

Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Кафедра нервных болезней с курсом медицинской реабилитации ПО

Зав.кафедры: Прокопенко С.В.

Реферат

Острые нарушения мозгового кровообращения

Выполнил: врач-ординатор
Медведева И.И.

Проверил:

В.М.
(Кафедра НБ)

Красноярск
2019

ПЛАН

- Введение
- Предрасполагающие факторы и профилактика Лечение инсульта
- Последствия и реабилитация
- Заклучение
- Литература

Введение

Пожалуй, каждый взрослый человек знает или слышал о гипертоническом кризе, инсульте, кровоизлиянии в мозг, сосудистомозговом кризе. Эти понятия отражают разные формы и степени нарушения мозгового кровообращения. Сосудистая патология головного мозга занимает все большее место в структуре заболеваемости населения земного шара. Наиболее опасными являются острые нарушения мозгового кровообращения – мозговой инсульт. Инсульт - это латинское слово в дословном переводе означает «скакать, прыгать».

По механизму развития выделяют три вида инсульта:

Ишемический (синонимы: инфаркт мозга, размягчение мозга) — это заболевание, приводящее к уменьшению или прекращению кровоснабжения определенного отдела головного мозга. Основными механизмами возникновения ишемического инсульта, приводящими к уменьшению объема поступающей крови для мозга, являются спазм артерий и окклюзия (закрытие просвета) сосуда. Закрытие просвета сосудов мозга бывает при органическом сужении сосуда (стенозе) за счет атеросклеротических бляшек или врожденной аномалии сосуда либо при сдавливании извне опухолью.

Инсульт этого типа чаще возникает утром, после сна или даже во время сна. Обычно он развивается постепенно, нарушение сознания наступает редко. Если происходит нарушение сознания, то, как правило, ему предшествуют парезы, параличи и другие неврологические признаки. Артериальное давление чаще всего нормальное или пониженное. Лишь эмболии в сосудах мозга приводят к внезапному развитию картины инсульта, при этом нередко наблюдается потеря сознания. Но, как правило, сознание быстро восстанавливается и выраженность неврологических очаговых признаков инсульта значительно уменьшается.

Геморрагический (синонимы: кровоизлияние в мозг, внутримозговая гематома) — при этом виде инсульта происходит кровоизлияние под оболочками в вещество мозга, в полости желудочков

мозга. Этот тип инсульта возникает преимущественно днем, во время активной деятельности, внезапно, ему часто сопутствует высокое артериальное давление. Быстро нарастают очаговые признаки заболевания, свидетельствующие о прогрессировании болезни. Геморрагический инсульт проявляется возбуждением, беспокойством больного, сильной головной болью, рвотой, различными видами нарушения сознания вплоть до комы. Кома — это наиболее глубокая степень нарушения сознания. При коме отсутствует ответная реакция на любые внешние раздражители, резко снижается мышечный тонус, нарушается дыхание и сердечно-сосудистая деятельность. В тяжелых случаях наблюдается повышение температуры тела до 38-39 градусов и выше, трудно поддающаяся снижению жаропонижающими препаратами.

▮ Субарахноидальное кровоизлияние — это кровоизлияние в пространство под паутинной (арахноидальной) оболочкой головного мозга, когда кровь свободно растекается по поверхности мозга. В большинстве случаев причиной спонтанного субарахноидального кровоизлияния является разрыв внутричерепной аневризмы. Аневризма представляет собой расширение просвета артерии или выпячивание ее стенки. Большинство аневризм артерий головного мозга имеет характерный вид небольшого тонкостенного мешка, в котором можно различить дно, среднюю часть и так называемую шейку (мешотчатая аневризма). Среди других причин субарахноидального кровоизлияния отмечают гипертоническую болезнь, атеросклероз сосудов мозга, опухоли мозга, черепно-мозговые травмы. Обычно субарахноидальное кровоизлияние развивается внезапно, без каких-либо предвестников. Разрыв аневризмы может произойти в момент физического или эмоционального напряжения. Первый симптом субарахноидального кровоизлияния — внезапная острая головная боль, которую больные характеризуют как «удар», «ощущение распространения в голове горячей жидкости». Почти одновременно с головной болью возникает тошнота, многократная рвота, часто наступает потеря сознания. Весьма

характерно психомоторное возбуждение. Нередко развиваются эпилептические припадки.

В тех странах, где имеется обязательная национальная программа борьбы с артериальной гипертонией, наряду с общим снижением количества инсультов в популяции снижается и доля внутримозговых кровоизлияний, т.к. основная их причина — высокое артериальное давление. Напротив, в развивающихся странах, где медицинское обслуживание недоступно значительной части населения, а в обществе велик уровень хронического стресса из-за нищеты, безработицы и преступности, наблюдается более высокий процент геморрагических инсультов.

