

**Горлов А.В., Павленко Т.Н., Михайлов С.Н.,  
Шаршавина Г.П., Фомина М.Н., Докучаева Т.И.,**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ,  
ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО  
КРОВООБРАЩЕНИЯ**



**Учебно-методическое пособие**

**Оренбург, 2015**

**ГБОУ ВПО Оренбургский государственный  
медицинский университет МЗ РФ  
ГБУЗ « Областной центр медицинской реабилитации», г. Оренбург**

**Горлов А.В., Павленко Т.Н., Михайлов С.Н.,  
Шаршавина Г.П., Фомина М.Н., Докучаева Т.И.,**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ ПО УХОДУ ЗА БОЛЬНЫМИ,  
ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО  
КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Учебно-методическое пособие**

**Оренбург, 2015**

УДК 614:616-083

Методическое пособие по уходу за больными, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения: Учебно-методическое пособие / Горлов А.В., Павленко Т.Н., Михайлов С.Н., Шаршавина Г.П., Фомина М.Н., Докучаева Т.И., – Оренбург, 2015. – 74 с.

В учебно-методическом пособии представлены вопросы ухода за неврологическими больными, пациентами с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), а так же вопросы сестринского ухода. Особенность данного учебно-методического пособия заключается в освещении вопросов ухода, рекомендаций для родственников и близких по уходу за больными, перенесшими инсульт, рабочих моментов по профилактике повторных инсультов и применение поэтапного сестринского процесса к реабилитации больных, перенесших ОНМК.

Предназначено для студентов высших и средних медицинских учебных заведений, специалистов лечебной физкультуре, восстановительной медицины, врачей других специальностей, медицинских сестер, инструкторов ЛФК и родственников больных перенесших острое нарушение мозгового кровообращения.

Рецензенты:

Павлов Юрий Икарович - зав. кафедрой сестринского дела, ухода за больными и менеджмента Южно-уральского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор

Иванов Константин Михайлович доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней ГБОУ ВПО Оренбургского государственного медицинского университета МЗ РФ

## Содержание

1. Цель, задачи, контрольные вопросы практического занятия "Уход за больными, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения "
2. Практические навыки
3. Самостоятельная работа
4. Перечень заданий для самостоятельной работы
5. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины
6. Введение
7. Сестринский уход за больными перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения
8. Основные симптомы заболеваний нервной системы
9. Уход за неврологическими больными
10. Особенности ухода за больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
11. Инсульт. Классификация инсульта.
12. Неотложные мероприятия при поступлении пациентов в стационар
13. Особенности ухода при эпилепсии
14. Судорги
15. Задачи острого периода инсульта
16. Ранняя реабилитация острого нарушения мозгового кровообращения
17. Совместная деятельность медицинского персонала и близких пациента в процессе реабилитации
  - Рекомендации для родственников и близких по уходу за больными, перенесшими инсульт
  - Обустройство и уборка квартиры
  - Водные процедуры
  - Помощь в туалете
  - Приспособления для передвижения больного
  - Методы восстановления движений
  - Пассивные движения и массаж
  - Активная гимнастика
  - Обучение ходьбе
  - Восстановление навыков самообслуживания
  - Психологическая и социальная адаптация
  - Восстановление речи, навыков чтения и письма
  - Обучение пациентов
18. Профилактика повторного инсульта
19. Сестринский процесс как основа этапного ухода за пациентами
20. Первый этап сестринского процесса – обследование пациента
21. Второй этап сестринского процесса (сестринская диагностика)
22. Третий этап сестринского процесса
23. Четвертый этап сестринского процесса
24. Пятый этап сестринского процесса
25. Приложение №1 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения")
  - Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения
  - Приложение N 1. к Порядку Правила организации деятельности неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения

## **I. Тема практического занятия «Уход за больными, перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения»**

### **Цель практического занятия:**

- Освоить на уровне воспроизведения по памяти учебную информацию о средствах, формах, методах лечебной физической культуры и их применение с лечебной и профилактической целью у пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК).

Задачи практического занятия:

- Освоить на уровне воспроизведения по памяти основные термины и понятия лечебной физкультуры, применяемые с лечебной и профилактической целью
- Понять и воспроизвести по памяти методы и принципы физических методов реабилитации на разных этапах восстановительного лечения пациентов, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения
- Освоить на уровне воспроизведения по памяти механизмы действия физических упражнений на физическое состояние человека
- Усвоить особенности построения частных методик лечебной физкультуры с учетом физических возможностей пациентов с ОНМК и уметь применять на практике средства и методы ЛФК.
- Приобрести умения проведения занятий по лечебной физической культуре с учетом этапа восстановительного лечения и индивидуальных особенностей пациентов

### **Контрольные вопросы, освещенные в учебно – методическом пособии:**

1. Сестринский уход за больными перенесшими острое нарушение мозгового кровообращения
2. Основные симптомы заболеваний нервной системы
3. Уход за неврологическими больными
4. Особенности ухода за больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
5. Инсульт. Классификация инсульта.
6. Неотложные мероприятия при поступлении пациентов в стационар
7. Особенности ухода при эпилепсии
8. Судорги
9. Задачи острого периода инсульта
10. Ранняя реабилитация острого нарушения мозгового кровообращения
11. Совместная деятельность медицинского персонала и близких пациента в процессе реабилитации
  - Рекомендации для родственников и близких по уходу за больными, перенесшими инсульт
  - Обустройство и уборка квартиры
  - Водные процедуры
  - Помощь в туалете
  - Приспособления для передвижения больного
  - Методы восстановления движений
  - Пассивные движения и массаж
  - Активная гимнастика
  - Обучение ходьбе
  - Восстановление навыков самообслуживания
  - Психологическая и социальная адаптация
  - Восстановление речи, навыков чтения и письма
  - Обучение пациентов
12. Профилактика повторного инсульта

13. Сестринский процесс как основа этапного ухода за пациентами
14. Первый этап сестринского процесса – обследование пациента
15. Второй этап сестринского процесса (сестринская диагностика)
16. Третий этап сестринского процесса
17. Четвертый этап сестринского процесса
18. Пятый этап сестринского процесса
19. Приложение №1 (Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения")
  - Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения
  - Приложение N 1. к Порядку Правила организации деятельности неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения
20. Приложение №2. Шкала комы Глазго (Jennett and Teasdale, 1974)

## **II. Практические навыки**

### **(необходимые для освоения при изучении дисциплины)**

1. Составление схемы занятия лечебной физической культуры.
2. Обучение навыкам лечебной физической культуры.
3. Обучение методам лечебной физической культуры.
4. Контроль состояния пациента при проведении занятия, оценка внешних признаков утомления
5. Измерение пульса.
6. Измерение артериального давления.
7. Подсчет частоты дыхания.
8. Массаж.

## **III. Самостоятельная работа**

Самостоятельная работа студентов должна составлять не менее 50% от общей трудоемкости дисциплины, является важнейшим компонентом образовательного процесса, формирующим личность студента, его мировоззрение и культуру безопасности, развивающим его способности к самообучению и повышению своего профессионального уровня.

### **Цели самостоятельной работы.**

Формирование способностей к самостоятельному познанию и обучению, поиску литературы, обобщению, оформлению и представлению полученных результатов, их критическому анализу, поиску новых и неординарных решений, аргументированному отстаиванию своих предложений, умений подготовки выступлений и ведения дискуссий.

### **Организация самостоятельной работы**

Самостоятельная работа заключается в изучении отдельных тем курса по заданию преподавателя по рекомендуемой им учебной литературе, в подготовке к лабораторному практикуму, семинарам, практическим занятиям, тренингам и деловым и ролевым обучающим играм, к рубежным контролям, экзамену или зачету, в выполнении домашнего задания.

### **Содержание самостоятельной работы**

Тематика самостоятельной работы должна иметь профессионально-ориентированный характер и иметь системно-деятельностную направленность. Тематическая направленность должна требовать активной творческой работы. Возможная тематическая направленность самостоятельной работы представлена для каждого учебно-образовательного модуля и области профессиональных знаний представлена в таблице 1

## **Таблица 1 Вопросы разделов для самостоятельного изучения**

Раздел (тема)	Вопросы, выносимые на самостоятельное изучение
Ранняя реабилитация острого нарушения мозгового кровообращения	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Виды физических упражнений, применяемых в ЛФК для пациентов с ОНМК</li> <li>2. Выбор исходных положений при выполнении комплексов лечебной гимнастики для больных с ОНМК</li> </ol>
Совместная деятельность медицинского персонала и близких пациента в процессе реабилитации	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Рекомендации для родственников и близких по уходу за больными, перенесшими инсульт</li> <li>2. Обустройство и уборка квартиры</li> <li>3. Водные процедуры</li> <li>4. Помощь в туалете</li> <li>5. Приспособления для передвижения больного</li> <li>6. Методы восстановления движений</li> <li>7. Пассивные движения и массаж</li> <li>8. Активная гимнастика</li> <li>9. Обучение ходьбе</li> <li>10. Восстановление навыков самообслуживания</li> <li>11. Психологическая и социальная адаптация</li> <li>12. Восстановление речи, навыков чтения и письма</li> <li>13. Обучение пациентов</li> </ol>
Методы физического воспитания	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Метод строго регламентированного упражнения.</li> <li>2. метод целостного упражнения</li> <li>3. Метод расчлененного упражнения</li> <li>4. метод равномерного упражнения,</li> <li>5. метод повторного упражнения</li> <li>6. методы интервального упражнения</li> <li>7. Игровой метод.</li> <li>8. Соревновательный метод</li> <li>9. Метод словесного и сенсорного воздействия.</li> </ol>

#### **IV. Перечень заданий для самостоятельной работы**

1. Планирование объема и интенсивности физических упражнений с учетом умственной учебной нагрузки. Расчет часов самостоятельных занятий.
2. Управление самостоятельными занятиями. Определение цели. Учет индивидуальных особенностей и проделанной работы. Корректировка тренировочных планов.
3. Оптимальная двигательная активность и ее воздействие на здоровье и работоспособность.
4. Формирование мотивов и организация занятий Лечебной физкультурой.
5. Формы самостоятельных занятий.
6. Содержание самостоятельных занятий.
7. Возрастные особенности содержания занятий.
8. Особенности самостоятельных занятий для женщин.
9. Расчет часовой нагрузки самостоятельных занятий.
10. Планирование объема и интенсивности физических упражнений
11. Управление самостоятельными занятиями. Определение цели. Учет индивидуальных особенностей.
12. Энергозатраты при физической нагрузке разной интенсивности.

13. Гигиена самостоятельных занятий. Питание, питьевой режим, уход за кожей.

14. Гигиена. Места занятий, одежда, обувь, профилактика травматизма.

#### **V. Компетенции обучающегося, формируемые в результате освоения дисциплины**

1. <i>ОК-1</i> (способностью и готовностью анализировать социально-значимые проблемы и процессы, использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности)
1.1. Способность и готовность анализировать социально значимые проблемы и процессы (студент должен быть способен проводить анализ проблем физической культуры и спорта, готов анализировать медико-биологические и социальные факторы риска в современном обществе)
1.1.1. На занятиях по дисциплине со студентами рассматриваются вопросы, направленные на становления социализированности личности студента. А именно, вопросы, посвященные физической культуре и спорту в России, физическому воспитанию в медицинских и фармацевтических вузах РФ. Анализируются психофизиологические основы труда и интеллектуальной деятельности; медико-биологические и социальные факторы риска в современном обществе.
1.1.2. Для становления у студентов способности и готовности анализировать социально значимые проблемы и процессы используются следующие методы: наглядные (зрительная и звуковая наглядность), вербальные (объяснение, рассказ, диспут, дискуссия, инструктаж, разбор) моделирование ситуаций, прием дополнительного конструирования незаконченной образовательной модели, частично-поисковые и эвристические (прием творческого моделирования идеальных образовательных объектов — «Если бы я был министром здравоохранения...»), создание педагогических проблемных ситуаций, проектирование (разработка социально-значимых проектов).
1.1.3. Процесс становления у студентов способности и готовности анализировать социально значимые проблемы и процессы оценивается с помощью тестирования, опроса, решения ситуационных задач, защиты проектов.
1.2. Способность и готовность использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных, медико-биологических и клинических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности (студент должен быть способен и готов использовать на практике методы освоения физической культуры, ее средства и принципы в профессиональной и социальной деятельности)
1.2.1. Становление у студентов способности и готовности использовать на практике методы гуманитарных, естественнонаучных и медико-биологических наук в различных видах профессиональной и социальной деятельности возможно при направленном использовании следующего содержания дисциплины: средства физической культуры в регулировании работоспособности; основы методик развития основных физических качеств; медико-биологические и методические основы современной спортивной тренировки. Методы контроля за функциональным и физическим состоянием организма человека; технические средства и тренажёры на службе здоровья; вспомогательные гигиенические средства повышения и восстановления работоспособности; допинги и стимуляторы в спорте.
1.2.2. Технологии проектного обучения (исследовательские, творческие проекты, социально-значимые проекты), учебное исследование, эвристические беседы, методы зрительной наглядности, вербальные методы
1.2.3. Тестирование, опрос, проекты
2. <i>ПК-12</i> (способность и готовность проводить с прикрепленным населением профилактические мероприятия по предупреждению возникновения наиболее часто встречающихся заболеваний, осуществлять общеоздоровительные мероприятия по формированию здорового образа жизни с учетом возрастного-половых групп и состояния здоровья, давать рекомендации по здоровому питанию, по двигательным режимам и



занятиям физической культурой, оценить эффективность диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными)
2.1 Способность и готовность давать рекомендации по двигательным режимам и занятиям физической культурой
2.1.1. Становление у студентов способности и готовности давать рекомендации по двигательным режимам и занятиям физической культурой возможно в рамках реализации методико-практического и практического модулей дисциплины. Легкая атлетика, спортивные игры, лыжная подготовка, плавание, гимнастика, ЛФК, АФК. Оценка функционального состояния организма человека. Физиологические показатели тренированности. Реакции тренированного и нетренированного организма на тестирующие нагрузки. Обоснование выбора вида и модели нагрузки.
2.2.2 Методы направленные на формирование двигательных умений и навыков (сопряженного воздействия, целостного упражнения, расчленено-конструктивного упражнения), соревновательный, игровой, поликлинический прием совместно с врачом для допуска различных контингентов к занятиям физической культурой и спортом.
2.2.3 Контрольные нормативы, обход больных совместно с преподавателем кафедры и назначение средств ЛФК.
3. ПК- 24 (способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса)
3.1 Способностью и готовностью давать рекомендации по выбору оптимального режима двигательной активности в зависимости от морфофункционального статуса
3.1.1 Методы контроля за функциональным и физическим состоянием организма человека. Вспомогательные гигиенические средства повышения и восстановления работоспособности. Адаптивная физическая культура и спорт инвалидов. Лечебная физическая культура. Профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП). Современные оздоровительно-спортивные системы повышения качества жизни человека. Обеспечение оптимального двигательного режима.
3.1.2 Методы двигательной наглядности, соревновательный, игровой, строго регламентированного упражнения, ведение дневника самоконтроля, поликлинический прием совместно с врачом для допуска различных контингентов к занятиям физической культурой и спортом, врачебно-педагогическое наблюдение за лицами, занимающимися физической культурой и спортом.
3.1.3 Опрос, контрольные нормативы, упражнения. Собеседование. Постановка функциональных проб, написания медицинского заключения, определения медицинской группы, оформления формы №277, Ситуационные задачи.
4. ПК-26 (способность и готовность к обучению взрослого населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний, к формированию здорового образа жизни, способствующих поддержанию на должном уровне их двигательной активности, устранению вредных привычек)
4.1 Способность и готовность к обучению взрослого населения основным гигиеническим мероприятиям оздоровительного характера, способствующим укреплению здоровья и профилактике возникновения заболеваний.
4.1.1 Вспомогательные гигиенические средства повышения и восстановления работоспособности. Адаптивная физическая культура и спорт инвалидов. Профессионально-прикладная физическая подготовка (ППФП). Физическая культура в системе научной организации труда (НОТ). Оптимизация физической активности населения. Современные оздоровительно-спортивные системы повышения качества жизни человека. Направленное использование механических тренажеров, средств ЛФК в восстановительном лечении.
4.1.2. Наглядные и вербальные общепедагогические методы, моделирование ситуаций, проблемное обучение, технология проектного обучения.
4.1.3 Решение ситуационных задач, опрос, тестирование, обход больных совместно с

преподавателем кафедры и назначение средств ЛФК.
4.2 Способность и готовность к формированию здорового образа жизни, способствующие поддержание на должном уровне двигательной активности у взрослого населения, устранению вредных привычек.
4.2.1 Средства повышения работоспособности, ППФП, направленное воспитание двигательных качеств, формирование двигательных умений и навыков, освоение элементов оздоровительных систем их направленное использование. Применение новых аппаратов для восстановительного лечения
4.2.2 Моделирование ситуаций, частично-поисковый и эвристический, создание педагогических проблемных ситуаций, игровые технологии, метод проектов
4.2.3 Анкетирование, контрольные упражнения, решение ситуационных клинических задач, опрос, тестирование, обход больных совместно с преподавателем кафедры и назначение средств ЛФК.

## Введение

До недавнего времени уход за пациентами в значительной степени носил интуитивный или эмпирический характер (когда сёстры полагались больше на практический, часто рутинный опыт или наблюдения, чем на научные исследования). Путём проб и ошибок медицинская сестра находила средства, которые должны были помочь пациенту, и многие медицинские сёстры становились профессионалами благодаря накапливающемуся опыту ухода за пациентами.

Ранее сестринское дело получало научную основу либо из области медицины (лечебное дело), либо из области физиологии, биологии, психологии, социологии. Сейчас сестринское дело стремится создать собственную, уникальную базу знаний. Некоторые аспекты практики по уходу за пациентами окончательно не разработаны и решаются на интуитивном уровне, но основа научного подхода в этой области уже создана и будет развиваться. При этом следует учитывать, что «темпы развития сестринского дела зависят от практики, поэтому можно наблюдать значительные вариации между его различными областями, а также его особенности в разных странах. В различные времена сёстры выполняли (и выполняют до сих пор) работу врачей, диетологов, уборщиц и клерков. Всё это вносит неразбериху в понимание уникальной роли сестры», - писала Ф. Найтингейл. По её словам, можно прийти к выводу, что сестринское дело означает уход за человеком, а не просто решение его медицинских проблем - «лучше знать человека в определённом состоянии, чем само то состояние, которое приносит ему страдание»

Время, когда работа медицинской сестры в основном сводилась к тому, чтобы помочь больному вытирать пот с лица, уходит. Сегодня она по-прежнему выполняет назначения врача, но становится всё более самостоятельной в принятии независимого решения.

Доктор Т. Бильрот писал: «Суметь помочь страдающему - несомненно, одна из самых прекрасных способностей, которыми только располагает человек. Но тем не менее, "пособие" должно быть возведено в "искусство", должно соединять знание и умение, если желают достигнуть его полного благотворного действия на себя и других».

И действительно, сегодня сестринское дело - это и искусство, и наука. Оно требует и понимания, и применения специальных знаний и умений. Сестринское дело основывается на теории и практике, созданных на базе гуманитарных и естественных наук: биологии, медицины, психологии, социологии и др. Медицинская сестра принимает на себя ответственность и действует с надлежащими полномочиями, непосредственно исполняя профессиональные обязанности, и отвечает за те медицинские услуги, которые предоставляет. Она имеет право самостоятельно решать, необходимо ли ей продолжить образование по управлению, обучению, работе в клинике и научным исследованиям, и предпринять шаги, чтобы удовлетворить эти потребности. Миссия сестринского дела в обществе состоит в том, чтобы помочь отдельным людям, семьям и группам развить свой

физический, умственный и социальный потенциал и поддерживать его на соответствующем уровне независимо от меняющихся условий проживания и работы. Это требует от медицинских сестёр работы по укреплению и сохранению здоровья, а также по профилактике заболеваний.

Новое сестринское дело - это потребность в изменении основы текущей практики. Организация сестринской деятельности основана на выполнении назначений врача, на уходе, при котором уделяется внимание индивидуальным потребностям пациента.

Новая концепция заменит давно установившуюся иерархическую и бюрократическую систему организации сестринского дела профессиональной моделью. Высококвалифицированная практикующая медицинская сестра должна иметь достаточно знаний и навыков, чтобы планировать, осуществлять и оценивать результаты ухода, отвечающего потребностям конкретного пациента. При этом делается особый акцент на уникальность вклада сестринского ухода в выздоровление и восстановление здоровья пациента.

### СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ, ПЕРЕНЕСШИМИ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

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 (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 (12, 15, 27).

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. [2,6,15,27]

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) (2,5).

Несмотря на положительные результаты по оценке качества и эффективности мультидисциплинарной модели восстановительного лечения больных, перенесших инсульт [6] и организация реабилитации подобного контингента существующая система не обеспечивает всей потребности в ней, что требует совершенствования организационных форм и методов работы.

Образовательный и профессиональный уровень, как медицинских сестер первичного звена, так и сестер специализированных неврологических отделений соответствует современным требованиям к уровню подготовки специалистов сестринского дела. Условия

этапной реабилитации постинсультных больных способствует расширению роли медицинских сестер, определяет основные направления мероприятий, которые способствуют улучшению качества жизни пациента, связанное со здоровьем. Все это обосновывает необходимость поиска механизмов, в основе которых должно лежать не интуиция, а целенаправленная и систематическая работа, сочетающаяся с научным обоснованием, рассчитанная на удовлетворение потребностей и решение проблем больного [Европейское региональное бюро ВОЗ - март 1996 г.], а также изменением роли медицинской сестры, с учетом более рационального ее использования, полноценного функционирования в современных условиях.

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

#### Основные симптомы заболеваний нервной системы

Двигательные расстройства. Это могут быть параличи (полная или практически полная потеря мышечной силы), парезы (частичное снижение мышечной силы). Парализованные мышцы становятся расслабленными и мягкими, их сопротивление при пассивных движениях слабо выражено или отсутствует, также в этих мышцах развивается атрофический процесс (в течение 3-4 месяцев нормальный объем мышцы уменьшается на 70 – 80 %), сухожильные рефлексы будут отсутствовать – это периферический паралич. Для центрального паралича будет характерно повышение мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексов, появление патологических рефлексов, нет дегенерации мышц. Ко второй группе двигательных расстройств, при которой нет снижения мышечной силы, относятся поражения расстройства движения и позы вследствие поражения базальных ганглиев. При этом, возникают следующие симптомы: акинезия, характеризуется неспособностью совершать быстрые движения в конечностях, ригидность мышц, тремор (дрожание в пальцах рук, верхних конечностях, подбородке), хорей (аритмичные произвольные быстрые движения, вовлекающие пальцы руки, кисть, всю конечность или другие части тела), атетоз (относительно медленные червеобразные произвольные движения, сменяющиеся одно другим), дистония (проявляется возникновением патологических поз). Нарушения координации движений и другие расстройства функции мозжечка. При этом возникают нарушение координации произвольных движений (атаксия), дизартрия (замедление или нечеткость речи), гипотония конечностей. Из других нарушений двигательных движений выделяют:

- тремор (дрожание), астериксис (быстрые, крупноразмашистые, аритмичные движения),
- клонус (ритмичные однонаправленные сокращения и расслабления группы мышц), миоклонус (аритмичные, толчкообразные сокращения отдельных групп мышц), полимиоклонус (распространенные молниеносные, аритмичные сокращения мышц во многих частях тела), тики (периодические резкие подергивания в определенных группах мышц, по-видимому, позволяющие пациентам уменьшить ощущение внутреннего напряжения), двигательная стереотипия, акатизия (состояние крайнего двигательного беспокойства), вздрагивание. Нарушение устойчивости и ходьбы, это мозжечковая походка (широко расставленные ноги, неустойчивость в положении стоя и сидя),
- сенсорная атактическая походка (выраженные затруднения при стоянии и ходьбе, несмотря на сохранение мышечной силы), и многие другие. Часто появляются расстройства тактильной чувствительности. Из других симптомов это боль. Здесь особо необходимо выделить головную боль (простая мигрень, классическая мигрень, пучковая мигрень, хроническая головная боль напряжения, боль при опухолях головного мозга, боль при височном артериите), боль в нижних отделах спины и конечностях (растяжение в пояснично-крестцовом отделе, грыжи дисков, находящихся между позвонков, спондилолистез, спондилез, опухоли спинного мозга и позвоночника), боли в шее и в верхней конечности (межпозвоночные грыжи, дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника).

Изменение функции других типов чувствительности, нарушения обоняния: anosmia (потеря обоняния), dysosmia (извращение восприятия обонятельных ощущений), обонятельные галлюцинации, нарушения вкуса. Из остальных видов чувствительности, это нарушения зрения, движения глаз и функции зрачков, нарушения слухового анализатора, головокружение и изменения в системе равновесия - могут быть признаками патологических процессов в нервной системы. Другими проявлениями патологии нервной системы могут быть эпилептические припадки, истерические припадки, нарушения сознания (кома, обморок), нарушения сна (инсомния – хроническая неспособность заснуть, гиперсомния – чрезмерный сон, снохождение и другие), кроме того нарушения умственной деятельности, изменения в поведении, нарушения речевой деятельности, сильная тревожность, быстрая утомляемость, перепады настроения и патология влечений.

