

Министерство Здравоохранения Украины
Тернопольский национальный медицинский университет
имени И. Я. Горбачевского Министерства Здравоохранения Украины

на правах рукописи

Your Name

магистерская работа

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ
РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЯХ ДЛЯ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ
ПАЦИЕНТОВ

магистр сестринского дела

Научный руководитель:

Тернопольского национального
медицинского университета
имени И. Я. Горбачевского
МЗ Украины

Тернополь – 2021

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1 ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДСЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....	7
ГЛАВА 2 ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	18
ГЛАВА 3 РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ.....	20
ГЛАВА 4 ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ.....	30
ГЛАВА 5 РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ.....	45
ГЛАВА 6 ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ.....	61
ВЫВОДЫ.....	65
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	66

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Неврология как наука и часть клинической медицины является очень актуальной и востребованной отраслью медицины. Сотни миллионов людей в мире страдают неврологическими нарушениями. Более шести миллионов человек ежегодно умирают от инсульта, из которых более 80% случаев смерти происходят в странах с низким и средним уровнем дохода. Более 50 миллионов людей в мире страдают эпилепсией и это хроническое заболевание приносит много страданий человечеству и экономических потерь. По оценкам экспертов 47,5 миллиона людей в мире страдают деменцией, и ежегодно регистрируют 7,7 миллиона новых случаев этого заболевания [2, 6]. Основной причиной деменции является болезнь Альцгеймера, на нее приходится 60-70% случаев деменции. Показатели распространенности мигрени в мире превышают 10% и это значительно снижает трудоспособность и качество жизни людей [10].

Восстановление пациентов после тяжелых неврологических заболеваний является очень длинным и ресурсоёмким заданием для всего медицинского персонала [4, 5]. Например, после инсульта реабилитационный период в среднем занимает около 2-х лет и не гарантирует восстановления прежней функциональности нервной системы, а после черепно-мозговой травмы последствия иногда остаются на всю жизнь [17]. В результате сложной реабилитации и утраты жизненно важных функций организма таких как двигательная, речевая, слуховая и др., пациенты сталкиваются с депрессией и тревогой, качество их жизни заметно ухудшается. Такие изменения не только не способствуют восстановлению организма после заболевания, но и ухудшает его [1, 9].

Именно поэтому очень важным заданием для практической медицины является изучить частоту проявления тревожности и депрессии у пациентов неврологического профиля с различными заболеваниями и

разработать эффективные механизмы, которые бы способствовали уменьшению их проявления. Поскольку забота о пациентах – это главная задача медицинского персонала, выполнение этого важного задания по уменьшению проявлений тревожности и депрессии у пациентов неврологического профиля с различными заболеваниями специалистами неврологических клиник, и в частности, медсестринским персоналом, смогло бы значительно улучшить качество их жизни [3, 18].

Цель исследования: изучить особенности сестринского процесса в уходе и реабилитации пациентов неврологического профиля и провести их системный анализ, изучить возможности совершенствования организации и повышения качества работы медицинского персонала в неврологии, а также определить уровень тревоги и депрессии в периоде реабилитации у пациентов неврологического профиля с различными заболеваниями.

Задания исследования.

1. Изучить особенности организации работы медицинского персонала неврологического отделения.
2. Провести анализ сестринского процесса в неврологическом отделении.
3. Определить роль медицинского персонала в лабораторной и инструментальной диагностике неврологических заболеваний.
4. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и их реабилитации.
5. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с черепно-мозговыми травмами и их реабилитации.
6. Изучить аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с инфекционными заболеваниями центральной нервной системы и их реабилитации.
7. Провести опрос пациентов с различными заболеваниями неврологического профиля на наличие тревожности и депрессии.

8. Определить взаимосвязь между заболеваниями и наличием тревожности и депрессии у пациентов в неврологии.

Объект исследования. Пациенты неврологического профиля с острыми нарушениями мозгового кровообращения, черепно-мозговыми травмами и инфекционными заболеваниями центральной нервной системы.

Предмет исследования. Роль сестринского процесса в неврологическом отделении в диагностике заболеваний и помощи в реабилитации больных, выявление уровня тревожности и депрессии у пациентов с различными заболеваниями; оценка динамики изменений у пациентов в зависимости от длительности реабилитации после принесённого острого периода заболевания.

Методы исследования: общеклинические методы (общетерапевтические и общехирургические методы, специальные неврологические методы), сбор анамнеза болезни, жизни, наблюдение за неврологическими больным, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, особенности и анализ проведения реабилитации, сравнение данных, лабораторные и инструментальные методы исследования; аналитический метод; статистические методы.

Научно-практическое значение исследования. С помощью данного научного исследования изучены особенности организации работы медицинского персонала неврологического отделения; проведен анализ роли сестринского процесса в неврологическом отделении; определены роли медицинского персонала в лабораторной и инструментальной диагностике неврологических заболеваний; изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и их реабилитации; изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с черепно-мозговыми травмами и их реабилитации; изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с инфекционными заболеваниями

центральной нервной системы и их реабилитации; проведен опрос пациентов с различными заболеваниями неврологического профиля на наличие тревожности и депрессии; выявлена взаимосвязь между заболеваниями и наличием тревожности и депрессии у пациентов в неврологии. Знание этих особенностей медицинским персоналом специализированных неврологических отделений, клиник и реабилитационных центров позволит проводить реабилитационные мероприятия данным категориям неврологических пациентов более эффективно.

ГЛАВА 1

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДСЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА И РОЛЬ МЕДСЕСТРЫ В ЛЕЧЕНИИ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ПАЦИЕНТОВ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Неврология – одна из фундаментальных отраслей медицины, которая отвечает за лечение заболеваний и патологических состояний центральной и периферической нервной системы. Изучение особенностей неврологического процесса будет актуальной задачей для исследователей и научных сотрудников еще очень длительное время, так как функционирование самого важного органа в нашем теле – мозга, все еще является наименее изученным, и с каждым годом ученые всего мира делают новые открытия в этой отрасли медицины [13].

Главная задача неврологического отделения – оказание квалифицированной помощи больным с расстройствами, связанными с нервной системой. Организация работы по оказанию специализированной медико-санитарной помощи больным неврологического профиля – это обязанность врачей-неврологов и медицинских сестер неврологического профиля. Свою деятельность они осуществляют на основе стандартов медицинской помощи, клинических протоколов, национальных рекомендаций, иных нормативных документов, определяющих организацию лечебно-диагностического процесса, порядок оказания медицинской помощи с учетом особенностей пациента, возможностей и условий для оказания медицинской помощи [20].

Многие неврологические больные с острым началом заболевания (нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговые травмы, коматозные состояния различного происхождения и др.) проходят этап лечения в блоке интенсивной неврологии или в специализированном отделении интенсивной терапии.

Отбор и направление пациентов на медицинскую реабилитацию осуществляют врачи-неврологи и врачебные комиссии городских поликлиник, стационарных отделений патологии сосудов головного мозга и нейрохирургических отделений городских клинических больниц [4, 11].

Контингент больных неврологического отделения имеет много своих особенностей. По возрасту это в основном люди средних лет и пожилые.

В еще большем внимании медсестры нуждаются те больные, у которых наступившие глубокие нарушения нервной деятельности не восстанавливаются, или же состояние которых улучшается очень медленно. Этическим долгом медицинской сестры в подобных ситуациях является терпеливое, настойчивое и четкое выполнение всех лечебных манипуляций, внимательный и кропотливый уход, теплое человеческое отношение и настойчивое внушение уверенности в неизбежном улучшении состояния здоровья [21, 26].

Тяжесть болезни этой категории больных, их прикованность к постели и неспособность к самообслуживанию, особенно в первые дни после поступления в клинику, накладывают на сестер и весь персонал блока большую ответственность за обеспечение лечебно-диагностического процесса. Тут требуются особая слаженность в работе медсестер, их взаимопонимание и взаимопомощь, безукоризненное выполнение врачебных назначений и, наконец, способность выполнять большую физическую нагрузку [14].

Сущностью современной модели сестринского дела, как научной теории, является обоснование различных подходов к содержанию и оказанию медсестринской помощи. В профессиональный лексикон вошло понятие «медсестринский процесс», под которым понимают системный подход к оказанию медсестринской помощи, ориентированный на потребности пациента. Цель этого подхода заключается в стремлении к облегчению, ликвидации, предупреждению проблем, возникающих у пациента из-за изменения состояния здоровья. В настоящее время

сестринский процесс является сердцевиной медсестринского образования [7, 18].

Теоретические знания по избранной специальности, по организационной, диагностической, консультативной, лечебной, профилактической работе очень нужны медсестрам неврологических отделений и специализированных неврологических клиник [22].

По течению неврологические заболевания бывают как острые (инсульты, невриты, инфекционные болезни и др.), так и хронические. Эти особенности контингента неврологических больных определяют их психологию и служат основой для определения характера взаимоотношений медицинской сестры с ними и их родственниками.

План медсестринских вмешательств представляет собой письменное руководство и должен быть задокументирован в карте сестринского ухода (что не должно сказываться на своевременности оказания помощи больному) [24].

Реабилитационный центр или специализированное реабилитационное отделение – это очень значимая структура среди лечебных учреждений, сюда пациента переводят из неврологического отделения для получения всех необходимых лечебных процедур. Для качественной работы должны быть строго определены способы взаимодействия с другими врачами-неврологами, различными службами, учреждениями, в том числе страховыми компаниями, ассоциациями врачей и т.п [9].

Работа медицинской сестры в неврологическом отделении является очень важной и сложной, что определяется спецификой отделения, где находятся тяжелые, зачастую беспомощные больные [7].

Медицинская сестра несет непосредственную ответственность за своевременное и качественное выполнение назначений врача, следит за санитарным состоянием отделения и соблюдением больными назначенного режима. Она должна также оказать первую медицинскую помощь при неотложных состояниях и вызвать врача. Ей принадлежит и основная роль

в ранней реабилитации и профилактики осложнений у тяжелых больных [13, 34].

Рабочий день сестры начинается с приема дежурства, главной задачей которого – преемственность. Для этой цели сестра, принимающая дежурство, вместе с сестрой, сдающей дежурство должны обойти больных, ознакомиться с их состоянием, и принять пост со всем имуществом и документацией. Далее сестра принимает участие во внутренней конференции и обходе врача, получая указания по уходу и лечению больных.

Выполняя назначения, сестра следит за тем, чтобы пациент принял лекарство в её присутствии. В отделении сестра руководит работой персонала, обеспечивая санитарно-гигиеническое обслуживание, противоэпидемический режим и уход за больными [8]. Она следит за чистотой и уютом палат, их своевременным проветриванием и кварцеванием (способ обеззараживания помещений, предметов, тела человека ультрафиолетовым излучением кварцевой или бактерицидной лампы, в результате чего погибают инфекционные микроорганизмы (в воздухе и на поверхностях): вирусы, бактерии, плесень, грибки, дрожжи, споры и др.). Медсестра должна знать принципы лечебно-охранительного режима и уметь организовать его в отделении. Как хозяйка на своем посту она должна задавать правильный тон и настроение, создавать благоприятный психологический фон, предупреждать или останавливать громкие разговоры, окрики и несоответствующее поведение. Чрезвычайно важно так же для психологической атмосферы отделения соблюдение персоналом правил поведения и принципов профессиональной этики; делового, уважительного и культурного стиля работы и взаимоотношений [19].

Уже при поступлении, сестра должна дать пациенту необходимую информацию, познакомить с режимом отделения, помочь устроиться в палате. Внимательное и доброжелательное отношение к пациенту,

безукоризненная форма одежды, четкое выполнение назначений врача, сразу определяет роль сестры как авторитетного работника, к которому пациент может обратиться со своими заботами и проблемами [12].

Преобладающий контингент неврологического отделения – хронические неврологические больные с психологическими негативными проявлениями, у которых наблюдается обострение заболевания или более тяжелое течение заболевания нервной системы. Сестра должна обладать не только высоким уровнем знаний, но и профессиональной выдержкой, корректностью, деликатностью, при общении с пациентами и их близкими [18]. С больными следует говорить сдержанно, внимательно, избегать использования официальности или фамильярности при общении. Недопустимо повышения на пациента голоса.

Следует строго соблюдать профессиональную тайну, не допускать распространения сведений о больном и соблюдать «словесную асептику», то есть не допускать неосторожных высказываний или обсуждать правильность назначенного лечения [11]. За информацией о данных обследования, перспективах лечения и прогнозах рекомендовать обращаться к лечащему врачу. Выполняя назначения врача, следует объяснять пациенту их целесообразность, подкреплять уважение к врачу и персоналу отделения.

В функцию постовой медицинской сестры входит также обслуживание культурных запросов пациентов (газеты и другая литература), а также санитарно-просветительная работа – беседы, выпуск бюллетеней и т. д.