Выделяют 4 основных постинсультных периода:

- острый (первые 3-4 недели);
- ранний восстановительный (первые 6 месяцев);
- поздний восстановительный (от 6 до 12 месяцев);
- резидуальный (после 1 года).

1. Предрасполагающие факторы и профилактика

Социально-профилактические направления в деле охраны и укрепления здоровья населения включает, прежде всего, медицинские, санитарно-технические, гигиенические и социально-экономические мероприятия.

В зависимости от состояния здоровья, наличие факторов риска, заболевания или выраженной патологии выделяют три вида профилактики:

- 1) первичная;
- 2) вторичная;
- 3) третичная.

Первичная профилактика – система мер предупреждения заболеваний (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, сбалансированное питание, физическая активность, оздоровление окружающей среды и т.д.). Профилактическая деятельность обязательна для всех медицинских и социальных служб.

Вторичная профилактика – это комплекс мероприятий по устранению выраженных факторов риска, которые при определенных условиях (при снижении иммунного статуса, перенапряжения, адаптационном срыве и др.) могут привести к возникновению, обострению и рецидиву заболевания. Наиболее эффективным методом вторичной профилактики является диспансеризация – комплексный метод раннего выявления заболевания, динамического наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления.

Третичная профилактика – это комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Цель третичной профилактики – реабилитация.

Основой профилактики инсульта является исключение факторов риска его возникновения (первичная профилактика).

В настоящее время универсальными предрасполагающими факторами риска развития инсульта считаются:

Возраст. Например, в 80 лет риск ишемического инсульта в 30 раз выше, чем в 50 лет.

Артериальная гипертензия. Риск инсульта у больных с АД более 160/95 мм рт.ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм рт.ст. - в 10 раз. Мировой опыт последних десятилетий показывает, что благодаря лишь одному контролю за артериальным давлением удалось снизить случаи инфаркта миокарда у людей, предрасположенных к сердечно-сосудистым заболеваниям на 20%, а инсульта - на 50%!

Заболевания сердца. Наиболее значимым предиктором ишемического инсульта является мерцательная аритмия. У лиц старше 65 лет ее распространенность составляет 5-6 %. Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3-4 раза. Он также повышается при наличии ИБС (в 2 раза), при сердечной недостаточности (в 3-4 раза).

Сахарный диабет. Больные с этим заболеванием чаще, имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертензию и различные проявления атеросклероза. В то же время не получено данных, что применение гипогликемических препаратов у больных сахарным диабетом снижает у них риск развития ишемического инсульта.

Курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. После отказа от курения риск инсульта начнет сразу же снижаться. Через пять лет риск развития инсульта будет таким же, как у некурящих.

Избыточный вес. Ожирение, как правило, приводит к гипертензии, повышению артериального давления и уровня холестерина.

Повышенный уровень холестерина. Увеличение содержания холестерина повышает риск развития инсульта, способствует образованию атеросклеротических бляшек. Снижения содержания холестерина у некоторых людей удается добиться диетой и физическими упражнениями, другим требуется медикаментозная терапия.

Чрезмерное потребление алкоголя. Бокал красного вина ежедневно может уменьшить риск развития у вас инсульта (если нет других причин избегать приема алкоголя). Прием алкоголя свыше этого количества повышает риск развития инсульта.

Оральные контрацептивы. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и повышением АД.

Многие люди имеют одновременно несколько факторов риска, каждый из которых может быть выражен умеренно. Например, у обследуемого выявляется незначительная артериальная гипертензия, умеренная гипертрофия миокарда, легкий сахарный диабет. Совокупность факторов риска значительно увеличивает риск развития инсульта!

Отдельно выделяют нерегулируемые факторы риска, которые пациент не в состоянии самостоятельно устранить и регулируемые факторы риска, зависящие от пациента.

Нерегулируемые факторы риска:

Наследственность. Люди, чьи родители или близкие родственники умерли преждевременно от сердечного приступа, перенесли ишемический или геморрагический инсульт, находятся в группе повышенного риска.

Раса. Афроамериканцы, например, имеют повышенный риск развития инсульта, в первую очередь, из-за того, что у них выше риск развития гипертензии и диабета по сравнению с белыми.

Возраст. Риск развития инсульта с возрастом существенно возрастает вследствие уменьшения эластичности сосудов, образования атеросклеротических бляшек. С годами накапливаются результаты различных вредных влияний на сосуды.

