Краевое государственное образовательное бюджетное учреждение среднего профессионального образования

"Владивостокский базовый медицинский колледж"

ПМ.02. "Участие в лечебно-диагностическом и реабилитационном процессе"

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**на тему: Инсульты, современные аспекты лечения и восстановления утраченных функций**

Выполнила студентка:

Шашкова Евгения Юрьевна

Руководитель:

Иванова Виктория Викторовна

Владивосток 2014 год

# **Оглавление**

Введение

Глава 1. Инсульт: общая характеристика заболевания

.1 Исторические сведения и факты

.2 Группы риска, симптомы и диагностика инсульта

.3 Виды инсультов и их характеристика

Глава 2. Уход, реабилитация и профилактика осложнений инсульта

.1 Неотложные мероприятия на дому и госпитализация

.1.1 Уход за больными инсультом

.1.2 Неотложные мероприятия при поступлении

.2 Принципы лечения и базисная терапия острой стадии ишемического инсульта

.2.1 Обеспечение адекватной оксигенации, искусственная вентиляция лёгких

.2.2 Поддержание адекватного уровня артериального давления

.2.3 Купирование судорог

.2.4 Коррекция уровня глюкозы в крови

.2.5 Коррекция водно-электролитного баланса

.2.6 Температура тела

.3 Лечение субарахноидального кровоизлияния (САК)

Заключение

Библиографический список

# **Введение**

В России, как и в большинстве развитых стран мира, инсульт занимает 2-3-е место в структуре причин общей смертности (после заболеваний сердечно - сосудистой системы и онкологических заболеваний). Кроме того, инсульт - основная причина стойкой инвалидизации, так как более 10 % больных, перенесших его, постоянно нуждаются в посторонней помощи и уходе. Частота инсультов за последние годы имеет тенденцию к росту.

К наиболее страшным последствиям, которые вызывает инсульт, относятся расстройства высших психологических функций, а ведь они - основа сознательной социальной жизни человека. Их нарушение наносит удар не только по физическому и интеллектуальному состоянию человека, но и сказывается на его психологическом состоянии, профессиональной деятельности, взаимоотношениях с другими людьми.

Реабилитация больных, перенесших ОНМК, является важной медицинской и социальной проблемой. Это определяется 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, 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.

Коррекция клинико-психологических нарушений, возникающих у больных при инсульте: по-прежнему остаётся, одной из трудно разрешаемых проблем современной неврологии. Устойчивость неврологических и психологических дефектов после сосудистых поражений головного мозга значительно затрудняет социальную и бытовую адаптацию пациентов.

В целом, инсульт, с его тяжелыми последствиями - это актуальная проблема современности. И не только для человека, перенесшего это заболевание, или людей, окружающих его, или медицины, или экономики государства. Это глобальная проблема, требующая больших усилий для поиска оптимального решения.

Целью данной работы является изучить современные аспекты лечения и восстановление утраченных функций, результатом которого был инсульт.

Дать понятие, этиологию острого нарушения мозгового кровообращения.

Рассмотреть классификацию и клинику заболевания.

Изучить методы диагностики, ухода, лечения и реабилитации пациентов перенёсших инсульт.

Проанализировать эффективность ухода и реабилитации пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения.

Задача работы сфокусирована на анализе инсульта, как заболевания и в частности изучения механизма лечения и восстановление утраченных функций.

## **Глава 1. Инсульт: общая характеристика заболевания**

## **.1 Исторические сведения и факты**

Первым упоминанием об инсульте служат описания, сделанные Гиппократом в 460-х годах до н.э., в которых говорится о случае потери сознания в результате заболевания головного мозга. В дальнейшем Гален описал симптомы, которые начинаются с внезапной потери сознания и обозначил их термином "apoplexy", то есть удар. С тех пор термин "апоплексия" достаточно прочно и надолго входит в медицину, обозначая при этом инсульт.

Уильям Гарвей в 1628 году изучил, как движется кровь в организме, и определил функцию сердца как насосную, описав процесс циркуляции крови. Эти знания заложили основу изучения причин возникновения инсульта и роли сосудов в этом процессе.

Значительный вклад в понимание патогенеза инсульта сделал Рудольф Вирхов. Он предложил термины "тромбоз " и "эмболия". Данные термины до сих пор являются ключевыми в диагностике, лечении и профилактике инсульта. Позднее он также установил, что тромбоз артерий вызывается не воспалением, а жировым перерождением сосудистой стенки и связал его с атеросклерозом.

В настоящее время инсульт становится основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно в мире церебральный инсульт переносят около 6 млн. человек, а в России более 450 тыс., то есть каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян развивается это заболевание. В крупных мегаполисах России количество острых инсультов составляет от 100 до 120 в сутки.

Инсульт является одной из основных причин инвалидизации населения. Инвалидами становятся 70-80% выживших после инсульта, причем примерно 20-30% из них нуждаются в постоянном постороннем уходе.

Летальность у больных с инсультами во многом зависит от условий лечения в остром периоде. Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 35%. В стационарах летальность составляет 24%, а у лечившихся дома - 43% (Виленский Б.С., 1995). В течение года умирает около 50% больных.

В целом инсульт занимает второе место среди причин смерти (после острых заболеваний сердца), причем она выше у мужчин, чем у женщин. Однако за последние 30 лет в экономически развитых странах наблюдается снижение смертности от инсульта. Так, в Австралии с 1967 по 1992 год она снизилась более чем на 70% как у мужчин, так и у женщин. Профилактические программы по борьбе с артериальной гипертонией, проводимые и в нашей стране, и за рубежом, дают хороший эффект, уменьшая заболеваемость инсультом на 45-50%. Следовательно, успешная борьба с этим грозным заболеванием вполне реальна. Но, к сожалению, Россия пока входит в число стран с наиболее высокой смертностью от инсульта.

