Министерство здравоохранения Московской области
Государственное бюджетное профессиональное
образовательное учреждение Московской области
«МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ № 1»

Специальность: 34.02.01 «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО».

Выпускная квалификационная (дипломная) работа

Березиной Надежды Сергеевны

Роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях неврологического стационара

Руководит
ель
преподаватель
профессиональных модулей
О. Н. Иванов

Москва 2017

Введение..... 3

Глава 1. Этиология и патогенез острого нарушения мозгового кровообращения....6

1.1. Классификация и клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения.....8

1.2 Диагностика.....11

1.3 Лечение..... 19

1.4 Прогноз..... 24

Глава 2. Деятельность медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушении мозгового кровообращения.....26

2.1. Сестринский процесс при реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в неврологическом отделении.....26

Профилактика и план ухода за больным в условиях стационара и дома.....26

2.2. Анализ результатов исследования сестринского ухода за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения.....36

Заключение.....38

Список используемой литературы.....40

Введение.

Актуальность исследования.

В настоящее время реабилитация пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения(ОНМК) – важная медицинская и социальная проблема. Это объясняется возросшей частотой сосудистых поражений головного мозга и его осложнений. В России ежегодно регистрируется более 450 тысяч ОНМК, заболеваемость инсультом в Российской Федерации составляет 2,5 - 3 случая на 1000 населения в год.

В настоящее время инсульт рассматривают как клинический синдром острого сосудистого поражения головного мозга. Он является исходом различных патологических поражений системы кровообращения: сосудов, сердца, крови. Соотношение геморрагических и ишемических инсультов составляет 1: 4 - 1: 5.

Смертность от ОНМК в России занимает второе место (21,4%) в структуре общей смертности. Заболеваемость инсультом за последние два десятилетия повысилось с 1,3 до 7,7 случаев на 1000 взрослого населения, особенно в крупных административных центрах. Частота возникновения инсульта увеличивается с возрастом. Так, по мировым данным, ежегодный показатель заболеваемости в возрасте 40 – 49 лет составляет 2 случая на 1000, а в возрасте от 50 до 60 лет— 0,9, а старше 60 лет— 15,4.

Инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 10 000 населения в год) занимает первое место (40 - 50%) среди патологии, являющейся причиной инвалидности. На данный момент в РФ насчитывается около 1 млн. инвалидов с последствиями ОНМК и лишь не более 20% лиц, перенесших

инсульт, возвращаются к труду. При этом потери государства от одного больного, получившего инвалидность, составляют 1 247 000 рублей в год.

По данным Столяровой Г.П. и Маджиевой И.М. реабилитационные мероприятия способствуют восстановлению утраченных функций у 47,8% больных, а при отсутствии реабилитационных мероприятий полное самообслуживание восстанавливается только 20,3%.

Несмотря на положительные результаты по оценке качества и эффективности восстановительного лечения больных, перенесших инсульт, существующая система реабилитации подобного контингента не обеспечивает всей потребности в ней.

Сестринский процесс в поэтапной реабилитации постинсультных пациентов определяет основные направления мероприятий, которые способствуют улучшению их качества жизни пациента. Это обосновывает целенаправленной и систематической работы, которая в полной мере рассчитана на удовлетворение потребностей и решение проблем больного [Европейское региональное бюро ВОЗ – март 1996 г.], а также изменением роли медицинской сестры, с учетом более рационального ее использования, полноценного функционирования в современных условиях.

В соответствии свыше изложенными аспектами, сформулирована рабочая гипотеза о том, что использование современных технологий организации сестринского процесса в реабилитации больных, перенесших ОНМК, способствует скорейшему восстановлению функциональной независимости пациентов, повышает качество и эффективность сестринской помощи.

Целью нашего исследования является выявить роль медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам перенесшим ОНМК.

Для выполнения поставленной цели решались следующие задачи:

1.Провести анализ основных проблем пациентов, перенесших инсульт с которыми работает сестринский персонал в нейрореабилитации.

2. Определить объем сестринского ухода в реабилитации больных, перенесших инсульт.

3. Научно обосновать наиболее эффективные формы сестринской помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения

Объект исследования: деятельность медицинской сестры неврологического отделения. Работа заключается в том, что проведена оценка организации сестринской помощи в нейрореабилитации, систематизированы опыт, определены основные проблемы пациентов, с которыми работает сестринский персонал при реабилитации пациентов, перенесших инсульт с целью сохранения качества жизни и функциональной активности пациентов.

Предмет исследования: сестринский процесс в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения в условиях неврологического стационара.

Методы исследования:

- информационный анализ
- аналитический,
- наблюдение за объектом исследования,
- сравнение.

Практическая значимость - заключается в том, что изучены основные функциональные и психологические проблемы пациентов с ОНМК, их динамика при использовании новых технологий сестринского ухода, оценена удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской (сестринской) помощью.

Структура работы. Работа состоит из введения, 2 глав, заключения, списка использованных источников.

Глава 1. Этиология и патогенез острого нарушения мозгового кровообращения.

Инсульт — острое нарушение кровообращения в головном мозге с развитием стойких симптомов поражения, вызванных инфарктом или кровоизлиянием в мозговое вещество. Транзиторная ишемическая атака — преходящее нарушение мозгового кровообращения, при котором неврологические симптомы регрессируют в течение 24 ч.

Общими для инсультов факторами риска заболевания являются артериальная гипертензия, пожилой возраст, курение, избыточная масса тела, а также ряд факторов, являющихся специфическими для различных типов инсульта. Перечень заболеваний и состояний, вызывающих ОНМК, довольно обширен. В него входят первичная и вторичная артериальная гипертензия, церебральный атеросклероз, артериальная гипотензия, заболевания сердца (инфаркт миокарда, эндокардиты, поражения клапанного аппарата, нарушения ритма), дисплазии мозговых сосудов, сосудистые аневризмы, васкулиты и васкулопатии (ангиопатии), болезни крови. Приём препаратов с фибринолитическими свойствами и антикоагулянтов (Гепарин, Аспирин и т.д.). Применение оральных контрацептивов и терапия эстрогенами женщин в менопаузе приводит к увеличению в плазме крови ЛВП и уменьшению ЛНП, при этом одновременно возможна активация гемостаза и гиперкоагуляция крови.

Транзиторная ишемическая атака. В основе патогенеза транзиторной ишемической атаки (ТИА) лежит обратимая локальная ишемия мозга (без формирования очага инфаркта) в результате кардиогенной или артерио-

артериальной эмболии. Реже к ТИА приводит гемодинамическая недостаточность кровообращения при стенозах крупных артерии – сонных на шее или позвоночных.

Ишемический инсульт. В качестве этиологических факторов ишемического инсульта выступают заболевания, приводящие к сужению просвета мозговых артерий в результате тромбоза, эмболии, стеноза или сдавления сосуда. В результате развивается гипоперфузия, проявляющаяся локальной ишемией участка мозга в бассейне соответствующей крупной или мелкой артерии. Это приводит к некрозу участка мозговой ткани с формированием инфаркта мозга, и является ключевым моментом патогенеза ишемических поражений мозга. Причиной 50 – 55% ишемических инсультов является артерио-артериальная эмболия или тромбоз вследствие атеросклеротического поражения дуги аорты, брахиоцефальных артерий или крупных внутричерепных артерий.

