

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Клинических дисциплин

**РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С
ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051504
Яценко Екатерины Александровны

Научный руководитель
преподаватель Бахристова Т.В.

Рецензент
врач общей практики
ОГБУЗ «Городская поликлиника
г. Белгорода» поликлиническое
отделение №8
Прощай А.В.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ	6
1.1. Понятие, классификация острых нарушений мозгового кровообращения	6
1.2. Факторы риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения.....	12
1.3. Проблемы пациентов с инсультом, лечение, профилактика и сестринский уход.....	16
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ.....	23
2.1. Методика исследования	23
2.2. Результаты собственного исследования.....	23
2.3. Рекомендации.....	35
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	38
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	40
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	45

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования продиктована, тем, что инсульт имеет чрезвычайную медико-социальную значимость в современном обществе и является одной из ведущих причин инвалидизации трудоспособного населения.

Инсульт занимает 2-3 место в структуре общей смертности населения в большинстве стран, в России – 2-е место, уступая лишь сердечно-сосудистым патологиям.

Острые нарушения мозгового кровообращения – одна из основных причин заболеваемости и смертности во всем мире. По данным ВОЗ, ежегодно инсульт развивается не менее чем у 5,6–6,6 млн. человек, а третья часть перенесших инсульт людей трудоспособного возраста умирает [23, с. 56]. В России ежегодно регистрируют более 400 тыс. случаев инсульта. В Белгородской области общая заболеваемость острыми нарушениями мозгового кровообращения за 2017 год составила 5 027 человек, то есть 396,4 случаев на 100 000 населения.

Хорошо известно, что с возрастом увеличивается риск развития инсульта. Одну треть перенесших инсульт составляют люди в возрасте от 20 до 60 лет. Две трети инсультов происходят у лиц старше 60 лет. С каждым десятилетием после 55 лет риск развития инсульта удваивается. У мужчин риск развития инсульта выше, чем у женщин, но смертность от инсульта в любой возрастной группе выше у женщин. А что касается наследственности, то люди, у ближайших родственников которых был инсульт, имеют более высокий риск развития инсульта [23, с. 60].

В настоящее время приоритетным национальным проектом в сфере здравоохранения является диспансеризация работающего населения, целью которой является раннее и эффективное лечение заболеваний, являющихся основной причиной смертности и инвалидизации населения, в связи с чем при

разработке индивидуальной профилактики инсульта учитываются и немодифицируемые факторы риска.

Таким образом, рост заболевания, необходимость улучшения качества ведения больных с нарушениями мозгового кровообращения при использовании новейших технологий, методик для обеспечения наилучшего исхода заболевания, проблема сестринского ухода обосновывает актуальность темы исследования.

Цель исследования: изучение роли медицинской сестры в решении проблем пациента с острым нарушением мозгового кровообращения.

Задачи исследования:

1. Рассмотреть понятие и классификацию острых нарушений мозгового кровообращения.
2. Изучить факторы риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения.
3. Изучить проблемы пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, их лечение и сестринский уход.
4. Провести эмпирическое исследование роли медицинской сестры в решении проблем пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения на примере больницы.

Объект исследования: пациенты неврологического отделения.

Предмет исследования: роль медицинской сестры в решении проблем пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Методы исследования:

- научно-теоретический (анализ литературы и периодических изданий по проблеме заболеваемости);
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологический: анкетирование, интервьюирование;
- биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
- психодиагностический (беседа);

- эмпирический - наблюдение, дополнительные методы исследования;
- статистический - обработка информационного материала.

База исследования: ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода»

Время исследования: 2018-2019 год

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ИЗУЧЕНИЯ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

1.1. Понятие, классификация острых нарушений мозгового кровообращения

Нарушение мозгового кровообращения – патологический процесс, который приводит к затруднённой циркуляции крови по сосудам головного мозга. Такое нарушение чревато серьёзными последствиями, не исключение – летальный исход. Острый процесс может переходить в хронический. В таком случае существенно повышается риск развития аневризмы, тромбоза и кровоизлияния [21, с. 97].

Такой медицинский вердикт несколько лет назад был свойственным исключительно людям пенсионного возраста, однако в нынешнее время на фоне неблагоприятной экологии, распространённости пагубных привычек и многих других негативных факторов возраст пациентов с таким диагнозом существенно снижается [10, с. 163].

Головной мозг – наиболее безукоризненный орган, сосуды которого при нормальной функциональности обеспечивают циркуляцию крови в требуемых для жизнедеятельности масштабах. Сбои мозгового кровообращения – это сложная патология, которая отображается на абсолютно всех сферах человеческой жизни, так как мозг отвечает за все мыслительные, двигательные, речевые, слуховые и другие процессы в организме [24, с. 89].

В нормальном режиме сосуды мозга имеют упругую и эластичную структуру, которая позволяет им сжиматься и расширяться, гарантируя адекватный ток крови в полушариях. Если в голове человека, вследствие наружных или внутренних причин, нарушается кровообращение, мозг или определённый его участок начинает испытывать дефицит жизненно важных

компонентов и кислорода, что отображается на его функционировании в негативную сторону, а соответственно, и на жизнедеятельности заболевшего.

Острое нарушение мозгового кровообращения, как недуг сложнейшего уровня опасности, зачастую развивается на фоне имеющихся в организме патологий, к которым медицина причисляет следующие процессы [24, с. 93]:

1. Гипертоническая болезнь, со стремительными перепадами артериального давления.
2. Врождённые или приобретённые патологии сердечно-сосудистой системы организма.
3. Атеросклеротические процессы в сосудах обширного типа.
4. Воспалительные процессы в сердце или структуре кровеносных магистралей.
5. Потеря сосудистыми руслами тонуса и эластичности.
6. Тромбоэмболия.
7. Болезни крови.
8. Сахарный диабет.
9. Перенесённый ранее инфаркт.

В международной медицинской практике принята следующая классификация нарушений мозгового кровообращения: острая форма; хроническая форма. К патологиям хронической формы относятся следующие подвиды: начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга, дисциркуляторная энцефалопатия. Последняя подформа разделяется на такие подвиды: гипертоническая, атеросклеротическая, смешанная [25, с. 232].

Острые нарушения мозгового кровообращения различают следующих подвидов: преходящее нарушение мозгового кровообращения, острая гипертоническая энцефалопатия, инсульт. Любая из этих форм опасна для жизни и в любой момент может спровоцировать не только серьёзное осложнение, но и стать причиной летального исхода. В хронической форме выделяют и стадии развития [1, с. 67]:

первая – симптоматика носит расплывчатый характер, состояние человека больше указывает на синдром хронической усталости;

вторая – значительное ухудшение памяти, теряется социальная адаптация;

третья – практически полная деградация личности, слабоумие, нарушение координации движений.

На третьей стадии развития нарушения кровообращения можно говорить о необратимом патологическом процессе. Однако следует учитывать и возраст больного, и общий анамнез. Говорить о полном восстановлении нецелесообразно.

Также используется классификация согласно морфологическим изменениям: очаговые, диффузные. К очаговым поражениям относятся следующее: ишемический инсульт, геморрагический инсульт, субарахноидальные кровоизлияния.

К диффузным морфологическим изменениям относятся следующие патологические процессы: малые кистозные новообразования, небольшие кровоизлияния, рубцовые изменения, образование небольших по размеру некротических очагов. Следует понимать, что расстройство любой формы данного патологического процесса может привести к летальному исходу, поэтому лечение нужно начать срочно [2, с. 134].

Согласно медицинской классификации, нарушения мозгового кровообращения делятся на две основных категории [2, с. 145]:

1. Острое течение патологии или инсульт. Острое нарушение мозгового кровообращения проявляются внезапно, могут иметь длительный или быстротечный характер.

2. Нарушения хронического характера, возникающие преимущественно на фоне атеросклероза или гипертонии, которые характеризуются продолжительным развитием и постепенным прогрессирующим.

Острые нарушения.

В свою очередь, острое нарушение мозгового кровообращения имеет подраспределение на два основных стандарта, наиболее распространённых по своему течению [1, с. 75]:

1. Ишемическое развитие патологии. Характеризуется закупоркой или частичным сужением кровеносного русла, вследствие чего отдельный сегмент мозга или несколько его участков испытывают дефицит крови с последующим отмиранием тканей.

2. Геморрагическое течение недуга является прецедентом, при котором происходит разрыв сосуда или внутримозговой гематомы с последующим кровоизлиянием.

При острейшем течении, патология требует незамедлительного лечения, так как риск летального исхода для пациента критически велик. Задача медиков определить в кратчайший период, какой тип болезни у пациента, так как от этого варьируется методология лечения.

Нарушения по геморрагическому типу.

Острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу – это прецедент, который зачастую проявляется молниеносно и неожиданно, представляет собой кровоизлияние в полушария. Предшествует излиянию чаще всего резкое возвышение артериального давления, в результате чего оболочки сосудов пропитываются плазматическим веществом, что приводит к их деструкции, потере эластичности и снижению сопротивляемости [6, с. 10].

Результатом прецедента может выступать разрыв сосуда с последующим формированием гематомы в полушариях или излияние крови в субарахноидальную зону.

Зачастую острое нарушение мозгового кровообращения геморрагического типа прогрессируют в дневное время суток на фоне значительного перенапряжения организма. Стартовым проявлением патологии выступает резкая головная боль интенсивного характера, которая сопровождается тошнотой и рвотными рефлексам. Параллельно больной

теряет жизненно важные реакции, может наступить сегментный паралич тела, сознание человека становится спутанным, нередко человек падает в обморок [6, с. 12].

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу развивается чаще всего на фоне высокоинтенсивных нагрузок физического или эмоционального плана, а также может выступать последствием атеросклеротических формирований в сосудистых магистральных. В категорию риска входят люди, имеющие в патогенезе проблемы сердечно-сосудистого характера и пациенты с диагнозом «сахарный диабет». Этот тип патологии является более распространённым, чем предыдущий, диагностируется, согласно статистике, у восьмидесяти пяти процентов заболевших [7, с. 130].

Патология ишемической категории представляет собой дефицит поставляемого в полушария кислорода, на фоне тромбоза определённой артерии и сосуда с дальнейшим отмиранием клеток и тканей, которые лишены питания [7, с. 132].

Основная симптоматика такого прецедента заключается в интенсивных головных болях, нарушениях речи и двигательных функций, при этом выраженность признаков болезни напрямую зависит от фактора, насколько объёмные очаги поражения мозга [9, с. 89].

Для первичной профилактики мозгового инсульта важно определить, кто находится в группе риска. Это необходимо для того, чтобы скорректировать выявленные факторы риска путем изменения образа жизни и предупреждающим лечением. Важно добиться эффективности принятых мер.

Степень риска возникновения этого заболевания можно выяснить на основании Программы регистра инсульта (г. Москва, 1999 г.):

1) артериальная гипертония I степени (артериальное давление 140 – 159/90–99 мм. рт. ст. [14, с. 19]:

- нет других факторов риска – низкий риск;
- сердечная аритмия – средний риск;
- стеноз магистральных артерий – высокий риск;

- сердечная аритмия и сахарный диабет – высокий риск;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий риск;

2) артериальная гипертония II степени (артериальное давление 160 – 179/100–109 мм. рт. ст. [22, с. 82]:

- нет других факторов риска – средний риск инсульта;
- сердечная аритмия – высокий риск;
- стеноз магистральных артерий – высокий риск;
- сердечная аритмия и сахарный диабет – высокий риск;
- сердечная аритмия и стеноз магистральных артерий – высокий риск;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий риск;

3) артериальная гипертония III степени (артериальное давление 180–110 мм. рт. ст. [22, с. 83]:

- нет других факторов риска – высокий риск инсульта;
- сердечная аритмия – очень высокий риск инсульта;
- стеноз магистральных артерий;
- сердечная аритмия и сахарный диабет – очень высокий риск инсульта;
- сердечная аритмия, стеноз магистральных артерий и сахарный диабет – очень высокий риск.

Если у пациента обнаруживается группа риска, то целесообразно незамедлительно обратиться к врачу и пройти медицинское обследование [29, с. 318].

Ниже представлены методы обследования [30, с. 320]:

- 1) электрокардиограмма;
- 2) эхокардиограмма;
- 3) рентгенограмма позвоночника и его сосудов;
- 4) анализ уровня глюкозы и холестерина в крови;
- 5) контроль цифр артериального давления;
- 6) дуплексное сканирование;

- 7) транскраниальная доплерография;
- 8) компьютерная томография.

В зависимости от результатов показаний электрокардиограммы, эхокардиограммы, рентгенографии позвоночника, лабораторных определений в крови глюкозы и холестерина и контроля за артериальным давлением, врач может назначать последующие методы исследования только при необходимости. Это связано с тем, что последующие методы являются дорогими и делаются пациентам только для установления более точного диагноза. При положительной динамике заболеваний применение дорогих комплексных методов себя не оправдывает, особенно, если диагноз известен достаточно точно [27, с. 74].

1.2. Факторы риска возникновения острых нарушений мозгового кровообращения

Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определенного заболевания.

Ведущими причинами появления нарушения мозгового кровообращения являются артериальная гипертония и атеросклеротическое поражение сосудов головного мозга и шеи. У молодых пациентов чаще наблюдаются расстройства кровотока по типу геморрагического инсульта или транзиторных атак ишемии, связанных с гипертоническим кризом [3, с. 190].

