

ЧТО ДОЛЖНА ЗНАТЬ МЕДСЕСТРА ОБ ИНСУЛЬТЕ

М.М. Ермакова, А.В. Голенков, проф.

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: golenkovav@inbox.ru

Описаны классификация, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение, реабилитация и профилактика инсульта.

Ключевые слова: инсульт, доврачебная помощь, сестринский уход и наблюдение.

Инсульт можно определить как быстро возникающие (в течение минут, реже – часов) очаговые и общемозговые нарушения функций головного мозга. Клинически очаговая симптоматика может проявиться острым возникновением и быстрым нарастанием слабости мышц рук и ног с одной стороны, нарушением координации движений, онемением руки или ноги, перекосом лица, изменением или отсутствием речи, отсутствием зрения с одной стороны или полным его выпадением. К общемозговой симптоматике относят острую, сильную, часто – диффузную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту, не приносящую облегчения, угнетение сознания [1–4].

В мире ежегодно инсульт диагностируется у более чем 6 млн человек, в России – у более чем 450 тысяч. В структуре общей смертности инсульт занимает 2-е место и 1-е – среди всех причин инвалидности. В России проживают более 1 млн людей, перенесших инсульт, причем 80% из них – инвалиды.

Классификация

Выделяют: геморрагический инсульт, возникший в результате разрыва кровеносного сосуда, проникновения крови в мозг или скопления крови в пространствах между мозговыми оболочками; ишемический инсульт (ИИ), характеризующийся уменьшением тока крови в вещество мозга вследствие блокировки (тромбоз, эмболия) или патологического сужения сосудов, питающих головной мозг; транзиторную ишемическую атаку (ТИА) – регрессирование остро возникшей симптоматики в течение 1 ч; причины ТИА принципиально не отличаются от причин ИИ. Выделяют инсульт «в ходу» (как правило, в течение 3–5 дней от дебюта заболевания), когда клинически регистрируется нарастание симптоматики, и заверченный инсульт (при стабилизации и регрессе симптоматики).

Факторы риска. Патогенез

Основными факторами риска возникновения нарушения мозгового кровообращения (НМК) являются: возраст (пожилой или старческий); гипертоническая болезнь; атеросклероз сосудов мозга; гиперхолестеринемия; заболевания сердца (перенесенный или острый инфаркт миокарда, нарушения ритма сердечных сокращений, поражение клапанов сердца); курение; сахарный диабет; наследственная предрасположенность; длительное психоэмоциональное перенапряжение; стресс. Вне зависимости от типа инсульта происходит обеднение мозгового кровотока, которое приводит к гибели нейронов. Вокруг зоны некроза нейронов формируется зона так называемой ишемической «полутени», кровоток в которой присутствует, но значительно снижен. Эти клетки в течение определенного времени способны сохранять жизнеспособность, поэтому чрезвычайно важно при возникновении первых признаков НМК обратиться за квалифицированной медицинской помощью.

Клиническая картина

Клиника инсульта чрезвычайно многообразна и зависит от того, какой бассейн мозгового кровотока затронут. НМК, как правило, способствуют: повышение артериального давления (АД); выраженное психоэмоциональное и физическое перенапряжение в сочетании с факторами риска. Обычно общемозговые симптомы, такие как головная боль, тошнота и рвота, расстройство сознания, свидетельствуют о геморрагическом типе инсульта. ИИ развивается в течение минут или часов. Инсульт может проявляться двигательными нарушениями: остро возникшим снижением силы мышц рук и ног, которое у больного проявляется изменением походки, падениями, невозможностью самостоятельно есть, одеваться, нарушением координации движений. Чувствительные нарушения проявляются жалобами на онемение руки, ноги, половины лица, ощущением ползания мурашек. Изменяются зрительное восприятие, слух. Речь больного становится смазанной, нечеткой, в некоторых случаях отсутствует совсем. Может нарушаться акт приема и глотания пищи. Возможны расстройства акта дефекации и мочеиспускания. Больные быстро устают, для них бывает сложно контролировать свои эмоции. Часты депрессии и другие психические расстройства.

При подозрении на развитие острого НМК необходимо:

- при бессознательном состоянии больного осмотреть дыхательные пути и освободить от посторонних предметов, обеспечив свободный ток воздуха;
- при сохраненном сознании уложить больного, придав голове возвышенное положение;
- при сохраненном сознании выяснить жалобы больного;
- оценить работу мышц рук и ног (попросить поднять и удержать руки, затем ноги), оценить чувствительность (нанести болевые раздражители на симметричные участки тела);
- измерить АД;
- вызвать бригаду «скорой помощи».