Постовая медицинская сестра проводит много времени в контакте с больными, являясь для многих пациентов единственным собеседником и «окном в мир». Поэтому её мнение чрезвычайно весомо для пациентов [19, 25]. По ходу работы сестра проводит обучение больных и их родственников правилам гигиены, профилактики и ухода при заболеваниях нервной системы и проводит другую работу.

На должность палатной медицинской сестры назначается лицо со средним медицинским образованием. Назначение и увольнение производится главным врачом больницы по представлению заведующего отделением в соответствии с действующим законодательством. Палатная медицинская сестра подчиняется непосредственно медицинской сестре отделения. В своей работе руководствуется распоряжениями вышестоящих должностных лиц.

Медицинская сестра неврологического отделения осуществляет уход и наблюдение за больными на основе принципов медицинской деонтологии, своевременно и точно выполняет назначения лечащего врача; в случае невыполнения назначений независимо от причины немедленно докладывает об этом лечащему врачу [12]. Организует своевременное обследование больных в диагностических кабинетах, у врачей-консультантов и в лаборатории. Наблюдает за состоянием больного, физиологическими отправлениями, сном. О выявленных изменениях докладывает лечащему врачу. Если есть необходимость, то немедленно сообщает лечащему врачу, а в его отсутствие – заведующему отделением или дежурному врачу о внезапном ухудшении состояния больного.

Медсестра участвует в обходе врачей в закрепленных за нею палатах, докладывает о состоянии больных, записывает назначенное лечение, следит за выполнением назначений, осуществляет санитарно-гигиеническое обслуживание физически ослабленных и тяжелобольных (умывает, кормит, дает питье, промывает по мере надобности рот, глаза, уши и др.) [15. 27].

Медсестра принимает и размещает в палате больных, проверяет качество санитарной обработки вновь поступивших больных, проверяет передачи больных с целью недопущения приема противопоказанной пищи и напитков. Медсестра изолирует больных, которые находятся в агональном состоянии, присутствует при смерти, вызывает врача для констатации смерти, подготавливает тела умерших пациентов для передачи

в морг, сдает дежурство по палатам у постели больных. Принимая дежурство, медсестра осматривает закрепленные за нею помещения, состояние электроосвещения, наличие жесткого и мягкого инвентаря, медицинского оборудования и инструментария, медикаментов и расписывается за прием дежурства в дневнике отделения [23].

Очень важным в работе сестры неврологического отделения является контроль выполнения больными и родственниками режима дня отделения и о случаях нарушения режима палатная медицинская сестра докладывает старшей медицинской сестре. Медсестра руководит работой медицинского персонала и контролирует выполнение им правил внутреннего трудового распорядка. Один раз в неделю производит взвешивание больных, отмечая вес больного в истории болезни [16, 28]. Всем поступившим больным медсестра производит измерение температуры тела два раза в день, записывает температуру в температурный лист. При обнаружении у больного признаков инфекционного заболевания медсестра немедленно сообщает об этом лечащему врачу, по его распоряжению изолирует больного и немедленно производит текущую дезинфекцию. По назначению врача медсестра осуществляет счет пульса, дыхания, измеряет суточное количество мочи, мокроты и иного, записывает эти данные в историю болезни.

Медсестра следит за санитарным содержанием закрепленных за нею палат, а также личной гигиеной больных (уход за кожей, ртом, стрижка волос и ногтей), за своевременным приемом гигиенических ванн, сменой нательного и постельного белья, записывает смену белья в историю болезни, заботится о своевременном снабжении больных всем необходимым для лечения и ухода [29].

В случае требующих срочных мер изменений в состоянии больных медсестра ставит в известность врача отделения, а в отсутствие врачей немедленно вызывает дежурного врача, оказывает экстренную доврачебную помощь, следит, чтобы больные получали пищу согласно

назначенной диете, и смотрит чтобы выданные больным лекарства были приняты в ее присутствии.

Медсестра повышает свою профессиональную квалификацию, посещая научно-практические конференции для среднего медицинского персонала и участвуя в конкурсе на звание «Лучшая по профессии», ведет необходимую учетную документацию.

В отсутствие старшей медицинской сестры медсестра сопровождает во время обхода врачей отделения, дежурного врача, представителей администрации. Заносит в дневник отделения все сделанные замечания и распоряжения.

Сестринская помощь планируется на основе нарушения удовлетворения потребности пациента и на основе медицинского диагноза. Цель сестринского процесса – поддержание и восстановление пациента в удовлетворении основных потребностей организма, наиболее быстрое и полное выздоровление больного [6].

В неврологическом отделении для диагностики заболеваний используют инструментальные методы диагностики. Они нужны для постановки точного диагноза и лучшего понимания патологии конкретного пациента. Медицинская сестра также должна знать, где проводится необходимое исследование и при необходимости помогать больным в осуществлении исследования. К методам исследования в неврологии относятся:

Электроэнцефалография – метод исследования головного мозга, основанный на регистрации его электрических потенциалов при помощи электродов, которые накладываются на голову. Благодаря этому методу облегчается диагностика эпилепсии, а также других патологических изменений головного мозга, в том числе очаговых (опухоли, аневризмы, гематомы и др.). У детей младшего возраста оценивается степень нейрофизиологической зрелости коры головного мозга [18].

Реоэнцефалография (РЭГ) – метод исследования сосудов головного мозга, благодаря которому можно оценить пульсовое кровенаполнение артерий, периферическое сопротивление, эластические свойства сосудов, тонус артерий разного калибра, венозный отток и их изменение при проведении функциональных проб (повороты, наклоны головы и др.). РЭГ оценивает нарушение кровотока после травм, на фоне остеохондроза, возрастных изменений сосудов головы [8, 19].

Доплерография сосудов головного мозга. Ультразвуковой метод исследования кровообращения в магистральных артериях головного мозга. Ультразвуковая доплерография сосудов головного мозга (УЗДГ) – это новый, информативный метод диагностики заболеваний сосудов головы и шеи. Методика включает исследование сонных артерий, подключичных и позвоночных артерий, а также магистральных артерий головного мозга.

УЗДГ позволяет определить скорость кровотока по магистральным артериям головы и шеи, выраженность атеросклеротических изменений в них, степень стеноза сосуда, изменение кровотока по позвоночным артериям при шейном остеохондрозе, используется для диагностики аневризмы сосудов головного мозга. Применяется при сосудистых заболеваниях, для определения причины головокружения, неустойчивости при ходьбе, шума в ушах [26].

Поражение брахиоцефальных артерий наиболее часто встречается у людей старше 40 лет при атеросклеротическом процессе, гипертонической болезни, сахарном диабете и другой патологии. Особое место занимает исследование позвоночных артерий при проявлении вертебробазилярной недостаточности (головокружениях, шаткости при ходьбе, мушках в глазах при перемене положения тела в пространстве, тяжести в голове по утрам и т.д.).

Своевременное исследование сосудов позволяет выявить предрасполагающие факторы для развития острых нарушений мозгового кровообращения, приводящих к инвалидности.

В последнее время более актуальным стало изучение кровообращения головного и спинного мозга у детей и лиц молодого возраста на фоне развивающихся дегенеративных изменений шейного отдела позвоночника (остеохондроз, последствия травм, остеопороз и тд.) [11, 20].

Головная боль у детей – это самый ранний симптом цереброваскулярных заболеваний и одна из самых частых причин обращения к врачу. Основным механизмом головной боли у детей – сосудистый. Очень часто головная боль становится предвестником сосудистого поражения центральной нервной системы и требует изучения с раннего детского возраста для выработки своевременного и эффективного лечения, служащего реальной мерой профилактики развития с возрастом более грубых нарушений. Одним из условий своевременности терапии является постановка правильного диагноза, что в настоящее время решается с помощью доплерографии [16].

Проведение данного исследования показано детям от 7 лет и подросткам с проявлениями перинатальной энцефалопатии, нарушениями сна, быстрой утомляемостью, головными болями, головокружениями.

Данные методики совершенно безвредны для обследуемого, но имеют высокую информативность на ранних стадиях развития патологических процессов, позволяя вовремя поставить правильный диагноз и своевременно начать лечение.

Исследование сосудов – это безболезненный метод диагностики, не имеющий побочных эффектов, лучевой нагрузки и противопоказаний.

Электронейромиография (ЭНМГ) – регистрация сокращений мышц с помощью специального прибора – миографа. Миография позволяет измерить скорость прохождения нервного импульса по нервным волокнам.

Используется при диагностике различных заболеваний периферической нервной системы (моно- и полинейропатии), позволяет легко установить локализацию поражения нервных структур при многих

нарушениях в работе нервной системы. Также электронейромиография позволяет оценить функциональное состояние мышечной ткани, а именно способность мышц сокращаться в ответ на электрический импульс. Иногда исследование слабо болезненно. Никакой специальной подготовки к нему не требуется [14].

Какой конкретно вид обследования назначить, определяет врач в зависимости от наличия симптомов.

В целом, необходимо отметить, что реабилитация пациентов после неврологических заболеваний иногда длится очень длительное время даже после излечения болезни, поскольку изменения в нервной системе часто являются необратимыми [26]. Очень важной задачей для медицинского персонала является правильно подбирать индивидуальный подход к неврологическим пациентам. При заболеваниях нервной системы пациенты часто ведут себя по-другому и особо нуждаются в индивидуальном подходе. Поэтому правильная организация медсестринского процесса в неврологических отделениях и клиниках становится залогом успеха в лечении таких пациентов, а роль медсестры в лечении неврологических пациентов является очень важным заданием для научного исследования.

ГЛАВА 2

ОБЪЕКТ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Объектом исследования были пациенты неврологического профиля с острыми нарушениями мозгового кровообращения (ОНМК), черепно-мозговой травмой (ЧМТ) и инфекционными заболеваниями ЦНС, которые проходили различные периоды реабилитации. При этом мы изучали особенности организации медсестринской помощи больным в неврологии, медсестринский процесс и его значение в диагностике и лечении пациентов в неврологии, а также определяли уровень тревоги и депрессии в пациентов с различными заболеваниями и разными периодами восстановления.

Учитывая необходимость исследования общих закономерностей развития болезней у неврологических пациентов, мы использовали общеклинические методы исследования, проводили сбор анамнеза болезни, учитывали данные развития и жизни больных: история жизни, история заболевания, наблюдение, объективное обследование, оценка общего состояния пациента, сбор информации об основных жалобах, сравнение, особенности и анализ проведения реабилитации неврологических больных, лабораторные и инструментальные методы исследования; аналитический; статистические методы.

Наше научное исследование состояло из 2-х частей наблюдений и анализа полученных данных.

В первой части исследования мы проводили анализ реабилитации пациентов неврологического профиля с ОНМК, ЧМТ и инфекционными заболеваниями ЦНС, которых разделили в зависимости от длительности реабилитации:

1 группа – пациенты неврологического профиля, которые проходили реабилитацию менее 2-х лет;

2 группа – пациенты неврологического профиля, которые проходили реабилитацию более 2-х лет.

В данной серии научного исследования мы изучали их уровень тревоги и депрессии. В ней приняло участие 166 пациентов неврологического профиля.

Во второй части исследования мы проводили сравнение длительности реабилитации между больными неврологического профиля с различными заболеваниями и изучение зависимости уровня тревоги и депрессии от длительности реабилитации. В ней приняло участие 166 пациентов неврологического профиля, ранее исследованных в серии по изучению уровня тревоги и депрессии.

ГЛАВА 3

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА В ДИАГНОСТИКЕ НЕВРОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ

Неврология – наука, представляющая собой совокупность разделов медико-биологических наук, изучающих нервную систему (её строение, функции) и ее заболевания. Свообразие неврологии во многом объясняется тем особым значением, которое придается топическому диагнозу, поэтому очень важным заданием неврологии является лечение больных с различными расстройствами нервной системы.

Сложная, но упорядоченная организация нервной системы нередко позволяет исключительно точно установить место поражения. Но определение локализации очага – не самоцель, а средство сузить поле диагностического поиска до обозримых пределов, избежать лишних исследований и диагностических ошибок. Многие заболевания избирательно поражают структуры нервной системы, поэтому, отвечая на вопрос «Где локализован очаг поражения?», мы тем самым зачастую получаем ответ и на вопрос «Что это за процесс?».

Неврологические симптомы часто бывают проявлением соматических заболеваний, поэтому неврологическому осмотру должен всегда сопутствовать общий осмотр. Особое внимание следует обратить на температуру, АД, ритм сердечной деятельности, шумы в сердце и сонных артериях, наличие цианоза и других признаков дыхательной недостаточности, снижение или увеличение массы тела, наличие уплотнений в молочных железах, увеличение лимфатических узлов, печени и селезенки, состояние предстательной железы, наличие источников инфекции (зубы, уши, придаточные пазухи носа), кожные изменения (высыпания, ангиомы, пигментные пятна).

