента, нарушение сознания, старческий возраст, складки на постельном белье и его влажность, нарушения периферического кровообращения, применение цитостатиков, артериальную гипотензию и анемию. Наиболее частая локализация пролежней: крестец, копчик, ягодичная область, пятки, большой вертел бедренной кости, затылочная область. Опасность пролежней состоит также в частом их инфицировании с развитием вторичных осложнений в виде флегмоны, абсцесса, остеомиелита и сепсиса.

Присоединение вторичной инфекции значительно утяжеляет состояние больного с инсультом и требует дополнительного ухода и терапии. Для оценки степени риска развития пролежней используют специальную шкалу Ватерлоу (11 параметров):

- нет риска развития пролежней - 1-9 баллов;
- есть риск образования пролежней - 10-14 баллов;
- высокий риск - 15-19 баллов,
- очень высокий риск - >20 баллов.

У неподвижных пациентов оценку риска развития пролежней необходимо проводить ежедневно. У пациентов с очень высоким риском развития пролежней смену положения в постели необходимо проводить каждые 1-1,5 ч днем и 2,5-3 ч ночью.

Профилактика пролежней включает следующие меры.

1. Ежедневное внимательное наблюдение за кожей над костными выступами и местами наиболее частой локализации пролежней. Оценка риска развития пролежней по шкале Ватерлоу.

2. Поддержание чистоты кожи и ее умеренной влажности. Два раза в день необходимо проводить ежедневный туалет всей поверхности кожи - так называемое купание в постели, при котором проводится поочередное обтирание губкой всех частей тела. Растирание кожи камфорой (Камфорным спиртом) не рекомендуется в связи с возможным ее пересушиванием. Для очищения кожи лучше использовать жидкое мыло, шампунь, пенку, тоник, влажные салфетки, специально разработанные для лежачих больных.

3. Смена положений пациента для уменьшения давления на костные выступы и улучшения кровоснабжения тканей: для лиц с высоким риском развития пролежней - каждые 2 ч днем и 3,5 ч ночью; с очень высоким риском - каждые 1-1,5 ч днем и 2,5-3 ч ночью. Устранение непрерывного давления на кожу является ведущим профилактическим фактором в борьбе с пролежнями.

4. Предупреждение грубых сдвигов и трения кожи пациента при его поворотах, перестилании кровати и перемещении.

5. Лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и недержанием мочи следует прибегать к постановке катетера в мочевого пузырь. Применение подгузников у этой категории больных приведет к развитию пролежней.

6. У лиц с очень высоким риском развития пролежней необходимо использовать специальный противопролежневый матрас.

7. Проведение элементов массажа (несколько раз в сутки): поглаживание и легкая вибрация участков кожи, подверженных наибольшему давлению (лопатки, грудной отдел позвоночника, крестец, большой вертел бедренной кости, ягодичы, копчик, пятки) для улучшения кровообращения в данных зонах.

8. Пациенту с инсультом и сниженной чувствительностью в конечностях противопоказано сидеть слишком близко к обогревателям, а в холодную погоду необходимо тщательно согревать ослабленные конечности, надевая дополнительные носки и перчатки.

9. Необходимо ежедневно оценивать питание пациента и следить за хорошей гидратацией.

10. При начале образования пролежня в целях уменьшения прогрессии заболевания необходимо освободить это место кожи от давления и строго соблюдать питьевой режим.

Не следует: сушить пролежни, смазывать их спиртосодержащими растворами, прижигать их, обрабатывать раствором бриллиантовой зелени. Необходимо избегать любого контакта пролежня с пластиком.

Принципы профилактики интертриго

Интертриго/опрелость/потница представляет собой заболевание поверхностного слоя кожи в области естественных складок с интенсивным размножением условно патогенных бактерий - *Pseudomonas aeruginosa*.

Основные факторы, провоцирующие развитие интертриго псевдомонадного: повышенная потливость пациента и повышение температуры в помещении, недостаточный гигиенический уход, ношение малой по размеру, синтетической и слишком теплой одежды, лишний вес и ожирение, аллергические реакции, снижение иммунитета. Наиболее часто интертриго локализуется в области подмышечных впадин, межпальцевых, ягодичных и паховых складок, а также под молочными железами у женщин и на животе у людей с ожирением. В ряде случаев интертриго приобретает кандидозную форму.