Внутримозговое кровоизлияние. Для развития внутримозгового кровоизлияния, как правило, необходимо сочетание артериальной гипертензии с таким поражением стенки артерии, которое может приводить к разрыву артерии или аневризмы (с последующим формированием тромба), и развитию кровоизлияния по типу гематомы или геморрагического пропитывания. В 70 - 80% случаев кровоизлияния в мозг случаются вследствие артериальной гипертензии.

Субарахноидальное кровоизлияние Спонтанное субарахноидальное кровоизлияние (САК) в 60 – 85% случаев вызвано разрывом артериальной аневризмы головного мозга с излитием крови в субарахноидальное пространство.

1.1. Классификация и клиническая картина острого нарушения мозгового кровообращения.

Классификация:

-Острые нарушения мозгового кровообращения

Преходящие нарушения мозгового кровообращения

-Инсульты

-Транзиторная ишемическая атака

-Острая гипертоническая энцефалопатия

-Ишемический инсульт

-Геморрагический инсульт

-Субарахноидальное, внутримозговое и сочетанные кровоизлияние, субдуральные и эпидуральные гематомы

-Комбинированный (смешанный)

Клиника и осложнения.

Для клиники инсультов характерно острое, внезапное развитие (в течение минут и часов) очаговой неврологической симптоматики, в соответствии с пораженными и вовлеченными зонами мозга. Также, в зависимости от характера, локализации инсульта и степени его выраженности наблюдается общемозговая и менингеальная симптоматика.

Для транзиторной ишемической атаки (ТИА) характерно внезапное развитие очаговой симптоматики, с полным ее регрессом, как правило, в сроки от 5 до 20 минут от начала атаки.

Как правило, при ишемических инсультах общемозговая симптоматика умеренная или отсутствует. При внутричерепных кровоизлияниях выражена общемозговая симптоматика (головная боль у половины больных, рвота у одной трети, эпилептические припадки у каждого десятого пациента) и нередко менингеальная. Также для кровоизлияния в мозг более характерно быстрое нарастание симптоматики с формированием грубого неврологического дефицита (паралича).

Для инсультов больших полушарий мозга (бассейн сонных артерий) характерно внезапное развитие:

1. Параличей (парезов) в руке и ноге на одной стороне тела (гемипарез или гемиплегия).
2. Нарушения чувствительности на руке и ноге на одной стороне тела.
3. Внезапная слепота на один глаз.
4. Гомонимные дефекты полей зрения (т.е. на обоих глазах или в правых, или в левых половинах поля зрения).
5. Нейропсихологические нарушения (афазия (нарушение речи), апраксия (нарушение сложных, целенаправленных движений), синдром игнорирования полупространства и др.).

Для ОНМК в вертебробазилярном бассейне характерны:

1. Головокружение.
2. Нарушения равновесия или координации движений (атаксия.)
3. Двусторонние двигательные и чувствительные нарушения.
4. Дефекты полей зрения.
5. Диплопия (двоение зрения).
6. Нарушения глотания.
7. Альтернирующие синдромы (в виде периферического поражения черепного нерва на стороне очага и центрального паралича или проводниковых расстройств чувствительности на противоположной очагу стороне тела).

Для спонтанного субарахноидального кровоизлияния характерна внезапная, необъяснимая, интенсивная головная боль, выраженный менингеальный синдром. Специфические методы лечения инсульта

Геморрагический инсульт.

В каждом втором случае причиной внутримозгового нетравматического кровоизлияния является артериальная гипертония, около

10-12% приходится на долю церебральной амилоидной ангиопатии, примерно 10% обусловлено приемом антикоагулянтов, 8% - опухолями, на долю всех остальных причин приходится около 20%. Патогенетические внутримозговые кровоизлияния могут развиваться либо вследствие разрыва сосуда, либо путем диапедеза, обычно на фоне предшествующей артериальной гипертонии.

Наиболее часто встречающейся разновидностью является ишемический инсульт, обусловленный снижением мозгового кровотока. Клиническая картина развивается остро, внезапно, характеризуется появлением общемозговой очаговой симптоматики, менингеальной неврологической симптоматики, парезами, нарушениями разных форм чувствительности, в зависимости от тяжести состояния проявляются менингеальные симптомы Кернига, Бехтерева.

Этиология и патогенез острого нарушения мозгового кровообращения очень разнообразна и зачастую напрямую связана с функционированием сердечно-сосудистой системы и отсутствием ее патологий. Инсульт чаще других заболеваний завершается летальным исходом, кроме того, это одна из самых распространенных причин инвалидизации и стойкой утрате работоспособности. При инсульте практически наравне с лечением играет роль профилактика, так как человек в состоянии по многим критериям, исключая разве что наследственность, позаботиться о себе и предотвратить многие факторы риска. Даже статистика говорит о том, что в странах с проводимой антиинсультной профилактикой частота заболеваемости значительно ниже, чем в других.

1.2 Диагностика.

Признаки инсульта:

При развитии у пациента внезапной слабости или потери чувствительности на лице, руке или ноге, особенно, если это на одной стороне тела.

При внезапном нарушении зрения или слепоте на один или оба глаза.

При развитии затруднений речи или понимания слов и простых предложений.

При внезапном развитии головокружения, потери равновесия или расстройства координации движений, особенно при сочетании с другими симптомами, такими как нарушенная речь, двоение в глазах, онемение, или слабость.

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

При развитии внезапной, необъяснимой, интенсивной головной боли.

Чаще всего остро развившаяся очаговая неврологическая симптоматика бывает обусловлена цереброваскулярным патологическим процессом. Дополнительные обследования позволяют подтвердить диагноз и провести дифференциальную диагностику видов ОНМК. Достоверная диагностика ОНМК возможна с применением методов нейровизуализации – КТ или МРТ головного мозга. В целом по России оснащенность стационаров нейровизуализационной аппаратурой крайне низка, причем не высока доля современных аппаратов. Выполнение КТ, МРТ по экстренным показаниям

производится в единичных стационарах. В этих условиях для уточнения диагноза используются такие методы как эхоэнцефалоскопия, анализ спинномозговой жидкости, которые в комплексной оценке с клинической картиной дают до 20% ошибок в дифференциации характера инсульта, и в частности не могут быть использованы для определения показаний к медикаментозному тромболизу.

Цели диагностики:

1. Подтвердить диагноз инсульта.

2. Дифференцировать ишемический и геморрагический типы инсульта, а также патогенетические подтипы ишемического инсульта для начала специфической патогенетической терапии в 3-6 часов от начала инсульта («терапевтическое окно»).

3. Определить показания к медикаментозному тромболизу в первые 1-6 часов от начала инсульта.

4. Определить пораженный сосудистый бассейн, размеры и локализацию очага поражения мозга, выраженность отека мозга, наличие крови в желудочках, выраженность смещения срединных структур мозга и дислокационных синдромов.

Методы диагностики. Анамнез и неврологический осмотр

Наличие у больного факторов риска инсульта (артериальная гипертензия, пожилой возраст, курение, гиперхолестеринемия), избыточная масса тела, является дополнительным аргументом в пользу диагноза ОНМК, а их отсутствие заставляет задуматься о не цереброваскулярном характере процесса.

Клинический неврологический осмотр больного при инсульте ставит своей целью на основании выявленных симптомов дифференцировать характера инсульта, определить артериальный бассейн и локализацию поражения в головном мозге, а также предположить патогенетический подтип ишемического инсульта.

