

ПРОФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Терапевтических дисциплин

**ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ
ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА**

Дипломная работа студентки

**очной формы обучения
специальности 31.02.01 Лечебное дело
4 курса группы 03051521
Бутовой Галины Александровны**

Научный руководитель
Преподаватель Жучкова И.А.

Рецензент
врач-невролог ОГБУЗ
«Белгородская областная
клиническая больница Святителя
Иоасафа»
Яценко Е. А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА.....	5
1.1. Сущность, клинические проявления и осложнения инсульта	5
1.2. Диагностика, лечение и профилактика инсульта	8
1.3. Средства и методы восстановления при остром нарушении мозгового кровообращения.....	10
ГЛАВА 2. Изучение профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта.....	15
2.1. Организация проведения исследования	15
2.2. Результаты собственного исследования.....	15
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	35
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	40

ВВЕДЕНИЕ

Реабилитация больных с последствиями инсульта представляет собой актуальную медико-социальную проблему. В международной практике определены чёткие стандарты ведения таких больных, которые на достаточно профессиональном уровне реализуются во многих странах. Следует подчеркнуть, что количество больных с последствиями инсульта имеет тенденцию к неуклонному росту. Среди основных факторов риска мозгового инсульта на долю артериальной гипертензии приходится 30%, болезней сердца 20%, курения 25%, досаливания пищи 30% и т.д. Смертность же от цереброваскулярных заболеваний заняла прочное 2-е место после ишемической болезни сердца, обойдя злокачественные новообразования и несчастные случаи.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), инсульт занимает третье место, после болезней сердца и онкологических заболеваний, среди причин смерти взрослого населения планеты. Особенно высок риск развития инсульта у людей, достигших 55 летнего возраста. Инсульт является одной из основных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента наблюдается неполное восстановление утраченных в острый период болезни функций. Инсульт нередко оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и иных нарушений. Вот поэтому реабилитация постинсультных больных является неотъемлемой цепочкой в общем механизме профилактики и лечения с целью предупреждения инвалидности и смертности от инсульта.

Цель исследования: изучение профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта.

Предмет исследования: профилактическая роль фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта

Объект исследования: пациенты перенесшие инсульт неврологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа».

Задачи исследования:

1. Изучить существующие литературные источники по профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта.
2. Провести практическое исследование профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта.
3. Проанализировать полученные данные и составить на их основе рекомендации.

Методы исследования:

1. Анализ медицинской литературы по вопросам профилактической деятельности фельдшера при восстановлении больных после инсульта.
2. Психодиагностический метод (беседа).
3. Эмпирический метод (наблюдение).
4. Социологический метод (анкетирование).
5. Статистический метод (обработка статистических данных).

Гипотеза: возможно, что мероприятия по восстановлению пациентов после инсульта начатые в первый период восстановления, помогут пациенту восстановить его психологический и социальный статус.

Практическая значимость исследования определяется возможностью использования выпускной квалификационной работы в целях скорейшего восстановления пациентов перенесших инсульт.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

1.1. Сущность, клинические проявления и осложнения инсульта

Инсульт (позднее-латинское *insultus* - приступ). Этот термин объединяет различные по этиологии и патогенезу состояния, реализующим звеном которых является острая сосудистая катастрофа как артериального, так и венозного русла. Нарушение кровообращения в головном мозге - церебральный инсульт и в спинном мозге – это спинальный инсульт.

Церебральные инсульты - острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным (в течение минут, реже - часов) появлением очаговых неврологических нарушений (двигательных, речевых, сенсорных, координационных, зрительных, кортикальных функций, памяти) и/или церебральных нарушений (изменения сознания, головная боль, рвота и др.), которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения [1 с. 25].

Выделяют несколько видов инсульта в зависимости от его патоморфологических особенностей. Ишемический инсульт (инфаркт мозга) является результатом резкого ограничения кровотока в мозг, геморрагический инсульт характеризуется кровоизлиянием в ткань мозга, желудочки или подболочечное пространство, также выделяют смешанные инсульты, при этом виде инсульта происходит сочетание ишемических очагов и кровоизлияния.

В зависимости от этиологии ишемический инсульт может быть атеротромботическими (окклюзия вызвана элементами атеросклеротической бляшки), кардиоэмболическими (окклюзия обусловлена тромбом образовавшимся в сердце) и гемодинамическими (вызванными спазмом

сосудов). Также, существует лакунарный инфаркт мозга, он вызван закупоркой мозговой артерии малого калибра, и малый инсульт с уменьшением неврологической симптоматики в период до 21 дня с момента сосудистой катастрофы [2 с. 208].

Геморрагический инсульт классифицируют на субарахноидальное кровоизлияние (кровоизлияние в субарахноидальное пространство оболочек головного мозга), паренхиматозное кровоизлияние (кровоизлияние в вещество головного мозга), кровоизлияние в желудочки головного мозга и смешанное. Наиболее тяжело протекает геморрагический инсульт с прорывом крови в желудочки.

Во время инсульта выделяют стадии: острейший период (проходит в первые 3-5 дней), острый период (первый месяц заболевания), восстановительный период, он подразделяется на ранний (до 6 месяцев) и поздний (от 6 до 24 месяцев). Неврологические симптомы, которые не регрессировали в течение 24 месяцев с начала появления инсульта, являются остаточными. В том случае, если же признаки инсульта в полной мере исчезают в течение 24 часов от начала клинических проявлений, то это не инсульт, а преходящее нарушение мозгового кровообращения (переходящая ишемическая атака или гипертензивный криз головного мозга) [3 с. 105].

Клиника инсульта состоит из общемозговых, менингеальных (оболочечных) и очаговых симптомов. Характеризуется острым началом и быстрым прогрессированием клиники. Обычно ишемический инсульт развивается медленнее, чем геморрагический. На переднем плане с начала заболевания находятся очаговые проявления, общемозговые симптомы умеренно или слабо выражены, менингеальные проявления зачастую не имеются. Геморрагический инсульт развивается более быстрыми темпами, дебютирует распространенными церебральными проявлениями, на фоне которых наблюдается прогрессирующее увеличение очаговых симптомов. При

субарахноидальном кровоизлиянии характерен менингеальный синдром [4 с. 300].

Церебральные симптомы отображаются головной болью, рвотой и тошнотой, различными расстройствами сознания, такими как сопор, оглушенность, кома. Приблизительно у одного из десяти пациентов с геморрагическим инсультом встречается эпилептический приступ. Увеличение отека головного мозга или объема крови излившейся в мозг при геморрагическом инсульте приводит к тяжелой внутричерепной гипертензии и угрожает развитием дислокационного синдрома со сдавлением ствола головного мозга [5 с. 156].

Очаговые симптомы зависят от локализации заболевания. При инсульте в области сонных артерий наблюдается центральный гемипарез или гемиплегия — снижение или полное отсутствие мышечной силы в конечностях с одной стороны тела, которое сопровождается повышением тонуса мышц и появлением патологических симптомов. На одной половине лица происходит ослабление мимических мышц (т.е парез), которое проявляется перекосом лица, опущенным уголком рта, разглаживанием носогубной складки, когда больной пытается поднять брови или улыбнуться пораженная сторона лица отстает от здоровой или остается полностью неподвижной [6 с. 208].

Эти двигательные изменения происходят в конечностях и половине лица расположенной на противоположной стороне от очага поражения. Чувствительность в этих конечностях снижается или вовсе пропадает. Возможна гомонимная гемианопсия — выпадение одноименных половин полей зрения обоих глаз. В некоторых случаях возникают различные фотопсии и даже зрительные галлюцинации. Часто наблюдается утрата способности говорить, снижение критики, апраксия, нарушение восприятия пространства.

Если инсульт произошел в вертебробазиллярном бассейне, то отмечаются головокружение, вестибулярная атаксия, диплопия, дефекты зрительных полей, нарушения произношения, глазодвигательные нарушения, мозжечковая

атаксия, расстройства слуха, дисфагия. Довольно часто встречаются альтернирующие синдромы — сочетание ипсилатерального инсульта периферического пареза черепно-мозговых нервов и контрлатерального центрального гемипареза. При лакунарном инсульте гемигипестезия или гемипарез могут встречаться изолированно [7 с. 87].

1.2. Диагностика, лечение и профилактика инсульта

При диагностике инсульта были определены обязательные методы исследования, такие как общий анализ крови, общий анализ мочи и биохимическое исследование крови: глюкоза, мочевины, креатинин, билирубин, АлАТ, АсАТ; коагулограмма (кефалинкаолиновое время, фибриноген, фибриноген В, этаноловый тест, спонтанный фибринолиз, гематокрит); количество тромбоцитов; ЭКГ; Эхо ЭГ; консультация окулиста (острота зрения, глазное дно); консультация терапевта. А также дополнительные методы исследования: рентгенография органов грудной клетки, люмбальная пункция [8 с. 32].

Оптимальными сроками госпитализации и начала терапии являются первые 3 часа от наступления проявлений клиники инсульта. Лечение в острейшем периоде проводится в палатах интенсивной терапии подготовленных неврологических отделений, после этого больного переводят в отделение ранней реабилитации. До установления типа инсульта проводится базисная недифференцированная терапия, а после установки точного диагноза — специализированное лечение, после этого длительная реабилитация.

Недифференцированное лечение инсульта содержит в себе коррекцию дыхательной функции с пульсоксиметрическим мониторингом, нормализацию артериального давления и сердечной деятельности с ежедневным мониторингом электрокардиограммы и артериального давления,

регуляцию гомеостатических параметров, борьбу с отеком головного мозга [9 с. 22].

