# СБОРНИК МАТЕРИАЛОВ НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ СТУДЕНТОВ

# «От атеросклероза сосудов головного мозга до инсульта: тенденции, проблемы, перспективы»

ГАПОУ СО

«Балаковский медицинский колледж»

2020 год

Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение Саратовской области «Балаковский медицинский колледж» научно – практическая конференция студентов «От атеросклероза сосудов головного мозга до инсульта: тенденции, проблемы, перспективы»– 2020. сборник материалов конференции, Балаково ГАПОУ СО «БМК».

# НАУЧНО – ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ СТУДЕНТОВ

# «ОТ АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА ДО ИНСУЛЬТА: ТЕНДЕНЦИИ, ПРОБЛЕМЫ, ПЕРСПЕКТИВЫ»

**Сборник материалов конференции**

Балаково 2020

Составители: преподаватели клинических дисциплин Н.А. Корябкина,

Л.А. Кулябина.

Сборник содержит материалы конференции, проводившейся к Международному Дню борьбы с инсультом– 2020.

## Содержание


| | |
|---|---|
| ИЗУЧЕНИЯ ПРИЧИН И ФАКТОРОВ РИСКА, СПОСОБСТВУЮЩИХ РАЗВИТИЮ ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ<br>***Глухова Анастасия Алексеевна, ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»*** | 6 |
| ПРОФИЛАКТИКА ОСТРЫХ НАРУШЕНИЙ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ<br>***Болтышева Екатерина Васильевна, Балашовский филиал ГАПОУ СО «СОБМК»*** | 13 |
| **ОРГАНИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ В ТРЕНИРОВКЕ ПАМЯТИ У ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ИНСУЛЬТ**<br>***Абзалилова Рената Айратовна,,ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»*** | 18 |
| ПРОФИЛАКТИКА ИНСУЛЬТА<br>***Шабанова Сабрина Папыровна, ГБУ ПОО «Астраханский Базовый Медицинский колледж»*** | 23 |
| ОСОБЕННОСТИ ПРОВЕДЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ДЛЯ ПАЦИЕНТОВ С ОНМК<br>***Владимирова Евгения Сергеевна ГБПОУ «Сызранский медико-гуманитарный колледж»*** | 28 |
| ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ КАК МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОБЛЕМА<br>***Семенова Елена Сергеевна, ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»*** | 34 |
| ФОРМИРОВАНИЕ МОТИВАЦИИ НА КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД К КОРРЕКЦИИ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА<br>***Ильясова Диана Алексеевна, ГБПОУ «СМК им. Н. Ляпиной» Филиал «Безенчукский»*** | 39 |
| ЖИЗНЬ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА. ЕСТЬ!<br>***Садыкова Чулпан Фаниловна, Государственное автономное профессиональное образовательное учреждение «Буинское медицинское училище»*** | 43 |
| ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ПОСЛЕ ИШЕМИЧЕСКОГО ИНСУЛЬТА<br>***Глухова Анастасия Александровна, ГАПОУ «Орский медицинский колледж»*** | 49 |
| ЗНАЧЕНИЕ СЕСТРИНСКОГО УХОДА В РАБОТЕ С ПАЦИЕНТАМИ ПОСЛЕ ИНСУЛЬТА В ПРОЦЕССЕ РАННЕЙ РЕАБИЛИТАЦИИ<br>***Ливаненкова Любовь Викторовна, ГАПОУ «Орский медицинский колледж»*** | 62 |
| АТЕРОСКЛЕРОЗ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ<br>***Лисогор Маргарита Андреевна, ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»*** | 67 |
| АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА<br>***Красников Александр Владимирович, ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»*** | 72 |
| РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РАЗВИТИИ МЕЛКОЙ МОТОРИКИ У | 79 |