Не рекомендуется самостоятельно корректировать цифры АД при его уровне в пределах 180/110 мм рт. ст. до приезда «скорой помощи».

В некоторых случаях инсульт дебютирует тонико-клоническим припадком. В этом случае необходимо обеспечить проходимость дыхательных путей, удерживать голову больного для исключения черепно-мозговых травм, немедленно вызвать бригаду «скорой помощи».

Диагностика

При поступлении больного в стационар диагноз основывается на жалобах, истории заболевания, данных неврологического осмотра и нейровизуализации. К современным методам нейровизуализации относят спиральную компьютерную томографию (СКТ) и магнитно-резонансную томографию (МРТ). Применение СКТ или МРТ позволяет с высокой точностью отличить ишемическое НМК от кровоизлияния в мозг или других заболеваний (черепно-мозговая травма, опухоль мозга и др.). При применении СКТ выявляют область пониженной плотности через 12–24 ч с момента развития ИИ. МРТ при использовании определенных программ позволяет зарегистрировать зону пониженного кровоснабжения уже с первых минут возникновения ишемии головного мозга.

В специализированных стационарах для диагностики инсульта используется мультидисциплинарный подход. В состав мультидисциплинарной команды входят: невролог, который определяет общее состояние больного, его неврологический статус, дальнейший комплекс обследований, необходимых пациенту, тактику терапии; лучевые диагносты, подтверждающие методами нейровизуализации (КТ головного мозга, МРТ головного мозга) наличие ишемии или кровоизлияния в головном мозге. Обязательно в состав мультидисциплинарной команды входят: УЗ-диагносты, которые в первые часы от поступления больного в клинику проводят ультразвуковую доплерографию брахиоцефальных сосудов, эхокар-

диографию; логопед; медицинский психолог; кардиолог; физиотерапевт; врач ЛФК; врач-рефлексотерапевт, эрготерапевт. К обязанностям медицинской сестры, являющейся участником мультидисциплинарной бригады, относят [4]:

- измерение АД;
- регистрацию ЭКГ;
- глюкозometriю;
- установку кубитального катетера;
- забор крови для лабораторного анализа: общий анализ крови; коагулограмма (международное нормализованное отношение, АЧТВ); биохимический анализ крови (мочевина, креатинин, билирубин, аланинаминотрансфераза, аспаратаминотрансфераза).

При подтверждении диагноза больной получает лечение в специализированном стационаре в течение 2 нед с последующей программой реабилитации.

Терапия

Лечебные мероприятия направлены на восстановление поврежденных функций (базисная терапия), профилактику и борьбу с осложнениями, профилактику возникновения повторных ишемических эпизодов.

В основе базисной терапии лежат мероприятия, направленные на профилактику и лечение возможных соматических осложнений у больного с ИИ: эмболия легочной артерии, тромбоз вен нижних конечностей, пневмония, пролежни, нарушение функций тазовых органов, кардиальные осложнения.

При бессознательном состоянии больного необходимо провести санацию дыхательных путей и обеспечить их проходимость. Необходимо очистить кожные покровы для предупреждения их мацерации и дальнейшего возникновения пролежней с последующей ежедневной обработкой гигиеническим раствором. При возникновении покраснения пораженный участок кожи обрабатывают 2–5% раствором перманганата калия, маслом облепихи или солкосерилевой мазью. Показано вдыхание увлажненного кислорода через носовой катетер. При поступлении оценивается функция глотания. Для этого проводят тест 3 глотков: приподняв головной конец кровати, дают выпить небольшое количество воды: оценивают, не поперхнулся ли пациент, не осталась ли вода в ротовой полости, не изменился ли голос пациента. Пробу повторяют трижды; если при третьем глотке воды нет изменений, больному показано самостоятельное питание. В противном случае устанавливают назогастральный зонд и переводят пациента на зондовый тип питания. При зондовом питании энтерально вводят специальные высококалорийные смеси, которые подаются через энтеромат с определенной скоростью. Питание больных в бессознательном состоянии в первые дни обеспечивают внут-

ривенным введением питательных растворов с последующим переходом на зондовое питание.

При центральном типе нарушения мочеиспускания (периодическое недержание мочи) необходима катетеризация мочевого пузыря.

Для предупреждения тромбозов глубоких вен нижних конечностей рекомендованы бинтование ног эластичным бинтом или применение специального компрессионного трикотажа, пассивная гимнастика. Компрессионный трикотаж применяют в течение дня, освобождая ноги на ночь.

