

Федеральное государственное бюджетное  
образовательное учреждение высшего образования  
«Алтайский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения Российской Федерации

**Кафедра Сестринского дела**

**Направление подготовки:** 34.03.01 Сестринское дело

**Выпускная квалификационная работа**

**Тема:**

«Роль медицинской сестры в лечении и реабилитационных мероприятиях  
у пациентов с ОНМК»

**Выполнила:** студентка 583 группы

факультета ВСО

Зацепина Ольга Сергеевна

\_\_\_\_\_

**Допущена к защите**

\_\_\_\_\_

«27» мая 2019 г.

**Научный руководитель:**

Доцент кафедры, к.м.н.

Климова Е.Е.

\_\_\_\_\_

**Оценка** \_\_\_\_\_

« \_\_\_\_ » \_\_\_\_\_ 2019 г.

**Председатель ГЭК:**

Зав. лабораторией патологии гемостаза

КГБУЗ «Краевая клиническая больница», д.м.н.

Мамаев А.Н.

\_\_\_\_\_

Барнаул, 2019 г

## Введение:

Казалось бы, медицина сделала за последние десятилетия гигантский скачок вперед, но диагноз инсульт по-прежнему для многих звучит как приговор.

Сосудистые заболевания головного мозга привлекают внимание ученых всего мира. Это связано с их распространенной, высокой летальностью, инвалидизацией десятков тысяч людей молодого и среднего возраста, и делает эту проблему не только медицинской, но и социальной.

Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн. человек, а в России – более 450 тыс. В Алтайском крае ежегодно 5000 человек диагностируют инсульт, летальный исход у 10-12% человек. В Рубцовске и Рубцовском районе, ежегодно госпитализируется около 1000 больных с церебральным инсультом. Частота инсультов у работоспособных лиц в возрасте 25-65 лет составляет 2,5-3 для городского населения, а для сельского 1,9 на 1000.

Если сравнивать ежегодные показатели заболеваемости ОНМК, приводимые Е. В. Шмидтом /1975/ - 2 на 1000 населения — и данные, приводимые Е. И. Гусевым, В. И. Скворцовой и др./2003/ -3,36 на 1000 населения, то следует отметить их неуклонный рост. Причина такого роста ОНМК и особенно «омоложения» - урбанизация, изменение социально-экономических условий, увеличение стрессовых ситуаций, уменьшение двигательной активности, злоупотребление алкоголем и наркотиками, миграционные процессы, безработица, ожирение.

Смертность от ОНМК в России занимает второе место (21,4%) в структуре общей смертности (15,27), 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.

Инсульт, нередко, оставляет после себя тяжелые последствия в виде двигательных, речевых и других нарушений, значительно инвалидизируя больных, снижая качество жизни самих пациентов и ближайших родственников. Спонтанное восстановление нарушенных функций можно дополнить и ускорить реабилитационными мероприятиями.

По данным Столяровой Г.П. и Маджиевой И.М. [1986 г.] реабилитационные мероприятия способствуют восстановлению трудоспособности у 47,8% больных, а при отсутствии реабилитационных мероприятий к труду возвращаются только 28,3%.

Современный комплексный подход к организации реабилитационной помощи больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), позволяет вернуть к труду или иному виду активной социальной деятельности до 60% постинсультных больных трудоспособного возраста (по сравнению с 20% больных, не прошедших систему реабилитационных мероприятий).

Несмотря на положительные результаты по оценке качества и эффективности мультидисциплинарной модели восстановительного лечения больных, перенесших инсульт и организация реабилитации подобного контингента существующая система не обеспечивает всей потребности в ней, что требует совершенствования организационных форм и методов работы.

**Актуальность:** В данной работе отражена роль медицинской сестры на этапе ранней реабилитации при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в условиях первичного сосудистого отделения КГБУЗ ГБ №2 г. Рубцовска, отделение ОНМК. Показаны функциональные обязанности, профессиональные навыки и особенности ухода за тяжелыми больными с инсультом, которыми обязаны владеть средний медицинский персонал. Также определена уникальная роль медицинской сестры как равноправного участника мультидисциплинарной бригады.

**Целью** настоящего исследования является оптимизация работы сестринского персонала в реабилитации больных перенесших ОНМК.

**Научная новизна** работы заключается в том, что впервые на уровне КГБУЗ ГБ №2 г. Рубцовска, в отделении ОНМК проведена оценка организации сестринской помощи в реабилитации, систематизированы опыт, определены более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, которые могут способствовать сохранению качества жизни и функциональной активности пациентов.

**Практическая значимость** работы заключается в том, что впервые на базе реабилитационного отделения для больных с ОНМК изучены основные функциональные и психологические проблемы пациентов с ОНМК, их динамика при использовании новых технологий сестринского ухода, оценена

удовлетворенность пациентов, оказываемой медицинской (сестринской) помощью.

Рецензия на выпускную квалификационную работу «Роль медицинской сестры в лечении и реабилитации больных с Острым нарушением мозгового кровообращения, в отделении ОНМК на базе КГБУЗ ГБ №2 г. Рубцовска», выполненная студенткой 583 группы факультета Высшего сестринского образования Зацепиной Ольги Сергеевны.

Данная работа выполнена согласно предложенного плана и занимает объем 57 листов машинописного текста. Актуальность данной работы объясняется возросшей частотой сосудистых поражений головного мозга, его осложнений. Так как в России ежегодно регистрируется более 450 тысяч ОНМК, заболеваемость инсультом составляет 2,5 – 3 случая на 1000 случаев.

Смертность от ОНМК в России занимает второе место (21,4%) в структуре общей смертности и насчитывается около 1 млн. инвалидов с последствиями ОНМК. Потери государства от одного больного, получившего инвалидность, составляют 1 247 000 рублей в год.