Неврологический осмотр часто подтверждает мнение, сформировавшееся при сборе анамнеза, но иногда неожиданное

обнаружение того или иного признака (например, рефлекса Бабинского) круто меняет первоначальное предположение о характере заболевания. Осмотр проводят по определенному плану, обычно сверху вниз. Следует обратить внимание и оценить:

1. Состояние сознания.
2. Исследование черепных нервов.
3. Двигательная система.
4. Исследование чувствительности.
5. Рефлексы.
6. Исследование координации движений
7. Краткое исследование когнитивных функций.

В настоящее время в арсенале неврологов и психиатров имеется большое количество инструментальных методов исследований, позволяющих оценивать функциональное состояние как центральной, так и периферической нервной системы. Для выбора верного диагностического направления, правильного лечения, оценки перспектив терапии, прогноза течения заболевания врач-клиницист должен ориентироваться в методах функциональной диагностики, иметь представление о результатах, которые можно получить с помощью того или иного метода.

Метод эхоэнцефалоскопии является методом ультразвуковой диагностики нарушений в головном мозге и позволяет судить о наличии и степени смещения срединных структур, что свидетельствует о присутствии дополнительного объема (внутричерепная гематома, отек полушария). В настоящее время значимость метода не столь велика, как раньше, в первую очередь он используется для скрининговой оценки показаний для экстренного проведения нейровизуализации (компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ)). Следует отметить, что отсутствие смещения при эхоэнцефалоскопии не означает стопроцентного отсутствия патологического процесса, т.к., например, при локализации процессов в лобных отделах или в задней черепной ямке смещение

структур мозга происходит только в случае больших размеров поражения. Также не очень информативен этот метод у пожилых пациентов, т.к. в результате атрофического процесса в мозге и расширения межполушарных пространств имеется достаточно внутричерепного пространства, чтобы дополнительный объем не приводил к смещению срединных структур. В настоящее время ограничено использование данного метода для диагностики внутричерепной гипертензии. Этот вопрос дискутируется.

Метод электроэнцефалографии (ЭЭГ) – метод исследования биоэлектрической активности мозга. Основным показанием для проведения данного метода является диагностика эпилепсии. Для разных форм этого заболевания характерны различные варианты изменений биоэлектрической активности мозга. Правильная интерпретация этих изменений позволяет своевременно и адекватно проводить терапию или, напротив, отказаться от проведения специфической противосудорожной терапии. Так, одним из наиболее сложных вопросов в трактовке энцефалограммы является понятие о судорожной готовности мозга. Ведущие нейрофизиологические лаборатории неоднозначно относятся к этому вопросу. Следует помнить: для того чтобы доказать готовность мозга к судорогам, необходимо проведение глубинной ЭЭГ с использованием провокационных методик. Судить же о готовности мозга к судорогам на основании только рутинной ЭЭГ в настоящее время является неверным.

Следующей областью применения ЭЭГ является диагностика смерти мозга. Для установления смерти мозга необходимо проведение 30-минутной записи, на которой отсутствует электрическая активность во всех отведениях на максимальном усилении – эти критерии определены законодательством. В диагностике всех остальных неврологических и психиатрических заболеваний метод ЭЭГ является вспомогательным. Следует помнить, что ЭЭГ не является методом топической диагностики,

поэтому сомнительными являются заключения о заинтересованности срединных и стволовых структур с четким их разграничением на диэнцефальные и мезэнцефальные, каудальные или оральные стволовые и пр. О заинтересованности этих структур можно судить косвенно и относиться к подобным заключениям с настороженностью. В настоящее время во многих лабораториях возможно проведение Холтеровского мониторинга ЭЭГ – многочасовой записи биоэлектрической активности мозга. Преимуществом данной методики является несвязность пациента с прибором и возможность вести обычный образ жизни в течение всей регистрации. Многочасовая регистрация энцефалограммы дает возможность выявить редко проявляющиеся патологические изменения биоэлектрической активности. Данная разновидность ЭЭГ показана для уточнения истинной частоты абсансов, диагностически неясных приступов, при подозрении на псевдоэпилептические приступы, а также для оценки эффективности противосудорожных средств.

Полисомнография (ПСГ) – метод длительной регистрации различных функций организма в течение всего сна. Метод включает в себя мониторинг биопотенциалов головного мозга (ЭЭГ), электроокулограммы, электромиограммы, электрокардиограммы, частоты сердечных сокращений, воздушного потока на уровне носа и рта, дыхательные усилия грудной и брюшной стенок, колебания кислорода в крови, двигательную активность во сне. Метод позволяет изучать все патологические процессы, возникающие во время сна: синдром апноэ, нарушения ритма сердца, изменения артериального давления, эпилепсию. В первую очередь метод необходим для диагностики инсомний и подбора адекватных методов терапии данного заболевания, а также при синдромах апноэ во сне и храпа. Большое значение метод имеет для выявления эпилепсии сна и различных двигательных расстройств во сне. Для адекватной диагностики этих нарушений используется ночной видеомониторинг.

Вызванные потенциалы (ВП) – это метод, позволяющий получить объективную информацию о состоянии различных сенсорных систем как ЦНС, так и периферических отделов. Он связан с регистрацией электрической активности в ответ на различные стимулы – звуковые, зрительные, сенсорные. ВП, получаемые в ответ на эти стимулы, выделяются легко и надежно, поэтому используются наиболее часто. Сущностью метода является получение ответа, обусловленного приходом афферентного стимула в различные ядра и кору головного мозга, в зону первичной проекции соответствующего анализатора, а также ответов, связанных с обработкой информации. Таким образом, получаемые начальные компоненты отражают физические свойства стимула, а более поздние – условия его обработки. Используются такие характеристики сигнала ВП, как время задержки ответа, латентный период основных пиков, амплитуда основных пиков, межпиковые латентности.

Учитывая, что 70% информации доставляет нам зрительный анализатор, 15% – слуховой, а 10% – тактильный, то раннее определение степени дисфункции этих наиболее важных сенсорных систем является необходимым для диагностики, а также выбора метода терапии и оценки прогноза заболевания нервной системы. Показаниями для назначения метода ВП являются: исследование функций слуха и зрения, оценка состояния сенсомоторной коры, когнитивных функций мозга, уточнение нарушений ствола мозга, выявление нарушений периферических нервов и нарушения проведения путей спинного мозга, оценка комы и смерти мозга.

Транскраниальная магнитная стимуляция (ТМС) – метод, в основе которого лежит возбуждение нервной системы с помощью магнитного стимулятора. Преимущество метода перед электрической стимуляцией заключается в том, что магнитное поле способно без изменений проходить через любые анатомические структуры (т.е. сигнал не ослабевает при прохождении через различные среды) и возбуждать нервные ткани, кроме того, магнитное воздействие является безболезненным. Метод позволяет

возбуждать как клетки моторной коры, так и моторные корешки и периферические нервы. Таким образом, метод ТМС позволяет выявить нарушения в проведении нервного импульса на протяжении от коры до мышцы и используется для объективной оценки повреждения двигательных путей. Показаниями для проведения данного обследования являются поражения моторного тракта на любом уровне. Сюда относятся двигательные расстройства при различных неврологических заболеваниях, обусловленных страданием пирамидного тракта (инсульты), причем с помощью ТМС можно локализовать очаг поражения до появления визуализации при КТ или МРТ; процессы демиелинизации различного генеза, травматические поражения и опухолевые процессы. ТМС можно использовать для тестирования высших психических функций, в частности функциональной локализации речи. Кроме диагностического использования метод ТМС может применяться в терапевтических целях для лечения болезни Паркинсона, эпилепсии, дистонических расстройств, поражений периферических нервов, мигрени, а в психиатрической практике – при депрессивных расстройствах, синдромах навязчивых идей, шизофрении.

Электронейромиография (ЭНМГ) – метод диагностики, изучающий функциональное состояние возбудимых тканей (нервов и мышц). Пожалуй, данный метод является наименее известным практическим врачам-неврологам, поскольку до последнего времени использовался только в специализированных центрах.

При проведении ЭНМГ оценивается состояние мышцы, нейромышечного синапса, периферического нерва, сплетения, корешка, переднего рога спинного мозга. При этом данную методику можно разделить на две: первая – в основном посвящена регистрации спонтанной и вызванной мышечной активности (ЭМГ), вторая – регистрации потенциалов действия (ПД) периферических сенсорных волокон. Получаемая с помощью этих двух методов информация способствует

выявлению типа нарушений, помогает определению степени его тяжести, а также позволяет оценить достигнутое улучшение в ходе лечения.

Электромиография (ЭМГ). Для исследования спонтанной и произвольной мышечной активности используют игольчатую стимуляцию – регистрацию потенциалов действия двигательной единицы (совокупности мышечных волокон, иннервируемых одним аксоном). Обращают внимание на такие параметры, как спонтанная активность, амплитуда потенциалов действия двигательной единицы (повышение или снижение). Так, в случае патологии мышечного волокна мышца перестает иннервироваться аксоном и начинает работать в собственном режиме, в результате регистрируется спонтанная активность в покое. Первично-мышечные заболевания приводят к гибели мышечных волокон, в результате чего снижается их количество в двигательной единице, как следствие, уменьшается амплитуда потенциалов действия двигательной единицы и длительность потенциалов действия. Данная методика информативна в случае подозрения на первичное мышечное поражение, для диагностики поражения мотонейрона и аксонального поражения.

Стимуляционная электромиограмма используется для тестирования синапса (периферическое звено нервно-мышечной системы). При этом регистрируют активность мышцы в ответ на электрическое раздражение периферического нерва. Измеряют скорость проведения возбуждения, латентные периоды моторного ответа мышцы. Данная методика является информативной для демиелинизирующих заболеваний, в случае плексопатий, полинейропатий (в т.ч. острой полинейропатии Гийена – Барре), демиелинизирующих заболеваний.

Электронейрография позволяет регистрировать ответы периферических нервов на их стимуляцию. С помощью данного метода тестируются чувствительные волокна, возможна дифференциальная диагностика аксоно- и миелінопатии.

Ультразвуковая доплерография – метод исследования состояния кровотока с помощью доплера. Метод незаменим для диагностики нарушений кровообращения. В неврологии наиболее используемой является доплерография интра- и экстракраниальных сосудов. Состояние кровотока оценивается путем измерения скорости кровотока. Так, при стенозе скорость кровотока возрастает пропорционально степени стеноза. В случае окклюзии сосуда может происходить как изменение направления кровотока, так и явление “ампутации” сосуда на картах кровотока. Следует отметить, что диагностические возможности данного метода при исследовании позвоночных артерий ограничены вследствие большой индивидуальной вариабельности позвоночных артерий и особенностей прохождения этих сосудов в костных каналах и тканях шеи.

Методы дуплексного и триплексного сканирования являются наиболее современными методами исследования кровотока, а также состояния сосуда. В условиях двух- и трехмерного изображения возможно увидеть артерию, ее форму и ход, оценить состояние ее просвета, увидеть бляшки, тромбы, а также зону стеноза. Эти методы незаменимы при подозрении на наличие атеросклеротических поражений.

Следует помнить, что зачастую клиницист ждет от врача функциональной диагностики конкретного диагноза, а тот в свою очередь не имеет права постановки диагноза. Из этого следует, что любой клиницист должен сам обладать определенным уровнем знаний, необходимых для интерпретации полученных результатов.

Также нельзя забывать, что методы функциональной диагностики являются вспомогательными и должны оцениваться врачом-клиницистом применительно к конкретному пациенту. При этом врач-невролог должен опираться на имеющуюся клиническую картину, анамнез и течение заболевания.

Для успешного применения сестринского процесса в неврологии, в частности в диагностике неврологических заболеваний у пациентов,

медицинская сестра должна учитывать специфические особенности ухода и наблюдения за пациентами, обязана знать и понимать этапы сестринского процесса, которые являют собой, цепь взаимосвязанных динамических процессов сформированных на стандартах сестринских вмешательств (составление анамнеза, постановление диагноза, определение целей, планирование, реализация намеченных действий, оценка результатов).

Медицинская сестра должна обладать навыками и знаниями специфических манипуляций процедурной, палатной, постовой медсестры и сестры приемного покоя, знать базовые нозологические формы неврологических заболеваний, их особенности, возможные осложнения и проблемы, неотложные состояния, возникающие у пациентов, страдающих этими болезнями.

Лечение заболеваний нервной системы осуществляется лекарственными средствами, медицинским уходом.