Вместе с тем проводится симптоматическая терапия, которая может состоять из средств понижающих температуру, противосудорожных средств, препаратов от рвоты. Базисная терапия при инсульте включает в себя нейропротекторную терапию и профилактику осложнений, таких как аспирационная пневмония, респираторный дистресс-синдром, пролежни, урологическая инфекция, тромбоз, стрессовые язвы.

Дифференцированное лечение инсульта совпадает с его патогенетическим механизмом. При ишемическом инсульте самым важным является раннее восстановление кровотока ишемизированной зоны. Для этого применяют медикаментозный и внутриартериальный тромболизис с помощью тканевого активатора плазминогена, механическая тромболитическая терапия (ультразвуковая деструкция тромба, аспирация тромба под томографическим контролем). При доказанном кардиоэмболическом генезе инсульта проводится антикоагулянтная терапия гепарином или надропарином. Возможно назначение антиагрегантных препаратов, но это в том случае, если тромболизис не показан или по каким-то причинам не может быть проведен. Параллельно используют вазоактивные средства, например винпоцетин, ницерголин [10 с. 133].

Главное в лечении геморрагического инсульта – остановить кровоизлияние. Кровоостанавливающее лечение может проводиться препаратами кальция, аминокaproновой кислотой, викасолом, этамзилатом, апротинином. Совместно с нейрохирургом принимается решение о целесообразности хирургического лечения. Выбор тактики хирурга зависит не только от локализации, но и от размеров гематомы, а также от состояния здоровья пациента [11 с. 345].

Реабилитация пациентов осуществляется с помощью регулярных курсов ноотропной терапии, лечебной физической культуры и механотерапии, электромиостимуляции, рефлексотерапии, физиотерапии, массажа. Часто

больным приходится вновь учиться двигаться и восстанавливать навыки самообслуживания. Специалисты в области психиатрии и психологами проводят психокоррекцию, если это необходимо. Нарушения речи корректируются с помощью логопеда.

Первичная профилактика инсульта - это прием правильной, здоровой еды с минимальным количеством соли и животных жиров, активный образ жизни с элементами физической культуры, уравновешенный и спокойный характер, избегание сильного стресса, отсутствие вредных привычек. Предупреждению как первичного, так и повторного инсульта способствует эффективное лечение сердечно-сосудистой патологии, дислипидемии (прием статинов), снижение избыточного веса [12 с. 201].

1.3. Средства и методы восстановления при остром нарушении мозгового кровообращения

Одно из ведущих мест в комплексе восстановительной терапии больных после инсульта принадлежит кинезотерапии (лечебной физкультуре).

Задачами лечебной физкультуры являются: повышение общего тонуса организма, развитие быстрых движений через растормаживание и активную стимуляцию нервных центров, которые неактивны в данный момент, профилактику патологических состояний, контрактур, борьба с высоким мышечным тонусом, синкинезиями, предотвращение осложнений возникающих вследствие отсутствия физической работы, выявление и стимуляция изолированного сокращения парализованных мышц конечностей, восстановление и восполнение навыков движения.

При реабилитации обычно используют: лечение положением, активные упражнения на расслабление мышц, пассивные упражнения.

Лечение положением назначают вместе с постельным режимом, чаще всего, в раннем восстановительном периоде. Следует не допускать длительного

влияния на конечности без изменения положения. Необходимо всё время менять сгибание, на разгибание мышц, используя необходимые в данном случае укладки и шины при положении, противоположному позе Вернике-Манна. Мышцы, которые склонные к спастическим контрактурам, нужно растягивать, а точки прикрепления их антагонистов необходимо сближать. Однако если же контрактуры уже сформировались, то лечение положением поможет уменьшить выраженность их проявления [13 с. 109].

Время от времени нужно менять положения тела и конечностей, это поможет снизить тонус спастических мышц, а также усилить периферическое кровообращение, и предупредить застойные явления в легких .

«Пассивные упражнения следует назначать в течение 3-4 дней после появления инсульта. Они выполняются во всех суставах паретичных конечностей ежедневно и множество раз. Движения в каждом суставе необходимо выполнять около 10-15 раз. Нужно следить за реакцией пациента на движение, предотвращать боль, отставание дыхания, повышенную спастичность. Для выполнения пассивных упражнений максимально подходящим положением является положение больного лежа на спине».

Все пассивные движения чередуют со специальным расслабляющим массажем в области спастичных групп мышц и тонизирующим, укрепляющим массажем для ослабленных мышц с низким тонусом. Пассивные движения ограничиваются лечением положением, приступая в дальнейшем к полупассивным и активным движениям [14 с. 105].

Активные упражнения можно проводить с помощью методиста, без помощи и с сопротивлением. Они проводятся для мышечных групп, которые разгибают руку и сгибают ногу. Нужно избегать активных движений для групп мышц, которые находятся в состоянии высокого тонуса, то есть сгибателей кисти и пальцев, мышц, приводящих пальцы, мышц-сгибателей и пронаторов предплечья, приводящих мышц плеча, разгибателей голени, сгибателей стопы и ее супинаторов, мышц-разгибателей бедра, супинирующих бедро.

Как только состояние пациента позволяет ему перейти из горизонтального положения в вертикальное, начинается тренировка сидения. Вначале, пациент лежит в течение 3-5 минут. Для этого под голову и спину положите подушку. Со временем, больного переводят в полувертикальное положение на 2-3 дня, но сидеть с опущенными ногами разрешается только после 4-5 дней тренировок. На спину больному укладывают полумягкую подушку, а паретическую руку для предотвращения растяжения мешка фиксируют косынкой, а на паретическую ногу кладут здоровую. Последняя техника выполняется для того, чтобы научить пациента переносить вес тела на паретичную сторону, что очень важно в будущем для того, чтобы научиться правильно ходить. Время в постели с опущенными ногами следует постепенно увеличивать с 10-15 минут до 1-2 часов и более в зависимости от состояния пациента [15 с. 406].

В то же время, с восстановлением механизма ходьбы рекомендуется продолжить выполнять упражнения для укрепления сгибателей голени и разгибателей стопы.

После того как пациент научится выполнять рекомендуемые упражнения, можно приступать к восстановлению механизма ходьбы в усложненных условиях: ходьба без дополнительной опоры вперед, назад и вбок, обучение повороту (стоя и двигаясь), ходьба вверх по лестнице, сначала с дополнительными шагами, ходьба с переступанием через предметы, ходьба в разном темпе, ходьба по узкой дорожке, ходьба в сочетании с разнообразными простыми движениями рук.

Также в восстановительном лечении инсультов применяется массаж. В отличие от физических упражнений массаж не обладает тренирующим эффектом на организм пациента, оказывая, в основном, пассивное раздражающее воздействие [16 с. 25].

Общий эффект массажа определяется тем, что в ответ на данную процедуру замешаны все отделы нервной системы. Под воздействием

различных методов и методик массажа происходит раздражение рецепторов в области массируемой области. Многие аффективные импульсы под воздействием массажа направляются от связок, суставов, мышц, кожи, внутренних органов к центральной нервной системе (спинному мозгу, вегетативным центрам, подкорковым образованиям и коре головного мозга), вызывая реакцию организма в целом. Высокие рефлекторные эффекты влияют на регуляцию окислительных процессов в организме, усиливают крово- и лимфообращение, это приводит к уменьшению застойных явлений в теле человека и стимулирует обмен веществ [17 с. 23].

К задачам массажа можно отнести: улучшение кровообращения и лимфообращения в паретичных мышцах, уменьшить рефлекторную возбудимость спастических мышц, облегчить мышечные контрактуры, укрепить антагонисты спастических мышц, снизить синкинезии, способствовать реабилитации функции движения суставов парализованных конечностей, уменьшить трофические нарушения в конечностях, оказать обезболивающее действие.

Массажист должен находиться со стороны паретичных конечностей. Из предложенных точек в этой области нужно выбрать самые эффективные для данной процедуры. Для того, чтобы был эффект (расслабление или стимуляция), нужно применять технику точечного массажа необходимую в данный момент: при стимуляции - тонизирующую, при расслаблении - успокаивающую, расслабляющую. В сочетании с пассивными движениями эффективность точечного массажа возрастает во много раз [18 с. 96].

Электротерапия при помощи низкочастотных импульсов занимает важное место в восстановлении больных с болевым синдромом.

Чаще всего используются диадинамические и синусоидальные модулированные токи.

Транскраниальная стимуляция электротоком проводится при помощи специально созданного аппарата МДМ-101. Применяются два равных

электрода площадью 3 кв.см каждый. Один (активный) электрод фиксируется на лбу, другой (пассивный) - в шейно-затылочной области. Специально подобранная частота (77 Гц) и определенная сила тока обеспечивают хороший терапевтический эффект, обусловленный активацией эндорфинных структур, серотонинергических и дофаминергических образований через кожные рецепторы лица. Усиленный выброс в кровь и ликвор опиоидных пептидов способствует повышению адаптационных возможностей организма, оказывает выраженный антистрессорный эффект, положительно влияет на психо-эмоциональное состояние (снимает психическое напряжение, раздражительность, повышает работоспособность, внимание, улучшает настроение), нормализует сон, ускоряет репаративные процессы, активизирует иммунитет, оказывает анальгезирующее действие. Срок проведения процедуры около 20 - 30 минут [19 с. 67].