Ценность выпускной квалификационной работы: впервые на уровне КГБУЗ ГБ №2 г. Рубцовска, в отделении ОНМК проведена оценка сестринской помощи в лечении и реабилитации, определены основные проблемы пациентов, с которыми работает сестринский персонал.

Среди всех видов инсультов преобладают ишемические поражения мозга. По данным международных мультицентровых исследований, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет в среднем 5,0–5,5:1, т. е. 80–85% и 15–20% соответственно. Несмотря на то, что решающее значение в снижении смертности и инвалидизации вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, существенный эффект в этом отношении дает оптимизация системы помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), введение лечебных и диагностических стандартов для этих больных, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Европейское региональное бюро Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) считает, что создание современной системы помощи больным с инсультом позволит снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20% и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания не менее 70% выживших пациентов. Разработка и внедрение единых принципов ведения больных с острыми нарушениями

мозгового кровообращения должны помочь оптимизировать диагностический подход и выбор лечебных мероприятий для обеспечения наилучшего исхода заболевания.

Задачи, поставленные в ходе данной работы:

1. Изучение теоретических аспектов, структуры, клинических характеристик и факторов риска ОНМК.
2. Разобрать Алгоритм неотложной помощи и обязанности медицинской сестры при первых признаках инсульта.
3. Оценить участие медицинской сестры в лечении и реабилитации нарушения мозгового кровообращения.
4. Провести практическую работу — анкетирование, оценка и анализ полученных результатов.

Субъект исследования:

медицинская сестра, её роль в лечении и реабилитации пациентов с ОНМК.

Гипотеза:

Рациональность и правильное проведение экстренных мероприятий больным с инсультом обученной медицинской сестрой способствуют снизить летальность и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после начала заболевания.

## **ГЛ.1 Теоритические и методические основы изучения проблемы пациентов с ОНМК, на раннем этапе реабилитации.**

### **1.1. Причины и виды нарушения мозгового кровообращения, патогенез, клиника, принципы диагностики и лечения**

Сосуды головного мозга имеют своеобразную, совершенную структуру, которая идеально регулирует кровоток, обеспечивая стабильность кровообращения. Они устроены таким образом, что при увеличении поступления крови в коронарные сосуды примерно в 10 раз во время

физической активности, количество циркулирующей крови в головном мозгу, при возрастании умственной активности, остается на прежнем уровне. То есть происходит перераспределение кровотока. Часть крови из отделов мозга с меньшей нагрузкой перенаправляется на участки с усиленной мозговой деятельностью.

Однако этот совершенный процесс кровообращения нарушается, если поступающее в головной мозг количество крови не удовлетворяет его потребности в ней. Надо отметить, что ее перераспределение по участкам мозга необходимо не только для его нормальной функциональности. Оно происходит и при возникновении различных патологий, например, стеноза просвета сосуда (сужения) или обтурации (закрытия). В результате нарушенной саморегуляции происходит замедление скорости движения крови на отдельных участках мозга и их ишемия.

Виды нарушений мозгового кровообращения: Условно нарушения мозгового кровообращения подразделяются на две категории: инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения. Разница между ними в одном: если очаговые симптомы (парезы или расстройства речи, или зрительные нарушения и т.д.) длятся не дольше 24 часов, такое нарушение мозгового кровообращения относят к преходящим, если более 24 часов - к инсультам.

Различают два основных вида инсульта, существенно отличающихся друг от друга: внутримозговое кровоизлияние - геморрагический инсульт, и инфаркт мозга - ишемический инсульт.

1. Кровоизлияние в мозг возникает в результате разрыва стенки сосуда, чаще при высоком артериальном давлении. Излившаяся кровь сдавливает окружающую мозговую ткань, что приводит к развитию различных очаговых симптомов. Характерны для кровоизлияния: сильная головная боль, рвота. У большинства больных с кровоизлиянием в мозг наблюдается потеря сознания на период времени от нескольких минут до нескольких суток.

2. Инфаркт мозга развивается обычно в результате закрытия просвета (закупорки) одного из мозговых сосудов и прекращения нормального кровоснабжения определенного участка мозга. После прекращения поступления кислорода и других необходимых для жизнедеятельности мозга веществ нервные клетки и другие элементы нервной ткани гибнут. В дальнейшем на месте погибшего мозгового вещества образуется постинфарктная киста (полость), заполненная мозговой жидкостью.

Инфаркт мозга значительно реже, чем кровоизлияние протекает с потерей сознания. Реже при нем встречаются и другие общемозговые симптомы: сильная головная боль, рвота.

Не всегда при закупорке одного из мозговых сосудов развивается инфаркт. В тех случаях, когда быстро включаются дополнительные пути кровоснабжения (коллатерали), приток крови возобновляется и наблюдается лишь преходящее нарушение мозгового кровообращения с быстрым восстановлением нарушенных функций.

Вызывая двигательные, речевые и иные нарушения, инсульт является одной из главных причин смертности и инвалидизации населения. Это большая медицинская и социальная проблема во всех странах и обществах, различных по экономике, культуре, расовой и этнической принадлежности.

Инсульт поражает людей всех возрастов, но чаще всего он встречается в возрасте старше 50 лет. Но за последние годы инсульт помолодел, и все чаще страдают люди работоспособного возраста, что делает проблему реабилитации актуальнее. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах мира ежегодно происходит 150-300 инсультов на каждые 100000 населения. По России эти цифры составляют: 250-320 - среди городского населения, и 170 - среди сельского населения. Смертность при инсульте достаточно высока: из 100 больных инсультом умирает 35-40 человек. При правильно организованном лечении и реабилитации у большинства выживших больных наблюдается значительное восстановление нарушенных функций, возвращение возможности самообслуживания и самостоятельной ходьбы.