Медсестра обеспечивает введение лекарств, контролирует дозы, пути и скорость введения; следит за состояниями организма больного, функциональными системами, интеллектуальным фоном, его эмоциями и способностями обслуживать себя; наблюдает функциональные, психологические, духовные и социальные реакции пациента на свое заболевание; помогает устранить проблемы, подготовиться к дальнейшей жизни, обучиться приемам самопомощи и профилактическим мерам вне стационара; выполняет лечебно-оздоровительные мероприятия, осуществляет контроль над диетой больного.

Медсестра организывает и обеспечивает оптимальные санитарно-гигиенические условия, помогает соблюдать личную гигиену пациента. Сестринский уход в неврологии включает ассистирование доктору при проведении манипуляций, корректировку текущих назначений врачом, выполнение назначений врача по листу медицинских процедур.

На эффективность работы медсестры указывают достигнутые краткосрочные и долгосрочные цели, полученная позитивная ответная реакция пациента, разрешение старых и новых проблем, успешная реализация плана сестринского процесса. В неврологии медсестра влияет как на физические, так и на психологические аспекты жизни больного для оказания действенной помощи.

ГЛАВА 4

ВЕДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Неврологические нарушения – это болезни центральной и периферической нервной системы, иными словами, болезни головного мозга, спинного мозга, черепных нервов, периферических нервов, нервных корешков, вегетативной нервной системы, нервно-мышечных узлов и мышц. Эти нарушения включают эпилепсию, болезнь Альцгеймера и другие виды деменции, болезни сосудов мозга, включая инсульт, мигрень и другие виды головной боли, рассеянный склероз, болезнь Паркинсона, нейроинфекции, опухоли мозга, травматические нарушения нервной системы, такие как мозговые травмы, и неврологические нарушения в результате недостаточного питания.

Многие бактериальные (например, микобактериальный туберкулез, менингококк), вирусные (например, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), энтеровирусы, вирус Западного Нила, вирус Зика), грибковые (например, криптококк, аспергилл) и паразитические (например, малярия, болезнь Шагаса) инфекции могут поражать нервную систему. К развитию неврологических симптомов может приводить сама инфекция или иммунная реакция.

Среди пациентов неврологических отделений и специализированных клиник наиболее часто встречаются и требуют наибольшего внимания больные с различными заболеваниями головного и спинного мозга.

4.1 Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК)

Сосудистые заболевания головного мозга привлекают внимание ученых всего мира. Это связано с их распространенной, высокой летальностью, инвалидизацией десятков тысяч людей молодого и среднего

возраста, и делает эту проблему не только медицинской, но и социальной. Ежегодно в мире переносят инсульт около 6 млн. человек, летальный исход у 10-12% человек.

Диагноз ОНМК устанавливают в случае появления нарушений в работе сосудов головного мозга. Когда в определенной области головного мозга нарушается кровообращение, происходит гибель части нервной ткани. Это может привести к серьезной инвалидности человека или к летальному исходу. Своевременное адекватное лечение позволяет снизить тяжесть последствий приступа.

К заболеваниям ОНМК относятся:

1. Инсульт (ишемический и геморрагический).
2. Субарахноидальное кровоизлияние.
3. Транзиторная ишемическая атака.
4. Гипертонический криз.

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

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

Неврологический осмотр проводится для выявления неврологических симптомов, на основании которых можно судить о месте и размерах повреждения мозга.

Симптомы нарушения мозгового кровообращения:

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

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

1. Артериальная гипертензия (потеря контроля над артериальным давлением).

2. Сердечные и сосудистые поражения (ишемическая болезнь сердца, различные сердечные аритмии, атеросклеротическое поражение сосудов).

Второстепенные факторы, влияющие на развитие НМК:

1. Злоупотребление алкогольными напитками, интоксикация никотином при курении табака.

2. Чрезмерная масса тела.

3. Малоподвижный образ жизни (гиподинамия).

4. Пол, возрастные особенности, наследственный фактор.

5. Изменение текучести крови с повышенной склеиваемостью тромбоцитов; изменение уровня гематокрита; повышенный уровень фибриногена в плазме крови.

6. Заболевания обмена, сахарный диабет.

7. Острые или хронические инфекции.

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

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

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

Инфаркт мозга развивается обычно вследствие закупорки одного из мозговых сосудов или большого (магистрального) сосуда головы, по которому притекает кровь к головному мозгу. Магистральных сосудов четыре: правая и левая внутренняя сонные артерии, кровоснабжающие

большую часть правого и левого полушария головного мозга, и правая и левая позвоночные артерии, сливающиеся затем в основную артерию и снабжающие кровью ствол мозга, мозжечок и затылочные доли полушарий головного мозга.

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

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

4.2 Черепно-мозговая травма

Черепно-мозговая травма (ЧМТ) относится к наиболее распространенным видам повреждений и составляет до 50% всех видов травм, а в последние десятилетия характеризуется как тенденцией роста удельного веса травм мозга, так и их утяжелением. Таким образом, ЧМТ все больше становится мультидисциплинарной проблемой, актуальность которой возрастает для нейрохирургов, неврологов, психиатров, травматологов, рентгенологов и др. В то же время последние наблюдения показывают недостаточное качество, несоблюдение преимущественности консервативной терапии.

Выделяют несколько основных типов взаимосвязанных патологических процессов:

1. непосредственное повреждение вещества головного мозга в момент травмы;
2. нарушение мозгового кровообращения;
3. нарушение ликвородинамики;
4. нарушения нейродинамических процессов;
5. формирование рубцово-спаечных процессов;
6. процессы аутонейросенсибилизации.

Основу патологоанатомической картины изолированных повреждений головного мозга составляют первичные травматические дистрофии и некрозы, расстройства кровообращения и организация тканевого дефекта. Сотрясения головного мозга характеризуются комплексом взаимосвязанных деструктивных, реактивных и компенсаторно-приспособительных процессов, протекающих на ультраструктурном уровне в синаптическом аппарате, нейронах, клетках. Ушиб мозга – повреждение, характеризующееся наличием в веществе мозга и в его оболочках макроскопически видимых очагов деструкции и кровоизлияний, в части случаев сопровождающихся повреждением костей свода, основания черепа. Непосредственное повреждение при ЧМТ гипоталамо-гипофизарных, стволовых структур и их нейромедиаторных систем

обуславливает своеобразие стрессорного ответа. Нарушение метаболизма нейромедиаторов – важная особенность патогенеза ЧМТ. Высокочувствительным к механическим воздействиям является мозговое кровообращение.

Основные изменения, развивающиеся при этом в сосудистой системе, выражаются спазмом или расширением сосудов, а также повышением проницаемости сосудистой стенки. Непосредственно с сосудистым фактором связан и другой патогенетический механизм формирования последствий ЧМТ – нарушение ликвородинамики. Изменение продукции ликвора и его резорбции в результате ЧМТ связано с повреждением эндотелия хориоидных сплетений желудочков, вторичными нарушениями микроциркуляторного русла мозга, фиброзом мозговых оболочек, в отдельных случаях – ликвореей. Эти нарушения приводят к развитию ликворной гипертензии, реже – гипотензии.

При ЧМТ в патогенезе морфологических нарушений значительную роль наряду с непосредственным повреждением нервных элементов играют гипоксические и дисметаболические нарушения. ЧМТ, особенно тяжелая, вызывает расстройства дыхания и кровообращения, что усугубляет имеющиеся дисциркуляторные церебральные нарушения и в совокупности приводит к более выраженной гипоксии мозга.

Все виды ЧМТ принято разделять на закрытые травмы мозга, открытые и проникающие. Закрытая ЧМТ представляет собой механическое повреждение черепа и головного мозга, вследствие чего возникает ряд патологических процессов, определяющих тяжесть клинических проявлений травмы. К открытой ЧМТ следует относить повреждения черепа и головного мозга, при которых имеются раны покровов мозгового черепа (повреждения всех слоев кожи). Проникающие повреждения предусматривают нарушение целостности твердой мозговой оболочки.

Классификация черепно-мозговой травмы:

- сотрясение головного мозга;
- ушиб головного мозга: легкой, средней, тяжелой степени тяжести;
- сдавление головного мозга на фоне ушиба и без ушиба: гематомой – острой, подострой, хронической (эпидуральной, субдуральной, внутримозговой, внутрижелудочковой); гидромой; костными отломками; отек-набухание; пневмоцефалия.

При этом очень важно определить:

- состояние подболочечных пространств: субарахноидальное кровоизлияние; ликворное давление – нормотензия, гипотензия, гипертензия; воспалительные изменения;
- состояние черепа: без повреждения костей; вид и локализация перелома;
- состояние покровов черепа: ссадины; ушибы;
- сопутствующие повреждения и заболевания: интоксикации (алкоголь, наркотики и пр., степень).

Необходимо также классифицировать ЧМТ по тяжести состояния пострадавшего, оценка которого включает изучение минимум трех слагаемых:

1. состояние сознания;
2. состояние жизненно важных функций;
3. состояние очаговых неврологических функций.

К осложнениям черепно-мозговой травмы относятся:

Нарушения жизненно важных функций – расстройство основных функций жизнеобеспечения (внешнего дыхания и газообмена, системного и регионарного кровообращения). В остром периоде ЧМТ среди причин острой дыхательной недостаточности преобладают ухудшения вентиляции легких, связанные с нарушением проходимости дыхательных путей, вызванной скоплением секрета и рвотных масс в полости носоглотки с последующей их аспирацией в трахею и бронхи, западением языка у больных в коматозном состоянии.

Дислокационный процесс: височно-тензоральное включение, представляющее смещение медиобазальных отделов височной доли (гиппокамп) в щель вырезки намета мозжечка и вклинение миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие, характеризующееся сдавлением бульбарных отделов ствола.

Гнойно-воспалительные осложнения подразделяются на внутричерепные (менингит, энцефалит и абсцесс мозга) и внечерепные (пневмония), геморрагические (внутричерепные гематомы, инфаркты мозга).

4.3 Инфекционные поражения нервной системы

Инфекционные поражения нервной системы – одна из часто встречающихся форм неврологической патологии, которая составляет не менее 42% всех заболеваний этой сферы.

Нейроинфекция головного мозга классифицируется в зависимости от локализации патологического процесса, исходя из чего, различают:

1. Энцефалит.
2. Миелит.
3. Арахноидит.
4. Менингит.

Кроме перечисленных видов нейроинфекции, развиваются и комбинированные патологии, например, энцефаломиелит, менингоэнцефалит.

Сочетанные формы инфекции нервной системы диагностировать намного сложнее, несмотря даже на то, что в последние годы возможности диагностики нейроинфекций значительно улучшились.

В зависимости от длительности патогенного процесса, различают острое (менингит, энцефалит), подострое и хроническое (арахноидиты,

арахноэнцефалиты) течение инфекционного поражения центральной нервной системы.

Основной путь передачи – воздушно – капельный: инфицирование чаще всего происходит при контакте с вирусоносителем, больным человеком, во время его кашля или чихания. Передается инфекция, в том числе, посредством поцелуя, если слюна попала на слизистую оболочку здоровых людей.

Предрасполагающим фактором является наличие эрозий на деснах или их воспаление, а также микроскопические травмы слизистого эпителия полости рта – при актуальности перечисленных обстоятельств, болезнетворному возбудителю будет проще проникнуть в организм и начать циркулировать в нем, развивая инфекцию.

Гематогенный путь инфицирования – не менее распространенный. Патологический процесс переходит на головной и спинной мозг в том случае, когда в организме имеется очаг хронической инфекции, в том числе, поражение сосудов, снабжающих эти важные центры. Такими предрасполагающими патологиями являются отит, абсцесс мозга, тромбоз синусов мозга.

Нейроинфекция развивается, в том числе из-за лимфогенного пути передачи, когда в организме пациента присутствуют скрытые осложнения перенесенных черепно-мозговых и спинномозговых травм. Особенно, если это отягощено ликвореей.

Инфекция не передается контактно-бытовым путем, поэтому, если использовать личные средства и вещи вирусоносителя, заражение не произойдет. Сезонность патологии – жаркое лето – такое условие является наиболее благоприятным для распространения инфекции, поэтому поражению нейроинфекцией больше подвержены населенные места с засушливым, знойным климатом.

Обобщая, следует отметить, что инфекция, поражающая нервную систему, может быть вызвана как вирусной, бактериальной, так и грибковой этиологией.

Озвучивая диагноз, учитывая происхождение возбудителя, проникновение которого в организм дало начало инфекции. Поэтому конкретизируют «бактериальный», «вирусный», «грибковый» (менингит, энцефалит и т. д.)

Причинами нейроинфекции головного мозга являются: перенесенные черепно-мозговые травмы (особенно, сопровождающиеся длительной компрессией); переохлаждение (пребывание на воздухе низкой температуры без головного убора); если во время проведения оперативных вмешательств на головном или спинном мозге, использовались медицинские инструменты или расходный материал, некачественного уровня стерилизации; если хирургическое или терапевтическое вмешательство осложнилось нарушением целостности перчаток врача или осуществлялось без их применения; перенесенные вирусные заболевания (чаще – грипп).