Кроме этого, клиницисты отмечают, что острое нарушение мозгового кровообращения может быть обусловлено возрастом. Природный процесс старения организма затрагивает абсолютно все его сферы, в том числе и сосуды, которые теряют со временем эластичность и упругость. В этом случае, в группе риска находятся люди от 50 лет и старше. Однако прецеденты в последнее время нередко поражают и более молодых людей. Нужно понимать,

что данное нарушение может быть обусловлено частыми стрессами, сильными нервными перенапряжениями, переутомлением организма [28, с. 61].

К дополнительным факторам, которые могут спровоцировать развитие патологии в сочетании с вышеописанными прецедентами, медицина причисляет следующие социально-субъективные обстоятельства [8, с. 57]:

1. Избыточная масса тела, которая влечёт за собой или является следствием проблем сердечно-сосудистого характера.

2. Малоподвижный, инертный стиль жизнедеятельности, низкий уровень физической активности.

3. Нерациональное питание, которое способствует развитию атеросклероза и тромбоза.

4. Неблагоприятная экологическая обстановка.

5. Регулярное присутствие психоэмоциональных раздражителей на фоне низкого порога стрессоустойчивости человека.

В комплексном сочетании патологических процессов в организме и факторов, способствующих развитию острого нарушения мозгового кровообращения, вероятность возникновения болезни увеличивается в несколько раз.

В настоящее время важнейшими факторами риска развития инсульта считаются следующие [12, с. 48]:

1) генетическая предрасположенность к сосудистым заболеваниям и нарушению церебрального и коронарного кровообращения;

2) повышенное содержание липидов в крови, ожирение;

3) артериальная гипертония. Риск инсульта у больных с артериальным давлением более 169/95 мм. рт. ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при артериальном давлении более 200/115 мм. рт. ст. – в 10 раз;

4) заболевания сердца. Наиболее значимым фактором для возникновения ишемического инсульта является фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). У лиц старше 65 лет ее распространенность составляет 5–6 %. Риск

ишемического инсульта при этом возрастает в 3–4 раза. Он также повышается при наличии ишемической болезни сердца (в 2 раза), гипертрофии миокарда левого желудочка по данным электрокардиограммы (в 3 раза), при сердечной недостаточности (в 3–4 раза);

5) транзиторная ишемическая атака является существенным фактором риска как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с транзиторной ишемической атакой около 4–5 % в год;

6) сахарный диабет. У таких больных наблюдаются тяжелые поражения сосудов, нарушения микроциркуляции, ишемические явления в органах и тканях, патологии сердечного ритма и склонность к микротромбообразованию. В связи с этим, у них часто возникают ишемические инсульты с массивными очагами некроза. В то же время не получено данных, что применение сахароснижающих препаратов у больных сахарным диабетом снижают у них риск развития ишемического инсульта. С данной проблемой часто встречаются офисные сотрудники, ведущие сидячий образ жизни [5, с. 154].

7) курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Курение ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Прекращение курения приводит через 2–4 года к снижению риска инсульта;

8) оральные контрацептивы. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и при повышенном артериальном давлении;

9) бессимптомный стеноз сонных артерий. Риск развития инсульта – около 2% в год. Он существенно увеличивается при стенозе сосуда (более чем на 70%) и при появлении транзиторных ишемических атак (до 13% в год).

При сочетании трех и более неблагоприятных факторов предрасположение к инсульту увеличивается.

Одной из наиболее распространенных причин развития хронического расстройства кровотока по ишемическому типу, у молодых пациентов является остеохондроз в шейно-грудном отделе позвоночного столба [28, с. 36].

Также частыми причинами возникновения нарушений мозгового кровообращения являются:

- патологии сердечно-сосудистой системы, сопровождающиеся кардиогенными тромбоэмболиями; ревматические пороки сердца и поражения сосудов; постинфарктные кардиосклеротические состояния, осложненные сердечными аневризмами или мерцательными аритмиями;

- бактериальные эндокардиты; различные кардиомиопатии; пролапс митрального клапана, сопровождающийся выраженными гемодинамическими нарушениями;

- церебральные амилоидные ангиопатии; системные аутоиммунные и поствоспалительные васкулиты; заболевания крови (различные лейкозы, наследственные коагулопатии, полицитемия и т.д.); аневризмы и мальформации сосудов головного мозга и шеи;

- коагулопатии, сопровождающиеся повышенным тромбообразованием; геморрагические диатезы; опухоли головного мозга и шеи;

- заболевания щитовидной железы;

- метастатические очаги в головном мозге;

- травмы головы, а также позвоночника в шейно-грудном отделе;

- тяжелые интоксикации и отравления;

- нейроинфекции.

Предрасполагающими факторами, значительно увеличивающими риск развития острых и хронических нарушений мозгового кровообращения, являются: ожирение; гиподинамия; нарушение липидного баланса; курение; частые физические и эмоциональные перенапряжения; злоупотребление спиртными напитками; неврозы, депрессии; хронический дефицит сна; гиповитаминозы; частые инфекционные заболевания (в особенности стрептококковые тонзиллиты) [15, с. 96].

При появлении симптомов нарушения мозгового кровообращения необходимо провести тщательное обследование, с целью выявления типа расстройства кровообращения, обширности очага поражения, а также причины нарушения мозгового кровообращения. В обязательном порядке применяют: методы нейровизуализации (компьютерную томографию или магниторезонансную томографию), УЗИ сосудов головного мозга и шеи, церебральную ангиографию, электроэнцефалографию, ЭХО-кардиографию, суточное Холтеровское мониторирование, стандартную электрокардиограмму.

Также выполняются общие и биохимические анализы крови, исследование показателей коагулограммы, диагностика липидного профиля, определение глюкозы крови и т.д.

1.3. Проблемы пациентов с инсультом, лечение, профилактика и сестринский уход

В первое время после кровоизлияния у пациентов, перенесших геморрагический инсульт, наблюдаются такие проблемы как: нарушение дыхания, дисфагия, острые язвы желудочно-кишечного тракта, уменьшение массы тела, нарушение терморегуляции, тромбоз глубоких вен, отеки, боль в парализованных конечностях, пролежни.

В наиболее позднем периоде у пациентов возникают следующие проблемы: дезориентация, опасность травматизма, недостаточность или невозможность самоухода, возможность повторного кровоизлияния в мозг.

У пациентов после ишемического инсульта в первое время наблюдаются: головная боль, нарушения сознания, двигательной активности, речи, артериальное давление нестабильно, аритмия, гипертермия, возможны судороги.

В свою очередь, исходы ишемического инсульта можно разделить на три большие группы.

Двигательные расстройства. Это наиболее часто встречаемая проблема после кровоизлияния в мозг. Могут наблюдаться нарушения мимики (подвижности лица) и утрата подвижности либо одной, либо нескольких конечностей. В том случае, если оказываются, поражены отделы мозга, отвечающие за глотание, то пациенту необходимо установить назогастральный зонд, так как утрачивается возможность самостоятельного питания.

Расстройства речи. Проявления зависят от пораженного участка мозга. Могут быть нарушения распознавания и формирования речи, либо нарушения артикуляции.

Нарушения психики и эмоционально-волевые расстройства. Наблюдаются понижение интеллекта, потеря памяти, рассеянное внимание, лабильность настроения, пациент не в состоянии принимать самостоятельные решения. Человек может стать «плаксивым» и «капризным». Возможна депрессия [12, с. 129].

Лечение инсульта.

Лечение острого нарушения мозгового кровообращения ориентировано на сведение к минимуму повреждений мозга, предотвращение возможности возникновения осложнений и повтора инсульта. Можно выделить такие этапы медицинской помощи как:

– догоспитальный этап: на этом этапе помощь пациенту оказывает специализированная неврологическая бригада скорой помощи. Неотложные мероприятия заключаются в обеспечение достаточной вентиляции легких и оксигенации, поддержании стабильности гемодинамики, купирование судорожного синдрома.

– стационарный этап: медицинская помощь оказывается в стационаре. На этом этапе диагностируется тип инсульта, подбираются и проводятся лечебные и реабилитационные мероприятия, а также профилактика повторного инсульта.

– амбулаторно-поликлинический этап: продолжение реабилитации в поликлинике или диспансере по месту жительства [17, с. 46].

Вторичная профилактика инсульта.

Образ жизни человека, перенесшего инсульт, очень сильно меняется. В большинстве случаев человек не в состоянии позаботиться о себе сам, он нуждается в постоянной помощи и опеке. Но даже если у пациента после инсульта быстро регрессировали все неврологические симптомы, это вовсе не значит, что он может вести прежний образ жизни, с теми же факторами риска, которые привели к возникновению острого нарушения мозгового кровообращения. Теперь большое значение в жизни пациента будет иметь вторичная профилактика, то есть предупреждение повторного случая инсульта.

Направления вторичной профилактики:

– длительный прием лекарственных средств, препятствующих тромбообразованию. К ним относится группа антиагрегантов (например, ацетилсалициловая кислота). При их приеме примерно раз в три месяца следует исследовать кровь на свёртываемость (коагулограмма, исследование тромбоцитов и другие.). Если у пациента имеются нарушения сердечного ритма, то в качестве средств, влияющих на свёртывающую систему крови, могут применяться антикоагулянты (например, варфарин). В этом случае, нужно проводить биохимический контроль свёртывающей системы крови.

– Ежедневное измерение артериального давления. В случае его повышения следует принимать гипотензивные лекарственные средства. Их подбор осуществляет врач.

– Контроль уровня глюкозы и холестерина в крови.

– Полный отказ от курения и употребления спиртными напитками.

– Также пациентам, перенёвшим инсульт, важно следить за своим весом, соблюдать гипохолестериновую и гипосолевою диеты, отдавая предпочтение овощному и рыбному рациону.

– Если у пациента выявляется стеноз крупных артерий вследствие формирования в них тромба или есть большая нестабильная атеросклеротическая бляшка, актуальным становится вопрос хирургического лечения: удаление тромба и восстановление кровотока по сосуду. Этот вопрос решает лечащий врач [17, с. 49].

Сестринский уход за пациентами с инсультом.

В ходе своей работы медсестра выполняет врачебные назначения, ведет динамический контроль над состоянием пациента (регулярно измеряет артериальное давление, пульс, частоту дыхательных движений, температуру, диурез, контролирует водный баланс, следит за сознанием пациента).

Если у пациента наблюдается нарушения дыхания, то медсестра должна обеспечивать проходимость дыхательных путей во избежание обструкции. Для этого необходимо:

- удалить съемные зубные протезы;
- регулярно проводить санацию ротоглотки или трахеостомы;
- контролировать и изменять положение пациента в постели;
- проводить пассивную дыхательную гимнастику, если пациент не в состоянии.

Питание. Метод кормления зависит от степени угнетения сознания, а также сохранения глотательного рефлекса.

– Если пациент в сознании, а глотательный рефлекс сохранен, то пища принимается в постели в положении Фаулера и с применением специального столика. При расширении двигательного режима, пациент может перейти за стол.

– В бессознательном состоянии и при отсутствии глотательного рефлекса кормление выполняется через зонд [18, с. 253].

Если у пациента присутствует боль и отек парализованных конечностей, то следует исключить свисание конечностей с кровати, применять пневматическую компрессию или бинтование специальными бинтами, также периодически придавать конечностям немного приподнятое положение.

Профилактика тромбоза. У лежачих больных замедляется скорость кровообращения, вследствие чего повышается свертываемость крови. Это приводит к риску тромбообразования в венах ног. Для профилактики тромбоза медсестра должна бинтовать эластичным бинтом больную ногу пациента, если у него имеется варикозное расширение вен, придать ногам возвышенное

положение при помощи подушек или валиков. Также следует проводить массаж в виде поглаживаний и разминаний от стопы к бедру [12, с. 197].

Одна из самых часто встречаемых проблем лежачих больных – пролежни. Они могут быть очень болезненными, требовать длительного лечения в течение нескольких месяцев, замедлять процесс выздоровления пациента. Но возникновение пролежней можно предотвратить при правильном уходе. Для этого медсестра должна:

- как можно чаще проводить осмотр и оценку кожных покровов пациента, следить за чистотой и сухостью его кожи;
- менять нательное и постельное белье по мере необходимости;
- если пациент без сознания менять его положение в кровати каждые 2 часа;
- делать массаж.

Гигиена кожи. Если больному позволяет состояние, то не менее 1 раза в неделю ему назначается гигиеническая ванна или душ. Но в случае, если больной ослаблен и ему противопоказаны ванна или душ, то при помощи губки его тело обтирают теплой водой. Последовательно обтирают лицо, шею, грудь, руки. Затем вытирают обработанные участки тела насухо полотенцем и накрывают простыней. И далее обрабатывают нижнюю половину туловища и ноги. Также особое внимание уделяют естественным складкам: подмышечным впадинам, паховым складкам, складкам кожи под молочными железами у женщин. Именно в этих местах, в особенности у полных, склонных к повышенной потливости людей, развиваются опрелости [20, с. 431].

Гигиена полости рта. Если состояние пациента позволяет, то ему необходимо полоскать рот слабым раствором перманганата калия по утрам, после приемов пищи, а также на ночь. Если пациент не в состоянии, то уход осуществляет медицинская сестра. Она должна ежедневно протирать и орошать полость рта пациента.

Уход за ушами. Необходимо по мере загрязнения или 1–2 раза в неделю промывать ушную раковину пациента турундой смоченной в 3% перекиси водорода.

Уход за глазами. Утром и вечером необходимо осторожно промывать глаза ватным тампоном, смоченным водой или отваром ромашки.