Для профилактики застойных явлений в легких, пневмоний у лежачих больных их необходимо научить комплексу дыхательных упражнений. Упражнения необходимо выполнять не менее 10 раз в день:

- глубокие вдохи;
- активные выдохи (как при надувании воздушного шара);
- «дыхание животом» (при вдохе живот выпячивается, при выдохе втягивается).

Для предупреждения инверсии сна необходима дневная активность. Дневной сон не должен превышать 2 ч. Негативными последствиями ночной активности больного могут быть повышение цифр АД, депрессии.

Важна также ранняя вертикализация больного. Вертикализацию начинают с приподымания головного конца кровати, затем переходят на кормление сидя с опущенными вниз ногами с постепенным переходом к самостоятельному стоянию и ходьбе. В случае выраженного двигательного дефицита (парез или плегия конечностей) в специализированных стационарах используют вертикализаторы, что помогает предупредить формирование застойных явлений, способствует профилактике развития пролежней.

Реабилитация

По определению ВОЗ, реабилитация – это комбинированное и координированное применение социальных, медицинских, педагогических и профессиональных мероприятий с целью подготовки и переподготовки индивидуума к достижению оптимальной трудоспособности.

Реабилитация начинается с первых дней пребывания больного в стационаре. Программу реабилитации для больных инсультом определяет бригада, состоящая из логопеда, врача-физиотерапевта, клинического психолога, инструктора по ЛФК, кинезиотерапевта, врача-трудотерапевта.

Упражнения по реабилитации больного можно начинать на 3–8-й день после дебюта инсульта в зависимости от состояния больного. Первоначально проводят лечение положением, чтобы снизить тонус пораженных мышц, избежать возникновения про-



Рис. 1. (по [1]); пояснения – в тексте



Рис. 2. (по [1]); пояснения – в тексте

лежней, скелетно-мышечных деформаций. При лечении положением постель должна быть ровной, суставы укладываемой конечности должны располагаться на одном уровне. Это позволит избежать перерастяжения суставных капсул и предупредит возникновение болей. Пораженную кисть периодически укладывают выше уровня плеча, чтобы избежать нарушения кровообращения в ней и отека. Положение больного следует менять каждые 1,5–2 ч. Наиболее часто применяют положения на спине, на здоровом боку. При положении на спине голова и плечи пациента находятся на невысокой плоской подушке. Парализованная рука выпрямлена в локте и лучезапястном суставе, лежит на подушке ладонью вниз, пальцы выпрямлены. Пораженная нога чуть согнута в коленном суставе, бедро подпирается подушкой, чтобы избежать наружного разворота ноги.

В положении больного на здоровом боку важно уложить пораженную конечность в одной горизонтальной плоскости. Голова пациента лежит на невысокой плоской подушке, здоровая рука подкладывается под голову или укладывается рядом с ней. Пораженная рука лежит на подушке, согнута в плечевом и локтевом суставах, пальцы выпрямлены, лежат на подушке. Под бедро пораженной ноги подкладывают подушку (рис. 1). Важно удержать стопу в согнутом состоянии под углом 90°. Это позволит обеспечить адекватную импульсацию от пораженных мышц в головной мозг и предупредит развитие чрезмерной слабости мышц. При 2-м варианте укладки на здоровой стороне туловище больного слегка наклонено вперед, пораженная рука согнута в плечевом суставе до 90°, лежит на подушке ладонью вниз, пальцы выпрямлены. Нога согнута в тазобедренном и коленном суставах, лежит на подушке (рис. 2).



Рис. 3. (по [1]); пояснения – в тексте

Возможна также укладка больного на боку на парализованной стороне. Для этого необходим прикроватный столик или табурет, высота которых соответствует высоте кровати. Голова пациента лежит на подушке. Туловище слегка развернуто и поддерживается подушкой со спины. Парализованная рука опирается на столик, согнута в плечевом суставе, развернута кнаружи. Рука максимально разогнута в локтевом суставе, пальцы разогнуты. Парализованная нога согнута в коленном суставе, бедро разогнуто.

Здоровая рука лежит на туловище, здоровая нога укладывается на подушку, слегка сгибается в коленном и тазобедренном суставах (рис. 3).

При стабилизации состояния больного необходимо приступить в комплексе лечебных упражнений, направленных на восстановление произвольных контролируемых движений. Восстановление должно распространяться от центра к периферии (от плеча к кисти, от бедра к стопе). Прогностически неблагоприятным для восстановления признаком является наличие хватательного рефлекса в пораженной кисти. Первоначально необходимо начинать комплекс восстановления с пассивных движений, которые сменяются активными с посторонней помощью и, наконец, просто активными движениями. Много внимания уделяется работе со спастичной (находящейся в постоянном напряжении) группой мышц. Проводят упражнения на плавное растягивание пораженных мышц, волевое расслабление мышц.

