

# Здоровья Вам!

## Восстановление памяти и речи после ОНМК

Важное место в реабилитации больных с ОНМК занимает восстановление памяти. Сначала такие занятия проводит помощник, затем сам больной. Занятия с помощником подразумевают игры. Очень полезны так называемые «пальчиковые игры», то есть игры, где вместе с произношением надо подключить и загибание пальцев (например «Сорока-воровка»). Подобным образом можно «разыгрывать» практически любые стишки, сопровождая их чтение различными движениями пальцами (можно сжимать пальцы в кулаки, хлопать в ладоши, щелкать ими и т. д.). Эти занятия оказывают комплексное воздействие: больной вместе заучивает стишок наизусть (это упражнение для памяти), старается правильно, в соответствии с произносимыми словами, повторять все жесты (это тренирует внимание), а все манипуляции, которые производятся с его пальцами (поочередное их сгибание, легкое поглаживание, растирание), оказывают сильное стимулирующее воздействие на восстановление речи, т. к. на пальцах рук располагаются точки, непосредственно связанные с речевыми центрами головного мозга. Многие упражнения, направленные на

восстановление интеллектуальных способностей, можно проводить с больным «без отрыва от производства». Например, во время уборки в его комнате, за едой, в ванной можно играть с ним «в слова». Вариантов этой игры существует великое множество. Например, игра в «грузить пароход». Правила просты: помощник и больной поочередно «нагружают пароход» всеми пришедшими на ум предметами, название которых начинается с буквы «А» (или «Т», или «Ю»). Выигравших в этой игре нет, главное – процесс. Другой известный вариант – игра «в города». По ходу дела задание

можно усложнять: например, называть города только какой-то одной страны или континента. Можно играть в синонимы или антонимы (т. е. подбирать слова со сходным или противоположным значением), сочинять короткие стишки (строчку – помощник, строчку – пациент). Игры – хорошая вещь. Но вместе с играми необходимо активизировать и реальную память человека. Просите его вспомнить и рассказать о детстве, о юности, о событиях взрослого периода жизни и пр. Пусть попытается вспомнить стихи или иностранный язык, который он когда-то учил. Пусть в деталях

описет события вчерашнего дня. Пусть больной читает не только сложные тексты, написанные крупными буквами (рекомендуются детские сказки). После прочтения необходимо задавать больному вопросы по содержанию текста. Самому больному рекомендуется: вечером, перед сном, вспоминать события дня; по воскресеньям вспоминать не только события дня, но и недели; в конце месяца – события месяца; в конце года – события года. Вспоминать рекомендуется спокойно, как посторонний наблюдатель; ежедневно играть в шахматы, учить стихи – это увеличивает объем памяти на 30

процентов. Причем не надо стараться заучивать все сразу, можно использовать метод, по которому в древней Индии ученики мудрецов запоминали строки священных Вед: в первый день ученику говорили первую строку, он ее повторял и запоминал. На второй день ему говорили первую и вторую строки, он их повторял и запоминал. На третий день говорили первую, вторую и третью строки, он их повторял и запоминал, и так далее; несколько секунд смотреть на пейзаж, потом отвернуться, постараться вспомнить все, что было увидено; составлять (не разгадывать, а именно создавать) кроссворды, сканворды, загадки и пр.; вспоминать события двух-, трех-годичной давности. Упражнения выполнять ежедневно.

**На первых порах вспоминаются лишь некоторые события, но отступать нельзя, и однажды память «сдастся»: без труда вспомнится любой день жизни, все те места, в которых бывали, все люди, которых знали, все разговоры, которые были...**

## Профилактика инсульта: НЕМЕДЛЕННО САДИМСЯ НА ДИЕТУ!



Правильное питание – это один из важнейших пунктов в перечне мер профилактики инсульта. Соблюдение бессолевой диеты, замена животных жиров на растительные существенно снижают риск возникновения инсульта. Диета, исключающая из рациона жиры животного происхождения, позволяет существенно снизить уровень холестерина в крови, что благотворно сказывается на здоровье человека. Если Вы оказались в группе риска, врач непременно предпишет Вам строгую диету. Но отчаиваться не стоит. Любимое Вами сливочное масло без