Основные меры профилактики опрелостей/интертриго:

- ежедневные гигиенические процедуры в виде промывания естественных складок кожи с последующим их высушиванием;
- после каждой дефекации и мочеиспускания своевременно проводится гигиеническая обработка кожи в области промежности и в естественных складках;
- ежедневно необходимо проводить воздушные ванны для кожи в складках, например лежать с отведенными в стороны и вверх руками, отведенными в стороны ногами;
- между складками кожи можно прокладывать салфетки и валики;
- необходимо использовать только чистое и сухое белье с его регулярной сменой.

Принципы правильного кормления и оценка глотания

Одной из обязательных задач, стоящих перед человеком, ухаживающим за пациентом с инсультом, является ежедневная оценка его пищевого поведения с ведением дневника питания. При этом следует оценивать аппетит, режим и особенности потребления пищи, водный баланс, состояние кожных покровов. В процессе наблюдения за пациентом необходимо своевременно выявлять факторы, которые могут способствовать развитию недостаточности питания: болевой синдром, одышку, когнитивные нарушения, депрессию, тревогу, нарушения глотания, ухудшение общего состояния, тошноту, рвоту, анорексию, запор, лихорадку.

Для оценки риска развития и степени нутритивной недостаточности используют оценочные шкалы и тесты: скрининг нутритивного риска NRS-2002 (Nutritional Risk Screening), шкалу оценки недостаточности питания MUST (Malnutrition Universal Screening Tool), шкалу недостаточности питания MST (Malnutrition Screening Tool).

Выделяют три степени недостаточности питания:

- легкую - индекс массы тела = 18,5-17,0 кг/м²;
- среднюю - индекс массы тела = 16,9-15,5 кг/м²;
- тяжелую - индекс массы
- тела <15,5 кг/м²

Для выявления обезвоживания, отеков и оценки водного баланса необходимо регулярно проводить физикальное обследование пациента и оценивать динамику водного баланса путем контроля суточного диуреза и при возможности периодического его взвешивания.

Во время ухода за пациентом необходимо проводить тщательное наблюдение с целью выявления функциональных или анатомических барьеров в желудочно-кишечном тракте, а также симптомов, влияющих на возможности употребления пищи.

Некоторые предостерегающие знаки и симптомы нарушения глотания (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, затрудненное дыхание или 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 приема пищи или жидкостей.

Выделяют 4 степени выраженности нарушения глотания (дисфагии):

1-я степень - некоторые затруднения при глотании твердой пищи, полутвердая пища проглатывается легко;

2-я степень - затруднения при глотании любой твердой пищи, жидкая пища проглатывается без затруднений;

3-я степень - затруднения возникают при проглатывании жидкой пищи; 4-я степень - невозможно проглотить слюну.

1. Необходим оптимальный подбор позы для наиболее эффективного и безопасного глотания: только сидя с опорой под спину, умеренный наклон головы вперед, поворот в здоровую сторону во время проглатывания.

2. Соблюдение принципов пищевого рациона: пища должна выглядеть аппетитно, теплая пища (комнатной температуры), следует предлагать твердую и жидкую пищу в разное время (тогда пациент не будет поперхиваться), полужесткая пища переносится лучше всего (запеканки, густой йогурт, протертые овощи и фрукты, жидковатые каши).

3. Подбор консистенции пищи: мягкая пища, густое пюре, жидкое пюре; жидкости - консистенция мусса, йогурта, густого киселя, сиропа. Жидкая пища и жидкости, используемые в процессе кормления, могут вызвать аспирацию.

4. Исключение из рациона продуктов, часто вызывающих аспирацию (хлеб, печенье, орехи). Для профилактики аспирации частиц пищи во время еды необходимо поддерживать хорошую гигиену ротовой полости и регулярно очищать ее от скоплений пищи и слюны.

5. При кормлении пищу закладывают с непораженной стороны (пища кладется в ту сторону рта, которая не парализована) небольшими порциями.