Комплекс упражнений является строго индивидуальным для каждого пациента и зависит от объема и уровня поражения. Необходимо тщательное следование рекомендациям врача, стимулирование больного к регулярному выполнению упражнений.

Одна из неотъемлемых составляющих реабилитации – рациональная психотерапия. Многие пациенты впадают в уныние, тяготятся своей беспомощностью. Поэтому, помимо занятий с психотерапевтом, важны поддержка родственников, регулярный уход и помощь в выполнении ежедневных упражнений, ранняя активизация больного.

Вторичная профилактика

Риск возникновения повторного инсульта очень велик. Поэтому для каждого больного разрабатывается индивидуальная программа вторичной профилактики. Она включает в себя обязательное соблюдение гипохолестериновой диеты, контроль и кор-

рекцию уровня АД, постоянный прием препаратов, снижающих риск тромбообразования. Важны умеренная физическая активность, соблюдение режима сон–отдых, необходимо избегать чрезмерного психоэмоционального перенапряжения. Существуют специальные школы для больных инсультом и их родственников, которые помогают в адаптации больного к ежедневной активности. Строгое соблюдение рекомендаций врача, посещение школ, регулярное наблюдение у невролога поликлиники помогут снизить риск возникновения повторного инсульта, улучшить качество жизни и продлить ее.

Общие рекомендации

1. Помощь больным в приеме пищи и жидкости.

Некоторым больным после инсульта трудно глотать. Они могут не чувствовать пищу или жидкость во рту. В некоторых ситуациях возникают трудности с жеванием и выработкой слюны. Поэтому пища, употребляемая больным, должна обладать определенными качествами. Готовить пищу надо так, чтобы ее было легко жевать и глотать. Она должна быть средней температуры, вкусно пахнуть. Это стимулирует выработку слюны и облегчает проглатывание. Не стоит употреблять вязкие продукты, которые трудно глотать: вязкие каши, йогурты, сиропы, вязкие фрукты (бананы, хурма). Не давайте больному слишком сухие, жесткие продукты, например рис, поджаренный хлеб, печенье.

Выделяйте больше времени на еду – 30 или 40 мин. Убедитесь, что больной находится в сидячем положении от 45 до 60 мин после окончания приема пищи. Пища, оставшаяся в пораженной стороне рта, должна быть осторожно удалена ватным тампоном или пальцем, если больной не может сделать этого сам.

2. Помощь в одевании. Часто инсульт затрагивает двигательную систему, что ограничивает передвижение больного. Для облегчения процесса одевания рекомендуйте больному одеваться сидя. Когда вы помогаете больному, первоначально надевайте одежду на пораженную руку или ногу, затем – на здоровую половину. Процесс раздевания должен протекать в обратном порядке. Одежда должна иметь простую фурнитуру: застежки с липучками вместо пуговиц, эластичный пояс вместо ремня или подтяжек, обувь без шнурков. Предпочтительнее одежда, которую не нужно надевать через голову. Используйте устройства, которые будут помогать больному самостоятельно одеваться – например, крючок, кольцо или веревочка, прикрепленные к молнии, чтобы тянуть ее вверх.

3. Помощь в обеспечении личной гигиены. Гигиенические процедуры должны осуществляться в теплом помещении; положите в ванну или в душевую кабину нескользящий коврик; убедитесь, что пол нескользкий. Можно прикрепить перила или поручни

к стенам, что поможет больному входить и выходить из ванны. Проверьте температуру воды локтем во избежание чрезмерного охлаждения больного или ожога. Сначала помойте больному лицо и руки. Область гениталий должна быть помыта в последнюю очередь. При полном обездвиживании мыть больного в лежачем положении удобнее и безопаснее, чем передвигать его в ванне. При мытье больного в лежачем положении каждую часть тела необходимо мыть и высушивать по очереди.

Гигиена полости рта должна осуществляться каждое утро, вечером и после каждого приема пищи. Для этого используйте зубную щетку и немного зубной пасты во избежание удушья. При бритье безопаснее использовать электробритву.

Часто больному инсультом трудно справляться с ежедневными простыми делами, задачами. Поэтому родственникам и друзьям важно помогать больному, поддерживать его, стимулировать к активной работе – гимнастике, занятиям речью; это поможет ему как можно быстрее адаптироваться к обычной жизни.