#### Уход за неврологическими больными

Часто возникают тяжелые двигательные расстройства, нарушения чувствительности, речи, расстройства функции тазовых органов, возможны судорожные припадки. Этим и определяется специфика ухода за данной категорией больных. В легких случаях с помощью реабилитационных мероприятий и ортопедических приспособлений больному можно обеспечить полноценное существование. В тяжелых случаях стремятся максимально использовать сохранившиеся функциональные возможности. При прогрессирующих заболеваниях лечение зависит от скорости нарастания и выраженности симптоматики. Например, боковой амиотрофический склероз и злокачественные опухоли быстро приводят к смерти, однако и в этих случаях разъяснение прогноза и поддерживающие меры могут принести большую пользу больному и его семье. Правильная организация ухода за больными является важной составной частью в системе восстановительных мероприятий неврологического и терапевтического отделения. Ведущая роль по организации и обеспечению ухода за больными принадлежит среднему медицинскому персоналу. Как и во всех лечебных учреждениях, уход за больными основывается на принципах медицинской деонтологии – науки о принципах поведения медицинского персонала для максимального повышения полезности лечения. В реабилитационном отделении система ухода имеет свои особенности, которые определяются необходимостью учета главных положений реабилитации. Кроме того, организация ухода должна предусматривать клинический профиль восстановительного отделения и тяжесть контингента находящихся в нем больных. Как правило, реабилитационные неврологические центры проектируются по типу многопрофильных стационаров, в составе которых имеются отделения для больных с последствиями сосудистых и инфекционных заболеваний, черепно-мозговой травмы, больных со спинальными поражениями и заболеваниями периферической нервной системы. В пределах каждого отделения содержатся больные с различной тяжестью как основного заболевания, так и его осложнений, поэтому наряду с больными, свободно передвигающимися, имеются лежачие больные, нуждающиеся в посторонней помощи. Кроме того, при обеспечении ухода следует иметь в виду различный возраст больных. Более высокий возраст приходится на больных сосудистых отделений. На эффективность восстановительного лечения влияет обеспечение оптимальных санитарно-гигиенических условий. Регулярное проветривание помещения (палат, процедурных кабинетов) должно производиться с учетом поддержания постоянного температурного режима. Следует избегать сквозняков и чрезмерного охлаждения помещения, учитывая, что многие больные получают тепловые процедуры. Строгое соблюдение санитарно-гигиенических условий и специального ухода важно в палатах для лежачих больных, особенно спинальных, страдающих тазовыми расстройствами. Не меньшее значение имеет и соблюдение больными личной гигиены. Личная гигиена имеет значение и в предотвращении развития таких осложнений, как опрелости, пролежни у больных с нарушениями обменных и трофических функций. Особенности ухода за неврологическими больными обусловлены характером поражения, который определяет нарушения чувствительной и двигательной сферы, возникновение параличей, нарушения глотания. Для того чтобы правильно организовать

уход за этими больными, необходимо иметь общее представление о клинической картине и течении основных синдромов и болезней, встречающихся в неврологическом стационаре

## ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. В Российской Федерации заболеваемость цереброваскулярными болезнями составляет около 400 человек на 100 000 населения. Смертность от сосудистых заболеваний мозга в нашей стране в структуре общей смертности занимает второе место, ненамного уступая смертности от заболеваний сердца. Летальность в острой стадии инсульта составляет 35 %, увеличиваясь на 12–15 % к концу первого года. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В России возвращаются к трудовой деятельности- 3-23%, постоянная медико-социальная поддержка требуется – 85%, глубокая инвалидизация до конца жизни – 30%. Решающее значение в снижении смертности и инвалидности вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, включающей регулируемые социальные факторы. Однако существенный эффект в этом отношении может также дать правильно организованная система помощи больным с ОНМК, основанная на четких диагностических и лечебных стандартах, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Создание адекватной системы помощи больным с инсультом, по экспертным оценкам ВОЗ, позволяет снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20 % и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после его начала не менее чем у 70 % выживших пациентов. Основное внимание должно быть уделено мероприятиям, проводимым в течение первых 7-10 суток после ОНМК, так как во многом от них зависит исход заболевания и качество жизни больных, перенесших инсульт. 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.

Инсульт (*insulto* – скачок, лат.), инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг, удар или, как в старину говорили, апоплексический удар – это острое нарушение мозгового кровообращения, которое характеризуется закупоркой или разрывом сосудов мозга и внезапным (от нескольких минут до нескольких часов) появлением симптомов повреждения мозга или его оболочек, которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в достаточно короткий промежуток времени. Инсульт, как правило, не является единовременным событием. Скорее, его можно считать, развивающимся во времени и пространстве, процессом, проходящим стадии от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга – некроза (омертвения клеток мозга). Различают геморрагический инсульт, при котором происходит кровоизлияние в мозг и ишемический инсульт, возникающий вследствие затруднения или прекращения поступления крови к тому или иному отделу мозга и сопровождающийся размягчением участка мозговой ткани – инфарктом мозга.

У многих больных инсульт возникает внезапно, но иногда ему предшествуют предвестники. Например, при гипертонической болезни и атеросклерозе появляется шум в ушах, тяжесть в голове, головная боль и головокружение, появляется преходящая слабость руки, ноги, иногда резкая общая слабость. Геморрагический инсульт чаще происходит днем после стресса, эмоционального напряжения. У больного наступает парез (паралич) рук и ног, обычно с одной стороны (например, правой руки и ноги при кровоизлиянии в левое полушарие головного мозга), нарушается речь. Многие больные теряют сознание, не реагируют на окружение, в первые часы, могут быть судороги, рвота, храпящее дыхание. Ишемический инсульт может произойти в любое время суток, чаще ночью во время сна,

иногда он развивается постепенно. Например, сначала онемевает рука, затем половина щеки, а в дальнейшем затрудняется речь. Вопрос о госпитализации решает врач. Если возможно больной госпитализируется в неврологическое отделение, чаще в первые дни после инсульта больной находится в отделении интенсивной терапии или в реанимации.

После инсульта у больных могут сохраняться более или менее длительное время различные нарушения сознания, двигательных (параличи, парезы), расстройства речи, чувствительности, мочеиспускания.

Во время нахождения больного в неврологическом стационаре с ним работает **мультидисциплинарная бригада**, в состав которой входит реаниматолог, невропатолог, терапевт, уролог, хирург, логопед, гематолог, реабилитолог, специалист по лечебной физкультуре, массажистки, медицинские сестры.

Главные факторы риска — это повышенное артериальное давление и атеросклероз (сужение артерий из-за отложения в их стенках воскоподобного вещества - холестерина). Частота инсультов в последние десятилетия снизилась в основном потому, что люди стали лучше понимать, насколько важно контролировать повышенное артериальное давление и содержание холестерина в крови. К инсультам относят ишемический инсульт (инфаркт мозга) (до 80% всех случаев), геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) (около 10% случаев) и субарахноидальное кровоизлияние (около 5%). Ишемический инсульт чаще всего развивается при сужении или закупорке артерий, питающих головной мозг. Не получая необходимых им кислорода и питательных веществ, клетки мозга погибают. Ишемический инсульт подразделяют на атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный и инсульт по типу гемореологической микроокклюзии.

- **Атеротромботический инсульт** как правило возникает на фоне атеросклероза церебральных артерий крупного или среднего калибра. Атеросклеротическая бляшка суживает просвет сосуда и способствует тромбообразованию. Возможна артерио-артериальная эмболия. Этот тип инсульта развивается ступенеобразно, с нарастанием симптоматики на протяжении нескольких часов или суток, часто дебютирует во сне. Нередко атеротромботический инсульт предваряется транзиторными ишемическими атаками. Размеры очага ишемического повреждения варьируют.

- **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. Начало кардиоэмболического инсульта как правило внезапное, в состоянии бодрствования пациента. В дебюте заболевания наиболее выражен неврологический дефицит. Чаще инсульт локализуется в зоне кровоснабжения средней мозговой артерии, размер очага ишемического повреждения средний или большой, характерен геморрагический компонент. В анамнезе возможны тромбоэмболии других органов.

- **Гемодинамический инсульт** обусловлен гемодинамическими факторами – снижением артериального давления (физиологическим, например во время сна; ортостатической, ятрогенной артериальной гипотензией, гиповолемией) или падением минутного объема сердца (вследствие ишемии миокарда, выраженной брадикардии и т. д.). Начало гемодинамического инсульта может быть внезапным или ступенеобразным, в покое или активном состоянии пациента. Размеры инфарктов различны, локализация обычно в зоне смежного кровоснабжения (корковая, перивентрикулярная и др.). Гемодинамические инсульты возникают на фоне патологии экстра- и/или интракраниальных артерий (атеросклероз, септальные стенозы артерий, аномалии сосудистой системы мозга).

- **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. Общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют, имеется характерная очаговая симптоматика (чисто двигательный или чисто чувствительный лакунарный синдром, атактический гемипарез, дизартрия или монопарез).

Инсульт по типу гемореологической микроокклюзии возникает на фоне отсутствия какого-либо сосудистого или гематологического заболевания установленной этиологии. Причиной инсульта служат выраженные гемореологические изменения, нарушения в системе гемостаза и фибринолиза. Характерна скудная неврологическая симптоматика в сочетании со значительными гемореологическими нарушениями.

Больному с ОНМК 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 быстро, как это только возможно. Четко доказана прямая зависимость прогноза инсульта от времени начала его лечения. Кроме того, в первые часы инсульта могут развиваться 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. Наилучшим вариантом является госпитализация больных в многопрофильный стационар, в котором имеются возможности проведения компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ангиографии, а также ангио-неврологическое отделение с палатой интенсивной терапии и отделение реанимации со специально выделенными койками и подготовленным персоналом для ведения этих больных. Непременным условием является наличие в стационаре нейрохирургического отделения или бригады нейрохирургов, так как около трети больных нуждаются в консультации или оказании этого вида специализированной помощи. Пребывание в таких клиниках достоверно улучшает исходы ОНМК и эффективность последующей реабилитации.

#### Неотложные мероприятия при поступлении

Неотложные мероприятия при поступлении складываются из:

- 1) оценки адекватности оксигенации, уровня АД, наличия или отсутствия судорог;
- 2) неврологического осмотра;
- 3) выполнения необходимого минимума лабораторных исследований;
- 4) проведения КТ или МРТ с последующим выбором тактики лечения;
- 5) решения вопроса о месте пребывания больного.

1. 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:

- РаО<sub>2</sub> 55 мм рт. ст. и ниже.
- Жизненная емкость 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 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.

2. 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.

3. 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.

4. 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.

5. 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. Уход за больным в острый период инсульта. 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. Этим осложнениям 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. 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. Для предупреждения пролежней и пневмонии больного поворачивают в постели каждые 2–3 часа. Поэтому весьма актуальным является грамотное проведение этих манипуляций.

Как правильно перевернуть пациента на большую сторону:

- встать с той стороны от пациента, куда собираетесь его поворачивать;
- взяться за здоровое плечо, колено или таз (бедро) и помочь перевернуться.

Как перевернуть больного для того, чтобы перестелить кровать:

- чистая простыня скатывается в виде валика и располагается с одной из сторон пациента;

- по мере того, как старая простыня скатывается в рулон, новая разворачивается;
- потом больного переворачивают на другой бок, вытягивая обе простыни из-под него и продолжают замену на другой стороне постели;
- простыня должна быть заправлена без морщин и складок;
- укрывать больного одеялом надо таким образом, чтобы ему не было жарко и тяжело.

#### Как помочь больному переместиться к изголовью постели:

- встать с больной стороны пациента;
- одной рукой обхватить таз пациента, а другую руку подложить под бедро или ягодицу больной стороны, склонившись так, чтобы своим плечом подпирать его больное плечо. Для удобства помощник может опереться ногой о кровать;
- когда больной приподнимается, то необходимо помочь поднять его больную сторону и быть опорой плечу. Если больному неудобно перемещаться к изголовью с вашей помощью или сидеть, то это преодолевают должным образом.

#### Вставание пациента с постели с посторонней помощью:

- помощнику нужно встать с больной стороны и положить руки на здоровое колено и плечо пациента;
- следует помочь перевернуться пациенту на больную сторону;
- для того чтобы сесть, больной должен ладонью здоровой руки опереться о матрац на уровне плеча. Затем, отталкиваясь здоровой рукой, больной поднимает голову и садится в постели (ноги опущены);
- если самостоятельно больному выполнить третий этап трудно, то помощник кладет одну руку под лопатку с больной стороны пациента, другую – на бедро здоровой ноги.

**Внимание!** Нельзя держать больного за шею – это может привести к травме. Нельзя тянуть за больную руку, так как это травмирует плечевой сустав и может привести к вывиху.

#### Вставание пациента с кресла с посторонней помощью:

- необходимо встать с больной стороны, одну руку положить между лопаток или на поясницу, вторую – на колено больной ноги;
- пациент должен сдвинуться к краю сиденья, ноги поставить на пол на ширину плеч, расположив ступни ближе к ножкам кресла;
- в момент вставания больного помощник должен слегка подтолкнуть его в спину и надавить на колени, чтобы помочь их выпрямить при вставании. Все действия помощника лишь регулируют попытку самого пациента встать на ноги.

#### Способ помочь встать из кресла пациенту, которому трудно опереться на больную сторону:

- пациент смещается на край кресла, ставит ступни на пол ровно на одном уровне на ширину плеч и ближе к ножкам кресла;
- помощник встает лицом к пациенту так, чтобы его ноги были напротив больной ноги для ее фиксации;
- больной кладет свою здоровую руку на плечо помощника или обнимает его за талию;
- помощник обхватывает пациента за талию или бедра;
- больной сильно наклоняется вперед и встает;
- помощник помогает перенести вес тела на ступни и поддерживает больную сторону;
- затем пациент выпрямляется и распределяет равномерно вес тела на обе ноги.

#### Как правильно усадить больного:

- встать с больной стороны пациента, свою руку положить на спину больного между лопатками и руководить его движениями;
- при необходимости второй рукой поддерживать колено больной ноги и регулировать движения.

**Внимание!** Под мышки больного поднимать нельзя – это травмирует плечо больной руки и вызывает боль.

Как правильно стоять с посторонней помощью: С помощником можно вставать и стоять, если сила в ногах обеспечивает устойчивость положения:

- помощник встает рядом с пациентом с больной стороны и руками обхватывает больного за талию или бедра. Ступня ноги помощника приставлена к носку больной ноги, а колено служит опорой больному колену;
- бедро больной ноги должно поддерживаться телом или рукой помощника, не давая ему согнуться.

#### Как правильно ходить по лестнице с посторонней помощью:

##### Подъем по лестнице:

- больной должен опираться на здоровую сторону и следить, чтобы ступни полностью ставились на ступеньку и располагались параллельно друг другу;
- помощник должен встать позади больного с больной стороны, поддерживая одной рукой за бедра, а другой рукой держась за поручни, и только помогать движению, направляя бедра больного вперед и перемещая вес тела на здоровую ногу в момент подъема на ступеньку.

**Внимание!** Помощник помогает больному ставить ступню больной ноги на ступеньку, соблюдая правила безопасности.

##### Спуск с лестницы:

- больная нога пациента должна быть опорной. Ступни ставят на ступеньку полностью – параллельно друг другу;
- помощник встает перед больным, одна его рука на бедре пациента, другая – на перилах; и направляет движение бедер пациента вперед, помогая перемещать вес тела на больную ногу;
- можно помочь поставить больную ногу пациента на ступеньку.

**Внимание!** Помощник должен быть осторожным, потому что спускается по лестнице спиной вперед. Продолжая тему ухода за больными с ОНМК, следует заметить, что очень важно особое внимание уделять кожным покровам, полости рта, содержанию постельного белья. При малейшем недосмотре у таких больных могут появиться пролежни в области ягодиц, крестца, лопаток. 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.

## ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Большого внимания требуют больные, находящиеся в состоянии эпилептического припадка. Картину эпилептического припадка должна ясно представлять себе каждая медсестра, каждая сиделка.

Приступ начинается чаще внезапно, без предвестников, а иногда ему предшествует так называемая эпилептическая аура (галлюцинации или ощущения, которые всегда повторяются перед началом приступа). Больной падает на пол, чаще лицом вниз или на бок и теряет сознание. Затем начинаются судороги (в том числе и дыхательной мускулатуры), что может привести к остановке дыхания. Лицо больного сначала бледнеет, потом становится синюшным. Происходит попеременное судорожное сокращение мышц глазных яблок, языка.

Если язык прикушен зубами, в слюне и выступившей пене появляется примесь крови. Обычно у больного во время приступа голова сильно колотится, руки и ноги толчкообразно подергиваются, иногда наблюдается самопроизвольное выделение мочи и кала.

Приступ длится около двух минут, после чего часто наступает коматозное состояние, переходящее в сон. Проснувшись, больной почти не помнит, что с ним произошло. Помощь, которую ухаживающий персонал может оказать больному во время эпилептического припадка, заключается в том, чтобы не дать больному нанести себе увечья при падении, не дать ему удариться головой о твердые предметы (угол стола, кровати, камин и т.д.). Больного следует уложить на пол, на матрас или одеяло и держать, не давая вскакивать и делать резких движений.

При приступе ухаживающий персонал должен принять следующие меры:

- Если вы видите, что пациент упал на землю, постарайтесь убрать и отодвинуть от него все тяжелые предметы, о которые он может удариться во время приступа.
- Не пытайтесь полностью зафиксировать его, чтобы он не двигался, просто старайтесь ограничить движения больного для его собственной защиты.
- Прикройте ему голову руками, чтобы избежать травм головы.
- Не пытайтесь перенести пациента во время приступа на кровать или диван – пусть остается там, где его застал приступ (если это, конечно, не опасно).
- После приступа не акцентируйте внимания больного на том, что произошло, старайтесь быть с ним ласковым и уверьте, что все в порядке и ничего страшного не произошло.

«Скорую помощь» следует вызывать в случаях:

- если приступ судорог продолжается больше обычного;
- если это первый приступ;
- если сразу же после окончания первого приступа начинается второй и третий;
- если пациент нанес себе травму при падении.

На лицо и грудь больного следует побрызгать водой. Как только приступ судорог закончится, больного укладывают в постель и дают выпить что-нибудь успокаивающее (настойка валерианы, корвалол, пустырник, капли Зеленина и др.). В межприступном периоде больным полезны успокаивающие средства, теплые ванны, лечебная гимнастика, водные процедуры. Всем больным, страдающим эпилептическими приступами, следует носить с собой какой-нибудь документ или так называемую идентификационную карту, где написан диагноз, что нужно делать при приступе и указан адрес.

## СУДОРОГИ

Судороги – это непроизвольные сокращения мышц всего тела или отдельных мышечных групп. Различают судороги генерализованные (общие) и местные (локализованные). Например, при напряжении отдельных мышц (писчий спазм, кривошея). Судороги могут быть тонические (медленное напряжение мышц) и клонические (быстрое ритмичное сокращение мышц). Генерализованные судорожные припадки наблюдаются при эпилепсии. В отличие от эпилепсии выделяют симптоматические (эпилептиформные) судорожные синдромы. Их причиной могут быть: а) эндогенные (поражение почек, печени, надпочечников, уремия, эклампсия, ипогликемия, гипергликемия); б) экзогенные (алкоголь, барбитураты, углекислый газ, бензол, камфора, ртуть); — токсические; — органические заболевания головного мозга (менингиты, энцефалиты, ревматизм н.с., тbc, сифилис, объемные процессы головного мозга).

## РАННЯЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

В остром периоде инсульта ранняя реабилитация решает следующие задачи:

- ✓ предупреждение и организация лечения осложнений, связанных с иммобилизацией, сопутствующих заболеваний
- ✓ определение функционального дефицита и сохранных возможностей пациента

- ✓ улучшение общего физического состояния пациента
- ✓ выявление и лечение психоэмоциональных расстройств
- ✓ предупреждение повторного инсульта

Неподвижность больного в остром периоде инсульта служит причиной развития многих осложнений - пролежней, тромбоза глубоких вен, пневмонии, депрессии. Правильный уход и ранняя активизация больного во многом способствуют предупреждению этих явлений [21,15].

#### Роль медицинской сестры:

- 1 выполнение врачебных назначений
- 2 динамическое наблюдение за состоянием пациента:
- 3 контроль сознания
- 4 функциональная оценка состояния пациента
- 5 удовлетворение потребностей пациента в питании и жидкости:
- 6 адекватное питание
- 7 адекватное потребление жидкости
- 8 сведение к минимуму физического дистресса:
- 9 коррекция нарушений дыхания
- 10 контроль терморегуляции
- 11 поддержание гемодинамики
- 12 сведение к минимуму эмоционального дистресса
- 13 коррекция нарушений психики
- 14 снижение риска вторичных осложнений
- 15 тромбоз глубоких вен нижних конечностей
- 16 пролежни
- 17 боль и отек в парализованных конечностях.
- 18 Коррекция нарушений дыхания.

Обеспечение проходимости дыхательных путей путем предупреждения обструкции является приоритетной задачей у больных с ОНМК:

- ✓ находящихся в коме
- ✓ при рвоте.

Основные причины обструкции дыхательных путей:

- западание корня языка
- аспирация рвотных масс
- участие кашлевого рефлекса и накопление мокроты в трахеобронхиальном дереве.

Профилактика обструкции дыхательных путей:

- удаление съемных зубных протезов
- регулярная санация ротоглотки
- контроль положения пациента
- изменение положение тела
- пассивная дыхательная гимнастика

Адекватное питание пациента. Питание пациента должно осуществляться с учетом следующих требований:

- 1 общая калорийность 2000-3000 Ккал в сутки
- 2 бесшлаковое, гомогенное
- 3 с повышенным содержанием белка
- 4 с повышенным содержанием витаминов
- 5 с учетом диетических рекомендаций по основному и сопутствующим заболеваниям.

Метод кормления зависит от степени угнетения сознания и сохранения глотательного рефлекса. Расширение рациона питания производится за счет молочно-растительной пищи с содержанием клетчатки. Пациент принимает пищу сначала в кровати (высокое положение Фаулера и специальный столик), по мере расширения двигательного режима сидя за столом.

Максимальное количество действий должен выполнять сам больной для раннего восстановления бытовых навыков.

Контроль терморегуляции.

Для поддержания функции терморегуляции необходимо соблюдать следующие требования ухода:

- 1 температура воздуха в помещении должна придерживаться в пределах 18°-20°С
- 2 необходимо проводить проветривание палаты
- 3 недопустимо использование перин и толстых одеял на постели больного.

Коррекция нарушений психики.

Любые психические нарушения сопровождаются нарушениями памяти, внимания, эмоциональной неустойчивостью, утратой контроля над психической деятельностью. Психоэмоциональные расстройства могут существенно нарушать мотивации и адекватность поведения больного, значительно затрудняя тем самым процесс реабилитации. Медицинская сестра должна:

- 1 объяснить природу нарушений родственникам
- 2 по согласованию с врачом ограничить общение пациента при выраженной эмоциональной лабильности и утомляемости
- 3 при необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на вопросы пациента
- 4 подключить к лечению и реабилитации лиц, вызывающих положительные эмоции
- 5 не торопить пациента
- 6 при нарушении познавательных функций напоминать пациенту о времени, месте, значимых лицах
- 7 мотивировать пациента к выздоровлению.

Боль и отек в парализованных конечностях.

Боль и отек в парализованных конечностях лечатся:

- a) полным исключением свисания конечностей
- b) применение пневматической компрессии или бинтованием специальными бинтами
- c) поддержанием достаточного объема пассивных движений
- d) периодическим приданием, парализованным конечностям приподнятого положения.

Профилактика тромбоза глубоких вен.

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии представляют серьезную проблему ухода при ОНМК. Больные с ОНМК относятся чаще всего к группе высокого риска, что делает профилактику тромбоза обязательной. У лежачих больных замедляется скорость кровотока по сосудам, что способствует повышению свертываемости крови и развитию тромбоза вен ног. Чаще такое происходит в парализованной конечности [8,9].

Медицинская сестра должна:

- a) забинтовать больную ногу эластичным бинтом, если у больного есть варикозное расширение вен
- b) проводить ручной массаж (поглаживание и разминание) от стопы к бедру
- c) придать вынужденное положение в постели (лежа на спине, приподнять ноги на 30°-40° с помощью подушек и валиков).

Уход за кожей

Обязательный ежедневный туалет всей поверхности кожи («купание в постели» - поочередное обтирание губкой всех частей тела). Следует иметь в виду, что растирание кожи камфорным спиртом не рекомендуется, так как это ведет к пересушиванию кожных покровов и нарушению их целостности.

1. В соответствии со степенью риска развития пролежней (подсчитывается по шкале Ватерлоу) устанавливается частота смены положений пациента: для лиц с высоким риском развития пролежней - каждые два часа днем и 3,5 часа ночью; для лиц с очень высоким риском - каждые 1-1,5 часа днем и 2,5-3 часа ночью.

3. Только лицам с высоким и очень высоким риском развития пролежней и с нарушением мочеиспускания по типу недержания следует прибегать к катетеризации мочевого пузыря (катетером Фолея), так как применение памперсов приведет к развитию пролежней.

4. Применение противопролежневых матрасов (для лиц с очень высоким риском развития пролежней).

5. Проведение элементов массажа (поглаживание и растирание) участков кожи, подверженных наибольшему сдавливанию (Ворлоу Ч.П., 1998).

#### Профилактика пролежней

Проблема профилактики и лечения пролежней и сегодня сохраняет свою актуальность. Несмотря на наличие большого выбора различных средств, облегчающих уход за больными, число пациентов с пролежнями не уменьшается, что существенно тормозит процесс лечения, а иногда приводит и к смерти пациентов. Как правило, основной круг вопросов один и тот же. Их можно сформулировать следующим образом:

- Как часто у больных образуются пролежни?
- У какого контингента больных чаще возникают пролежни?
- Чем вызвано их появление?
- Насколько высока вероятность их возникновения при той или другой нозологической форме заболевания?
- Можно ли предотвратить возникновение пролежней?
- Имеются ли какие-либо технические приспособления для профилактики пролежней?