Для ишемических инсультов более характерна симптоматика поражения какого-то одного сосудистого бассейна или зоны кровоснабжения определенной артерии (за исключением инфарктов водораздельных зон на стыке сосудистых бассейнов), тогда как при кровоизлиянии в мозг поражение формируется по типу “масляного пятна” и не имеет четко выраженной привязанности к зонам кровоснабжения. На практике нередко эти критерии довольно непросто использовать, дифференциация вызывает затруднения, особенно в случае развития массивного кровоизлияния, обширного ишемического поражения мозга, грубого поражения ствола мозга или кровоизлияния в мозг при отсутствии общемозговой симптоматики.

Диагностика видов инсульта на основании только клинической картины дает около 15-20% ошибок при дифференциации, поскольку нет признаков или синдромов абсолютно характерных для разных типов инсульта. Можно лишь говорить о том, что угнетение сознания, нарастающий грубый неврологический дефицит, головная боль, рвота, судороги, менингеальный синдром значительно чаще наблюдаются при кровоизлиянии в мозг, чем при ишемическом инсульте, но при этом головная боль при кровоизлиянии в мозг наблюдается реже, чем при САК.

Ключевым критерием диагностики ТИА является длительность эпизода обратимого неврологического дефицита, которая обычно составляет 5 – 20 мин., реже бывает большей продолжительности.

Тем не менее, согласно ряду исследований, при КТ больных с клинически диагностированными ТИА в 10 - 15% случаев выявляется инфаркт мозга, что подтверждает необходимость проведения нейровизуализации у таких больных.

Методы нейровизуализации (КТ, МРТ). Компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга являются методами высоко достоверной диагностики инсультов. Методы

нейровизуализации наиболее часто проводятся для следующих диагностических и дифференциально диагностических целей:

1. Для различения инсульта с иными заболеваниями (в первую очередь объемными процессами).

2. Для дифференциации ишемического и геморрагического характера инсульта (инфаркта и кровоизлияния в мозг).

3. Для уточнения размеров, локализации инсульта, развития геморрагической трансформации, скопления крови в субарахноидальном пространстве, выявления кровоизлияния в желудочки мозга, выраженности отека, дислокации мозга.

4. Для выявления окклюзий и стенозов экстра - и интракраниальных отделов мозговых артерий.

5. Выявления аневризм и субарахноидальных кровоизлияний.

6. Диагностики специфических артериопатий, таких как расслоение артерии, фибромускулярная дисплазия, микотические аневризмы при артериитах.

7. Диагностики тромбозов вен и венозных синусов.

Обычно КТ является более доступным методом, и имеет некоторое преимущество перед МРТ, выполненной на аппаратах предшествующих поколений. Если применяются современная КТ, МРТ аппаратура, диагностические возможности обоих методов приблизительно одинаковы. КТ имеет некоторое преимущество при исследовании костных структур, лучше выявляет свежее кровоизлияние, в то время как МРТ более адекватна для оценки структурной патологии паренхимы головного мозга и выявления перифокального отека и развития мозгового вклинения

Эхоэнцефалоскопия. ЭхоЭС в первые часы от начала инсульта, до развития отека мозга или дислокационных синдромов обычно не информативна. Тем не менее, в остром периоде могут выявляться признаки смещения срединных структур мозга в рамках объемного образования при

опухоли, кровоизлиянии в опухоль, массивном кровоизлиянии в мозг, абсцессе мозга, субдуральной гематоме. В целом информативность метода весьма низкая. Исследование спинномозговой жидкости.

Исследование спинномозговой жидкости путем проведения люмбальной пункции при инсультах проводится при отсутствии возможности проведения КТ или МРТ для исключения кровоизлияния в мозг, субарахноидального кровоизлияния, менингита. Ее проведение возможно при исключении объемного образования головного мозга, что в рутинных условиях обеспечивает эхоэнцефалоскопия которая, тем не менее, не дает полного исключения указанного состояния. Обычно осторожно извлекают не более 3 мл спинномозговой жидкости при не вынутом из пункционной иглы мандрене. Спинномозговая жидкость при ишемических инсультах обычно нормальная или может выявляться умеренный лимфоцитоз и не резкое повышение содержания белка в ней. При кровоизлиянии в мозг или САК возможно выявление примеси крови в ликворе. Также возможно определение воспалительных изменений при менингите.

При наличии КТ, МРТ исследование ликвора применяется в случае, если по данным клинической картины у пациента САК, а по данным нейровизуализации не выявляются признаки крови в субарахноидальном пространстве.

Ультразвуковое исследование церебральных сосудов. Ультразвуковая допплерография экстракраниальных (сосуды шеи) и интракраниальных артерий позволяет выявить снижение или прекращение кровотока, степень стеноза или окклюзии пораженной артерии, наличие коллатерального кровообращения, ангиоспазма, фистул и ангиом, артериита и остановки церебрального кровообращения при смерти мозга, а также позволяет наблюдать за перемещением эмбола. Мало информативна для выявления или исключения аневризм и заболеваний вен и синусов мозга. Дуплексная

сонография позволяет определить наличие атеросклеротической бляшки, ее состояние, степень окклюзии и состояние поверхности бляшки и стенки сосуда.

Церебральная ангиография. Экстренная церебральная ангиография проводится, как правило, в случаях, когда это необходимо для принятия решения о медикаментозном тромболизисе. При наличии технических возможностей предпочтительнее МРТ или КТ ангиография как менее инвазивные методики. Ангиография по срочным показаниям обычно проводится для диагностики артериальной аневризмы при субарахноидальном кровоизлиянии.

В плановом порядке церебральная ангиография в большинстве случаев служит для верификации и более точной характеристики патологических процессов, выявленных с помощью методов нейровизуализации и УЗИ церебральных сосудов.

Эхокардиография. ЭхоКГ показана при диагностике кардиоэмболического инсульта, если данные анамнеза и физикального исследования указывают на возможность сердечного заболевания, или если клинические симптомы, данные КТ или МРТ позволяют заподозрить кардиогенную эмболию.

План диагностики при ОНМК. При всех видах ОНМК необходимо в экстренном порядке (в течение 30 - 60 мин. от поступления больного в стационар) проведение клинического обследования (анамнез и неврологический осмотр), КТ или МРТ головного мозга, выполнить такие анализы, как глюкоза крови, электролиты сыворотки крови, показатели функции почек, ЭКГ, маркеры ишемии миокарда, формула крови, включая подсчет тромбоцитов, протромбиновый индекс, международное нормализованное отношение (МНО), активированное частичное тромбопластиновое время, насыщение крови кислородом.

При отсутствии возможности экстренного проведения нейровизуализации проводят ЭхоЭГ с целью диагностики внутричерепного объемного образования (массивного кровоизлияния, массивного инфаркта, опухоли). При исключении интракраниального масс-эффекта проводят анализ спинномозговой жидкости для дифференциации инфаркта мозга и внутричерепных кровоизлияний.

Вывод: Прежде всего, при диагностике необходимо осмотреть больного для определения нарушения функционирования жизненно важных функций: сознания, дыхания, кровообращения. Особое внимание стоит уделить неврологическому статусу, так как его показатели могут дать важную для первых часов информацию о состоянии больного. Затем следует приступать к дифференциальной диагностике, которая включает в себя показатели, как общего состояния больного, так и содержит дополнения к обследованию неврологического статуса больного и проведение определенных аппаратных обследований, таких как мрт и кт. Лишь после этого устанавливается окончательный диагноз.