Помимо этого применяется магнитная терапия. Низкочастотная магнитная терапия основана на использовании переменных или постоянных прерывистых, пульсирующих или бегущих низкочастотных магнитных полей. Низкочастотная магнитотерапия оказывает противовоспалительное, анальгезирующее, противоотечное действие, а также неспецифическое влияние на иммунологическую реактивность организма. Низкочастотное магнитное поле усиливает процессы торможения в центральной нервной системе (улучшает общее состояние, сон, уменьшает раздражительность), улучшает кровоснабжение тканей, ускоряет репаративную регенерацию.

Выбор метода зависит от характера болезненного процесса и задачами лечения [20 с. 203].

ГЛАВА 2. ИЗУЧЕНИЕ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФЕЛЬДШЕРА ПРИ ВОССТАНОВЛЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА

2.1. Организация проведения исследования

Исследование проводилось в неврологическом отделении на базе ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа». В исследовании приняло участие 32 пациента возрастом от 29 до 82 лет, перенесшие острые нарушения мозгового кровообращения различной степени тяжести. Для оценки степени тяжести инсульта была использован метод оценки по таблице NIHSS.

Для оценки эффективности восстановительных мероприятий были использованы такие методы исследования как: заучивание 10 не связанных по смыслу слов (тест Лурия) - для оценки объема кратковременной слухоречевой памяти, «Таблицы Шульте», «Исключение лишнего» - для оценки логического мышления. Исследование было проведено в несколько этапов:

1. Проведение исследования по вышеуказанным методикам у пациентов до восстановительных мероприятий
2. Проведение восстановительных мероприятий и повторное исследование
3. Обработка полученных данных

2.2. Результаты собственного исследования

Из 32 исследуемых пациентов, у 3% была легкая степень тяжести – это 1 пациент, средняя степень тяжести наблюдалась у 42% - 13 человек, тяжелый инсульт у 48% - 16 человек, а очень тяжелая степень у 2 пациентов – 7% (Рис. 1).

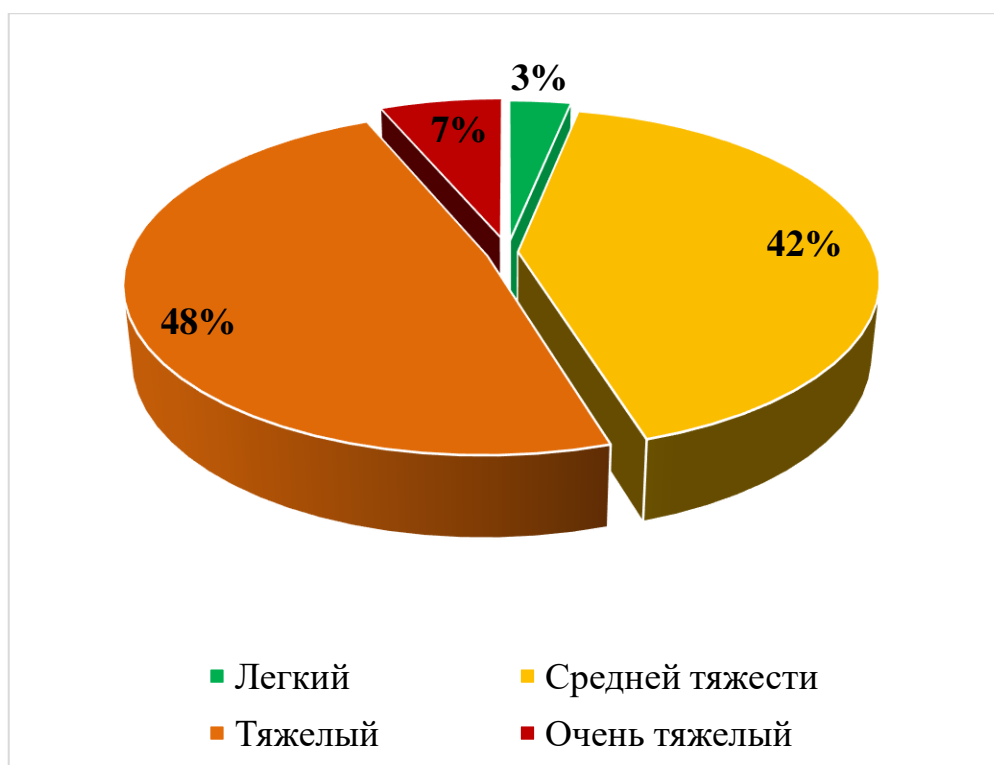


Рис. 1. Количественное соотношение по степени тяжести пациентов с инсультами

По правилам оценки кратковременной памяти была исследована память пациентов неврологического отделения с инсультом средней тяжести получились следующие результаты: из 13 пациентов отличная память – 10 и более запомненных слов –наблюдалась у 2 пациентов – 15%; очень хорошая память – 8-9 и более запомненных слов – 4 пациентов – 31%; хорошая – 6-7 и более запомненных слов – мы наблюдаем у 4 пациентов – 31%; плохая – 4-5 более запомненных слов – оказалась у 3 пациентов это 23%; очень плохая – менее 4 запомненных слов не наблюдалась ни у кого (Рис. 2).

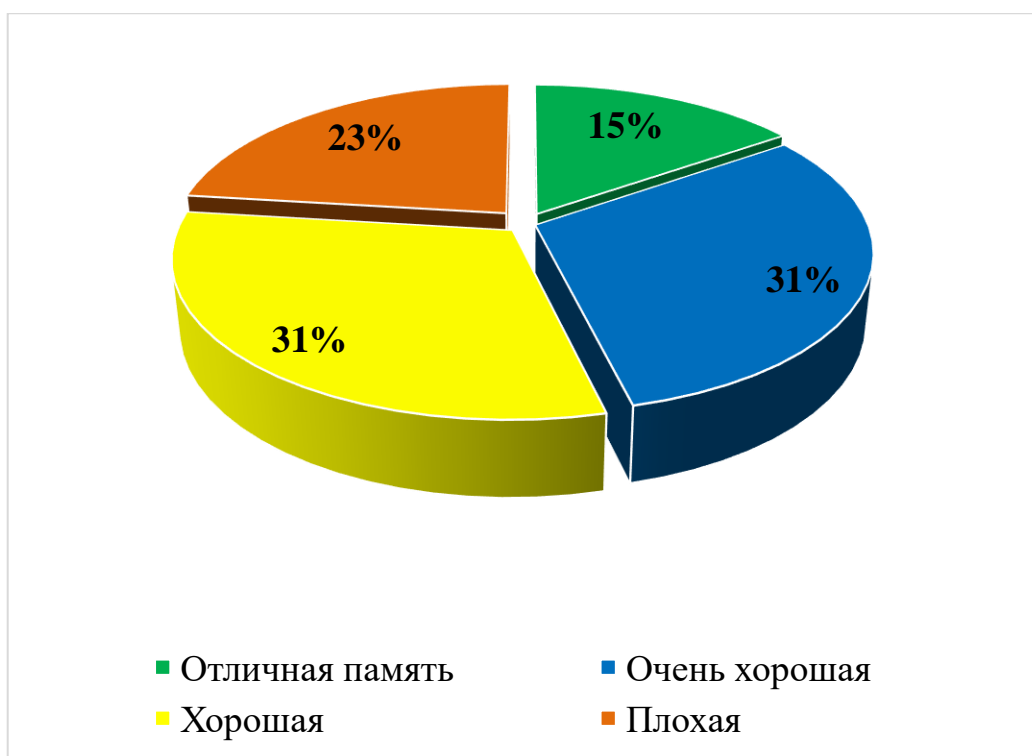


Рис. 2. Кратковременная память пациентов после инсульта средней степени тяжести до проведения восстановительных мероприятий

У пациента с легкой степенью тяжести наблюдалась отличная память. 2 пациента с очень тяжелой степенью инсульта обладали плохой и очень плохой памятью соответственно.

У пациентов с тяжелым инсультом были определены иные результаты: из 16 человек отличная память не наблюдалась ни у кого, очень хорошая у 2 человек – 13%, хорошая у 5 человек – 31%, плохая у 8 человек – 50%, очень плохая у 1 пациента - 6% (Рис. 3).

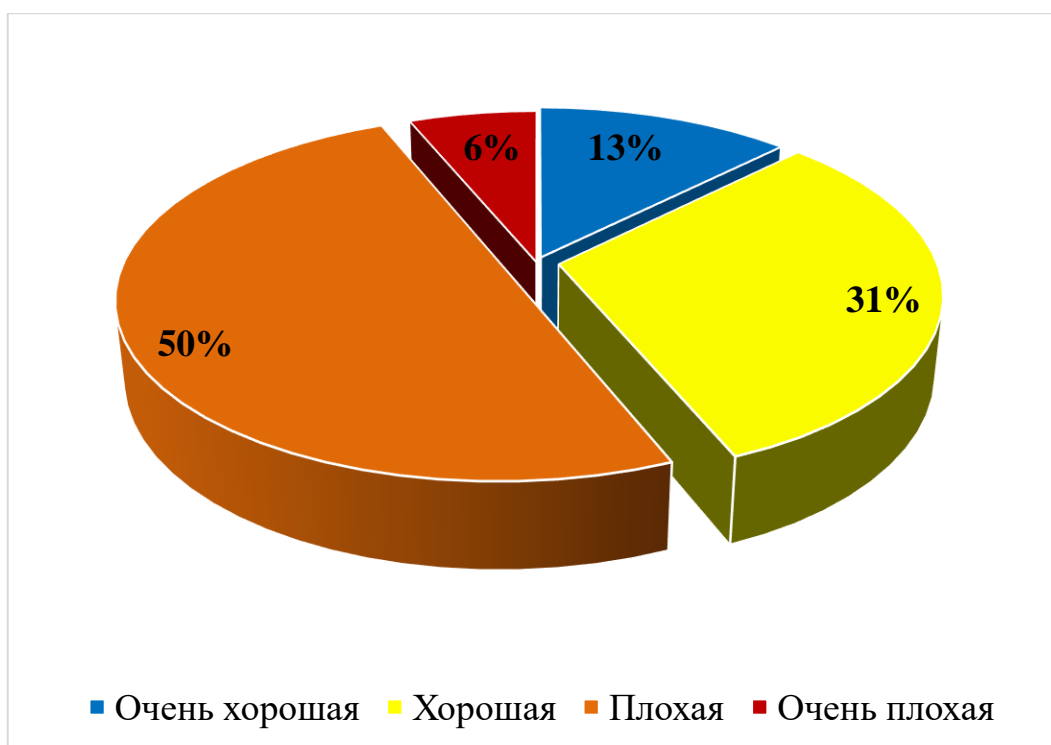


Рис. 3. Кратковременная память пациентов после тяжелого инсульта до проведения восстановительных мероприятий

Для определения уровня внимания пациентов была использована методика «таблицы Шульте» с помощью которой были выявлены основные показатели внимания: эффективность работы (ЭР) – способность концентрировать внимание, психическая устойчивость (выносливость) и объем внимания.