труда можно заменить маргаринами нового поколения, растительными маслами первого холодного отжима (оливковым, льняным, тыквенным, подсолнечным и др.). Американские исследователи установили: уменьшение количества соли в ежедневном рационе даже на 25% существенно снижает вероятность инсульта. Так что слегка подсаливать еду все-таки можно. Вы любите побаловать себя копченой колбаской, вяленой рыбой, солеными грибочками? Увы, потребление всей этой вкуснятины придется существенно ограничить. А если Вы уже

перенесли инсульт, Вам лучше совсем отказаться от этих деликатесов. Также из рациона придется исключить селедку, маринованные огурцы, консервы, бананы, курага, морковь, капуста, картофель, редька и соки из этих овощей и фруктов. Для всех гипертоников, а особенно тех, кто перенес инсульт, лишние килограммы – лишние заботы. **ПРИВЕДИТЕ СВОЙ ВЕС В НОРМУ!** **ОТКАЖИТЕСЬ** от высококалорийной и легко усваиваемой пищи: мучных блюд, печенья, сдобы, варенья, конфет. Замените белый хлеб на черный или отрубной, картошку – на капусту,

манную кашу – на овсяную или гречневую. **И БОЛЬШЕ ДВИГАЙТЕСЬ!** Полезны прогулки на свежем воздухе. Больным, пережившим инсульт, жизненно необходима лечебная гимнастика. Вот только один совет: уровень физических нагрузок обязательно согласуйте с врачом!

М. В. Самсонникова, врач-невролог неврологического отделения для больных с ОНМК, ЯОКБ

## Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) представляют собой группу синдромов, развивающихся вследствие острого расстройства кровообращения головного мозга. Возникают при склеротических поражениях крупных и мелких сосудов, при заболеваниях сердца, при нарушении свертываемости крови и др. Около 2/3 нарушений кровообращения происходит в бассейне сонных артерий, и 1/3 в вертебробазиллярном бассейне.

ОНМК, вызывающие стойкие неврологические нарушения, носят название инсульта, а в случае улучшения состояния в течение суток синдром классифицируют как транзиторную ишемическую атаку. Различают ишемический инсульт (инфаркт мозга) и геморрагический инсульт (внутричерепное кровоизлияние).

**Ишемический инсульт и транзиторная атака** возникают в результате критического снижения или прекращения кровоснабжения участка мозга.

**Геморрагические инсульты** возникают в результате разрыва патологически измененных сосудов мозга с образованием кровоизлияния в ткань мозга (внутри мозговое кровоизлияние) или под мозговой оболочкой.

Клинические инсульты могут проявляться очаговой симптоматикой (характеризующейся нарушением определенных неврологических функций в соответствии с местом (очагом) поражения мозга в виде параличей конечностей, нарушений чувствительности, слепоты на один глаз, нарушений речи и др.; общемозговой симптоматикой (головная боль, тошнота, рвота, угнетение сознания); менингеальными знаками (напряженность шейных мышц, светобоязнь и др.). Как правило, при ишемических инсультах общемозговая симптоматика отсутствует или слабо выражена, а при внутричерепных кровоизлияниях хорошо выражена общемозговая и нередко менингеальная. Диагностика инсульта осуществляется на основании



Врачи-неврологи М. В. Самсонникова, А. В. Абросимов; врач-анестезиолог-реаниматолог А. А. Бобышкин на обходе

клинического анализа характерных клинических синдромов – очаговых, общемозговых и менингеальных признаков – их выраженности, сочетания и динамики развития, а также наличия факторов риска развития инсульта. Достоверная диагностика характера инсульта в остром периоде возможна с применением МРТ- или КТ-томографии головного мозга. Лечение инсульта необходимо начинать максимально рано. Оно включает в себя базисную и специфическую терапию. К базисной терапии инсульта относят нормализацию дыхания, сердечно-сосудистой деятельности (в частности, поддержание оптимального АД), борьбу с отеком головного мозга и внутричерепным повышением давления, судорогами, различными осложнениями.

Специфическая терапия с доказанной эффективностью при ишемическом инсульте зависит от времени с начала заболевания. Она включает в себя проведение по показаниям внутривенного растворения тромба (тромболиза) в первые 3 часа от момента появления симптомов или внутриартериального тромболиза в первые 6 часов и/или назначение аспирина, а в некоторых случаях, препаратов, понижающих свертываемость крови. Специфическая терапия кровоизлияния в мозг с доказанной эффективностью включает в себя поддержание оптимального АД. В ряде случаев применяются хирургические методы.