Периоды течения болезни.

1.Острейший период.

2.Острый период — до 21 дня.

3.Ранний восстановительный период — до 6 месяцев.

4.Поздний восстановительный период — до 2 лет.

5.Период стойких последствий.

Тактика ведения больного с острым нарушением мозгового кровообращения зависит от причины и локализации нарушения, клинических проявлений болезни. Острый период инсульта пациенты обычно проводят в специализированных реанимационных и неврологических отделениях больниц. Наиболее частыми проблемами у больных, перенесших инсульт,

являются нарушения двигательных и координаторных функций, речи, зрения и чувствительности; потеря навыков ходьбы и самообслуживания. Именно с этими последствиями сталкиваются больные после выписки из стационара. В восстановительном периоде, после выписки пациента из больницы, основная цель медицинских мероприятий - это профилактика повторного инсульта и осложнений, а также, максимально полное восстановление организма и его функций.

Статистика показывает, что больного после инсульта следует активизировать наиболее рано, т.к. наилучшие результаты от реабилитационных мероприятий достигаются в первые полгода после инсульта. Разрешенный двигательный режим устанавливается индивидуально для каждого пациента, но даже при самых тяжелых инсультах рекомендуется поворачивать больного в постели каждые два часа и лечение положением. По мере улучшения состояния пациента, лечебный режим постепенно расширяется и добавляется лечебный массаж, элементы пассивной гимнастики и активные движения для профилактики контрактур в руках и ногах. Тщательное соблюдение и своевременное расширение режима является важной составляющей реабилитации после инсульта и позволяет предупредить осложнения, устранить двигательные расстройства и вернуть способность к самообслуживанию. В период восстановления нарушенных после инсульта функций проводятся общеукрепляющие и дыхательные упражнения, лечение положением, пассивные и активные движения, массаж. Позже к комплексу реабилитационных мероприятий добавляется лечебная физкультура, активный двигательный режим, физиотерапия. Ручной и аппаратный массаж применяется для восстановления мышечного тонуса, улучшения трофики тканей и предотвращения контрактур суставов пораженных конечностей.

Лечебная гимнастика проводится по индивидуально разработанной программе и включает в себя дыхательную гимнастику, пассивные и

активные упражнения с тренировочно-гимнастическим оборудованием (медболами, гантелями), спортивно-прикладные и игровые упражнения. Сеансы лечебной гимнастики проходят под контролем врача-ЛФК. Гигиенические мероприятия выполняются ежедневно и круглосуточно и включают в себя уход за кожей, волосами, ногтями; смену нательного и постельного белья; помощь при физиологических отправлениях и др. процедуры ухода согласно перечню мероприятий сестринского ухода.

Вывод: в зависимости от периода болезни назначается различная терапия. Терапия варьируется от медикаментозной, базисной до непосредственно независимых сестринских вмешательств. Причем, чем больше времени проходит от начал заболевания, тем увеличивается роль медсестры и уменьшается степень необходимости врачебного вмешательства.

1.3 Лечение.

Показания к госпитализации Всех пациентов с подозрением на острое нарушение мозгового кровообращения необходимо госпитализировать в специализированное отделение для лечения больных с инсультом, пациентов с давностью заболевания менее 6 ч — в блок интенсивной терапии (нейрореанимации) отделения для больных с инсультом. Транспортировку осуществляют на носилках с приподнятым до 30° головным концом. Относительные противопоказания для госпитализации:

- терминальная кома;
- деменция с выраженной инвалидизацией до развития инсульта;
- терминальная стадия онкологических заболеваний.

Специфические методы лечения инсульта

Геморрагический инсульт В каждом втором случае причиной внутримозгового нетравматического кровоизлияния является артериальная

гипертония, около 10-12 проц. приходится на долю церебральной амилоидной ангиопатии, примерно 10 проц. обусловлено приемом антикоагулянтов, 8 проц. — опухолями, на долю всех остальных причин приходится около 20 проц. Патогенетические внутримозговые кровоизлияния могут развиваться либо вследствие разрыва сосуда, либо путем диапедеза, обычно на фоне предшествующей артериальной гипертонии.

Специфических медикаментозных методов лечения геморрагического инсульта в настоящее время нет, применяются антигипоксанты и антиоксиданты. Основу лечения составляют общие мероприятия по поддержанию гомеостаза и коррекции основных осложнений (см. выше). Эпсилон-аминокапроновая кислота не показана, так как ее кровоостанавливающее действие не достигает цели, в то время как опасность ТЭЛА увеличивается. Важным и зачастую определяющим методом лечения геморрагического инсульта является оперативное вмешательство — удаление гематомы открытым или стереотаксическим методом с учетом ее объема, локализации и воздействия на структуры мозга.

Ишемический инсульт Лечение ишемического инсульта гораздо сложнее, чем геморрагического. Прежде всего, это связано с многообразием (гетерогенность) патогенетических механизмов, лежащих в его основе. Инфаркты мозга по механизму своего развития делятся на атеротромботические, кардиоэмболические, гемодинамические, лакунарные, гемореологические и другие. Разные подтипы ишемических инсультов отличаются друг от друга по частоте, причинам их вызывающим, клинической картине развития, прогнозу и, естественно, лечению.

В основе инфарктов мозга лежит развивающаяся ишемия, связанная со сложными каскадами взаимодействия компонентов крови, эндотелия, нейронов, глии и экстрацеллюлярных пространств мозга. Глубина таких взаимодействий порождает различную степень травматизации структур

мозга и, соответственно, степень неврологического дефицита, а их продолжительность определяет временные границы для проведения адекватной терапии, т.е. “окно терапевтических возможностей”. Из этого следует, что различные по механизмам и точкам приложения препараты имеют и разные временные границы своего воздействия на пораженные участки мозга. Основой специфической терапии при ишемическом инсульте являются два стратегических направления: реперфузия и нейрональная протекция, направленная на предохранение слабо или почти не функционирующих, однако все еще жизнеспособных нейронов, располагающихся вокруг очага инфаркта (зона “ишемической полутени”). Реперфузия возможна путем тромболизиса, вазодилатации, увеличения перфузионного давления и улучшения реологических свойств крови.

Антиагреганты Аспирин является эффективным доказанным средством лечения в острый период инфарктов мозга. Возможно его применение в двух режимах — по 150-300 мг или в малых дозах по 1 мг/кг массы тела ежедневно. Риск кровоизлияний при этом практически отсутствует. Однако весьма часто аспирин не может использоваться у больных, имеющих проблемы со стороны желудочно-кишечного тракта. В этих случаях применяются его специальные лекарственные формы (тромбо-асс и др.) Целесообразность применения в острый период антиагрегантов иного действия, включая тиклопидин и дипиридамол (курантил), еще изучается, так же, как и пентоксифиллина (трентала).

Антикоагулянты прямого действия До сих пор нет четких доказательств для широкого применения антикоагулянтов при остром инсульте, даже у больных с предсердными фибрилляциями. Антикоагулянтная терапия не имеет прямой связи с уменьшением смертности и инвалидизации больных. В то же время имеются серьезные доказательства, что гепарин (низкомолекулярный гепарин) действительно

предотвращает глубокие венозные тромбозы и, следовательно, риск ТЭЛА (см. выше).