Оценка эффективности работы внимания была проведена по следующим критериям: низкая эффективность работы – 1 балл (56 секунд и более); ниже среднего – 2 баллов (46-55 секунд); средняя – 3 баллов (36-45 секунд); выше среднего – 4 баллов (31-35 секунд); высокая – 5 баллов (30 секунд и менее).

У пациента с легкой степенью тяжести инсульта эффективность работы внимания была высокой. При средней степени инсульта высокая эффективность работы внимания не отмечалась ни у 1 пациента, выше среднего – у 23%, средняя у 54%, ниже среднего у 23% (Рис. 4).



Рис. 4. Эффективность работы внимания у пациентов при средней степени инсульта до восстановительных мероприятий

При тяжелой степени инсульта эффективность работы внимания выше среднего не наблюдалась, средняя – у 25% пациентов, ниже среднего – 56%, и низкая у 19%. Очень тяжелая степень инсульта отрицательно сказывалась на ЭР, у всех пациентов имела место низкая степень эффективности работы внимания. Высокая, выше среднего и средняя ЭР в итоге наблюдалась у 44% всех пациентов (Рис. 5).



Рис. 5. Эффективность работы внимания у пациентов при тяжелом инсульте до восстановительных мероприятий

При оценке объема, согласно методике, результат теста менее 1,0 следует интерпретировать как показатель нормального объема, что значит, чем больше показатель превышает 1,0, тем больше испытуемому требуется времени на подготовку к работе.

Нормальным объемом внимания обладали все пациенты со средней степенью. При тяжелой степени инсульта объем внимания пострадал у 4 – 25% пациентов, у остальных пациентов (75%) результат теста в норме. При очень тяжелой степени – у всех пациентов результат теста показал снижение объема внимания. Таким образом, объем внимания у пациентов, перенесших инсульт, практически не страдает, за исключением тяжелых случаев (Рис. 6).



Рис. 6. Объем внимания у пациентов при тяжелом инсульте до восстановительных мероприятий

Оценка психической устойчивости (ПУ) определяется показателем результата теста менее 1,0, что говорит о хорошей психической устойчивости, следовательно, чем выше этот показатель, тем слабее психическая устойчивость испытуемого к выполнению заданий.

Пациент с легкой степенью набрал в тесте менее 1,0 – что соответствует хорошей психической устойчивости. Все пациенты с инсультом очень тяжелой степени показали сниженную психическую устойчивость. 85% пациентов со средней степенью имели результат менее 1,0, 15% набрали балл выше этой отметки (Рис. 7).



Рис. 7. Психическая устойчивость пациентов при инсульте средней тяжести до восстановительных мероприятий

19% пациентов с тяжелой степенью получили результат более 1,0 балла, остальные (81%) обладали хорошей психической устойчивостью (Рис. 8).



Рис. 8. Психическая у пациентов при инсульте тяжелом инсульте до восстановительных мероприятий

Для диагностики логического мышления использовалась методика «Исключение лишнего». Умение объединять предметы (слова) в одну группу, а и умение находить «лишний» предмет (слово). Согласно методике, если человек правильно и самостоятельно называл родовые понятия – 5 баллов, сначала родовое понятие называет неправильно, потом сам исправляет ошибку – 4 балла; самостоятельно дает описательную характеристику родового понятия – 2,5 балла; с помощью исследователя дает описательную характеристику родового понятия – 1 балл.

Результаты, полученные в ходе исследования, оказались следующими: пациент с легкой степенью инсульта набрал 5 баллов. Пациенты со средней степенью: высокий уровень показал 1 пациент (8%), средний 61– %, ниже среднего –31%. Низкий уровень у пациентов не определился (Рис. 9).

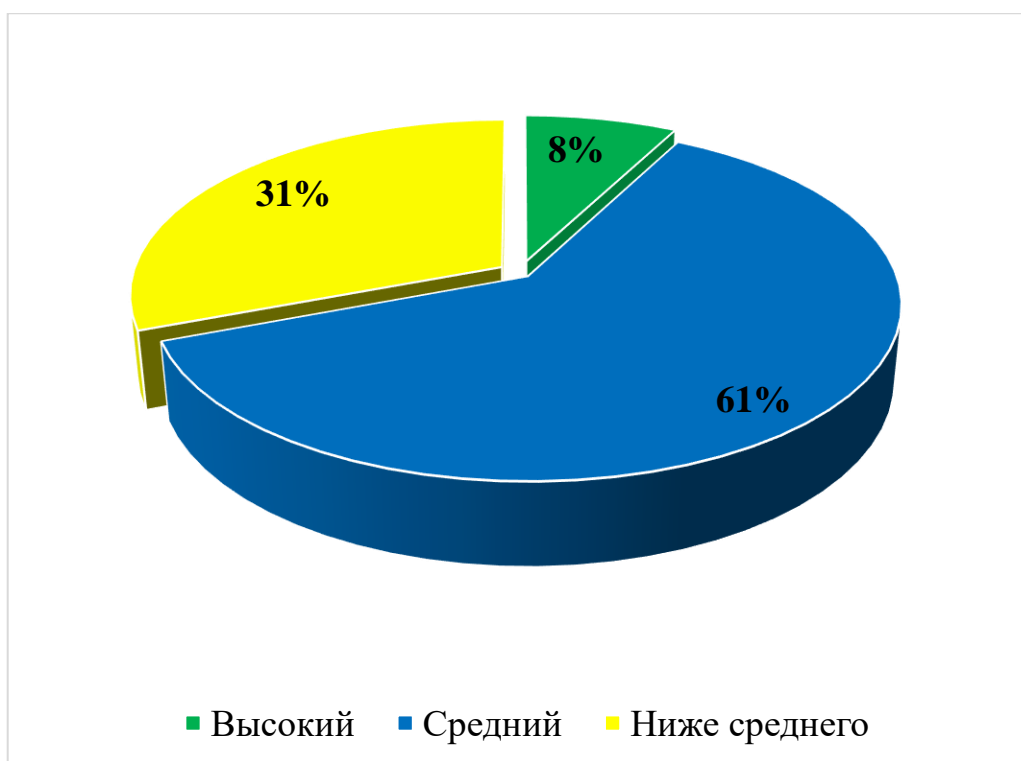


Рис. 9. Исследование логического мышления у пациентов при средней степени инсульта до восстановительных мероприятий

При тяжелой степени инсульта – высокий уровень логического мышления не наблюдался ни у кого, средний – наблюдался у 19% пациентов, ниже среднего у 69%, и у 12% - результат теста достиг низкого уровня. Инсульт очень тяжелой степени интенсивно повлиял на логическое мышление пациентов, вследствие чего все пациенты в тесте имели низкий уровень логического мышления. (Рис. 10).



Рис. 10. Исследование логического мышления у пациентов при тяжелом инсульте до восстановительных мероприятий

Второй этап нашего исследования представлял собой проведение восстановительных упражнений с пациентами с последующей повторной оценкой всех вышеописанных психических процессов. С пациентами в течении 3 недель проводили по 15 минут упражнения на восстановление памяти, внимания и мышления, а также физические упражнения (Приложение 4).

Пациенты с легкой степенью инсульта были исключены из данного этапа в связи с высокими результатами тестирований на первом этапе.

Память пациентов неврологического отделения с инсультом средней тяжести после повторного тестирования улучшилась, и достигла следующих результатов: отличная память – наблюдалась у 23% пациентов; очень хорошая память – у 38% пациентов; хорошая – у 31% пациентов; плохая – оказалась у 1 пациента — это 8%; очень плохая память у пациентов не определялась (Рис. 11).