## **.2 Группы риска, симптомы и диагностика инсульта**

Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определенного заболевания. Все направления профилактической работы ориентированы на контроль факторов риска, их коррекцию, как у конкретных людей, так и в популяции в целом.

Почти 3/4 лиц с инсультом - это люди в возрасте 65 лет и старше, при этом частота инсульта примерно на 20% выше у мужчин, чем у женщин. Более чем у 50% пациентов имеется артериальная гипертензия, у 25% - сахарный диабет, почти у 25% - указание в анамнезе на перенесенный в прошлом инсульт. Помимо артериальной гипертензии и сахарного диабета, факторами риска развития инсульта являются поражения магистральных сосудов головного мозга, фибрилляция предсердий, курение, гиперлипидемия, повышенный уровень фибриногена. У лиц молодого возраста среди основных факторов риска развития инсульта следует отметить церебральные эмболии, травму экстракраниальных сосудов, васкулопатии различного генеза, нарушения коагулогических свойств крови, использование оральных контрацептивных препаратов, роды, наркоманию (особенно кокаиновую зависимость), а также заболевания, связанные с ВИЧ-инфицированием.

Говоря о симптомах этого заболевания, важно отметить, что инсульт может проявляться общемозговыми и очаговыми неврологическими симптомами.

Общемозговые симптомы инсульта бывают разные. Они могут возникать в виде нарушения сознания, оглушенности, сонливости или, наоборот, возбуждения, также может возникнуть кратковременная потеря сознания на несколько минут. Сильная головная боль может сопровождаться тошнотой или рвотой. Иногда возникает головокружение. Человек может чувствовать потерю ориентировки во времени и пространстве. Возможны вегетативные симптомы: чувство жара, потливости, сердцебиение, сухость во рту.

На фоне общемозговых симптомов инсульта появляются очаговые симптомы поражения головного мозга. Клиническая картина определяется тем, какой участок мозга пострадал из-за повреждения кровоснабжающего его сосуда. Если участок мозга обеспечивает функцию движения, то развивается слабость в руке или ноге вплоть до паралича. Утрата силы в конечностях может сопровождаться снижением в них чувствительности, нарушением речи, зрения. Подобные очаговые симптомы инсульта в основном связаны с повреждением участка мозга, кровоснабжаемым сонной артерией. Возникает слабости в мышцах (гемипарез), нарушения речи и произношения слов, характерно снижение зрения на один глаз и пульсации сонной артерии на шее на стороне поражения. Иногда появляется шаткость походки, потеря равновесия, неукротимая рвота, головокружение, особенно в случаях, когда страдают сосуды, кровоснабжающие зоны мозга, ответственные за координацию движений и чувство положения тела в пространстве. Возникает "пятнистая ишемия" мозжечка, затылочных долей и глубоких структур и ствола мозга. Наблюдаются приступы головокружения в любую сторону, когда предметы вращаются вокруг человека. На этом фоне могут быть зрительные и глазодвигательные нарушения (косоглазие, двоение, снижение полей зрения), шаткость и неустойчивость, ухудшение речи, движений и чувствительности.

Симптоматика заболевания, безусловно, дает представление о том, что у человека инсульт. Однако наиболее важные диагностические исследования при инсульте - это компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ). КТ в большинстве случаев позволяет четко отдифференцировать "свежее" кровоизлияние в мозг от других типов инсультов, МРТ предпочтительнее для выявления участков ишемии, оценки распространённости ишемического повреждения и пенумбры (это особенно важно в первые 12-24 часа заболевания, когда методом КТ ишемический инсульт может не визуализироваться).

Также, с помощью этих исследований можно выявлять первичные и метастатические опухоли, абсцессы мозга и субдуральные гематомы. Если наблюдается ригидность затылочных мышц, но отсутствует отёк диска зрительного нерва, люмбальная пункция в большинстве случаев позволит быстро установить диагноз кровоизлияния в мозг, хотя при этом сохраняется незначительный риск возникновения синдрома "вклинения" мозга. В случаях, когда есть подозрения на эмболию, люмбальная пункция необходима, если предполагается применение антикоагулянтов. Люмбальная пункция имеет также важное значение для диагностики рассеяного склероза и, кроме того, может иметь диагностическое значение при нейроваскулярном сифилисе и абсцессе мозга.

Таблица 1. Дифференциально-диагностическая характеристика инсультов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Симптомы | Ишемический инфаркт мозга | Кровоизлияние в мозг | Субарахноидальное кровоизлияние |
| Предшествующие переходящие ишемические атаки | Часто | Редко | Отсутствуют |
| Начало | Более медленное | Быстрое (минуты или часы) | Внезапное (1-2 минуты) |
| Головная боль | Слабая или отсутствует | Очень сильная | Очень сильная |
| Рвота | Не типична, за исключением поражения ствола мозга | Часто | Часто |
| Артериальная гипертензия | Часто | Имеется почти всегда | Не часто |
| Сознание | Может быть потеряно непродолжительное время | Обычно длительная потеря | Может быть кратковременная потеря |
| Регидность мышц затылка | Отсутствует | Часто | Всегда |
| Гемипарез (монопарез) | Часто, с самого начала болезни | Часто, с самого начала болезни | Редко, не с самого начала болезни |
| Нарушение речи | Часто | Часто | Очень редко |
| Спиномозговая жидкость (ранний анализ) | Обычно бесцветный | Часто кровянистый | Всегда кровянистый |
| Кровоизлияние в сетчатку | Отсутствует | Редко | Может быть |

Распознать инсульт возможно на месте, не медля, для этого используются три основных приёма распознавания симптомов инсульта, так называемые "УЗП". Для этого необходимо попросить пострадавшего:

(У) улыбнуться. При инсульте улыбка может быть кривая, уголок губ с одной стороны может быть направлен вниз, а не вверх.