**Инсульты характеризуются склонностью к рецидивам.** Профилактика инсульта заключается в устранении или коррекции

факторов риска (таких, как артериальная гипертензия, курение, избыточный вес, повышенный холестерин и др.), дозированных физических нагрузках, здоровом питании, хирургической коррекции грубых сужений – стенозов.

**Когда необходимо заподозрить инсульт?**

– При развитии у пациента внезапной слабости или потери чувствительности на лице, руке или ноге, особенно, если это на одной стороне тела.  
– При внезапном нарушении зрения или слепоте на один или оба глаза.  
– При развитии затрудненной речи или понимания слов и простых предложений.  
– При внезапном развитии головокружения, потери равновесия или расстройства координации движений, осо-

бенно при сочетании с другими симптомами, такими, как нарушенная речь, двоение в глазах, онемение или слабость.

– При внезапном развитии у пациента угнетения сознания вплоть до комы с ослаблением или отсутствием движений в руке и ноге одной стороны тела.

– При развитии внезапной, необъяснимой, интенсивной головной боли.

А. В. Абросимов, заведующий неврологическим отделением для больных с острым нарушением мозгового кровообращения, врач-невролог первой категории, ЯОКБ



В нашей больнице работает справочно-информационная служба. Телефон: **24-84-61**

Полную информацию о нашей больнице смотрите на сайте **www.yrh.yar.ru**

В рубрике «Женская страничка» открыты новые разделы.

По телефону Вы можете узнать порядок записи на консультацию к специалистам в поликлинику, порядок госпитализации в стационар, необходимые больничные телефоны и другую полезную информацию.

Руководители О. П. Белокопытов, Г. В. Костина. Редактор, администратор В. А. Радовская. Фото В. А. Радовская. Техническая поддержка В. Ю. Маслов. Дизайн Г. И. Радовский.



Газета «Здоровья Вам!» зарегистрирована в Верхне-Волжском межрегиональном территориальном управлении МПТР России, 170000, г. Тверь, ул. Новоторжская, 6. Регистрационный номер ПИ № 5-0485 от 5 июня 2002 г. Распространяется бесплатно

Учредитель: Государственное учреждение здравоохранения Ярославской области Областная клиническая больница, 150062, г. Ярославль, ул. Яковлевская, 7, телефон: 24-47-79. Главный редактор – главный врач ЯОКБ О. П. Белокопытов. Ответственный редактор В. А. Радовская, фото В. А. Радовская

Отпечатано в типографии «Printex» ООО «Рико Экспресс» Тираж 10 000

# Диагностика ОНМК при помощи лучевых методов исследования

**Цели диагностики:** подтвердить диагноз инсульта; дифференцировать ишемический и геморрагический типы инсульта, а также подтипы ишемического инсульта для начала лечения в 3–6 часов от начала инсульта («терапевтическое окно»); определить показания к медикаментозному тромболизису в первые 1–6 часов от начала инсульта; определить пораженный сосудистый бассейн, размеры и локализацию очага поражения мозга, выраженность отека мозга, наличие крови в желудочках, выраженность смещения срединных структур мозга.

## Методы обследования

Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга являются методами достоверной диагностики инсультов. Эти обследования проводятся с целью отличить инсульт от иных заболеваний (в первую очередь, от объемных процессов); для дифференциации ишемического и геморрагического характера инсульта; для уточнения размеров, локализации инсульта, выявления кровоизлияния в желудочки мозга; для выявления сужения и закупорки мозговых артерий; для выявления аневризм и кровоизлияний; для диагностики специфических заболеваний сосудов; для диагностики тромбозов вен и венозных синусов.

Обычно КТ является более доступным методом из-за большей оснащенности этими аппаратами нашего здравоохранения. Диагностические возможности современных МРТ-томографов колоссальны: они могут показать не только анатомические и функциональные изменения головного мозга, но и оценить химические сдвиги в веществе мозга при патологических процессах, что невозможно при других методах лучевой диагностики, но таких аппаратов слишком мало. КТ имеет некоторое преимущество при исследовании костных структур, лучше выявляет свежее кровоизлияние, в то время как МРТ более подходит для оценки структурной патологии головного мозга.

Рентгеновская компьютерная томография – томографический (послойный) метод ис-



Обследование на томографе проводят врачи-рентгенологи Э. В. Мордвинова и А. А. Степанков

следования с использованием рентгеновского излучения, являющийся сегодня одним из самых эффективных методов лучевой диагностики.