Многие из выживших больных возвращаются к труду. Так к концу первого года после инсульта около 60%, перенесших инсульт, не нуждаются в посторонней помощи в повседневной жизни, 20% требуют помощи лишь при выполнении сложных задач (например, при пользовании ванной), 15% более зависимы от окружающих и только 5% полностью беспомощны в быту и нуждаются в постоянном уходе. Около 30% больных работоспособного возраста, перенесших инсульт, способны вернуться к работе.

Симптомы нарушения мозгового кровообращения:

1. Регулярные головные боли.

2. Боль в глазах в конце дня, усиливается при движении глазами;
3. Головокружения чаще трёх раз в месяц.
4. Тошнота, рвота.
5. Шум в ушах, ощущение заложенности.
6. Онемение рук, ног и других частей тела.
7. Судороги, обмороки.
8. Быстрая утомляемость, рассеянность, нарушение сна, ухудшение памяти.

При развитии болезни симптомы нарушения мозгового кровообращения усиливаются. Резко ухудшается память, усиливается головная боль и головокружения, походка становится неустойчивой, возникает раздражительность, депрессия.

Основные факторы, влияющие на развитие нарушения мозгового кровообращения:

1. Артериальная гипертензия (потеря контроля над артериальным давлением).
2. Сердечные и сосудистые поражения (ишемическая болезнь сердца, различные сердечные аритмии, атеросклеротическое поражение сосудов).

Второстепенные факторы, влияющие на развитие НМК:

1. Злоупотребление алкогольными напитками, интоксикация никотином при курении табака.
2. Чрезмерная масса тела.
3. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия).
4. Пол, возрастные особенности, наследственный фактор.
5. Изменение текучести крови с повышенной склеиваемостью тромбоцитов; изменение уровня гематокрита; повышенный уровень фибриногена в плазме крови.



6. Заболевания обмена, сахарный диабет.

7. Острые или хронические инфекции.

Основной причиной кровоизлияния в мозг является высокое артериальное давление. При резком его подъеме может наступить разрыв сосуда, следствием чего является выход крови в вещество мозга и развивается внутримозговая гематома.

Более редкая причина кровоизлияния - разрыв аневризмы. Артериальная аневризма, относящаяся, как правило, к врожденной патологии, представляет собой мешотчатое выпячивание на стенке сосуда. Стенки такого выпячивания не имеют столь мощного мышечного и эластического каркаса, какие имеют стенки нормального сосуда. Поэтому иногда достаточно лишь относительно небольшого подскока давления, который наблюдается у вполне здоровых людей при физической нагрузке или эмоциональном напряжении, чтобы стенка аневризмы разорвалась.

В тех случаях, когда аневризма располагается в стенках сосудов, находящихся на поверхности мозга, разрыв ее приводит к развитию не внутримозгового, а подпаутинного (субарахно-идального) кровоизлияния, располагающегося под паутинной оболочкой, окружающей головной мозг. Субарахноидальное кровоизлияние непосредственно не приводит к развитию очаговых неврологических симптомов (парезов, нарушений речи и т.д.), но при нем выражены общемозговые симптомы: внезапная резкая («кинжальная») головная боль, часто с последующей потерей сознания.

Инфаркт мозга развивается обычно вследствие закупорки одного из мозговых сосудов или большого (магистрального) сосуда головы, по которому притекает кровь к головному мозгу. Магистральных сосудов четыре: правая и левая внутренняя сонные артерии, кровоснабжающие большую часть правого и левого полушария головного мозга, и правая и левая позвоночная артерии, сливающиеся затем в основную артерию и снабжающие кровью ствол мозга, мозжечок и затылочные доли полушарий головного мозга.

Причины закупорки магистральных и мозговых артерий могут быть разные. Так при воспалительном процессе на клапанах сердца (с образованием инфильтратов или при образовании пристеночного тромба в сердце) кусочки тромба или инфильтрата могут оторваться и с током крови прийти к

мозговому сосуду, калибр которого меньше размера кусочка (эмбола), и вследствие этого закупорить сосуд. Эмболами могут стать и частицы распадающейся атеросклеротической бляшки на стенках одной из магистральных артерий головы.

Таков один из механизмов развития инфаркта мозга - эмболический.

Другой механизм развития инфаркта - тромботический: постепенное развитие тромба (кровяного сгустка) в месте расположения атеросклеротической бляшки на стенке сосуда. Атеросклеротическая бляшка, заполняющая просвет сосуда, приводит к замедлению кровотока, что способствует развитию тромба. Неровная поверхность бляшки благоприятствует в этом месте склеиванию (агрегации) тромбоцитов и других элементов крови, что составляет основной каркас образующегося тромба.

Как правило, одних местных факторов для образования тромба часто недостаточно. Развитию тромбоза способствуют такие факторы, как общее замедление кровотока (поэтому тромбозы мозговых сосудов в противоположность эмболиям и кровоизлияниям обычно развиваются ночью, во сне), повышение свертываемости крови, повышение агрегационных (склеивающих) свойств тромбоцитов и эритроцитов.

Что такое свертываемость крови, на опыте знает каждый. Человек порезал случайно палец, из него начинает литься кровь, но постепенно на месте пореза образуется кровяной сгусток (тромб) и кровотечение останавливается. Свертываемость крови - необходимый биологический фактор, способствующий нашему выживанию. Но как пониженная, так и повышенная свертываемость угрожает нашему здоровью и даже самой нашей жизни.

Повышенная свертываемость приводит к развитию тромбозов, пониженная - к кровотечениям при малейших порезах и ушибах. Гемофилией - болезнью, сопровождающейся пониженной свертываемостью крови и имеющей наследственный характер, страдали многие члены царствующих фамилий Европы и в их числе сын последнего российского императора цесаревич Алексей.