(З) заговорить. Выговорить простое предложение, например: "За окном светит солнце". При инсульте часто (но не всегда!) произношение нарушено.

(П) поднять обе руки. Если руки поднимаются не одинаково - это может быть признаком инсульта.

## **.3 Виды инсультов и их характеристика**

В зависимости от патоморфологических особенностей инсульта выделяют ишемический инсульт (инфаркт мозга), являющийся следствием резкого ограничения притока крови к головному мозгу, геморрагический, характеризующийся кровоизлиянием в ткань мозга, субарахноидальный, кровоизлияние в подоболочечные пространства или в желудочки, а также смешанные инсульты, при которых имеется сочетание очагов ишемии и геморрагии. По данным международных многоцентровых исследований, соотношение ишемического и геморрагического инсультов составляет в среднем 4:1-5:1 (80-85 % и 15-20 %). В некоторых классификациях выделяют также и субарахноидальное кровоизлияние.

Кроме того, выделяют малый инсульт, при котором полное восстановление утраченных функций наступает на протяжении 21 суток, и инсульт со стойким остаточным неврологическим дефицитом.

Ишемический инсульт или инфаркт мозга. Чаще всего возникает у больных старше 60 лет, имеющих в анамнезе инфаркт миокарда, ревматические пороки сердца, нарушение сердечного ритма и проводимости, сахарный диабет. Большую роль в развитии ишемического инсульта играют нарушения реологических свойств крови, патология магистральных артерий. Характерно развитие заболевания в ночное время без потери сознания.

Ишемический инсульт чаще всего развивается при сужении или закупорке артерий, питающих клетки головного мозга. Не получая необходимые им кислород и питательные вещества, клетки мозга погибают. Ишемический инсульт подразделяют на атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный и инсульт по типу гемореологическоймикроокклюзии.

Кардиоэмболический инсульт возникает при полной или частичной закупорке эмболом артерии мозга. Наиболее часто причинами инсульта являются кардиогенные эмболии при клапанных пороках сердца, возвратном ревматическом и бактериальном эндокардите, при других поражениях сердца, которые сопровождаются образованием в его полостях пристеночных тромбов. Часто эмболический инсульт развивается вследствие пароксизма мерцательной аритмии.

Гемодинамический инсульт обусловлен гемодинамическими факторами - снижением артериального давления (физиологическим, например во время сна; ортостатической, ятрогенной артериальной гипотензией, гиповолемией) или падением минутного объема сердца.

Лакунарный инсульт обусловлен поражением небольших перфорирующих артерий. Как правило, возникает на фоне повышенного артериального давления, постепенно, в течение нескольких часов. Лакунарные инсульты локализуются в подкорковых структурах (подкорковые ядра, внутренняя капсула, белое вещество семиовального центра, основание моста), размеры очагов не превышают 1,5 см.

Геморрагический инсульт. В научной литературе термины "геморрагический инсульт" и "нетравматическое внутримозговое кровоизлияние" либо употребляются как синонимы, либо к геморрагическим инсультам, наряду с внутримозговым, также относят нетравматическое субарахноидальное кровоизлияние.

Внутримозговое кровоизлияние - наиболее распространённый тип геморрагического инсульта, чаще всего возникающий в возрасте 45-60 лет. В анамнезе у таких больных - гипертоническая болезнь, церебральный атеросклероз или сочетание этих заболеваний, артериальная симптоматическая гипертензия, заболевание крови и др. Предвестники заболевания (чувство жара, усиление головной боли, нарушение зрения) бывают редко. Обычно инсульт развивается внезапно, в дневное время, на фоне эмоционального или физического перенапряжения.

Причиной кровоизлияния в головной мозг чаще всего является гипертоническая болезнь (80-85 % случаев). Реже кровоизлияния обусловливаются атеросклерозом, заболеваниями крови, воспалительными изменениями мозговых сосудов, интоксикацией, авитаминозами и другими причинами. Кровоизлияние в мозг может наступить путем диапедеза или в результате разрыва сосуда. Основным патогенетическим фактором кровоизлияния являются артериальная гипертензия и гипертонические кризы, при которых возникают спазмы или параличи мозговых артерий и артериол. Обменные нарушения, возникающие в очаге ишемии, способствуют дезорганизации стенок сосудов, которые в этих условиях становятся проницаемыми для плазмы и эритроцитов. Так возникает кровоизлияние путем диапедеза. Одновременное развитие спазма многих сосудистых ветвей в сочетании с проникновением крови в мозговое вещество может привести к образованию обширного очага кровоизлияния, а иногда и множественных геморрагических очагов. В основе гипертонического криза может быть резкое расширение артерий с увеличением мозгового кровотока, обусловленное срывом его саморегуляции при высоком артериальном давлении. В этих условиях артерии утрачивают способность к сужению и пассивно расширяются. Под повышенным давлением кровь заполняет не только артерии, но и капилляры и вены. При этом повышается проницаемость сосудов, что приводит к диапедезу плазмы крови и эритроцитов.