| | |
|---|---|
| ИНСУЛЬТНЫХ БОЛЬНЫХ<br>***Байгаржанова С.Т , Рахманкулова А.А Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж, Республика Казахстан, г Уральск*** | |
| СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ У ЛИЦ ТРУДОСПОСОБНОГО ВОЗРАСТА ПО ДАННЫМ ГБУЗ НО «СЕРГАЧСКАЯ ЦРБ» В ДИНАМИКЕ ТРЁХ ЛЕТ<br>***Г Фокина В.А., БПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»*** | 84 |
| ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПЕРЕНЕСЕННОГО ИНСУЛЬТА<br>***Крупина Екатерина Геннадьевна, КОГПОБУ«Кировский медицинский колледж»*** | 91 |
| АТЕРОСКЛЕРОЗ<br>***Шульгина Арина Викторовна, ГАПОУ СО «Энгельсский медицинский колледж Св. Луки (Войно-Ясенецкого)»*** | 95 |
| ПРОФИЛАКТИКА АТЕРОСКЛЕРОЗА СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА – КАК ОДНОГО ИЗ ФАКТОРОВ РИСКА РАЗВИТИЯ ИНСУЛЬТА<br>***Панкеева Вера Сергеевна Кинель-Черкасский филиал ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»*** | 106 |
| РАБОТА ФЕЛЬДШЕРА ПО ПРОФИЛАКТИКЕ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА ОПЫТЕ ПРОВЕДЕНИЯ МЕЖВЕДОМСТВЕННЫХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ<br>***Шамрай Александра Александровна, ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж»*** | 110 |
| АТЕРОСКЛЕРОЗ СОСУДОВ ГОЛОВНОГО МОЗГА - ГЛАВНАЯ ПРИЧИНА ИНСУЛЬТА<br>***Бирюлина Алёна Андреевна, ФГБ ПОУ «Пензенский базовый медицинский колледж» Министерства здравоохранения Российской Федерации*** | 114 |
| АФАЗИЯ<br>***Авраменко Роман Николаевич, ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»*** | 119 |
| ПСИХОПАТОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТОЯНИЯ У ПАЦИЕНТОВ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ (ПРИ МИГРЕНИ)<br>***Понедельченко Дарья Сергеевна , ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»*** | 124 |
| НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ОБСЛЕДОВАНИИ И ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ БОЛЕЮЩИХ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДИСТОГО РУСЛА<br>***Агишева Гузель Рашидовна ФГБОУ ПОУ «Пензенский базовый медицинский колледж» Министерства здравоохранения МЗРФ*** | 129 |

**Изучения причин и факторов риска, способствующих развитию острых нарушений мозгового кровообращения**

**Глухова Анастасия Алексеевна**

**Специальность «Сестринское дело» 34.02.01**

**Научный руководитель: Пигузова Н.Н., преподаватель Кузнецкого филиала ГБОУ ПО «Пензенский областной медицинский колледж»**

Острые нарушения мозгового кровообращения — инсульты — являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности. В Российской Федерации заболеваемость цереброваскулярными болезнями оценивается как 350–400 человек на 100 тыс. населения. По материалам ВОЗ частота инсульта колеблется от 1,5 до 7,4 на 1000 населения. В Российской Федерации и странах СНГ отмечается прогрессирующий рост заболеваемости данной патологией. По данным регистра заболеваемость инсультом в России составляет 3,48 ± 0,21 на 1000 в год, что почти в 2,5-3 раза превышает показатели экономически развитых стран. Летальность в острой стадии всех видов инсульта составляет примерно 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года. Показатели заболеваемости и смертности от инсульта, среди лиц трудоспособного возраста в России увеличились за последние 10 лет более чем на 30% (Е.И. Гусев, 2007). Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но половина всех случаев приходится на лиц старше 70 лет. Частота инсульта у молодых в различных популяциях колеблется от 3 до 13 % всех случаев инсульта (Кадыков А.С., Калашникова Л.А., 1996; Деев А.С., Захарушкина И.В., 1995, 2000; Bevan H., 1990; Khaw K.T., 1996; Netto J., 1996; Tsong-Hai-Lee,2002). Ранняя 30-дневная летальность после инсульта составляет 34,6%, а в течение года умирает примерно половина заболевших. [1, 208]

Инсульт — третья по частоте причина смерти в развитых странах. Во всем мире от инсульта ежегодно умирают около 4,5 млн человек. Сосудистые заболевания мозга занимают второе место в структуре причин общей смертности в нашей стране, ненамного уступая заболеваниям сердца. Летальность в острой стадии всех видов инсульта составляет примерно 35 %, увеличиваясь на 12–15 % к концу первого года. Инсульт занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности. В России проживает свыше 1 млн. человек, перенесших инсульт, из них третью часть составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной. Сегодня практически

единственной мерой борьбы с сосудистыми заболеваниями с доказанной эффективностью является коррекция факторов риска. [4, 45]

Цель: проанализировать причины и факторы риска, способствующие развитию острых нарушений мозгового кровообращения.