Пол. До 55 лет мужчины имеют более высокий риск развития инсульта, чем женщины. У мужчин признаки атеросклеротического поражения сосудов появляются на 10-15 лет раньше, чем у женщин. Однако у женщин после 60 лет отмечается такой же риск, как у мужчин в 50 лет, и такая разница в 10 лет

преобладает до 75-80 лет, когда половые различия исчезают. Женщины, у которых возникает инсульт, особенно пожилые, больше рискуют от этого умереть, чем мужчины.

Регулируемые факторы риска:

Курение. Избавление от курения. Возможно, это самый эффективный шаг, который вы можете сделать. Это удваивает ваши шансы избежать сердечного приступа и уменьшает вероятность умереть от него на 70%. Хорошая новость: прекращение курения очень быстро сказывается на сердце. В течение 5-10 лет риск сердечного приступа снижается до уровня некурящих.

Повышенный уровень холестерина. Уменьшение содержания холестерина. На каждый 1% снижения уровня холестерина в крови приходится 2-3% уменьшения риска сердечного приступа.

Артериальная гипертензия. Контроль артериального давления. На каждый пункт снижения диастолического АД приходится от 2 до 3% снижения риска сердечных приступов. Если вы можете добиться снижения АД, изменив свой образ жизни, включая ограничение потребления соли и алкоголя, польза будет огромной.

Заболевания сердца. Быть активным. Многочисленные исследования декларируют роль физической активности для предупреждения коронарной болезни сердца. Люди, ведущие сидячий образ жизни, которые начинают регулярно тренироваться, снижают риск развития сердечного приступа на 35-55%. Даже такая низкоинтенсивная нагрузка, как работа в саду или прогулки, если выполняется регулярно и продолжается достаточно долго, снижает риск сердечных приступов. Упражнения помогают сердцу работать более эффективно, снижают АД, свертываемость крови, способствуют преодолению стресса, помогают организму утилизировать инсулин, помогают людям поддерживать здоровый вес и могут поднимать уровень «хороших» липопротеидов высокой плотности (ЛПВП).

Избыточный вес. Поддержание нормального веса. Избыточный вес или ожирение удваивают риск коронарной болезни сердца. Чем больше лишнего веса вы имеете, тем выше риск коронарной болезни сердца. Ожирение повышает также риск развития диабета, гипертонической болезни, высокого уровня холестерина в крови, что в свою очередь повышает риск коронарной болезни сердца. Распределение жира тоже имеет значение. Люди, у которых жир откладывается на талии (телосложение по типу «яблока»), имеют больше шансов заболеть коронарной болезнью сердца по сравнению с теми, у которых жир аккумулируется на бедрах (телосложение по типу «груши»).

Сахарный диабет. Контроль уровня глюкозы в крови. Инсулинонезависимый сахарный диабет является мощным фактором риска как для коронарной болезни сердца, так и для гипертензии. При этой форме диабета инсулин есть, но к нему снижена чувствительность тканей, что приводит к его избыточному накоплению. Избыток инсулина способствует образованию жира, а это провоцирует развитие атеросклероза. В итоге диабет повышает риск коронарной болезни сердца у мужчин в 2-3 раза, а у женщин - в 3-7 раз. Контроль веса и физические упражнения могут улучшить утилизацию сахара из крови и предупредить или замедлить возникновение диабета.

По данным ВОЗ риск повторного инсульта в течение 5 лет составляет около 25-60%! Предупреждение развития повторного инсульта (вторичная профилактика) является весьма важной проблемой. Необходимо ежедневно контролировать артериальное давление, принимать антиагреганты (полокард, аспирин в дозе 75 мг ежедневно), контролировать уровень сахара и холестерина крови.

При проведении вторичной профилактики должны соблюдаться рекомендации по нормализации образа жизни, необходимо проводить контроль массы тела, дислипидемии, концентрации глюкозы крови при наличии сахарного диабета или нарушении толерантности к ней и других факторов риска.

Основными принципами проведения вторичной профилактики инсульта являются:

- индивидуальный выбор программы профилактических мероприятий;
- дифференцированный подход в зависимости от типа и клинического варианта перенесенного инсульта;
- комбинированный характер проводимых терапевтических воздействий.

Вторичная профилактика ишемического инсульта осуществляется, начиная со 2-3 недели заболевания, а транзиторных ишемических атак — с момента развития первых клинических симптомов.