Нарушение нормального кровотока может явиться и следствием спазма (сильного сжатия) сосуда, наступающего в результате резкого сокращения

мышечного слоя сосудистой стенки. Несколько десятилетий назад спазму придавали большое значение в развитии нарушений мозгового кровообращения. В настоящее время со спазмом мозговых сосудов связывают в основном инфаркты мозга, которые иногда развиваются через несколько дней после субарахноидального кровоизлияния.

При частых подъемах артериального давления могут развиваться изменения в стенках мелких сосудов, питающих глубокие структуры головного мозга. Эти изменения приводят к сужению, а часто и к закрытию этих сосудов. Иногда после очередного резкого подъема артериального давления (гипертонического криза) в бассейне кровообращения такого сосуда развивается небольшой инфаркт (называемый в научной литературе «лакунарным» инфарктом).

В ряде случаев инфаркт мозга может развиваться и без полной закупорки сосуда. Это так называемый гемодинамический инсульт. Представим себе шланг, из которого вы поливаете огород. Шланг забит илом, но электромотор, опущенный в пруд, хорошо работает, и струи воды хватает для нормального полива. Но достаточно небольшого перегиба шланга или ухудшения работы мотора, как вместо мощной струи из шланга начинает вытекать узенькая струйка воды, которой явно не хватает, чтобы хорошо полить землю.

То же может наступить при определенных условиях и с кровотоком в головном мозге. Для этого достаточно наличия двух факторов: резкого сужения просвета магистрального или мозгового сосуда заполняющей его атеросклеротической бляшкой или в результате его перегиба плюс падение артериального давления, наступающего из-за ухудшения (часто временного) работы сердца.

Механизм преходящих нарушений мозгового кровообращения (транзиторных ишемических атак) во многом аналогичен механизму развития инфаркта мозга. Только компенсирующие механизмы при преходящих нарушениях мозгового кровообращения срабатывают быстро, и развившиеся симптомы в течение нескольких минут (или часов) исчезают. Но не надо надеяться, что механизмы компенсации будут всегда так хорошо справляться с возникшим нарушением. Поэтому так важно знать причины нарушения мозгового кровообращения, что позволяет разработать методы предупреждения (профилактики) повторных катастроф [8].

Диагностика. Самостоятельно сопоставлять симптомы и принимать лечение на своё усмотрение нельзя, так как в этом случае, высокий риск развития осложнений, в том числе и опасных для жизни. При первых же симптомах следует незамедлительно обращаться за экстренной медицинской помощью. Для выяснения этиологии и точной постановки диагноза врач назначает следующие лабораторно-инструментальные методы обследования, если их позволяет состояние пациента: общий анализ крови, липидограмма, забор крови для анализа на глюкозу, коагулограмма, дуплексное сканирование для выявления поражённых сосудов, нейропсихологическое тестирование по шкале MMSE, магнитно-резонансную томографию головы, компьютерную томографию.

В некоторых случаях программа диагностики может включать в себя генетические исследования, если есть подозрение на наследственный фактор [9].

Лечение. Лечение будет зависеть от первопричинного фактора - в зависимости от этого подбирается базисная терапия. В целом медикаментозная терапия может включать в себя следующие препараты: седативные, нейропротекторы, поливитамины, венотоники, вазодилататоры, антиоксиданты.

Вся медикаментозная терапия, вне зависимости от этиологии, направлена на то, чтобы защитить нейроны головного мозга от поражения. Все средства подбираются только индивидуально. В процессе прохождения медикаментозной терапии больному следует постоянно контролировать артериальное давление, так как высокий риск развития инсульта, инфаркта. Кроме медикаментозного лечения, врач может назначить курс лечебной физкультуры. В некоторых случаях такие мероприятия используют для реабилитации. В стандартную программу входит следующее: комплекс упражнений «баланс», который направлен на восстановление координации движений; комплекс рефлексорных упражнений по Фельденкрайзу, микрокинезитерапия, упражнения по системе Войта [15].

Также программа восстановления включает в себя лечебный массаж и прохождение курса лечения у мануального терапевта.

Основные принципы профилактики нарушений мозгового кровоснабжения:

1. Больше двигаться.

2. Не курить, не злоупотреблять алкоголем.
3. Не употреблять наркотики.
4. Контролировать и поддерживать нормальный вес тела.
5. Уменьшить количество потребляемой соли.
6. Контролировать уровень глюкозы.
7. Контролировать содержание триглицеридов и липопротеидов в крови.
8. Лечить имеющиеся заболевания сердечно - сосудистой системы.

## **1.2. Особенности организации сестринского ухода на разных этапах при нарушении мозгового кровообращения**

Для решения проблемы сосудистых заболеваний в Российской Федерации в 2007 г. разработан Национальный проект «Снижение смертности и заболеваемости от инсультов и инфарктов миокарда в регионах Российской Федерации». С 2008 г. по решению Президента и Правительства Российской Федерации в рамках приоритетного национального проекта «Здоровье» в субъектах Российской Федерации реализуются мероприятия, направленные на совершенствование оказания помощи больным с сосудистыми заболеваниями, основной целью которых является создание новой модели оказания экстренной специализированной медицинской помощи больным с острой сосудистой патологией (острым коронарным синдромом – ОКС – и острыми нарушениями мозгового кровообращения - ОНМК). В сложной системе оказания помощи больным с ОНМК трудно переоценить роль медицинских сестер, от слаженной работы которых зависит весь комплексный реабилитационный процесс.