Субарахноидальное кровоизлияние (кровоизлияние в субарахноидальное пространство). Наиболее часто кровоизлияние происходит в возрасте 30-60 лет. В числе факторов риска развития субарахноидального кровоизлияния называются курение, хронический алкоголизм и однократное употребление алкоголя в больших количествах, артериальная гипертензия, избыточная масса тела.

Может произойти спонтанно, обычно вследствие разрыва артериальной аневризмы (по разным данным, от 50 % до 85 % случаев), или в результате черепно-мозговой травмы. Также возможны кровоизлияния из-за других патологических изменений (артериовенозные мальформации, заболевания сосудов спинного мозга, кровоизлияние в опухоль). Помимо этого, в числе причин кокаиновая наркомания, серповидно-клеточная анемия (обычно у детей); реже - приём антикоагулянтов, нарушения свёртывающей системы крови и гипофизарный инсульт.

Возможны следующие варианты течения инсульта:

благоприятное регредиентное, при котором имеется полное восстановление утраченных функций;

регредиентное, если четкий регресс неврологического дефицита сочетается с остаточными явлениями;

ремитирующее, характеризующееся наличием эпизодов ухудшения состояния, обусловленного как повторными расстройствами мозгового кровообращения, так и сопутствующими соматическими заболеваниями;

прогрессирующее (прогредиентное), при котором наблюдается неуклонное нарастание симптоматики, нередко с летальным исходом.

# **Глава 2. Уход, реабилитация и профилактика осложнений инсульта**

Создание адекватной системы помощи больным с инсультом, по экспертным оценкам ВОЗ, позволяет снизить летальность и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после его начала.

Основное внимание должно быть уделено мероприятиям, проводимым в течение первых 7-10 суток после инсульта, так как во многом от них зависит исход заболевания и качество жизни больных, перенесших инсульт.

## **.1 Неотложные мероприятия на дому и госпитализация**

ишемический инсульт терапия давление

До поступления в стационар врачами скорой медицинской помощи и другими медицинскими работниками на дому и/или в машине проводятся неотложные мероприятия, выполняемые с целью остановки кровотечения и борьбы с отеком мозга.

Больному с инсультом необходим абсолютный покой, его положение в постели - на спине с приподнятым головным концом кровати. Сестра или сиделка должны вынуть изо рта больного зубные протезы (если они есть), положить на голову больного пузырь со льдом, а к ногам - грелку.

Больные с острым инсультом должны быть госпитализированы в стационар, так как в первые часы инсульта могут развиться различные жизнеугрожающие состояния, которые можно спрогнозировать, предотвратить и оказать помощь в случае их развития:

• нарушение проходимости дыхательных путей и дыхательная недостаточность;

• нарушения глотания, приводящие к аспирации, обезвоживанию и голоданию;

• судорожные припадки;

• тромбоэмболия легочной артерии;

• инфекции.

Госпитализация в первые 1-3 ч после начала заболевания оптимальна, хотя обоснованное лечение эффективно и в более поздний период. Противопоказанием для госпитализации может быть только агональное состояние пациента.

**.1.1 Уход за больными инсультом**

В него входит:

• динамическое наблюдение за функциями дыхания, АД, сердечным ритмом, глотанием, тазовыми функциями и психоэмоциональным состоянием;

• фиксация и неотложная помощь при возможных побочных действиях лекарств;

• обеспечение и поддержание основных физиологических потребностей и самообслуживания;

• повторение с пациентами навыков, полученных ими при лечебной физкультуре, эрготерапии и логопедических упражнениях;

• санитарно-просветительская работа с пациентом и членами его семьи.

**.1.2 Неотложные мероприятия при поступлении**

Неотложные мероприятия при поступлении складываются из:

) оценки адекватности оксигенации, уровня АД, наличия или отсутствия судорог;

) неврологического осмотра;

) выполнения необходимого минимума лабораторных исследований;

) проведения КТ или МРТ с последующим выбором тактики лечения;

) решения вопроса о месте пребывания больного.

. Обеспечение оксигенации осуществляют постановкой воздуховода и очищением дыхательных путей, а при показаниях - и переводом больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Показаниями для начала ИВЛ являются:

• PaO2 55 мм рт. ст. и ниже.

• Жизненная ёмкость легких (ЖЕЛ) менее 12 мл на 1 кг массы тела.

• Клинические критерии: тахипноэ 35-40 в 1 мин, нарастающий цианоз, артериальная дистония.

Артериальное давление (АД) не принято снижать, если оно не превышает 160-170 мм рт. ст. для систолического и 100-110 мм рт. ст. для диастолического давления. Гипотензивная терапия проводится малыми дозами бета-адреноблокаторов или блокаторов АПФ, не вызывающими существенных изменений в ауторегуляции мозгового кровотока. При этом АД снижают примерно на 15-20% от исходных величин.

При корково-подкорковых очагах и прорыве крови в желудочковую систему нередко наблюдаются приступы судорог. Купирование их необходимо, во что бы то ни стало. С этой целью используют реланиум, вводимый внутривенно. В тяжелых случаях применяют тиопентал натрия. Далее у таких больных необходимо сразу же начать профилактический прием длительно действующих антиконвульсантов.

. Неврологический осмотр больного при поступлении должен быть кратким и включать в себя оценку уровня бодрствования, состояние стволовых функций, двигательной, а если возможно, то и чувствительной сферы, речи.

. Далее выполняют необходимый минимум диагностических тестов: ЭКГ, уровень глюкозы в крови, электролиты плазмы, газы крови, осмолярность, уровень гематокрита, фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время, уровень мочевины и креатинина, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, рентгенография органов грудной клетки.