Нейроинфекция нередко возникает как внутрибольничное заболевание и может стать следствием посещения стоматолога, который во время работы использовал недостаточно продезинфицированные инструменты.

К предрасполагающим факторам относится:

Низкий иммунитет (особенно, если у пациента ВИЧ, туберкулез, сифилис или другие заболевания, подрывающие защитные свойства организма); наличие очагов гнойной инфекции (тонзиллит, отит), их скрытое течение или стремительный переход из острой стадии в хроническую форму; игнорирование контрольного обследования после перенесенных заболеваний, а также черепно- или спинномозговых травм.

В неврологической практике встречаются следующие виды инфекции нервной системы.

Менингит – воспаление оболочек головного и/или спинного мозга. Инфицирование происходит гематогенным, лимфогенным или воздушно-капельным путем.

Болезнетворные возбудители – вирусы, бактерии, грибы; предрасполагающими факторами являются наличие (в том числе скрытых) гнойных или воспалительных хронических процессов в пазухах носоглотки или слуховом канале, а также переохлаждение организма.

Симптомы менингита – достаточно специфические: визуализируя их, можно максимально быстро диагностировать этот вид нейроинфекции, приступив к ее лечению.

Наиболее выраженные проявления: ригидность мышц затылка (пациент не может наклонить голову вперед); интенсивная головная боль, которая всегда сопровождается рвотой (этот симптом вызывает сомнение специалистов относительно того, менингит ли у пациента или же сотрясение мозга – определяющим фактором является анамнез); повышение температуры тела до высокой отметки.

Лечение предполагает постельный режим и антибиотикотерапию лекарственными препаратами антимикробного широкого спектра действия. Прогноз – благоприятный.

Арахноидит – воспалительный процесс, локализация которого – в паутинной оболочке головного мозга. Развитие арахноидита обуславливают перенесенные травмы головы, наличие ревматизма, своевременно не вылеченной ЛОР-инфекции.

Симптомами этого вида нейроинфекции являются: сильная, устойчивая головная боль, лишающая возможности выполнять даже элементарные действия; ухудшение зрения; слабость; тошнота, приступ которой завершается рвотой; повышение температуры тела; возможно развитие носового кровотечения из-за нарушения мозгового кровообращения; бессонница; в тяжелых случаях – нарушение сознания или его отсутствие.

Прогноз для пациента благоприятный лишь в том случае, когда своевременно установлен диагноз и выполняется лечение. Терапия этой болезни направлена на устранение воспалительного процесса, стабилизацию мозгового кровообращения и общее укрепление организма пациента.

Энцефалит – воспаление ткани головного мозга является следствием клещевого поражения, а также проникновения и воздействия бактерий и вирусов. Если пациент пренебрегает обращением за медицинской помощью – прогноз неблагоприятный и даже летальный. Симптомы этого вида нейроинфекции ярко выражены: головная боль усиливается в положении лежа, устойчива (плохо и кратковременно купируется анальгетиками); происходит повышение температуры тела; нарастает слабость и чувство разбитости, как проявления общей интоксикации организма.

Глазодвигательные расстройства – часть симптомокомплекса, характерного для этого вида нейроинфекции: у пациента формируется птоз (опущение века), ощущение двоения в глазах, общее нарушение зрения.

Диспепсия проявляется тошнотой, которая особенно часто возникает после передвижения транспортом; возникает рвота.

Госпитализация предполагает дальнейшую терапию антибиотиками, гормональными препаратами и общеукрепляющими средствами.

Наиболее информативным видом исследования является МРТ, КТ, а также энцефалограмма. Лабораторная часть диагностики предполагает исследование крови и мочи.

Также проводится анализ спинномозговой жидкости – ликвора, в котором определяется повышенный уровень белка. Каждая из этих диагностических процедур позволяет визуализировать состояние головного и спинного мозга, определить локализацию патогенного процесса, степень инфицирования и вовлечения в воспалительный процесс тканей.

Установив диагноз, больного госпитализируют. Выполняется катетеризация вены (устанавливается постоянный внутривенный катетер). Назначается антибиотикотерапия. Антимикробный препарат выбирается врачом с учетом того, какой возбудитель спровоцировал развитие нейроинфекции: только придерживаясь этого, можно рассчитывать на успешность лечения. Антибиотики вводят внутривенно или капельно (посредством инфузий), поскольку это обеспечивает мгновенно попадание лекарственного вещества в кровь, в отличие от выполнения внутримышечных инъекций. Среди часто используемых препаратов – Цефепим, Медаксон, Цефтазидим. Пациенту назначают гормональные препараты – в основном, Преднизолон и Дексаметазон, дозировку которых определяется степенью тяжести пациента и формой патологии. Если нейроинфекция сочетанная, то дозировка гормонального вещества должна быть выше, чем при отдельном инфекционном заболевании нервной системы.

Иммунитет пациента поддерживают введением витаминных комплексов. Коррекция уровня артериального давления проводится посредством введения сернокислой магнезии. Для того чтобы снизить степень отека мозга, больному вводят мочегонные средства: Фуросемид, Лазикс. На протяжении всего пребывания пациента в больнице, проводится мониторинг жизненных показателей его организма. Поддержание их на нормальном уровне обеспечивает постоянная инфузионная терапия пациента солевыми растворами и глюкозой. Проводят контроль диуреза больного. В целях профилактики истощения, выполняется парентеральное питание больного; осуществляют гигиенический уход. К наиболее тяжелым последствиям нейроинфекции относится летальный исход; инвалидность; слабоумие. Эти последствия являются веским основанием не откладывать обращение за медицинской помощью, пройти обследование и выполнять все назначения врача. Предупредить развитие нейроинфекции возможно: для этого следует своевременно лечить ЛОР и

стоматологические патологии, избегать контакта с инфицированными людьми, надевать головной убор при низкой температуре воздуха и укреплять иммунитет.

Нейроинфекция включает в себя достаточно большой список заболеваний, многие из которых губительны для головного мозга. Все они могут иметь острую форму течения или переходить в хроническую и протекать достаточно вяло. Как показывает медицинская практика, эти заболевания могут пройти в острой форме один раз и больше не беспокоить больного или иметь частые и яркие рецидивы до конца его дней.

В таких случаях медперсоналу необходимо тщательно проводить наблюдение за состоянием пациентов, обследование их неврологического статуса и назначать необходимые реабилитационные мероприятия.

ГЛАВА 5

РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗЛИЧНЫМИ ВИДАМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Особого внимания к разработке комплексной реабилитационной программы требуют пациенты с неврологической патологией (радикулиты, повреждения периферических нервов), поскольку последствиями данных заболеваний могут быть:

1. трудности в свободном передвижении,
2. сложности во владении руками,
3. у многих развиваются речевые нарушения.

Подобные последствия могут возникать, кроме того, и вследствие перенесенных инсультов, инфарктов мозга.

Основные реабилитационные мероприятия направлены на:

- уменьшение степени выраженности данных проявлений,
- замедление прогрессирования болезни,
- снижение частоты возможных осложнений,
- повышение переносимости физической нагрузки,
- улучшение качества жизни.

Комплекс реабилитационных мероприятий разрабатывается индивидуально для каждого пациента, страдающего неврологической патологией. В этом направлении основным методом реабилитации является применение лечебной физкультуры с механотерапией.

Подобранные индивидуально для каждого пациента упражнения, выполняемые на современных тренажерах, позволяют расслабить спазмированные мышцы, увеличить объем движений в суставах и позвоночнике, улучшить координацию. Коррекция речи проводится при помощи опытного логопеда.

Интенсивность болевого синдрома позволит снизить выполнение массажа (точечного, лимфодренажного, сегментарного, массажа

конечностей). Кроме того, с его помощью можно улучшить лимфо- и кровотоки в организме, уменьшить ограничения подвижности в суставах, спастические процессы в мышцах.

Аппаратное физиотерапевтическое лечение (ФТЛ) также является неотъемлемой частью реабилитации пациентов с данной патологией, так как позволяет:

- улучшить кровоснабжение тканей головного мозга,
- снизить трофические расстройства,
- нормализовать мышечный тонус,
- усилить противовоспалительное и противоотечное действие лекарственных средств,
- уменьшить образование спаек.

Последовательная индивидуальная смена одного физиотерапевтического воздействия другим позволит достичь высоких результатов реабилитации.

Наиболее эффективными и часто используемыми видами физиотерапевтического лечения являются:

- электростимуляция,
- терапия импульсными токами,
- облучение видимыми инфракрасными лучами,
- электрофорез,
- дарсонвализация,
- ультратонотерапия,
- бальнеолечение и грязелечение.

Для восстановления навыков самообслуживания, ухода за собой в быту применяется метод эрготерапии, который включает:

- сенсомоторную тренировку,
- тренировку чувствительности,
- тренировку тонкой моторики,
- тренировку перемещения.

Индивидуальные методики работы врача-психотерапевта и психолога помогут снизить тревожность, неуверенность в себе, настроить пациентов на выздоровление и позитивное отношение к дальнейшей жизни.

Квалифицированные специалисты в области двигательной реабилитации (инструкторы, методисты лечебной физкультуры) помогут восстановить сниженные навыки самообслуживания, подобрать технические средства реабилитации (трость, костыли, ходули и пр.) и адаптировать пациентов к ходьбе с ними.

Постоянное выполнение диагностических исследований позволит оценить динамику выздоровления пациента. Особенно актуально при данных видах нарушений выполнение электронейромиографического и стабилметрического исследования методом вызванных потенциалов.

5.1 Реабилитация пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК)

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

Медицинские сестры неврологического отделения для лечения больных с ОНМК вооружены всеми знаниями и навыками сложной системы реабилитации. Начинаются мероприятия ранней реабилитации с лечения положением (позиционирования), то есть с правильной укладки пациента в постели, в положении сидя для профилактики развития

патологических двигательных реакций, спастичности мышечных групп, дисфункций суставов и других нежелательных последствий. Медицинские сестры и инструкторы ЛФК владеют навыками укладки пациента на «здоровой» и «парализованной стороне», в положении на спине и животе. Первоначально, ежедневно укладка осуществляется под контролем невролога и врача ЛФК, а поддерживается силами среднего медицинского персонала и родственниками больного, которые также активно участвуют в реабилитационных мероприятиях.

Следующим важнейшим звеном ухода за больным является питание. Питание должно быть сбалансированным с учетом специфики патологии наших пациентов. Подбор варианта лечебного питания (диеты, или стола лечебного питания) в условиях лечебного учреждения подбирается врачом с учетом тех заболеваний, которыми страдает пациент наряду с поражением головного мозга. Недостаточное питание увеличивает риск неблагоприятного исхода у пациентов, страдающих острым инсультом. Поскольку удельный вес дисфагий у пациентов с инсультом достигает более 50%, медицинская сестра обучена диагностике нарушений глотания, может самостоятельно провести пробу «трех глотков», знает специальную методику кормления при приеме пищи, виды консистенции пищи, а также продукты, подходящие для приготовления еды любой консистенции, при необходимости через назогастральный зонд. Все вышеуказанные мероприятия проводятся при непосредственном контроле и взаимодействии невролога и логопеда.

У тяжелых, лежачих пациентов с инсультом медицинская сестра совместно с младшим медицинским персоналом постоянно проводит мероприятия по профилактике пролежней, уход за установленными катетерами (кубитальные, мочевые и другие). Своевременно и правильно оказанная медицинская помощь при инсульте головного мозга является залогом сохранения жизни и здоровья пациента. Важное место на всех этапах лечения и реабилитации человека с данной патологией занимает

сестринский процесс. Работники среднего медицинского звена должны не только выполнять назначения врачей. У них есть собственный алгоритм ведения больных после острого нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) или преходящей формы болезни - преходящего нарушения мозгового кровообращения (ПНМК). Во многом именно от медсестер зависит скорость выздоровления пострадавшего и качество его дальнейшей социальной адаптации.

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

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

Отдельно стоящим этапом работы медсестры при инсульте является необходимость общения с самим пациентом и его близкими. Специалист должен быть компетентным, открытым и доступным. От его действий в этом направлении зависит настрой больного и ответ его организма на проводимые лечебные манипуляции.

Ответственность медсестры при уходе за больным с инсультом. Важность сестринского ухода при острых нарушениях мозгового

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

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

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

Мы проводили опрос 30 пациентов, которые имели ОНМК в анамнезе и проходили реабилитацию в неврологическом отделении до 2 лет и также 30 пациентов с реабилитацией более 2 лет, и проверяли в них наличие депрессии и тревожности с помощью тестового опроса HADS. Мы разделили больных на 2 группы в зависимости от времени, в которое больной перенес заболевание:

1 группа – пациенты с ОМНК, в которых длительность реабилитации до 2 лет.