Задачи:

1. Проанализировать отечественные и зарубежные информационные источники по изучаемой проблеме.
2. Проанализировать причины и факторы риска, способствующие развитию острых нарушений мозгового кровообращения за 2017-2019гг.
3. Оценить уровень осведомленности пациентов о причинах и факторах риска, способствующих развитию острых нарушений мозгового кровообращения.
4. Подготовить памятку по профилактике развития инсульта.

Объект исследования: причины и факторы риска, способствующие развитию острых нарушений мозгового кровообращения;

Предмет исследования: статистические данные, истории болезни пациентов.

Гипотеза: предполагается, что анализ причин и факторов риска, способствующих развитию острых нарушений мозгового кровообращения улучшит их выявление и усилит контроль и профилактическую работу среди населения.

Место проведения исследования: ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница»

Методы:

1. Метод сравнительного анализа
2. Метод от статистики
3. Метод социологического опроса (анкетирование)

Практическая значимость: данные проведенного анализа причин и факторов риска, способствующих развитию острых нарушений мозгового кровообращения могут быть использованы при проведении профилактического консультирования в работе центров здоровья, кабинетов профилактики поликлиник, на ФАПе.

Полученные результаты

Проведено анкетирования 500 человек (225 женщин и 225 мужчин), для выявления пациентов с наличием факторов риска способствующих развитию ОНМК с учетом пола и возраста. Возрастной состав моложе 45 лет составил 220 исследуемых, из них женщин 97 (44,1 %), а мужчин 123 (55,9 %); старше 45 лет – 280 человека, преобладали женщины – 55,9 %.

Как показало исследование, среди исследуемых преобладали жители городской местности – (450 человек) 90 %; проживающих в нормальных жилищных условиях – (260 человек) 52 %, живущих в браке – 70 %, со средне-специальным образованием – 44 %, преимущественно служащие – 38 %.

Рисунок – 1. Результаты анкетирования респондентов: факторы риска, способствующие развитию ОНМК

Таким образом, результаты, полученные при анкетировании, свидетельствуют о том, что у 441 имеются факторы риска развития ОНМК, из них:

- с 1 фактором риска – 258 человек или 58,5% от числа лиц с факторами риска
- с 2 факторами – 102 человека или 23,1%
- с 3 факторами – 72 человека или 16,3%
- с 4 факторами – 9 человек или 2%.

Большинство опрошенных отметили артериальную гипертонию, возраст и пол как основные факторы риска, способствующие развитию ОНМК.

Выводы

1.Анализ отечественных и зарубежные информационных источников показал, что к базисным причинам развития ОНМК относятся: артериальная гипертензия, атеросклероз пре- и интрацеребральных сосудов, дислипидемия. Факторами риска являются различные клинические, биохимические, поведенческие и другие характеристики, указывающие на повышенную вероятность развития определенного заболевания. В настоящее время важнейшими факторами риска развития инсульта считаются следующие:

- генетическая предрасположенность к сосудистым заболеваниям и нарушению церебрального и коронарного кровообращения;
- повышенное содержание липидов в крови, ожирение;
- возраст больных. Число больных с инсультом в старших возрастных группах увеличивается. Например, в 80 лет риск ишемического инсульта в 30 раз выше, чем в 50 лет;
- артериальная гипертония. Риск инсульта у больных с артериальным давлением (АД) более 169/95 мм.рт. ст. возрастает приблизительно в 4 раза по сравнению с лицами, имеющими нормальное давление, а при АД более 200/115 мм. рт. ст. – в 10 раз;
- заболевания сердца. Наиболее значимым фактором для возникновения ишемического инсульта является фибрилляция предсердий (мерцательная аритмия). У лиц старше 65 лет ее распространенность составляет 5—6 %. Риск ишемического инсульта при этом возрастает в 3—4 раза. Он также повышается при наличии ишемической болезни сердца (в 2 раза), гипертрофии миокарда левого желудочка по данным ЭКГ (в 3 раза), при сердечной недостаточности (в 3—4 раза);
- транзиторная ишемическая атака (ТИА) является существенным фактором риска, как инфаркта мозга, так и инфаркта миокарда. Риск развития ишемического инсульта составляет у больных с ТИА около 4—5 % в год;
- сахарный диабет. Больные с этим заболеванием чаще имеют нарушения липидного обмена, артериальную гипертонию и различные проявления атеросклероза. В то же время не

получено данных, что применение сахароснижающих препаратов у больных сахарным диабетом снижают у них риск развития ишемического инсульта;

- курение. Увеличивает риск развития инсульта вдвое. Курение ускоряет развитие атеросклероза сонных и коронарных артерий. Прекращение курения приводит через 2—4 года к снижению риска инсульта;
- оральные контрацептивы. Препараты с содержанием эстрогенов более 50 мг достоверно повышают риск ишемического инсульта. Особенно неблагоприятно сочетание их приема с курением и при повышенном АД;
- повторяющиеся стрессы и длительное нервно-психическое перенапряжение, недостаточная физическая активность;
- бессимптомный стеноз сонных артерий. Риск развития инсульта – около 2 % в год. Он существенно увеличивается при стенозе сосуда (более чем на 70 %) и при появлении транзиторных ишемических атак (до 13 % в год).

При сочетании трех и более неблагоприятных факторов предрасположение к инсульту увеличивается. [7, 401]

2. В структуре основных причин ОНМК среди исследованных пациентов преобладают артериальная гипертензия, атеросклероз церебральных артерий и курение.

В динамике с 2017 по 2019 г. среди факторов риска, способствующих развитию ОНМК отмечались рост частоты АГ, церебрального атеросклероза, психоэмоционального стресса и снижение вклада в развитие ОНМК табакокурения и злоупотребления алкоголем.

Результаты, полученные при анкетировании 500 человек, свидетельствуют о том, что у 441 имеются факторы риска развития ОНМК, такие как возраст респондентов, генетическая предрасположенность, сахарный диабет, избыточный вес и нерациональное питание, гиподинамия, курение и злоупотребление алкоголем, хронический стресс.

3.Респонденты приняли участие в исследовании, которое показало низкую осведомленность пациентов Кузнецка и Кузнецкого района о факторах риска, способствующих развитию ОНМК. О многих важных модифицируемых предикторах инсультов респонденты не знают: так, нарушения липидного обмена, наличие сахарного диабета, курение и систематическое употребление алкоголя, равно как и нарушения ритма сердца, ими не воспринимается как факторы риска, способствующие и приводящие к возникновению острых мозговых сосудистых катастроф. Большинство опрошенных отметили артериальную гипертонию, возраст и пол как основные факторы риска ОНМК.

В результате проведенного исследования по выявлению уровня информированности пациентов ГБУЗ «Кузнецкая межрайонная больница» о важнейших факторах риска развития

инсульта выявлена необходимость информационного сопровождения как части профилактических мероприятий по предотвращению инсульта.

4.Подготовлена памятка по профилактике развития острых нарушений мозгового кровообращения (ОНМК).

Список используемой литературы

Федеральный закон

Федеральный закон от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»

Федеральный закон «Об охране здоровья населения от воздействия окружающего табачного дыма и последствий потребления табака», принятый государственной Думой РФ 13 февраля 2013г.

Приказы Министерства Здравоохранения России

Приказ Минздрава России от 23.09.2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации»

Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»

1. Боев В.М., Борщук Е.Л., Екимов А.К., Бегун Д.Н. Руководство по обеспечению решения медико-биологических задач с применением программы Statistica 10.0. – Оренбург: ИПК «Южный Урал», 2014. – 208 с.