. Сразу же после этого проводят КТ или МРТ головного мозга и решают вопрос о тактике лечения. При обнаружении на КТ признаков кровоизлияния в мозг и оценке его объема и локализации совместно с нейрохирургами обсуждается вопрос о целесообразности оперативного вмешательства. При инфарктах рекомендуется проведение панартериографии магистральных артерий головы или артериографии на стороне поражения мозга (при подозрении на закупорку сосуда). Выявление окклюзии артерий, снабжающих мозг, требует решения вопроса о тромболитической терапии. Обнаружение при КТ крови в субарахноидальном пространстве часто говорит о возможности субарахноидального кровоизлияния. В этих случаях следует обсудить возможность проведения ангиографии для определения локализации, размеров аневризмы и решения вопроса об операции. В сомнительных случаях может быть выполнена люмбальная пункция.

. Далее решается вопрос о месте пребывания больного в клинике. Показаниями для пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии являются: измененный уровень бодрствования (от легкого сопора до комы), симптоматика, свидетельствующая о признаках вклинения ствола головного мозга, выраженные нарушения жизненно важных функций, гомеостаза, декомпенсированная сердечно-легочная, почечная, эндокринная патология. Во всех остальных случаях госпитализация проводится в ангионеврологические отделения с палатами интенсивной терапии.

Правильный уход за больным в острый период инсульта имеет чрезвычайное значение, потому что позволяет предупредить осложнения, связанные с нарушением мозгового кровообращения. Эти осложнения могут стать причиной ухудшения состояния и плохого исхода заболевания, если их не предотвратить. Дело в том, что нарушение работы мозга из-за инсульта, наряду с вынужденным длительным пребыванием в постели, при плохом уходе могут привести к воспалению легких, пролежням, мышечным контрактурам, тромбофлебитам. Этих осложнений с успехом удается избежать, если сам больной и его близкие правильно выполняют рекомендации по уходу.

В течение нескольких суток больной должен находиться в горизонтальном положении со слегка приподнятыми ногами. Под стопы помещают упор. Если одна нога парализована, то она укладывается соответствующим образом.

Многие осложнения обусловлены обездвиженностью. Для предупреждения тромбоэмболии легочной артерии (закупорки тромбами из сосудов ног) используют эластичные чулки.

) Режим

В первые дни больной находится на строгом постельном режиме. Если состояние больного тяжелое, больному может быть предписан длительный постельный режим.

) Профилактика пролежней

При уходе за больными с параличами важное значение имеет профилактика пролежней. Особенно быстро пролежни развиваются у парализованных больных, имеющих нарушения чувствительности.

Наиболее эффективный способ профилактики пролежней - частое (каждые 2-3 ч) изменение положения больного в кровати. На ночь целесообразно укладывать больного на живот, подложив под коленные чашечки ватно-марлевые круги, а под голени - мягкие подушки; стопы при этом должны свисать. В этом положении пролежни обычно не развиваются.

) Профилактика контрактур

Больные, перенесшие инсульт, нуждаются и в специальном уходе, направленном, в том числе, и на профилактику контрактур. Контрактура - стойкое ограничение подвижности в суставе - возникает у больного после инсульта из-за резкого повышения мышечного тонуса. Стойкие контрактуры препятствуют дальнейшему восстановлению двигательных функций.

Профилактика контрактур включает: придание телу особого положения, ЛФК, массаж.

) Положение больного в постели

После инсульта тонус мышц на парализованной стороне повышается. Поскольку мышцы, разгибающие ногу и сгибающие руку, сильнее мышц-антагонистов, при отсутствии лечения, постепенно может сформироваться устойчивое положение, когда рука согнута в локте и кисти и прижата к туловищу, а нога из-за своего разогнутого положения вынуждена во время ходьбы описывать полукруг, что затрудняет передвижение.

Чтобы предотвратить развитие такой позы, парализованную руку больного периодически укладывают с отведением и разгибанием в локтевом и лучезапястном суставах, а ногу - со сгибанием в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

Необходимо сократить, по возможности, время нахождения больного на спине, так как это положение способствует развитию повышенного мышечного тонуса и пролежней. Пациента с гемиплегией (односторонней парализацией) следует укладывать на живот или на бок.

Многие больные любят лежать на парализованной стороне. Это не противопоказано. При этом голова должна быть слегка наклонена книзу, а парализованная рука вытянута вперед под прямым углом к туловищу и повернута ладонью вверх. Здоровая рука может лежать на боку или отводиться назад, но не вперед, чтобы избежать перерастяжения мышц на парализованной стороне. Под здоровую ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах, подкладывают подушку. Парализованную ногу разгибают в тазобедренном и слегка сгибают в коленном суставе.

В положении на спине парализованную руку отводят в сторону и разгибают в локтевом суставе, а кисть поворачивают ладонью вверх. Ногу на той же стороне слегка сгибают в коленном суставе и подкладывают под нее валик. Стопу устанавливают в положении среднем между сгибанием и разгибанием и поддерживают, используя мягкий валик или прислоняя к спинке кровати.

Позу больного меняют каждые 2-3 ч. Когда общее состояние больного улучшается, а показатели АД становятся более стабильными, больного обучают самостоятельно менять положение в кровати. Чтобы предотвратить развитие контрактур, больного нужно как можно раньше (с разрешения врача) усаживать в кровати. При этом спина должна быть прямая (подложить подушки), а ноги - согнуты в тазобедренном суставе под углом 900. Следует избегать длительного пребывания больного в положении полулежа с приподнятым головным концом, так как это способствует нарастанию мышечного тонуса.