2 группа – пациенты с ОМНК, в которых длительность реабилитации более 2 лет.

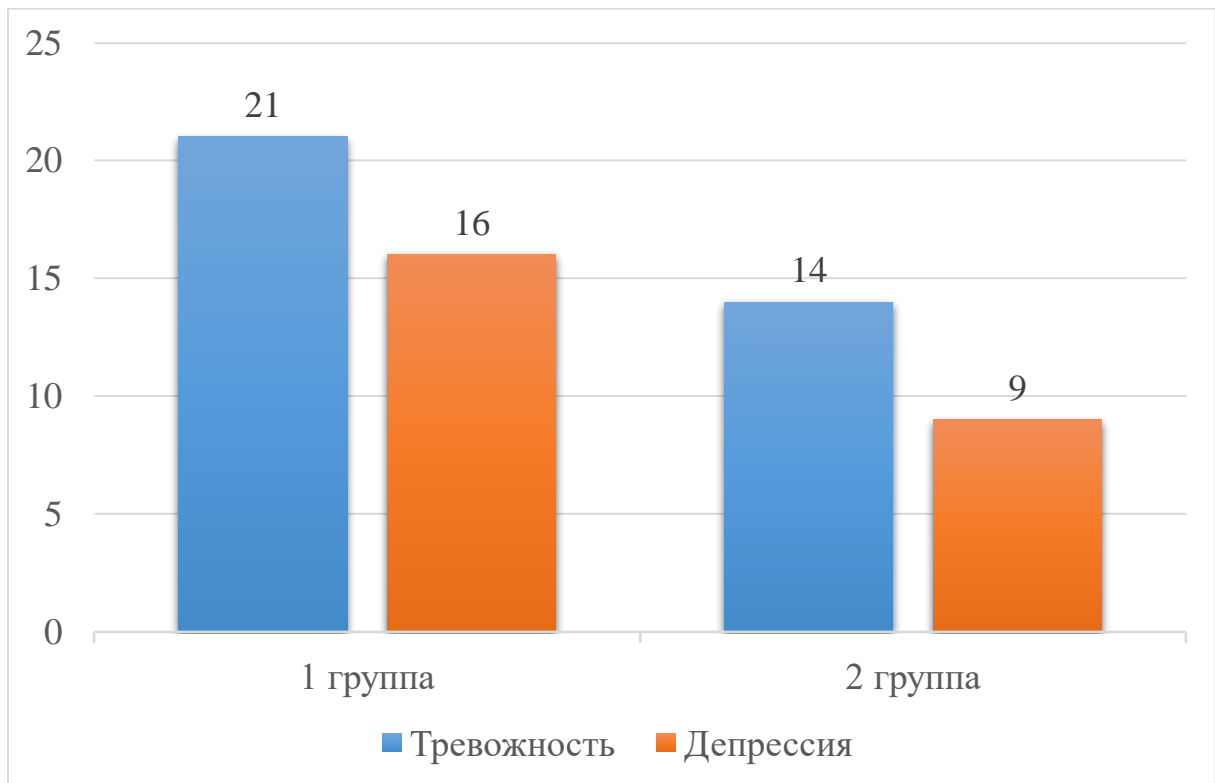


Рисунок 5.1. Соотношение количества пациентов, которые проходили реабилитацию до 2 лет (1 группа) и более 2 лет (2 группа) с ОМНК в анамнезе. Данные из тестового опроса HADS.

Из результатов опроса пациентов с ОМНК мы наблюдаем, что пациенты с длительностью реабилитации мене 2 лет имеют значительно вышей уровень тревоги и депрессии, чем пациенты с более длительной реабилитацией.

5.2 Реабилитация пациентов с черепно-мозговой травмой (ЧМТ)

Реабилитации пациентов с травмами головного мозга является одной из актуальных проблем здравоохранения. Черепно-мозговая травма в

общей структуре травматизма составляет 30-40%, являясь не только медицинской проблемой, но и социально-экономической. Правильное представление о последствиях травмы имеет принципиальное значение для понимания сути медицинской реабилитации.

Оптимальным является устранение или полная компенсация повреждения путем восстановительного лечения. Более полноценный курс реабилитации осуществляется в специализированных центрах, но строительство их в маленьких городах экономически невыгодно. Именно поэтому было необходимо исследовать роль медсестры в реабилитации пациентов, которая осуществляется в условиях неспециализированной клиники.

Для изучения особенностей работы медсестер отделения восстановительного лечения была разработана анкета, которая позволила выявить имеющиеся проблемы в работе медсестры. Также было проведено наблюдение за пациентами в динамике, как в процессе реабилитации улучшалось их состояние: физическое и психологическое. Для того чтобы раскрыть тему, были изучены условия труда медсестер, проведен хронометраж рабочего времени, различные методики работы, применяемые на отделении

Уровень подготовки медсестер довольно высок, стаж работы и квалификационная категория подтверждают тот факт, что персонал обладает необходимыми знаниями и опытом работы, а также жизненным опытом. Большинство медсестер отнесли себя к материнскому типу, а это благоприятно сказывается на взаимоотношении с пациентами. Помимо оказания реабилитационной помощи в отделении, медсестры приходят на дом к лежачим пациентам, обучают их и родственников навыкам самообслуживания, массажу, физическим упражнениям.

Психологическая реабилитация тоже проводится медсестрами под руководством психологов и, если необходимо, врачей-психиатров. Медсестры выступают в роли психолога и друга.

В отличие от инсультов, которые у многих больных развиваются по сходному сценарию, ЧМТ подразумевает значительное разнообразие вариантов развития событий. В зависимости от механизма получения травмы и сочетания ее с другими повреждениями тела, состояние пациента и прогноз бывают весьма различными. В некоторых случаях непосредственно после происшествия люди на несколько дней или недель впадают в кому, которая может предвосхищать гибель больного или же выполнять роль «энергосберегающего» режима восстановления поврежденных функций мозга.

И все-таки врачи отмечают, что в большинстве случаев состояние пациента после ЧМТ улучшается с течением времени: и по скорости происходящих положительных изменений возможно предположить, насколько благополучным будет прогноз. Поэтому так важно задуматься о реабилитационных мероприятиях еще до того, как больной будет выписан из неврологического стационара, буквально с первых дней лечения. Работа с психологом, ранняя двигательная активизация и даже физиотерапия могут ощутимо повысить шансы на возвращение пострадавшего к нормальной жизни без долгосрочных нарушений. А слишком позднее обращение за реабилитационной помощью, наоборот, работает не всегда: уже по прошествии нескольких месяцев после ЧМТ обратить некоторые патологические изменения вспять будет очень трудно.

Таким образом, каждый пациент, переживший черепно-мозговую травму, нуждается в мультидисциплинарном подходе. Например, тяжелым больным с нарушениями стволовых функций – дыхания и глотания – потребуются помощь реабилитологов и нейропсихологов. Утрата речевых функций выводит на первое место по приоритетности работу с логопедом. При изменениях психики, хронических головных болях и проблемах с засыпанием основную роль в реабилитации исполняют нейропсихолог, эрготерапевт.

Высшая нервная деятельность – то, что делает человека личностью. Поэтому восстановление памяти, способности сосредотачиваться, получать новые знания, считать в уме, ориентироваться во времени и пространстве – не менее важные для любого человека навыки, нежели сохранение подвижности или контроля над функциями внутренних органов. Для того чтобы человек после ЧМТ был способен вернуться к полноценной жизни, работе и увлечениям, необходимо, чтобы нейропсихолог составил для него программу мероприятий, направленных на восстановление высших психических функций. Нередко больным после тяжелого повреждения мозга требуется фактически заново учиться читать и писать – однако, как отмечают эксперты, освоить эти навыки повторно будет легче при условии грамотного подхода и хорошей мотивации.

Подобно некоторым больным, перенесшим инсульт, пациенты после ЧМТ иногда испытывают проблемы с выражением собственных мыслей вслух. Нарушения этой группы имеют разнообразный характер: от проблем с артикуляцией (управлением языком и нижней челюстью) до афазии, при которой вследствие повреждения речевых центров мозга страдает способность произносить отдельные слова или формулировать связные предложения. Для лечения подобных патологий может потребоваться помощь логопеда, эрготерапевта и массажиста, которые предложат активные способы реабилитации (отработку больным специальных речевых упражнений). Положительные результаты может принести реализация методики Кастильо Моралеса и массаж полости щек и языка.

Если следствием перенесенной травмы стал паралич или парез, которые мешают самостоятельным движениям больного, то ему потребуется помощь врача-реабилитолога, специалиста по ЛФК, массажиста и физиотерапевта. Применение аппаратных и «ручных» методик способствует устранению патологического тонуса мышц конечностей, улучшению баланса и равновесия, возвращению координации в движениях рук и ног, избавлению от тремора и слабости. Комплекс

подобных упражнений позволяет уже через несколько недель восстановить способность пациента к самостоятельной ходьбе и выполнению действий по уходу за собой без помощи медицинского персонала или родственников.

Повысить эффективность двигательной реабилитации позволяет применение специализированного оборудования. Здесь стоит выделить подвесную систему разгрузки веса. Система позволяет активировать нервно-мышечную систему пациента, безопасно вертикализировать ослабленного пациента.

Иногда ЧМТ в течение долгих лет напоминает о себе затяжной головной болью – справиться с ней поможет физиотерапия. Такие методики, как криотерапия (использование холодового воздействия на очаги боли), магнитотерапия, массаж и другие направлены на устранение дискомфорта и в большинстве случаев в долгосрочной перспективе оказываются эффективнее обезболивающих препаратов.

Восстановить «базовые» функции – еще не все, что нужно для полноценной жизни. Травма мозга может значительно изменить характер человека – сделать его замкнутым, раздражительным, агрессивным или апатичным. Работа с психологом индивидуально и в группах, а также арт-терапия, направленная на приобретение новых увлечений, помогут в адаптации пациента к новым условиям жизни. Отметим, что профессиональное вмешательство очень важно в решении подобных проблем. Оно позволяет отделить лечебный процесс от безуспешных попыток родственников наладить контакт с больным. Это часто приводит к конфликтам внутри семьи: близкие люди могут расценивать поведение человека, перенесшего ЧМТ, как эгоизм, в то время как в основе ситуации лежат патологические изменения высшей нервной деятельности.

Задача реабилитационных мероприятий при ЧМТ – восстановление способностей к самообслуживанию и труду. Зачастую после травмы пациенту требуется переоборудовать собственное жилище или автомобиль,

оснастив их специальными приспособлениями, облегчающими выполнение привычных действий. Чтобы выяснить истинные возможности человека к самостоятельным действиям эрготерапевты используют особые тренажеры или даже воспроизводят типичную жилую и рабочую обстановку в специальных учебных комнатах и квартирах. Такой подход позволяет отработать все важные навыки под контролем специалиста, а не методом проб и ошибок, уже после выписки из реабилитационного центра.

Мы проводили опрос 25 пациентов, которые имели ЧМТ в анамнезе и проходили реабилитацию в неврологическом отделении до 2 лет и также 30 пациентов с реабилитацией более 2 лет, и проверяли в них наличие депрессии и тревожности с помощью тестового опроса HADS. Мы разделили больных на 2 группы в зависимости от времени, которое потребовалось больным на реабилитационные мероприятия после перенесенного заболевания ЧМТ:

1 группа – пациенты с ЧМТ, в которых длительность реабилитации до 2-х лет.

2 группа – пациенты с ЧМТ, в которых длительность реабилитации более 2-х лет.