6. Обеспечивается контроль за необходимостью использования зубных протезов и их гигиенической обработки.

7. Проводится тщательная ревизия полости рта после окончания каждого кормления.

При наличии у пациента слюнотечения из парализованной половины рта необходимо следить за тем, чтобы лицо было чистым и сухим, при этом возможно смазывание кожи возле рта защитным кремом.

8. Желательно, чтобы после кормления пациент оставался в вертикальном положении в течение 45-60 мин.

9. Перед кормлением через зонд (нарушено глотание) необходимо придать больному возвышенное положение (угол наклона равен 30°, приподнята не только голова, но и плечи) или усадить больного.

10. Энергетическую потребность зондового питания определяют индивидуально (определяется врачом): для поддержания массы тела - 30-35 ккал/кг; для восстановления массы тела - 35-40 ккал/кг; потребность в белках 0,8-1,0 г/кг в сутки.

11. Суточная потребность в жидкости - 30 мл/кг массы тела + 10% при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37 °C).

Для питания пациента с инсультом алиментация должна осуществляться преимущественно на уровне основного обмена - 20-25 ккал/кг.

Потребность в углеводах до 5 г/кг/сут или до 400-500 г/сут.

Потребность в жирах - 1-1,5 г/кг/сут или 80-90 г/сут (не менее трети жиров должны быть растительного происхождения).

Потребность в белке - 1-1,5 г/кг/сут или 80-100 г/сут.

Пациент должен потреблять не менее 30-40 г пищевых волокон в сутки, которыми особенно богаты овощи и фрукты (свекла, слива, черная смородина, яблоки), сухофрукты (чернослив), овсяная и гречневая крупы, сушеные грибы, бобовые (зеленый горошек), хлеб из муки грубого помола. Необходимо соблюдать ежедневный питьевой режим, в частности при питании фруктами, овощами, крупами и легко усвояемым белком необходимо выпивать 1 л чистой воды в сутки. Когда питание состоит из регулярно употребляемого мяса, рыбы, яиц, хлеба, большого количества пряного и острого, то объем выпиваемой чистой воды должен составлять 1,5-2 л в сутки.

Оптимальным количеством суточного употребления чистой воды (не чая, сока или компота) составляет около 30 мл на 1 кг веса человека.

Оптимальным считается четырехразовый режим питания: завтрак, второй завтрак, обед и ужин.

Температура первых блюд не должна превышать 60-65 °С, вторых блюд - 55-60 °С, холодных закусок - 7-14 °С.

Для питания пациента с постинсультной дисфагией 1-2-й степени могут использоваться следующие виды пищи, при этом еда должна очень легко раздавливаться языком: пюре или вареные овощи до очень мягкой консистенции, суп-пюре без добавлений, картофельное пюре, картофельный суп, отварные и протертые овощи, кисель или йогурт, пюре из протертого мяса, мясные муссы (телятина, мясо курицы), филе рыбы без костей, фрукты и фруктовые продукты без кожи и семян (бананы, груши, тушеные яблоки, абрикосы, персики), молочные продукты (сметана, пудинг, мусс, мороженое), натуральный йогурт без кусочков, джемы из фруктов. В ряде случаев необходимо использовать «загустители».

При дисфагии 3-й степени еда должна быть мелко протертой, однородной, мягкой, легко разжевываемой. В пищевом рационе желательно использовать крем-супы без добавок, фруктовые супы, сливки, жидкое картофельное пюре, очень мелко протертые овощи, кисели, фруктовое пюре, соки, заварной крем.

При дисфагии 4-й степени, сохраненной функции желудочно-кишечного тракта и отсутствии противопоказаний рекомендуется зондовое питание, а при его невозможности проводится парентеральное питание и регидратация.