Компьютерная томография произвела революцию не только в рентгенологии, но и в медицинской диагностике в целом. С ее изобретением у врача впервые появилась возможность увидеть анатомические структуры органов диаметром всего несколько миллиметров.

Компьютерная томография может применяться для диагностики очень широкого спектра заболеваний. Первой областью, где стали активно использоваться компьютерные томографы, стала неврология и нейрохирургия. Впервые врачи получили возможность заглянуть в головной мозг живого человека. Позднее компьютерные томографы стали использовать для диагностики заболеваний легких и органов брюшной полости. В настоящее время компьютерная томография широко применяется также для исследования мочевого пузыря, костей и суставов, позвоночного столба, последние поколения томографов позволили исследовать сердечно-сосудистую систему.

С 1988 г. в клиническую практику внедрена спираль-

ная компьютерная томография. В отличие от шаговой, где источник излучения вращается вокруг неподвижного в момент сканирования пациента, при спиральной КТ излучатель непрерывно движется вокруг пациента одновременно с поступательным движением стола с пациентом в горизонтальной плоскости вдоль оси вращения излучателя. В этом случае траектория движения рентгеновской трубки относительно пациента имеет форму спирали. Технология спиральной томографии позволила значительно сократить время, затрачиваемое на исследование, и существенно уменьшить лучевую нагрузку на пациента; кроме того, появилась возможность получения информативных 3-мерных изображений, виртуальной эндоскопии, томографического исследования сосудов (КТ-ангиография).

В дальнейшем техническое усовершенствование томографических аппаратов шло по различным направлениям, в том числе по пути увеличения количества детекторов: в 1992 году появились первые двухспиральные томографы (с двумя рядами детекторов), а в 1998 году – четырёхспиральные. Было ускорено и вращение рентгеновской трубки – от

нескольких секунд за оборот до двух оборотов в секунду. К 2004–2005 гг. количество одновременно выполняемых спиралей увеличилось до 32–64. Новые аппараты получили название мультиспиральных. Преимущества мультиспиральной КТ перед моноспиральной очевидны: это значительное увеличение скорости сканирования, зоны анатомического охвата за одно и то же время сканирования при существенном уменьшении лучевой нагрузки на пациента, увеличение пространственного разрешения и контрастности разрешений получаемых изображений, более эффективное использование рентгеновской трубки.

При МСКТ одновременно исследуется объект на большом протяжении (до 1 метра), что открывает новые перспективы в КТ-ангиографии, позволяя охватить сосудистое русло на значительном протяжении за короткое время сканирования. Специальные программы обработки информации дают возможность получать изображения не только сосудов, но и атеросклеротических бляшек, тромбов, в том числе

изображений кровеносных сосудов; на основе которой посредством компьютерной обработки строится трёхмерная модель кровеносной системы.

**Преимущества метода:** исключён риск возникновения осложнений от хирургических манипуляций, необходимых при обычной ангиографии. КТ-ангиография, кроме того, позволяет уменьшить лучевую нагрузку на пациента.

## Безопасна ли компьютерная томография?

Так как метод основан на использовании рентгеновских лучей, то понятно, что при исследовании пациент получает определенную дозу облучения, поэтому все КТ-исследования проводятся по строгим клиническим показаниям. Есть очень небольшой риск осложнений при внутривенном вливании контрастных веществ. Пациент должен предупредить врача, если у него есть аллергия на лекарства, если он страдает диабетом, астмой, заболеваниями сердца и щитовидной железы.

**Рентгеновский мультиспиральный компьютерный томограф «Aqilion 64» фирмы Тошиба (Япония), установленный в Ярославской областной клинической больнице, является аппаратом экспертного класса с высокой скоростью сканирования, позволяющий получать изображения высочайшего качества в сочетании с низкой дозовой нагрузкой, что обеспечивается наличием 64-х рядов детектора. «Aqilion 64» имеет совершенный программный комплекс, включающий, наряду с общепринятыми методиками, динамические методики сканирования, программы для виртуальной эндоскопии и мощный пакет программ кардиологических исследований, том числе КТ-коронарографию.**

А. А. Степанков, заведующий рентгенологическим отделением ЯОКБ, врач-рентгенолог высшей категории;

Э. В. Мордвинова, врач-рентгенолог высшей категории

# Уход за больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, одно из самых тяжелых заболеваний нервной системы. По статистике, острые нарушения мозгового кровообращения среди причин смертности занимают третье место после болезней сердца и онкологических заболеваний и случаются ежегодно у 25 из каждых 10000 человек.