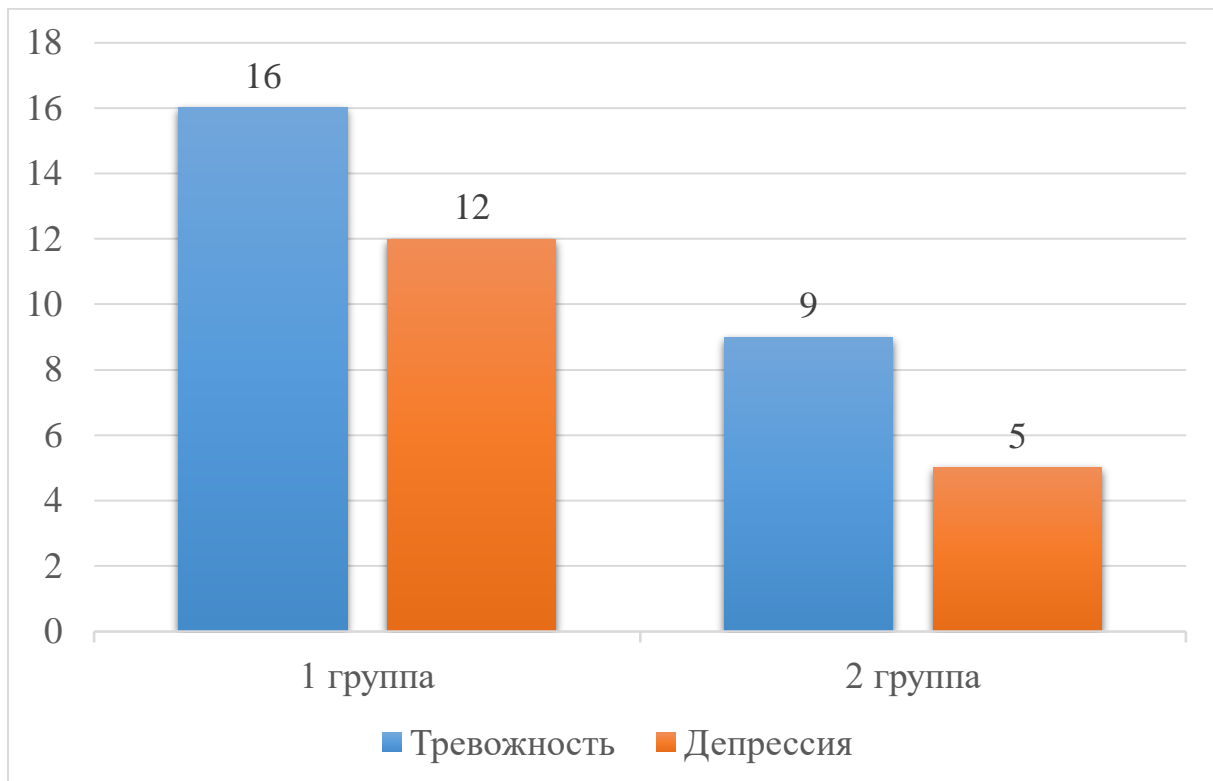


Рисунок 5.2. Соотношение количества пациентов, которые проходили реабилитацию до 2-х лет (1 группа) и более 2-х лет (2 группа) с ЧМТ в анамнезе. Данные из тестового опроса HADS.

Из результатов опроса пациентов с ЧМТ мы наблюдаем, что пациенты с длительностью реабилитации менее 2 лет имеют значительно выший уровень тревоги и депрессии, чем пациенты с более длительной реабилитацией.

5.3 Реабилитация пациентов с инфекционными заболеваниями нервной системы

Восстановление после инфекционных заболеваний у взрослых представляет собой комплексный, сложный и многогранный процесс. После проведенного лечения пациенту необходимо посещать невролога в течении двух лет. Врач подбирает индивидуальную программу

реабилитации инфекционных заболеваний, которая включает несколько составляющих.

Питание после перенесённых инфекционных заболеваний должно возобновить силы и не нарушить работу органов пищеварения. Пищу готовят на пару, отваривают, запекают или тушат. Подходит нежирное мясо – телятина, крольчатина, курятина. Для детей нежирную рыбу или мясо предварительно измельчают. Для диетического питания подходят каши. Фрукты и овощи подвергают термической обработке, так как клетчатка может действовать раздражающе на слизистую пищеварительных органов. В рационе должны присутствовать запеченные или тушеные овощи, супы, пюре из фруктов, молочная продукция. Из напитков подойдут кисели, компоты, чай.

Реабилитация пациентов после инфекционных заболеваний на этом этапе включает массаж, аппаратные процедуры. Электрофорез с применением лекарств или витаминов стимулирует определенные мышцы, помогает расслабить их в нужных местах. Магнитотерапия, электросон и магнито-лазерная терапия применяется при когнитивных и координатных типах осложнений. Эти процедуры направлены на восстановление функций ЦНС.

Лечебная физкультура включает различные упражнения, которые врач подбирает каждому пациенту индивидуально. Основная задача ЛФК – восстановление двигательных функций. Упражнения последовательно тренируют отдельные участки, продвигаясь от одного звена к другому.

В современных реабилитационных центрах помимо гимнастики применяют специальные тренажеры, одежду и другие способы воздействия на тело пациента оставляет последствия в виде измененного образа жизни. В связи с этим пациент нуждается в адаптации, которая поможет полностью или частично вернуть его утраченные возможности.

Очень важным этапом при реабилитации пациентов с инфекционными заболеваниями нервной системы является психотерапия. Задача

нейропсихолога – определить степень повреждения мозга и когнитивные возможности на момент начала процесса реабилитации. Нейропсихолог оценивает работу внимания и памяти, скорости мышления и речи с помощью специально разработанных тестов. Работа нейропсихолога с пациентом очень важна, так как врач помогает восстановить функции мозга или минимизировать нарушения его работы.

Мы проводили опрос 28 пациентов, которые имели инфекционные заболевания в анамнезе и проходили реабилитацию в неврологическом отделении до 2 лет и также 30 пациентов с реабилитацией более 2 лет, и проверяли в них наличие депрессии и тревожности с помощью тестового опроса HADS. Мы разделили больных на 2 группы в зависимости от времени, которое потребовалось больным на реабилитационные мероприятия после перенесенного инфекционного заболевания нервной системы:

1 группа – пациенты с инфекционными заболеваниями нервной системы, в которых длительность реабилитации была до 2-х лет.

2 группа – пациенты с инфекционными заболеваниями нервной системы, в которых длительность реабилитации была более 2-х лет.

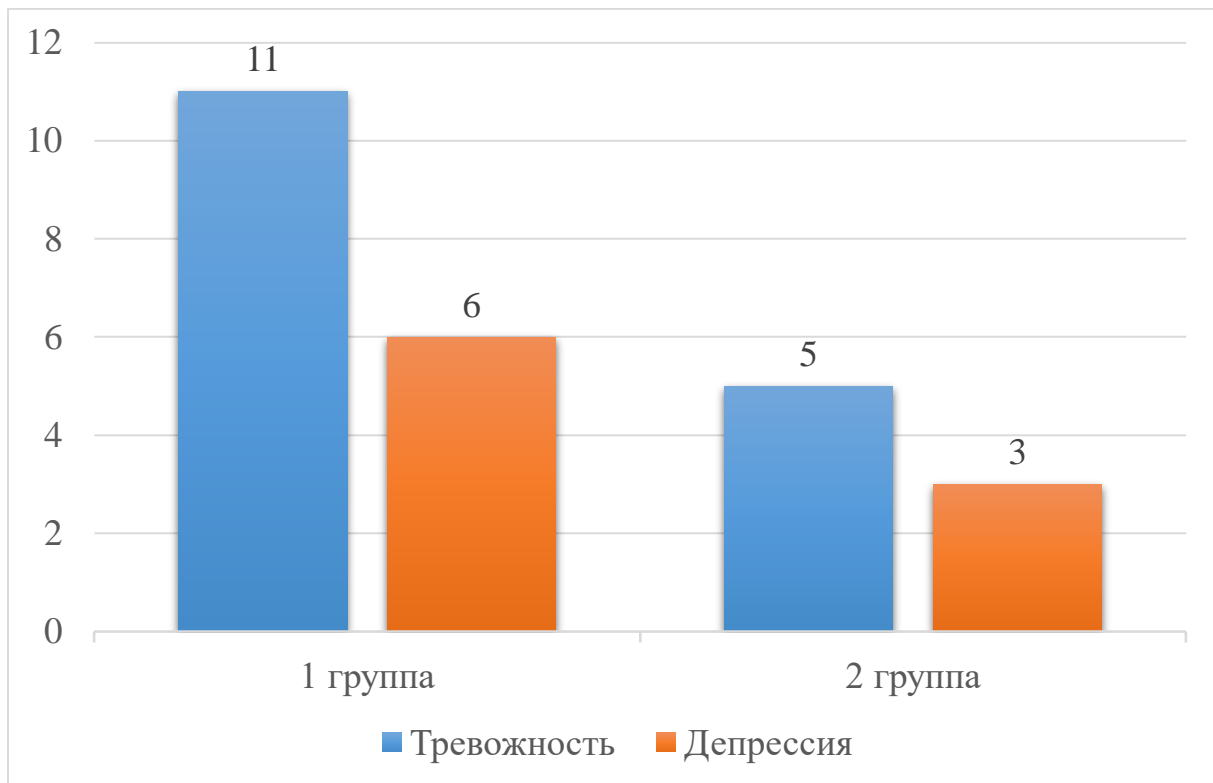


Рисунок 5.3 Соотношение количества пациентов, которые проходили реабилитацию до 2-х лет (1 группа) и более 2-х лет (2 группа) с инфекционными заболеваниями в анамнезе. Данные из тестового опроса HADS.

Из результатов опроса пациентов с инфекционными заболеваниями нервной системы мы наблюдаем, что пациенты с длительностью реабилитации менее 2-х лет имеют значительно вышай уровень тревоги и депрессии, чем пациенты с более длительной реабилитацией.

Этот факт еще раз подтверждает важность и необходимость длительных реабилитационных мероприятий у больных после перенесенных тяжелых заболеваний нервной системы.

ГЛАВА 6

ОЦЕНКА УРОВНЯ ТРЕВОГИ И ДЕПРЕССИИ В ПЕРИОДЕ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ

Множество больных после перенесения неврологического заболевания сталкивается с проблемой нарушения жизненно важных функций, у них возникают параличи или парезы, афазии и нарушения гормонального баланса, апатия и ухудшение настроения. За статистикой ВООЗ более 50% пациентов после неврологической патологии отмечают хроническое ощущение тревожности и депрессии. Это связано не только с нарушением гормонального баланса серотонина, а также и с осознанием своей беспомощности и потерей очень необходимых функций.

Мы проводили опрос пациентов неврологического отделения с различными заболеваниями с целью выявить взаимосвязь между уровнями тревоги и депрессии у пациентов в зависимости от заболевания, а также от длительности реабилитации.

Опросники HADS, который мы давали пройти пациентам, состоял из 14 вопросов, по 7 вопросов на выявление тревожности и депрессии. Пациенты, которые входили в группы исследования, приходили реабилитацию после перенесенных неврологических заболеваний.

Для оценки влияния длительности реабилитации на уровень тревожности и депрессии мы распределили больных на 2 группы:

1 группа – пациенты неврологического профиля, в которых длительность реабилитации составляла до 2-х лет;

2 группа – пациенты неврологического профиля, в которых длительность реабилитации составляла более 2-х лет.

Также мы разделили больных за типом патологии на

- Пациенты с острыми нарушениями мозгового кровообращения - ОНМК.
- Пациенты с черепно-мозговой травмой - ЧМТ.

- Пациенты с инфекционными заболеваниями ЦНС.

Всего в нашем исследовании приняли участие 166 неврологических пациентов, в частности: 60 пациентов с ОМНК, 50 пациентов с ЧМТ и 56 пациентов после инфекционных заболеваний ЦНС с разными периодами реабилитации.

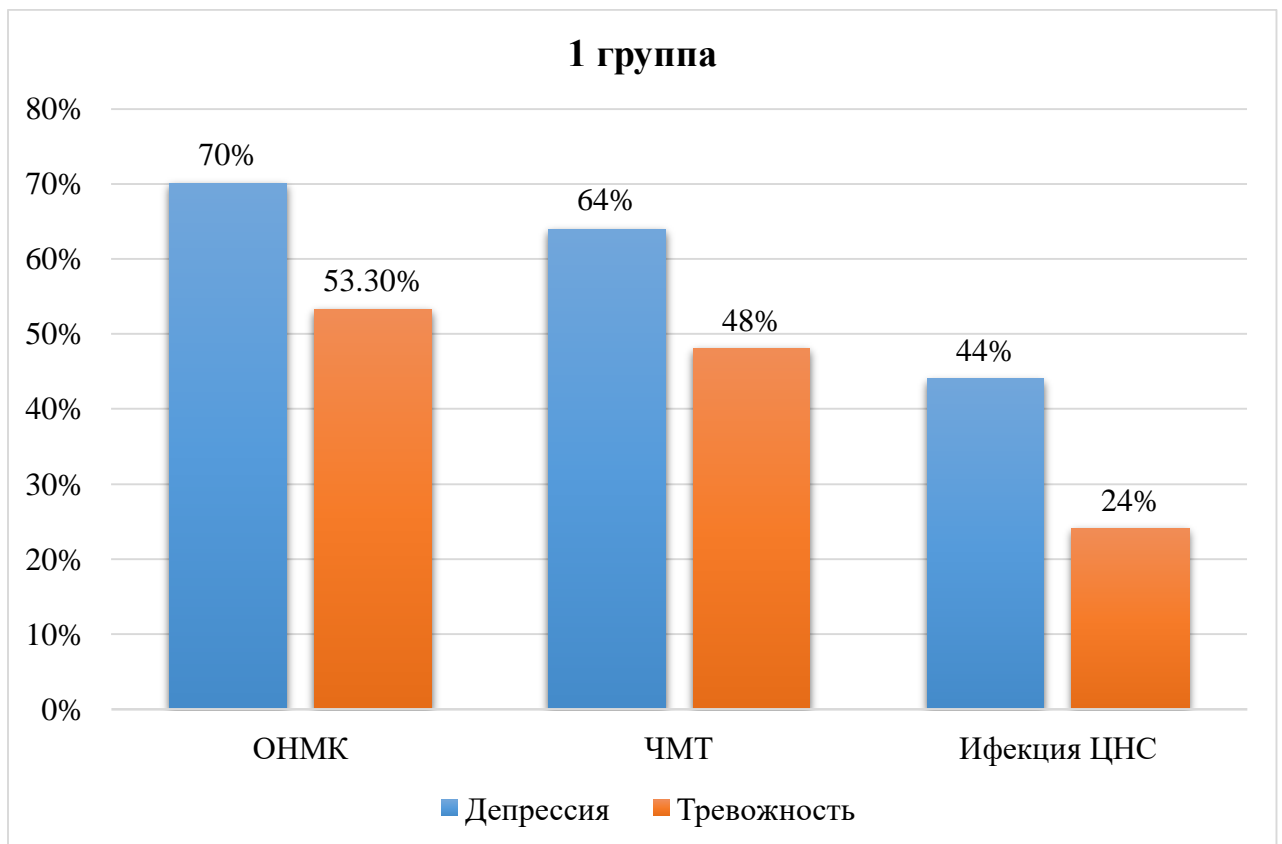


Рисунок 6.1 Соотношение количества пациентов с длительностью реабилитации до 2-х лет (1 группа) с различными заболеваниями неврологического профиля и сравнения уровня тревоги и депрессии у них.