Нейропротекция Это второе стратегическое направление в терапии ишемических инсультов. Тяжелые метаболические нарушения, быстрая деполяризация мембран, неконтролируемое высвобождение возбуждающих аминокислот и нейротрансмиттеров, свободных радикалов, развитие ацидоза, резкое вхождение кальция в клетки, изменение генной экспрессии — вот далеко не полный перечень точек приложения для нейропротекторных препаратов в условиях церебральной ишемии.

В настоящее время выделяется целый спектр лекарственных препаратов, обладающих нейропротекторными свойствами: постсинаптические антагонисты глутамата; пресинаптические ингибиторы глутамата (lubeluzole); блокаторы кальциевых каналов (nimodipine, calcibindin); антиоксиданты (эмоксипин, L-токоферол); ноотропы (piracetam, cerebrolyzin) и другие. Целесообразность их применения доказана в экспериментальных условиях. В целом, высокая перспективность нейропротекции как метода лечения не вызывает сомнений.

Хирургические методы лечения при инфарктах мозжечка на фоне острой обструктивной гидроцефалии, а также дренирование желудочков мозга в настоящее время применяются с высокой эффективностью. Целесообразность других оперативных вмешательств в остром периоде ишемического инсульта требует дополнительных доказательств.

Профилактика повторных нарушений мозгового кровообращения

В связи с большим разнообразием причин, лежащих в основе инсультов, необходимо уже в первые дни заболевания наряду с упомянутыми методами лечения принять меры, направленные на предупреждение рецидивов ОНМК.

При кардиоэмболических инсультах вследствие фибрилляции предсердий рекомендуется назначение непрямых антикоагулянтов. Если есть

противопоказания к их применению, рекомендуется использовать аспирин. Оптимальные сроки для начала антикоагулянтной терапии после острого эпизода все еще не определены. Считается, что для уменьшения риска церебральной геморрагии первоначальное лечение должно начинаться с аспирина и проводиться до тех пор, пока произойдет разрешение основного дефицита, вызванного инсультом, или, если это тяжелый инсульт, спустя примерно две недели после его начала. Непрямые антикоагулянты и аспирин вместе применяются редко. Разумеется, необходим подбор и собственно кардиальной терапии.

При артерио-артериальных эмболиях, окклюзирующей патологии магистральных артерий головы эффективен прием аспирина, тиклопидина, дипиридамола. Наиболее оптимальным является индивидуальное тестирование реакции крови больного на тот или иной назначаемый препарат. Этот метод уже несколько лет с успехом используется в нашей клинике. Лечение и профилактика повторных кровоизлияний в мозг основывается, прежде всего, на тщательно подобранной антигипертензивной терапии, а предупреждение повторных ишемических инсультов — на мониторинге ЭКГ и артериального давления.

В заключение следует еще раз подчеркнуть, что при инсультах нет и не может быть единого универсального средства или метода лечения, кардинально меняющего течение заболевания.

Прогноз для жизни и восстановления определяется сочетанием своевременных и полноценных общих и специфических мероприятий в первые дни заболевания, включающих среди прочих постоянную коррекцию гомеостаза — определяющего фактора, без нормализации которого все последующее лечение становится неэффективным, а также активные нейрохирургические манипуляции наряду с ранней физической и психологической реабилитацией.

Прежде всего это относится к инсультам средней и высокой степени тяжести.

Четкое понимание патогенетических механизмов, лежащих в основе инсультов, является именно тем ключом, с помощью которого возможно подобрать обоснованное и эффективное лечение уже в первые часы от начала развития сосудистого поражения мозга, обеспечить благоприятный прогноз.

Госпитализации подлежат все больные с подозрением на острую недостаточность мозгового кровообращения, так как время начало лечения (по возможности оно должно быть начато максимально рано) зависит исход и прогноз дальнейшего состояния больного. Лечение проводится как с помощью специфической, так и базисной терапии. Кроме того очень большая роль медсестры заключается в постоянном наблюдении за таким больным во избежание осложнений.

1.4 Прогноз.

Прогноз при ишемическом инсульте. Летальный исход в первый месяц заболевания у 15 – 25% больных (в основном при атеротромботическом и кардиоэмболическом подтипах). При лакунарном инсульте смертность составляет 2%. Причины смерти:

- На первой неделе: чаще — отек и дислокацией головного мозга с повреждением витальных центров (40% всех летальных исходов первых 30 дней), реже — кардиальная патология.
- На 2 – 4 неделе: тромбоэмболия легочной артерии, пневмония, острая сердечная недостаточность.

Выживаемость больных:

- К концу первого года 60 – 70%.

- Через 5 лет — 50% (неблагоприятные прогностические признаки: пожилой возраст, перенесенный инфаркт миокарда, мерцательная аритмия, сердечная недостаточность).
- Через 10 лет — 25%.
- В дальнейшем смертность составляет 16 – 18% в год.

Инвалидизирующие расстройства:

- К концу первого месяца у 60 – 70% больных.
- Через 6 месяцев у 40%.
- Через год у 30% больных.

Восстановление движений:

- Наиболее заметно первые 3 месяца.
- Парез в ноге часто лучше восстанавливается, чем в руке.
- Гемиплегия к концу 1-го месяца, плегия в руке — неблагоприятные прогностические признаки.
- Малая вероятность регресса неврологического дефицита спустя год и более (исключения бывают у больных с афазией — речь восстанавливается несколько лет).

Неблагоприятные прогностический факторы:

- Кома.
- Гемиплегия.
- Гипергликемия.
- Возраст старше 70 лет.
- Объем гематомы более 60 мл.
- Прорыв крови в желудочки.

При кровоизлиянии в мозг.

Наиболее важной задачей в профилактике повторных кровоизлияний в мозг является контроль артериального давления.

Также рекомендовано прекращение курения, злоупотребления алкоголем и кокаином.

Острое нарушение мозгового кровообращения может быть преходящим и стойким, с очаговым повреждением головного мозга (церебральный инсульт).

Острая недостаточность мозгового кровообращения чаще других заболеваний завершается летальным исходом, кроме того, инсульт одна из самых распространенных причин инвалидизации и стойкой утрате работоспособности. При инсульте практически наравне с лечением играет роль профилактика, так как человек в состоянии по многим критериям, исключая разве что наследственность, позаботиться о себе и предотвратить многие факторы риска. Даже статистика говорит о том, что в странах с проводимой антиинсультной профилактикой частота заболеваемости значительно ниже, чем в других.

Глава 2. Деятельность медицинской сестры в оказании медицинской помощи пациентам с острым нарушении мозгового кровообращения.

2.1. Сестринский процесс при реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения в неврологическом отделении.

Профилактика и план ухода за больным в условиях стационара и дома.