Для пациентов, которые не могут принимать пищу самостоятельно, возможно использовать дополнительные средства малой реабилитации:

- 1) нескользящая салфетка, обеспечивающее стабильное положение посуды во время еды;
- 2) чашки на подставках и кружки с двумя ручками при нарушении хватательного движения парализованной рукой;
- 3) специальные стаканы и чашки, предназначенные для пациентов с нарушением глотания и слабостью или тремором в руке;
- 4) поильник для приема жидкостей или жидкой пищи;
- 5) нагрудники для защиты одежды и белья пациента от загрязнения во время еды; 6) встроенные специальные ручки и фиксирующие ремешки на столовых приборах (ложка, вилка, нож), предназначенные для пациентов с ослаблением хватательного движения пальцев руки; 7) тарелки с дополнительным ограничивающим бортиком, который удерживает пищу при неловких движениях пациента во время еды.

Профилактика запоров

Запором/констипацией считается нарушение деятельности кишечника с задержкой стула более 48 ч или редкий стул с частотой менее одного раза в трое суток. К запорам также можно отнести следующие расстройства: твердый стул, отхождение малого количества кала (менее 100 г), ощущение неполного опорожнения кишечника после акта дефекации, длительный акт дефекации, для которого необходимы дополнительные потужные усилия. Тяжелый запор с формированием плотных затвердевших каловых масс и невозможностью самостоятельной дефекации именуется обстипацией.

К основным причинам развития запоров у пациентов после инсульта можно отнести следующие: снижение перистальтики кишечника, вынужденное резкое снижение общей активности, недостаточное потребление жидкости, недостаточное или неправильное питание, невозможность поддерживать правильную позу при дефекации, отсутствие приватной обстановки, применение некоторых лекарств, снижающих перистальтику кишечника (спазмолитики, антихолинэстеразные препараты).

При нарушении функции тазовых органов в виде недержания мочи и кала необходимо использовать подгузники, которые необходимо менять каждые 3-4 ч и после каждой дефекации.

Основные принципы профилактики запоров:

- необходимо соблюдать режим питания и дефекации, предлагать пациенту посещать туалет в одно и то же время;
- необходимо принимать пищу не реже 5 раз в день;
- наиболее благоприятное время для опорожнения кишечника - утром вскоре после еды (через 30 мин);
- достаточное потребление жидкости (1,5-2 л в сутки);

- из рациона исключаются газированные напитки, которые вызывают вздутие живота;
- увеличение в рационе содержания клетчатки за счет растительной пищи:
- сухофрукты (курага, чернослив, инжир), кисломолочные продукты;
- увеличивая количество клетчатки в диете, следует увеличивать и количество выпиваемой жидкости;
- поддержание двигательной активности и ежедневная программа физических упражнений;
- правильная поза при дефекации: спина прогнута, живот расслаблен, а не втянут, таз наклонен вперед, колени чуть выше бедер, локти по возможности должны упираться в колени;
- медикаментозное лечение запора (клизмы - не чаще двух раз в неделю): глицерол (Глицериновые суппозитории), натрия пико-сульфат (Гутталакс), лактулоза (Дюфалак, Порталак), сенна.

Дополнительные рекомендации по уходу за пациентом с инсультом

1. Пациенту с инсультом необходимо: оказывать психоэмоциональную поддержку и знаки внимания, предпринимать меры по улучшению настроения и увеличению положительных эмоций, убеждать его в том, что, несмотря на состояние здоровья, его по-прежнему любят и ценят. Необходимо мотивировать пациента на активную борьбу с последствиями инсульта и создавать положительный настрой и веру в полное или значительное восстановление утраченных функций. Желательно его регулярно хвалить даже за маленькие успехи на пути к достижению цели.

2. При нарушениях речи необходимо:

1) использовать в общении с пациентом не только речь, но и мимику, прикосновения, жесты, рисунки, картинки;

2) говорить с пациентом медленно, спокойно и негромко, используя короткие фразы;

3) двигаться плавно без резких движений;

4) возможно использование письменного общения;

5) с врачом-логопедом подбирается комплекс необходимых упражнений, за выполнением которых необходимо регулярно следить.

3. Не допускать самостоятельного приема пациентом лекарств, особенно при наличии выраженных нарушений памяти и деменции.

4. Выполнение массажа в качестве постинсультной реабилитации является высокоэффективной методикой и требует прихода на дом соответствующего специалиста.