Инсульты условно можно разделить на кровоизлияние в мозг и инфаркт мозга. В первом случае причиной служит разрыв сосуда, во втором – закупорка сосуда тромбом либо спазм сосудистой стенки. Чаще всего инсульты возникают у пожилых людей на фоне повышенного АД, распространенного атеросклероза, сахарного диабета. Однако в последнее время наметилась тенденция к омоложению данной патологии, что связывают с неблагоприятной экологической обстановкой, стрессами, злоупотреблением алкоголем, курением. Клиническая картина заболевания достаточно многообразна и зависит от расположения и размеров очагов поражения в головном мозге.

У большинства больных даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи сохраняются нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта, памяти. Необходимо отдавать себе отчет в том, что больному, перенесшему ОНМК, желательно получить квалифицированное лечение в специализированном неврологическом отделении. Исключительно важны и повторные курсы реабилитационной терапии, не реже одного раза в год. Только в клинических условиях возможен проведение интенсивной терапии, применение современных нейрореабилитационных методик, гипербарической оксигенации, электро-нейростимуляции, рефлексотерапии, физиотерапии, магнитотерапии, а также регулярные занятия с логопедом, психологом. Находясь в стационаре, больной проходит детальное обследование при помощи различных инструментальных и лабораторных методов, его консультируют врачи-специалисты. Тщательное клиническое обследование позволяет скорректировать проводимую терапию, вырабатывать ясные рекомендации по дальнейшему ведению больного, что значительно снижает вероятность возникновения повторных инсультов. Уход за больным могут осуществлять родственники и курирующий больного на дому средний медицинский персонал. Прежде всего, необходимо контролировать показатели АД, пульса боль-

ного и следить за строгостью приема рекомендованных медикаментозных препаратов. Важным моментом в уходе является контроль за температурой тела, количеством выделяемой мочи и регулярностью стула. Для этого следует завести специальную тетрадь, в которой scrupulously отражать динамику изменения этих показателей жизнедеятельности, т. е. это важно для коррекции проводимой терапии. При задержке стула более трех дней необходимо сделать очистительную клизму. В случае задержки мочи и повышения температуры необходимо срочно сообщить об этом лечащему врачу. Комната, в которой находится больной, должна быть светлой, защищенной от шума. В помещении желательно проводить влажную уборку 1–2 раза в день, регулярно проветривать, избегая при этом сквозняков. Оптимальная температура воздуха д. б. +18–22° С. Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Наиболее гигиеничен и удобен поролоновый матрац. Если больной не контролирует свои физиологические отправления, на матрац, под простыню, кладут клеенку или надевают на пациента памперс. При смене постельного белья, которую надо производить по мере необходимости, больного осторожно поворачивают на край постели, старую простыню сворачивают, как бинт, а на освободившуюся часть кровати застилают свежую, куда и «перекатывают» больного. Целесообразно по несколько раз в день проводить с больными дыхательную гимнастику. Наиболее простые из дыхательных упражнений, выполняемые даже ослабленными больными, – это надувание воздушных шариков, резиновых игрушек. С целью профилактики пролежней и застойных

явлений в легких больного необходимо переворачивать в постели каждые 2–3 часа, проводить массаж с легким постукиванием часообразно согнутой ладонью по боковым отделам грудной клетки и под лопатками. В случае, если больной не имеет возможности самостоятельно передвигаться, необходимо регулярно, 2–3 раза в день, его умыть, внимательно наблюдать за состоянием видимых слизистых оболочек и кожных покровов, регулярно обтирать тело при помощи влажного полотенца, смоченного в слабом мыльном растворе с дальнейшим протиранием насухо. Следует также иметь подкладное судно и мочеприемник. Особое внимание надо уделять туалету полости рта и области промежности. Для профилактики конъюнктивитов рекомендуется закапывать в глаза 2–3 раза в неделю раствор альбуцида. При малейших признаках мацерации (покраснения кожных покровов) проводить санитарную обработку кожи при помощи маэри, смоченной раствором марганцовки либо камфорного спирта. Для профилактики пролежней можно просушивать участки с мацерацией при помощи фена, также применять специальные противопролежневые надувные круги и матрацы. При возникновении пролежней можно рекомендовать облепиховое масло.