В большинстве случаев больные, перенесшие инсульт, имеют определенную степень восстановления нарушенных функций. Так, в нашей стране инвалидизация вследствие инсульта (3,2 на 10.000 населения в год) занимает первое место (40–50%) среди патологий, являющихся причиной инвалидности. На данный момент в Российской Федерации насчитывается около 1 млн. инвалидов вследствие инсульта. При этом потери государства от одного больного, получившего инвалидность, составляют 1,247 млн. рублей в год. Заболеваемость (инвалидность) изменяет «качество жизни»

больного и выдвигает перед ним новые проблемы (приспособление к дефекту, изменение профессии, поведение в семье и другие). Так, согласно данным опросов на момент выписки из стационара больные, перенесшие инсульт, в 34% случаев выразили опасение быть обузой в семье, а 12% «не представляли, что будет дальше». Наиболее частым последствием инсульта, влияющим на «качество жизни» больных, являются нарушения двигательных функций, которые к концу острого периода (3 недели от начала инсульта) наблюдаются у 81,2% из 100 выживших больных. Однако ОНМК нередко приводит к развитию депрессии, нарушению когнитивных функций, а также расстройствам сна, которые находятся в «тени» основного (двигательного) дефекта, но иногда в большей степени влияют на «качество жизни» постинсультных больных. При этом они также оказывают существенное влияние на ход восстановительного лечения и могут являться «негативными предикторами» эффективности восстановительных мероприятий. Вследствие этого состояние данных функций может служить прогностическим критерием восстановления больных. Говоря о способности головного мозга к восстановлению, необходимо отметить важную роль в этом процессе сна. Если в течение 7–10 дней после ОНМК не происходит восстановления нормальной картины сна, то прогноз считается неблагоприятным. Вследствие этого при восстановительном лечении больных, перенесших инсульт, необходимо большое внимание обратить именно на нарушение сна.

Опрос, целью которого было выявить, что ожидают получить от врача и среднего медсестринского персонала перенесшие инсульт больные, показал: практически треть больных (29,1%) в острый период инсульта нуждается в психологической поддержке, половина нуждается в информации о переносимом заболевании, 70,8% - в технической помощи и только 8,3% не требуют помощи. От медсестер 41,6% ждут эмоциональной помощи, 20,8% - информационной и 91,6% - технической. Итак, каковы же основные особенности ухода за постинсультным больным?

После инсульта могут длительное время сохраняться нарушения движений (гемипарез, гемиплегия), речи и других функций. Восстановление нарушенных функций происходит медленно, поэтому больные, перенесшие инсульт, требуют особого внимания и тщательного профессионального ухода. Что, к сожалению, не всегда присутствует в городских больницах. В остром периоде болезни особое внимание должно уделяться профилактике дыхательных расстройств, развития пневмонии, а также профилактике пролежней. Необходимо поворачивать больного каждые два часа в положение на боку. Большое значение имеют общегигиенические мероприятия: уход за кожей, ежедневное протирание подсушивающими дезинфицирующими растворами.

Больного необходимо ежедневно подмывать. При использовании судна или утки под них кладется клеенка, покрытая сверху пеленкой. При недержании можно и удобно пользоваться памперсами, но если ваш больной находится под постоянным присмотром, лучше пользоваться влагопоглощающими одноразовыми пеленками.

Необходимо также следить за полостью рта, не допускать ее пересыхания или повреждения слизистой.

При кормлении больного его усаживают или приподнимают ему голову в зависимости от состояния. В случае нарушения глотательного рефлекса применяются специальные методы кормления (как правило, зондовое). Пища должна быть легко усвояемой, витаминизированной.

Необходимо постоянно следить за работой кишечника, при необходимости ставить очистительную клизму.

Большое значение имеет положение больного в постели. Так как после инсульта развивается характерное изменение тонуса мышц, необходимо придать физиологически правильное положение телу, особенно пораженным конечностям. С этой целью для руки используются лонгеты, вырезанные из фанеры, покрытые ватой и бинтом. Рука должна быть разогнута в локтевом

суставе, пальцы разогнуты и раздвинуты, лонгета накладывается на ладонную поверхность и фиксируется бинтом до половины предплечья. Нога должна быть согнута в коленном суставе до 15-20 градусов, под колено подкладывается валик, стопа сгибается до 90 градусов и должна иметь упор. Больного надо поворачивать и укладывать в такие положения каждые 2-3часа.

В дальнейшем такие больные нуждаются в лечебной физкультуре, в массаже пораженных конечностей. При нарушении речи — в логопедических занятиях.

Процесс восстановления нарушенных функций у больных, перенесших инсульт, может быть очень длительным. Поэтому будьте терпеливы и милосердны к ним. Заботливый, добрый уход им совершенно необходим.

Таким образом, можно увидеть, что основная роль в восстановлении и адаптации инсультных больных ложится именно на плечи медицинской сестры. Кроме того, именно медсестра должна дать родственникам больного рекомендации по уходу за ним после выписки, так как не всегда возможно содержание больного в стационаре после купирования острого периода болезни. Итак, какие же рекомендации должна дать медсестра родственникам для улучшения качества жизни больного?

Прежде всего, медсестра должна провести беседу с родственниками больного, потому что в процессе реабилитации очень часто играет роль именно психологическое состояние больного. А кто же в состоянии поддержать больного перенесшего такое опасное заболевание, если не его близкие. На каждого человека инсульт воздействует по-разному. Во многих случаях степень повреждения головного мозга остается неизвестной в течение нескольких недель. Такая неопределенность может вызвать у членов семьи или близких друзей чувство разочарования и безысходности или даже испуга. Но попытайтесь сами встать на место больного. Хотя вы выбиты из колеи, ожидая ответа на вопрос о том, что же произошло на самом деле,

такое состояние после инсульта является вполне адекватным. После инсульта легче всего увидеть, какие же функции утрачены. Но чтобы помочь больному, Вам необходимо сосредоточиться на тех навыках и умениях, которые сохранились. Реабилитация – это тяжелый труд, и любая поддержка ускоряет процесс восстановления. Оглянитесь на явные ограничения, оставшиеся в прошлом. Когда Вы сделаете это, то обнаружите, что и Вы, и больной действительно способны добиться улучшения. Если инсульт повреждает расположенный в головном мозге центр речи, то может возникнуть афазия (сниженная способность пользоваться устной и письменной речью). Некоторые люди не в состоянии выразить свои мысли, или они не в состоянии понимать обращенную к ним речь других людей. У некоторых людей существуют оба типа таких нарушений. Люди, страдающие афазией, могут также поизносить неправильные звуки или их речь может состоять из отдельных слов, не связанных между собой. Иногда афазия проявляется в том, что человек утрачивает способность читать, писать и пользоваться цифрами. Поддержка семьи и друзей может ускорить процесс восстановления больного. Если он страдает афазией, то приведенные ниже советы могут облегчить общение с ним.

Старайтесь больше времени проводить с больным. Читайте ему вслух или рассказывайте о том, как Вы провели сегодняшний день

Похвалите больного за те усилия, которые он прилагает для того, чтобы восстановить речь.

Говорите медленно и четко. Используйте обычные слова, но не говорите с больным «свысока».

Говорите простыми предложениями. Придерживайтесь правила: излагайте какую-либо одну мысль и описывайте какое-либо одно действие.

Задавайте вопросы, на которые можно ответить «да» или «нет».

Дайте больному время для того, чтобы понять вопрос и отреагировать на него. Не пытайтесь говорить с больным до тех пор, пока Вы не готовы четко сформулировать тему разговора.

Не игнорируйте больного. Держите его в курсе Ваших дел и пытайтесь привлечь к ним внимание.

Не говорите при больном так, как будто бы его здесь нет.