2. Борщук Е.Л., Беляев Е.Н., Боев В.М. Экономические аспекты деятельности центров госсанэпиднадзора по обеспечению санитарно-эпидемиологического благополучия населения. – М.: Медицина, 2002. – 160с.

3. Верещагин Н.В., Варакин Ю.Я. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы // Журнал неврологии и психиатрии (Приложение «Инсульт»). – 2001. – № 1. – С. 34-40.

4. Гусев Е.И., Скворцова В.И., Мартынов М.Ю. Церебральный инсульт: проблемы и решения // Вестник Российской Академии медицинских наук. – 2003. – № 11. – С. 44-48.

5. Ефимова О.С., Слободенюк А.В., Белкин А.А. Эпидемиология инсультов: ведущие факторы риска и направления профилактики // Уральский медицинский журнал. – 2008. – № 8. – С. 43-46.

6. Скворцова В. И. Снижение заболеваемости, смертности и инвалидности от инсультов в Российской Федерации // Журнал неврологии и психиатрии (Приложение «Инсульт»). – 2007. – № 1. – С. 25-27.

7. Цукурова Л.А., Бурса Ю.А. Факторы риска, первичная и вторичная профилактика острых нарушений мозгового кровообращения // Русский Медицинский журнал (Приложение «Неврология»). – 2012. – № 10. – С. 494-498.

**Профилактика острых нарушений мозгового кровообращения**

***Болтышева Е.В.***

**34.02.01. Сестринское дело**

**Научный руководитель: Шурупцева Ю.В., преподаватель Балашовского филиала ГАПОУ СО «СОБМК»**

Актуальность проблемы. Ежегодно в России регистрируется более 450 тысяч случаев инсульта. Заболеваемость острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК) в России составляет 2,5-3,5 случая на 1000 населения в год, а смертность в остром периоде ОНМК достигает 35%, увеличиваясь на 12-15% к концу первого года, в течение 5 лет после инсульта умирают 44% пациентов.

Цель – выявить зависимость качества оказания медицинской помощи в деле профилактики острого нарушения мозгового кровообращения и связанных с ним заболеваний от организации сестринской деятельности.

Задачи исследования: изучение теоретических аспектов, структуры, клинических характеристик и факторов риска ОНМК; разобрать алгоритм неотложной помощи и обязанности медицинской сестры при первых признаках инсульта; оценить участие медицинской сестры в профилактике нарушения мозгового кровообращения.

Метод исследования – информационный анализ.

Нарушение кровоснабжения мозга бывает двух типов: острое и хроническое. Острое нарушение мозгового кровообращения развивается в течение нескольких часов или даже минут. К патологиям, характеризующимся острым течением, относятся инсульты и преходящие нарушения мозгового кровообращения.

Понятие «инсульт» объединяет различные по этиологии и патогенезу состояния, реализующим звеном которых является острая сосудистая катастрофа как артериального, так и венозного русла. К инсульту относятся острые нарушения мозгового кровообращения, характеризующиеся внезапным появлением очаговых неврологических расстройств (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных, корковых функций, памяти) и/или обще-мозговых нарушений. Они сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Инсульт бывает геморрагический и ишемический.

Инсульты являются следствием: кровоизлияния в ткани головного мозга, спровоцированного каким-либо негативным фактором (так называемый геморрагический

инсульт); кислородного голодания головного мозга, которое развилось на фоне перекрытия просвета сосуда, питающего этот его участок (такой тип инсульта получил название ишемического).

По характеру течения выделяют также малый инсульт, при котором нарушенные функции полностью восстанавливаются в течение первых 3 недель заболевания. Однако такие относительно легкие случаи отмечаются лишь у 10-15% больных инсультом. Преходящие нарушения мозгового кровообращения включают в себя: транзиторные ишемические атаки (протекающие в острой форме нарушения церебральной гемодинамики); гипертонические церебральные кризы; редкие формы патологических состояний, отличительными чертами которых являются различного рода нарушения функции сосудов и нестойкая симптоматика. Довольно часто преходящие нарушения мозгового кровообращения возникают на фоне цереброваскулярной болезни или черепно-мозговой травмы.