Самостоятельное выполнение родственниками массажа парализованных конечностей может привести к нежелательным последствиям (повышение мышечного тонуса с увеличением контрактуры и усиление болевого синдрома).

В ряде случаев родственники пациента могут пройти специальное обучение по технике массажа.

Проводится классический массаж парализованных конечностей (поглаживание, растирание, разминание, вибрация) и точечный массаж с использованием биологически активных точек.

Массаж парализованных конечностей, как правило, начинают через 5-10 дней после инсульта в зависимости от состояния больного.

Методики массажа для восстановления после инсульта имеют много особенностей, в частности мышцы-сгибатели в руке расслабляются, а разгибатели - тонизируются; в ноге наоборот - мышцы-сгибатели тонизируются, а разгибатели - расслабляются и растягиваются.

5. В процессе восстановления силы в парализованной руке необходимо дополнительно выполнять комплекс упражнений, направленных на развитие мелкой моторики в пальцах. Данная методика улучшает не только восстановление двигательной функции (сила и координация движений), но также способствует развитию речи и мышления.

6. У большинства пациентов, особенно пожилого и старческого возраста, перенесших инсульт, в последующем отмечается прогрессирующее снижение памяти. Снижению когнитивных функций также способствует постинсультная депрессия, наблюдающаяся более чем у 50% пациентов, перенесших инсульт, особенно в левом полушарии головного мозга. В связи с этим необходимо регулярное выполнение упражнений для укрепления памяти (счет, запоминание слов и картинок, запоминание и воспроизведение стихов и песен, разгадывание головоломок и кроссвордов, изучение иностранного языка и т.д.).

7. Очень важной мерой оценки состояния пациента в динамике является ведение дневника наблюдения. Эта информация позволит врачу, наблюдающему пациента на дому, более целенаправленно подойти к определению лечебной тактики.

Родственник или сиделка, ухаживающие за пациентом с инсультом, ежедневно вносят в дневник наблюдения следующие данные: температуру тела (измеряется утром и вечером); артериальное давление, измеренное на двух руках, пульс и частоту дыхания в минуту (измеряется три раза в день); частоту мочеиспускания и стула за сутки; наличие и локализацию пролежней.

Для объективной динамической оценки уровня бытовой активности в повседневной жизни может использоваться **шкала Бартел**.

Для оценки риска развития пролежней наиболее популярной является **шкала Нортон**.

Объективизация нарушений когнитивных функций производится с помощью краткой шкалы оценки психического статуса. лечебная гимнастика и восстановление двигательной активности

Чтобы успешнее оказывать помощь при реабилитации пациента с инсультом, родственникам и другим лицам, ухаживающим за больным, необходимо пройти краткий курс обучения или получить необходимые рекомендации у врача или методиста по лечебной гимнастике и кинезотерапии.

Пассивные упражнения начинают на 3-4-й день, в том числе при полном отсутствии движений на стороне парализованных конечностей. В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений артериального давления.

В более позднем периоде, при стабильных показателях артериального давления лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходят к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур.

Активные движения выполняют в первую очередь здоровой конечностью. При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая идеомоторная гимнастика) способствует появлению активных движений.

При грубых парезах активную гимнастику начинают с упражнений статичного характера (удержание конечности над опорой).

Специальную реабилитационную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями.

Дыхание оказывает влияние на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе - снижается. Лечебную гимнастику проводят непродолжительное время (15-20 мин) несколько раз в день (каждые 3-4 ч).

Желательно все движения выполнять плавно, без причинения болевых ощущений пациенту, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса и увеличению контрактур. Через 3-4 нед от начала заболевания, с учетом общего состояния и цифр артериального давления, постепенно переходят к восстановлению навыков ходьбы.

После восстановления ходьбы врач лечебной физкультуры подбирает новый индивидуальный комплекс упражнений, а также определяет интенсивность и частоту тренировок, учитывая общее состояние и особенности функционирования сердечно-сосудистой системы у конкретного пациента.