Обычной целью реабилитации является четкая плавная речь. Больной может научиться управлять мышцами лица и рта, выполняя упражнения, которые способствуют восстановлению их силы. Такие упражнения часто выполняют перед зеркалом. Больные могут также научиться разбивать слова на звуки или пытаться произносить такие звуки. Например, больной может научиться:

1. Произносить каждый звук в каждом слове.
2. Сосредоточиться на правильном произношении отдельных слов, а не пытаться сказать все предложение сразу.
3. Постукивайте пальцем в такт каждому слогу.
4. Контролируйте дыхание во время речи. Чем больше больной, страдающий дизартрией, занимается речевой практикой, тем быстрее улучшается его речь. Говорите с больным так же, как Вы делали это до болезни, и ждите, что он Вам скажет в ответ.

Следуйте таким советам:

- Практикуйтесь в произнесении звуков и слов совместно с больным. Логопед может предоставить Вам списки слов.
- Напоминайте больному, чтобы он говорил медленно. Это даст ему время произнести все звуки, из которых состоит каждое слово.
- Попросите больного повторить слова, которые Вы не поняли, или попросите сказать слово или фразу другим способом.

Нарушения глотания затрудняют процесс еды и питья. Если больной испытывает затруднения при глотании, то возрастает вероятность

возникновения приступа удушья. Пища, жидкость или слюна могут даже попасть не в пищевод, а в легкие. Это может вызвать пневмонию, возникновение которой представляет собой дополнительный риск, способствующий ухудшению состояния больного. Одним из признаков нарушения глотания является появление кашля или чихания непосредственно после проглатывания пищи. В некоторых случаях после глотания звуки голоса больного становятся влажными или булькающими. Больному может быть назначена специальная диета до тех пор, пока не произойдет улучшение глотания. В начале может быть запрещено использование разбавленных жидкостей и твердой пищи. По мере того, как глотание становится более безопасным, диета больного соответственно видоизменяется. Больной может научиться выполнять специальные упражнения. Они укрепляют мышцы языка и увеличивают объем его движений. Кроме того, больной может плотнее сжимать губы. Это способствует ограничению скопления пищи между щеками и деснами.

Некоторые изменения поведения возникают в результате повреждения головного мозга, вызванного инсультом, тогда как другие изменения поведения обусловлены депрессией. Членам семьи больного полезно научиться различать эти два вида изменений. Члены семьи больного могут быть настолько озабочены тем, чтобы помочь близкому человеку, что забывают о собственных нуждах. Любящий и нежный супруг после инсульта может впасть в депрессию и стать излишне требовательным. Поэтому важно изыскать пути, чтобы справиться с такими изменениями поведения и помочь ему в процессе восстановления.

Член семьи, оказывающий помощь больному инсультом, способствует тому, чтобы он достиг максимально возможного уровня независимого существования. Одобряйте решения, которые принимает близкий Вам человек, и поддерживайте его стремление к активному времяпровождению. Пытайтесь найти такие виды развлечений, которые бы не требовали Вашего

обязательного присутствия, например, поощряйте его прогулки за пределами дома.

После инсульта больной может испытывать внезапные или избыточные эмоции. Часто возникают печаль и депрессии.

Чем могут помочь родственники?

Оставаться спокойными. Принимайте поведение больного таким, как оно есть, и продолжайте делать то, что Вы делали.

Если больной просит у Вас прощения после эмоциональной вспышки, то рассматривайте его поведение как результат инсульта.

Не подвергайте больного критике в связи с частой сменой его настроения.

Поддерживайте больного в активном состоянии. Играйте с ним в настольные игры, вместе смотрите телевизионные передачи или слушайте музыку.

Попросите друзей посетить больного, если он пожелает их видеть.

Не говорите больному «не падай духом», лучше «я с тобой».

У Вас должна быть уверенность в том, что с течением времени в процессе реабилитации состояние близкого Вам человека начнет улучшаться и постепенно произойдет частичное или практически полное восстановление утраченных функций и навыков. По мере того, как Вы приспособитесь к изменениям, произошедшим в Вашей жизни и жизни близкого Вам человека, у Вас могут возникнуть новые чувства. Обсуждайте и планируйте Ваше будущее вместе. Ваши роли в семейной жизни могут теперь стать различными, но Вы должны привыкнуть к тому, что в Вашей жизни появились и некоторые ограничения. Успехи, которых может достигнуть в процессе восстановления близкий Вам человек, в значительной степени зависят от оптимизма, с которым Вы смотрите в будущее.

Добейтесь того, чтобы Ваша квартира стала более безопасной

Произведя минимальные изменения, Вы можете облегчить домашнюю жизнь близкого человека и сделать ее более безопасной. Попробуйте следовать таким советам:

- Установите брусья и перекладины вокруг ванны или душа.
- Поставьте в душ табуретку и снабдите головку душа ручным захватом.
- Приобретите шампунь с легко открывающейся крышкой и жидкое мыло с распылителем.
- Держите пластиковый мочеприемник у кровати больного, чтобы он мог пользоваться им ночью.
- Оставляйте на ночь в комнате больного приглушенный свет.
- Следите за тем, чтобы пути передвижения больного не были загромождены посторонними предметами.
- Используйте радиотелефон или телефон с громкой связью, которыми мог бы пользоваться больной.

Прием лекарств Больному могут быть назначены несколько видов лекарственных препаратов. Каждый препарат следует принимать только в соответствии с прилагаемой инструкцией или непосредственно по указанию врача.

Вы можете помочь будьте уверены в том, что все лекарства принимаются по заранее составленной схеме. Так как время приема имеет важное значение, то установите звуковой сигнал.

Держите необходимые в течение дня таблетки (в нужной дозировке) в распределительном лотке.

Узнайте у врача, каких продуктов или напитков больному следует избегать во время приема лекарств.

Соблюдение здорового образа жизни

Для ускорения процесса восстановления близкого Вам человека ему необходимо выполнять следующие рекомендации:

- Употреблять в пищу продукты с низким содержанием жира и холестерина.
- Прекратить курение.
- Стараться ежедневно в течение продолжительного времени находиться на свежем воздухе, а в случае восстановления ходьбы ежедневно совершать прогулки, постепенно увеличивая их продолжительность.
- Научиться чередовать физическую нагрузку с отдыхом.
- Ограничить число людей, которые посещают его одновременно, так как близкий Вам человек, особенно на первых порах, может очень быстро уставать.

Поведение Больного со спутанным состоянием сознания, производящий впечатление человека со странностями, нуждается в упорядочении окружающей среды, что позволяет ему легче сделать тот или иной выбор. Больной с нарушенной способностью к рассуждению нуждается в руководстве при принятии важных решений. Иногда у него может возникать апатия, которая может усиливаться в том случае, если в его окружении все слишком просто и тихо. Если Вы отметите у него такие странности поведения, то попытайтесь выяснить их причину и стремитесь к тому, чтобы облегчить его существование, что принесет пользу и Вам. Старайтесь относиться к больному с сочувствием, терпимо и вежливо. Это может быть нелегко.

Больной выражает свои потребности посредством изменений поведения

Для того, чтобы научиться тому, как вести себя в трудных ситуациях, Вам может понадобиться помощь профессионала. При положительном отношении к возникающим трудностям Вам будет легче найти пути для их преодоления.

Депрессия.