Уход за носом. Медсестра должна ежедневно обрабатывать носовые ходы пациента турундами, смоченными вазелиновым маслом [19, с. 310].

На более позднем этапе реабилитации медсестра должна:

- проводить индивидуальные беседы с пациентом, дать рекомендации по профилактике повторных случаев инсульта, помогать адаптироваться к новому образу жизни;

- помогать больному в восстановлении двигательной активности, проводить ЛФК по указаниям врача, помогать передвигаться;

- помогать больному при восстановлении речи, заниматься с ним по указаниям логопеда;

- в целях профилактики травматизма организовать окружающую среду, при необходимости обеспечить вспомогательными средствами передвижения;

- провести беседу с родственниками, проинформировать их об особенностях заболевания, его последствиях и осложнениях, дать рекомендации по уходу за пациентом.

Проанализировав медицинскую литературу можно сделать следующие выводы:

Таким образом, проанализировав все выше сказанное можно сделать следующие выводы.

Острое нарушение мозгового кровообращения — очень тяжелое и опасное состояние, которое является одной из основных причин заболеваемости и смертности в мире. Такое заболевание как инсульт не приемлет самостоятельного лечения и необдуманности в реабилитации.

Нарушение кровообращения головного мозга может спровоцировать практически любой патологический процесс, травма и даже сильный стресс, а

также: генетическая предрасположенность; травмы головы; перенесённые ранее тяжёлые заболевания, с поражением головного мозга, ЦНС и близлежащих органов; гиподинамия; повышенная эмоциональная возбудимость; атеросклероз; сахарный диабет; гипертония; частые перепады артериального давления; патологии кровеносных сосудов и крови; порок сердца; тромбоз; лишний вес; злоупотребление алкоголем и никотином, приём наркотических средств; аритмия.

Своевременная профилактика развития острого нарушения мозгового кровообращения в разы сокращает риск возникновения патологии. Основные мероприятия направлены на снижение и устранение факторов риска. Именно поэтому так важно проходить ежегодное обследование (диспансеризацию), рекомендованные терапевтом анализы и принимать меры по устранению выявленных патологий.

Также при данном заболевании очень важна первая медицинская помощь, так как своевременно обнаруженная проблема и оказанная пациенту правильная помощь еще на догоспитальном этапе увеличивает шансы на выживание, а в дальнейшем на полноценное восстановление.

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗУЧЕНИЕ РОЛИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ С ОСТРЫМ НАРУШЕНИЕМ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

2.1. Методика исследования

Данное исследование проводилось на базе ОГБУЗ «Городской больницы № 2 г. Белгорода» с целью изучения проблем пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Исследуемую группу составили 30 пациентов неврологического отделения в возрастной категории от 40 до 80 лет, мужчины и женщины, перенесшие инсульт. Исследование проводилось методом анонимного анкетирования по специально разработанной нами анкете, которая состояла из вводной, паспортной и основной части.

2.2. Результаты собственного исследования

В анкетировании участвовали пациенты неврологического отделения мужчины 40% и женщины 60% (Рис.1).

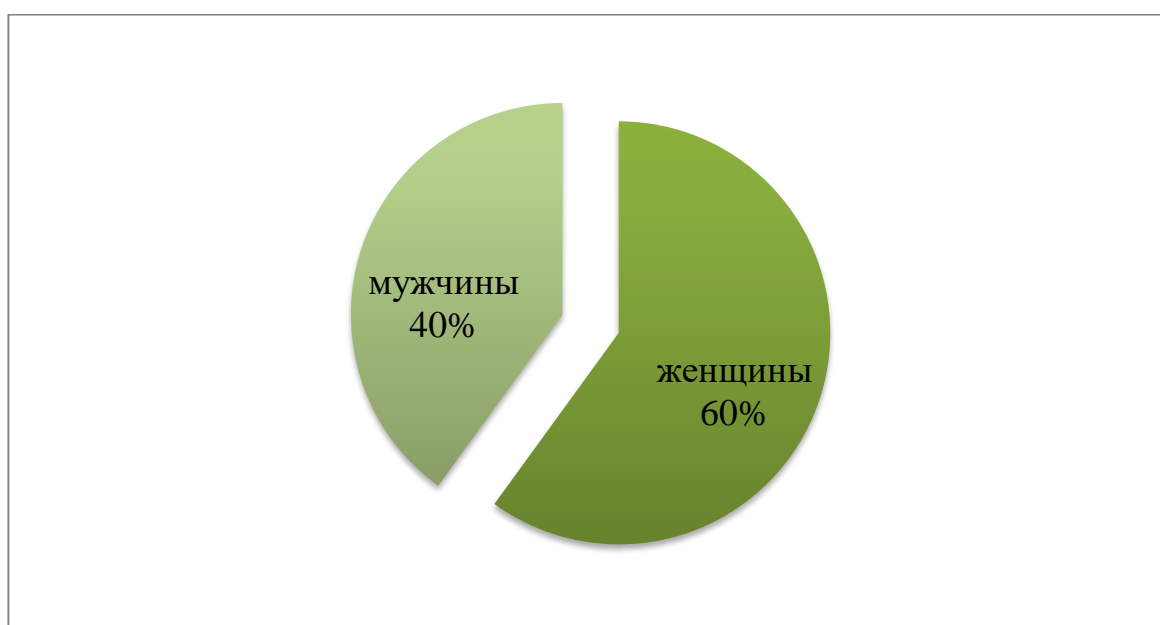


Рис. 1. Распределение респондентов по полу

Результаты исследования показывают, что по возрасту респонденты распределились следующим образом: до 40 лет – 3%, 40-65 лет – 37%, 65-80 лет – 53%, больше 80 лет - 7% (Рис. 2).

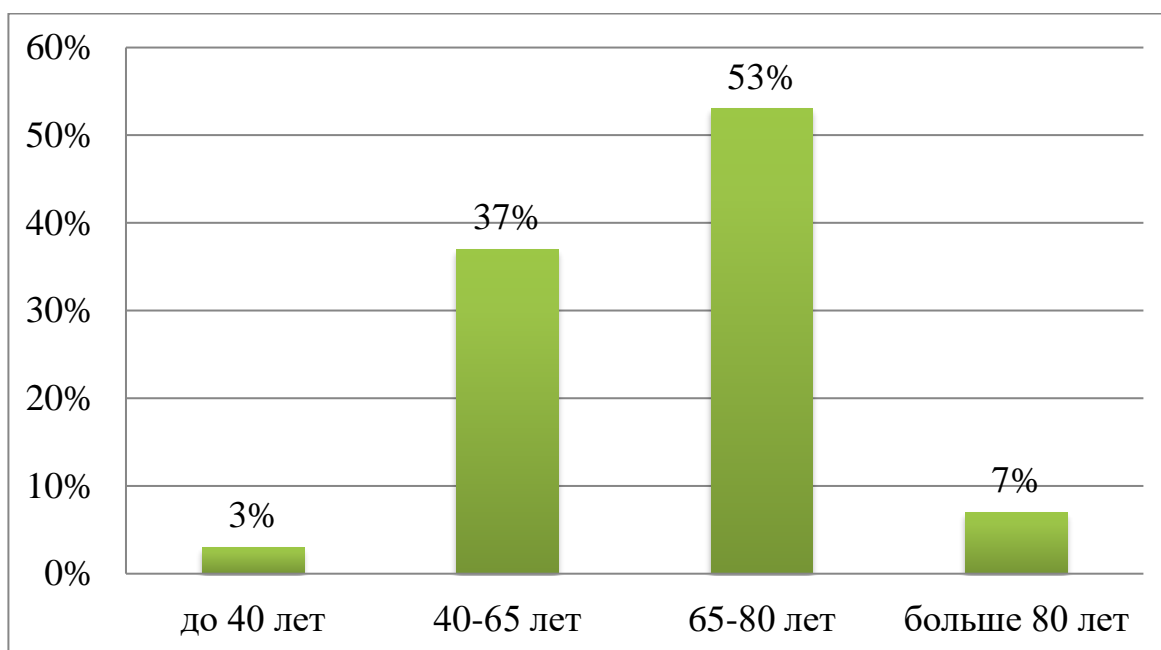


Рис. 2. Возрастной состав респондентов

По результатам исследования количество респондентов проживающих в городе 67%, за городом – 37% (Рис. 3).

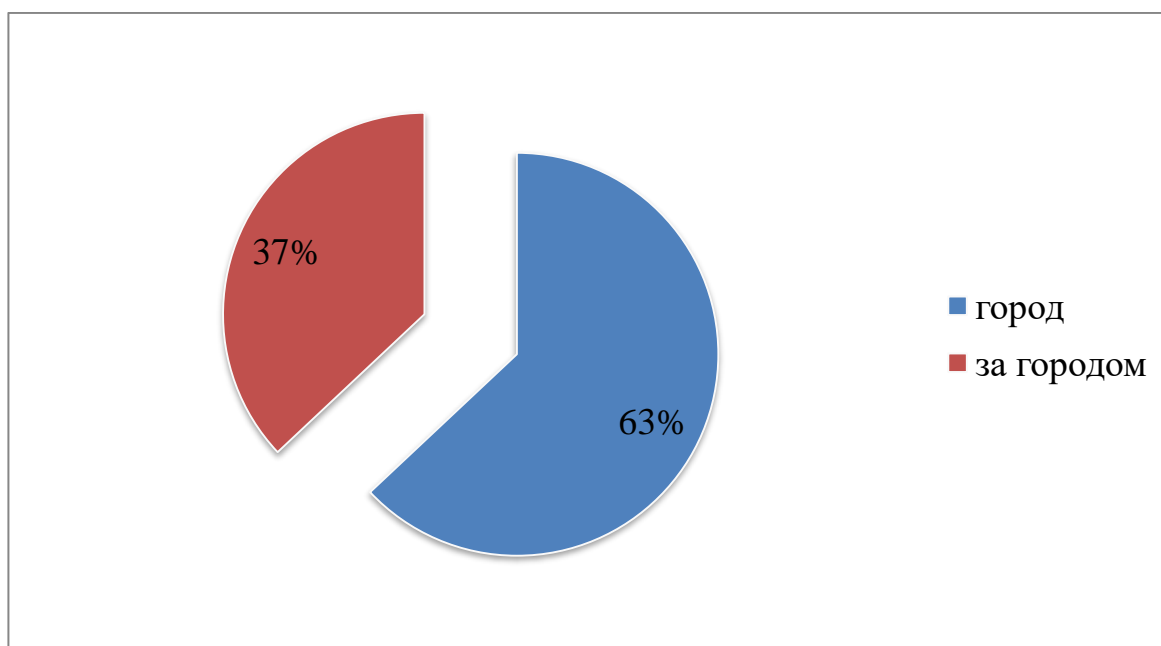


Рис. 3. Место жительства респондентов

Было выявлено, что профессиональные вредности имеют 67% респондентов, не имеют – 33% (Рис. 4).

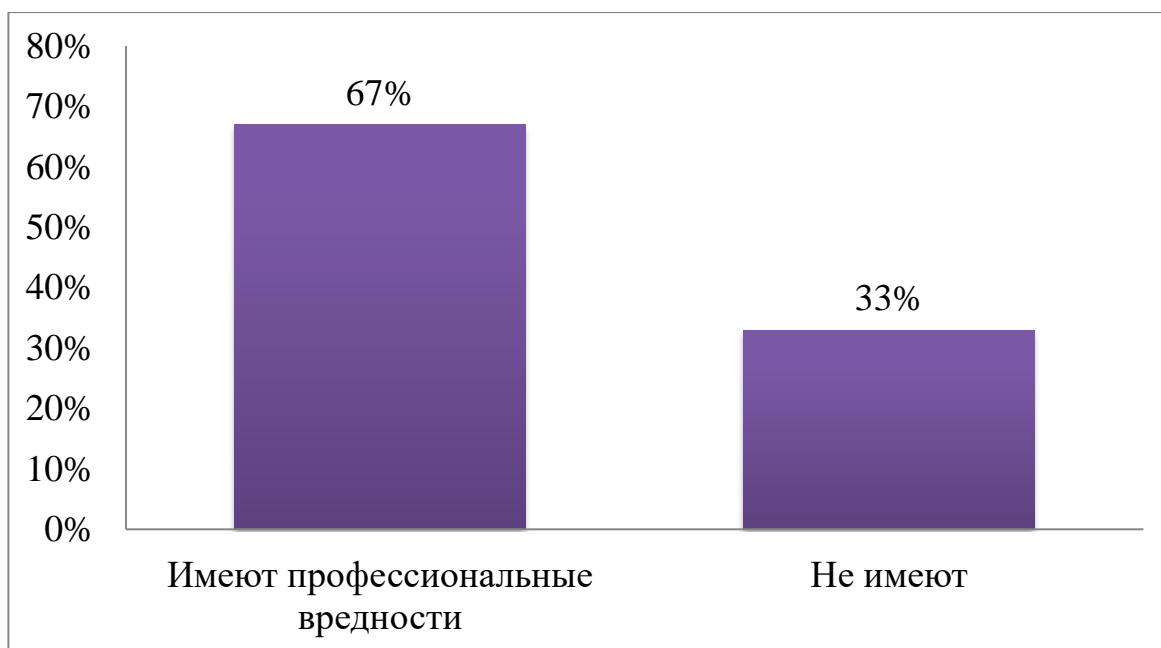


Рис. 4. Наличие профессиональных вредностей

Результаты исследования показывают, что регулярно стрессу подвергаются 50% анкетированных, 41% – редко, 9% – не подвергаются стрессу вообще (Рис. 5).