К общим правилам лечебной физкультуры после инсульта на этапе восстановления функции ходьбы можно отнести следующие:

- до и после тренировки измеряется артериальное давление и пульс;
- перед началом упражнений обязательно выполняется разминка;
- все движения выполняются плавно с исключением быстрых наклонов и подъемов туловища, а также резких поворотов и наклонов головой;
- во время выполнения упражнений нельзя задерживать дыхание и натуживаться;
- не рекомендуется резкое прекращение тренировки, за исключением случаев ухудшения самочувствия и появления головокружения и общей слабости;
- во время тренировки можно пить воду мелкими глотками для исключения обезвоживания организма, которое может вызвать снижение артериального давления и ухудшение работы сердца;
- самостоятельные тренировки не рекомендуются, выполнение упражнений и общее состояние пациента необходимо контролировать кому-либо из родственников или методисту лечебной физкультуры.

Выход из постельного режима нужно осуществлять постепенно и только по согласованию с врачом.

Сначала учат больного садиться, потом делать гимнастику для ног, далее вставать и только затем - ходить.

Последовательность увеличения двигательных возможностей пациента после инсульта выглядит следующим образом:

Сначала необходимо помогать ему садиться; потом ему нужно научиться сидеть в постели, для чего желательно снабдить кровать специальными приспособлениями, чтобы пациент мог сесть без помощи ухаживающего лица; далее обучают пациента спускать ноги с кровати и пересаживаться на стоящий рядом стул или кресло-каталку.

Далее последовательно и постепенно проводится обучение пациента: стоять, переносить тяжесть тела с одной стороны тела на другую, делать шаги на месте.

Для обучения ходьбе можно использовать специальные ходунки, при этом необходимо находиться рядом с больным со стороны его парализованных конечностей.

Для повышения двигательной активности пациента, перенесшего инсульт, необходимо использовать принципы и возможности кинестетики (учение о двигательных ощущениях), которая помогает использовать собственные двигательные ресурсы для обеспечения высокого уровня самоконтроля при небольших усилиях.

Использование принципов кинестетики позволяет осуществлять более рациональное и безопасное передвижение пациента и ухаживающего лица в пространстве за три этапа:

- 1) перенос веса массы тела так, чтобы другая масса тела освободилась от веса;
- 2) освобожденная от веса масса тела переносится на новое место;
- 3) на новом месте вес тела должен распределяться между массами так, чтобы был найден баланс, позволяющий находиться телу пациента в стабильном устойчивом положении.

Шкала Нортон

Шкала оценки степени развития пролежней, которая сегодня называется шкала Нортон, была создана в 1962 году. Она названа в честь британской медсестры Дорин Нортон, которая использовала различные исследования для лечения и профилактики пролежней.

Начиная с 2002 года методика рекомендуется Международной организацией здравоохранения, как обязательная норма в медучреждениях.

Шкала Нортон			
Факторы риска развития пролежней	Варианты	Значения (в баллах)	Результат пациента
Физическое состояние	отлично	4	
	удовлетворительно	3	
	плохо	2	
	очень плохо	1	
Умственные способности	ясный ум	4	
	апатия	3	
	в замешательстве	2	
	тупоумие	4	
Активность	ходьба без поддержки	4	
	ходьба с поддержкой	3	
	прикован к инвалидному креслу	2	
	лежачий больной	1	
Подвижность	полная	4	
	несколько ограниченная	3	
	очень ограниченная	2	
	абсолютная неподвижность	1	
Недержание	нет	4	
	иногда	3	
	моча	2	
	кал и моча	1	

Расшифровка результатов после оценки пациента

Чем меньше баллов получает пациент при оценке по шкале, тем выше риск появления повреждений.

Для оценки пациента по методике необходимо проставить баллы по всем 5 пунктам и сложить их.

После этого полученное количество баллов сверяется со шкалой:

- 14 и выше — низкий риск образования пролежней;

- 12-14 — есть риск;
- менее 12 баллов — высокий риск.

Шкала Ватерлоу

Шкалу Ватерлоу для оценки степени риска развития пролежней была создана в 1985 году. Методика подходит для оценивания всех категорий пациентов. Чем больше баллов получает пациент в момент оценивания, тем выше у него вероятность образования повреждений.