Депрессия – это самое обычное состояние после инсульта, при этом на него часто не обращают внимания или недооценивают. Депрессия может стать непреодолимой, влияя на душевное состояние и уверенность в себе каждого, кого она затрагивает. Депрессивный больной может отказываться или игнорировать прием лекарств, у него может отсутствовать желание выполнять упражнения, которые могут улучшить его подвижность. Он может проявлять раздражительность по отношению к другим людям. Депрессия может охладить тот энтузиазм, с которым семья больного помогает ему в процессе восстановления, или отпугнуть других людей, которые хотят ему помочь. Депрессия лишает больного, перенесшего инсульт, социальных контактов, которые могли бы развеять депрессивное состояние, и в результате, образуется замкнутый круг.

Постоянные, устойчивые социальные контакты жизненно необходимы для преодоления депрессии.

Возможно, что со временем состояние больного улучшится, и депрессия может исчезнуть сама по себе. Помощь семьи в преодолении депрессии может заключаться в том, чтобы стимулировать интерес больного к другим людям, одобрять любой вид активного времяпровождения, предоставлять ему возможность участвовать в занятиях, требующих умственной активности. В некоторых случаях, с целью преодоления депрессии лечащий врач может рекомендовать лечение антидепрессантами.

2.2. Анализ результатов исследования сестринского ухода за пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения.

Участие медсестры в лечебном процессе присутствует в каждом периоде течения заболевания. В остром периоде ведущая роль, разумеется, принадлежит врачу, но медсестра, ассистирующая ему в различных манипуляциях и введении назначенных лекарственных средств, играет, безусловно, очень большую роль в процессе лечения. Однако острейший и,

следующий за ним острый период длятся в течение 21 дня, тогда как восстановительные периоды протекают от двух месяцев до двух лет. Особенностью острой недостаточности мозгового кровообращения является соотношение роли медсестры и врача. Чем дольше времени проходит с момента наступления заболевания, тем менее становится необходимой постоянная помощь врача (хотя больные, разумеется, находятся под наблюдением) и увеличивается роль медсестры. У больных, перенесших инсульт резко ухудшается качество жизни, что в первую очередь грозит ухудшением психологического состояния больного, проявляющихся депрессией и "нежеланием быть обузой". В этом аспекте реабилитации больного особенно важна роль медицинской сестры, ведь это именно она находится подле больного наибольшее количество времени, особенно в первые дни, после ОНМК, именно она следит за его состоянием ежечасно и контролирует прием лекарственных средств, способствующих выздоровлению. Роль медсестры неотъемлема как в помощи больному принимать пищу, совершать отправления, соблюдать гигиену, так и с психологической точки зрения. Ведь если говорить простым языком, большинство людей, попадающих в больницу с таким диагнозом, который делает их беспомощными и вызывает мысли о том, что жизнь их не станет прежней, совершенно не осведомлены об опасностях и особенностях своей болезни. Кроме того, именно в обязанности медсестры входит обучение родственников больного обращению с ним, физической помощи ему и моральная поддержка. А это в период реабилитации даже важнее, другой терапии, ведь от желания самого больного восстановиться как можно скорее, а также от поддержки его родственников и близких в немалой степени зависит время восстановления привычной жизни больного.

Как правило люди, перенесшие острую недостаточность мозгового кровообращения мало осведомлены о том, как и что может помочь им восстановить нормальный ритм и уровень жизни как можно скорее.

А значит на кого они могут надеяться? Только на человека в белом халате, который ежедневно заботится о них и помогает им сохранить веру в собственное выздоровление- на медицинскую сестру.

Заключение.

Итак, в ходе проведенной работы я расширила свои знания, касающиеся острого нарушения мозгового кровообращения. Кроме того, в результате работы со статистическими данными можно сделать общий вывод о том, что в настоящее время инсульт является одним из самых опасных с точки зрения летальности заболеванием. В заключение следует еще раз подчеркнуть, что при инсультах нет и не может быть единого универсального средства или метода лечения, кардинально меняющего течение заболевания. Прогноз для жизни и восстановления определяется сочетанием своевременных и полноценных общих и специфических мероприятий в первые дни заболевания, включающих среди прочих постоянную коррекцию гомеостаза — определяющего фактора, без нормализации которого все последующее лечение становится неэффективным, а также активные нейрохирургические манипуляции наряду с ранней физической и психологической реабилитацией. Прежде всего, это относится к инсультам средней и высокой степени тяжести. Четкое понимание патогенетических механизмов, лежащих в основе инсультов, является именно тем ключом, с помощью которого возможно подобрать

обоснованное и эффективное лечение уже в первые часы от начала развития сосудистого поражения мозга, обеспечить благоприятный прогноз.

Кроме прочего, как было указано в работе медицинским сестрам необходимо проводить беседы и о профилактике инсультов, прежде всего у перенесших заболевания (из-за высоких показателей статистики рецидивов), но и не менее важно проводить такие беседы среди людей, не переносивших острое нарушение мозгового кровообращения. Ведь статистические данные ясно дают понять, что скорость жизни люди в настоящее время редко оставляет им возможность задуматься о своем здоровье, и о профилактике нарушений мозгового кровообращения, наряду с другими опасными для жизни состояниями. А ведь зачастую в руках самих людей возможность оградить себя от многих проблем со здоровьем.

Список используемой литературы.

1. Верещагин Н. В., Варакин Ю. Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические проблемы. Журнал неврологии и психиатрии - 2001. – Т. 1. – С. 34 – 40.
2. Верещагин Н. В., Пирадов М. А. Инсульт: состояние проблемы. В сб.: Труды Всероссийского общества неврологов России «Неотложные состояния в неврологии». Орел, 2002, с. 5 – 12.
3. Гусев Е. И., Скворцова В. И. — Современные представления о лечении острого церебрального инсульта
4. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы. СПб.: ООО «Медлайн-Медиа», 2006.
5. Коллинз Р. Д. Диагностика нервных болезней. — «Медицина», 1986. — С. 240.
6. Кубряк О.В., Гроховский С.С. Практическая стабилометрия. Статические двигательно-когнитивные тесты с биологической обратной связью по опорной реакции. — М.: Маска, 2012. — 88 с
7. Михеев В. В., Мельничук П. В. Нервные болезни. — «Медицина», 1981. — С. 543.
8. Синельникова М. Н. Цереброваскулярная патология у женщин в климактерическом периоде: Автореф. дис. канд. мед. наук. – Иркутск, 2004. – 24 с.
9. Скворцова В. И. Взгляд на проблему. Медицинская и социальная значимость проблемы инсульта. Качество жизни 2004; №4: с. 2 – 6.

10. Сметник В. П., Шестакова И. Г. Менопауза и сердечно – сосудистая система. //Терапевтический архив. – 1999. - №10. – с. 61 – 65.

11. Федин А. И., Румянцева С. А., Кузнецов О. Р., Евсеев В. Н. Антиоксидантная и энергопротекторная терапия ишемического инсульта. — «Тактик-Студио», 2004. — С. 48.

12. Ярош А. А., Нервные болезни. — «Вища школа», 1985. — С. 462.

13. Яхно Н.Н., Виленский Б.С. Инсульт как медико–социальная проблема. //Русский медицинский журнал. –2005. –Т.13. –№ 12. –С.807–815.

14. Bogousslavsky J. The global stroke initiative, setting the context with the International Stroke Society. //J Neurol Sciences. –2005. –V.238. –Suppl.l. – IS.166.