2. Лечение инсульта

Если есть подозрение на инсульт:

1. Нужно немедленно вызвать «скорую помощь» (телефон 103).
2. Не давать пациенту пить и есть.
3. Обеспечить пациенту полный покой.
4. Разрешить больному занять удобное для него положение.
5. Найти препараты, которые принимает больной, и подготовить их до прибытия «скорой помощи».
6. Не оставлять больного без присмотра.
7. Если больной без сознания:
 - ♣ ни в коем случае не поднимать голову больного и не сажать его;
 - ♣ не обрызгивать больного водой;
 - ♣ не класть ни грелку к ногам, ни лед на голову (непроводить никаких процедур, влияющих на температуру тела больного);
 - ♣ не давать больному нюхать нашатырный спирт, не натирать нашатырным спиртом его виски;

- ♣ ни в коем случае не пытаться напоить больного и не проверять, глотает ли он;

- ♣ аккуратно повернуть голову больного на бок;

- ♣ очистить рот больного от остатков пищи.

Больного с любым видом инсульта необходимо немедленно госпитализировать в больницу. Желательно чтобы это было лечебное учреждение, имеющее оборудование для проведения обследования современными методами (компьютерный и/или магнитно-резонансный томограф), нейрохирургическое отделение (или группу нейрохирургов) и реанимационное отделение, палату интенсивной терапии.

В реанимационное отделение госпитализируются больные с нарушением сознания и жизненно важных функций (прежде всего функции дыхания). Остальные больные госпитализируются в неврологическое, а еще лучше — в специализированное ангионеврологическое отделение (отделение патологии сосудов мозга) с блоком интенсивной терапии и палатами интенсивной терапии.

К числу неотложных мероприятий как для больных с ишемическим инсультом, так и для пациентов с кровоизлиянием в мозг, относятся: восстановление дыхания (установка воздуховода, а при необходимости — искусственная вентиляция легких); при эпилептических приступах, часто возникающих у больных с тяжелым инсультом, — внутривенное введение диазепама (реланиума, седуксена). У всех пациентов со снижением уровня сознания до комы показана интубация трахеи, кроме того, интубация показана при аспирации или высоком ее риске как в случае неукротимой рвоты, так и в случае выраженного бульварного или псевдобульбарного синдромов.

Базисная терапия инсульта направлена на коррекцию жизненно-важных функций и включает мониторинг основных физиологических показателей (артериального давления, частоты сердечных сокращений,

электрокардиограммы, частоты дыхания, температуры тела, уровня глюкозы крови).

Артериальное давление . (АД) при ишемическом инсульте снижают только тогда, когда оно превышает 180-190 мм рт. ст. (систолическое) и 110 ммрт. ст. (диастолическое). Давление следует снижать очень осторожно — на 15-20 % от исходной величины, т. к. резкое снижение АД может усугубить ишемию мозга. Резко снижать артериальное давление недопустимо, так как этим ухудшается питание клеток мозга!

Общие мероприятия для всех видов инсульта включают:

- ▮ поддержание на нормальном уровне дыхания и сердечной деятельности;
- ▮ контроль артериального давления;
- ▮ с первых дней назначается антибиотикотерапия (для предупреждения пневмонии);
- ▮ при гипертермии применяют пузырь с холодной водой или льдом;
- ▮ введение назогастрального зонда при нарушении глотания для обеспечения питания больного;
- ▮ борьбу с обезвоживанием;
- ▮ контроль за состоянием кишечника и мочевого пузыря;
- ▮ строгий постельный режим (не менее трех недель);
- ▮ уход за кожей с целью профилактики пролежней.

2. Последствия и реабилитация

Восстановление здоровья больного после инсульта – трудная задача, но делать это необходимо и чем раньше, тем лучше. Сразу же после инсульта у больного имеется множество осложнений, но большинство из них вполне поддается лечению, если, конечно, это лечение было назначено вовремя. Это возможно потому, что инсульт вызывает образование в ткани головного мозга патологического очага. Ядро этого очага – некротизированные (отмершие)

нервные, которые окружены травмированными, но живыми нервными клетками - они находятся в состоянии пониженной активности или полного торможения. Если сразу же после инсульта начать лечение, то травмированные нервные клетки вполне можно восстановить, сведя, таким образом, к минимуму ущерб после инсульта (некротизированные клетки, конечно же, не восстановятся). При микроинсультах возможно полное восстановление всех функций.

Одним из важнейших направлений в преодолении тяжелых последствий инсульта является реабилитация, позволяющая уменьшить тяжесть социальных последствий инсульта и улучшить качество жизни больных. Целью реабилитации больных инсультом является полное или частичное восстановление нарушенных функций и способностей (критериев жизнедеятельности, включая трудоспособность), преодоление или смягчение инвалидности.

Различают 3 этапа восстановительного лечения:

- ранний восстановительный (до 3 месяцев);
- поздний восстановительный (до 1 года);
- этап компенсации остаточных нарушений двигательных функций (свыше 1 года).