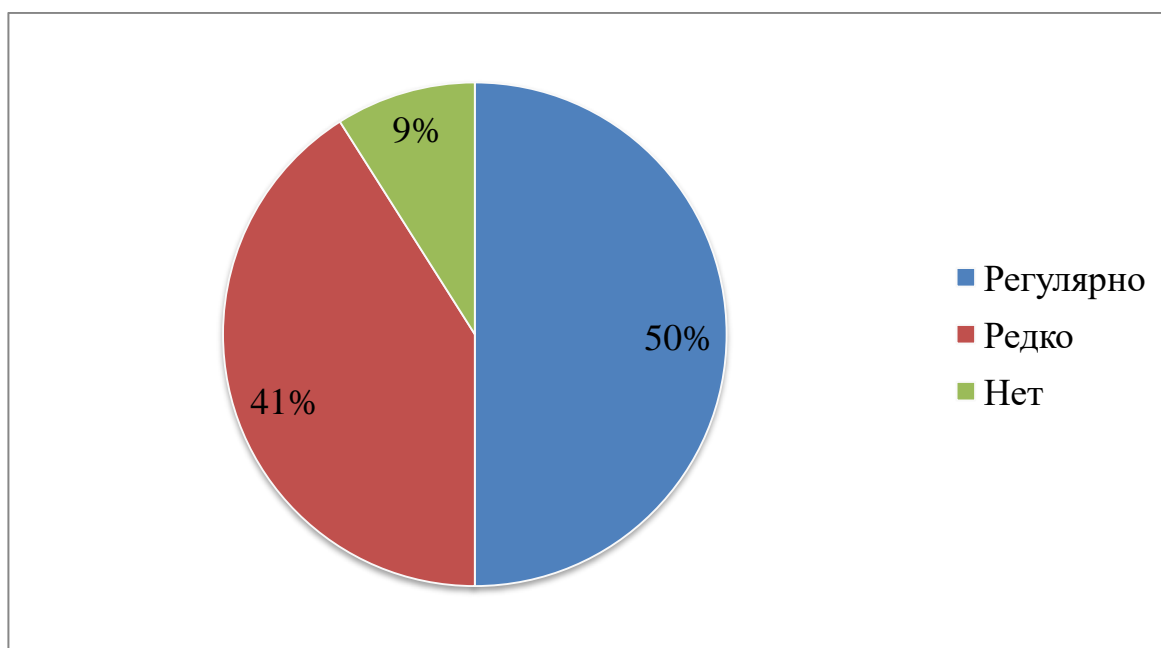


Рис. 5. Наличие стресса

По результатам исследования у 57% респондентов уровень активности низкий, у 36% – средний, у 7% – высокий (Рис. 6).

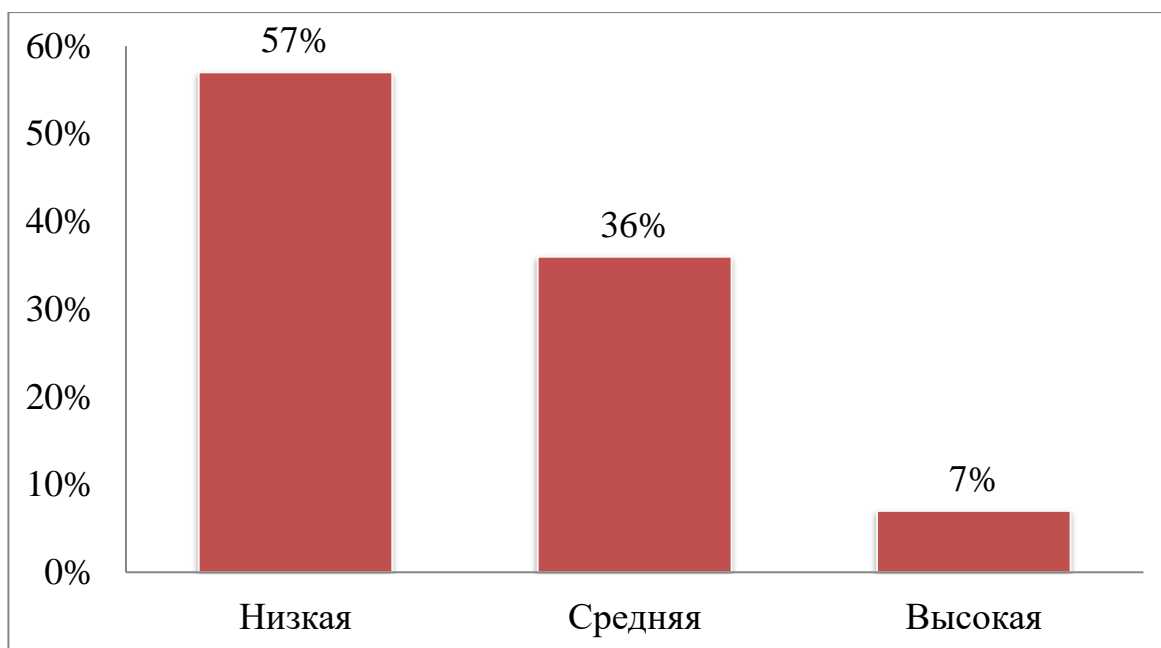


Рис. 6. Уровень физической активности

Исследования показали, что 64% респондентов болеют ожирением, 3% имеют избыточный вес и 33% – нормальный вес (Рис. 7).

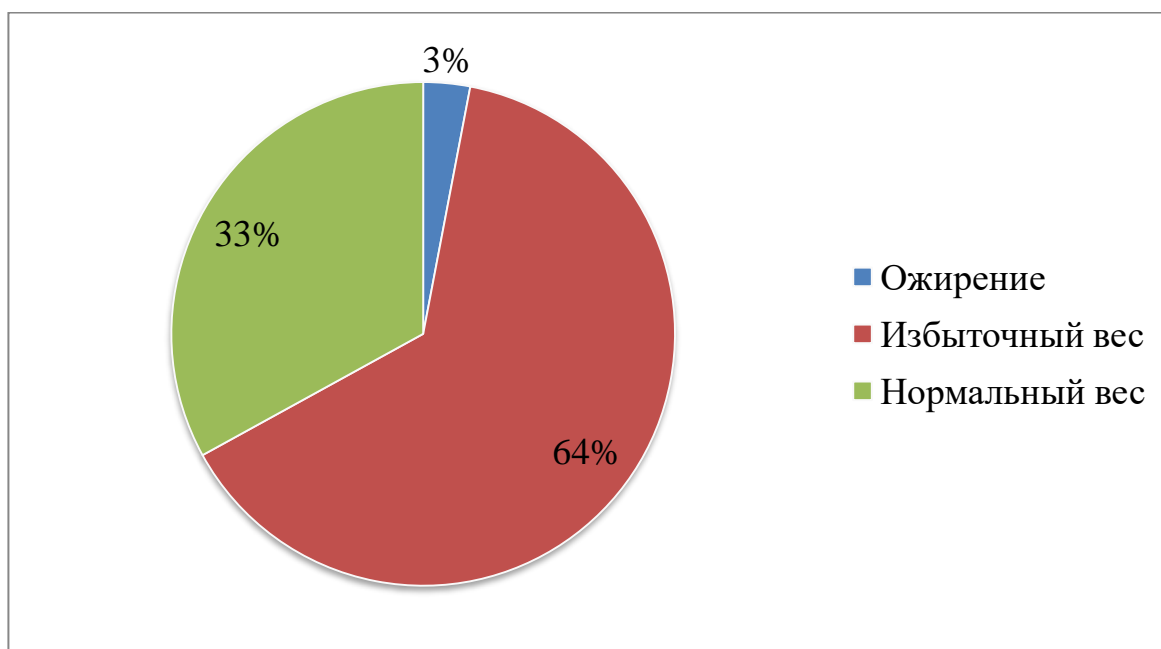


Рис. 7. Наличие ожирения или избыточного веса

По результатам исследования среди респондентов курящие составляют 40%, некурящие – 37%, курят иногда – 23% (Рис. 8).

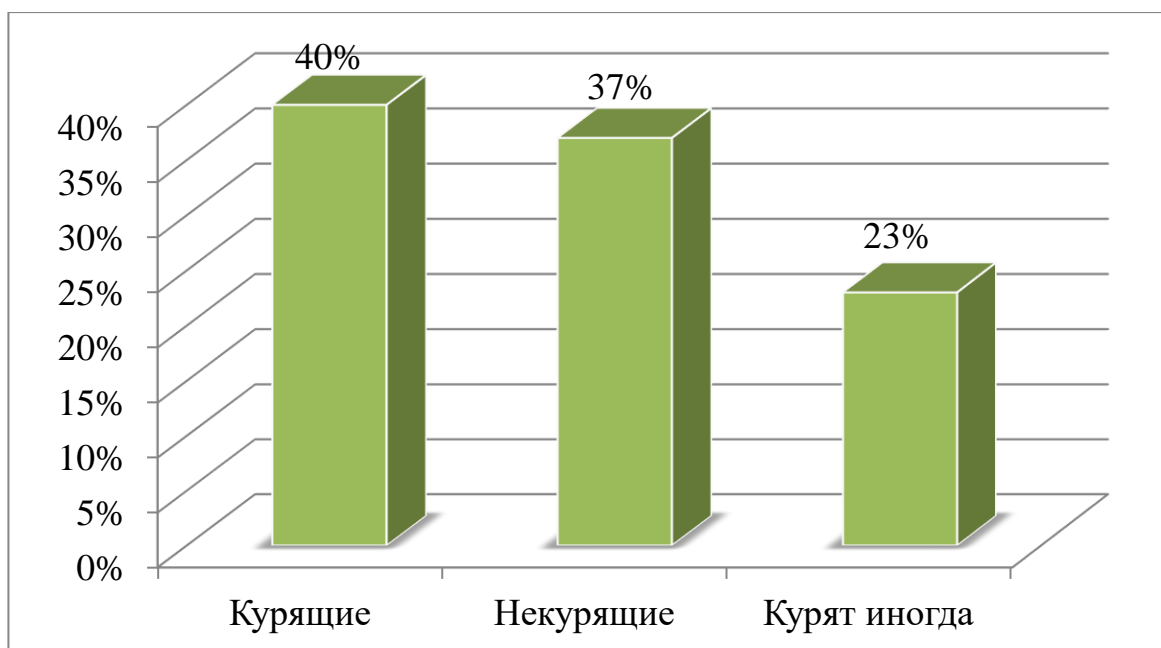


Рис. 8. Курение

Было выявлено, что алкоголь среди анкетированных употребляет регулярно 33%, редко 47%, не употребляет – 20% (Рис. 9).

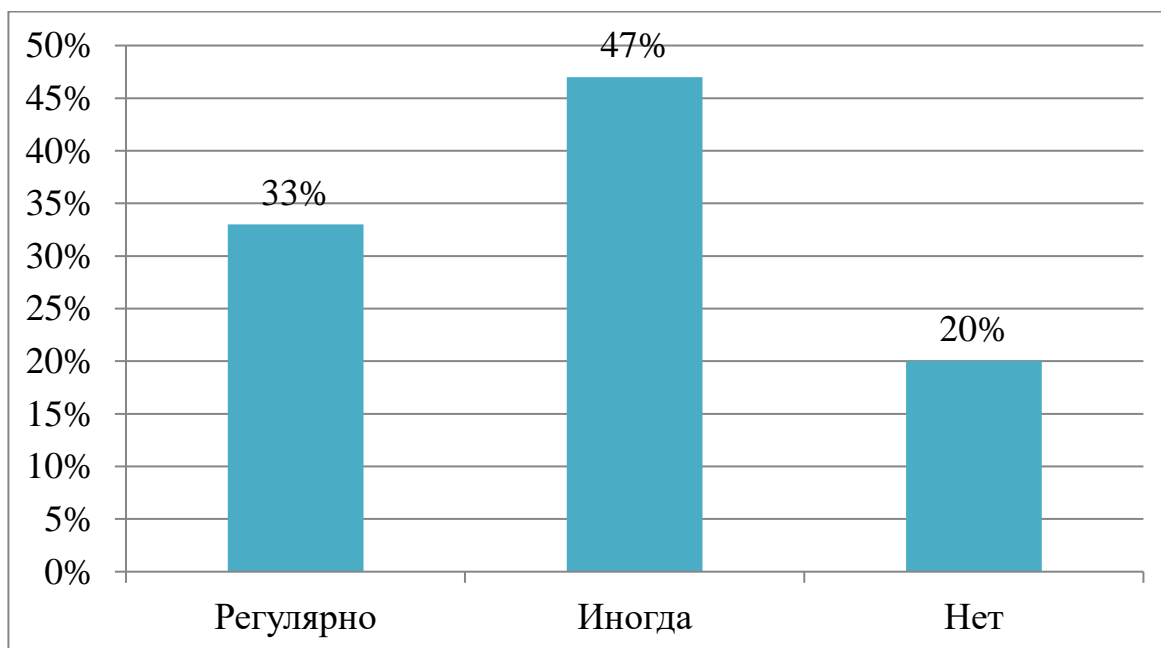


Рис. 9. Употребление алкоголя

Результаты исследования показали, что диету соблюдает 71% респондентов, не соблюдает – 29% (Рис. 10).