) Лечебная гимнастика

Для предупреждения контрактур используют также физические упражнения (пассивные) с первых дней болезни. Технике массажа и лечебной физкультуры могут быть обучены родственники или другие лица, ухаживающие за больным. Отметим лишь некоторые принципы:

Пассивные упражнения (воздействие на мышцы пациента другим лицом) начинают на 3-4-й день, в том числе при полном отсутствии движений на пораженной стороне.

В остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений АД; в более позднем периоде, при стабильных показателях АД, лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, затем переходя к более мелким, что препятствует повышению мышечного тонуса и образованию контрактур.

Активные движения выполняют, в первую очередь, здоровой конечностью. При этом мысленное повторение упражнений парализованной рукой или ногой (так называемая идеомоторная гимнастика), способствует появлению активных движений. При грубых парезах активную гимнастику начинают с упражнений статичного характера.

Специальную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями. Дыхание оказывает влияние на мышечный тонус конечностей: при вдохе тонус конечностей повышается, при выдохе - снижается.

Гимнастику проводят непродолжительное время (15-20 мин) несколько раз в день (каждые 3-4 ч).

Все движения выполняют плавно, без боли, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса. Через 3-4 недели от начала заболевания, с учетом общего состояния, переходят к восстановлению навыков ходьбы. Этот комплекс упражнений также выполняют в определенной последовательности (сначала имитация ходьбы, в положении лежа, потом - сидя, обучение переносу тяжести тела с одной ноги на другую в положении стоя, затем шаги на месте и т. д.).

) Массаж

Массаж в период реабилитации больных после инсульта направлен на нормализацию тонуса мышц на пораженной стороне. Поэтому для расслабления мышц с повышенным тонусом производят легкое поглаживание и, напротив, для активизации мышц со сниженным или неизменным тонусом выполняют легкое разминание.

) Кормление

Даже при тяжелом состоянии больного кормление начинают с 1-2-х суток после инсульта.

Во время первого кормления выясняют, не нарушен ли у больного глотательный рефлекс. Для этого в рот вливают чайную ложку холодной воды и просят проглотить ее. Если пациент легко проглатывает воду и не поперхивается, кормление продолжают теплой и жидкой пищей.

Больные с ясным сознанием и без нарушений функции глотания получают впервые 2-3 суток жидкую пищу (бульоны, фруктовые соки), затем - мягкую или протертую еду. При частичном расстройстве глотания пище необходимо придавать кашицеобразную консистенцию. Еда должна быть теплой, вкусной и калорийной. Кормить больного нужно осторожно, небольшой ложкой, малыми порциями, с перерывами для его отдыха. Надо следить, чтобы пища не попала в дыхательные пути. Иногда больные отказываются от еды или питья. Такое поведение характерно при поражении некоторых отделов головного мозга (лобные доли, гипоталамус), отвечающих за аппетит и чувство жажды. Психологический стресс, депрессия также могут приводить к подавлению аппетита. В этом случае особенно важно успокоить, поддержать больного, объяснить ему важность полноценного питания.

) Общение

При инсульте часто возникают нарушения речи, например афазия. При этом больные испытывают трудности либо с речевоспроизведением, либо с пониманием речи. Часто возникают трудности со счетом, узнаванием или запоминанием чисел или дат.

Грубые нарушения речи еще в большей степени, чем двигательные расстройства, исключают больного из привычного круга общения, создают тягостное ощущение изоляции и одиночества, нарушают его адаптацию. Речевые расстройства могут усугублять и поддерживать депрессию, которая развивается более чем у половины перенесших инсульт и, в свою очередь, существенно затрудняет реабилитацию больного, отнимает у него веру в успех, желание и настойчивость в преодолении двигательных, речевых и других нарушений. Восстановление речевых функций требует длительного времени - иногда до 3-4 лет. Поэтому самое серьезное внимание должно быть уделено формированию в семье правильных навыков общения с больным, имеющим речевые расстройства.

Продолжая тему ухода за больными перенёсшими инсульт, следует заметить, что очень важно особое внимание уделять кожным покровам, полости рта, содержанию постельного белья.

Для предупреждения появления контрактур пораженной конечности надо придать правильное положение: рука отведена, супинирована, пальцы разведены, нога разогнута, стопа в положении тыльного сгибания.

Через 8-10 дней после инсульта можно осторожно начинать пассивную лечебную гимнастику, через 15-20 дней - легкий массаж.

С первого дня необходимо измерять АД и записывать в дневник наблюдения. Как упоминалось выше, в первые 10 суток не следует быстро снижать его цифры, если оно не очень высокое. При артериальной гипотонии АД, наоборот, повышают до привычных для пациента "рабочих цифр".

Питание для больных, перенесших инсульт, основано на принципах диеты при гипертонической болезни и атеросклерозе - заболеваний, лежащих в основе инсульта. В рационе нужно уменьшить количество животного жира, углеводов (сахара, варенья, компотов, джемов, белого хлеба и выпечки), поваренной соли. Еда должна быть богатой клетчаткой, витаминами, солями калия и магния. Все блюда готовят без соли, мясо и рыбу отваривают, а не жарят.

Если больной находится в сознании, то его кормят с ложечки и только жидкой пищей (каши, компоты, соки). Если же больной долго не приходит в сознание, то прибегают к искусственному питанию, используя чаще питательные клизмы.