В первые дни после инсульта первостепенное значение имеет правильный уход за больным, позволяющий предупредить грозные осложнения инсульта.

Одно из самых частых осложнений раннего периода — пневмония.

- Для избежания застойных явлений в легких лежащего больного необходимо каждые два часа поворачивать в постели. При улучшении общего состояния необходимо усаживать больного на несколько минут в постели, повторяя это несколько раз в день и подкладывая при этом под спину подушки.

□ Если больной в сознании, с первых же дней нужно заниматься с ним дыхательной гимнастикой. Самым простым и эффективным дыхательным упражнением является надувание резиновых шаров или детских резиновых игрушек.

□ Помещение, в котором находится больной, должно периодически проветриваться.

□ Рекомендуется 2-3 раза в день измерять температуру тела. Повышение температуры — это неблагоприятный признак, требующий консультации врача.

Для профилактики пролежней и опрелостей необходимо:

- каждые два часа менять положение больного в постели;
- ежедневно осматривать места возможного образования пролежней;
- ежедневно, утром и вечером, протирать места, где чаще образуются пролежни ватным тампоном, смоченным 10% раствором камфорного спирта, или 40% раствором этилового спирта, или уксусным раствором, и сделать после этого легкий массаж полотенцем;
- немедленно менять мокрое или загрязненное белье;
- очень важно следить, чтобы на нательном и постельном белье не было крошек и складок;
- белье нужно менять как можно чаще.

Если пролежни уже возникли (первым признаком образования пролежней является бледность или гиперемия (без четких контуров) кожных покровов) необходимо:

- покрасневшие участки следует 1-2 раза в день смазывать концентрированным раствором марганцовки;
- для заживления пролежней рекомендуют различные мази: солкосерил, масло шиповника и др;

□ если пролежни возникли в области крестца, под таз подкладывают покрытый простыней резиновый круг таким образом, чтобы поврежденный участок кожи находился надотверстием.

Инфекции мочевыводящих путей — частое осложнение при остром нарушении мозгового кровообращения и причина повышения температуры тела. В большинстве случаев инфекции мочевыводящих путей, появившиеся в больнице, связаны с катетеризацией мочевого пузыря.

□ Катетер необходимо регулярно промывать! Если больной не контролирует мочеиспускание, следует использовать памперсы, или чистые пеленки, или специальные мочеприемники.

□ Не реже 2 раз в день необходимо обмывать кожу половых органов и заднего прохода слабым раствором марганцовки и обтирать марлевым тампоном.

□ Постель, на которой лежит больной, не должна прогибаться. Наиболее удобен и гигиеничен поролоновый матрац. На матрац под простыню кладут по всей его ширине клеенку.

Нарушение водного баланса (обезвоживание) приводит к сгущению крови, затрудняет нормальное поступление к тканям организма, в том числе к мозгу, кислорода и питательных веществ. В норме человеку нужно не менее 2 л жидкости в день. Если больной без сознания или у него нарушено глотание, жидкость должна регулярно поступать или через зонд, идущий через нос в пищевод, или в виде внутривенных капельных вливаний. Помните, что насильственное кормление или поение больных с нарушением глотания может привести к аспирационной пневмонии из-за попадания в легкие кусочков пищи или жидкости.

Профилактика тромбоза вен нижних конечностей достигается назначением гепарина — 7500-10000 МЕ каждые 12 часов подкожно.

□ Рекомендуется использовать эластические чулки. Необходимы ежедневный осмотр ног пациента с целью обнаружения симптомов тромбоза

глубоких вен, и с первых дней после инсульта несколько раз в сутки проведение гимнастики для ног.

□ Если движения сохранены, больной сам в медленном темпе осуществляет различные упражнения: поочередное поднятие левой и правой ноги вверх, отведение и приведение, сгибание и разгибание в коленном и голеностопном суставах.

□ Если активных действий нет, эти действия за него производит человек, ухаживающий за больным (пассивная гимнастика).

□ Для профилактики тромбоза полезен также массаж: поглаживание и разминание по направлению от стопы к бедру. Выполнять такой массаж можно после консультации с врачом, поскольку необходимо убедиться, что явлений тромбоза еще нет.

□ Если у больного варикозное расширение вен, с первых дней ногу нужно бинтовать эластичным бинтом.

Для предотвращения тромбообразования рекомендуется применять аспирин (полокард, кардиомагнил) в дозе 75 мг ежедневно.

Для профилактики повторного инсульта, наступающего при неконтролируемом артериальном давлении (АД), больной должен регулярно получать гипотензивные препараты. Чтобы правильно их назначить, врачу нужно знать динамику АД в течение суток. Измерять АД нужно каждые 3-4 часа, данные заносить в дневник состояния больного.