Многие медицинские работники, говоря о пролежнях, не представляют себе в полной степени механизм и причины их образования. Являются ли пролежни свидетельством непрофессионального или небрежного ухода за пациентом? Опыт показывает, что даже при обязательном выполнении всех требований гигиены риск остается. Имеет значение совокупность причин, приводящих к развитию пролежней, даже на фоне грамотного ухода за пациентом. У здоровых людей никогда не бывает пролежней. Почему? Они могут свободно двигаться, перемещаясь из одного положения в другое: при ходьбе, стоя, сидя, лежа и даже во сне. У больных людей и инвалидов, долгое время находящихся в постели или в кресле, могут появляться пролежни, но все же у большинства они не образуются. Это зависит от того, как часто пациенты изменяют положение своего тела.

Пролежни (decubitus) - патологические изменения тканей дистрофического или язвенно-некротического характера, возникающие у лежащих ослабленных больных, подвергающихся на местах систематическому давлению, когда мягкие ткани сдавливаются поверхностью постели. Образованию пролежней способствуют неподвижность пациента, некачественный уход за кожей, неудобная постель, редкая смена белья.

Основной причиной возникновения пролежней является давление, оказываемое на мягкие ткани. Для понимания механизма этого явления необходимо знать, как поддерживается жизнедеятельность мягких тканей. Каждая клетка человеческого организма нуждается в поступлении кислорода, воды и питательных веществ и в удалении из неё продуктов жизнедеятельности. Кровь приносит к клеткам необходимые вещества и уносит отходы. Таким образом, осуществляется обмен веществ, необходимый для поддержания жизнедеятельности клетки. Движение крови по телу происходит в результате работы сердца. С каждым ударом сердца кровь под давлением стремительно поступает в крупные артерии, которые многократно разветвляются на артерии меньшего размера, а затем на артериолы. Схематично движение крови в организме можно представить следующим образом. Артериолы, разветвляясь, образуют систему мельчайших и тончайших кровеносных сосудов-капилляров (сеть), которые и сообщаются непосредственно с клетками. Пройдя через капиллярную сеть, кровь собирается через тонкие вены, которые, соединившись, образуют вены. Вены меньшего калибра впадают в большие, и кровь возвращается в сердце. Так осуществляется непрерывный цикл кровообращения.

Для питания тканей необходима не только циркуляция крови, но и поступление в клетки

питательных веществ и кислорода. За это отвечают капилляры, которые так малы, что увидеть их можно только с помощью сильного микроскопа, а их стенки так тонки, что кислород и питательные вещества легко проникают сквозь них и попадают в клетку.

Кислород и питательные вещества из капилляра попадают в клетки. Продукты обмена из клеток поступают в капилляры и уносятся кровью по венозной системе. Жизненно важный обмен кислородом, питательными веществами и другими продуктами жизнедеятельности происходит до тех пор, пока кровь движется по капиллярам. Если сердце перестанет обеспечивать кровообращение, то движение крови во всех артериях, капиллярах и венах прекратится и наступит смерть. Но что же происходит, если сердце продолжает работать, а кровь не поступает в некоторые сосуды? Обратите внимание на вид кожи в нижней части спины, в области ягодиц. Хорошо видно, что в месте соприкосновения кожи с поверхностью образуется зона сплющивания, имеющая другую окраску. Это то место, где в сдавленных под крестцом сосудах кожи нарушен кровоток. Если движение крови заблокировано надолго, то значительное количество клеток отмирает. В течение нескольких дней мертвые клетки распадаются, образуется некроз тканей - пролежень.

Основными причинами образования пролежней являются блокирование кровообращения и недостаточность движения больного. Итак, мы можем утверждать, что в возникновении и развитии пролежней ведущая роль принадлежит двум факторам:

- 1) глубоким трофическим расстройствам в организме;
- 2) длительному сдавлению мягких тканей.

Иногда мягкие ткани сдавливаются, если тело больного упирается в жесткие предметы (спинка кровати, боковой ограничитель на кровати и др.). Неудачно наложенные повязки, шины, катетеры также могут способствовать образованию пролежней. Любой твердый предмет, оказывающий давление на кожу, может быть опасным, если у пациента нарушена функция движения. Необходимо помнить, что пуговицы, узлы на одежде, булавки и прочие мелкие предметы, попадающие в постель, способны создавать области сильного давления на тело пациента и перекрывать движение крови. Поврежденная кожа и мягкие ткани наиболее подвержены опасности возникновения пролежней. Если же наружные слои кожи оцарапаны или потерты, это явление сопровождается зудом, больные могут расчесать кожу.

Иногда ссадина так мала, что ее еле видно, но она опасна, потому что поверхность кожи уже повреждена. Повреждения кожи возникают у пациента в постели, когда он упирается локтями и пятками в ее поверхность, пытаясь сдвинуться, скользит, натирая локти и пятки о простыню, при этом образуется как бы «ожог» от трения. Аналогичная ситуация возникает, когда неподвижного больного тянут по кровати, при этом происходит трение кожи о простыню. Если простыня из грубого полотна и накрахмалена, то вероятность получения «ожога» от трения увеличивается.

Нужно помнить, что обыкновенный лейкопластырь может быть опасен для кожи пациентов. При неровном наложении пластырь будет растягивать кожу, образуя складки. При удалении пластыря с поверхности кожи отрывается эпидермис, что делает ее еще более тонкой и легко повреждаемой. Кожа некоторых пациентов обладает повышенной чувствительностью к пластырю, из-за чего возможны аллергические реакции. Слишком сухая кожа может шелушиться, облезать или трескаться, что приводит к нарушению целостности внутренних слоев. Сквозь трещины могут проникать бактерии и размножаться на поверхности кожи и внутри тканей. Слишком влажная кожа также обладает меньшей сопротивляемостью к повреждению. Кожа, находящаяся слишком долго во влажном состоянии, опухает, становится мягкой и легко травмируется. Поэтому пациенты, которые не могут контролировать деятельность мочевого пузыря или кишечника, нуждаются в дополнительном сестринском уходе. Важно не допускать длительного намокания кожи и обеспечивать смену постельного белья. Обильное потовыделение в жаркую погоду или при повышенной температуре тела тоже является проблемой, требующей решения.

Выделения из открытых ран, иногда и самих пролежней, могут вызывать воспаление окружающей кожи. Инфицирование кожи и мягких тканей ведет к их повреждению и



затрагивает глубоко лежащие ткани. Особенно подвержена инфицированию грязная, чересчур сухая или чрезмерно влажная кожа. Некоторые медицинские препараты, наносимые на кожу, также могут вызвать ее повреждения (хорошо известно, что пациентов с сахарным диабетом или с явлениями тиреотоксикоза не следует смазывать йодом - возникают ожоги кожи). Плохое питание наносит вред здоровью любого человека. Если пациент получает недостаточное количество воды, белков и других необходимых элементов, включая определенные витамины и минералы, то его ткани не могут сопротивляться возникновению повреждений и восстанавливаться. Кроме того, само заболевание, острое или хроническое, ослабляет пациента.

В зависимости от преобладания одного или иных факторов пролежни делят на две группы:

- 1) экзогенные;
- 2) эндогенные.

В возникновении экзогенных пролежней основную роль играет фактор длительного и интенсивного сдавливания мягких тканей. Ослабление организма при этом виде пролежней лишь создает условия, при которых пролежни развиваются быстрее и распространяются шире и глубже, чем у здоровых лиц. Экзогенные пролежни могут быть наружными и внутренними.

Наружные экзогенные пролежни возникают при сдавливании мягких тканей (особенно если они не содержат мышц, например, в области лодыжек, бугра пяточной кости, мышечков и вертелов бедра, локтевого отростка и т.п.) между костью (обычно костным выступом) и каким-либо внешним предметом (поверхность матраца, повязка, шина и др.). В подавляющем большинстве случаев такие пролежни встречаются у оперированных больных, находящихся длительно в вынужденном положении, а также у травматологических больных с неправильно наложенной гипсовой повязкой или шиной, неточно подогнанным протезом, корсетом, лечебным ортопедическим аппаратом.

Внутренние экзогенные пролежни возникают в стенках раны, в слизистой оболочке органа, стенке сосуда в результате длительного пребывания в глубине раны или соответствующем органе жестких дренажных трубок, плотного тампона, трахеотомической трубки, зубного протеза, катетера.

В возникновении эндогенных пролежней главную роль играет фактор ослабления организма, глубокого нарушения его основных жизненных функций и трофики тканей. По этиологии эндогенные пролежни делят на две группы: смешанные и нейротрофические.

Эндогенные смешанные пролежни возникают у истощенных тяжелобольных с глубокими циркуляторными нарушениями, нередко страдающих сахарным диабетом, вынужденных в течение длительного времени лежать в постели неподвижно, не имея сил самостоятельно изменить положение тела или отдельных его частей (ног, рук). В этом случае даже небольшое давление на ограниченном участке приводит к ишемии кожи и подлежащих тканей и к образованию пролежней.

Пролежни возникают:

- при положении больного на спине - в области бугров пяточных костей, крестца и копчика, лопаток, на задней поверхности локтевых суставов, реже над остистыми отростками грудных позвонков и в области наружного затылочного выступа;
- при положении больного на животе - на передней поверхности голеней, особенно над передними краями большеберцовых костей, в области надколенников и верхних передних подвздошных остей, а также у края реберных дуг;
- при положении больного на боку в области латеральной лодыжки, мышечка и большого вертела бедренной кости, на внутренней поверхности нижних конечностей в местах тесного прилегания их друг к другу;
- при вынужденном положении больного сидя - в области сидалищных буфов.

Эндогенные нейротрофические пролежни возникают у больных с органическими нарушениями нервной системы (перерыв и контузия спинного мозга, кровоизлияние в мозг, размягчение и опухоли головного мозга, повреждение крупных нервных стволов, например,

седалищного нерва и др.). Основную роль в возникновении этого вида пролежней играют резкие нейротрофические расстройства, настолько нарушающие обменные процессы и микроциркуляцию в тканях, что для возникновения пролежней оказывается достаточным давление простыни, одеяла или даже веса собственной кожи, расположенной над костными выступами. Так образуются эндогенные пролежни над верхними передними подвздошными остиами у больных с повреждением спинного мозга, лежащих на спине.

Первый признак развития пролежней - бледность участков кожи с последующим их покраснением, отеком и отслаиванием эпидермиса. Затем появляются пузыри и развивается некроз кожи. В тяжелых случаях омертвлению подвергаются не только мягкие ткани, но также надкостница и поверхностные слои костного вещества. Присоединение инфекции может привести к сепсису и быть причиной смерти больного.

I Стадия циркуляторных расстройств характеризуется побледнением соответствующего участка кожи, которое быстро сменяется венозной гиперемией, затем синюшностью без четких границ; ткани приобретают отечный вид, на ощупь холодные. В этой стадии при экзогенном развитии пролежней процесс ещё обратим.

Устранение сдавливания тканей приводит обычно к нормализации местного кровообращения. При пролежне эндогенного происхождения (и при продолжающемся давлении на ткани при экзогенном пролежне) в конце I стадии на коже появляются пузырьки, которые, сливаясь, обуславливают отслойку эпидермиса с образованием эксфолиаций.

II Стадия некротических изменений и нагноения - характеризуется развитием некротического процесса. Помимо кожи, некрозу могут подвергаться подкожная клетчатка, фасция, сухожилия и др. При экзогенном пролежне чаще наблюдается образование сухого некроза, отторжение которого протекает с участием сапрофитной инфекции. При эндогенном пролежне обычно присоединяется воспалительный процесс, вызванный патогенной микрофлорой, и развивается влажная гангрена с явлениями интенсивного нагноения.

III стадия заживления характеризуется преобладанием репаративных процессов, развитием грануляций, рубцеванием и частичной или полной эпителизацией дефекта. Клиническая картина может быть различной в зависимости от этиологии пролежня, состояния больного, наличия патогенной микрофлоры, характера некроза и др.

В I стадии больные редко жалуются на сильные боли, чаще они отмечают слабую локальную болезненность, чувство онемения. У больных с повреждением спинного мозга эритема может возникнуть за несколько часов, а через 20-24 часа в области крестца уже появляются небольшие участки некроза. При эндогенных смешанных пролежнях переход патологического процесса во II стадию происходит значительно медленнее.

В тех случаях, когда пролежень развивается по типу сухого некроза, общее состояние больного заметно не отягощается, явления интоксикации не возникают. Мумификации подвергается строго ограниченный участок кожи и подлежащих тканей, нет тенденции к расширению некроза по площади и в глубину. По прошествии нескольких недель мумифицированные ткани начинают постепенно отторгаться, рана зарубцовывается. Подобное клиническое течение пролежня является наиболее благоприятным для больного.

При развитии пролежня по типу влажного некроза омертвевшие ткани приобретают отечный вид, из-под них отделяется зловонная мутная жидкость. В распадающихся тканях начинает бурно размножаться пиогенная или гнилостная микрофлора и развивается влажная гангрена, получившая название декубитальной. Процесс распада и нагноения распространяется по площади и в глубь тканей, быстро достигая костей, которые нередко обнажаются в области пролежней. Декубитальная гангрена приводит к серьезному ухудшению общего состояния больного. Клинически это проявляется признаками гнойно-резорбтивной лихорадки - подъемом температуры до 39-40°C, учащением дыхания, тахикардией, приглушением сердечных тонов, снижением АД, увеличением печени. В крови обнаруживается лейкоцитоз с нейтрофилезом, повышение СОЭ, диспротеинемия; отмечаются анемия, протеинурия, гематурия, пиурия и др.

Пролежни могут осложняться флегмоной, абсцессом, гнойными затеками, рожистым воспалением, гнойными тендовагинитами и артритами, газовой флегмоной, анаэробной инфекцией, кортикальным остеомиелитом и др. Наиболее типичным осложнением для резко ослабленных больных является развитие сепсиса.

Если вы ухаживаете за пациентом, у которого имеется тенденция к образованию пролежней, необходимо сделать все возможное, чтобы избежать их появления. Принимая необходимые меры, опасность можно значительно уменьшить.

Пролежень - это рана на коже человека. Меры по лечению пролежней будут аналогичны мерам по их профилактике, с тем только различием, что добавляется уход за раной.

Необходимыми условиями для успешного лечения пролежней является исключение непрерывного давления на пораженную область, лечение основного заболевания и обеспечение тщательного ухода за больным.

При экзогенных пролежнях местное лечение следует направить на то, чтобы не допустить перехода сухого некроза во влажный. С этой целью струп и кожу вокруг него смазывают 5% или 10% спиртовым раствором йода либо 1% раствором перманганата калия, 1% раствором бриллиантовой зелени, которые способствуют высушиванию некротизированных тканей. Область пролежня закрывают сухой асептической повязкой. До отторжения омертвевших тканей мазовые и влажные повязки недопустимы. С целью профилактики инфицирования пролежней применяют УФ-облучение, если нет противопоказаний для использования данной методики. После отторжения некротизированных тканей и появления грануляций накладывают мазовые повязки, по показаниям производят кожную пластику.

При эндогенных пролежнях основные усилия направляются на лечение заболевания, приведшего больного к тяжелому состоянию. Для поднятия сил больного широко используют (с учетом показаний) дезинтоксикационные мероприятия, стимулирующую терапию, переливание крови, вливание кровезамещающих жидкостей, витаминотерапию, лечебное питание и др.

Местное лечение направлено на ускорение отторжения некротизированных тканей. Наиболее эффективны в этом отношении протеолитические ферменты, гипертонические влажно-высыхающие повязки.

При гнойных осложнениях или декубитальной гангрене прибегают к оперативному вмешательству - вскрытию флегмоны, гнойных затеков, некрэктомии, дренированию ран и др. Эффективны физиотерапевтические процедуры, ускоряющие отторжение некротизированных тканей: при глубоких пролежнях с обильным гнойным отделяемым применяют электрическое поле УВЧ в тепловой дозировке, при поверхностных пролежнях со скудным отделяемым - электрофорез антибиотиков и протеолитических ферментов. После стихания гнойно-воспалительного процесса и завершения некролиза вместо сухих и влажно-высыхающих гипертонических повязок назначают мазовые повязки с бальзамом Шостаковского, эвкалиптовым маслом и пр. Для уменьшения плазмотери и профилактики вторичной инфекции при смещении повязки рану закрывают коллагеновой пленкой. Эффективно грязелечение пролежней, которое способствует отторжению некротизированных тканей и развитию грануляций. Для стимулирования заживления раны местно применяют электрофорез биостимуляторов (алоэ, стекловидное тело, мед), УФ-облучение, аэроионизацию, световые ванны, дарсонвализацию и другие виды физиотерапии. При наличии показаний используют различные виды пересадки кожи. На всех этапах лечения осложненных пролежней проводят посевы отделяемого для изучения характера и чувствительности выделенной микрофлоры, применяют антибиотики и другие противомикробные препараты (сульфаниламиды, нитрофураны, иммунные препараты и др.).

Прогноз при экзогенных пролежнях благоприятный. По мере прекращения давления на ткани некробиотический процесс подвергается обратному развитию. Опасны внутренние экзогенные пролежни, например, стенки крупного кровеносного сосуда, кишки и пр.

Прогноз при эндогенных пролежнях обычно серьезный, он зависит в основном от

тяжести и характера основного заболевания, послужившего причиной образования пролежня. Для предупреждения экзогенных пролежней необходимо исключить возможность грубого и длительного давления на одни и те же участки кожи и подлежащих тканей неудачно наложенной гипсовой повязки или лангеты, транспортной или лечебной шины, ортопедического аппарата, лейкопластырной повязки и пр. При малейшем подозрении на погрешности в технике наложения повязок необходимо сменить их или исправить. Находящиеся в ране дренажные трубки, катетеры и т. п. периодически меняют или придают им другое положение.

Для профилактики эндогенных пролежней у ослабленного обездвиженного больного его укладывают горизонтально на кровать со щитом, чтобы уменьшить давление на крестцово-копчиковую область; обслуживающий персонал обязан поворачивать его 8-10 раз в сутки. Поворачивание больного облегчается использованием специальной кровати, в которой больной фиксируется к кровати полотну особыми лямками и может быть повернут вместе с полотном (вокруг продольной оси) на бока, живот и спину. Для уменьшения давления на ткани в наиболее уязвимых у данного больного областях используют слабо надутые резиновые круги, а также водяные подушки, поролоновые подкладки и специальные матрацы, выпускаемые в настоящее время промышленностью.

Необходимо следить, чтобы простыни не сбивались в складки, а нательное белье было без грубых швов. Особое внимание уделяют чистоте кожи, т. к. на загрязненной коже пролежни возникают быстрее. Два-три раза в день кожу в наиболее уязвимых областях тела обмывают холодной водой с мылом и протирают салфетками, смоченным камфорным спиртом, водкой, одеколоном, а затем вытирают досуха. При появлении подозрительных участков покраснения перечисленные мероприятия проводят более интенсивно; назначают физиотерапевтические процедуры (электрическое поле УВЧ, УФ-облучение) и пр.

Целям профилактики развития пролежней служит также адекватное общее лечение больного, ликвидация тех патологических явлений, которые послужили причиной их образования.

#### Профилактика пневмонии

В целях профилактики пневмонии проводятся следующие мероприятия.

1. Обеспечение проходимости верхних дыхательных путей с помощью воздуховода, интубационной трубки или путем наложения трахеостомы.
2. Санацию ротовой полости и верхних дыхательных путей проводят каждый час.
3. Предупреждение аспирации - определение возможности безопасного глотания жидкости и пищи больным; первичное скрининговое тестирование функции глотания всех поступивших больных проводит постовая медицинская сестра.

Всем пациентам, поступающим под наблюдение медицинского персонала, проводится скрининговое тестирование функции глотания. В зависимости от результатов тестирования осуществляется выбор типа питания для каждого пациента.

#### Существующие положения пациента в постели:

- 1 положение Фаулера
- 2 положение "на спине"
- 3 положение "на животе"
- 4 положение "на боку"
- 5 положение Симса

Проблемы, с которыми сталкивается медсестра при ведении пациента с инсультом на 2 ЭТАПЕ сестринского процесса:

- 1 недостаточность самохода;
- 2 риск травматизма;
- 3 дезориентация;
- 4 боль в плечевом суставе;
- 5 профилактика повторного инсульта

#### Роль медицинской сестры по восстановлению двигательных навыков:

- занятия с больными по указаниям методиста лечебной физкультуры в вечернее время и выходные дни
- лечение положением
- биомеханика шага
- дозированная ходьба

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

- ✓ занятия с больными по указанию логопеда
- ✓ чтение
- ✓ произношение звуков и слогов
- ✓ речевая гимнастика

Роль медицинской сестры в восстановлении навыков самообслуживания:

- ✓ оценить уровень функциональной зависимости
- ✓ обсудить с врачом объем двигательной активности и самообслуживания
- ✓ обеспечить больного приспособлениями, облегчающими самообслуживания
- ✓ заполнить дефицит собственными действиями в разумных пределах не вызывая смущения и беспомощности
- ✓ организовать комплекс трудотерапии с ежедневными занятиями пациента (стенд бытовой реабилитации, детские игрушки разного уровня)
- ✓ контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления
- ✓ проводить индивидуальные беседы с больным

Роль медицинской сестры по снижению риска травматизма:

- 1 организовать окружающую среду
- 2 обеспечить дополнительную поддержку
- 3 обеспечить вспомогательными средствами передвижения

Роль медицинской сестры по проблеме дезориентации:

- 1 информирование пациента
- 2 напоминание о недавних событиях
- 3 сопровождение пациента к местам приема процедур, пищи.

Роль медицинской сестры по проблеме боли в плечевом суставе:

- 1 обучение родственников пациента щадящим техникам перемещения и правилам обращения с паретичной рукой
- 2 использование позиционирования

Роль медицинской сестры по профилактике повторного инсульта:

- 1 использование в работе с пациентом протокола по артериальной гипертензии
- 2 вовлечение пациента в Школу гипертонии

Проблемы, с которыми сталкивается медсестра при ведении пациента с инсультом на 3 ЭТАПЕ сестринского процесса:

- ✓ риск травматизации;
- ✓ проблемы семьи;
- ✓ психологическая и социальная адаптация

Именно эта группа больных до последнего времени, т.е. до открытия реабилитационных отделений, была изгоями и системы здравоохранения и системы социальной защиты населения.

Для учреждений системы здравоохранения такие больные представляют непреодолимые трудности т.к. приход участкового врача на дом к таким больным или визиты участковых медицинских сестер не могут существенно изменить качество жизни таких больных.

Необходимо использовать такие формы амбулаторной реабилитации, как "дневной стационар", а для тяжелых, плохо ходящих больных - реабилитацию на дому.

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 [2,3,14].

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

В последние годы в реабилитологию введено также понятие "качество жизни", связанное со здоровьем, при этом именно качество жизни рассматривают как интегральную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения [2,3,15].

Понятие "качество жизни", связанное со здоровьем отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причем каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия.

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.

Показатель качества жизни имеет интегральный характер, отражая физическое, психическое состояние пациента, а так же уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела к оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитываются интересы больного. Вместе с тем имеются убедительные данные о том, что более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, могут способствовать сохранению качества жизни пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

Поскольку, медсестра несет ответственность за адекватность и безопасность ухода, оценку и наблюдение за физическим и психологическим состоянием пациента, принятие необходимых мер и своевременное информирование других специалистов бригады, предоставление постоянной физической психологической поддержки пациенту и ухаживающим за ним лицам, следует, что медицинская сестра способна координировать реабилитационный процесс с момента поступления больного до его выписки. Это очень важная, уникальная роль [Сорокоумов В.А., 2002].

В течение последних трех лет активно создавались стандарты оказания медицинской помощи пациентам с различными заболеваниями, в том числе и с острыми сосудистыми поражениями головного мозга [25,26, 19], но в них не выделены действия СП, не определен спектр простых медицинских услуг (ПМУ), которые входят в компетенцию СП.

## СОВМЕСТНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА И БЛИЗКИХ ПАЦИЕНТА В ПРОЦЕССЕ РЕАБИЛИТАЦИИ

Большую роль в проведении восстановительного лечения играет семья больного, так как значительную часть восстановительного периода он проводит дома. Роль родных и близких заключается не только в проведении занятий с больным, но и в создании здорового психологического климата в семье.

### Рекомендации для родственников и близких по уходу за больными, перенесшими инсульт:

- ✓ Если речь больного затруднена, отнеситесь к нему уважительно, не «сюсюкайте», не говорите с ним пренебрежительным тоном.
- ✓ Решить проблему общения помогают специально приготовленные рисунки. На них можно изобразить предметы, которые могут понадобиться пациенту (чашка, ложка и т.д.) или указать на необходимость каких-либо действий.
- ✓ Терпеливо выслушивайте больного. Он может не сразу вас понять. Если вы не поняли

больного, попросите его повторить сказанное.