Литература

1. Александров В.В., Алгазин А.И. Основы восстановительной медицины и физиотерапии. – М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. – 366 с.
2. Бортникова С.М., Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебное пособие. – Ростов н/Д., 2012. – 480 с.
3. Нарушения кровообращения в головном и спинном мозге / Болезни нервной системы / Под ред. Н.Н. Яхно. – М.: Медицина, 2007. – Т. 1. – С. 232–304.
4. Хасанова Д.Р., Данилов В.И., Сайхунов М.В. и др. Острый инсульт: организация медицинской помощи, алгоритмы диагностики, лечения и профилактики: Методические указания. – Казань, 2010. – 115 с.

WHAT MUST A NURSE KNOW ABOUT STROKE?

M.M. Ermakova, Prof. A.V. Golenkov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper depicts the classification, etiopathogenesis, diagnosis, treatment, rehabilitation, and prevention of stroke.

Key words: stroke, premedical care, nursing care and observation.

МЕДСЕСТРЕ НА ЗАМЕТКУ

Диета от инсульта

В последнее время врачи все чаще обращают внимание на влияние образа жизни и питания человека на его здоровье. Пища, богатая витаминами, делает нас энергичными, а питание с излишним содержанием жиров может привести к излишнему весу, что увеличивает риска развития инсульта.

Питание помогает вести полноценную жизнь, поддерживать организм в норме. Правильная диета полезна каждому, но этого недостаточно для тех, кто уже болен. Недостаток физической активности, нездоровое питание, наличие вредных привычек – значимые факторы риска заболеваемости и смертности. Обратив внимание на это, каждый может защитить себя и свою семью от тяжелых хронических заболеваний. При серьезных нарушениях в работе сердечно-сосудистой системы питание и дозированные физические нагрузки имеют большое значение. Необходимо принимать назначенные лечащим врачом лекарственные средства для контроля заболеваний и снижения риска серьезных осложнений, однако при этом следует учитывать возможные взаимодействия принимаемых препаратов с пищевыми продуктами. Например, при приеме известного антикоагулянта (антагониста витамина К), применяющегося для профилактики инсульта при фибрилляции предсердий, необходимы серьезные диетические ограничения. Малина, зеленый чай, зеленые овощи, капуста, яйца и другие продукты, богатые витамином К, нежелательны, так как влияют на эффективность лечения. Но наука на месте не стоит. Препараты нового поколения для профилактики инсульта, например на основе прямых ингибиторов тромбина, ограничений в диете не требуют.

Исследования, проведенные в разных странах мира, демонстрируют степень влияния пищевых привычек на риск развития инсульта. Так, питание европейца – «западная диета», предусматривающая потребление большого количества мяса, яиц, жареной и соленой пищи, очищенного хлеба, жирных молочных продуктов, сладких десертов, чипсов и пр.,

увеличивает риск развития инсульта на 58%, в то время как потребление продуктов из цельных зерен, фруктов, овощей и рыбы снижает его на 30%.

Для профилактики атеросклероза, желчнокаменной болезни и проблем с сосудами следует придерживаться диеты, которая способна контролировать и даже снижать уровень холестерина в крови. Основные компоненты этой диеты – овес, миндаль, соя и бобы какао. Кроме того, эти продукты богаты магнием, получение которого в достаточном количестве позволяет снизить риск развития инсульта на 30%. Новейшие исследования здоровья шведских мужчин, проведенные Стокгольмским институтом, показали, что регулярное употребление в пищу шоколада (до 63 г в неделю) также снижает вероятность инсульта (независимо от его вида) на 17%.

При нарушении циркуляции крови, сужении или воспалении сосудов, атеросклерозе следует употреблять в пищу антиоксиданты. Ими богаты фрукты и овощи.

Хороши для профилактики инсульта и бананы, богатые калием. Как известно, получение калия в количестве менее 1,5 г в день повышает риск развития инсульта на 28%. Гипертония в 1,5 раза реже встречается у тех, кто регулярно питается нежирными молочными продуктами. Нежирное молоко – источник калия, магния, кальция – естественным образом снижает кровяное давление.

Улучшению кровообращения, уменьшению воспаления в артериях и борьбе с тромбами сосудов способствует включение в рацион лосося и другой жирной рыбы, обогащающей организм жирными кислотами Омега-3.

Здоровый образ жизни, умеренная физическая активность, борьба с вредными привычками помогают человеку почувствовать себя здоровым и полным сил. Здоровому человеку для профилактики инсульта важно следить за питанием, но при наличии сердечно-сосудистых заболеваний необходима также помощь специалиста.