Некоторые особенности ухода за лежачим больным

1. Физиологические отправления (мочеиспускание и дефекация) происходят в лежачем положении, а для этого нужно иметь специальные приспособления — подкладное судно и мочеприемник. После использования их моют в горячей воде, затем мочеприемник промывают марганцовкой, а судно обрабатывают дезинфектантом.

2. Уход за глазами. Ежедневно глаза промывают кипяченой водой. Выделения из глаз удаляют ватным тампоном, смоченным 1-2% раствором натрия гидрокарбоната или 0,02% раствором фурацилина.

3. Уход за ушами. Туалет наружных слуховых проходов проводят раз в неделю. Для этого наклоняют голову больного в противоположную сторону, оттягивают ушную раковину назад и вверх и закапывают в слуховой проход 6-10 капель 3% раствора перекиси водорода. В таком положении больного оставляют на 5 минут, затем оттягивают ушную раковину назад и вверх и ватной турундой легким вращением очищают наружный слуховой проход. Кожу задней поверхности ушной раковины, особенно у места ее перехода на область сосцевидного отростка периодически следует протирать, чтобы избежать проявления воспалительных изменений.

4. Уход за полостью носа. Запрокинув голову больного, вводят в носовой ход ватную турунду, смоченную в вазелиновом масле на 2-3 минуты. Удаляют содержимое новыми сухими ватными турундами, прокручивая их в полости носа. Каждый носовой ход обрабатывается поочередно.

5. Уход за волосами. Волосы следует расчесывать ежедневно, утром и вечером, особенно у женщин. Расческа должна быть индивидуальной. Раз в неделю голову моют в постели.

6. Уход за ногтями. Ногти на руках и ногах стригут систематически, лучше после ванны, душа или мытья ног. После процедуры ножницы дезинфицируют (протирают ватой, смоченной 70% спиртом или 1% раствором дезинфеканта).

7. Уход за полостью рта и зубами. У тяжелобольных это нужно выполнять следующим образом. Конец языка обернуть стерильной марлевой салфеткой и левой рукой вытянуть изо рта. Правой рукой, используя влажный ватный шарик, зажатый пинцетом, снять налет с поверхности языка. Затем язык отпустить и другим тампоном протереть зубы с внутренней и наружной стороны, особенно у шейки. Слизистую оболочку щек не протирать, чтобы не внести инфекцию в выводные протоки слюнных желёз. Попросить больного сполоснуть рот теплой водой. Инструменты продезинфицировать.

8. Уход за кожей. Ежедневно утром и вечером перед сном больные должны умываться. Перед каждым приемом пищи больному нужно мыть

руки с мылом. Умывать больного можно водой из кувшина или при помощи губки. Зубы надо чистить не реже двух раз в день, полоскать рот после каждого приема пищи. Тяжелобольным следует ежедневно протирать рот ватным шариком, смоченным 5% раствором борной кислоты или 0,5% раствором соды, или слабым раствором марганцовки, а кожу — ватным тампоном или концом полотенца, смоченным в теплой воде, или теплым камфорным спиртом, или разведенным водой этиловым спиртом (1:1), или раствором уксуса (1 столовая ложка на стакан воды).

Важное значение на всех этапах реабилитации имеет лечебная гимнастика, которую следует проводить как можно раньше - с 2-3-го дня ишемического инсульта и кровоизлияния в мозг, если нет прогрессирования неврологических нарушений и соматических противопоказаний. Всесредства лечебной физкультуры с первых дней их применения должны быть направлены на восстановление управления движениями и нормального соотношения силы и тонуса мышц-антагонистов. Особенное внимание следует уделять нормализации функций конечностей и предотвращению формирования контрактур.

В соответствии с особенностями течения заболевания у больных последовательно используются следующие лечебные режимы:

- строгий постельный режим — все активные упражнения исключены; все перемещения больного с кровати осуществляются медицинским персоналом;

- умеренно расширенный постельный режим — перемещение и смена положений больного в кровати производится с помощью медицинского персонала; при привыкании пациента к режиму допускаются самостоятельные повороты и переход в положение сидя;

- палатный режим — больной с помощью медицинского персонала и самостоятельно с опорой (спинка кровати или стула, костыли) передвигается в пределах палаты, выполняет доступные виды самообслуживания (ест, умывается и пр.)

□ свободный режим — больной выполняет доступные активные движения и совершенствует навыки самообслуживания, самостоятельно ходит по отделению и поднимается по лестнице. Лечебная гимнастика проводится с использованием исходных положений (лежа, сидя, стоя), допускаемых предписанным режимом. Выполняемые упражнения должны быть простыми и доступными. Для создания двигательной доминанты их следует повторять многократно.