## **.2 Принципы лечения и базисная терапия острой стадии ишемического инсульта**

Важным и необходимым острейшем периоде является мониторирование жизненноважных функций, гомеостатических показателей, неврологического статуса, лабораторных данных и других характеристик.

Мониторирование должно проводиться не менее 72 ч, более 72 ч - при фибрилляции предсердий (с проведением эмболодетекции), а также в подгруппах пациентов с нарастающим угнетением сознания, нарастанием неврологического дефицита, с кардиореспираторными заболеваниями в анамнизе. Согласно стандартам РФ ведение больных инсультом 2013 г. пациент должен наблюдаться в палате интенсивной терапии не менее 1 суток. Обязательными являются оценка и мониторинг неврологического статуса - с применением ШКГ, шкалы NIHSS, модифицированной шкалы Рэнкина, Модифицированной шкалы Бартела и шкалы функциональной независимости FIM.

**.2.1 Обеспечение адекватной оксигенации, искусственная вентиляция лёгких**

При необходимости установить воздуховод, очистить дыхательные пути и проводить оценку адекватности оксигенации:

ь по числу и ритмичности дыхательных движений;

ь состоянию видимых слизистых и ногтевых лож;

ь участию в акте дыхания вспомогательной мускулатуры;

ь набуханию шейных вен;

ь уровень сатурации по пульсоксиметрии не менее 95%.

ИВЛ проводится через эндотрахеальную трубку. В настоящее время в отделениях интенсивной терапии широко применяются методики вспомогательной вентиляции лёгких. При SaO2 менее 95% необходимо проведение оксигенотерапии (начальная скорость подачи кислорода 2 - 4 л/мин).

**.2.2 Поддержание адекватного уровня артериального давления**

Уровень АД в острейшем периоде не принято снижать, если он не превышает 220/110 мм рт.ст. при ишемическом инсульте и 180/105 мм рт.ст. при геморрагическом у пациента с фоновой АГ и 160/105 мм рт.ст без АГ в анамнезе для сохранения достаточного уровня перфузии.

При необходимости снижение давления осуществляют на 15 - 20% от исходных величин (на 5 - 10 мм рт.ст. в час в первые 4 ч, а затем на 5 - 10 мм рт.ст. за каждые 4 ч для пациентов с острым ифарктом миокарда, сердечной недостаточностью, гипертонической энцефалопатией или диссекциейаорты).

Возможные препараты для снижения АД: каптоприл (капотен) - по 12,5 - 2,5мг, магния сульфат - по 5 - 25 мл в/в капельно, метопролол (беталок, эгилок) 1% раствор по 5 мл в/в струйно. Урапидил (эмбрантил) по 0,025 г, т.е. 1 ампулу (5 мл) 0,5% раствора (в течение 5 мин) при жёстком контроле АД, для инфузии 250 мг урапидил (эбрантил) разводят в 500 мл изотонического раствора глюкозы, вводят из расчёта 9 - 10 мг/ч (в среднем 15 мг/ч). При диастолическом давлении более 140мм рт.ст. - нитроглицерин (перлиганит) по 1 - 4 мг/ч в/в.

При снижении АД.

· Для поддержания уровня АД используется дофамин (допамин) или другие вазопрессоры - 50 - 100 мг препарата разводят в 200 - 400 мл изотонического раствора и вводят в/в, предпочтительнее с использованием инфузомата (начальная доза - 5 мкг/кг в минуту).

· Глюкокортикоидные гормоны. Преднизолон вводят однократно в/в струйно в дозе 120 мг или дексаметазон однократно в/в струйно в дозе 16 мг.

**.2.3 Купирование судорог**

Купирование судорог (при развитие серии эпилептических припадков или эпилептического статуса) начинается с препаратов для внутривенного введения. При неэффективности перейти к комбинации антиконвульсантов - парентерально и через зонд.

Рекомендуемые препараты и режим дозирования для купирования судорожного синдрома.

· Диазепам (реланиум) по 0,15 - 0,4 мг/кг в/в со скоростью введения 2 - 2,5 мг/мин, при необходимости повторить введение через 10 - 20 мин (в сутки не более 60 - 80 мг).

· Вальпроевая кислота (депакин, конвулекс, вальпарин) - в/в по 20 - 25 мг/кг первые 5 - 10 мин, затем постоянная инфузия со скоростью 1 - 2 мг/кг в час;

· Карбамазепин по 800 - 1200 мг/сут на 3 - 4 приёма.

**.2.4 Коррекция уровня глюкозы в крови**

Абсолютное показание для назначения инсулинов короткого действия - уровень глюкозы крови более 10 ммоль/л.

**.2.5 Коррекция водно-электролитного баланса**

Объём парентерально вводимой жидкости (из расчёта 30 - 35 мл/кг), может варьировать от 15 до 35 мл/кг, но обычно не превышает 2000 - 2500 мл в сутки. Вводят изотонический раствор хлорида натрия, 5% раствор глюкозы. Фактически все больные в остром периоде инсульта нуждаются во внутривенном введении жидкости согласно уровню обезвоживания.

**.2.6 Температура тела**

Показано снижение температуры тела при развитии гиперемии выше 37,5°С. Используется парацетамол, физические методы охлождения.

Коррекция гипертермии при температуре более 38°С:

ь ненаркотические и наркотические анальгетики;

ь нейролептики (дропередол);

ь физические методы охлаждения: обтирание кожных покровов 40 - 500 этиловым спиртом, обёртывание мокрыми простынями, клизмы с холодной водой, установка пузырей со льдом над крупными сосудами, обдувание вентиляторами, внутривенное введение охлаждённых инфузионных средств.