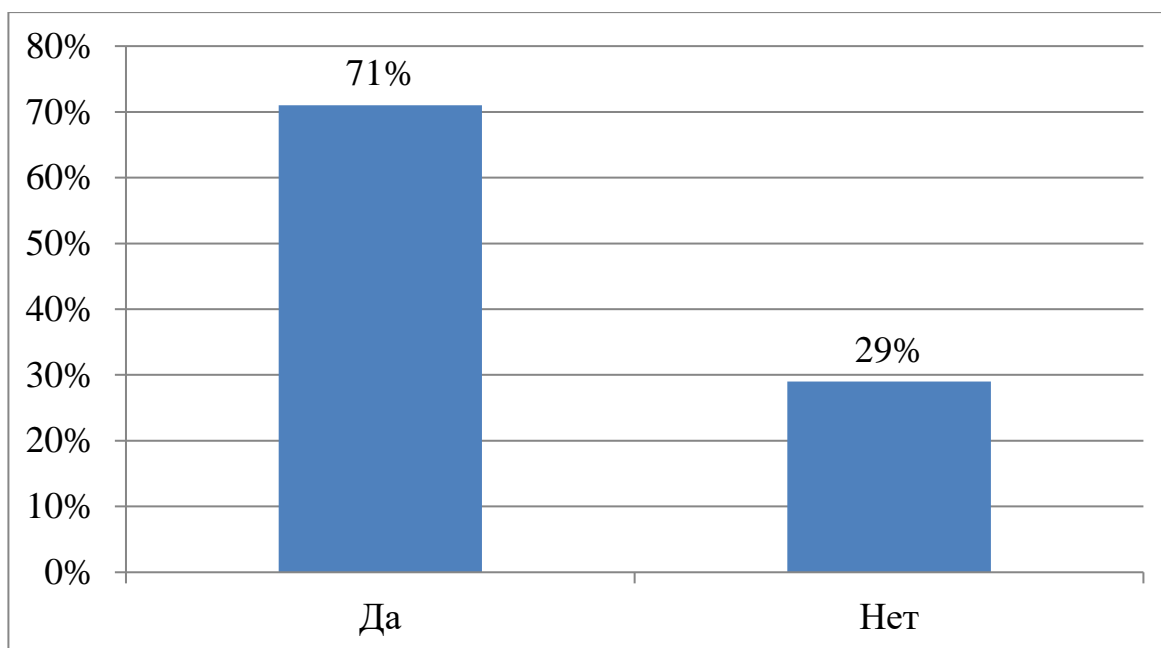


Рис. 10. Соблюдение диеты

Согласно результатам исследования 70% респондентов имеют повышенный уровень холестерина в крови, нормальный уровень имеют 30% (Рис. 11).

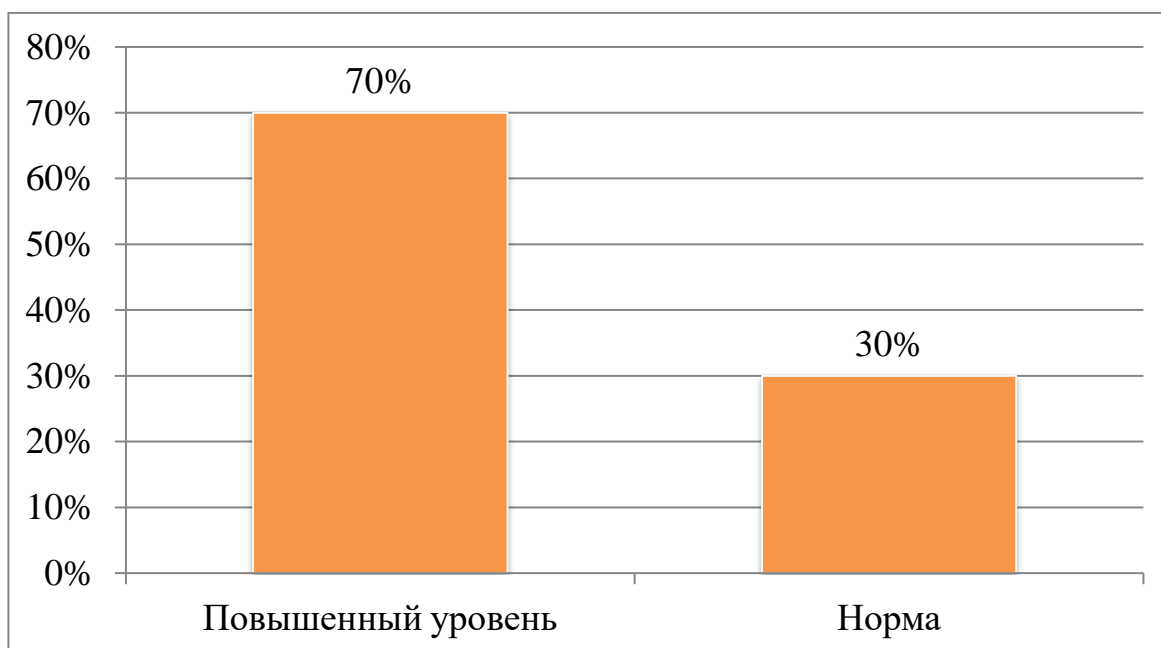


Рис. 11. Уровень холестерина в крови

По результатам исследования у 59% респондентов регулярно повышено артериальное давление, у 37% повышается редко, у 4% не повышается вовсе (Рис. 12).

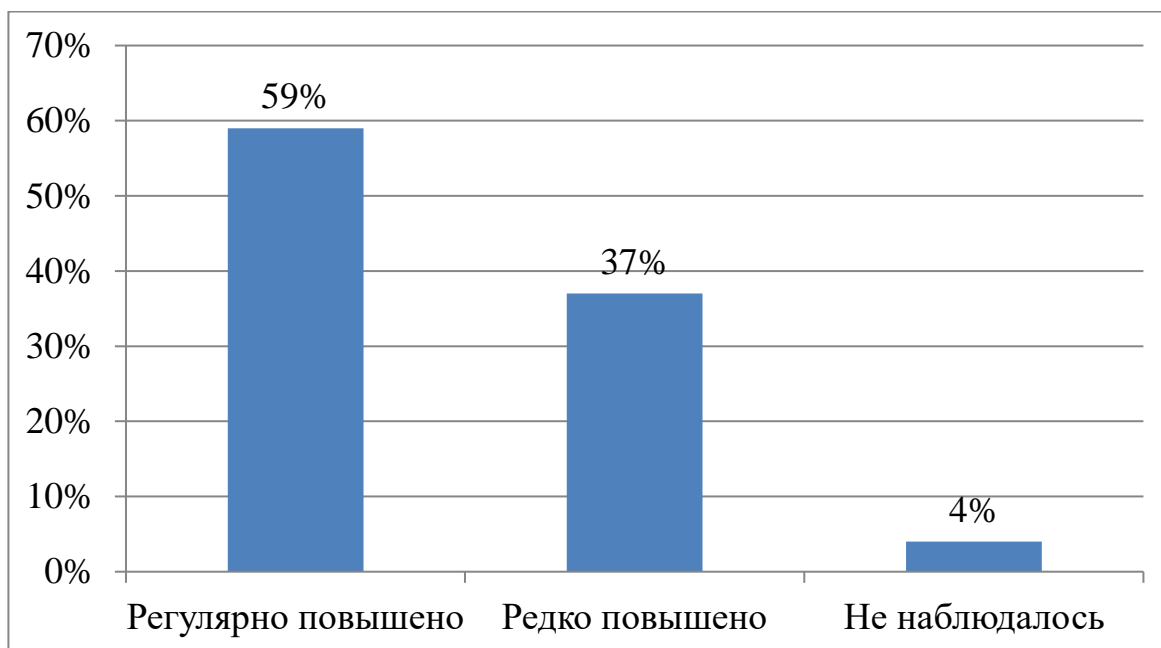


Рис. 12. Повышенное артериальное давление

Выявлено, что 54% респондентов имеют заболевания сердца, 46% – не имеют (Рис. 13).

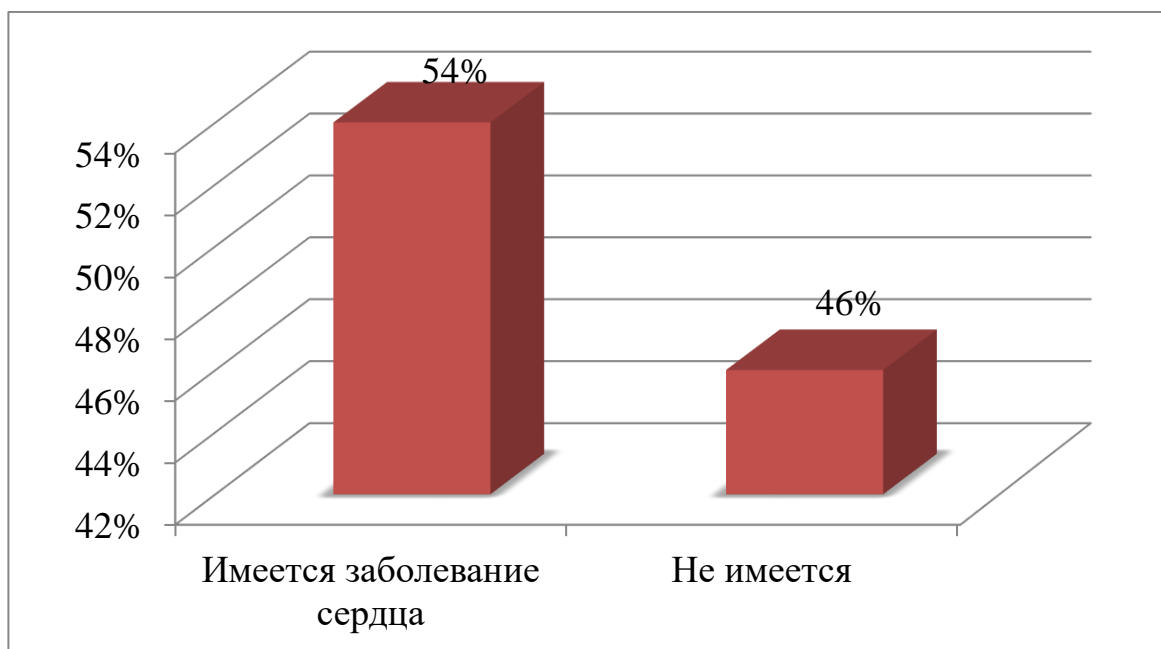


Рис. 13. Заболевания сердца

Исследования показали, что сахарным диабетом болеет 42% анкетированных, 58% сахарным диабетом не болеют (Рис. 14).

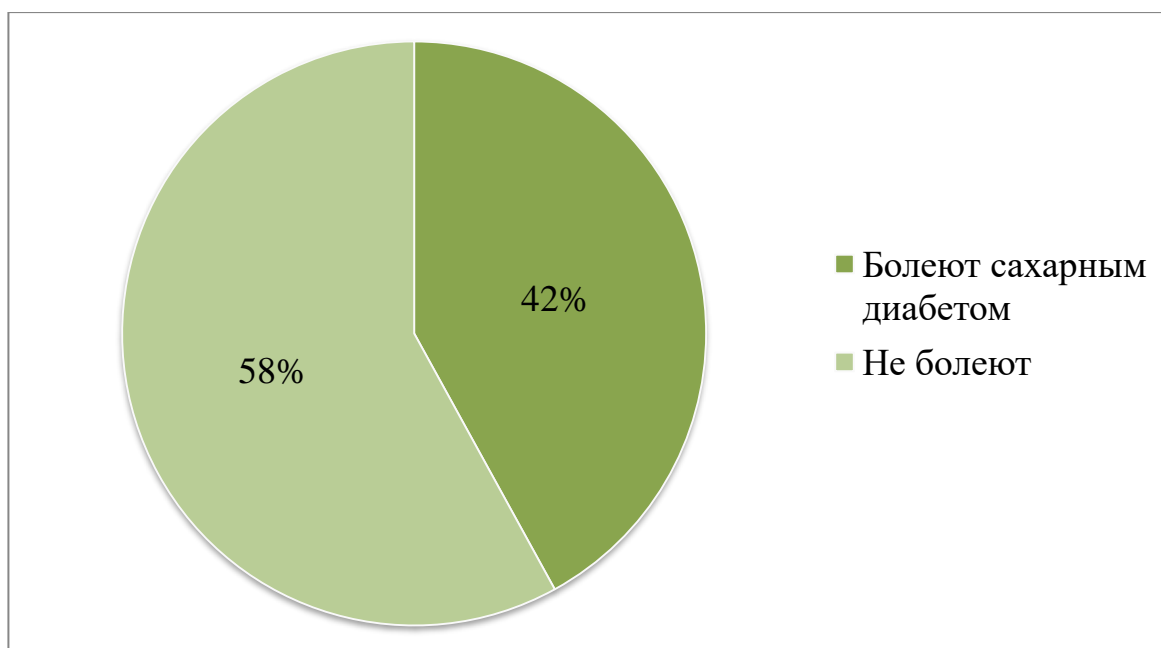


Рис. 14. Заболеваемость сахарным диабетом среди респондентов

По результатам исследования наследственную предрасположенность к инсульту имеют 52% анкетированных, у 48% предрасположенности нет (Рис. 15).