Исследованиями, посвященными изучению влияния мышечной деятельности на течение болезней, выявлены основные механизмы лечебного эффекта физических упражнений: тонизирующее действие, трофическое действие, нормализация функций и формирование компенсаций. Вначале их интенсивность минимальная. Постепенно она увеличивается. При этом осуществляется постоянный контроль за реакцией больного на нагрузку (подсчет пульса, измерение артериального давления), за его самочувствием и объективным состоянием.

При появлении активных движений сначала уделяется внимание укреплению наиболее ослабленных мышечных групп (разгибатели предплечья, разгибатели кисти и пальцев, сгибатели голени, разгибатели стопы и др.). Обязательным условием рекомендуемой нами методики является активное изолированное выполнение движений, осуществляемых соответствующими мышечными группами. Возвращение в исходное положение при спастическом состоянии мышц-антагонистов осуществляется пассивно (расчлененное выполнение упражнений). При восстановлении активных движений надо добиваться того, чтобы они выполнялись точно, изолированно, так как при этом происходит концентрация потоков импульсов в соответствующих нейронах и их активизация. В случае появления непроизвольных содружественных движений (патологических синкинезий) необходимо противодействовать их закреплению. Вначале непроизвольно содружественные движения подавляются пассивно. Затем больной активно удерживает свою конечность, которая не должна вовлекаться в движение.

Постоянное внимание уделяется специальным упражнениям для спастически напряженных мышечных групп: медленное и плавное растягивание мышц, пассивные движения, элементы расслабляющего точечного массажа, волевое расслабление мышц. Повышение тонуса мышц можно уменьшить путем наложения шин и укладок конечностей в выгодном положении (лечение положением). При этом потоки импульсов с периферии способствуют снижению возбудимости мотонейронов, спастичности мышц.

Если у больного выявляются явления апраксии (утраты тех или иных навыков), в процессе занятий осуществляется специальное обучение больного выполнению «забытых» движений.

Реабилитационные мероприятия, как правило, начинаются с лечения положением. После перенесенного инсульта пациент не должен находиться в постели в одной позе в течение нескольких часов! Только постоянная смена положений обеспечит разнообразную стимуляцию, которая поможет восстановлению движений в конечностях. Неправильное положение приводит к развитию мышечной ригидности, ограничению объема движений и развитию контрактур. Правильное положение больного в постели следует постоянно контролировать и менять каждые 40-60 минут. Лечение положением осуществляется из исходного положения «лежа на спине» (щит под матрацем). Паретичные конечности больного укладываются в «корригированное положение» — противоположное гемиплегической контрактуре.

Руку укладывают на подушку так, чтобы плечевой сустав и вся конечность находилась на одном уровне в горизонтальной плоскости, и отводят в сторону на 30-40°. Затем угол отведения доводят до 90°. Между туловищем и плечом помещают ватно-марлевый валик или мешочек с песком (предплечье разогнуто и супинировано; пальцы кисти разогнуты, I палец отведен). На ладонь и пальцы кладут груз от 1 кг и более (величина груза зависит от степени выраженности гипертонуса; груз удерживается от 15 минут до 1 часа). Кисть и пальцы фиксируют в разогнутом положении с

помощью лонгеты. Под коленный сустав паретичной конечности подкладывают валик высотой 20 см (стопа разогнута под углом 90° , находится в упоре о деревянный ящик или фиксирована, гипсовой лонгетой). Для предотвращения супинации Бера снаружи стопы и голени укладывают длинный, мешочек с песком. При положении больного на здоровом боку паретичная нога должна быть согнута в тазобедренном и коленном суставах, а рука выпрямлена вдоль туловища.

Длительность лечения положением устанавливается индивидуально. При появлении жалоб на онемение, неприятные ощущения, боль следует менять положение конечности. Укладку паретичных конечностей не рекомендуется сохранять на время приема пищи и в период послеобеденного отдыха.

Регулярная смена положения тела и конечностей способствует не только снижению тонуса спастических мышц и улучшению периферического кровообращения, но и предупреждению застойных явлений в легких. Недопустимо поворачивать пациента через пораженное плечо. Это чаще всего приводит к развитию синдрома «болезненного плеча». Пациенту, перенесшему инсульт, гораздо труднее самостоятельно занять положение на здоровом боку, чем на пораженном. В этом случае ему требуется помощь. Технически это выполняется следующим образом. В положении «лежа на спине» пациент здоровой рукой берет парализованную руку и поднимает обе руки над головой. Необходимо помочь согнуть парализованную ногу и повернуть туловище в сторону здоровой половины. При перемене положения тела пациента не следует тянуть его за руку, удерживая ее за кисть или предплечье.