Основная роль в реабилитации отводится медицинской сестре, так как именно она обеспечивает круглосуточный надзор, выполняет назначения врача, то есть максимально вовлечена в процесс повседневного контакта с больным, и от качества ее работы во многом зависит успех реабилитации. В задачи медицинской сестры входят: контроль над витальными функциями,

удовлетворение физиологических потребностей, удовлетворение потребности в безопасности, профилактика осложнений, удовлетворение социальных потребностей. Медицинские сестры неврологического отделения для лечения больных с ОНМК вооружены всеми знаниями и навыками сложной системы реабилитации. Начинаются мероприятия ранней реабилитации с лечебного положения (позиционирования), то есть с правильной укладки пациента в постели, в положении сидя для профилактики развития патологических двигательных реакций, спастичности мышечных групп, дисфункций суставов и других нежелательных последствий. Медицинские сестры и инструкторы ЛФК владеют навыками укладки пациента на «здоровой» и «парализованной стороне», в положении на спине и животе. Первоначально, ежедневно укладка осуществляется под контролем невролога и врача ЛФК, а поддерживается силами среднего медицинского персонала и родственниками больного, которые также активно участвуют в реабилитационных мероприятиях. Следующим важнейшим звеном ухода за больным является питание. Питание должно быть сбалансированным с учетом специфики патологии наших пациентов. Подбор варианта лечебного питания (диеты, или стола лечебного питания) в условиях лечебного учреждения подбирается врачом с учетом тех заболеваний, которыми страдает пациент наряду с поражением головного мозга. Недостаточное питание увеличивает риск неблагоприятного исхода у пациентов, страдающих острым инсультом. Поскольку удельный вес дисфагий у пациентов с инсультом достигает более 50%, медицинская сестра обучена диагностике нарушений глотания, может самостоятельно провести пробу «трех глотков», знает специальную методику кормления при приеме пищи, виды консистенции пищи, а также продукты, подходящие для приготовления еды любой консистенции, при необходимости через назогастральный зонд. Все вышеуказанные мероприятия проводятся при непосредственном контроле и взаимодействии невролога и логопеда. У тяжелых, лежачих пациентов с инсультом медицинская сестра совместно с младшим медицинским персоналом постоянно проводит мероприятия по профилактике пролежней, уход за установленными катетерами (кубитальные, мочевые и другие).

Своевременно и правильно оказанная медицинская помощь при инсульте головного мозга является залогом сохранения жизни и здоровья пациента. Важное место на всех этапах лечения и реабилитации человека с данной патологией занимает сестринский процесс. Работники среднего медицинского звена должны не только выполнять назначения врачей. У них

есть собственный алгоритм ведения больных после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или преходящей формы болезни (ПНМК). Во многом именно от медсестер зависит скорость выздоровления пострадавшего и качество его дальнейшей социальной адаптации.

Виды и этапы сестринского процесса .Весь перечень мероприятий, которые осуществляются в процессе сестринского ухода, в отделении ОНМК в ГБ№2 г. Рубцовска, можно условно поделить на три группы:

1. Зависимые действия, которые выполняются после получения распоряжений врача.
2. Независимые процедуры, предусмотренные правилами и не требующие одобрения вышестоящих специалистов.
3. Взаимозависимые манипуляции - назначаются врачом и проводятся медсестрой, но после совершения каких-то действий другим персоналом.

В палате интенсивной терапии или отделении реабилитации пациентов после нарушения кровоснабжения головного мозга медсестры действуют строго по установленной схеме:

1. Проводится осмотр пациента с целью определения степени поражения, оценки общего состояния, выявления потенциальных осложнений.
2. Ставится предварительный сестринский диагноз (нарушение движений, речи, чувствительности, жизненно важных функций, астения).
3. Составляется план действий, независимый от указаний врача, с целью обеспечения жизнедеятельности пациента и ускорения процесса его выздоровления.
4. Реализация поставленных задач в процессе взаимодействия с остальным медицинским персоналом.
5. Оценка результата проделанной работы, которая проводится с учетом поставленных в самом начале целей.

Отдельно стоящим этапом работы медсестры при инсульте является необходимость общения с самим пациентом и его близкими. Специалист должен быть компетентным, открытым и доступным. От его действий в этом

направлении зависит настрой больного и ответ его организма на проводимые лечебные манипуляции.

Ответственность медсестры при уходе за больным с инсультом. Важность сестринского ухода при острых нарушениях мозгового кровообращения обусловлена тем, что на каждом из этапов терапии может возникать масса непредвиденных проблем. От наблюдательности медсестры и ее реакции зависят общее состояние больного и скорость его восстановления. Средний медперсонал должен следить за жизненными показателями пострадавшего, их динамикой. При нестабильной ситуации данные требуется снимать каждые 2-3 часа и докладывать об их изменениях лечащему врачу.

В ходе лечения и реабилитации пострадавшему требуется получать медикаментозное лечение в виде инъекций, капельниц, пероральных форм препаратов. Медсестра должна не только разнести по палатам таблетки и поставить капельницы, но и проследить, чтобы пациент получил необходимый продукт. После острого нарушения мозгового кровообращения нередки случаи изменения сознания у пострадавших. Некоторые из них могут вырывать капельницы, забывать о приеме лекарств или даже прятать их [8].

Работа медсестры в раннем периоде. Острый период после инсульта является критическим для пациента независимо от того, геморрагическая или ишемическая форма патологии была у него зафиксирована. В течение нескольких дней медперсонал среднего звена выполняет манипуляции, направленные на снижение риска гибели больного и вероятности развития у него осложнений. Качественный уход в будущем скажется и на скорости восстановления утраченных или измененных навыков.

**Контроль жизненных показателей и функций.** Первое действие на данном этапе - предупреждение остановки дыхания. У пациента, попавшего в стационар, необходимо осмотреть ротовую полость и освободить ее от рвотных масс, зубных протезов, при необходимости устранить западение языка. Санация рта и глотки должна проводиться ежедневно. В случае необходимости проводится пассивная дыхательная гимнастика.

Помимо этого, необходимо обеспечить соблюдение таких моментов:

- кормление больного в случае нарушения двигательных функций (через зонд или с ложки);



- поддержание водного баланса;
- контроль гемодинамики;
- оценка и коррекция психического состояния пострадавшего;
- снятие боли и устранение отечности тканей;
- контроль ЧСС, АД и ЧДД.