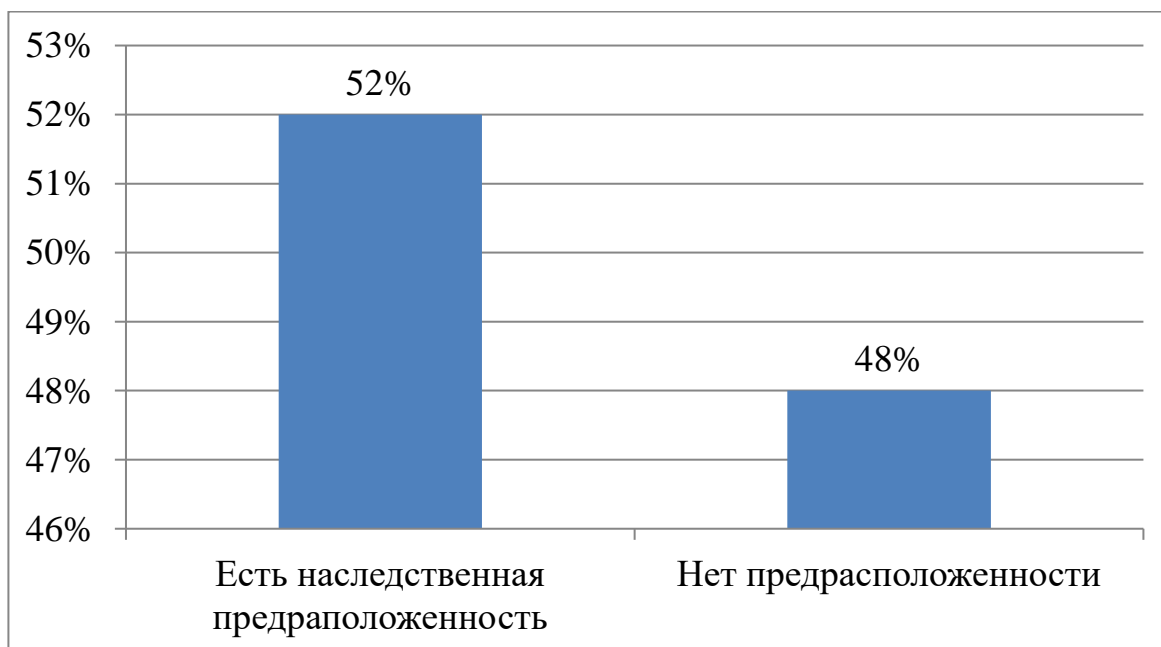


Рис. 15. Наследственная предрасположенность

Согласно результатам исследования при развитии инсульта у 78% респондентов наблюдались слабость, онемение, паралич в нижних или верхних конечностях, у 22% – не наблюдались (Рис. 16).

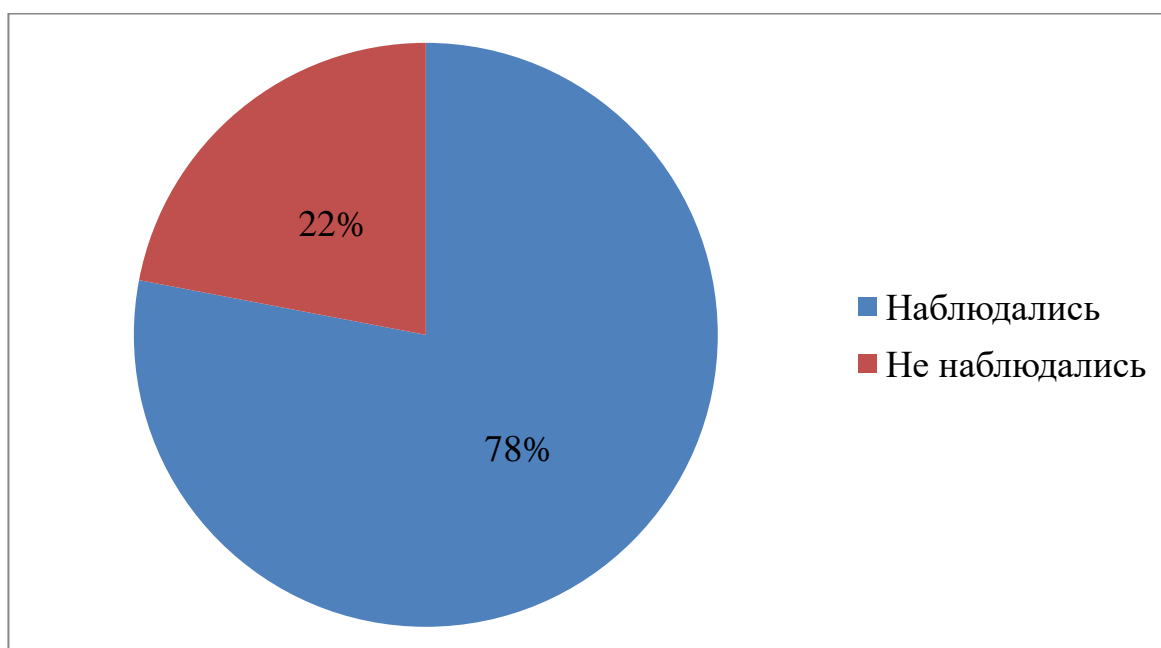


Рис. 16. Слабость, онемение, паралич в нижних или верхних конечностях

Было выявлено, что при развитии инсульта у 67% респондентов наблюдались внезапное нарушение зрения и потемнение в глазах, у 33% – не наблюдались (Рис. 17).

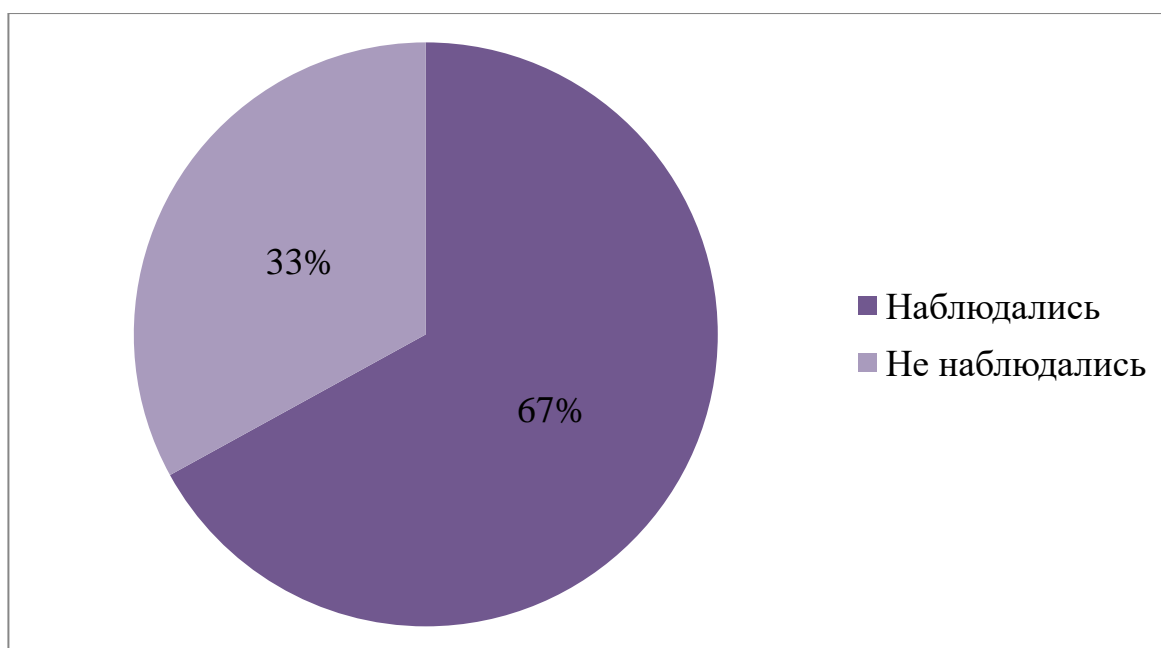


Рис. 17. Внезапное нарушение зрения, потемнение в глазах

Исследования показали, что у 72 % респондентов при развитии инсульта наблюдались затруднения речи, произношения, у 28% – не наблюдались (Рис. 18).

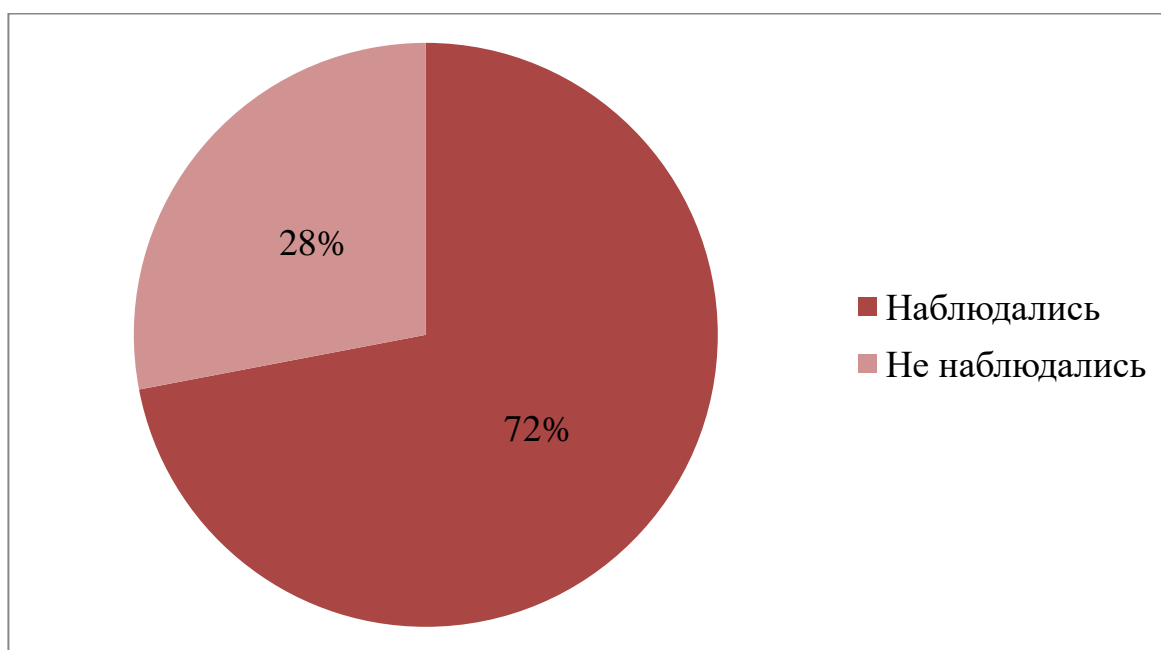


Рис. 18. Затруднения речи, произношения

По результатам исследования у 79% анкетированных при развитии острого нарушения мозгового кровообращения наблюдалась сильная головная боль, не связанная с другими причинами, у 21% – не наблюдалась (Рис. 19).

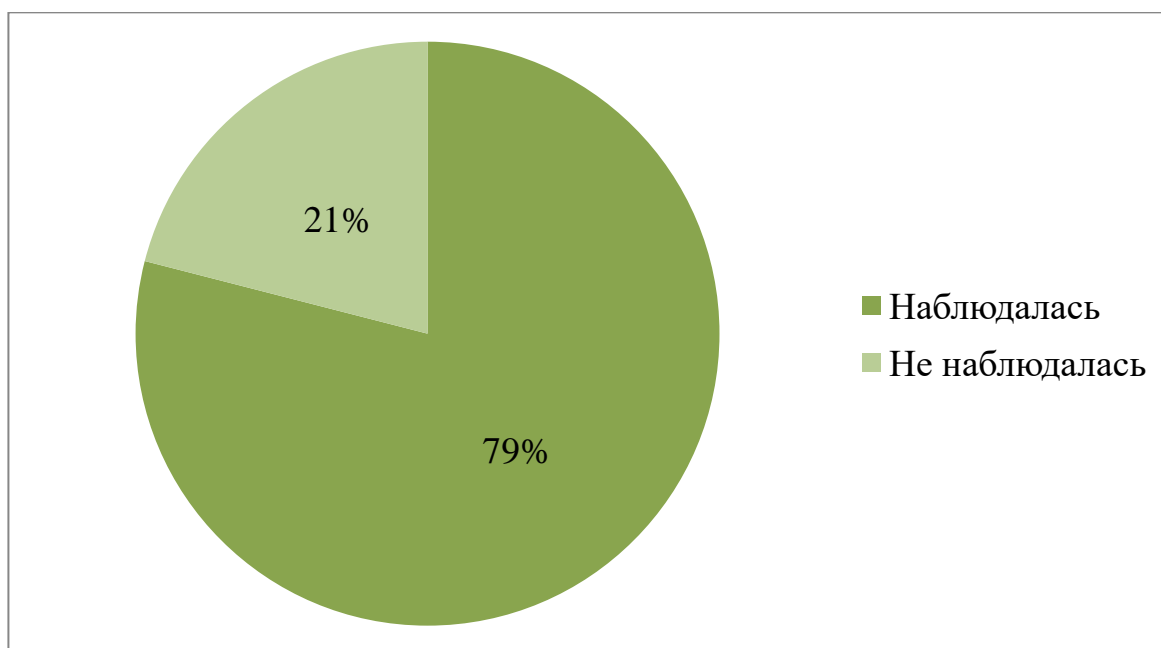


Рис. 19. Сильная головная боль, не связанная с другими причинами

Выявлено, что падения, потери равновесия, которые не были связаны с другими причинами, наблюдались у 68% пациентов при развитии инсульта, у 32% – не наблюдались (Рис. 20).