- ✓ Разговаривайте с больным медленно и четко, обычным голосом.
- ✓ Стройте короткие предложения, употребляя знакомые слова. Задавайте вопросы так, чтобы на них легко можно было ответить «да» или «нет».
- ✓ У больного могут возникать проблемы со стулом. Для предотвращения запоров постарайтесь откорректировать диету, включить в рацион продукты, богатые клетчаткой, растительную пищу, а также продукты, улучшающие деятельность кишечника (свеклу, курагу, отруби, чернослив, инжир). Следите, чтобы больной как можно меньше времени проводил в постели, занимался назначенной ему физкультурой, больше двигался.
- ✓ После душа смажьте кожу больного питательным кремом, так как на пораженных участках тела она очень сухая. Следите за состоянием кожи на пятках, крестце, ягодицах.
- ✓ Если больной передвигается по дому на инвалидном кресле, позаботьтесь о том, чтобы на пути передвижения не было никаких препятствий. Уберите порожки, ковры, мелкие предметы, за которые может зацепиться коляска. Если коляска не входит в дверной проем, снимите двери между комнатами или сделайте их раздвижными.
- ✓ Если больной может встать и передвигаться самостоятельно, сделайте в комнате и коридоре перила.
- ✓ Обувь больного должна быть удобной и не скользить по полу.
- ✓ Позаботьтесь, чтобы мебель не мешала больному передвигаться.
- ✓ При уходе на работу поинтересуйтесь, чем планирует заняться больной в течение дня. Если ему понадобятся вещи, хранящиеся в труднодоступных местах, заранее приготовьте их. Договоритесь, чтобы он не делал в ваше отсутствие ничего опасного.
- ✓ Позаботьтесь, чтобы всегда на видном и доступном месте лежали ручка и блокнот, в который больной мог бы записать возникающие в течение дня проблемы и желания.
- ✓ В ваше отсутствие больному не должно быть скучно. Нужно обеспечить доступность просмотра телевизионных программ, прослушивания радиопередач, магнитофонных записей, чтения книг и газет.

К сожалению, присутствие в доме домашних животных может создать лишние хлопоты и проблемы. Однако этот вопрос решается индивидуально, поскольку разлука с «братьями меньшими» нередко переносится весьма болезненно.

- ✓ Если дома есть дети, поощряйте их общение с больным. Частое общение с детьми благоприятно скажется на его состоянии и настроении.
- ✓ Принимайте активное участие в программе реабилитации, проводимой медицинским работником. Обучайте больного способам самообслуживания.
- ✓ Постарайтесь, чтобы атмосфера в семье была теплой, доброжелательной.
- ✓ Подбадривайте больного, старайтесь, чтобы любое, даже незначительное, улучшение его состояния, было замечено близкими людьми. Похвала стимулирует дальнейшее расширение возможностей самообслуживания и «работу над собой».
- ✓ Старайтесь чаще устраивать праздники в семейном кругу, не давайте больному чувствовать себя одиноким.
- ✓ Чтобы предотвратить тугоподвижность в суставах, выполняйте с больным пассивные упражнения.
- ✓ Рекомендуйте больному по возможности использовать непораженные конечности для выполнения движений.
- ✓ Следите за больным, когда он ест. Если он нуждается в посторонней помощи, кладите пищу в ту сторону рта, которая не поражена парезом.
- ✓ Убедитесь в том, что после завершения приема пищи у больного во рту нет остатков пищи - это предупреждает попадание пищи в дыхательные пути.
- ✓ Следите за тем, чтобы больной сидел прямо, упираясь ногами в подставку или в пол - это облегчает проглатывание пищи.

- ✓ Если у больного возникают трудности с приемом пищи из-за слабости кистей рук, наденьте на ручки ножей, вилок и ложек толстые резиновые трубки.
- ✓ При затруднениях, связанных с удержанием стакана, приучите больного пить через соломинку.
- ✓ Избыточное слюнотечение может вызвать раздражение кожи. Следите за тем, чтобы лицо больного было чистым и сухим, можно использовать защитный крем.
- ✓ Следите за тем, как больной бреется. Из-за нарушения чувствительности он может оставить участки на лице небритыми или порезаться, не почувствовав этого.
- ✓ Когда больной ложится в постель, положите его парализованную руку на подушку, а при ходьбе - на поддерживающую повязку (косынку).
- ✓ Поместите необходимые больному предметы (очки, слуховой аппарат, телефон, стакан с водой, лекарства и т.д.) в пределах досягаемости на прикроватном столике.
- ✓ Обязательно обеспечьте больного средством подачи сигнала для вызова (например, колокольчиком), до которого ему легко дотянуться здоровой рукой.
- ✓ Необходимо, чтобы пациент испытывал положительные эмоции: от вкусной еды, любимой музыки и т.д. Так как больной человек утрачивает способность трудиться и большую часть времени проводит дома, важно организовать для него досуг, что позволит успешно адаптироваться к новым условиям жизни.

### Обустройство и уборка квартиры

Часто возникают различные трудности, вызванные тем, что обстановка в квартире не соответствует требованиям ухода за больным.

Дверные проемы должны быть достаточно широкими. Ширину дверного проема можно увеличить, убрав дверную коробку или сняв дверь и заменив ее занавеской. Дверь должна открываться в направлении, позволяющем создать максимальное безбарьерное пространство для движения.

Двери должны иметь удобные ручки. Можно использовать специальные петли для дверей, пандусы.

Прихожая должна быть достаточно просторной, особенно если больной пользуется инвалидным креслом. Если он передвигается с помощью трости и имеет нарушение координации движений, в прихожей нужно укрепить настенные поручни для опоры при передвижении.

При выборе комнаты для продолжительного пребывания в ней больного необходимо позаботиться о том, чтобы она хорошо проветривалась, хорошо отапливалась и охлаждалась, была доступна для солнечного света, имела как можно больше свободного пространства для передвижения.

К помещениям, мебели, предметам ухода предъявляются определенные требования.

Снижение зрения, слуха, нарушение координации движений - обычные причины падения и возникновения переломов костей у пожилых пациентов. Комната больного должна быть достаточно просторной и свободной от мебели, чтобы в ней можно было свободно передвигаться, пользоваться инвалидным креслом или другими приспособлениями для ухода. Желательно, чтобы свободное пространство допускало маневр на комнатной инвалидной коляске при диаметре разворота 140 см (коляски для активных маневров более компактны и требуют для разворота менее 100 см). Если это трудно сделать, то часть мебели можно повесить на стены, а стол сделать откидным или складным.

В квартире больного каждый день следует делать уборку. С гигиенической точки зрения предпочтителен пол, покрытый линолеумом. Пол и предметы обстановки подвергаются регулярной влажной уборке.

Не следует создавать вокруг больного пустоту и монотонность, которые вызывают у него чувство одиночества и изоляции. Атмосфера в комнате больного станет приятнее, если она будет обставлена дополнительными предметами, которые сделают ее жилой и уютной. В комнате больного можно поставить зеленые растения или цветы без запаха. Шторы на окнах



придадут комнате жилой вид, приглушат дневной свет, часто слишком резкий для больного. Температура воздуха в комнате должна быть 18-20°C. Необходимо регулярно проветривать комнату, чтобы в ней всегда был свежий воздух. При проветривании нужно избегать сквозняков (отгородить больного ширмой, укрыть одеялом или пледом).

Больной должен лежать в кровати, а не на диване или кушетке. Высота спального места от пола до матраца должна составлять 60-70 см. Следует помнить о том, что кровать для больного не только удобнее, но и гигиеничнее, она лучше приспособлена для различных процедур по уходу. Обычную кровать можно переделать, увеличив ее высоту. Для этого на ножки кровати надевают специальные колодки с углублениями. Можно надеть на ножки резиновые чехлы и поставить кровать на колодки или кирпичи.

Если больной может ходить, то кровать должна быть низкой, чтобы обеспечить легкость при укладывании и вставании. Высота спального уровня 45-50 см от пола до матраца.

Если больной пользуется инвалидным креслом, спальное место должно находиться на одном уровне с ним. Кровать следует поставить так, чтобы можно было подойти к больному с двух сторон, что облегчит уход за ним. К одной или обеим спинкам кровати можно прикрепить горизонтальную штангу по всей длине или использовать ее укороченный вариант - Г-образный кронштейн в изголовье, позволяющий сесть из положения лежа и перевернуться. Для больных со слабыми руками к раме подвешивают мягкую петлю, которая цепляется за запястье при пересаживании с кровати в инвалидное кресло. Для лежачего больного ленту с петлей для подъема можно привязать к спинке кровати в ногах.

Что касается расположения кровати относительно окна, то следует знать, что если больной лежит лицом к окну, то яркий свет бьет в глаза, мешает читать, затрудняет дневной сон, поэтому лучше всего, если больной лежит боком к окну.

Около кровати надо поместить на расстоянии вытянутой руки столик или тумбочку с необходимыми для больного предметами. На прикроватной тумбочке или столике желательно иметь настольную лампу (особенно удобна лампа, меняющая положение), телефон (лучше кнопочный, так как он более удобен для больных со слабыми руками).

Для больных, пользующихся инвалидным креслом или ходунками, должно быть достаточно места около кровати и перед платяным шкафом. Шкаф для одежды должен полностью открываться и иметь низко расположенные полки для белья и вешалки.

В кухне подвесные шкафы и полки следует разместить на небольшой высоте, доступной для больного. Рядом с мойкой нужно установить не обычный разделочный стол, а откидную столешницу. Около плиты на столе укрепить ручку для упора, на случай, если больной почувствует слабость во время приготовления пищи.

В квартире больного должно быть тепло и светло. Необходимо увеличить освещенность помещений, особенно на кухне, в ванной и туалетной комнатах.

Ковры должны покрывать всю поверхность и лежать на полу без морщин, чтобы больной не споткнулся и не упал.

Важно правильно освещать комнату больного. Свет должен быть достаточно ярким, но не бьющим в глаза. Светильник лучше располагать позади больного. Под рукой у него должна находиться небольшая лампочка, например, настенное бра, которым он может пользоваться при необходимости. Следует обратить внимание на устойчивость светильника, его безопасность и мощность. При уходе за тяжелыми больными и старыми людьми необходимо на ночь оставлять приглушенный свет, чтобы избежать возникновения чувства страха и нарушения ориентации во времени и пространстве.

Система экстренного оповещения родственников (тревожная кнопка) предназначена для экстренной связи в случае возникновения чрезвычайной ситуации. Миниатюрное устройство размером с брелок, закрепленное на шее, при нажатии кнопки пошлет сигнал на прибор, автоматически соединяющий (через телефонную линию) с родственниками, близкими друзьями или с диспетчером.

Электронная система персональной безопасности состоит из консоли (телефонная

приставка) и влагостойкого передатчика. В дополнительную комплектацию входят две кнопки «паники», которые могут быть размещены в любом месте квартиры.

### Водные процедуры

Трудности с купанием могут возникнуть при неспособности пациентов:

- дойти до ванной комнаты;
- открыть кран;
- взять в руки принадлежности для мытья, что обусловлено утратой хватательной функции;
- дотянуться до различных участков тела и крана;
- сохранять равновесие;
- входить и выходить из ванны.

Если больной не полностью обездвижен, если он может сидеть, но по состоянию здоровья не может посещать ванную комнату, то водные процедуры можно проводить на стуле, санитарном кресле в комнате или в постели, используя специальные надувные ванны. Необходимо закрыть окна, чтобы не было сквозняков, температура воздуха в комнате должна быть 21-22°C. На пол положить клеенку, на нее поставить стул или санитарное кресло, на стул постелить клеенку, на нее - полотенце или пеленку.

Больному нужно помочь пересест с кровати в кресло или на стул, раздеть его. Перед ним поставить на табурет таз с теплой водой, ноги опустить в таз. Для мытья можно использовать мочалку, рукавицу, сшитую из махрового полотенца, или кусочки ткани. На коленях больного можно расстелить намыленную ткань, о которую больной, наклонившись, может тереть кожу, на спинку сидения с этой же целью повесить полотенце. Так же можно использовать полотенце для высушивания кожи после мытья. Для ополаскивания удобно применять кусочки ткани.

Голову больного можно вымыть над тазиком. Затем моют и вытирают шею, руки ниже и выше локтя, плечи, подмышки, окунают кисти больного в воду, потом моют грудную клетку, живот, спину, ягодицы. Ноги больного хорошо намыливают, особенно межпальцевые пространства и ногтевые ложа, ноги споласкивают чистой теплой водой, приподняв их над тазом, затем вытирают насухо полотенцем, особенно между пальцев, смазывают подошвы и пятки детским кремом или кремом для ног. После мытья больного одевают в чистое белье и укладывают в постель.

Если больной может передвигаться самостоятельно или с помощью трости, костылей, на инвалидном кресле, мытье можно проводить в ванной комнате. Помогая больному принимать ванну или мыться под душем, нужно помнить о том, что ванная комната может оказаться опасным местом, поэтому ее необходимо соответствующим образом подготовить.

Температура в помещении должна быть около 24°C, на пол около ванны следует положить резиновые гофрированные коврики, предупреждающие скольжение, к стене и ванне прикрепить поручни. Нельзя допускать наличия воды на полу в ванной, около ванны нужно поставить стул или табурет для больного, приготовить ваннные принадлежности, полотенце, чистое белье и халат. Для того, чтобы предупредить образование водяного пара в ванной комнате, наполняя ванну водой, нужно вначале налить в нее холодную воду, а затем добавить горячую до нужной температуры. Можно проверить температуру воды в ванне, прикоснувшись к ней внутренней стороной запястья. Температура воды в ванне должна быть 35-37°C. Перед началом процедуры необходимо помочь больному добраться до ванной комнаты и войти в нее. В ванной посадить больного на стул, раздеть его и помочь войти в ванну. Если больной физически слаб или у него ограничена устойчивость, то можно использовать крепкий поручень, крепящийся на ванну, который обеспечит безопасность при входе и выходе из нее.

Если у больного нарушена функция нижних конечностей, он перемещается со стула на край ванны, одной рукой держится за настенный поручень, а с помощью другой руки перекидывает одну, а затем вторую ногу в ванну и, держась одной рукой за поручень, а другой за край ванны, опускается в нее.

Если у больного нарушены активные и пассивные движения верхних и нижних конечностей, нарушена координация движений, снижена выносливость и он не может сесть в ванну и выйти из нее, то его можно вымыть, посадив в ванне на скамеечку, вращающийся стул или сидение для ванны, а процедуру мытья проводить с помощью ручного душа.

Если больной в состоянии мыться сам и самостоятельно использовать банные принадлежности, то ему помогут мочалки, рукавицы для мытья, мочальные мочалки на длинных ручках, мочальная ткань, снабженная петлями, если нарушены хватательные движения - мыло на подвесах, приспособления для жидкого мыла.

Мытье больного в ванне осуществляют в такой последовательности: смочить все тело теплой водой, вымыть голову, затем тело, руки, ноги. Не следует применять масла для смягчения кожи, которые делают ванну скользкой, нельзя оставлять мыло в воде, на дно ванны нужно постелить нескользкую подстилку или полотенце.

В ванной комнате можно использовать штанги или трапеции, прикрепленные к потолку. Это позволяет пациенту легче перемещаться при принятии ванны. Если помещение ванной комнаты достаточно просторно, то к потолку можно прикрепить штангу со скользящей по ней подвеской. Она позволит пациентам передвигаться без кресла-коляски и без посторонней помощи принимать ванну.

После мытья следует помочь больному выйти из ванны, усадить его на край ванны, затем на стул, вытереть полотенцем, надеть чистое белье, халат, тапочки, причесать, дать передохнуть и помочь дойти до кровати, уложить в кровать.

Для больного человека процедура мытья очень важна, так она освежает и расслабляет, уничтожает неприятный запах тела, удаляет грязь и омертвевшие клетки кожи, улучшает кровообращение, позволяет комфортно себя чувствовать.

### Помощь в туалете

Больные люди часто нуждаются в том, чтобы им помогли дойти до туалета. При различных нарушениях, таких, как снижение активности движений верхних и нижних конечностей, параличи, парезы, головокружения, слабость, многие больные не могут дойти до туалета и сесть на унитаз, манипулировать одеждой, принять соответствующее положение, взять туалетную бумагу и воспользоваться ею.

Иногда достаточно довести больного до туалета, но в других случаях необходимо помочь ему при совершении физиологических отправлениях и после этого. Больному нужно помочь встать с кровати, посадить его на стул или инвалидное кресло, надеть халат и тапочки, помочь добраться до туалета.

В узкой туалетной комнате можно использовать поручни, конструкция которых может быть стационарной, откидной или поворотной, в зависимости от характера нарушений и физических возможностей больного. Следует помочь больному снять нижнюю одежду, принять положение для опорожнения мочевого пузыря или кишечника, затем приподнять больного, взять туалетную бумагу и промокнуть промежность. Если есть необходимость, тщательно вымыть задний проход теплой водой с мылом, вытереть полотенцем.

Рекомендуется использовать подъемные сидения в туалете, выдвижные держатели для туалетной бумаги (при ограничении подвижности больного), биде. После посещения туалета необходимо принести больному тазик с водой для мытья рук.

В уходе за пациентами с недержанием мочи и кала используют памперсы, катетеры, специальные трусы. Для лежачих больных имеются различные виды мочеприёмников и суден.

### Приспособления для передвижения больного

Поручни. Обеспечивают дополнительную поддержку пациенту при сидении, стоянии и ходьбе. Должны быть достаточно прочными, чтобы выдерживать массу пациента. Поручни изготавливают из металлических или пластиковых трубок диаметром 2-4 см. Многие из них

имеют шероховатую поверхность для предотвращения скольжения. Фланцы на концах поручней снабжены отверстиями для жесткого их крепления шурупами к стене. Между стеной и поручнями должно оставаться пространство для удобного захвата.

Поручни бывают разных типов. Вертикальные используются для того, чтобы пациент мог сесть из положения лежа и наоборот. Такие поручни прикрепляют к стене около кровати или к самой кровати. Горизонтальные поручни используются, чтобы пациент мог оттолкнуться или подтянуться, встать из положения сидя. Их используют в туалетной и ванной комнатах, в коридоре, комнате. Наклонные поручни облегчают перемещение из различных положений.

При пользовании поручнями пациент должен рационально использовать свои силы. Поручни устанавливают на высоте, при которой руки и тело пациента находятся в положении, наиболее удобном для подтягивания и отталкивания. При этом следует учитывать физическое состояние больного, его способность сохранять равновесие. Поручни можно укреплять на ванной - для облегчения перемещения, на стене ванной комнаты - для поддержки при приеме ванны или душа, на стене туалетной комнаты - для облегчения усаживания на унитаз, в спальне около кровати, шкафа, в коридоре, на кухне. **Трости.** Трости различных конструкций обеспечивают поддержку больного во время ходьбы. Использование трости улучшает равновесие за счет создания дополнительной точки опоры.

Трость следует держать в руке, противоположной пораженной конечности: рука и нога передвигаются одновременно.

Необходимо правильно рассчитать размер ручки трости с учетом силы захвата ее рукой. Правильные размеры трости важны для обеспечения эффективного и безопасного передвижения.

Стандартные трости для ходьбы изготавливаются из дерева или пластика и имеют резиновый наконечник диаметром около 5 см. Эти трости можно использовать при ходьбе на улице или в домашних условиях. Однако иногда не удается подобрать такого типа трость по размеру.

Регулируемые трости изготавливаются из алюминия и снабжены защелкивающимся механизмом, который регулирует длину в соответствии с нуждами пациента.

Алюминиевая выступающая трость разработана так, чтобы опорный элемент конструкции выступал вперед. Это позволяет перемещать основную нагрузку на центр трости и обеспечивает стабильность при передвижении.

Трости с тремя или четырьмя ножками обеспечивают стабильную опору и облегчают ходьбу. Ножки такой трости обычно короче со стороны пациента, что дает больше пространства для ног.

**Ходунки.** Ходунки улучшают координацию движений, позволяют сохранить равновесие и уменьшают нагрузку на нижние конечности. Они обеспечивают наибольшую стабильность и устойчивость пациентов за счет более широкой базы для поддержки и опоры, улучшенной продольной и поперечной устойчивости. Изготавливаются из алюминия, имеют накладные ручки из резины или пластика. Некоторые модели ходунков могут складываться и очень удобны для хранения. Другие - имеют колесики, позволяющие передвигаться пациентам, которые не могут их поднять.

Однако ходунки с колесиками снижают устойчивость и могут привести к падению, поэтому они должны быть снабжены тормозами. Все виды ходунков небезопасны при подъеме и спуске по лестнице. Кроме того, они громоздки и неудобны для использования в ограниченном пространстве, могут застревать в дверных проемах.

### Методы восстановления движений

С первых же дней после инсульта и в течение всего времени, пока больной находится в постели, рекомендуется применять метод особого укладывания паретичных конечностей, который носит название «лечение положением». Регулярно чередуют укладывание паретичных конечностей в положении больного на спине и здоровом боку. Лечение положением не производится во время приема пищи, ночного сна, проведения других ле-

чебных мероприятий.

### Пассивные движения и массаж

Одновременно с лечением положением начинают заниматься пассивной гимнастикой (движения в суставах паретичных конечностей). Занятия проводятся методистом лечебной физкультуры или лицом, его заменяющим. Пассивные движения осуществляются без активного мышечного содействия. Их выполняют осторожно, в медленном темпе. Пассивные движения проводят по возможности в полном объеме, изолированно в каждом суставе. В первые дни после инсульта занятия рекомендуется проводить 2-3 раза в день для всех суставов конечностей. В эти же дни следует начать делать легкий массаж как здоровых, так и паретичных конечностей. Если при массаже здоровых конечностей можно использовать все многообразие массажных приемов, то при массаже паретичных конечностей нужно соблюдать большую осторожность.

### Активная гимнастика

Активную гимнастику начинают с упражнений для здоровых конечностей, чередуя их с дыхательными упражнениями. Нагрузка на сердечно-сосудистую и дыхательную системы должна возрастать постепенно, так как в противном случае можно вызвать переутомление больного. Пульс рекомендуется контролировать после каждого упражнения, выполненного 1-5 раз. Упражнения следует разделять паузами для отдыха продолжительностью 1-2 минуты.

Уже в первые дни после инсульта, при удовлетворительном общем состоянии, рекомендуется учить больного сидеть и стоять. Заранее необходимо подготовить косынку для фиксации руки, резиновую тягу для ноги, а также подобрать удобную обувь на низком широком каблуке, фиксирующую голеностопный сустав (например, кроссовки, легкие мужские ботинки). Сажать больного в постели начинают, как только позволят его самочувствие и состояние сердечно-сосудистой системы. Сроки эти могут колебаться в пределах 3-5 дней от начала заболевания и определяются лечащим врачом.

### Обучение ходьбе

Важный этап - обучение стоянию и ходьбе. К нему больного подводят постепенно. Вначале выполняют подготовительные упражнения - пассивную и активную имитацию ходьбы в положении лежа. Не следует торопиться переходить к следующим упражнениям, пока больной не научится самостоятельно, без посторонней помощи, уверенно стоять. В ходе восстановления первое время больной при движении пользуется трех- или четырех-опорным костылем, затем палкой.

### Восстановление навыков самообслуживания

Вначале проводят обучение простейшим навыкам самообслуживания (самостоятельный прием пищи, личный туалет), затем обучение самостоятельному одеванию (что довольно непросто при одной парализованной руке), пользованию туалетом и ванной. На следующем этапе больного следует понемногу привлекать к выполнению посильных для него домашних обязанностей: уборке помещений, приготовлению пищи, мытью посуды, покупкам продуктов в ближайшем магазине.

Домашняя трудотерапия полезна вдвойне. С одной стороны, она помогает восстанавливать сложные двигательные навыки паретичной конечности, а в тех случаях, когда степень пареза значительна, способствует перестройке с использованием здоровой руки. С другой стороны, нельзя не учитывать морально-психологическую роль труда. Ведь вынужденное безделье тяготит больных, вызывает отрицательные эмоции, что не способствует процессу восстановления. Для улучшения психического состояния больного важно поощрять его прежние увлечения, а также прививать новые интересы. Во многих медицинских реабилитационных учреждениях с больными, перенесшими инсульт, проводятся занятия по вышиванию, плетению, лепке и др. Все это в зависимости от

возможностей и вкусов больного можно организовать в домашних условиях.

В процедурах лечебной гимнастики, а также при самостоятельных занятиях дома важное место занимают упражнения с предметами. Больному надо внушать, что он должен пользоваться больной рукой для выполнения различных движений с определенной нагрузкой в течение дня несколько раз по 10-15 минут, не утомляя паретичные и ослабленные мышцы. Рекомендуется захватывать предметы домашнего обихода, переставлять их. Пользуются также кубиками, шариками и т.п. Полезно заниматься лепкой из пластилина.

### Психологическая и социальная адаптация

Благоприятный психологический климат в семье, сочетание доброжелательности с требовательностью в отношении к больному способствуют восстановлению нарушенных навыков, возвращению к труду. Сверхопека, как и равнодушное, пассивное отношение к больному, затрудняет процесс реабилитации. Иногда родные и близкие больного пытаются предугадать каждое его желание, одевают, моют и чуть ли не кормят его с ложечки. Однако сам больной при таком отношении к нему начинает смотреть на себя как на беспомощного, зависимого человека. Поэтому родственники должны помнить, что во всем нужно знать меру. Не менее вредно пренебрежительное отношение родных и близких к возможностям восстановительного лечения, к перспективам вернуть больного «в строй». Нередко можно услышать: «Все равно тут ничем не поможешь». Как показывает наш клинический опыт, когда родные и близкие постоянно занимаются с больным лечебной гимнастикой, проводят по заданию логопедические занятия по восстановлению речи, чтения и письма, ободряют больного, быстрота и степень восстановления нарушенных функций заметно увеличиваются.

### Восстановление речи, навыков чтения и письма

Афазия, встречающаяся почти у трети больных, перенесших инсульт, - это своеобразное расстройство мышления, при котором нарушается возможность правильно оперировать словами. В одних случаях больной не может составить фразу и вспомнить нужные слова, в других перестает понимать речь окружающих. Однако, как правило, у больных с афазией полностью сохранены интеллект, образное мышление, зрительная память, зрение, слух, с опорой на которые и работает специалист по восстановлению речи.