Постельный режим – не препятствие для активизации больных. Прежде всего, с целью профилактики контрактур, необходимо придавать парализованным конечностям в течение 1–2 часов в сутки специальное положение. Руку выпрямляют в локте и отводят в сторону на приставленный к кровати пуфик или стул под углом в 90 градусов, под мышку кладут ватный валик, пальцы максимально разгибают, а для фиксации

руки в нее кладут мешочек с песком весом 0,5 кг. Парализованную ногу сгибают под углом 10–15 градусов в коленном суставе, подкладывая согнутой ладонью по боковому отделам грудной клетки и под лопатками. В случае, если больной не имеет возможности самостоятельно передвигаться, необходимо регулярно, 2–3 раза в день, его умыть, внимательно наблюдать за состоянием видимых слизистых оболочек и кожных покровов, регулярно обтирать тело при помощи влажного полотенца, смоченного в слабом мыльном растворе с дальнейшим протиранием насухо. Следует также иметь подкладное судно и мочеприемник. Особое внимание надо уделять туалету полости рта и области промежности. Для профилактики конъюнктивитов рекомендуется закапывать в глаза 2–3 раза в неделю раствор альбуцида. При малейших признаках мацерации (покраснения кожных покровов) проводить санитарную обработку кожи при помощи маэри, смоченной раствором марганцовки либо камфорного спирта. Для профилактики пролежней можно просушивать участки с мацерацией при помощи фена, также применять специальные противопролежневые надувные круги и матрацы. При возникновении пролежней можно рекомендовать облепиховое масло.

Желательно кормить больного 4–5 раз в день с основной калорийной нагрузкой в утренние и дневные часы. В любом случае, если произошел инсульт, следует помнить, что часть клеток мозга, нейронов, погибли, и вопрос о полном восстановлении утраченных функций, несмотря на большие компенсаторные возможности головного мозга, весьма проблематичен. Восстановление же утраченных навыков чаще всего занимает длительный промежуток времени и требует, наряду с применением соответствующих медикаментозных препаратов, грамотного ухода за больным и его собственного желания жить полноценной жизнью. Успех восстановительного лечения связан с процессом обучения, следовательно, как и в школе, могут попадаться способные и менее способные, активные и пассивные пациенты.

**Помочь больному в обучении – основная задача медперсонала и социально значимых лиц, но следует помнить, что только активная жизненная позиция самого больного, слаженные действия пациента и медперсонала способны свести к минимуму последствия перенесенного недуга.**

Следует знать, что у больных, перенесших инсульт, заостряются характерологические особенности личности. Они могут становиться плаксивыми и пассивными или, наоборот, грубыми и раздражительными. Значительно страдает память, особенно плохо больные запоминают текущие события, в то же время избегают конфликтов, обязательно соблюдают режим. Хорошо рассказывать больному о себе, близких, пытаться общаться с ним на различные темы, просить рассказать о своих желаниях, называть окружающие предметы, правильно выговаривая слоги и звуки; читать больным газеты, книги, просить пересказать прочитанное. **Здоровый психологический климат в семье – залог успешного восстановления утраченных функций.**

Важным моментом реабилитации является правильное кормление больного. Калорийность диеты должна быть снижена до 2200–2500 ккал в сутки, в основном за счет углеводов и животных жиров; употребление мучных продуктов, сахара следует резко снизить, стараться давать больше овощей и фруктов, исключить из рациона соленую, острую, жареную пищу. Желательно кормить больного 4–5 раз в день с основной калорийной нагрузкой в утренние и дневные часы. В любом случае, если произошел инсульт, следует помнить, что часть клеток мозга, нейронов, погибли, и вопрос о полном восстановлении утраченных функций, несмотря на большие компенсаторные возможности головного мозга, весьма проблематичен. Восстановление же утраченных навыков чаще всего занимает длительный промежуток времени и требует, наряду с применением соответствующих медикаментозных препаратов, грамотного ухода за больным и его собственного желания жить полноценной жизнью. Успех восстановительного лечения связан с процессом обучения, следовательно, как и в школе, могут попадаться способные и менее способные, активные и пассивные пациенты.

**Помочь больному в обучении – основная задача медперсонала и социально значимых лиц, но следует помнить, что только активная жизненная позиция самого больного, слаженные действия пациента и медперсонала способны свести к минимуму последствия перенесенного недуга.**