Периодичность всех манипуляций устанавливается реаниматологом или другим специалистом высшего звена. Обо всех изменениях в состоянии пациента медсестра должна немедленно сообщать врачу.

**Профилактика осложнений.** Важным моментом этапа планирования является составление перечня действий, направленных на предупреждение появления дополнительных проблем. Прежде всего, медсестра должна четко выполнять назначения врача. Это позволит быстрее вывести пациента из критического состояния и не допустить у него развития повторного удара. В первые дни больной находится на строгом постельном режиме. Если состояние больного тяжелое, врач может назначить длительный постельный режим.

Остальные профилактические манипуляции направлены на предупреждение:

1. Пролежней - повышенное внимание уделяется личной гигиене лежащего больного, обработке потенциально проблемных мест, регулярной смене положения тела.
2. Тромбоза нижних конечностей - тугое бинтование ног и придание нижней части тела приподнятого положения.
3. Пневмонии - переворачивание пациента каждые 2,5 часа с целью предупреждения застойных явлений.
4. Инфекции мочевыводящих путей - использование одноразовых подгузников или регулярное промывание мочевого пузыря при наличии постоянного катетера.
5. Профилактика постинфекционных инфильтратов – использование одноразового и стерильного инструментария, после каждой постановки

инъекций , и перед каждой следующей обработка рук антисептическим раствором по схеме « Горного озера», для этого на входе в каждую палату установлены локтевые дозаторы с антисептиком.

6. Профилактика падений пациентов – для избежания серьезных осложнений.

В ряде случаев инсульт приводит к нарушению функций тазовых органов. Тогда для оправления пациентом естественных физиологических потребностей проводят процедуры катетеризации и клизмирования. Эти манипуляции также выполняются медсестрами.

Профилактика пролежней. Наиболее острое внимание должно быть уделено профилактике возникновения и лечению уже образовавшихся пролежней. Пролежни образуются при длительном сдавливании мягких тканей, между поверхностью опоры и костными выступами, при этом ухудшается крово- и лимфообращение, травмируется нервная ткань. Все это приводит к дистрофии, а затем и некрозу кожи, подкожно-жировой клетчатки, и возможно мышц.

Наиболее частые места образования пролежней: позвоночник, крестец, лопатки, локти, пятки.

Профилактика пролежней:

1. Смена положения тела пациента каждые 2 часа.
2. Сухая, чистая и ровная постель, без крошек и песка.
3. Обтирание пациента 10% камфорным спиртом.
4. Под места костных выступов подкладывать резиновый круг.
5. Использовать противопролежневый матрац.
6. Проводить легкий массаж кожи.

Также необходима профилактика тромбоза глубоких вен в нижних конечностях. У лежачих больных замедляется скорость кровотока по сосудам, что способствует повышению свертываемости крови и развитию тромбоза вен ног. Чаще такое происходит в парализованной конечности, что делает профилактику тромбоза обязательной.

Медицинская сестра должна:

1. Забинтовать больную ногу эластичным бинтом, если у больного есть варикозное расширение вен.
2. Проводить ручной массаж от стопы к бедру.
3. Придать вынужденное положение в постели (лежа на спине, приподнять ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков).

Кормление пациента делится на два способа: энтерально (через ЖКТ) и парентерально (минуя ЖКТ).

Энтерально:

1. С помощью ложки / поильника.
2. Через зонд.
3. Через гастростому.
4. Питательная клизма.

Парентерально: введение питательных веществ в организм путем внутривенной инфузии.

Медсестра осуществляет кормление тем способом, который назначил лечащий врач, в зависимости от состояния пациента. Так же, каждому больному назначена диета, которой он обязан придерживаться. Обязанность медсестры, предупредить родственников о перечне разрешенных продуктов питания, и не допустить приема пациентом продуктов, не входящих в этот перечень.

Смена постельного и нательного белья. Смена постельного белья должна осуществляться 1 раз в 7-10 дней. У тяжелобольных пациентов, по мере загрязнения, так же как и нательное.

Способы смены постельного белья: продольный и поперечный.

Продольный (пациенту разрешены активные действия в постели):

1. Чистую простыню скатайте до половины.

2. Поднимите голову больному и уберите из-под неё подушку.
3. Подвиньте больного к краю кровати, повернув его на бок.
4. Грязную простыню скатайте по всей длине по направлению к больному.
5. На освободившейся части постели расстелите чистую простыню.
6. Поверните больного на спину, а затем на другой бок так, чтобы он оказался на чистой простыне.
7. Уберите грязную простыню и расправьте чистую.
8. Края простыни подверните под матрац.

Поперечный (пациенту запрещены активные действия в постели):

1. Чистую простыню полностью скатайте, как бинт, в поперечном направлении.
2. Осторожно приподнимите верхнюю часть туловища больного, уберите подушки.
3. Быстро скатайте грязную простыню со стороны изголовья кровати до поясицы, положив на освободившуюся часть кровати.
4. Приподнимая таз, а затем ноги больного, сдвиньте грязную простыню, продолжая расправлять чистую.
5. Опустите таз и ноги больного, заправьте края простыни под матрац.

Смена нательного белья:

1. Приподнимите верхнюю половину туловища больного.
2. Осторожно скатайте грязную рубашку до затылка и снимите её через голову.
3. Затем освободите руки больного.
4. Чистую рубашку оденьте в обратном порядке.

## 5. Гигиеническая обработка пациентов.

Обработка слизистых оболочек. Обработка глаз: проводится утром, после сна, в течение дня, перед сном. Растворы: фурацилина, ромашки аптечной, крепкий чай, 2% борной кислоты.

Обработка ушей: проводится один раз в день, утром после сна. Раствор: 3% перекись водорода, масло.