Кроме афазии, у больных, перенесших инсульт, встречается и другой вид речевого расстройства - дизартрия, для которой характерно нарушение произношения звуков и слов.

Неоценимую роль в восстановлении речи играют родные и близкие больного. Одновременно с речевым общением и занятиями по восстановлению устной речи больных необходимо обучать чтению и письму, так как восстановление этих функций в значительной степени будет способствовать и восстановлению речи.

Стремясь чаще проводить занятия по восстановлению речи или занятия лечебной гимнастикой, не следует оказывать давление на больного, когда он себя плохо чувствует или не в настроении. Не надо прерывать больного, когда он хочет что-либо сказать, но у него это плохо получается. Наоборот, следует помогать больному преодолеть возникший вследствие речевой неполноценности барьер стеснительности. Семья может помочь также в соблюдении больным правильного режима дня и питания, в выработке нового жизненного стереотипа в быту и на работе. Совместные усилия медсестер, службы реабилитации, родственников и близких пациента, несомненно, способствуют восстановлению его социального статуса.

### Обучение пациентов

Жизнь после инсульта продолжается, но даже после микроинсульта (с полным восстановлением функций в течение первых трех недель) не стоит поддаваться ложному оптимизму. Любой инсульт - грозное предупреждение о неблагополучии в организме. И надо предпринимать меры по предупреждению повторного инсульта. Необходимо создавать группы из людей с предрасположенностью к инсультам, вести разъяснительную работу и проводить совместное обучение. Лучше организовывать такую работу при поликлиниках.

Чтобы обучение пациента было эффективным, стоит воспользоваться некоторыми принципами и приемами, принятыми в педагогической науке. Для получения оптимального результата необходимо:

- адекватное определение целей обучения;
- соответствующий отбор и обработка содержания обучения;
- умелое использование всего спектра методов обучения, особенно активных методов.

Любая деятельность начинается с определения цели.

Цель - это желаемое состояние системы, обязательно предполагающее получение заранее определенного результата.

При разработке целей обучения нужно учитывать следующие принципы:

- цель должна быть жизненной (соответствовать потребностям);
- цель должна быть реальной (соответствовать исходному уровню знаний);
- цель следует формулировать таким образом, чтобы можно было объективно определить степень ее достижения.

Соблюдение этих принципов позволяет обеспечить качество обучения на начальном этапе.

Следующей задачей является определение содержания обучения. Качество содержания в целом определяется степенью соответствия социальному заказу. Содержание необходимо структурировать, т.е. подразделять на учебные единицы с четкой регламентацией объема и последовательности изложения, постановкой цели для каждого учебного шага и необходимым набором материалов для усвоения, повторения и закрепления знаний и навыков.

Не следует углубляться в научные детали, в медицинскую терминологию, обращаясь к ним лишь тогда, когда они непосредственно связаны с лечением. Информационная перегруженность исключает внимание пациентов и формирует негативное отношение к обучению.

Процессом обучения необходимо управлять. При этом следует помнить, что «делание» в шесть-семь раз продуктивнее слушания, а эффективность обучения прямо пропорциональна объему обратной связи.

Для осуществления обратной связи необходим контроль. Назначение контроля - определить способность пациента к дальнейшему обучению или выполнению каких-либо действий. Необходимо использовать все этапы контроля: контроль исходного уровня знаний и умений, текущий контроль для оценки усвоения материала и итоговый контроль полученных пациентом знаний и умений.

Успех обучения зависит от формирования у пациента мотивации.

Мотивация в обучении - это осознанное стремление обучаться и выполнять необходимые действия.

Обучение обязательно должно включать элементы похвалы и одобрения (положительная обратная связь) и коррекцию неправильных ответов (отрицательная обратная связь).

Процесс обучения строится на доступном изложении материала, активном участии пациента в повторении пройденного и создании открытой и доверительной атмосферы, в которой пациент ни в коем случае не должен ощущать себя недостаточно умным или слишком медлительным. Эти принципы соответствуют определенным в педагогической психологии когнитивному, эмоциональному, сенсомоторному уровням восприятия и поведения.

Обучение пациентов может проводиться в группе и индивидуально. Групповое обучение имеет ряд ощутимых преимуществ. Оно создает определенную атмосферу, помогающую воспринимать болезнь в нужном свете, уменьшает чувство одиночества. Пациенты имеют возможность обмениваться опытом, получать поддержку, видеть

положительную динамику в течении заболевания на примере других людей. В группе усиливается эмоциональный компонент обучения, что, в свою очередь, способствует положительному восприятию больным процесса лечения. Оптимальным вариантом является группа численностью 5-7 человек. Однако групповое обучение не должно исключать индивидуальной работы с пациентами. Наиболее эффективно живое обучение.

Чтобы вовлечь пациентов в активную работу на занятии, обучающий персонал должен найти подход к каждому пациенту. В этих условиях возрастает роль активных методов, средств и приемов обучения.

Активные методы обучения, - такие, как анализ конкретной ситуации, решение задач, дискуссии, разыгрывание ролей, деловые игры и т.п., - активизируют мышление, повышают мотивацию к обучению, обеспечивают высокую степень вовлечения пациентов в лечебный процесс.

Одним из самых действенных методов активизации аудитории является деловая игра, формирующая навыки решения конкретных проблем.

Индивидуальный подход на групповых занятиях может помочь медицинскому работнику использовать сильные и слабые стороны каждого участника. Незаменимым помощником при этом оказывается пациент, любящий задавать вопросы. Переадресовывая их остальным членам группы, медицинскому персоналу удается вовлечь в работу каждого и значительно оживить занятие.

Обучающему персоналу всегда нужно помнить следующее:

- пациент не всегда слышит сказанное;
- если пациент услышал, это не означает, что он понял услышанное;
- если же больной понял, это не гарантирует того, что он автоматически принял сказанное и согласился с тем или иным положением;
- если же пациент согласен с услышанным, он не всегда меняет свое поведение;
- если больной один раз правильно выполнит ту или иную рекомендацию, это не означает, что он будет постоянно следовать ей в повседневной жизни.

### Профилактика повторного инсульта

Профилактические мероприятия следует проводить пожизненно, добиваясь максимальных результатов. Длительная бездеятельность расслабляет человека, снижает жизненный тонус, вызывая состояние депрессии, что недопустимо.

К мерам профилактики повторного инсульта относят снижение влияния так называемых факторов риска. Наряду с некоторыми специфическими (географическими, социально-экономическими, этническими) факторами риска развития инсульта существуют универсальные, составляющие большинство. К ним относятся: артериальная гипертония, повышенное содержание холестерина в крови, ожирение, недостаточная физическая активность, злоупотребление алкоголем, длительное нервно-психическое перенапряжение, некоторые заболевания сердца, предшествующие нарушению мозгового кровообращения, наследственное предрасположение.

Роль медсестры заключается в доходчивом разъяснении пациенту его проблемы и мер профилактики. Например, человеку со стойким повышением артериального давления необходимо регулярно измерять артериальное давление и записывать данные, четко выполнять все рекомендации врача.

Родственников следует обучить методам оказания первой помощи при гипертоническом кризе, а также методам первичной сердечно-легочной реанимации.

Риск развития артериальной гипертонии, а следовательно, инсульта, у людей с избыточным весом в шесть раз выше, чем у людей с нормальным весом, поэтому тучным людям следует заниматься лечебно-оздоровительной гимнастикой.

Сбалансированное питание, являющееся составной частью здорового образа жизни, предусматривает с целью нормализации жирового обмена резкое ограничение в рационе животных жиров (сливочное масло, сметана, сыр, сало) и продуктов с повышенным



содержанием холестерина (яйца, печень, икра). Общее количество жиров не должно превышать 80 г в день. Лучше, чтобы половина из них приходилась на растительное масло, содержащее полезные для организма ненасыщенные жиры. Необходимы овощи и фрукты, в которых содержится много полезных веществ: витаминов, микроэлементов, пектинов и клетчатки, улучшающей процесс пищеварения. Важным условием является ограничение соли.

Полезны каши из круп грубого помола (гречневые, овсяные), ржаной хлеб, простокваша и кефир из нежирного молока, нежирный творог, нежирные сорта мяса, рыбы и птицы, свежие соки.

Пища должна содержать необходимое количество витаминов. Например, в сутки человек должен получать 50-100 мг витамина С (аскорбиновой кислоты).

Больным с заболеваниями сердца и сосудов полезны продукты, в которых много калия (черная смородина, урюк, курага, изюм, чернослив, картофель, капуста) и магния (отруби, дрожжи, гречневая крупа, фасоль).

Важна и культура питания. Есть следует медленно, достаточно тщательно пережевывая пищу. Во время еды не следует разговаривать, смотреть телепередачи или читать газеты. Рекомендуется не переедать.

Существует правило: если у больного уже произошло нарушение мозгового кровообращения (хотя бы и преходящее) или диагностирована ишемическая болезнь сердца и одновременно обнаружено повышенное содержание холестерина в крови, ему в течение полугода необходимо строгое соблюдение описанной выше диеты.

Употребление алкоголя в умеренных количествах не является фактором риска нарушения мозгового кровообращения. Однако среди лиц, злоупотребляющих алкоголем, риск инсульта в 4 раза выше, чем у непьющих и умеренно пьющих.

Стрессы сопутствуют нашей жизни. Причинами стресса могут быть различные неурядицы и конфликты в семье и на работе, недовольство своим положением, невозможность осуществить намеченные планы, болезнь или смерть близкого человека, социальные и природные катастрофы. Об этом также необходимо помнить в процессе реабилитации, помогая пациентам справляться с психологическими проблемами.

## **СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС КАК ОСНОВА ЭТАПНОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ**

Сестринский процесс (СП) предполагает системный подход в организации работы палатной медицинской сестры, который позволяет пациенту получить полноценный уход, а медицинской сестре удовлетворение от своей работы.

Сестринский процесс - научный метод профессионального решения проблем пациента. Он направлен на укрепление, сохранение здоровья и предотвращение заболеваний, планирование и оказание помощи во время болезни и реабилитации с учетом всех составляющих здоровья для обеспечения максимальной физической, психической и социальной независимости человека. Цель СП - так организовать сестринскую помощь, включить в план своей работы такие мероприятия и так выполнить их, чтобы, несмотря на болезнь, человек и его семья могли реализовать себя, повысить качество жизни.

### **1 ЭТАП - ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ ПАЦИЕНТА**

Цель 1 этапа - определение потребности пациента в уходе. При оценке источниками информации являются: сам пациент, его семья, медицинский персонал, медицинская документация.

### **2 ЭТАП - СЕСТРИНСКИЙ ДИАГНОЗ**

Цель 2 этапа - выявление проблем пациента и их идентификация (настоящая или потенциальная проблема). Определение по приоритету:

- первостепенная проблема;
- промежуточная проблема;
- вторичная проблема.

### 3 ЭТАП - ПЛАНИРОВАНИЯ

Цель 3 этапа - составление плана ухода совместно с пациентом для решения его проблем. План ухода состоит из целей, которые должны быть индивидуальным, реалистическим, измеряемым, с конкретными сроками достижениями.

### 4 ЭТАП - ВЫПОЛНЕНИЕ

Цель 4 этапа - провести сестринское вмешательство, предназначенное для достижения цели. Виды сестринских вмешательств:

- независимые
- зависимые
- взаимозависимые

При работе МДБ достижение цели осуществляется совместно с другими специалистами.

5 ЭТАП - ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ УХОДА Оценивает сама медсестра, учитывая мнение пациента. Цель может быть достигнута полностью, достигнута частично или не достигнута. Важно указать причину, по которой не достигла цели.

### ПЕРВЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА – ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТА

Каждый этап сестринского процесса тесно взаимосвязан с остальными и служит его основной задаче - помощи пациенту в решении его проблем со здоровьем.

Для организации и осуществления качественного ухода за пациентом сестринскому персоналу необходимо собрать информацию о нём из всех возможных источников. Она может быть получена от самого пациента, членов его семьи, свидетелей случившегося, самой медицинской сестры, её коллег. На основе собранной информации выявляют и идентифицируют проблемы, составляют план, и реализуют намеченные действия. Успех лечения во многом зависит от качества полученной информации.

Сестринское обследование отличается от врачебного. Цель деятельности врача - поставить диагноз, выявить причины, механизм развития заболевания и т.д., а цель деятельности сестринского персонала - обеспечить качество жизни больного человека.

Для этого в первую очередь необходимо определить проблемы пациента, связанные с актуальным или потенциальным состоянием его здоровья.

Информация о пациенте должна быть полной и однозначной. Сбор неполной, неоднозначной информации ведёт к некорректной оценке потребностей пациента в сестринском обслуживании, и, как следствие, к неэффективному уходу и лечению.

Причинами сбора неполной и неоднозначной информации о пациенте могут быть:

- неопытность и неорганизованность сестринского персонала;
- неспособность сестринского персонала к сбору конкретной информации относительно определённой области;
- склонность медицинской сестры к поспешным выводам и т.п.

#### Источники информации при обследовании пациента

Сестринский персонал получает информацию о пациенте из пяти основных источников.

- 1) от самого пациента;
- 2) родственников, знакомых, соседей по палате, случайных людей, свидетелей случившегося;
- 3) врачей, медицинских сестёр, членов бригады скорой помощи, санитарок;
- 4) из медицинской документации: карты стационарного больного, амбулаторной карты, выписки из историй болезни предшествующих госпитализаций, данных обследования и т.п.;
- 5) из специальной медицинской литературы: справочников по уходу, стандартов сестринских манипуляций, профессиональных журналов, учебников и т.п.

На основании полученных данных можно судить о состоянии здоровья пациента, факторах риска, особенностях заболевания, необходимости оказания пациенту сестринской помощи.

Пациент - основной источник субъективной и объективной информации о себе. В тех случаях, когда он недееспособен, находится в коматозном состоянии, либо это младенец или ребёнок, основным источником данных могут быть его родственники. Иногда они одни знают об особенностях состояния пациента до болезни и в период заболевания, о принимаемых им медикаментах, аллергических реакциях, приступах и т.п. Однако не стоит думать, что эта информация будет исчерпывающей. Из других источников могут быть получены иные данные, возможно, даже противоречащие данным основных. Например, супруг (супруга) может сообщить о напряжённой обстановке в семье, депрессии или пристрастии к спиртным напиткам, которые сам пациент отрицает. Информация, полученная от членов семьи, может повлиять на скорость и качество оказания медицинской помощи. В случае расхождения данных необходимо постараться получить дополнительные сведения от других лиц.

Медицинское окружение пациента - источник объективной информации, основанной на поведении пациента, его реакции на лечение, полученной при проведении диагностических процедур, общении с посетителями. Каждый член медицинской бригады - потенциальный источник информации, он может сообщать и проверять данные, полученные из других источников.

Основная медицинская документация, необходимая сестринскому персоналу, - карта стационарного или амбулаторного больного. Прежде чем приступить к опросу пациента, сестринский персонал подробно знакомится с такой картой. В случае повторной госпитализации интерес представляют предыдущие истории болезни, запрашиваемые в случае надобности в архиве. Это источник ценных данных относительно особенностей течения заболевания, объёма и качества оказанного сестринского ухода, психологической адаптации, реакций пациента на госпитализацию, негативных последствий, связанных с предыдущим пребыванием пациента в стационаре или обращением за медицинской помощью. В процессе знакомства сестринского персонала с историей заболевания пациента могут появиться гипотезы о возможных причинах его проблем (работа на вредном производстве, отягощённая наследственность, семейные неурядицы).

Нужную информацию также можно почерпнуть из документации с места учёбы, работы, службы, из медицинских учреждений, где наблюдается или наблюдался пациент.

Прежде чем запрашивать документацию или опросить третье лицо, необходимо разрешение на это пациента или его опекуна. Любая полученная информация конфиденциальна и рассматривается как часть официальной медицинской документации пациента.

На завершающем этапе сбора информации сестринский персонал может воспользоваться специальной медицинской литературой по уходу за пациентом.

Существует два вида информации о пациенте: субъективная и объективная.

Субъективная информация - это сведения об ощущениях самого пациента относительно проблем со здоровьем. Например, жалобы на боли - субъективная информация. Пациент может сообщить о частоте боли, её характеристике, продолжительности, локализации, интенсивности. К субъективным данным относят сообщения пациента о чувстве беспокойства, физического дискомфорта, страхе, жалобы на бессонницу, плохой аппетит, недостаток общения и др.

Объективная информация - результаты проведённых измерений или наблюдений. Примерами объективной информации могут служить показатели измерения температуры тела, пульса, АД, идентификация высыпаний (сыпи) на теле и пр. Сбор объективной информации проводят в соответствии с существующими нормами и стандартами (например, по шкале Цельсия при измерении температуры тела).

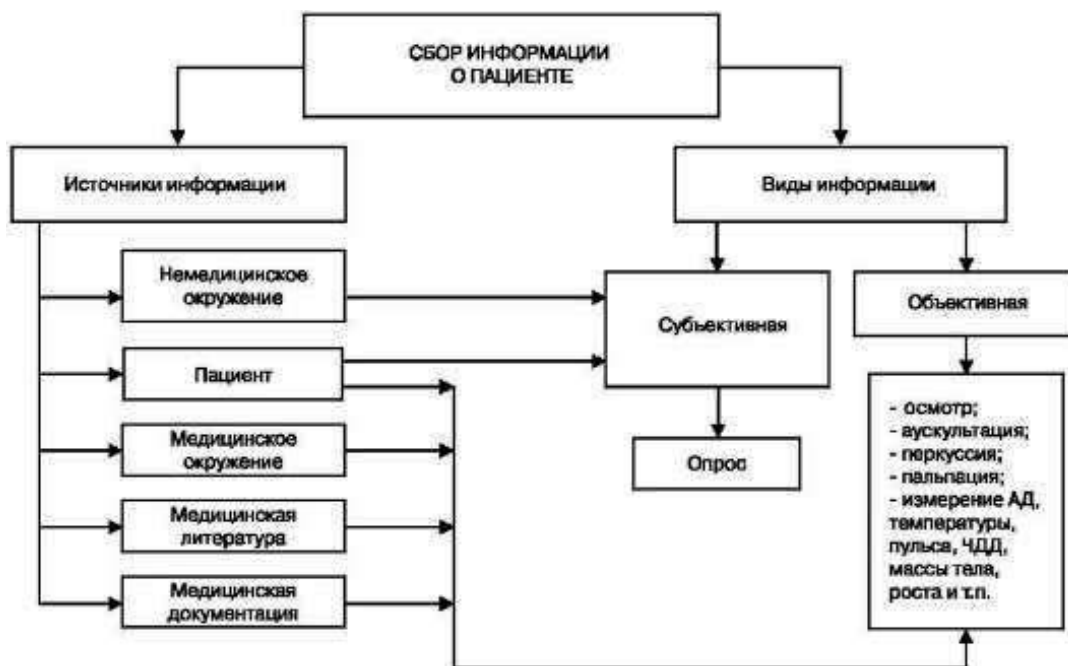


Рис Содержание первого этапа сестринского процесса

Субъективные данные, полученные от пациента и его немедицинского окружения, подтверждают физиологические изменения, выраженные объективными показателями. Например, подтверждение описания боли пациентом (субъективная информация) - физиологические изменения, выраженные в повышенном кровяном давлении, тахикардии, сильном потоотделении, вынужденном положении (объективная информация).

Для полного сбора информации о прошлом и настоящем состоянии здоровья (анамнез жизни и анамнез заболевания) сестринский персонал проводит беседу с пациентом, изучает историю болезни, знакомится с данными лабораторных и инструментальных исследований.

#### Опрос как основной метод сбора субъективной информации о пациенте

Сестринское обследование следует, как правило, за врачебным. Первый шаг в сестринском обследовании пациента - сбор субъективной информации с помощью сестринского опроса (сбора первичной информации об объективных и/или субъективных фактах со слов опрашиваемого).

При проведении опроса необходимо применять специфические навыки общения, чтобы сфокусировать внимание пациента на состоянии его здоровья, помочь осознать те изменения, которые происходят или будут происходить в его образе жизни. Доброжелательное отношение к пациенту позволит ему справиться с такими проблемами, как недоверие к медицинскому персоналу, агрессия и возбуждение, снижение слуха, нарушение речи.

Цели проведения опроса:

- установление доверительных отношений с пациентом;
- ознакомление пациента с курсом лечения;
- выработка адекватного отношения пациента к состояниям беспокойства и тревоги;
- выяснение ожиданий пациента от системы оказания медицинской помощи;
- получение ключевой информации, требующей углубленного изучения.

В начале опроса необходимо представиться пациенту, назвать своё имя, положение, сообщить цель беседы. Затем выяснить у пациента, как к нему обращаться. Это поможет ему чувствовать себя комфортно.

Большинство пациентов, обратившись за медицинской помощью и особенно оказавшись в стационаре, испытывают тревогу и беспокойство. Они чувствуют себя беззащитными, боятся того, что им предстоит, боятся того, что у них могут обнаружить, и поэтому надеются на участие и заботу, испытывают радость от оказанного внимания. Пациента необходимо успокоить, ободрить, дать нужные разъяснения и советы.

При опросе не только сестринский персонал, но и пациент получает нужную ему информацию. Если контакт установлен, пациент сможет задать интересующие его вопросы. Чтобы правильно ответить на них, необходимо попытаться понять чувства пациента. Особую осторожность необходимо проявлять, когда больные просят дать совет по личному вопросу. Возможность поговорить об этом с медицинским персоналом обычно важнее, чем сам ответ.

Если опрос проходит успешно, появляется возможность установить доверительные отношения с пациентом, вовлечь его в формулирование целей и составление плана сестринского ухода, решить вопросы относительно необходимости консультаций и обучения пациента.

Во время проведения опроса следует наблюдать за пациентом. Его поведение с членами семьи, медико-санитарным окружением поможет понять, согласуются ли данные, полученные посредством наблюдения, с выявленными при опросе. Например, в том случае, когда пациент утверждает, что не волнуется, но выглядит озабоченным и раздражительным, наблюдение даст возможность получить необходимую дополнительную информацию.

Слушая пациента и умело ведя с ним беседу, можно выяснить, что его беспокоит и какие у него проблемы, что стало, по его мнению, причиной его состояния, как это состояние развивалось, и что он думает о возможном исходе заболевания.

Все, что удаётся узнать, собирая анамнез, помогает оформить историю сестринского наблюдения за пациентом и выделить те проблемы, которым следует уделить особое внимание.

#### Объективное обследование

Основная задача объективного обследования органов и систем пациента - выявить те важные проблемы со здоровьем, которые в беседе с пациентом ещё не были упомянуты. Нередко болезненное состояние пациента вызвано нарушением нормального функционирования органа или системы в целом. Лучше начинать выяснение состояния той или иной системы с обобщающих вопросов: «Как у вас со слухом?», «Вы хорошо видите?», «Как работает ваш кишечник?». Это позволит пациенту сконцентрироваться на предмете разговора.

Сестринский процесс - не обязательная составляющая сестринской деятельности, поэтому обследование пациента рекомендуют проводить по определённому плану с соблюдением необходимых правил, рекомендуемых при врачебном осмотре.

Объективную оценку состояния пациента начинают с общего осмотра, затем переходят к пальпации (ощупыванию), перкуссии (выстукиванию), аускультации (выслушиванию). В совершенстве владеть перкуссией, пальпацией и аускультацией – профессиональная задача врача и медицинской сестры с высшим образованием.

#### Оценка общего состояния пациента

Внешний вид и поведение пациента необходимо оценивать, используя данные наблюдений, сделанных при сборе анамнеза и обследовании. Хорошо ли пациент слышит голос медицинской сестры? Легко ли он двигается? Какая у него походка? Чем он занят в момент встречи, сидит или лежит? Что находится у него на прикроватном столике: журнал, открытки, молитвенник, емкость для сбора рвотных масс или вообще ничего? Предположения, сделанные на основе таких нехитрых наблюдений, могут помочь в выборе тактики сестринского ухода.

Необходимо обратить внимание на то, как пациент одет. Опрятен ли он? Есть ли запах, исходящий от него? Следует обратить внимание на речь пациента, проследить за выражением его лица, поведением, эмоциями, реакциями на окружающее, выяснить состояние сознания.

Состояние сознания пациента. При его оценке нужно выяснить, насколько адекватно тот воспринимает окружающую обстановку, как реагирует на медицинский персонал, понимает ли вопросы, которые ему задают, насколько быстро отвечает, не склонен ли терять нить разговора, замолкать или засыпать.

Если пациент не отвечает на вопросы, можно прибегнуть к следующим приёмам:

- громко обратиться к нему;
- слегка его потрясти, как это делают, когда будят спящего человека.

Если пациент по-прежнему не реагирует, следует установить, не находится ли он в состоянии сопора или комы. Нарушение сознания может быть кратковременным или длительным.

Для оценки степени нарушения сознания и комы детей старше 4 лет и взрослых широко используют шкалу комы Глазго (ШКГ) - The Glasgow Coma Scale (GCS). Она состоит из трёх тестов для оценки: реакции открывания глаз (E), речевых (V) и двигательных (M) реакций. После проведения каждого теста начисляют определённое количество баллов, а затем подсчитывают общую сумму.

**Интерпретация полученных результатов:**

- 15 баллов - сознание ясное;
- 13-14 баллов - оглушение;
- 9-12 баллов - сопор;
- 6-8 баллов - умеренная кома;
- 4-5 баллов - терминальная кома;
- 3 балла - гибель коры.