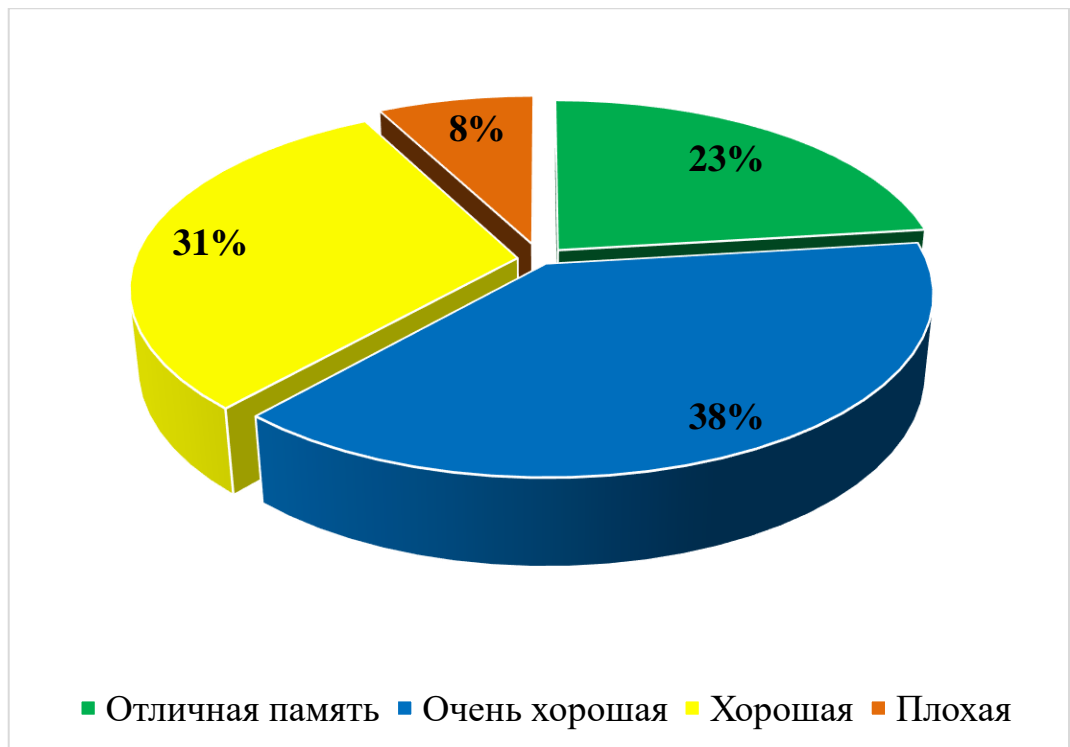


Рис. 11. Кратковременная память пациентов с инсультом средней степени тяжести после проведения восстановительных мероприятий

У пациентов с тяжелым инсультом были определены иные результаты: отличная память не наблюдалась ни у кого, очень хорошая у 5 человек – 31%, хорошая у 7 человек – 44%, плохая у 4 человек – 25%, очень плохая память не отмечалась. У двух пациентов с очень тяжелой степенью инсульта результаты не изменились (Рис. 12).



Рис. 12. Кратковременная память пациентов с тяжелым инсультом после проведения восстановительных мероприятий

При средней степени инсульта высокая эффективность работы внимания была отмечена 8%, выше среднего – у 31% пациентов, средняя у – 46%, показатель ниже среднего у оказался 15% исследуемых (Рис. 13).

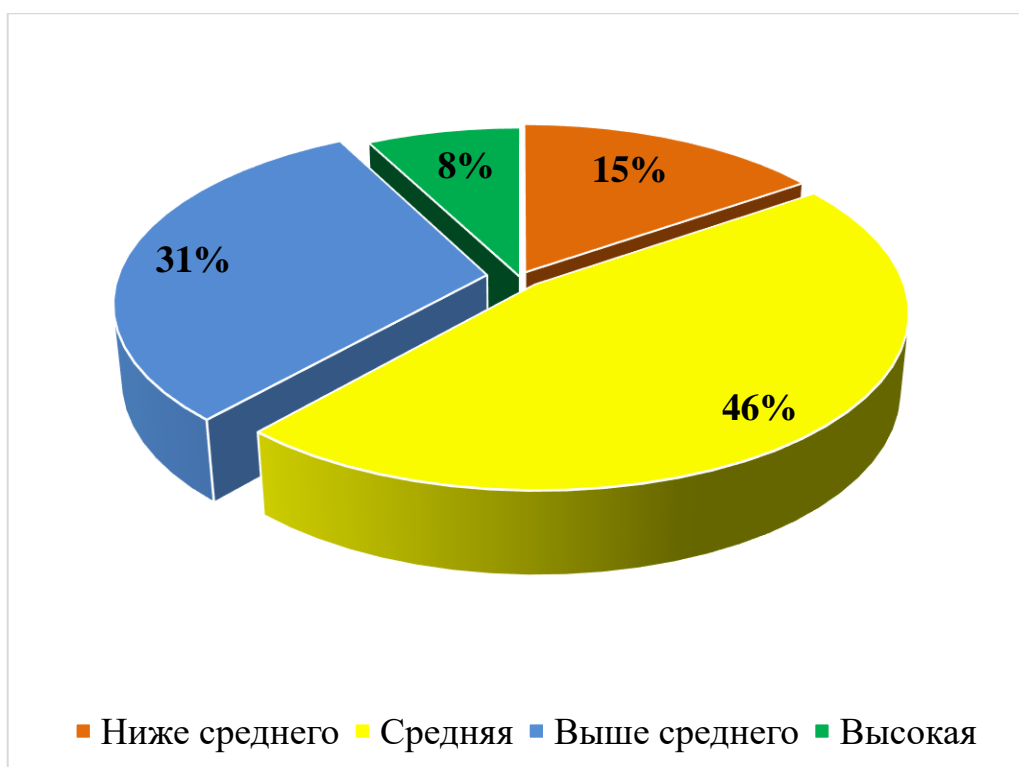


Рис. 13. Эффективность работы внимания у пациентов при средней степени инсульта после восстановительных мероприятий

При тяжелой степени эффективность работы внимания выше среднего наблюдалась у 6%, средняя – у 56% пациентов, ниже среднего – у 38%, и низкая не отмечалась ни у одного пациента (Рис. 14). Для пациентов с очень тяжелой степенью инсульта упражнения оказали достаточно слабый эффект, только у 1 пациента ЭР повысилась до уровня «низкой».

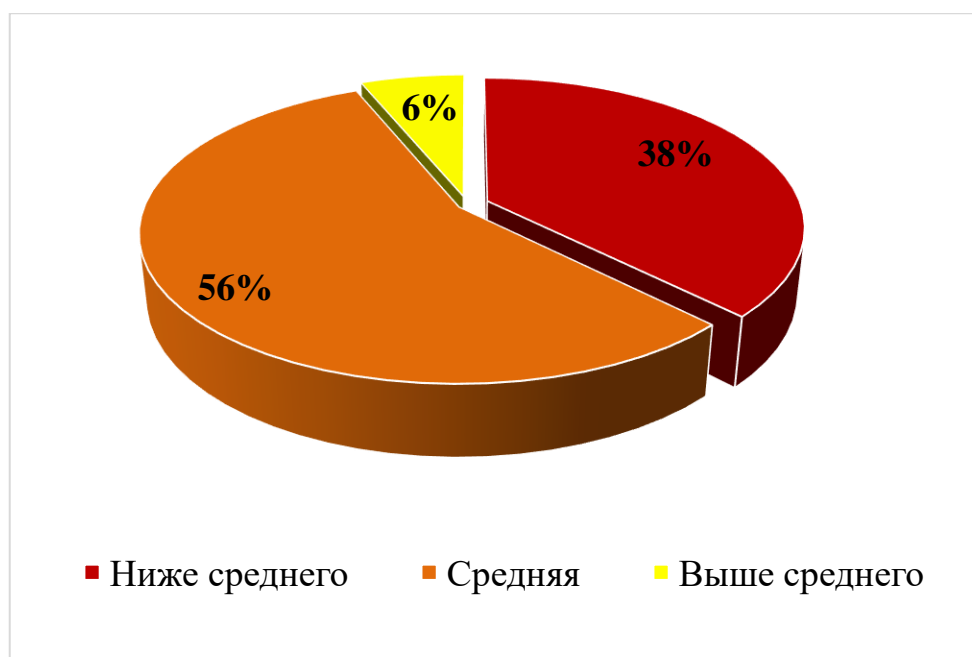


Рис. 14. Эффективность работы внимания у пациентов при тяжелой степени инсульта после восстановительных мероприятий

После проведения восстановительных упражнений у всех пациентов со средней степенью инсульта объем внимания достиг нормы. При тяжелой степени инсульта данный параметр ниже нормы был определен только у 6% (Рис. 15). При очень тяжелой степени упражнения возымели малый эффект т.к. объем внимания остался на прежнем уровне.



Рис. 15. Объем внимания у пациентов при тяжелом инсульте после восстановительных мероприятий

Оценка психической устойчивости после проведения упражнений показала, что у всех пациентов, имеющих инсульт средней степени, показатель ПУ оказался менее 1,0 т.е. нормальный уровень психической устойчивости. Только у 6% пациентов с тяжелой степенью инсульта уровень ПУ остался более 1,0, 94% пациентов имели хорошую психическую устойчивость. Все пациенты с инсультом очень тяжелой степени всё также показали низкую психическую устойчивость (Рис. 16).