Руку нужно одновременно удерживать за дистальный и проксимальный участки и только таким образом перемещать пациента в нужные положения. Через некоторое время больной все меньше будет нуждаться в посторонней поддержке или даже обходиться без нее.

К пациенту, перенесшему мозговой инсульт, всегда следует приближаться с больной стороны, чтобы он стремился поворачивать туда голову. Этому правилу должны следовать все, кто контактирует с больным, — члены семьи, посетители, медперсонал. Все оборудование помещения, мебель, инвентарь надо расположить правильным образом (например, прикроватный столик должен стоять со стороны пораженных конечностей).

В течение дня лечение должно чередоваться с занятиями лечебной гимнастикой, массажем, а также шире использоваться в процессе занятий. Лечение положением назначается по показаниям не только в раннем, но и в позднем восстановительном периоде лечения.

Следующим этапом восстановительного лечения является обучение пациента самостоятельному сидению в постели. Данное положение является промежуточным перед тем, как пациенту будет позволено вставать с постели. Особое значение, как и при положении лежа, имеет правильное позиционирование. С помощью подушек пациент должен быть надежно фиксирован в выпрямленном сидячем положении. Необходимо предотвратить боковое сгибание туловища в сторону поражения.

При проведении физических нагрузок необходим регулярный контроль за АД и функцией сердца. При заболевании сердца (например, стенокардии или аритмии) реабилитационная программа должна быть согласована с кардиологом.

Если у больного с инсультом имеются речевые нарушения, рекомендуются логопедические занятия.

Через 3-4 недели от начала заболевания, с учетом общего состояния больного, следует приступать к восстановлению навыков ходьбы.

Наряду с мероприятиями, направленными на восстановление активных движений, необходимо раннее начало бытовой и социальной реабилитации при постоянной эмоциональной поддержке больного. Больной начинает заново учиться самостоятельно принимать пищу, одеваться, умываться. Восстановление двигательных функций наблюдается преимущественно в

первые 6 месяцев после инсульта, тем не менее значительное улучшение равновесия, речевых функций, а также бытовых и профессиональных навыков может продолжаться в течение 2 лет и более. При легких остаточных явлениях инсульта рекомендуют санаторное лечение, предпочтительно в привычных климатических условиях. Реабилитация больных, перенесших инсульт, процесс длительный, восстановление функций происходит не в полной мере и не всегда. Но, в любом случае, больному, перенесшему инсульт, следует оказывать всестороннюю поддержку, не усиливать разочарования пациента, использовать различные вспомогательные технические средства. Только при постоянной работе и нацеленности на выздоровление самого пациента и всесторонней помощи окружающих, больной инсультом может возвратиться к полноценной жизни.

Заключение

Из всего выше сказанного я думаю, что следует задуматься о своей жизни и о том мире, в котором мы живем. Улучшение социальных условий, экологии, здоровый образ жизни, своевременное выявление и адекватное лечение страдающих основными сердечно-сосудистыми заболеваниями и имеющих факторы их риска - вот основные принципы снижения заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения. Это должно способствовать сохранению золотого фонда нации - людей трудоспособного возраста, их активному творческому долголетию.

А если все-таки беда пришла, хоть и тяжело, но не стоит опускать руки нужно бороться до конца. Необходимо перепробовать все способы, которые могут помочь в выздоровлении. Не падать духом и, конечно, самое главное – это поддержка людей.

Литература

1. Зборовский К.Э. Основы медицинских знаний. Учебное пособие для студентов по специальности « Социальная работа», 2015.
2. Садикова Н.Б. 10 000 советов медсестре по уходу за больными. Мн.: Современный литератор, 2010.
3. Яромич И.В. Сестринское дело и манипуляционная техника: учебник. Мн.: Выш. шк. 2006.
4. Пантюк И.В. Теоретические основы социальной работы. Москва, 2014

**Рецензия на реферат Медведевой И.И. на тему «Острые нарушения
мозгового кровообращения».**

Сосудистые заболевания головного мозга занимают огромное место в структуре заболеваемости неврологических пациентов. Наиболее опасным и социально значимым являются нарушения мозгового кровообращения, представляя из себя актуальную проблему медицины.

Реферат соответствует всем требованиям оформления, хорошо структурирован. Информация, представленная в реферате актуальна, взята из действующих источников. В работе ординатор Медведева И.И. полностью раскрыла актуальность и значимость данной темы.

проф. каф. неврологии Б.И.И., Р. № 4.
В.И.И. (Медведева И.И.)