Положение пациента. Оно зависит от общего состояния. Различают три вида положения пациента: активное, пассивное и вынужденное.

Пациент, находящийся в активном положении, легко его изменяет: садится, встаёт, передвигается; обслуживает себя. В пассивном положении пациент малоподвижен, не может самостоятельно повернуться, поднять голову, руку, изменить положение тела. Такое положение наблюдают при бессознательном состоянии пациента или состоянии

Признак	Виды реакции	Баллы
Открывание глаз (E, eye response)	Произвольное	4
	Как реакция на голос	3
	Как реакция на боль	2
	Отсутствует	1
Речевая реакция (V, verbal response)	Быстрый и правильный ответ на заданный вопрос	5
	Спутанная речь	4
	Словесная окропка, ответ по смыслу не соответствует вопросу	3
	Нечленораздельные звуки в ответ на заданный вопрос	2
	Отсутствует	1
Двигательная реакция (M, motor response)	Выполнение движений по команде	6
	Целесообразное движение в ответ на болевое раздражение (отталкивание)	5
	Одергивание конечности в ответ на болевое раздражение	4
	Патологическое сгибание в ответ на болевое раздражение	3
	Патологическое разгибание в ответ на болевое раздражение	2
Отсутствует	1	

Таблица. Шкала комы Глазго

гемиплегии, а также в случаях крайней слабости. Вынужденное положение пациент занимает для облегчения своего состояния. Например, при боли в животе он поджимает колени, при одышке сидит с опущенными вниз ногами, придерживаясь руками за стул, кушетку, кровать. О боли свидетельствуют страдание на лице, усиленное потоотделение.

Рост и масса тела пациента. Выясняют, какова его обычная масса тела, не изменилась ли она в последнее время. Пациента взвешивают, рассчитывают нормальную массу тела, измеряют его рост, выясняют, нет ли у него слабости, утомляемости, лихорадки.

У пациентов с нарушением потребности в питании и выведении продуктов жизнедеятельности из организма данные массы тела и роста используют как основные показатели при лечении. Рост и масса тела человека в большой степени зависят от его режима и характера питания, наследственности, перенесённых заболеваний, социально-экономического положения, места проживания и даже времени рождения.

Сестринскому персоналу нередко приходится определять рост и массу тела пациентов, особенно в педиатрической практике или на профилактических осмотрах. Выпускаемый медицинской промышленностью прибор весы-ростомер позволяет провести эти измерения с большой экономией времени.

По вопросу о нормальной массе тела (должной массе) взрослого человека нет единого мнения. При самом простом способе расчета нормальная масса тела человека должна быть равна его росту в сантиметрах минус 100. Так, при росте человека 170 см нормальная масса тела составляет 70 кг. При расчете идеальной массы тела учитывают рост, пол человека, возраст и тип телосложения. Для определения идеальной массы тела необходимо пользоваться специальными таблицами.

Для измерения массы тела и роста человека необходимо действовать по определённому алгоритму.

Проблемы, с которыми сталкивается медсестра при ведении пациента с инсультом на 1 ЭТАПЕ:

- ✓ уход за кожей;
- ✓ профилактика пролежней;
- ✓ риск развития пневмонии и аспирации;
- ✓ питание;
- ✓ гидратация;
- ✓ нарушение функции тазовых органов;

## ВТОРОЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА (СЕСТРИНСКАЯ ДИАГНОСТИКА)

Второй этап сестринского процесса (сестринская диагностика) начинается с анализа полученных при обследовании данных и выявления проблем пациента, т.е. трудностей, препятствующих ему достигать оптимального состояния здоровья в любой сложившейся ситуации, включая состояние болезни и процесс умирания. Эти затруднения касаются прежде всего удовлетворения основных жизненно важных потребностей пациента.

Для того чтобы сделать анализ информации о пациенте конструктивным и целенаправленным, необходимо придерживаться определённых принципов. При изучении данных, полученных при проведении сестринского обследования, необходимо следующее:

1. Выявить потребности, удовлетворение которых нарушено.
2. Определить факторы, способствующие или вызывающие заболевание, травму (окружение пациента, личные обстоятельства и т.п.).
3. Выяснить сильные и слабые стороны пациента, способствующие предупреждению или развитию его проблем.
4. Чётко представить, будут ли со временем возможности пациента расширяться или становиться все более ограниченными.

Трудности формулирования сестринского диагноза

Заболевание вносит в жизнь человека множество проблем, но не все они становятся объектом сестринского вмешательства. В качестве сестринских диагнозов могут быть сформулированы только те проблемы пациента, решение которых входит в компетенцию медицинской сестры. Например, рвота (проблема, связанная со здоровьем) не будет сестринским диагнозом, так как не поддается коррекции методами сестринского ухода. А риск аспирации рвотными массами - сестринский диагноз, поскольку данная проблема может быть предупреждена действиями медицинской сестры.

Чтобы понять, насколько точно обозначена проблема пациента и правильно сформулирован сестринский диагноз, следует проверить следующее.

1. Связана ли рассматриваемая проблема с дефицитом самообслуживания?

- Например, отрыжка не может быть рассмотрена в качестве сестринского диагноза, так как эта проблема не связана с дефицитом самообслуживания. Проблема затруднённого дыхания пациента в горизонтальном положении связана с дефицитом самообслуживания и может быть устранена сестринским персоналом. На её основе формулируют сестринский диагноз.

2. Насколько сформулированный диагноз понятен и ясен пациенту?

- Например, «дискомфорт» - неправильно сформулированный сестринский диагноз, так как не отражает конкретную проблему пациента. «Психологический дискомфорт, связанный с необходимостью мочиться на судно» - пример правильно сформулированного сестринского диагноза.

3. Будет ли сформулированный диагноз базой для планирования сестринских действий?

- Например, «ухудшение настроения пациента» нельзя назвать сестринским диагнозом, так как непонятно, каким должно быть сестринское вмешательство, правильной будет формулировка: «снижение настроения, связанное с дефицитом привычного общения».

Часто одна и та же проблема может быть вызвана совершенно разными причинами, естественно, что сестринский диагноз в каждом случае будет сформулирован по-разному. Намеченное сестринское вмешательство будет адекватным, если причина известна, так как именно она даёт правильное направление сестринскому уходу. При беспокойстве пациента по поводу возможного инфицирования при парентеральном введении лекарственных препаратов и беспокойстве, связанном с необходимостью постороннего ухода за ним в домашних условиях, сестринские диагнозы и действия будут различными.

В первом случае сестринскому персоналу необходимо демонстративно соблюдать требования асептики и антисептики, а во втором - выяснить, кто из близких будет ухаживать за пациентом, и подключить их к решению проблемы.

4. Будет ли указанная проблема проблемой пациента?

- Например, необоснованный отказ от процедуры - проблема сестринского персонала, а не пациента; её нельзя рассматривать в качестве сестринского диагноза. Страх, связанный с возможностью инфицирования пациента во время парентерального введения лекарственных препаратов, - правильно поставленный сестринский диагноз, так как отражает проблему пациента.

5. Обозначена ли в формулировке сестринского диагноза только одна проблема пациента?

- Например, корректирование проблемы ограничения подвижности пациента связано с целым комплексом задач, решение которых может находиться вне компетенции сестринского персонала. Необходимо предвидеть последствия данного состояния и предоставить пациенту необходимый сестринский уход. Правильно будет выделить ряд сестринских диагнозов, связанных с ограничением подвижности пациента, таких как «риск развития пролежней», «дефицит самообслуживания» и др. При формулировании сестринских диагнозов следует указывать, что пациент не знает, не может, не понимает, а также, что его беспокоит. Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с проводимым лечением, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.

Таким образом, задача сестринского диагностирования - выявить все настоящие или возможные в будущем проблемы пациента на пути его комфортного, гармоничного



состояния; определить то, что наиболее тяготит пациента в настоящий момент; сформулировать сестринский диагноз и попытаться в пределах своей компетенции спланировать мероприятия по сестринскому уходу.

#### Классификация проблем пациента

В рамках сестринского процесса рассматривают не заболевание, а возможные реакции пациента на болезнь и своё состояние. Эти реакции могут быть:

- физиологическими (задержка стула, связанная с адаптацией к условиям стационара);
- психологическими (недооценка тяжести своего состояния; беспокойство, вызванное недостатком информации о заболевании);
- духовными (выбор новых жизненных приоритетов в связи с заболеванием; проблема добровольного ухода из жизни на фоне неизлечимого заболевания; проблемы взаимоотношений с родственниками, возникающие в связи с болезнью);
- социальными (самоизоляция, связанная с ВИЧ-инфицированием).

Проблема пациента и сформулированный на её основе сестринский диагноз могут относиться не только к пациенту, но и к его семье, коллективу, в котором он работает и/или учится и к государственным службам, особенно службам социальной помощи инвалидам. Например, в такой проблеме пациента, как «социальная изоляция, связанная с ограничением возможности передвижения» могут быть повинны как члены семьи, так и государство.

В зависимости от времени появления сестринские диагнозы (проблемы пациента) делятся на существующие и потенциальные. Существующие (отсутствие аппетита, головная боль и головокружение, страх, беспокойство, диарея, дефицит самообслуживания и т.п.) имеют место в данный момент, «здесь и сейчас». Потенциальные проблемы (риск аспирации рвотными массами, риск обезвоживания по причине неукротимой рвоты и диареи, высокий риск инфицирования, связанный с оперативным вмешательством и сниженным иммунитетом, риск развития пролежней и т.п.) могут появиться в любой момент. Их возникновение необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.

Как правило, сестринских диагнозов при одном заболевании может быть сразу несколько. При артериальной гипертензии наиболее вероятны головная боль, головокружения, тревожность, недооценка своего состояния, дефицит знаний о заболевании, высокий риск осложнений. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.

Во время сестринского диагностирования учитывают все проблемы пациента, которые могут быть устранены или скорректированы сестринским персоналом. Затем их ранжируют в порядке значимости и приступают к их решению, начиная с наиболее важных. При установлении приоритетов может быть использована пирамида потребностей А. Маслоу. Следует помнить, что, если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.

Сестринские диагнозы классифицируют по значимости:

- на первостепенные, т.е. главные, по мнению, прежде всего, самого пациента, связанные с риском для жизни и требующие неотложной помощи;
- промежуточные - неопасные для жизни, однако способствующие ухудшению течения заболевания и увеличению риска осложнений;
- второстепенные - не имеющие прямого отношения к заболеванию или прогнозу.

#### Содержание второго этапа сестринского процесса

Пациент, по возможности, должен принимать участие в расстановке приоритетов при группировке диагнозов. Разногласия пациента и медицинского персонала по этому вопросу могут быть устранены в процессе прямого обсуждения. При серьёзных нарушениях психологического и эмоционального статуса пациента сестринскому персоналу приходится

брать ответственность за выбор первостепенных диагнозов на себя. Так, диагноз «риск суицида» нередко ставят без участия пациента, либо при участии его родственников.

Когда пациент только поступил в медицинское учреждение, или когда его состояние нестабильно, быстро меняется, лучше повременить с постановкой диагнозов до прояснения ситуации и сбора полной достоверной информации. Преждевременные выводы могут стать причиной неверного диагноза, а значит, неэффективного сестринского ухода.

Все, о чём сказано выше, помогает правильно поставить сестринский диагноз. Однако нередко приходится сталкиваться с проблемами пациентов, причины которых невозможно установить. Некоторые проблемы не поддаются анализу, поэтому приходится просто констатировать симптом: анорексию, тревожность и т.п. Некоторые заболевания обусловлены неблагоприятными жизненными обстоятельствами, например потерей работы или близкого человека. После подробного выяснения этих обстоятельств сестринский персонал может эффективно помочь пациенту справиться с их последствиями.

Пример. В отделение кардиологии доставлен пациент 65 лет с затянувшимся приступом стенокардии. В процессе обследования медицинская сестра выясняет, что он месяц назад потерял жену и теперь остался один, сын живет далеко и навещает его редко. Пациент рассказывает: «Я остался один на один со своим горем. Сердце болит и болит». Желание и способность медицинской сестры понять и разделить горе одинокого пожилого человека оказывают равноценное по силе лекарственной терапии воздействие. Таким образом основные направления второго этапа будут заключаться в следующем:

- ✓ Второй этап сестринского процесса начинают с анализа данных, полученных при обследовании на первом этапе.
- ✓ На втором этапе выявляют проблемы пациента и формулируют на их основе сестринские диагнозы. Это препятствующие достижению оптимального состояния здоровья проблемы пациента, решение которых находится в пределах компетенции сестринского персонала.
- ✓ Проблемы пациента могут быть связаны не только с травмой или заболеванием, но и с процессом лечения, обстановкой в палате, недоверием к медицинскому персоналу, семейными или профессиональными отношениями.
- ✓ Сестринские диагнозы могут меняться ежедневно и даже в течение дня. Сестринский диагноз отличается от врачебного. Врач устанавливает причины, намечает план и назначает лечение, а сестринский персонал помогает пациенту адаптироваться и жить с хроническим заболеванием.
- ✓ Проблемы пациента по времени появления делятся на существующие и потенциальные. Существующие имеют место в данный момент. Возникновение потенциальных необходимо предвидеть и предотвратить усилиями медицинского персонала.
- ✓ На фоне одного заболевания у пациента могут возникать несколько проблем и быть сформулированы несколько сестринских диагнозов.
- ✓ Сестринский персонал должен помнить, что если нет экстренных физических нарушений, угрозу здоровью и жизни пациента может представлять нарушение удовлетворения его психологических, социальных, духовных потребностей.
- ✓ Сестринские диагнозы классифицируют по значимости на первостепенные, промежуточные и второстепенные. Пациент по возможности должен принимать участие в установлении приоритетных диагнозов. Когда его состояние или возраст не позволяют ему быть активным участником сестринского процесса, к расстановке приоритетов следует привлекать родственников или близких людей.
- ✓ При формулировании сестринского диагноза желательно указывать причины, которые привели к возникновению проблемы. Действия сестринского персонала в первую очередь должны быть направлены на устранение этих причин.

### ТРЕТИЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Третий этап сестринского процесса включает в себя формулирование целей и планирование ухода. Анализ данных, полученных во время медицинского обследования, даёт основание сестринскому персоналу ставить диагнозы, отражающие индивидуальные реакции пациентов на болезнь или своё состояние. Проблемы выделены, приоритеты в решении определены.

Следующая ступень сестринского процесса - планирование. Его начинают с определения цели и ожидаемых результатов сестринских действий. В сестринской практике цель - ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Любое действие по уходу за пациентом нацелено на результат, поэтому определение целей необходимо для выбора направления ухода в каждом конкретном случае и для оценки эффективности сестринских действий.

Основной принцип философии сестринского дела - холистический подход к пациенту: лечить не болезнь, а больного. Именно поэтому цели ухода и проблемы пациента в каждом отдельном случае будут уникальны, так как каждый человек по-разному реагирует на жизненные ситуации как в болезни, так и в здравии. Цели - «указатели выбора и критерии оценки сестринских действий».

При определении целей сестринских действий можно использовать стандарты сестринской практики по типичным проблемам пациентов. Примеры стандартов: ОСТы: «Протокол ведения больных. Пролежни», «Протокол ведения больных. Сердечная недостаточность», «Протокол ведения больных. Чесотка». Стандарты - базовый перечень научно-обоснованных мероприятий по уходу, обеспечивающих достижение целей вне зависимости от конкретной ситуации; формальное описание ожидаемых сестринских вмешательств.

Сестринский персонал должен уметь при составлении индивидуального плана ухода применить стандарт к конкретной клинической ситуации. Можно исключить любой пункт стандарта из индивидуального плана или включить дополнительный, не предусмотренный в стандарте, при условии логического обоснования своей точки зрения.

Определение и формулирование целей сестринских действий требуют самостоятельных суждений и должны проходить с согласия пациента и его семьи.

#### Участие пациента в формулировании целей

Пациента надо вовлекать в определение целей и планирование ухода. Только в этом случае его можно признать активным участником сестринского процесса.

Участие пациента в определении целей должно быть так же независимо, как в определении приоритетов и принятии решений. Задача сестринского персонала - направлять и защищать пациента, тем самым предотвращая ухудшение его здоровья.

Когда пациент не в состоянии принять участие в определении целей, необходимо по возможности привлекать родственников. К таким состояниям относят: кому, дезориентацию, инсульт с парализацией и потерей речи и т.п. В ряде случаев медицинские сестры, осуществляющие уход, определяют цели самостоятельно.

Цели ухода должны отражать не только насущные проблемы, но и меры по реабилитации пациентов и предотвращению развития заболеваний. Цели, сосредоточенные на пациенте, - особый критерий, отражающий состояние здоровья пациента, когда ему не нужно лечение и он независим в повседневной жизни.

#### Виды целей

Есть два вида целей для пациентов: краткосрочные и долгосрочные.

Краткосрочные цели должны быть выполнены в короткий период времени, обычно за одну-две недели. При существующей системе здравоохранения, когда продолжительность пребывания пациента в стационаре ограничена более короткими сроками, цели дают направление ухода для ведения пациента в острой стадии заболевания.

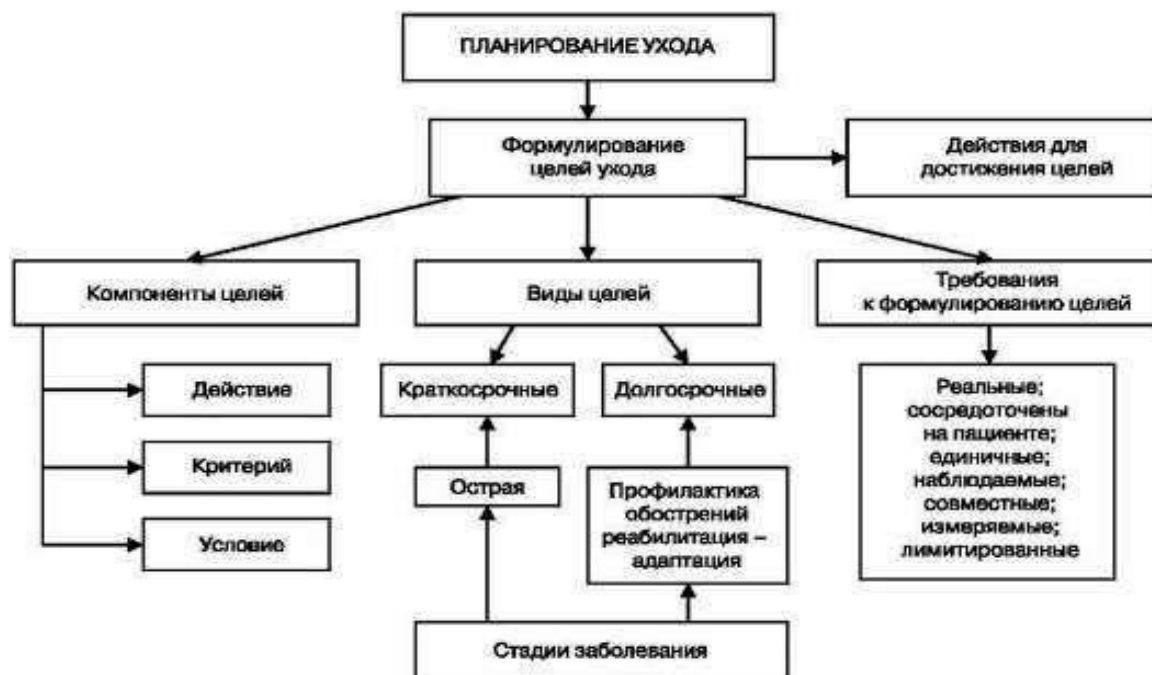


Рис. Третий этап сестринского процесса

Долгосрочные цели могут быть достигнуты к выписке или позже, по возвращению домой, за более длительный промежуток времени. Эти цели обычно направлены на реабилитацию и предотвращение обострений, приобретение определённых знаний о здоровье. Если сестринский персонал не планирует долгосрочные цели, уход прекращают в день выписки. Определение целей ставит компоненты плана в определённые рамки. С помощью целей сестринский персонал способен проводить уход, оптимально используя ресурсы и время. В конечном счёте, цель ведёт к определению ожидаемых результатов, которых может быть несколько.

#### Ожидаемые результаты

Результат - изменение физиологического, психологического, социального и духовного состояний пациента. Ожидаемые результаты бывают промежуточными и конечными. Промежуточные результаты - ступеньки, ведущие к достижению цели или конечному результату.

#### Функции ожидаемых результатов:

- дают направление сестринской деятельности;
- критерии достижения цели;
- помогают рассчитать время достижения цели;
- дают возможность предусмотреть дополнительные ресурсы;
- критерии оценки сестринских действий.

Ожидаемые результаты вытекают из краткосрочных и долгосрочных целей, сосредоточенных на пациенте и основанных на проблемах, установленных при проведении второго этапа сестринского процесса. Ожидаемые результаты для каждой цели и каждой проблемы должны быть спланированы последовательно, с учётом времени и возможностей пациента. Последовательное перечисление ожидаемых результатов даёт сестринскому персоналу руководство по планированию своих действий.

Ожидаемые результаты записывают в СИБ, в плане ухода, в колонке «Критерий».

#### Требования к формулированию целей

Каждая цель должна соответствовать определённым требованиям.

Проблема	Цель ухода	Ожидаемые результаты
Дефицит знаний о подготовке к колоноскопии	Пациент и медсестра отмечают, что исследование прошло результативно	- пациент получит необходимые знания от сестры; - пациент продемонстрирует знания за три дня до исследования; - пациент уверен в результативности исследования
Риск потери зубов в связи с их подвижностью на фоне пародонтита	Краткосрочная: пациент и медсестра отмечают снижение риска потери зубов к концу лечения. Долгосрочная: сохранение зубного ряда как единой динамической системы.	- взаимопонимание между медсестрой и пациентом; - доверие врачу и желание следовать его рекомендациям; - регулярное посещение стоматологического кабинета; - чёткое выполнение всех рекомендаций и мероприятий, связанных с лечением; - уменьшение подвижности зубов

Таблица. Примеры определения целей и ожидаемых результатов

### Составление плана ухода

После формулировки целей сестринский персонал составляет письменный план ухода за пациентом. План - письменное руководство по уходу, представляющее собой подробный перечень специальных действий, направленных на достижение целей по определённой проблеме пациента в конкретной ситуации.

Существуют три типа сестринских действий, которые можно включить в сестринский план ухода и наблюдения за пациентом: независимые, зависимые и взаимозависимые.

Планирование ухода нужно на основе стандартов сестринской практики. Но в стандарт нельзя включить разнообразие клинических ситуаций, поэтому в каждом конкретном случае план ухода отражает индивидуальность пациента.

Одна и та же проблема может быть у пациентов с различной патологией. Эффективность решения проблемы определяют разные действия. Например, ишурия, связанная с аденомой предстательной железы, и ишурия в послеоперационном периоде требуют различных вмешательств со стороны сестринского персонала, но в том и другом случае для них характерна острая задержка мочи. В первом случае будут преобладать зависимые и взаимозависимые действия сестры, направленные на опорожнение мочевого пузыря:

- медсестра успокоит пациента;
- медсестра по назначению врача выведет мочу катетером;
- медсестра измерит количество выделенной мочи, оценит её визуально и в случае наличия примесей сообщит об этом врачу;
- медсестра обеспечит дальнейшее наблюдение за пациентом;
- медсестра будет ассистировать врачу в случае прокола мочевого пузыря при отсутствии возможности вывести мочу катетером. Во втором случае (ишурия обусловлена рефлекторной задержкой мочи) прежде всего преобладают независимые действия:
- медсестра успокоит пациента;
- медсестра проведёт мероприятия, способствующие самостоятельному опорожнению мочевого пузыря (обучит пациента использовать судно и мочеприёмник, изолирует его ширмой, включит кран в палате, подмоет пациента тёплой водой);
- медсестра проведёт катетеризацию мочевого пузыря по назначению врача, если пациент не в состоянии помочиться самостоятельно.

Составление и ведение индивидуальных планов ухода имеет ряд преимуществ перед привычной практикой работы сестринского персонала:

- план ухода - письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода;
- план координирует уход, экономит время и способствует эффективному использованию оборудования и материальных ресурсов, так как любая медсестра может быстро определить, что нужно пациенту;

- план определяет продолжительность ухода за пациентом и степень участия в нём каждого медработника;
- план ухода представляет собой письменный обмен информацией в форме отчётов;
- письменный план ухода, где предусмотрены долгосрочные цели, способствует обеспечению непрерывности ухода и его продолжительности после госпитализации или перевода пациента в другое ЛПУ;
- план позволяет быстро подсчитать материальные затраты на уход.

К разработке планов ухода сестринский персонал подключает пациента и его родственников. Семья часто - основной рычаг в достижении целей ухода.

Результат планирования - «живой» план ухода, где отражена динамика самочувствия пациента, цели и объём оказанной сестринской помощи, предусматривающий все виды сестринских вмешательств и реакцию пациента на уход. Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.

Планирование - мыслительный процесс, заставляющий думать, рассуждать, анализировать. Это прекрасная возможность научиться сопоставлять, объединять, формулировать и фиксировать знания и результаты исследования письменно. Именно поэтому грамотный план ухода - мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

Выводы третьего этапа сестринского процесса:

- Цель - ожидаемый положительный результат сестринских вмешательств по решению конкретной проблемы пациента. Цели ухода могут быть краткосрочными и долгосрочными. Каждая цель должна состоять из трех компонентов: действия, критерия и условия.
- Цели ухода должны быть реальными, ограниченными по времени, единичными, наблюдаемыми, измеряемыми и в пределах компетенции сестры.
- Третий этап сестринского процесса заканчивают составлением плана ухода. План ухода - письменное руководство по уходу за пациентом, где отражены проблемы, предусмотрены цели и намечены действия по их реализации, что уменьшает риск некомпетентного, неверного или неаккуратного ухода.
- Планы ухода в различных лечебных и образовательных учреждениях имеют отличия в формулировке, но едины по сути, направлены на достижение определённых целей, в пределах компетенции сестринского персонала как полноправного участника процесса лечения, реабилитации и наблюдения за пациентом.
- Грамотный план ухода - мерило качества работы и профессионализма сестринского персонала.

#### ЧЕТВЕРТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Четвертый этап сестринского процесса заключается в осуществлении плана сестринских вмешательств.

##### Понятие о выполнении плана ухода

Выполнение плана ухода в теории следует после планирования сестринских действий. Однако на практике выполнение может начаться сразу после обследования. Прибегать к немедленному выполнению необходимо только в тех случаях, когда есть прямая угроза физиологическому или психологическому состоянию пациента. Примерами такого состояния могут быть нестерпимая острая боль, эмоциональный срыв, вызванный п неожиданной смертью близкого человека, неукротимая рвота, вне-О запная остановка сердца и т.д.

Выполнение - это такое поведение сестринского персонала, которое направлено на достижение ожидаемого результата ухода вплоть до его завершения. Выполнение включает:

- оказание помощи, физической и психологической;
- управление деятельностью по самоуходу;

- обучение и консультирование пациента и его семьи;
- оценку работы всей бригады;
- фиксирование и обмен важной для лечения информацией. Выполнение начинается, как правило, после того, как план уже выработан в соответствии с целями и ожидаемыми результатами ухода.

**Выполнение** - непрерывный и взаимосвязанный с другими этапами сестринского процесса этап. Выполнение само по себе уже процесс. В ходе выполнения сестринский персонал многократно встречается с пациентом, переоценивает его состояние, в случае необходимости осматривает, изменяет существующий план ухода, намечает и осуществляет вмешательства, связанные с уходом. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс начинается заново, так как проблемы пациента подвержены изменениям под воздействием обстоятельств, лечения и сестринских вмешательств. Для успешного выполнения плана сестринский персонал должен хорошо знать все типы сестринских вмешательств, владеть техникой проведения конкретных действий по уходу, входящих в компетенцию сестринского персонала.

**Сестринское вмешательство** - это любое действие сестринского персонала, которое приводит в действие план ухода или любую задачу этого плана. Это могут быть: поддержка, лечение, забота, обучение и пр.

Сестринский персонал выполняет вмешательства, которые могут быть зависимыми, независимыми и взаимозависимыми. Кроме этого, есть вмешательства, которые должны основываться на приказах и стандартах сестринской практики.



Рис. Четвёртый этап сестринского процесса

Первым официальным стандартом, утверждённым Министерством здравоохранения для внедрения в сестринскую практику, стал ОСТ «Протокол ведения больных. Пролежни». Помимо стандартов, есть приказы, например, связанные с обеспечением профилактики ВБИ, которые необходимо выполнять. Относиться к действиям сестринского персонала, предписанным данными приказами, можно по-разному. С одной стороны, они зависимые, с другой - независимые: сестринский персонал не свободен в их выполнении и в тоже время врач их не назначает. Однако, осуществляя уход, связанный с профилактикой пролежней и обеспечением санитарного режима, сестринский персонал обязан руководствоваться нормами, предусмотренными в приказах и стандартах сестринской практики.

Помимо этого, есть специальные правила, определяющие поведение сестринского персонала в экстремальной ситуации, например, в отделениях реанимации и процедурных кабинетах предусмотрена инструкция, направленная на оказание помощи для выведения пациента из анафилактического шока. Наличие таких стандартов и инструкций даёт легальную возможность вмешиваться в процесс лечения в интересах пациента.

Сестринский персонал, осуществляя уход, использует все типы сестринских действий. Ошибочно мнение, что медсёстры ответственны только за то, что делают без указки врача. Ответственность сестринского персонала одинаково велика при выполнении любого типа вмешательств.

#### Основные направления сестринских действий

Сестринские вмешательства могут включать:

- оказание помощи в выполнении действий, связанных с жизненными потребностями;
- советы и инструкции больному и членам его семьи;
- уход за больным для достижения лечебных целей;
- создание условий для скорейшего достижения лечебных целей;
- наблюдение и оценку работы всех участников ухода.

Основа сестринской практики - познавательные, межличностные и психомоторные навыки.

Приступая к выполнению определённого сестринского действия, следует чётко представлять цель, причину вмешательства, возможные осложнения и реакции пациента, для того, чтобы в случае необходимости скорректировать уход.

Один из основных каналов влияния на людей - общение. Подобно тому, как инъекция анальгетика способна снизить боль, приёмы межличностного общения помогают снять страх. Отвечая на вопрос анкетирования: «Каким медикам Вы доверяете?», основная масса настоящих и потенциальных пациентов ответила: «Умеющим врачевать!» Что же и кто скрывается под этим определением? Оказалось: медик-практик и медик-Человек. Доброжелательное отношение к людям - основа терапевтического общения, фундамент профессиональной деятельности не только сестринского персонала. Предоставить пациенту информацию, снять страх заболевания или предстоящего лечения, вселить надежду и веру в улучшение - таковы цели терапевтического общения. Простота и доходчивость суждений, культура и грамотность речи, чувствительность к эмоциональным реакциям, терпение и терпимость, способность достоверно точно воспринимать вербальную и невербальную информацию пациентов - таковы основы межличностного общения в практике медработника.

Непосредственные действия по уходу, например смена одежды и постельного белья, инъекции, отсасывание слизи из трахеотомической трубки, введение уретрального катетера, требуют от сестринского персонала определённых психомоторных навыков. Медицинская сестра несёт профессиональную ответственность за правильное выполнение этих действий.

Отсутствие опыта и должной квалификации не может выступать оправданием в случае причинения пациенту вреда в результате любого сестринского вмешательства.

#### Регистрация сестринских действий

Регистрация сестринских вмешательств в сестринской истории болезни (СИБ) - также определённый вид сестринской практики.

В листе «Регистрация сестринских действий» следует фиксировать информацию о проведённом вмешательстве либо процедуре (например, «Проведена беседа...», «Выполнена инъекция...», «Поставлена клизма») и реакции пациента на уход. Регистрация реакции пациента на сестринские вмешательства может дать основание на проведение дополнительных мероприятий по уходу за пациентом. Например, осуществляя уход за пациентом с целью профилактики пролежней, после очередной смены положения тела через 2 ч медсестра обратила внимание на выраженное покраснение кожи в области крестца. Такая реакция требует дополнительных мероприятий, направленных на предотвращение дальнейшего поражения кожи и восстановительное лечение.



В сестринской истории болезни чаще регистрируются действия сестринского персонала, имеющие непосредственное влияние на лечебный процесс и прогноз заболевания. Вмешательства, связанные с уходом, в ЛПУ чаще передаются устно от одной медсестры к другой или к другим членам медицинской бригады. Медсестры общаются при передаче смены, переводе пациента в другое отделение или стационар. В любом случае, устно или письменно, связанная с уходом за пациентом информация должна быть передана с учётом критериев эффективного вербального сообщения.

#### Виды сестринской деятельности

Сестринский персонал для осуществления плана ухода использует разнообразные виды сестринской деятельности, выбор которых зависит от состояния пациента. Так, больные с вынужденным ограничением подвижности нуждаются, прежде всего, в помощи, связанной с естественными жизненными потребностями. Если будет установлено, что пациенту недостаёт знаний, или он владеет недостоверной информацией, необходимо подключить действия, направленные на обучение. Для решения определённой проблемы пациента выбирается вид воздействия (стратегия), направленный на её решение. В числе этих воздействий можно назвать следующие:

1. Оказание помощи в деятельности, связанной с ежедневными жизненными потребностями. Такая помощь заключается в обеспечении кормления пациента, одевания, умывания, чистки зубов, подачи судна и т.д. Потребность пациента в помощи может быть временной, постоянной или реабилитирующей. Степень зависимости от других определяет объём участия сестринского персонала в оказании данного вида помощи. Так, например, пациент с двусторонними шинами верхних конечностей нуждается в помощи персонала и родственников до снятия гипса. Степень ограничения самоухода в данном случае частичная, поэтому и уход будет частично компенсирующий, так как пациент в состоянии ходить, сидеть, стоять, перемещаться в постели.

Пациент в коматозном состоянии нуждается в полностью компенсирующем уходе, продолжительность которого будет зависеть от прогноза заболевания.

Переживание по поводу потери близкого человека, гериатрический возраст пациента, известие о наличии неизлечимого заболевания могут быть причиной «потери вкуса к жизни», развития депрессивного состояния. Пациенты, которые потеряли стимул к уходу за своей внешностью, нуждаются только в консультативной помощи.

2. Советы. Совет - это эмоциональная, интеллектуальная и психологическая поддержка. Сестринскому персоналу необходимо владеть техникой профессионального общения, азами педагогики и андрагогики, чтобы к совету прислушивались. Только тогда совет помогает рассмотреть альтернативы, избавиться от стрессов, смириться с необходимостью приспособившись к непривычному образу жизни, например, бросить курить, похудеть, заняться определённым видом спорта. В случае, когда заболевание угрожает жизни, можно использовать совет, чтобы примирить пациента и его семью с возможностью летального исхода.

3. Обучение. Совет очень близко связан с обучением. Однако человек, дающий совет, надеется на изменения в отношениях и эмоциональной сфере, а после проведения обучения рассчитывает на изменения в интеллектуальном развитии, приобретение новых знаний и психомоторных навыков. Сестринский персонал, осуществляя уход, несёт ответственность за выявление необходимости в обучении, а также качество и результативность образования пациентов.

Процесс обучения - это взаимодействие между учителем (сестринский персонал) и учеником (пациентом или родственником), в процессе которого достигаются определённые познавательные цели. Процесс обучения очень похож на процесс ухода и состоит из тех же компонентов: выявление потребности в обучении, постановка цели и планирование обучения, выполнение и оценка результатов.

4. Уход для достижения целей пациента. Сестринский персонал определяет проблемы и планирует уход при активном участии пациента. Основная цель пациента - обретение

независимости от других лиц. Медсестра оказывает пациенту физическую поддержку: помогает занять удобное место в постели, передвигаться с помощью специальных приспособлений, костылей или клюшки, инвалидного кресла, поддерживает пациента при ходьбе и т.п.

Как показывает опыт, сестринский диагноз часто основывается именно на психологическом состоянии пациента, и поэтому действия, направленные на снижение психологического дискомфорта, тревоги, беспокойства, занимают в сестринской практике важное место. Для снятия страха, связанного с возможным инфицированием при парентеральном введении лекарственных препаратов, сестринский персонал демонстрирует пациенту обработку рук перед инъекцией, набор лекарственного препарата в одноразовый шприц, стерильный лоток для транспортировки шприца и т.п. Чтобы помочь пациенту мочиться лежа, персонал помогает ему принять удобное положение на судне, отгораживает его ширмой, просит соседей по палате выйти в коридор.

**5. Создание условий для скорейшего достижения целей лечения.** Благоприятная обстановка, внутренний климат самого лечебного учреждения, окружение оказывают влияние на состояние пациентов, течение и прогноз заболевания.

Пациенты должны чувствовать, что они не «лишние люди», видеть в лице сестринского персонала союзника в борьбе с недугом, ощущать определённую свободу в своих действиях и взаимодействии с персоналом.

При поступлении в больницу необходимо познакомить пациента со спецификой отделения, медицинским персоналом, представить его соседям по палате. Обязательное условие адаптации пациента - ознакомление его с распорядком дня, столовой, санитарными комнатами, служебными помещениями. Следует создать условия для уединения пациента, что необходимо при проведении гигиенических мероприятий, разговоре с родственниками, друзьями или персоналом.

Если пациент получает уход на дому, необходимо найти время и рассказать ему о целях патронажа и возможных результатах таких визитов на дом.

Таким образом, план ухода не должен ставить пациента в какой-то строгий режим, а обладать определённой степенью гибкости, позволяющей пациенту выбирать «как лучше».

**6. Упреждающий уход.** Сестринский персонал должен чётко представлять потенциальные проблемы пациентов, связанные с заболеванием или пребыванием в ЛПУ. Например, для пациентов с нарушением подвижности такой проблемой являются пролежни, для пациентов с неукротимой рвотой - аспирация, обезвоживание. Побочные реакции могут возникать в ответ на проведённые сестринские вмешательства. Необходимо предвидеть развитие осложнений и вовремя скорректировать свои действия либо прервать манипуляцию. Так, в случае выраженной аллергической реакции, медсестра вправе прекратить капельное вливание ещё до прихода врача. Сестринский персонал обязан знать список препаратов, которые снижают или снимают побочные реакции и осложнения.

Следует знать особенности проведения различных диагностических процедур, их возможные последствия. Например, побочным действием бариевой клизмы при проведении ирригоскопии является задержка стула. Необходимо проследить за пациентом после такого исследования, дать ему рекомендации относительно питьевого режима, после беседы с врачом в случае необходимости дать слабительное, выяснить и отметить, когда был стул.

**7. Профилактические мероприятия.** Профилактика - комплекс мероприятий, направленных на поддержание и укрепление здоровья, предотвращение заболеваний. Профилактические мероприятия гораздо шире и разнообразнее, чем просто выполнение определённых действий по уходу. Они направлены на пропаганду здорового образа жизни и ответственного отношения людей к своему здоровью; выявление и устранение факторов риска различных заболеваний; раннюю диагностику и своевременное лечение; предупреждение осложнений, в том числе ятрогенного характера; усиление реабилитационных возможностей пациентов и оказание помощи инвалидам.

Профилактика - одно из основных направлений в деятельности сестринского персонала, и поэтому при каждой встрече с пациентом надо стараться изменить его отношение к состоянию своего здоровья, сделать активным участником сестринского процесса, направленного на лечение настоящего заболевания, профилактику обострений и предотвращение появления новых проблем со здоровьем. Примеры таких действий: участие сестры в профилактических осмотрах, иммунизации населения, обучение пациентов, страдающих артериальной гипертензией, измерять артериальное давление и вести дневник наблюдений, а пациентов, страдающих сахарным диабетом, самостоятельно определять уровень сахара.

8. Выполнение процедур и манипуляций по уходу. Сестринский персонал должен в совершенстве владеть техникой проведения сестринских манипуляций. Несмотря на стандартный подход к выполнению процедуры, в каждом отдельном случае она проводится с учётом особенностей пациента и личного опыта персонала.

В течение рабочего дня медицинскому персоналу приходится выполнять множество процедур: перестилание постели и перекладывание пациента, искусственное кормление, парентеральное введение лекарственных препаратов, введение уретрального катетера, постановку клизмы и т.д. Выполняя манипуляции, необходимо помнить старейшую заповедь медицинской этики: «Не навреди!», хорошо знать цели, время, этапы, ожидаемые результаты каждого действия, возможные реакции пациентов. Сестринская практика должна быть «вдумчивой». Только в этом случае можно гарантировать качество и безопасность ухода.

9. Выполнение мероприятий по оказанию неотложной доврачебной помощи. Это существенный компонент практики среднего медицинского персонала, одна из его профессиональных задач. Здесь предусмотрены зависимые, независимые и взаимозависимые действия, что определяется, прежде всего, местом оказания доврачебной помощи: догоспитальный этап или стационар. Для оказания такой помощи следует уметь распознать неотложное состояние, в совершенстве владеть техникой реанимационных мероприятий, знать лекарственные препараты, которые применяют в экстремальных ситуациях, способы их введения, чётко и слаженно работать с членами бригады.

10. Наблюдение и оценка действий всех членов бригады участвующих в уходе. Весь комплекс мероприятий по уходу обычно выполняется несколькими людьми. Это медицинские сёстры (постовые, процедурные, перевязочные), диетсестра, инструктор ЛФК, младшая медицинская сестра, родственники и др. Распределяя уход, необходимо быть уверенным, что он будет выполнен в соответствии с необходимыми требованиями или стандартами сестринской практики.

Осуществляя уход за пациентом, сестринский персонал должен гарантировать качество и безопасность проводимых мероприятий, стремиться к совершенству техники выполнения.

## ПЯТЫЙ ЭТАП СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА

Заключительный пятый этап сестринского процесса - оценка эффективности ухода и коррекция его при необходимости.

Цели этапа:

- оценить реакции пациента на сестринский уход;
- оценить полученные результаты и подвести итоги;
- оформить выписной эпикриз;
- проанализировать качество оказанной помощи.

Оценку ухода проводят не только в день выписки пациента из стационара, а постоянно, при каждой встрече: на обходе с врачом, на процедурах, в коридоре, столовой и т.п. Состояние пациента меняется ежедневно и даже несколько раз в день, что не всегда вызвано характером заболевания и лечением. Это может быть обусловлено взаимоотношениями с соседями по палате, медицинским персоналом, отношением к процедурам, известиями из дома или от родственников.

Наблюдение за пациентом - тоже действие сестринского персонала. Необходимо замечать малейшие изменения в состоянии или поведении больных, рассматривая поведение как один из основных критериев оценки. При каждом контакте с пациентом сестринский процесс происходит заново. Например, пациент после операции утром не смог самостоятельно изменить положение тела, а через 3 ч медсестра заметила, что он переворачивается без посторонней помощи. Это одновременно и новая информация о пациенте, и критерий оценки. Изменения поведения и состояния пациента, отражающие положительную динамику - очередная победа медицинского персонала. К сожалению, иногда лечение и уход малоэффективны. Например, у пациента после выполнения запланированных мероприятий по снижению температуры, после проведения капельного вливания вновь возникают жалобы на озноб.

Не всегда и не все проблемы, оценочные характеристики регистрируют, чаще (если они не оказывают влияние на течение заболевания или прогноз) их просто констатирует сестринский персонал и устно передаёт по смене. И наоборот, оценку и регистрацию оценочных показателей состояния пациента отделения интенсивной терапии проводят в наших клиниках каждые полчаса или час. Если пациент требует повышенного внимания со стороны персонала, критерии оценки его состояния заносят в тетрадь сдачи дежурств, обсуждают в начале рабочего дня на «пятиминутках» и вечером при сдаче смены.

Для качественного проведения заключительного этапа сестринского процесса необходимо: знать, какой аспект вы хотите оценить; иметь источники важной для оценки информации; уточнить критерии оценки - предполагаемые результаты, которые сестринский персонал желает достичь совместно с пациентом.

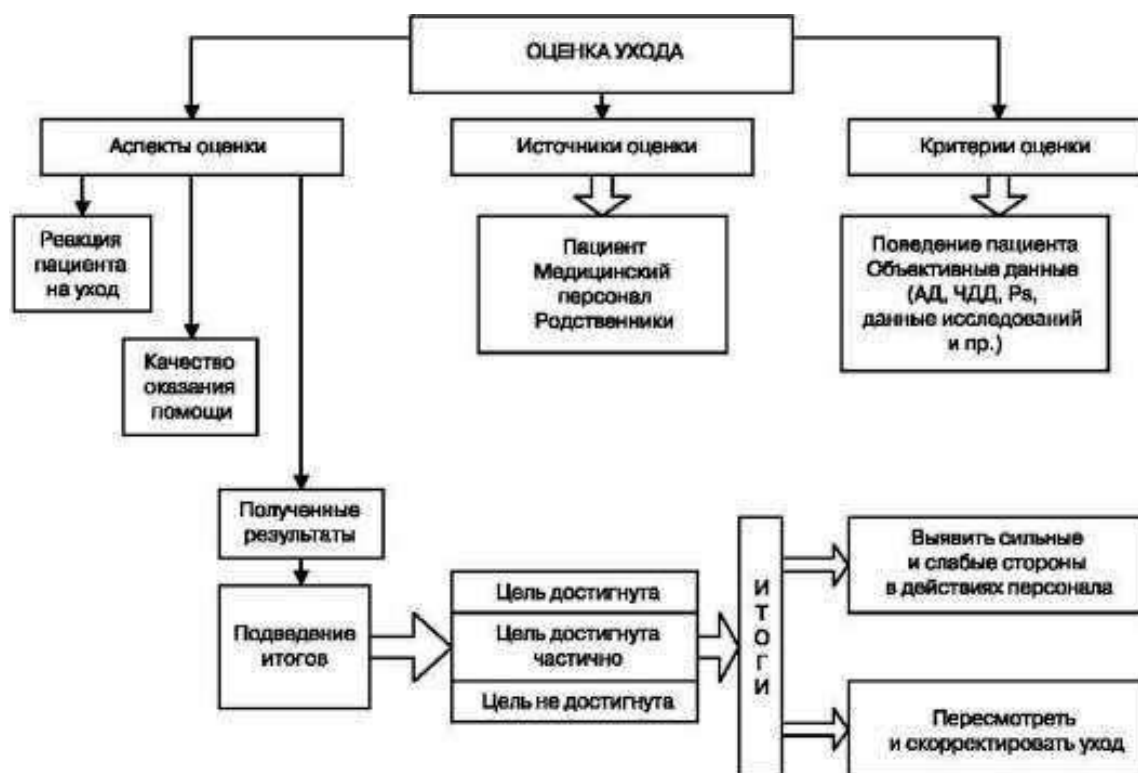


Рис. Пятый этап сестринского процесса

### Аспекты оценки

Этап оценки - это мыслительная деятельность. Сестринскому персоналу предстоит на основе использования определенных критериев оценки сравнить имеющиеся результаты ухода с желаемыми: оценить реакцию пациента и на этой основе сделать вывод о полученных результатах и качестве оказания помощи. Для объективной оценки степени успешности ухода необходимо:

- уточнить поставленную цель и ожидаемый результат в поведении или реакции пациента на заболевание или свое состояние;
- оценить наличие у пациента желаемой реакции или поведения;
- сравнить критерии оценки с имеющейся реакцией или поведением;
- определить степень согласованности между целями и реакцией пациента.

#### Критерии оценки

Оценочными критериями могут быть слова или поведение пациента, данные объективного исследования, информация, полученная от соседей по палате или родственников. Например, при отёках оценочными критериями могут выступать показатели веса и водного баланса, при выявлении уровня боли - пульс, положение в постели, поведение, вербальная и невербальная информация и цифровые шкалы оценки боли (если их используют).

Если поставленные цели выполнены, проблема пациента решена, сестринский персонал должен сделать соответствующую запись в истории болезни, поставить дату решения проблемы и свою подпись.

Иногда решающую роль на этапе оценки играет мнение пациента о проведённых действиях.

#### Источники оценки

Источником оценки выступает не только пациент. Сестринский персонал учитывает мнение родственников, соседей по палате, всех членов бригады, участвующих в лечении и уходе за пациентом.

Оценку эффективности всего ухода проводят при выписке пациента, переводе его в другое ЛПУ либо в патологоанатомическое отделение в случае летального исхода.

При необходимости план сестринских мероприятий пересматривают или прерывают. Когда цель частично или полностью не достигнута, следует проанализировать причины неудачи, среди которых могут быть:

- отсутствие психологического контакта между персоналом и пациентом;
- языковые проблемы в общении с пациентом и родственниками;
- неполная или неточная информация, собранная на момент поступления пациента в стационар или позже;
- ошибочная трактовка проблем;
- нереальные цели;
- неверные пути достижения целей, отсутствие достаточного опыта и профессионализма в выполнении конкретных действий по уходу;
- недостаточное или чрезмерное участие самого пациента и родственников в процессе ухода;
- нежелание при необходимости просить о помощи коллег.

#### Действия сестринского персонала при отсутствии эффекта ухода

В случае отсутствия эффекта сестринский процесс начинают заново всё в той же последовательности.

Оценка позволяет персоналу не только выяснить реакцию пациента на предоставленный уход, а также выявить сильные и слабые стороны своей профессиональной деятельности.

#### Оформление выписного эпикриза

При окончании времени пребывания пациента в стационаре, краткосрочные цели ухода часто уже достигнуты. При подготовке к выписке оформляют выписной эпикриз, пациента передают под наблюдение участковой медсестре, которая продолжит уход по решению долгосрочных целей, связанных с реабилитацией и профилактикой рецидивов. Эпикриз предусматривает отражение всего ухода, полученного пациентом в ЛПУ. В нём фиксируют:

- проблемы, присутствующие у пациента на день поступления;
- проблемы, появившиеся во время пребывания в отделении;
- реакции пациента на предоставленный уход;
- проблемы, оставшиеся при выписке;

- мнение пациента о качестве оказанной помощи. Сестринский персонал, который продолжит уход за пациентом после выписки, вправе для скорейшей адаптации пациента к домашним условиям пересмотреть запланированные мероприятия.

**Приказ Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н  
"Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи больным с острыми  
нарушениями мозгового кровообращения"**

В соответствии со статьей 37 Федерального закона от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2011, N 48, ст. 6724; 2012, N 26, ст. 3442, 3446) приказываю:

1. Утвердить прилагаемый Порядок оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

2. Признать утратившими силу:

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 июля 2009 г. N 389н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 июля 2009 г., регистрационный N 14399);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 февраля 2010 г. N 44н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 июля 2009 г. N 389н об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 19 февраля 2010 г., регистрационный N 16472);

приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 27 апреля 2011 г. N 357н "О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 6 июля 2009 г. N 389н об утверждении порядка оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 мая 2011 г., регистрационный N 20873).

Министр В.И. Скворцова

Зарегистрировано в Минюсте РФ 27 февраля 2013 г. Регистрационный N 27353

**Порядок  
оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового  
кровообращения  
(утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 15 ноября 2012 г. N 928н)  
ГАРАНТ:**

О порядках оказания медицинской помощи населению РФ см. справку

1. Настоящий Порядок устанавливает правила оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения в медицинских организациях.