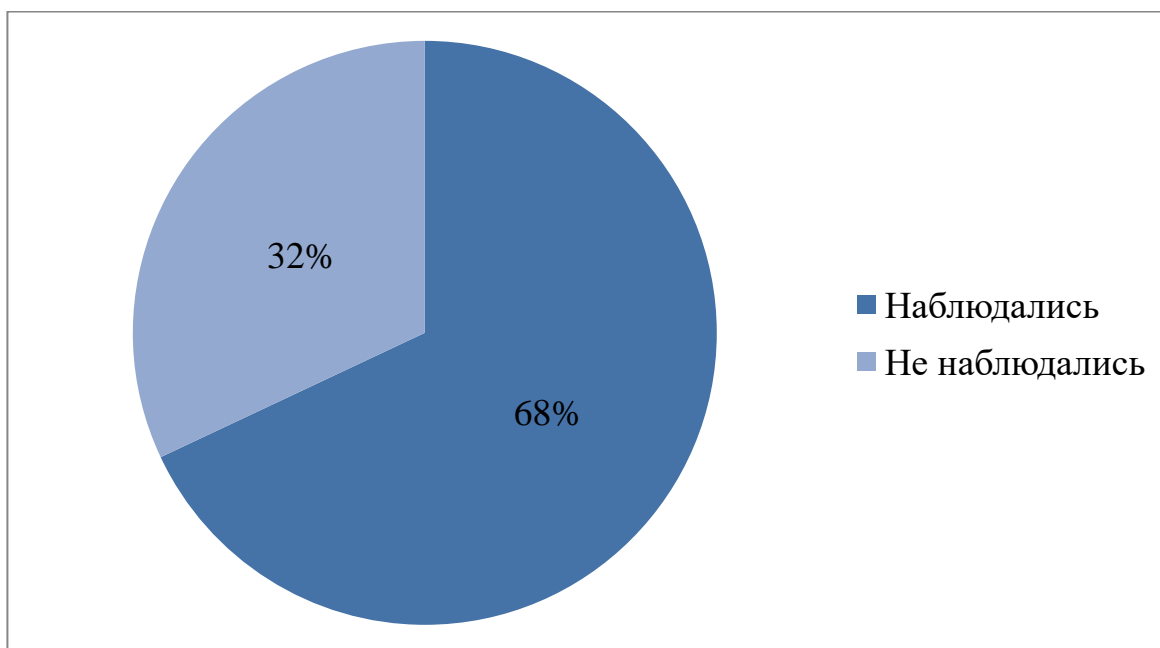


Рис. 20. Падения, потери равновесия, несвязанные с другими причинами

Исследования показали, что 20% пациентов нуждаются в дополнительной информации от медсестер, 80% в дополнительной информации не нуждаются (Рис. 21).

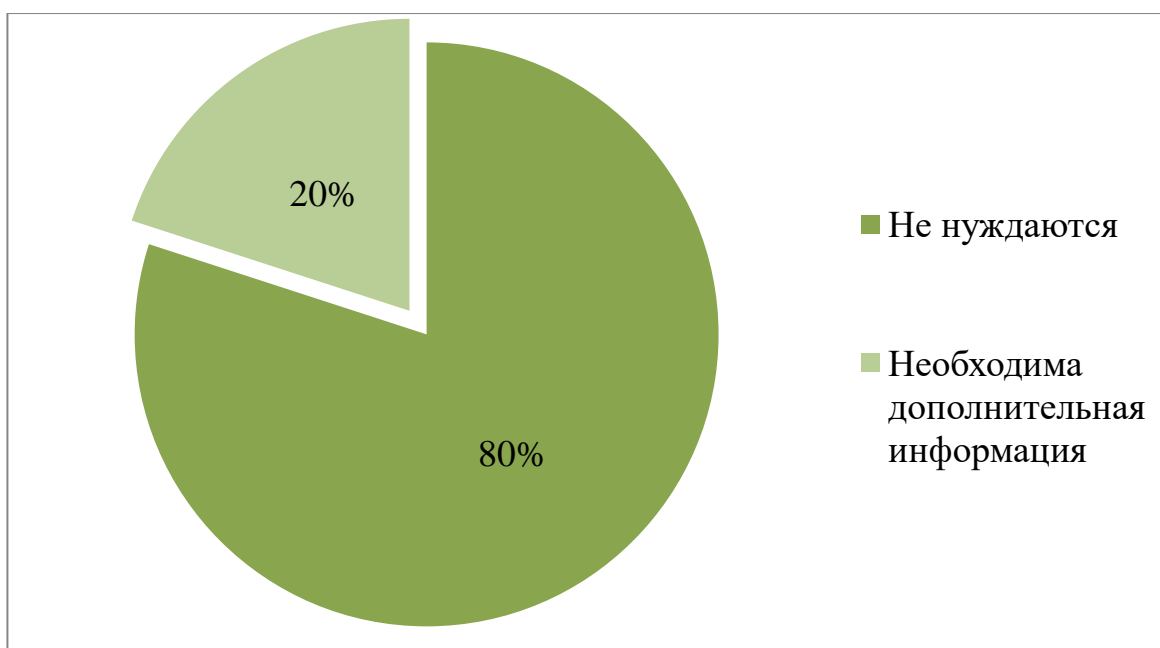


Рис. 21. Необходимость в дополнительной информации от медсестер

По результатам исследования видно, что оказанной медицинской помощью удовлетворены 86% респондентов, не удовлетворены – 14%.

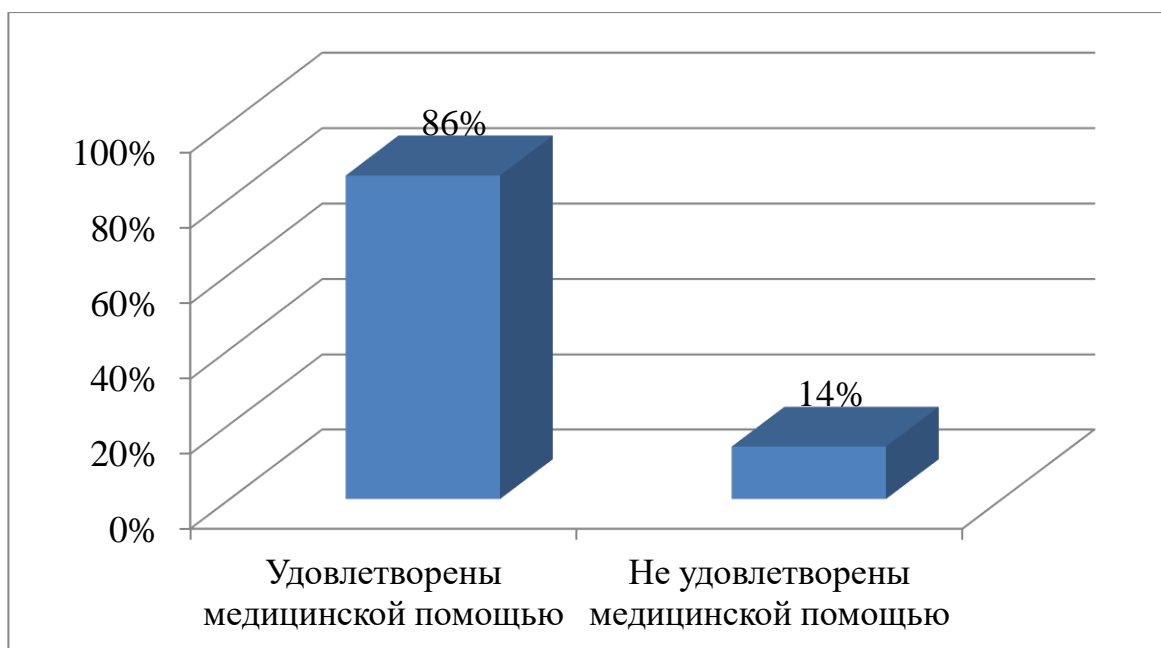


Рис. 22. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью

Проведенное анкетирование показало, что в исследовании приняли участие пациенты преимущественно женского пола в возрастной категории от 65 до 80 лет.

В результате проведенного исследования было выявлено, что большинство респондентов имеет профессиональные вредности – 67%, регулярно испытывает стресс – 50%, имеют низкий уровень физической активности – 57%, избыточный вес – 64%.

Исходя из результатов исследования, можно сделать вывод, что количество курящих, 40%, практически равно количеству некурящих пациентов, 37%. Также выявлено, что число респондентов употребляющих алкоголь иногда равно 47%, 33% – употребляет алкоголь регулярно.

Среди респондентов подавляющее число отметило у себя высокий уровень холестерина – 70% анкетированных. Также среди всех респондентов большинство отметило у себя регулярно повышенное артериальное давление – 59%. Большая часть респондентов имеет в анамнезе заболевания сердца – 54% анкетированных.

Согласно результатам исследования сахарным диабетом заболевают 58% анкетированных, что не намного больше числа пациентов без сахарного диабета, составивших 42%.

Также мы выявили, что наследственную предрасположенность к развитию инсульта отметили у себя 52% анкетированных.

В анкете мы спросили пациентов о симптомах, которые могли наблюдаться у них при развитии инсульта. Большинство респондентов отметили наличие слабости, онемения, паралича в нижних или верхних конечностях – 78%, наличие внезапного нарушения зрения, потемнения в глазах – 67%, наличие затруднения речи, произношения – 72%, наличие сильной головной боли, не связанной с другими причинами – 79%, падения, потери равновесия, которые не были связаны с другими причинами – 68%.

2.3. Рекомендации родственникам по уходу за человеком, перенесшим инсульт

1. Организация питания:

- при затруднении пережевывания твердой пищи, следует давать жидкость;
- в случае если пациенту сложно держать стакан в руках, можно научить его пить через соломинку или поильник;
- если пациент не может самостоятельно питаться, то в процессе кормления следует класть еду в непораженную часть рта;
- если у пациента возникают проблемы со стулом, следует ввести в рацион питания больше молочных продуктов, фруктов, овощей, продуктов богатых клетчаткой.

2. Многие люди перенесшие инсульт, полностью или частично утрачивают подвижность. В таком случае задача родственников заключается в следующем:

– необходимо подобрать пациенту удобную легко надевающуюся обувь с нескользящей подошвой;

– обеспечить безопасные условия для передвижения: сгладить острые углы, убрать высокие пороги, установить брусья, перекладины;

– в случае если пациент передвигается при помощи ходунков или в кресле-коляске необходимо обеспечить свободное прохождение поддерживающего устройства в помещениях;

– у кровати больного следует поставить мочеприемник, чтобы пациент мог пользоваться им в ночное время;

– на ночь желательно оставлять в комнате пациента приглушенный свет;

– поддерживать и поощрять стремления пациента самостоятельно двигаться, выполнять гигиенические процедуры, принимать пищу, также не отказывать в сопровождении и помощи во время передвижения.

3. Человеку, перенесшему инсульту необходимо регулярное и правильное общение. К нему нужно относиться с уважением и терпением.

Моральная поддержка со стороны близких может значительно ускорить процесс восстановления. При общении следует:

– использовать мимику, жесты, прикосновения;

– говорить четко, спокойно, не спеша;

– составлять короткие простые понятные предложения, используя общеизвестные слова;

– проявлять терпение, слушать пациента до конца. В том случае если Вы не поняли сказанного, стоит вежливо попросить повторить предложение;

– при необходимости общаться письменно или используя картинки с изображением предметов и действий.

4. Чтобы избежать постинсультной депрессии следует организовать пациенту досуг. Хорошее настроение и положительные эмоции будут способствовать более быстрой реабилитации.

– Стоит создать в доме благоприятную обстановку, спокойную и доброжелательную атмосферу.

– По возможности уделяйте больше внимания пациенту. Поинтересуйтесь, как он провел день, его желаниями, чего бы ему хотелось, поиграйте с ним в настольные игры, почитайте ему вслух. Также можно привлечь к общению детей, их непосредственность может благоприятно влиять на состояние пациента.

– В случае необходимости оставить пациента в одиночестве, обеспечьте ему доступность всех необходимых вещей.

– Проследите, чтобы в зоне доступности были ручка, блокнот, пульт от телевизора, книги, журналы, все, что может разнообразить времяпровождение.

5. Если человек, перенесший инсульт, постоянно находится в лежачем положении, то необходимо проводить профилактику пролежней – омертвление участков кожи. Для этого необходимо:

– каждые 2 часа менять положение пациента, для придания удобного положения использовать подушки и валики, также можно использовать специальный матрац;

– ежедневно проводить тщательный осмотр и гигиенические мероприятия кожи пациента;

– менять постельное белье по мере необходимости, следить, чтобы постель была чистой, без складок, без крошек, чтобы не было лишних предметов;

– выполнять легкий массаж и лечебную гимнастику.

6. У лежачих больных высок риск развития пневмонии. Чтобы предотвратить ее развитие, пациенту необходимо: выполнять дыхательную гимнастику (Приложение 2), массаж грудной клетки.

7. Для профилактики контрактуры (ограничение движений в суставах впоследствии длительного неподвижного состояния конечности) следует выполнять упражнения ЛФК для суставов (Приложение 3).

8. Необходимо проводить профилактику повторного инсульта, для этого надо:

– Контролировать уровень артериального давления;

– Скорректировать обменные процессы и кровообращение – это позволит исключить возникновение застоев в разных органах.

– Укреплять иммунитет, принимая витамины – это позволит предотвратить обострения хронических заболеваний. По назначению врачу пациенту необходимо принимать ноотропные средства для обеспечения мозга нужным количеством кислорода.