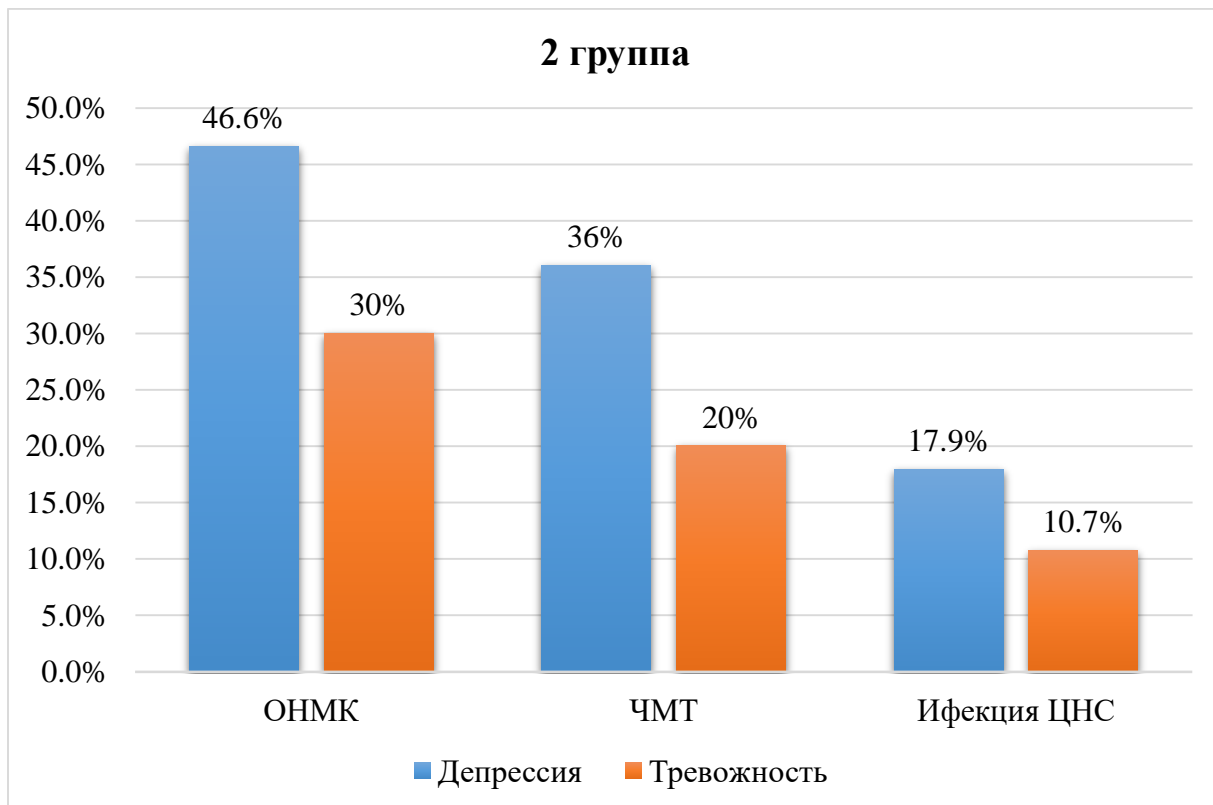


Рисунок 6.2 Соотношение количества пациентов с длительностью реабилитации более 2-х лет (2 группа) с различными заболеваниями неврологического профиля и сравнения уровня тревоги и депрессии у них.

Анализируя различия между пациентами 1 и 2 группы, мы наблюдаем снижения уровня тревожности и депрессии у пациентов при более длительной реабилитации. После опроса большинство пациентов отметили, что после длительной реабилитации функциональность нервной системы постепенно восстанавливается. Это способствует восстановлению самочувствия пациентов и восприятия себя. Также многие отметили помощь психологов и психотерапевтов, которые брали активное участие в их реабилитации. Наибольшее количество пациентов с депрессией и тревожностью мы наблюдали в группе больных с диагнозом ОНМК. На втором месте были пациенты с ЧМТ и наименее депрессивных расстройств и приступов тревоги было зафиксировано у пациентов с инфекционными заболеваниями ЦНС. Из анализа медицинской документации этих

пациентов мы сделали вывод, что это связано с наличием наибольшего количества осложнений в виде параличей, парезов, атаксий, афазий и др. расстройств у пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения.

Знание этих особенностей медицинским персоналом специализированных неврологических отделений, клиник и реабилитационных центров позволит проводить реабилитационные мероприятия данным категориям неврологических пациентов более эффективно.

ВЫВОДЫ

1. Изучены особенности организации работы медицинского персонала неврологического отделения.
2. Проведен анализ роли сестринского процесса в неврологическом отделении.
3. Определены роли медицинского персонала в лабораторной и инструментальной диагностике неврологических заболеваний.
4. Изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с острыми нарушениями мозгового кровообращения и их реабилитации.
5. Изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с черепно-мозговыми травмами и их реабилитации.
6. Изучены аспекты сестринского процесса при оказании помощи больным с инфекционными заболеваниями центральной нервной системы и их реабилитации.
7. Проведен опрос пациентов с различными заболеваниями неврологического профиля на наличие тревожности и депрессии.
8. Выявлена взаимосвязь между заболеваниями и наличием тревожности и депрессии у пациентов в неврологии.
9. Знание этих особенностей медицинским персоналом специализированных неврологических отделений, клиник и реабилитационных центров позволит проводить реабилитационные мероприятия данным категориям неврологических пациентов более эффективно.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Barrett AM, Buxbaum LJ, Coslett HB, et al. Cognitive rehabilitation interventions for neglect and related disorders: moving from bench to bedside in stroke patients. *J Cogn Neurosci* 2006;18:1223–1236.
2. Barrett AM, Goedert KM, Basso JC. Prism adaptation for spatial neglect after stroke: translational practice gaps. *Nat Rev Neurol* 2012;8:567–577.
3. Bird M, Tolan J, Carter N. Baccalaureate Nursing Students' Perceptions of Learning in Mentored and Simulated Research Practica. *J Nurs Educ.* 2019 May 01;58(5):290-293.
4. Bullock MR, Chesnut R, Ghajar J, et al. Surgical management of acute epidural hematomas. *Neurosurgery.* 2006;58(3):S2–S7.
5. Corbetta D, Sirtori V, Moja L, Gatti R. Constraint-induced movement therapy in stroke patients: systematic review and meta-analysis. *Eur J Phys Rehabil Med* 2010;46:537–544.
6. Duncan PW, Sullivan KJ, Behrman A, et al. ; LEAPS Investigative Team. Body-weight-supported treadmill rehabilitation after stroke. *N Engl J Med* 2011;364: 2026–2036.
7. El Bashir H, Laundry M, Booy R. Diagnosis and treatment of bacterial meningitis. *Arch Dis Child.* 2003;88:615–20.
8. Fitch MT, Abrahamian FM, Moran GJ, Talan DA. Emergency department management of meningitis and encephalitis. (v-vi). *Infect Dis Clin North Am.* 2008;22:33–52.
9. Frisina PG, Kutlik AM, Barrett AM. Left brain injury associated with more hospital-acquired infections during inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2013;94:516–521.
10. Glantz M. J., Cole B. F., Forsyth P. A. “Practice parameter: anticonvulsant prophylaxis in patients with newly diagnosed brain tumors. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology”. *Neurology.* vol. 54. 2000. pp. 1886-93.

- 11.Greenberg MS, Arredondo N. Handbook of neurosurgery. 6th ed New York (NY): Thieme Medical Publishers; 2006.
- 12.Hesse S, Werner C, Schonhardt EM, et al. Combined transcranial direct current stimulation and robot-assisted arm training in subacute stroke patients: a pilot study. *Restor Neurol Neurosci* 2007;25(1):9–15.
- 13.Huang WC, Chen YJ, Chien CL, et al. Constraint-induced movement therapy as a paradigm of translational research in neurorehabilitation: reviews and prospects. *Am J Transl Res* 2011;3:48–60.
- 14.Ifejika-Jones NL, Barrett AM. Rehabilitation—emerging technologies, innovative therapies and future objectives. *Neurotherapeutics* 2011;8:452–462.
- 15.Laver K, George S, Thomas S, et al. Cochrane review: virtual reality for stroke rehabilitation. *Eur J Phys Rehabil Med* 2012;48:523–530.
- 16.Lee JJ, Segar DJ, Asaad WF. Comprehensive assessment of isolated traumatic subarachnoid hemorrhage. *J Neurotrauma*. 2014;31(7):595–609.
- 17.Levin HS, Shum D, Chan RC. Understanding traumatic brain injury: current research and future directions. New York (NY): Oxford University Press; 2014.
- 18.Maslow K, Mezey M. Recognition of dementia in hospitalized older adults. *Am J Nurs*. 2008 Jan;108(1):40-9; quiz, 50.
- 19.McKee AC, Cantu RC, Nowinski CJ, et al. Chronic traumatic encephalopathy in athletes: progressive tauopathy after repetitive head injury. *J Neuropath Exp Neurol*. 2009;68(7):709–735.
- 20.Milligan, T. A., Hurwitz, S., Bromfield, E. B. “Efficacy and tolerability of levetiracetam versus phenytoin after supratentorial neurosurgery”. *Neurology*. vol. 71. 2008. pp. 665-9.
- 21.Raso A, Ligozzi L, Garrino L, Dimonte V. Nursing profession and nurses' contribution to nursing education as seen through students' eyes: A qualitative study. *Nurs Forum*. 2019 Jul;54(3):414-424.

22. Rigolosi R, Salmond S. The journey to independent nurse practitioner practice. *J Am Assoc Nurse Pract.* 2014 Dec;26(2012):649-57.
23. Rock RB, Olin M, Baker CA, et al. Central nervous system tuberculosis: Pathogenesis and clinical aspects. *Clin Microbiol Rev.* 2008;21:243–61.
24. Salmond SW, Echevarria M, Allread V. Care Bundles: Increasing Consistency of Care. *Orthop Nurs.* 2017 Jan/Feb;36(1):45-48.
25. Sawyer E, Mauro LS, Ohlinger MJ. Amantadine enhancement of arousal and cognition after traumatic brain injury. *Ann Pharmacother.* 2008;42(2):247–252.
26. Taylor W. A., Thomas N. W., Wellings J. A. “Timing of postoperative intracranial hematoma development and implications for the best use of neurosurgical intensive care”. *J Neurosurg.* vol. 82. 2015. pp. 48-50.
27. Torbic H, Forni AA, Anger KE, Degrado JR, Greenwood BC. Use of antiepileptics for seizure prophylaxis after traumatic brain injury. *Am J Health Syst Pharm.* 2013;70(9):759–766.
28. Walcott BP, Nahed BV, Sheth SA, et al. Bilateral hemicraniectomy in non-penetrating traumatic brain injury. *J Neurotrauma.* 2012;29(10):1879–1885.
29. Wilson P. V., Ammar A. D. “The incidence of ischemic stroke versus intracerebral hemorrhage after carotid endarterectomy: a review of 2452 cases”. *Ann Vasc Surg.* vol. 19. 2005. pp. 1-4.