2. Для целей настоящего Порядка к острым нарушениям мозгового кровообращения (далее - ОНМК) относятся состояния, соответствующие кодам I60-I64, G45-G46 Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (десятый пересмотр).

3. Медицинская помощь больным с ОНМК (далее - медицинская помощь) оказывается в виде:

1. первичной медико-санитарной помощи;
2. скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи;
3. специализированной медицинской помощи;

4. паллиативной медицинской помощи.

4. Медицинская помощь оказывается в следующих условиях:

- амбулаторно (в условиях, не предусматривающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение);
- вне медицинской организации (по месту вызова бригады скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи, а также в транспортном средстве при медицинской эвакуации);
- стационарно (в условиях, обеспечивающих круглосуточное медицинское наблюдение и лечение).

5. Медицинская помощь оказывается на основе стандартов медицинской помощи.

6. Первичная медико-санитарная помощь предусматривает:

- первичную доврачебную медико-санитарную помощь;
- первичную врачебную медико-санитарную помощь;
- первичную специализированную медико-санитарную помощь.

Первичная доврачебная медико-санитарная помощь осуществляется медицинскими работниками со средним медицинским образованием, первичная врачебная медико-санитарная помощь - врачом терапевтом, врачом терапевтом участковым, врачом общей практики (семейным врачом), первичная специализированная медико-санитарная помощь - врачами - специалистами.

При оказании первичной медико-санитарной помощи осуществляется раннее выявление больных с признаками ОНМК и направление их в медицинские организации, в структуре которых организовано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - Отделение). Для транспортировки больного с признаками ОНМК в указанные организации вызывается бригада скорой медицинской помощи.

7. Скорая, в том числе специализированная, медицинская помощь, больным с единообразными ОНМК оказывается фельдшерскими выездными бригадами скорой медицинской помощи, врачебными выездными бригадами скорой медицинской помощи в соответствии с приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 1 ноября 2004 г. N 179 "Об утверждении порядка оказания скорой медицинской помощи" (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 23 ноября 2004 г., регистрационный N 6136) с изменениями, внесенными приказами Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 2 августа 2010 г. N 586н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 30 августа 2010 г., регистрационный N 18289), от 15 марта 2011 г. N 202н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 4 апреля 2011 г., регистрационный N 20390), от 30 января 2012 г. N 65н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 14 марта 2012 г., регистрационный N 23472).

8. Скорая, в том числе скорая специализированная, медицинская помощь оказывается в экстренной и неотложной форме вне медицинской организации, а также в стационарных условиях медицинской организации.

9. При оказании скорой медицинской помощи в случае необходимости осуществляется медицинская эвакуация, которая включает в себя санитарно-авиационную и санитарную эвакуацию.

10. Специализированная медицинская помощь оказывается в медицинских организациях, в структуре которых организовано Отделение, в условиях обеспечения круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

11. Специализированная медицинская помощь с использованием хирургических методов лечения оказывается больным с ОНМК в неотложной и экстренной форме с учетом соблюдения объема, сроков и условий ее оказания в медицинской организации, в которой организовано Отделение, специалистами выездной бригады регионального сосудистого центра для больных с ОНМК медицинской организации органа исполнительной власти



субъекта Российской Федерации. При наличии медицинских показаний больной с ОНМК переводится в профильное отделение регионального сосудистого центра для больных с ОНМК медицинской организации органа исполнительной власти субъекта Российской Федерации.

12. Оказание специализированной, за исключением высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в федеральных государственных медицинских организациях, находящихся в ведении Министерства здравоохранения Российской Федерации, при необходимости установления окончательного диагноза в связи с нетипичностью течения заболевания, отсутствии эффекта от проводимой терапии и (или) повторных курсов лечения при вероятной эффективности других методов лечения, высоком риске хирургического лечения в связи с осложненным течением основного заболевания или наличием сопутствующих заболеваний, необходимости дообследования в диагностически сложных случаях и (или) комплексной предоперационной подготовке у больных с осложненными формами заболевания, сопутствующими заболеваниями, при необходимости повторной госпитализации по рекомендации указанных федеральных государственных медицинских организаций в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации в федеральные государственные учреждения, находящиеся в ведении Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации, для оказания специализированной медицинской помощи, приведенным в приложении к Порядку организации оказания специализированной медицинской помощи, утвержденному приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 апреля 2010 г. N 243н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 12 мая 2010 г., регистрационный N 17175), а также при наличии у больного медицинских показаний - в федеральных государственных медицинских организациях, оказывающих специализированную медицинскую помощь, в соответствии с Порядком направления граждан органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере здравоохранения к месту лечения при наличии медицинских показаний, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 5 октября 2005 г. N 617 (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 27 октября 2005 г., регистрационный N 7115).

13. При наличии у больного медицинских показаний к оказанию высокотехнологичной медицинской помощи направление в медицинскую организацию, оказывающую высокотехнологичную медицинскую помощь, осуществляется в соответствии с Порядком направления граждан Российской Федерации для оказания высокотехнологичной медицинской помощи за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в федеральном бюджете Министерству здравоохранения и социального развития Российской Федерации, путем применения специализированной информационной системы, утвержденным приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 28 декабря 2011 г. N 1689н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 февраля 2012 г., регистрационный N 23164).

14. При наличии медицинских показаний лечение больных с ОНМК проводится с привлечением врачей-специалистов по специальностям, предусмотренным Номенклатурой специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации, утвержденной приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. N 210н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 5 июня 2009 г., регистрационный N 14032), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 9 февраля 2011 г. N 94н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 16 марта 2011 г., регистрационный N 20144).

15. Специализированная, в том числе высокотехнологичная, медицинская помощь включает в себя диагностику, лечение ОНМК, иных заболеваний и состояний, требующих

использования специальных методов и сложных медицинских технологий, проведение мероприятий, направленных на предотвращение развития повторных ОНМК, а также медицинскую реабилитацию.

16. Оказание специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи в медицинской организации, в которой создано Отделение, осуществляется по медицинским показаниям:

- при самостоятельном обращении больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение;
- при доставлении больного с признаками ОНМК бригадой скорой медицинской помощи.

17. Бригада скорой медицинской помощи, производящая транспортировку больного с признаками ОНМК в медицинскую организацию, в которой создано Отделение, предварительно устно оповещает медицинскую организацию о поступлении больного с признаками ОНМК с указанием приблизительного времени поступления.

18. Бригада скорой медицинской помощи доставляет больных с признаками ОНМК в медицинские организации, оказывающие круглосуточную медицинскую помощь по профилю "неврология" и в которых создано Отделение, минуя приемное отделение медицинской организации.

19. Больные с признаками ОНМК при поступлении в смотровой кабинет, отделения осматриваются дежурным врачом-неврологом, который:

- оценивает состояние жизненно важных функций организма больного, общее состояние больного, неврологический статус;
- по медицинским показаниям проводит мероприятия, направленные на восстановление нарушенных жизненно важных функций организма больного с признаками ОНМК;
- организует выполнение электрокардиографии, забора крови для определения количества тромбоцитов, содержания глюкозы в периферической крови, международного нормализованного отношения (далее - МНО), активированного частичного тромбопластинового времени (далее - АЧТВ).

20. Определение содержания тромбоцитов, глюкозы в периферической крови, МНО, АЧТВ производится в течение 20 минут с момента забора крови, после чего результат передается дежурному врачу-неврологу Отделения.

21. После проведения мероприятий, указанных в пункте 19 настоящего Порядка, больной с признаками ОНМК направляется в отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии медицинской организации, в которой создано Отделение, в котором осуществляется проведение компьютерной томографии (далее - КТ-исследование) или магнитно-резонансной томографии (далее - МРТ-исследование) головного мозга для уточнения диагноза.

22. Заключение по результатам проведения исследований, указанных в пункте 21 настоящего Порядка, передается дежурному врачу-неврологу отделения.

23. Время с момента поступления больного с признаками ОНМК в Отделение до получения дежурным врачом-неврологом отделения заключения КТ - исследования или МРТ - исследования головного мозга и исследования крови составляет не более 40 минут.

24. При подтверждении диагноза ОНМК больные со всеми типами ОНМК в остром периоде заболевания, в том числе с транзиторными ишемическими атаками, направляются в палату (блок) реанимации и интенсивной терапии Отделения.

**Время с момента поступления больного в медицинскую организацию до перевода в профильное отделение составляет не более 60 минут.**

25. Больным, у которых по заключению КТ-исследования или МРТ - исследования установлены признаки геморрагического инсульта, проводится консультация нейрохирурга в срок не позднее 60 минут с момента получения результатов КТ-исследования, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

26. Больным со злокачественным инфарктом в бассейне средней мозговой артерии в первые 24 часа от начала развития заболевания проводится консультация нейрохирурга, по итогам которой консилиумом врачей принимается решение о тактике лечения.

27. Длительность пребывания больного с ОНМК в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения определяется тяжестью состояния больного, но не может быть менее 24 часов, необходимых для определения патогенетического варианта ОНМК, тактики ведения и проведения мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

28. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии в течение 3 часов с момента поступления каждому больному с ОНМК проводятся:

- оценка неврологического статуса, в том числе с использованием оценочных шкал;
- оценка соматического статуса;
- оценка функции глотания;
- оценка нутритивного статуса;
- лабораторные исследования крови (развернутый общий анализ, биохимический анализ, коагулограмма) и общий анализ мочи;
- дуплексное сканирование экстракраниальных отделов брахиоцефальных сосудов;
- дуплексное сканирование транскраниальное;
- определение тактики ведения и назначение необходимых мероприятий, направленных на предотвращение повторного развития ОНМК.

29. В палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения в течение всего срока пребывания каждому больному с ОНМК проводятся:

- мониторинг неврологического статуса (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг соматического статуса, включающий контроль за функцией сердечно-сосудистой, дыхательной системы и системы гомеостаза (не реже чем 1 раз в 4 часа, при необходимости чаще);
- мониторинг лабораторных показателей;
- мероприятия по предупреждению соматических осложнений и повторного развития ОНМК;
- оценка нутритивного статуса;
- ранняя медицинская реабилитация.

30. При наличии медицинских показаний в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии больному с ОНМК проводятся:

- транскраниальная микроэмболдетекция;
- транскраниальное доплеровское мониторирование;
- эхокардиография трансторакальная;
- системная тромболитическая терапия и (или) тромбозболэктомия.

31. В случае необходимости проведения больному с ОНМК искусственной вентиляции легких длительностью более 7 суток, при наличии сопутствующей патологии, влияющей на тяжесть состояния, больной по решению консилиума врачей переводится в отделение интенсивной терапии и реанимации медицинской организации.

32. Мероприятия по предупреждению развития повторного ОНМК проводятся не позднее 3 суток с момента развития ОНМК и включают медикаментозные и хирургические (при наличии медицинских показаний) методы лечения.

Медикаментозные методы лечения, направленные на предотвращение развития повторных ОНМК, продолжают непрерывно после завершения оказания медицинской помощи в стационарных условиях под наблюдением медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях.

33. Комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных вследствие ОНМК функций нервной системы, проводится бригадой специалистов Отделения,

включающей врача лечебной физкультуры, врача по медицинской реабилитации, врача - физиотерапевта, логопеда, инструктора по лечебной физкультуре, медицинского психолога, социального работника и, при наличии медицинских показаний, иных специалистов с первого дня оказания медицинской помощи в Отделении и продолжается после выписки больного, перенесшего ОНМК, из Отделения медицинскими организациями, оказывающими медицинскую реабилитацию.

34. После окончания срока лечения в Отделении в стационарных условиях дальнейшие тактика ведения и медицинская реабилитация больного с ОНМК определяется консилиумом врачей.

35. Больные с ОНМК при наличии медицинских показаний направляются для проведения реабилитационных мероприятий в специализированные медицинские и санаторно-курортные организации.

36. При определении медицинской организации для дальнейшего оказания медицинской помощи в амбулаторных условиях и медицинской реабилитации больного, перенесшего ОНМК, рекомендуется оценивать уровень его мобильности по шкале мобильности Ривермид.

37. Больные с ОНМК, имеющие существенно ограниченные физические или психические возможности и нуждающиеся в интенсивной симптоматической терапии, психосоциальной помощи, длительном постороннем уходе направляются в медицинские организации, оказывающие паллиативную медицинскую помощь.

38. Медицинские организации, оказывающие медицинскую помощь больным с ОНМК, осуществляют свою деятельность в соответствии с приложениями N 1-7 к настоящему Порядку.

## **Приложение N 1 к Порядку**

### **Правила организации деятельности неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения**

1. Настоящие Правила устанавливают порядок организации деятельности неврологического отделения для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения медицинской организации (далее - Отделение).

2. Отделение является структурным подразделением медицинской организации (далее - медицинская организация), имеющей следующие круглосуточно функционирующие подразделения:

- отделение лучевой диагностики с кабинетом компьютерной томографии и (или) кабинетом магнитно-резонансной томографии;
- отделение функциональной и ультразвуковой диагностики;
- отделение клинической лабораторной диагностики;
- операционная для проведения экстренных операций больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения (далее - больные с ОНМК);

3. Штатная численность Отделения утверждается руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением N 2 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному настоящим приказом.

4. Отделение возглавляет заведующий, назначаемый на должность и освобождаемый от должности руководителем медицинской организации, в которой создано Отделение.

5. На должность заведующего Отделением назначается специалист, соответствующий требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального

развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. N 415н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 9 июля 2009 г., регистрационный N 14292), с изменениями, внесенными приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. N 1644н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 18 апреля 2012 г., регистрационный N 23879), по специальности "неврология", прошедший повышение квалификации по вопросам интенсивной терапии и реанимации, новым технологиям диагностики, лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

б. Отделение осуществляет следующие функции:

а) оказание специализированной медицинской помощи больным с ОНМК в стационарных условиях, включающей:

- клиническую оценку состояния больного с ОНМК;
- оценку состояния и мониторинг жизненно важных функций больного с ОНМК, включая функции головного мозга, состояние сердечно-сосудистой системы, ультразвуковыми и электрофизиологическими методами;
- интенсивную терапию и реанимацию в условиях палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии, включающую коррекцию нарушений жизненно важных функций (дыхательной, сердечно-сосудистой);
- проведение комплексной терапии больному с ОНМК, направленной на восстановление нарушенных функций, в том числе кинезотерапию, бытовую реабилитацию, физиотерапию, медико-психологическую, педагогическую (включая логопедическую), медико-социальную помощь;
- составление алгоритма и проведение мероприятий по предупреждению развития повторного острого нарушения мозгового кровообращения, в том числе с использованием автоматизированных систем;

б) освоение и внедрение в клиническую практику современных методов диагностики и лечения острых нарушений мозгового кровообращения и предотвращения развития осложнений;

в) разработку и внедрение мероприятий, направленных на повышение качества лечебно-диагностической работы в Отделении и снижение больничной летальности от острых нарушений мозгового кровообращения;

г) консультирование медицинских работников медицинской организации по вопросам неотложной медицинской помощи и экстренной диагностики при неотложных состояниях и заболеваниях нервной системы и органов кровообращения;

д) проведение работы с больными и их родственниками по предупреждению и коррекции модифицируемых факторов риска сосудистых заболеваний, формированию и ведению здорового образа жизни;

е) иные функции, предусмотренные действующим законодательством Российской Федерации.

7. Отделение для обеспечения своей деятельности может по согласованию с руководителем медицинской организации использовать возможности лечебно-диагностических и вспомогательных подразделений медицинской организации, в структуре которой оно создано.

8. В структуре Отделения рекомендуется предусматривать:

- палату (блок) реанимации и интенсивной терапии (составляющую не менее 20% коечного фонда Отделения);
- палаты ранней реабилитации;
- палаты для больных, передвигающихся с помощью инвалидных колясок;
- кабинет заведующего отделением;
- кабинет старшей медицинской сестры;
- кабинет врачей;
- кабинет логопеда;

- кабинет психолога;
- процедурную;
- смотровой кабинет.

9. В Отделении рекомендуется предусматривать:

- помещение (пост) медицинской сестры;
- комнату сестры-хозяйки;
- кабинет лечебной физкультуры для индивидуальных занятий;
- зал для занятий на тренажерах;
- кабинет механотерапии;
- кабинет ультразвуковых исследований;
- кабинет групповой условно-рефлекторной терапии;
- помещение дневного пребывания больных (холл);
- комнату личной гигиены медицинских и иных работников;
- душевую для больных, передвигающихся с помощью инвалидных колясок;
- туалет при палате; туалет для больных, в том числе для передвигающихся с помощью инвалидных колясок; туалет для медицинских и иных работников;
- помещение для уборочного инвентаря и приготовления дезинфицирующих растворов;
- помещение для сортировки и временного хранения грязного белья;
- помещение для мытья и стерилизации суден, мытья и сушки клеенок;
- комнату для временного хранения аппаратуры и оборудования.

10. Оснащение Отделения осуществляется в соответствии со стандартом оснащения, предусмотренным приложением N 3 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному настоящим приказом.

11. Отделение создается при наличии в медицинской организации оборудования в соответствии со стандартом дополнительного оснащения медицинской организации, в структуре которой создано неврологическое отделение для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения, предусмотренным приложением N 4 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному настоящим приказом.

12. По решению руководителя медицинской организации палата (блок) реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения может являться самостоятельным структурным подразделением медицинской организации.

В случае организации палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения в качестве самостоятельного структурного подразделения медицинской организации дополнительно предусматриваются кабинет заведующего отделением; кабинет старшей медицинской сестры; комната сестры-хозяйки; кабинет врачей; комната для временного хранения медицинской аппаратуры и оборудования.

На должность заведующего палатой (блоком) реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения назначается специалист, соответствующий требованиям, предъявляемым Квалификационными требованиями к специалистам с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения, утвержденными приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 7 июля 2009 г. N 415н, по специальности "неврология" или "анестезиология-реанимация", прошедший повышение квалификации по

вопросам интенсивной терапии и реанимации, новых технологий диагностики, лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения.

Штатная численность палаты (блока) реанимации и интенсивной терапии для больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения утверждается руководителем медицинской организации с учетом рекомендуемых штатных нормативов, предусмотренных приложением N 5 к Порядку оказания медицинской помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения, утвержденному настоящим приказом.

13. При наличии клинических признаков диагноза смерти головного мозга в палате (блоке) реанимации и интенсивной терапии Отделения больному с ОНМК проводятся мероприятия по подтверждению в установленном порядке диагноза смерти головного мозга человека. При установлении диагноза смерти головного мозга человека осуществляется информирование руководителя медицинской организации, а в случае его отсутствия - ответственного дежурного врача, в целях решения вопроса о возможности использования органов и (или) тканей умершего для трансплантации, с последующим извещением указанными лицами соответствующей медицинской организации, осуществляющей изъятие, хранение и транспортировку органов и (или) тканей человека для трансплантации.

## Шкала комы Глазго (Jennett and Teasdale, 1974)

### 1. открывание глаз:

- нет – 0 баллов;
- на боль – 1 балл;
- на речь – 2 балла;
- спонтанное – 3 балла.

### 2. двигательная активность:

- нет реакции на боль – 1 балл;
- разгибательная реакция на боль – 2 балла;
- сгибательная реакция на боль – 3 балла;
- нецеленаправленная реакция на боль – 4 балла;
- целенаправленная реакция на боль – 5 баллов;
- выполнение команд – 6 баллов.

### 3. вербальный ответ:

- отсутствует – 1 балл;
- нечленораздельные звуки – 2 балла;
- непонятные слова, неадекватная речепродукция – 3 балла;
- спутанная речь – 4 балла;
- полная ориентированность – 5 баллов.

### Интерпретация данных шкалы:

- 15 баллов – сознание ясное;
- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение;
- 9-10 баллов – сопор;
- 7-8 баллов – кома-1;
- 5-6 баллов – кома-2;
- 3-4 балла – кома-3.



## Список литературных источников

1. Внедрение современных технологий сестринского дела в практическое здравоохранение : тез. докл. науч.-практич. конф., посвящ. 300-летию сред.проф.образования в России и проводимой в рамках Междунар. дня мед. сестры (Казань,10 мая 2001 г.) / МЗ респ.Татарстан; Казан. гос. мед. ун-т ; Казан. базовый мед. колледж. - Казань : Медицина, 2001. - 56 с.
2. Главная (старшая) медицинская сестра: Настольная книга руководителя среднего и младшего медицинского персонала лечебно-профилактического учреждения. - М.; Элиста: АПП "Джангар", 2000. - 448 с.
3. Гневушев, В. В. Биоэкономическая психомоторная валеология в инновации сестринского дела. Инновационные технологии сестринского диагноза и сестринского ухода XXI века : учеб. пособие для мед. училищ, колледжей, фак. высш., последиплом. образования мед. сестер / В.В.Гневушев, С.Х.Азов; Ставрополь. гос. мед. акад. - Ставрополь : [б. и.], 2000. - 92 с.
4. Двойников, С. И. Теория сестринского дела : Учеб. пособие по дисциплине "Теория сестринского дела" для студентов фак. высш. сестрин. образования мед. вузов / С.И.Двойников, Л.А.Карасева, Л.А.Пономарева; ВУНМЦ. - Самара; М.: ГП "Перспектива", 2002. - 160 с.
5. Дегенеративный процесс. Ч.1: [Учеб. пособие]: Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Перфильевой; В.Ю.Халатов. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 56 с.
6. Деятельность средних медицинских работников в многопрофильной больнице и актуальные вопросы их профессиональной подготовки / Н.М. Агарков, И.Г. Греков, И.Г. Глотова и др. - Белгород: [б. и.], 1999. - 147 с.
7. Лаптева Е.С. Основы сестринского процесса в клинике внутренних болезней. - СПб, Издательский дом СПбМАПО, 2002, – 16с.
8. Маркетинг в сестринском деле : учеб. пособие для студентов мед. вузов / А. А. Модестов [и др.]. - Ростов н/Д: Феникс; Красноярск: Издат. проекты, 2006. - 335 с.
9. Медицинская сестра: практ. рук. по сестринскому делу / под ред. Л.А.Корчинского. - 2-е изд., доп. - СПб. : ГИОРД, 1999. - 320 с.
10. Межличностные аспекты сестринского дела: [Учеб.пособие]: Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Перфильевой; Науч. ред. В.Ю.Халатов. - М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 40 с.
11. Мухина С.А., Тарновская И.И., М. 94 Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела»: Учебник. – М.: Родник, 2005 г. – 65с.
12. Найтингейл, Ф. Записки об уходе / Ф. Найтингейл; Отв. ред. Г.М.Перфильева. - М. : Издат. дом "Рус. врач", 2002. - 96 с.
13. Сестринский процесс: учебно-метод. пособие / Т.В. Рябчикова, Н.А. Назарова. - М.: ГОУ ВУНМЦ, 2000. - 43 с.
14. Сестринский процесс: [Учеб.пособие]: Пер. с англ. / Под ред. Г.М. Перфильевой; Науч. ред. В.Ю.Халатов. - М. : ГЭОТАР-МЕД, 2001. - 80 с.
15. Сестринское дело: справ. / Авт.-сост. Т.С. Щербакова. - Ростов н/Д: ФЕНИКС, 2000. - 544 с.
16. Сестринское дело : учеб. для студентов фак. высш. сестр. образования мед. вузов: В 2 т. / Под ред. А.Ф.Краснова. - Самара: [б. и.], 1998. -368 с.
17. Сестринское дело : учеб. для студентов фак. высш. сестр. образования мед. вузов:В 2 т. / Под ред. А.Ф. Краснова. - М.: [б. и.], 1999 - Т.2. - 504 с.
18. Смолева, Э. В. Сестринское дело в терапии: учеб. пособие для студентов образоват. учреждений сред. проф. образования, обучающ. в мед. училищах и колледжах / Э.В. Смолева, Т.П. Обуховец. - Ростов н/Д: Феникс, 2001. - 508 с.
19. Современные направления в развитии сестринского дела в России : метод. рекомендации для учащихся фак. высш. сестр. образования и мед. сестер / Воронеж. гос.

- мед. акад. им. Н.Н.Бурденко; Сост.: А.С. Артюхов, Г.Я. Клименко, А.В. Никитин. - Воронеж: [б. и.], 1998. - 28 с.
20. Справочник медицинской сестры: в 2 т. / Под ред. О.Л. Задворной, М.Х. Турьянова. - М.: Новая Волна, 1999. -Т. 2. - 475 с.
  21. Справочник медицинской сестры: в 2 т. / Под ред. О.Л. Задворной, М.Х. Турьянова. - М.: Новая волна, 1999. - Т. 1. - 448 с.
  22. Стандарты практической деятельности медицинской сестры. Ассоциация медсестер России, Москва. – 1998. – 68с.
  23. Тульчинская, В. Д. Сестринское дело в педиатрии: Учеб. пособие для использования в учеб. процессе сред. мед. и фармацевт. заведений РФ / В.Д. Тульчинская, Н.Г. Соколова, Н.М. Шеховцова. - 4-е изд., доп. и перераб. - Ростов н/Д : Феникс, 2002. - 384 с.
  24. Учебное пособие по основам сестринского дела / Курский базовый медицинский колледж. - Курск: [б. и.], 1998. - 110 с.
  25. <http://www.meduhod.ru/problems/prolezhni.shtml>
  26. <http://www.doctor911.ru/uhod-za-bolnymi/sovety-po-uhodu-za-bolnymi/prolezhni/>
  27. <http://lib.rus.ec/b/169998/read>