– Выполнять лечебную гимнастику. Она выполняется по 30 минут в день, под чьим-либо контролем. По показаниям массаж и физиотерапия.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, исходя из выше изложенного, можно сделать следующие выводы:

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения, приводящее к стойкому очаговому поражению головного мозга. Может носить ишемический

или геморрагический характер. Наиболее часто острое нарушение мозгового кровообращения проявляется внезапной слабостью в конечностях, асимметрией лица, расстройством сознания, нарушением речи и зрения, головокружением.

Диагностировать острое нарушение мозгового кровообращения можно по совокупности данных клинических, лабораторных, томографических и сосудистых исследований. Лечение состоит в поддержании жизнедеятельности организма, коррекции сердечных, дыхательных и метаболических нарушений, борьбе с церебральным отеком, специфической патогенетической, нейропротекторной и симптоматической терапии, предупреждении осложнений.

До 80% перенесших острое нарушение мозгового кровообращения пациентов имеют стойкие неврологические нарушения, обуславливающих инвалидность. Около четверти из этих случаев составляет глубокая инвалидность с потерей возможности самообслуживания.

Исходя из результатов проделанной работы, можно сделать вывод, что одной из особенностей острого нарушения мозгового кровообращения является соотношение ролей медсестры и врача. Чем больше времени проходит от наступления заболевания, тем меньше требуется постоянная помощь врача (но пациент, разумеется, все равно находится под наблюдением), и больше становится роль медицинской сестры. Это обусловлено тем, что у пациентов после инсульта значительно ухудшается качество жизни, это грозит им ухудшением психологического состояния (например, депрессией и «нежеланием быть обузой») и именно в этом аспекте очень важна роль медсестры, потому что именно она проводит с пациентом наибольшее количество времени. Она постоянно следит за общим состоянием пациента, выполняет врачебные назначения и сестринский уход.

Роль медицинской сестры важна как в помощи пациенту принимать пищу, соблюдать гигиену, совершать отправления, так и с психологической точки зрения. Всё потому что люди, попадающие в больницу с диагнозом острого нарушения мозгового кровообращения, ещё не знают обо всех

особенностях своей болезни, они чувствуют себя беспомощными и боятся, что их жизнь больше не станет прежней. Помимо этого, в обязанности медсестры входит обучение родственников пациента всем аспектам по уходу за ним и моральная поддержка. В период реабилитации это весьма важно, ведь именно от позитивного настроения и желания скорейшего восстановления самого пациента, а также поддержки со стороны близких зависит время восстановления и возвращения к привычной жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бакунц, Г.О. Эндогенные факторы церебрального: монография [Текст] / Бакунц Г.О. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 360 с.

2. Быковская, Т.Ю. МДК 01.02. Основы профилактики: ПМ 01. Проведение профилактических мероприятий [Текст] / Быковская Т.Ю. [и др.]; под ред. Кабарухина Б.В. - Ростов н/Д : Феникс, 2017. - 254 с.
3. Гельфанд, Б.Р. Интенсивная терапия [Текст] / Под ред. Б.Р. Гельфанда, А.И. Салтанова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 1744 с.
4. Гусев, Е.И. Неврология и нейрохирургия: клинические рекомендации [Текст] / Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 368 с.
5. Ибатов, А.Д. Основы реабилитологии: учебное пособие [Текст] / Ибатов А.Д., Пушкина С.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 160 с.
6. Корягина, Н.Ю. Организация специализированного сестринского ухода [Текст] / Под ред. З.Е. Сопинойю - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 464 с.
- 7 Крылов, В.В. Хирургия массивного ишемического инсульта [Текст] / В. В. Крылов – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 136 с.
8. Мамалыга, М.Л. Кардиocereбральные нарушения и внутриклеточные изменения в ЦНС при судорожной активности и ее лечении: монография [Текст] / Мамалыга М.Л. - М.: Прометей, 2016. - 378 с.
9. Медведев, А.С. Основы медицинской реабилитологии [Текст] / А.С. Медведев - Минск: Беларус. наука, 2015. - 435 с.
10. Пономаренко, Г.Н. Медицинская реабилитация: учебник [Текст] / Г. Н. Пономаренко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с.
11. Хасанова, Д. Р. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики: методические рекомендации [Текст] / под ред. Д. Р. Хасановой, В. И. Данилова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с.
12. Александров В.В., Основы восстановительной медицины и физиотерапии [Электронный ресурс] / Александров В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-4057-5 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970440575.html>
13. Епифанов А.В., Медицинская реабилитация [Электронный ресурс] / Епифанов А. В., АчкасовЕ. Е., Епифанов В. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. –

672 с. – ISBN 978-5-9704-3248-8 – Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970432488.html>

14. Епифанов В.А., Медико-социальная реабилитация пациентов с различной патологией [Электронный ресурс] / В.А. Епифанов, А.В. Епифанов - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 592 с. - ISBN 978-5-9704-4154-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441541.html>

15. Епифанов В.А., Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / Епифанов В.А., Епифанов А.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 416 с. (Библиотека врача-специалиста) - ISBN 978-5-9704-3442-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970434420.html>

16. Кадыков А. С., Практическая неврология [Электронный ресурс] / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 432 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-3890-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438909.html>

17. Корчажкина Н.Б., Физиотерапия, бальнеология и реабилитация № 01.2016 [Электронный ресурс] / гл. ред. Н.Б. Корчажкина - М.: Медицина, 2016. - 56 с. - ISBN 1681-3456-2016-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/1681-3456-2016-1.html>

18. Котенко К.В., Реабилитация при заболеваниях и повреждениях нервной системы [Электронный ресурс] / К.В. Котенко - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 656 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-3749-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437490.html>

19. Крылов В.В., Нейрореаниматология: практическое руководство [Электронный ресурс] / Крылов В.В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 176 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-4369-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970443699.html>

20. Кулешова Л.И., Основы сестринского дела: курс лекций, сестринские технологии [Электронный ресурс] : учебник / Л.И. Кулешова, Е.В. Пустоветова; под ред. В.В. Морозова. - Изд. 3-е. - Ростов н/Д: Феникс, 2018. - 716 с. (Среднее

медицинское образование) - ISBN 978-5-222-29749-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222297490.html>

21. Медик В.А., Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Медик В.А., Лисицин В.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-5049-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450499.html>

22. Мухина С.А., Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс]: учебник / Мухина С.А., Тарновская И.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 368 с. - ISBN 978-5-9704-4997-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449974.html>

23. Новикова Л.Б., Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421871.html>

24. Петрова Н.Г., Основы профилактической деятельности (ПМ.01) [Электронный ресурс]: учебник / Н.Г. Петрова [и др.] - Ростов н/Д: Феникс, 2016. - 285 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-26387-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222263877.html>

25. Пирадов М.А., Инсульт: пошаговая инструкция [Электронный ресурс] / Пирадов М.А., Максимова М.Ю., Танащян М.М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») - ISBN 978-5-9704-4910-3 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970449103.html>

26. Романов А.И., Общая и частная медицинская реабилитология: научно-методические и практические основы [Электронный ресурс] / Романов А.И., Силина Е.В., Романов С.А. - М.: Дело, 2017. - 504 с. - ISBN 978-5-7749-1204-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785774912049.html>

27. Скворцова В.И., Школа здоровья. Жизнь после инсульта. [Электронный ресурс] / Под ред. В.И. Скворцовой - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. -

296 с. (Серия «Школа здоровья») - ISBN 978-5-9704-0826-1 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408261.html>

28. Скворцова В.И., Школа здоровья. Жизнь после инсульта. Материалы для пациентов [Электронный ресурс] / под ред. В.И. Скворцовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 88 с. - ISBN 978-5-9704-0827-8 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408278.html>

29. Федюкович Н.И., Внутренние болезни [Электронный ресурс]: учебник / Н.И. Федюкович - Ростов н/Д : Феникс, 2018. - 505 с. (Среднее медицинское образование) - ISBN 978-5-222-30122-7 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222301227.html>

30. Элланский Ю.Г., Общественное здоровье и здравоохранение [Электронный ресурс]: учебник / Элланский Ю.Г. и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 624 с. - ISBN 978-5-9704-5033-8 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970450338.html>

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета

Данное анкетирование проводится с целью выявления особенностей сестринского ухода при острых нарушениях мозгового кровообращения.

Ваше мнение особенно ценно, так как полученная в ходе исследования информация позволит выявить дефекты сестринского ухода и определить мероприятия по его улучшению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде. Содержание отдельных анкет не разглашается.

1. **Пол:** а) муж; б) жен.
2. **Возраст:** а) до 40 лет; б) от 40 до 65; в) от 65 до 80; г) больше 80.
3. **Место жительства:** а) город; б) за городом.
4. **Профессиональные вредности:** а) да; б) нет.
5. **Наличие стресса:** а) регулярно; б) редко; в) нет.
6. **Физическая активность:** а) низкая; б) средняя; в) высокая.
7. **Наличие избыточного веса или ожирения:** а) ожирение; б) избыточный вес; в) нет;
8. **Курение:** а) да; б) нет; в) иногда.
9. **Алкоголь:** а) да; б) нет; в) иногда.
10. **Соблюдение диеты:** а) да; б) нет.
11. **Высокий уровень холестерина в крови:** а) да; б) нет.
12. **Повышенное артериальное давление:** а) регулярно; б) редко; в) нет.
13. **Заболевания сердца:** а) да; б) нет.
14. **Сахарный диабет:** а) да; б) нет.
15. **Наследственная предрасположенность к инсульту:** а) да; б) нет.
16. **Слабость, онемение, паралич в нижних или верхних конечностях:** а) да; б) нет.
17. **Внезапное нарушения зрения, потемнение в глазах:** а) да; б) нет.
18. **Затруднение речи, произношения:** а) да; б) нет.
19. **Сильная головная боль, не связанная с другими причинами:** а) да; б) нет.
20. **Падения, потеря равновесия, которые не были связаны с другими причинами:** а) да, б) нет.
21. **Необходимость дополнительной информации от медработника:** а) да, б) нет.
22. **Удовлетворенность медицинской помощью:** а) да, б) нет.
23. **Пожелание медработникам** _____

Благодарим за сотрудничество!



Дыхательная гимнастика



Существует много способов дыхательной гимнастики. Какой выбрать вам — это зависит от состояния пациента и вашей возможности донести команды до пациента.

1. Из положения лежа или сидя во время медленного и неглубокого вдоха руки, прижатые к грудной клетке, медленно развести в стороны, задержать на несколько секунд дыхание, а затем произвести медленный глубокий выдох, приводя руки к грудной клетке.
2. Сделать медленный глубокий вдох, одновременно поднимая руки вверх, задержать на несколько секунд дыхание, затем сделать медленный глубокий выдох, прижимая сложенные на груди крестом руки к грудной клетке, и одновременно подтянуть ноги, согнутые в коленях, к животу.
3. Сделать медленный глубокий вдох и затем серию выдохов с коротким толчкообразным дыханием.
4. Сделать медленный глубокий вдох, выдох — через соломинку в стакан с водой.
5. Звуковые упражнения (больной произносит звонкие и глухие гласные и согласные, шипящие звуки).

УПРАЖНЕНИЯ ЛФК СУСТАВОВ ДЛЯ ЛЕЖАЧИХ БОЛЬНЫХ

*Длительность занятия ЛФК суставов составляет 10–20 мин.
Каждое упражнение выполняется 3–5–10 раз, самостоятельно
либо пассивно, с посторонней помощью.*

ОСНОВНЫЕ ПРАВИЛА ПРОВЕДЕНИЯ УПРАЖНЕНИЙ ЛФК ДЛЯ СУСТАВОВ:

- Комплекс пассивных упражнений нужно начинать как можно раньше, фактически с первых дней болезни
- Пассивные упражнения ЛФК проводятся по возможности в полном объеме движения, возможном в этом суставе.
- Движения осуществляются осторожно, в медленном темпе. При плавном и медленном растяжении мышечный тонус может значительно снизиться, что позволит увеличить амплитуду движения в парализованной конечности.
- Пассивные упражнения ЛФК совершаются в тех направлениях, в которых обычно работает данный сустав (сгибание – разгибание, приведение – отведение, круговые движения).
- Разработку по суставам проводят в направлении от туловища к периферии, то есть в следующей последовательности: плечевой, локтевой, лучезапястный суставы и пальцы рук, тазобедренный, коленный, голеностопный суставы и пальцы стоп.
- Объем и темп упражнений ЛФК после инсульта постепенно увеличивают, число их для каждого сустава может быть от 5 до 10.
- Лучше проводить движения отдельно в каждом суставе, не включая в работу другие.



Упражнения ЛФК для суставов рук:

- Сгибание и разгибание в каждом суставе фаланг пальцев.
- Приведение и отведение большого пальца руки к ладони.
- Сгибание и разгибание всей кисти с максимальным разведением всех пальцев при полном разгибании.
- Круговые движения кистями по часовой стрелке.
- Круговые движения кистями против часовой стрелки.
- Сгибание и разгибание рук в локтевых суставах.
- В положении лежа или сидя разведение выпрямленных рук в стороны.

Упражнения ЛФК для суставов ног:

- Сжимание и разжимание пальцев ног.
- Круговые движения стопами по часовой стрелке.
- Круговые движения стопами против часовой стрелки.
- Вытягивание стоп (как бы вставание на цыпочки).
- Подтягивание стоп на себя.
- Сгибание и разгибание ног в коленных суставах.
- Сгибание и разгибание ног в тазобедренных суставах.