## **.3 Лечение субарахноидального кровоизлияния (САК)**

Специализированная медикаментозная терапия субарахноидального кровоизлияния направлена на мероприятия по предотвращению развития ангиоспазма.

Нимодипин (нимотоп) включён во все стандарты лечения САК, методы применения:

ь 10 дней инфузии по 46 мг (под контролем АД), затем

ь 10 дней по 2 таблетки каждые 4 ч (360 мг).

Анальгетики следует вводить каждые 3 - 4 ч, использовать можно парацетамол, при необходимости - наркотические анальгетики.

Хирургическое лечение САК должно проводиться в соответствии с рекомендательным протоколом Ассоциации нейрохирургов РФ.

Больного с подозрением на разрыв внутричерепной аневризмы необходимо госпитализировать в стационары, где имеются:

· Нейрохирургическое отделение;

· специалисты, владеющие опытом прямых микрохирургических операций по поводу церебральных аневризм;

· специалисты, владеющие опытом эндоваскулярного выключения аневризм;

· отделение лучевой диагностики, оснащённое аппаратурой для проведения РКТ или МРТ, спиральной РКТ - ангиографии, МРТ - ангиографии;

# **Заключение**

Работа над выбранной темой подтвердила высокую актуальность реабилитации пациентов с инсультом, так как заболевания являются в настоящее время причиной инвалидности населения. Для решения проблем восстановительного лечения больных с данной патологией необходим комплексный подход в выборе методов лечения и реабилитации. Возникает необходимость изучения и исследования уже существующих, а также исследование новых эффективных способов. В остром периоде нарушения мозгового кровообращения реабилитация должна быть направлена на уменьшение отека головного мозга и восстановление функционирования поврежденной, но не разрушенной ткани мозга. Этот процесс протекает в течение первых дней от начала заболевания.

Задачи неврологической практики конца XX - начала XXI века требуют более высокой точности топической диагностики и более глубокого понимания патогенеза расстройств высших психических функций при очаговых поражениях мозга.

Согласно исследованиям, у пациентов, только что перенесших инсульт мозга, уже с первых минут в зоне инсульта снижен мозговой кровоток. Снижение на 20% приводит к нарушению функций мозга, а свыше этой цифры изменения могут оказаться необратимыми. Вслед за этим идет разрушение высших психических функций.

Общая особенность большинства хорошо документированных стратегий реабилитации пациентов, перенесших инсульт, - это то, что реабилитация начинается на самом раннем этапе после инсульта. В связи с этим ВОЗ рекомендует начинать реабилитационные мероприятия как можно раньше после инсульта, если состояние пациента позволяет это сделать. Предпочтительной является максимально ранняя реабилитация, позволяющая уменьшить функциональный дефект. По назначению врача сестринские реабилитационные технологии можно проводить с 5-7 го дня инсульта. Квалифицированная сестринская помощь включает меры по удовлетворению потребностей пациента в питании и жидкости; попытки, направленные на сведение к минимуму физического и эмоционального дистресса; а так же сестринское обслуживание, направленные на снижение риска вторичных осложнений, таких, как инфекции, аспирация, пролежни, спутанность сознания и депрессия.

В настоящее время для определения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий используется такой показатель, как "качество жизни" связанное со здоровьем, с заболеванием; характеризующий исход лечения при многих заболеваниях, особенно хронических.

Во многих исследованиях, посвященных поиску оптимальных стратегий лечения и ухода, качество жизни широко применяется как надежный индикатор при оценке результатов и с таким подходом необходимо согласиться.

Более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, могут способствовать сохранению качества жизни пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения. Роль медицинской сестры в восстановлении нарушенных функций неоценима.

# **Библиографический список**

1. Бортникова С.М. "Нервные и психологические болезни" - Ростов н/Д: Феникс, 2011 г. - 478 с.

2. Ворлоу Ч.П., Деннис М.С., Гейн Ж. и др. "Инсульт. Практическое руководство для ведения больных" - СПб.: Политехника, 2001 г. - 629 с.

. Кадыков А.С. "Реабилитация после инсульта" - Москва, "Миклош", 2008 г. - 176 с.

. Кадыков А.С., Черникова Л.А., Шахпаронова Н.В. "Реабилитация неврологических больных" - Москва, МЕДпресс - информ, 2009 г., - 560 с.

. Маркин С.П. "Восстановительное лечение больных, перенесших инсульт" - Москва, "Медиа Сфера", 2009 г. - 126 с.

. Мухина С.А., Тарновская И.И. "Теоретические основы сестринского дела" - Москва, "ГЭОТАР - Медиа", 2014 г. - 368 с.

. Станковская Л.В., Котова С.В. "Инсульт. Руководство для врачей" - Москва, ООО "Медицинское информационное агенство", 2014 г., - 400 с.

. Суслиной З.А., Пирадова М.А., "Инсульт: диагностика, лечение, профилактика" - Москва, МЕДпресс - информ, 2008 г. - 288 с.

. Туркина Н.В., Петрова А.И., Аверин А.В. Паллиативная медицина "Особенности ухода за пациентами, перенёсшими инсульт" - Москва, ФГОУ "ВУНМЦ Росздрава", 2006 г. - 172 с.

. Гусев Е.И., Коновалов А.Н., Гехт А.Б. "Реабилитация в неврологии" // Кремлевская медицина - Москва, 2001 г. № 5 с. 29-32

. Кадыков А.С. "Реабилитация после инсульта" // Российский медицинский журнал - 1997 г. № 1 21-24 с.