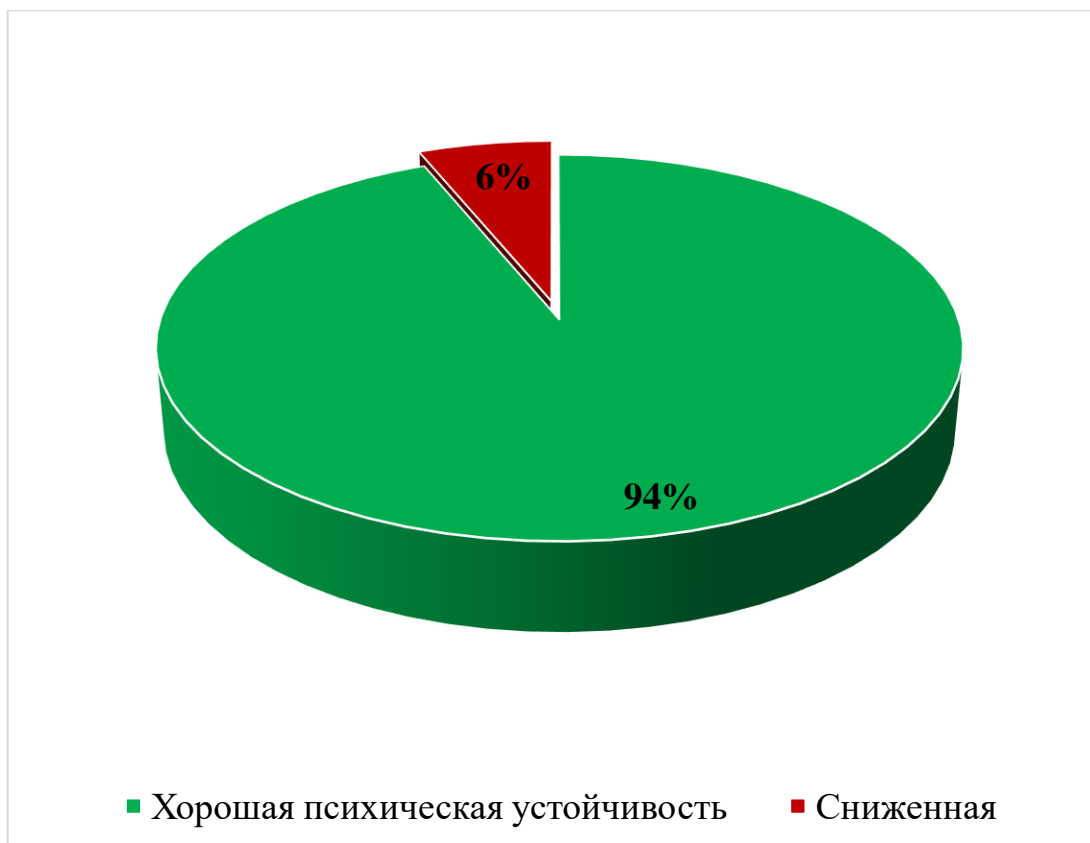


Рис. 16. Психическая устойчивость пациентов при инсульте средней тяжести до восстановительных мероприятий

Результаты исследования логического мышления после проведения восстановительных мероприятий оказались следующими: со средней степенью тяжести инсульта высокий уровень логического мышления набрало 23% пациентов, средний уровень наблюдался у 54%, ниже среднего у – 23% (Рис. 17).

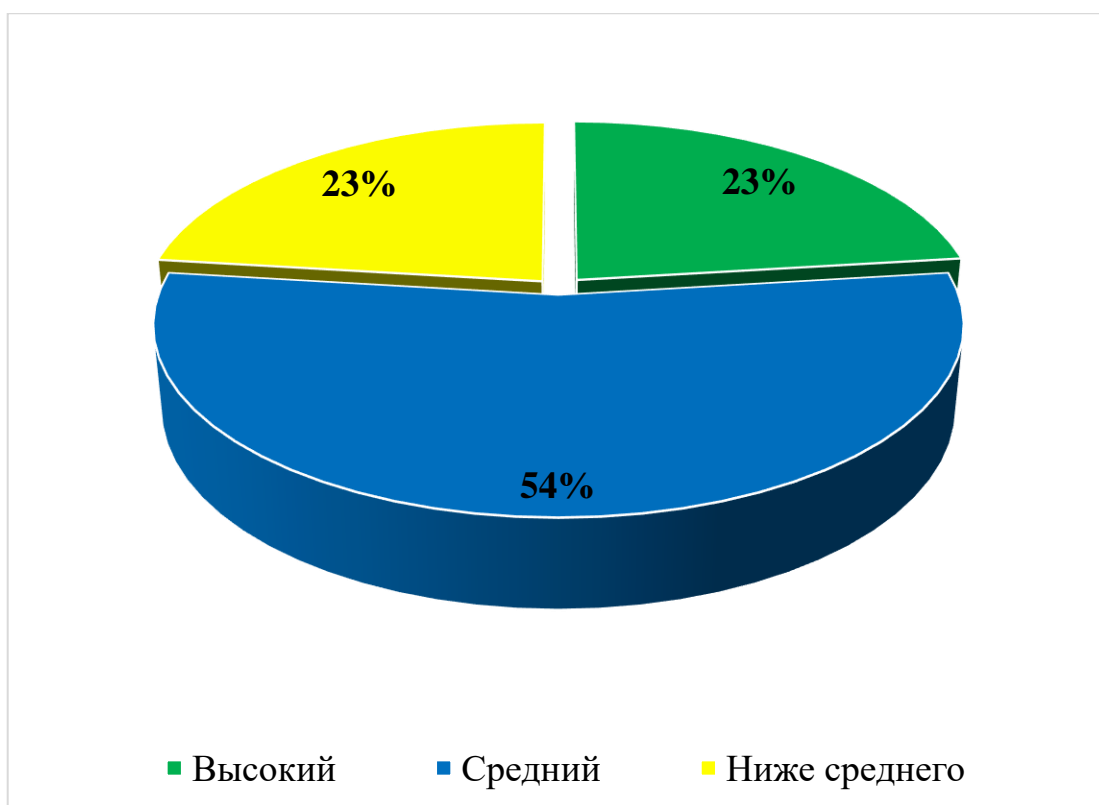


Рис. 17. Исследование логического мышления у пациентов при средней степени инсульта после восстановительных мероприятий

При тяжелой степени инсульта – высокий уровень логического мышления не набрал никто, средний наблюдался у 38% пациентов, ниже среднего у 56%, и 1 пациент (6%) имел низкий уровень. При инсульте очень тяжелой степени упражнения оказали минимальный эффект, 2 пациента имели результат тестирования ниже среднего и низкий соответственно (Рис. 18).

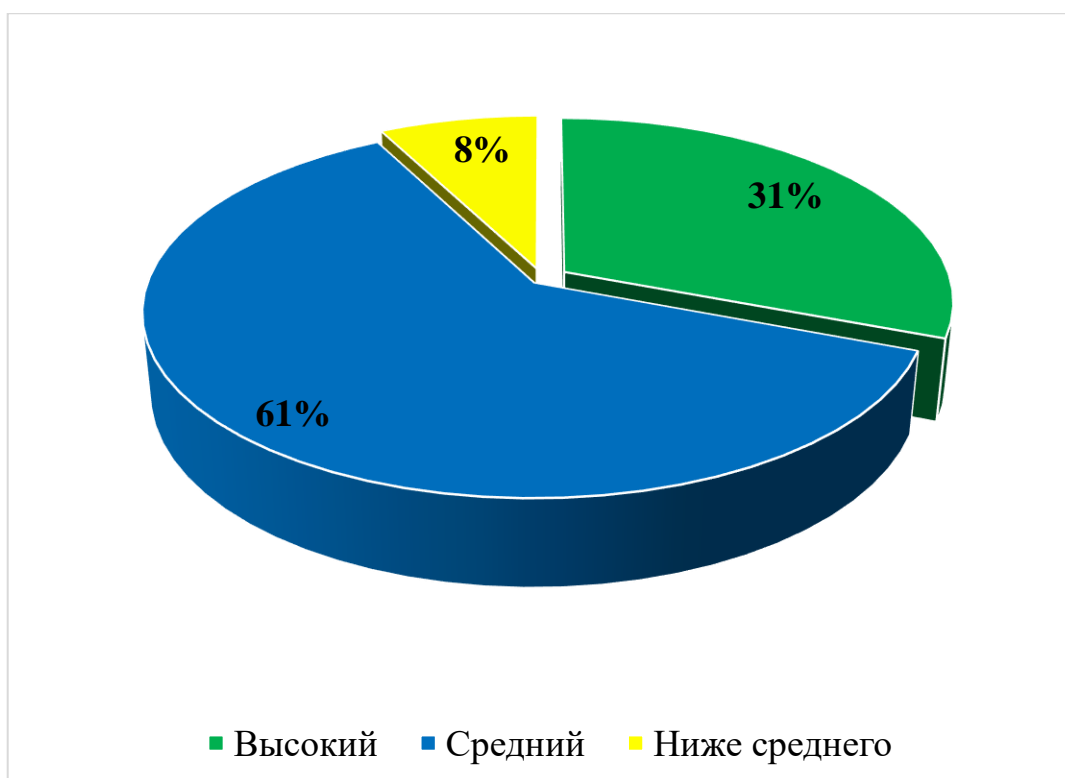


Рис. 18. Исследование логического мышления у пациентов при тяжелой степени инсульта после восстановительных мероприятий

Таким образом, суммируя результаты исследования определилось, что до процесса восстановления хороший уровень памяти сохраняется более чем у половины больных (56%) больных с инсультом, высокая эффективность концентрации внимания в итоге наблюдалась у 44% всех пациентов, нормальный объем внимания сохраняется у 75% пациентов, у большинства (88%) уровень психической устойчивости остается на достаточном уровне, нормальное логическое мышление (способность без посторонней помощи, правильно назвать родовое понятие для обозначения: объединяемых в одну группу предметов (слов); «лишнего» предмета (слова)) встречается в 44% случаев.

Так, после проведения восстановительных мероприятий, результаты повторного тестирования кратковременной памяти у пациентов, улучшились на 13%, логического мышления на 15%, эффективности работы на 25%, вработываемости внимания на 3%, психической устойчивости на 3%. При

сравнении с результатами до проведения упражнений с пациентами, можно проследить явную позитивную динамику.