Шкала Ватерлоу			
Факторы	Варианты	Значения в баллах	Результат пациента
Пол	Мужчина	1	
	Женщина	2	
Возраст	14 – 49 лет	1	
	50 – 64 года	2	
	65 – 75 лет	3	
	75 – 80 лет	4	
	81 год и более	5	
Индекс массы тела ($\text{Масса}/\text{Рост}^2$ – масса тела (кг), разделенная на рост в квадрате (метры))	от 20 до 24.9 — нормальный	0	
	от 25 до 29.9 — выше нормы	1	
	от 30 и больше — ожирение	2	
	20 и меньше — ниже нормы	3	
Питание	масса снизилась до 5% в течение трех месяцев или полугода	0	
	масса снизилась на 5-10%	1	
	масса снизилась более чем на 10%	2	
	пациент не ел более 5 дней	2	
Кожа	здоровая	0	
	истонченная	1	
	сухая	1	
	отечная	1	
	холодный пот или температура	1	
	бледная с синяками и потеками крови	2	
	поврежденная	3	
Недержание	нет	0	
	только моча	1	
	только кал	2	
	моча и кал	3	
Подвижность	полная	0	
	двигается неохотно	1	
	ограничена частично	2	
	ограничена	3	
	лежачий пациент	4	
	инвалидное кресло (пациент самостоятельно не передвигается)	5	
Нарушения сосудов и органов	нарушения работы сердца, почек, легких или сердечная /почечная/легочная недостаточность	5	
	болезни сосудов	5	
	повреждения внутренних органов или кахексия	8	
Хирургические вмешательства	неподвижность во время операции длительностью более шести часов	8	
	ортопедические вмешательства, операции на позвоночнике или в нижней части туловища	5	
	неподвижность во время операции длительностью менее двух часов	5	

Неврологические заболевания	диабет, склероз, нарушенный мозговой кровоток, моторный или сенсорный паралич нижних конечностей	4-6	
Особые факторы	малокровие или анемия	2	
	курение	1	
Принимаемые лекарства	цитостатические препараты, противовоспалительные средства, прием стероидов длительное время или в высокой дозировке	4	

Расшифровка результатов

Шкала Ватерлоу подходит для применения в медучреждениях, а также успешно используется для оценки риска развития пролежней у малоподвижных пациентов, которые пребывают на домашнем лечении. Все 11 пунктов из таблицы оцениваются конкретным баллом, а полученные баллы складываются вместе и расшифровываются.

Риск развития пролежней согласно шкале Ватерлоу:

- 0-9 баллов — нет;
- 10-14 баллов — есть вероятность;
- 5-19 баллов — высокая вероятность;
- 20 и более баллов — чрезвычайно высокая вероятность.

Шкала Брейдена

Двумя годами позже после создания шкалы Ватерлоу, в 1987 году, Барбара Брейден и Нэнси Бергстром создали шкалу Брейден. Такая методика используется для определения риска развития пролежней в домашних условиях, но и применяется в сфере хирургии, отделениях реанимации и интенсивного терапевтического лечения и различных медицинских организациях.

Шкала Брейдена

Фактор	Варианты оценки			
	1	2	3	4
Тактильная восприимчивость	Сильно ограничена (пациент не реагирует даже на боль)	Значительно ограничена (пациент реагирует только на болевые ощущения)	Умеренно ограниченная	Нет нарушений
Влажность кожи	Постоянно влажное состояние	Сильная влажность	Иногда влажная	Редко влажная
Физическая активность	Кровать	Кресло	Редкая ходьба	Частая ходьба
Мобильность	Полная неподвижность	Ограниченность подвижности	Умеренная ограниченность подвижности	Не ограничена
Питание	Очень плохое	Плохое	Нормальное	Отличное
Трение и скольжение кожи	Существенно снижено	Немного снижено	Отличное	Отличное

Расшифровка результатов

Каждый из шести показателей шкалы Брейдена оценивается согласно значениям, указанным в таблице. После присвоения оценок баллы складываются, а полученное количество баллов расшифровывается следующим образом:

- 19 баллов и более — низкий риск развития пролежней;
- 17-18 баллов — средний риск развития пролежней;
- 16 баллов и менее — высокий риск.