Обработка носа: утром после сна, по мере необходимости. Растворы: вазелиновое масло, глицериновое масло, растительное масло.

Обработка рта: утром после сна, после еды, перед сном. Растворы: фурацилин, 5% борной кислоты, 2% соды, марганца, ромашка аптечная, крепкий чай.

Мытье волос 1 раз в неделю + ежедневное расчесывание. Мытье ног 2 раза в неделю. Стрижка ногтей 1 раз в 2 недели. Обтирание проводится по мере загрязнения [18].

Особенности этапа реабилитации. По окончании критического периода начинается процесс восстановления пациента после острого нарушения мозгового кровообращения. Медсестра принимает в нем самое активное участие. Она продолжает проводить многие из уже перечисленных манипуляций по мониторингу состояния пострадавшего и профилактике осложнений. К этому перечню присоединяются процедуры, направленные на восстановление двигательной, речевой и социальной активности человека. Зачастую именно на медперсонал среднего звена ложатся обязанности по проведению базовых упражнений лечебной физкультуры и массажа.

Медсестра должна быть хорошим психологом, ведь ей приходится общаться с больным и его близкими. В процессе ухода она способна подталкивать пострадавших к выполнению каких-то манипуляций по самообслуживанию.

В остром периоде инсульта ранняя реабилитация способствует:

- предупреждению и лечению осложнений, связанных с иммобилизацией, сопутствующих заболеваний;
- улучшению общего физического состояния пациента;

- предупреждению повторного инсульта;
- выявлению и лечению психоэмоциональных расстройств;
- определению функционального дефицита и сохранных возможностей пациента.

Неподвижность больного в остром периоде инсульта служит причиной развития многих осложнений. Правильный уход и ранняя активизация больного, во многом способствует предупреждению развития осложнений.

Контроль терморегуляции:

1. Температура воздуха в помещении должна быть в пределах 18-20 С.
2. Необходимо проветривать палаты.
3. Недопустимо использование перин и толстых одеял на постели больного.

Боль и отек в парализованных конечностях. Лечение болей и отеков в парализованных конечностях:

- полное исключение свисания конечностей;
- поддержание достаточно объема пассивных движений;
- применение пневматической компрессии или бинтование специальными бинтами;
- периодическое придание, парализованным конечностям приподнятого положения.

Коррекция нарушений психики. Медицинская сестра должна:

1. По согласованию с врачом ограничить общение пациента при выраженной эмоциональной лабильности и утомляемости.
2. Подключать к лечению и реабилитации лиц, вызывающих положительные эмоции.
3. При необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на вопросы пациента.

4. Не торопить пациента.
5. При нарушении познавательных функций, напоминать пациенту о времени, месте, значимых лицах.
6. Мотивировать пациента к выздоровлению.

Роль медицинской сестры по восстановлению речи, навыков письма и чтения:

1. Занятие с больным по указанию логопеда.
2. Чтение.
3. Речевая гимнастика.
4. Произношение звуков и слогов.

Роль медицинской сестры в восстановлении навыков самообслуживания:

1. Обсудить с врачом объем двигательной активности.
2. Оценить уровень функциональной зависимости.
3. Обеспечить больного приспособлениями, облегчающими самообслуживание.
4. Заполнить дефицит собственными действиями в разумных пределах не вызывая чувства смущения и беспомощности.
5. Контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления.
6. Проводить индивидуальные беседы с больным.

Роль медицинской сестры по восстановлению двигательных навыков:

1. Занятия с больным по указаниям методиста ЛФК (лечебной физкультуры).
2. Лечение положением.
3. Дозированная ходьба.
4. Биомеханика шага.

Роль медицинской сестры по снижению риска травматизма:

1. Организовать окружающую среду.
2. Обеспечить вспомогательными средствами.
3. Обеспечить дополнительную поддержку.

Роль медицинской сестры по профилактике повторного инсульта:

1. Вовлечение пациента и его родственников в школу гипертонии.
2. Вовлечение пациента и его родственников в школу инсульта.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути нейрореабилитации и определения направленности реабилитационных воздействий.

Лечебная гимнастика. Важный этап восстановления организма после инсульта. Она помогает улучшить кровообращение, нормализовать обменные процессы, снизить застой крови в тканях. Достичь подобных результатов одними медикаментами невозможно.

Лечебная гимнастика для восстановления после инсульта должна проводиться уже на 2-3 сутки после случившегося приступа. В самом начале – пассивные занятия, которые идеально подходят для тех случаев, когда больной еще не имеет полной самостоятельности. В этом случае ему необходима помощь родственников или медперсонала.

Выполнять пассивные упражнения рекомендуется ежедневно и многократно, повторяя движения в каждом суставе до 10-15 раз. Следует учитывать реакцию больного на движения, не допускать появления болей, задержки дыхания, повышения спастичности-мышечного тонуса, возрастающего при пассивном растяжении мышцы.

Логопедические занятия. Процесс восстановления утраченной речевой функции должны начинать специалисты. Он включает в себя медикаментозное лечение и логопедические упражнения.

Восстановление речи может занять довольно длительное время, куда большее, чем восстанавливаются, например, двигательные функции. Порой



до того момента, когда человек сможет на должном уровне овладеть устной речью, проходит не один год. Все это время нужно поддерживать в нем интерес, не давать замыкаться в себе и говорить с ним, даже если поначалу он не отвечает.

Для родственников рекомендуется ежедневно поддерживать беседы с человеком, перенесшим инсульт. Речь должна быть неторопливой, спокойной и негромкой. Противопоказано обсуждать речевые затруднения и прочие последствия инсульта в присутствии пациента. Рекомендуется сообщать человеку о любых минимальных достижениях.