2.3. Рекомендации медицинскому персоналу для работы с пациентами после инсульта

Одной из основных компетенций фельдшера является профилактическая работа с пациентами и от навыка проведения зависит дальнейший исход реабилитации и жизнь пациента в целом. Поэтому мы предлагаем проводить профилактическую работу во всех неврологических отделениях с данными пациентами и обучать средний медицинский персонал навыкам восстановления пациентов после инсульта.

От того, насколько быстро были начаты восстановительные мероприятия зависит исход заболевания, следовательно необходимо как можно раньше начинать реабилитацию с постинсультными пациентами.

Кроме этого необходимо мотивировать пациента и его родственников к проведению упражнений по восстановлению речи, движений, памяти, внимания.

Также необходимо обучать родственников упражнениям и методам ухода за пациентом и сообщать о важности системного проведения упражнений каждый день.

Примерную программу проведения восстановительных мероприятий мы предлагаем в Приложении 3.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Острые нарушения мозгового кровообращения остаются одной из основных проблем здравоохранения, нарушения процессов жизнедеятельности человека: общение, движение, мышления наносят большой урон качеству жизни таких пациентов. Но, согласно результатам исследования, можно прийти к выводу что почти все изменения обратимы. Своевременная и полноценная реабилитация таких больных позволяет в достаточной мере предотвратить негативные последствия инсульта.

Одной из основных компетенций фельдшера является профилактическая работа с пациентами и от навыка проведения зависит дальнейший исход реабилитации и жизнь пациента в целом.

Исследования интеллектуальной деятельности головного мозга пациентов неврологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа», перенесших инсульты, можно сделать вывод о том, что последствия инсульта хорошо поддаются коррекции, но тяжелые случаи требуют основательного и комплексного курса лечения и реабилитации, восстановление после таких случаев может занимать продолжительный период времени.

В итоге, исследования было выяснено, в какой степени страдают те или иные психические качества пациента:

В итоге было выяснено, что до процесса восстановления хороший уровень памяти сохраняется более чем у половины больных (56%) больных с инсультом, нормальная эффективность концентрации внимания (Высокая, выше среднего и средняя) в итоге наблюдалась у 44% всех пациентов, нормальный объем внимания сохраняется у 75% пациентов, у большинства (88%) уровень психической устойчивости остается на достаточном уровне, нормальное логическое мышление встречается в 44% случаев.

После проведения реабилитационных упражнений с пациентами, результаты тестирований интеллектуальных характеристик улучшились: кратковременной памяти у пациентов на 13%, логического мышления на 15%, эффективности работы на 25%, вработываемости внимания на 3%, психической устойчивости на 3%. Эффективность реабилитационных мероприятий также прямо зависит от степени тяжести инсульта

В результате исследовательской работы была достигнута цель и выполнены все поставленные задачи:

Изучить существующие литературные источники по профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта.

Провести практическое исследование профилактической деятельности фельдшера при восстановлении пациентов после инсульта

Проанализировать полученные данные и составить на их основе рекомендации.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Давыдова, А.А. Уход за пациентами после инсульта. Проблемы пациентов, перенесших инсульт [Текст] / А.А. Давыдова, О.Ю. Егорова, Т.Е. Кравченко, А.Ю. Суворов – М.: ООО «Адвансед солюшнз», 2017. – 40 с.
2. Елифанов В.А., Реабилитация в неврологии [Электронный ресурс] / Елифанов В.А., Елифанов 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>
3. Кирилл, Р. Инсульт: до и после [Текст] / Р. Кирилл – ООО «Издательство «Э»», 2016. – 160 с.
4. Колесник, Н.Т., Клиническая психология [Текст] : учебник / под ред. Колесник, Н.Т., Орлова Е.А., Г.И. Ефремова. – Москва Юрайт, 2014. – 363 с.
5. Лурия, А.Р. Лекции по общей психологии [Текст] / А.Р. Лурия. - СПб.: Питер, 2014. - 320 с.
6. Макаров, А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы: Руководство врачей [Текст] / Под ред. А.Ю. Макарова. – СПб.: ООО «Медлайн-Медиа», 2012. – 600 с.
7. Манвелов, Л.С. Как избежать сосудистых катастроф мозга: руководство для больных и здоровых [Текст] / Л. С. Манвелов, А. С. Кадыков, А. В. Кадыков - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 178 с.
8. Островская, И. В. Психология [Электронный ресурс] : учебник для мед. училищ и колледжей / Островская И. В. - 2-е изд., испр. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. 215 с. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970436530.html>
9. Пономаренко, Г.Н. Физиотерапия нервных и психических заболеваний [Электронный ресурс] / Г.Н. Пономаренко, Ф.Е. Горбунов, А.Н.

Бицадзе, Д.В. Токарева, Н.Ф. Мирютова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/970411841V0021.html>

10. 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>

11. 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>

12. Спринц, А.М. Медицинская психология [Текст] с элементами общей психологии: учебник для средних медицинских учебных заведений / А. М. Спринц, Н. Ф. Михайлова, Е. П. Шатова. 2е изд., испр. и доп. – СПб. : СпецЛит, 2014. – 447 с.

13. Скворцова В.И., Школа здоровья. Жизнь после инсульта. [Электронный ресурс] / Под ред. В.И. Скворцовой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 296 с. (Серия «Школа здоровья») - ISBN 978-5-9704-0826-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970408261.html>

14. Тиллер, Дж. Неврология: Справ. практического врача [Текст] / Дж. Тиллер, Д. Биркетт, Р. Бернс и др.; Пер. с англ. Б.Л. Лихтерман. Науч. ред. рус. изд. В.И. Скворцова. – М.: Литтерра, 2014. – 320 с.

15. 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>

16. Чефонова, С.А. Грайворонская ЦРБ – 29 октября – Всемирный день борьбы с инсультом [Текст] / С.А. Чефонова // Родной край. – 2017. – № 87. – 130 с.
17. Хасанова Д. Р., Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики : методические рекомендации [Электронный ресурс] / под ред. Д. Р. Хасановой, В. И. Данилова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 248 с. - ISBN 978-5-9704-2826-9 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428269.html>
18. Холмогорова, А.Б. Клиническая психология [Текст] : учебник : / А.Б. Холмогорова. – Москва :Академия, 2015. – 432 с.
19. Хорошевский, Н.И. Современные методы развития памяти и мышления [Текст] научное издание / Н. И. Хорошевский, - М. Дашков. : Наука-Спектр, 2014. – 168 с.
20. Юнгехюльзинг, Г.Я. Осложнения и последствия инсультов. Диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функций [Текст] / под ред. Г.Я. Юнгехюльзинга, М. Эндреса; пер. с нем. под ред. Л.В.Стаховской. – М.: МЕДпресс-информ, 2017. – 264 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Сводная таблица результатов исследования пациентов до
восстановительных мероприятий**

№	Степень инсульта	Кратковременная память	Эффективность работы внимания	Объем внимания	Психическая устойчивость	Логическое мышление
1	Легкая	10	5	0,3	0,4	5
2	Средняя	6	4	0,5	0,7	4
3	Средняя	5	4	0,4	0,9	4
4	Средняя	8	4	0,4	0,6	5
5	Средняя	4	3	0,6	0,7	4
6	Средняя	8	3	0,6	0,5	4
7	Средняя	10	4	0,4	0,7	4
8	Средняя	6	3	0,8	0,8	2,5
9	Средняя	8	3	0,7	0,9	2,5
10	Средняя	6	3	0,4	0,6	4
11	Средняя	10	4	0,3	0,5	2,5
12	Средняя	4	2	0,9	0,4	2,5
13	Средняя	5	2	0,6	0,5	4
14	Средняя	9	2	0,7	0,6	4
15	Тяжелая	6	5	0,5	0,6	4
16	Тяжелая	6	3	0,7	0,4	2,5
17	Тяжелая	5	3	0,8	0,8	2,5
18	Тяжелая	4	1	0,9	0,7	4
19	Тяжелая	5	2	1,1	0,7	4
20	Тяжелая	6	3	1,0	0,8	1
21	Тяжелая	5	3	1,1	0,9	2,5
22	Тяжелая	5	1	0,7	0,7	2,5
23	Тяжелая	8	2	0,5	0,8	4
24	Тяжелая	8	2	0,7	1,1	4
25	Тяжелая	5	3	0,9	1,1	2,5
26	Тяжелая	5	2	0,7	0,7	2,5
27	Тяжелая	3	3	0,8	1,1	2,5
28	Тяжелая	5	2	0,6	0,7	1
29	Тяжелая	4	3	1,1	0,7	2,5
30	Тяжелая	3	2	1,1	0,9	1
31	Очень тяжелая	3	1	1,3	1,5	1
32	Очень тяжелая	3	1	1,4	1,4	1