Упражнения, направленные на восстановление речи после инсульта, следует выполнять сразу же после того, как наступила стабилизация состояния. Восстановлению речи способствует пение, чтение букваря. Начинать читать нужно со слогов, затем переходить на слова, предложения. В качестве упражнения для восстановления речи после инсульта нужно, чтобы пациент пытался пересказывать небольшие тексты. Для начала можно задавать ему наводящие вопросы, постепенно человек, перенесший инсульт, сможет делать пересказы самостоятельно .

Восстановление движений. Проводить восстановительные мероприятия, стоит медленно, но верно. Не нужно торопиться, но и затягивать восстановление тоже не стоит. Лечебная гимнастика, так же способствует восстановлению нарушенных функций.

Начинать ходить можно только с разрешения врача, не стоит заниматься самодеятельностью. Лучше всего, если позволяет состояние, учиться заново ходить, стоит, находясь в стационаре. Для начала проходить короткие дистанции, например, дойти до туалета или конца коридора, лучше использовать ходунки, или костыли. Когда процесс ходьбы улучшится, можно ходить, только держась за руку, имея рядом крепкую опору. На пути не должно быть никаких препятствий, пол должен быть сухой, обувь не должна скользить по полу.

Если больной уже может вставать самостоятельно, необходимо позаботиться о том, чтобы возле кровати стояло удобное кресло. Оно должно быть низким (чтобы удобнее было вставать), с твёрдым сиденьем и достаточно широкими подлокотниками. Можно прикрепить к креслу самодельный столик -он послужит поддержкой для парализованной руки. Кроме того, такой столик

будет удобен для еды и различных других занятий - чтения, восстанавливающих упражнений.

В первое время, когда больной начнёт передвигаться по квартире, он, ещё вновь не умеющий в полной мере владеть своим телом, наверняка будет падать. Поэтому необходимо внимательно осмотреть квартиру и убрать всё, что может спровоцировать падения (коврики, провода) и стать источником повышенной опасности (обогревательные приборы). Необходимо сделать так, чтобы вся квартира была хорошо освещена [12].

Роль медсестры в обучении родственников уходу за больным. Задача медсестры - ознакомить родственников со спецификой ухода за постинсультными больными, особенностями диеты и питьевого режима, обучить простым методам наблюдения за состоянием больного, измерению АД и пульса, алгоритму мероприятий при ухудшении состояния больного. Практически, научить приемам ухода, осуществляющимся в стационаре.

Но так же, задача медсестры не только в том, чтобы научить родственников правильному уходу, но и психологически подготовить к тому, что им предстоит осуществлять уход самостоятельно, оставшись с беспомощным больным один на один. Нужно дать понять родственнику, что правильный уход и поддержка, помогут больному скорее восстановиться. Важно постоянно подбадривать больного, расширять его функциональные возможности, вселять в больного веру, что он сможет хотя бы частично обслуживать себя и не быть в тягость своей семье. Дома больному необходимо обеспечить благоприятные условия для жизни. Так же, нужно помочь родственнику понять, что не все безнадежно, и именно от его поддержки, зависит состояние больного. Медсестра должна помочь родственнику преодолеть страх, вселить надежду на лучшее будущее.

Медицинская сестра не только участвует в реабилитации пациента, в восстановлении утраченных функций, но и осуществляет уход за больным, тем самым помогая улучшить качество его жизни. Поэтому, медсестра является неотъемлемым участником в жизни пациента, на момент болезни и восстановления.

Амбулаторный уход и диспансеризация. Период реабилитации больных после инсульта не завершается выпиской из стационара или профильного центра. Программа, разработанная специалистами, даст максимальный эффект, если применять ее и далее, в домашних условиях. Восстановление,

которое может длиться месяцами, требует стороннего контроля. Чаще всего эти обязанности ложатся на плечи медперсонала среднего звена.

В этот период обязанности медсестер сводятся к следующему:

1. Патронажные посещения пациентов на дому с целью контроля общего состояния и выполнения схемы реабилитации.
2. Помощь врачу при ведении амбулаторного приема людей, перенесших инсульт и находящихся в группе риска на предмет повторного удара.
3. Предоставление информации близким больного с целью профилактики осложнений и рецидивов.
4. Составление памяток для пострадавших от инсульта, основанных на рекомендациях лечащего врача.
5. Контроль диспансерного приема пациентов, которые закреплены за медицинским учреждением.

Сестринский уход за пациентами, перенесшими инсульт, важен на всех этапах работы с пострадавшим. Люди, которые перенесли сильное потрясение, не чувствуют уверенности в собственном теле и своих силах, нуждаются в постоянной поддержке. Помощь, подсказки и внимание опытной медсестры способны вернуть больным нужную настрой. Это обеспечит более плавный выход из критического периода и повысит эффективность фазы восстановления.

Вывод по теоретической части. Сестринский процесс в реабилитации пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения, в настоящее время является необходимым условием для осуществления профессионального ухода за пациентами, так как позволяет улучшить качество сестринской помощи и повысить качество жизни пациента.

Таким образом, современный подход к ведению пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, подразумевает правильную и своевременную диагностику, современные методы лечения, раннюю реабилитацию, диспансерное наблюдение, организацию помощи на дому. Позволяет уменьшить число осложнений, понизить степень бытовой зависимости от окружающих, максимально адаптировать пациента к своему состоянию, избежать глубокой инвалидизации и повысить качество жизни

больных. На каждом этапе лечения и реабилитации медицинская сестра является неотъемлемым звеном мультидисциплинарной бригады и играет не последнюю роль в восстановлении пациента и в его возвращении в социум.

Всеми вышеперечисленными навыками в совершенстве владеют медицинские сестры КГБУЗ ГБ№2 г. Рубцовска, отделения ОНМК. Каждый месяц в отделении проводятся конференции с участием медицинских сестер, обмен опытом, обучением «молодых» коллег знанием и навыками.