**Сводная таблица результатов исследования пациентов после
восстановительных мероприятий**

№	Степень инсульта	Кратковременная память	Эффективность работы внимания	Объем внимания	Психическая устойчивость	Логическое мышление
1	Легкая	10	5	0,4	0,4	5
2	Средняя	6	4	0,5	0,7	4
3	Средняя	6	4	0,4	0,9	5
4	Средняя	10	4	0,4	0,6	5
5	Средняя	5	3	0,6	0,7	4
6	Средняя	10	3	0,5	0,5	5
7	Средняя	10	4	0,4	0,7	4
8	Средняя	7	3	0,8	0,8	2,5
9	Средняя	9	3	0,7	0,9	4
10	Средняя	6	3	0,4	0,6	2,5
11	Средняя	10	4	0,4	0,5	4
12	Средняя	4	3	0,7	0,4	2,5
13	Средняя	5	3	0,6	0,5	4
14	Средняя	9	3	0,7	0,6	4
15	Тяжелая	6	5	0,6	0,6	4
16	Тяжелая	6	3	0,8	0,4	2,5
17	Тяжелая	5	3	0,8	0,8	2,5
18	Тяжелая	5	1	0,9	0,7	4
19	Тяжелая	6	2	0,8	0,7	4
20	Тяжелая	6	3	0,9	0,8	2,5
21	Тяжелая	5	3	0,8	0,9	4
22	Тяжелая	6	1	1,1	0,7	2,5
23	Тяжелая	8	2	0,5	0,8	4
24	Тяжелая	8	2	0,7	1,0	4
25	Тяжелая	7	3	0,9	0,9	4
26	Тяжелая	6	2	0,7	0,7	4
27	Тяжелая	4	3	0,8	1,1	4
28	Тяжелая	5	2	0,6	0,7	4
29	Тяжелая	5	3	1,0	0,7	2,5
30	Тяжелая	6	2	0,7	0,9	2,5
31	Очень тяжелая	4	2	1,3	1,5	2,5
32	Очень тяжелая	3	1	1,4	1,4	1

Упражнение для восстановления памяти

1. Перед больным размещают карточки с изображениями предметов, фигур или словами. Затем карточки переворачивают лицевой стороной вниз, а больного просят указать, где находится то или иное изображение или слово.

2. Больному демонстрируют комплект парных карточек с различными изображениями (животных, фруктов, предметов обихода). Все карточки перемешиваются и укладываются лицевой стороной вниз на стол перед пациентом. Больной открывает подряд две карточки, называет изображенные на них объекты и, если изображения совпадают, откладывает эту пару карточек в сторону. Если изображения не совпадают, карточки возвращаются на свое место лицевой стороной вниз. Затем пациент вновь открывает перед собой две карточки и сравнивает их. Упражнение завершается тогда, когда все карточки будут отложены в сторону.

2. Пациента просят запомнить представленный ему набор предметов, изображений либо карточек со словами. Затем больной отворачивается, и в это время какой-либо из объектов убирают. После этого больному предлагают назвать исчезнувший объект. 3. Больному дают для прослушивания или чтения текст, а затем просят ответить на различные вопросы по его содержанию.

4. Больному показывают картинку с какой-либо сценой из жизни, затем ее убирают и задают вопросы по деталям изображения.

5. Больному сообщают определенную информацию, которую просят передать другому лицу через несколько часов или в конце дня.

6. Больного просят описать по памяти здание или пейзаж, придерживаясь следующей последовательности: - самые общие характеристики (размеры, пропорции, форма) - структура (вид, стиль, цвет) - особенности различных частей

Пациенту предлагают сопроводить увиденное личными комментариями (что поразило меня? Что именно мне нравится, а что не нравится).

Упражнение для тренировки внимания

1. Больному предлагают соединить на бумаге точки с расположенными возле них числами в соответствии с возрастанием значений последних, либо в алфавитном порядке соединить буквы, беспорядочно разбросанные на странице.

2. Больному демонстрируют изображения геометрических фигур и просят попарно сравнить их, указав различия в цвете, форме, размере. Вначале предъявляют фигуры, различающиеся только по одному признаку (например, зеленые треугольники разных размеров). Постепенно число признаков, отличающих фигуры, увеличивают.

3. Больного просят показать называемый ему предмет, рисунок, букву или слово. Вначале предлагается искать соответствующие объекты среди двух-трех похожих на них, затем постепенно зону поиска расширяют. При

распознавании букв или слов постепенно увеличивают площадь демонстрируемого текста и сходство соседних знаков.

4. Больного просят выбрать среди нескольких картинок ту, содержание которой соответствует называемому помощником предложению. Начинают с выбора из двух картинок, затем число изображений постепенно увеличивается.

Физические упражнения

1. Простое разгибание и сгибание пальцев и кистей, предплечий и локтей, стоп и коленей, движения конечностей в плечевых и тазобедренных суставах;
2. Вращательные движения указанными сегментами. Выполняются при помощи тех, кто ухаживает за больными. Они должны имитировать те движения, которые способен выполнять здоровый человек;
3. Упражнение для восстановления руки. Растягивание спазмированных конечностей при помощи лонгет и других приспособлений. Показано при стойком параличе. Для этого согнутая конечность постепенно разгибается от пальцев и фиксируется бинтом к твёрдой плоской дощечке или другому приспособлению. Поэтапно производятся такие же действия с вышележащими участками руки (кистью и предплечьем). В таком положении конечность фиксируется на полчаса, но можно и дольше, если у пациента это не вызывает дискомфорта;
4. Над кроватью подвешивается полотенце. Следующее упражнение могут выполнять лица с восстановленной функцией кисти. Для этого полотенце захватывают ею и производят все возможные движения (отведение и приведение, поднятие-опускание в плече, сгибание-разгибание в локте). Постепенно полотенце поднимают выше и выполнение упражнений затрудняется собственным весом больного;
5. Из полоски резины средней толщины и ширины необходимо сделать кольцо, диаметром 40 см. При помощи этого приспособления можно выполнять большое количество упражнений. Оно накидывается между кистями, предплечьями, рукой и ногой, кистью и любым предметом. При этом растягивают резинку путем разведения её концов друг от друга;
6. Для устранения мышечного спазма нижней конечности в подколенной области укладывается жесткий валик, толщина которого постепенно увеличивается. Таким образом достигается растяжение мышц и увеличение объёма движений;
7. Обхватывание голени над голеностопным суставом с дальнейшим сгибанием-разгибанием ног в коленных суставах путем скольжения стоп по постели;
8. Лежа в кровати, необходимо плавно поднять руки над головой и попытаться схватиться за её спинку. После этого выполняются неполные подтягивания с одновременным вытягиванием стоп и пальцев (как бы потягивания);

9. Упражнения для глаз. Восстанавливают функцию подвижности глазных яблок и адаптации зрения. Для этого нужно произвести движения глазами в разные стороны по несколько раз. Круговые движения. Повторяют процедуру с закрытыми веками;
10. Фиксация взора в одной точке с последующими вращательными, кивательными и круговыми движениями головы без отрыва от этой точки фиксации;

Упражнения в сидячем положении

1. Больной переводится в положение сидя, руками хватается за края кровати. На вдохе производится прогибание в спине с одновременным вытягиванием туловища в состоянии напряжения. На выдохе следует расслабление. Цикл состоит из 8-10 повторений;
2. Исходное положение сидя на кровати, ноги на уровне тела (не опускаются). Поочередно поднимают и опускают левую, а затем правую ногу несколько раз;
3. Исходное положение сидя в постели. Руки отводятся назад. На вдохе производят максимальное приближение лопаток друг к другу с одновременным запрокидыванием головы сзади. На выдохе следует расслабление;

Упражнения для восстановления речи

1. Сворачивания губ в трубочку;
2. Оскаливания зубов;
3. Максимального выдвигания языка вперед;
4. Легкого прикусывания челюстями поочередно верхней и нижней губы;
5. Облизывания губ языком в обоих направлениях (слева-направо и наоборот).

Тест Лурия

Инструкция:

«Сейчас я прочту несколько слов. Слушайте внимательно. Когда я окончу читать, сразу же повторите столько слов, сколько запомните. Повторять слова можно в любом порядке».

«Сейчас я снова прочту Вам те же слова, и Вы опять должны повторить их, – и те, которые Вы уже назвали, и те, которые в первый раз пропустили. По рядок слов не важен».

Далее опыт повторяется без инструкций. Перед следующими 3-5 прочтениями экспериментатор просто говорит: «Еще раз». Если испытуемый называет «лишнее» слово, оно фиксируется в соответствующей графе. Спустя час испытуемый по просьбе исследователя воспроизводит без предварительного зачитывания запомнившиеся слова, которые фиксируются в протоколе кружочками.

Число слов, удержанных и воспроизведенных, показывает объем слуховой кратковременной памяти. Нормой считается объем, равный 7 ± 2 слов (единицы информации).

Тестовый материал:

Число, хор, камень, гриб, кино, зонт, море, шмель, лампа, рысь.

Методика «Исключение лишнего»

Испытуемому предъявляют бланк и говорят: «Здесь в каждой строке написано пять слов, из которых четыре можно объединить в одну группу и дать ей название, а одно слово к этой группе не относится. Его нужно найти и исключить (вычеркнуть)».

Тестовый материал

1. Стол, стул, кровать, пол, шкаф.
2. Молоко, сливки, сало, сметана, сыр.
3. Ботинки, сапоги, шнурки, валенки, тапочки.
4. Молоток, клещи, пила, гвоздь, топор.
5. Сладкий, горячий, кислый, горький, соленый.
6. Береза, сосна, дерево, дуб, ель.
7. Самолет, телега, человек, корабль, велосипед.
8. Василий, Федор, Семен, Иванов, Петр.
9. Сантиметр, метр, килограмм, километр, миллиметр.
10. Токарь, учитель, врач, книга, космонавт.
11. Глубокий, высокий, светлый, низкий, мелкий.
12. Дом, мечта, машина, корова, дерево.
13. Скоро, быстро, постепенно, торопливо, поспешно.
14. Неудача, волнение, поражение, провал, крах.
15. Ненавидеть, презирать, негодовать, возмущаться, понимать.