Согласно данным ВОЗ можно выделить основные факторы риска:

1) основные модифицированные факторы риска (повышенное артериальное давление, сахарный диабет, повышенный уровень холестерина, низкий уровень физической активности, ожирение, курение, мерцательная аритмия и другие заболевания сердца);

2) другие модифицированные факторы риска (социальный статус, психические расстройства, хронический стресс, злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, определенные медикаменты);

3) не модифицированные факторы риска (возраст, наследственность, национальность, раса, пол);

4) «новые» факторы риска (гипергомоцистеинемия, васкулиты, нарушение свертывающей системы крови).

Можно выделить шесть симптомов ОНМК, которые могут проявляться как в изолированном виде, так и в определенном сочетании друг с другом:

1) внезапно возникшая слабость, онемение, нарушение чувствительности в руке и/или ноге (чаще на одной половине тела);

2) внезапно возникшее онемение и/или асимметрия лица;

3) внезапное возникшее нарушение речи (невнятная речь, нечеткое произношение) и непонимание обращенных к человеку слов;

4) внезапное нарушение зрения на одном или двух глазах (нечеткое зрение, двоение предметов);

5) внезапно возникшие трудности с ходьбой, головокружение, потеря баланса и координации;

6) внезапная очень сильная головная боль.

У части людей некоторые из симптомов возникают и длятся недолго − от нескольких минут до часа, они могут пройти самостоятельно. В основе этого явления временное прекращение кровотока по мозговой артерии. Подобное состояние врачи называют транзиторной ишемической атакой или микроинсультом. [1]

Алгоритм помощи. Больного укладывают так, чтобы голова оказалась под углом 30 градусов к плоскости опоры. Подушки нужно положить, чтобы подъем шел от лопаток. Следует расстегнуть воротник, одежда не должна мешать дыханию; обязательно удалить вставные челюсти; при сопутствующем инсульту резком повышении артериального давления пациенту можно дать препарат, ранее принимаемый пациентом для, снижения давления, не допуская быстрого и чрезмерного его снижения. Давление нужно стабилизировать в диапазоне 10-15 мм.рт.ст. выше «рабочего» показателя; разработаны правила «аварийного приема» препаратов, защищающих вещество мозга от острых сосудистых нарушений и препятствующих увеличению очага инсульта.

Главная задача мероприятий по первичной профилактике – повышение осведомленности населения о проблеме инсульта, о предупредительных мерах, а также важности правильного и своевременного оказания первой помощи.

В профилактике инсультов (как впервые возникших, так и повторных) важнейшую роль занимает диспансеризация больных. На диспансерном приеме медицинская сестра проводит: контроль АД, пульса, при необходимости проводит контроль ЭКГ, проверяет дневник наблюдения пациента за своим состоянием. Помогает пациенту разобраться с режимом приема лекарственных препаратов, составляет памятку пациенту, записывает препараты, который больной принимает без назначения врача. Следит за своевременной сдачей анализов, при необходимости выписывает направление на анализы или самостоятельно проводит забор анализов, проводит оценку способности к самообслуживанию в динамике, осуществляет планирование сестринских вмешательств в соответствии с выявленными проблемами пациента. [2]

Для удобства наблюдения больных разделяют на три группы наблюдения.

Группа общего наблюдения – пациенты, имеющие 1-2 фактора риска, требующие наблюдения у семейного врача или гериатра. Задачи медицинской сестры – проведение санитарно-просветительской работы, выявление путем анкетирования факторов риска,

консультирование по вопросам их коррекции, обучение методам контроля за своим состоянием.

Группа высокого риска развития инсульта – больные, имеющие более двух факторов риска развития инсульта, они должны наблюдаться у семейного врача и консультируются неврологом 1 раз в полгода. Медицинская сестра приглашает пациентов на плановый прием, проводит занятия в школах больных (в соответствии с факторами риска), например, в школе сахарного диабета, школе больных с артериальной гипертензией, перед плановым визитом направляет пациента на анализы (клинический анализ крови, протромбин, сахар, липидный спектр крови). По назначению врача направляет пациента в дневной стационар или организует стационар на дому.

Группа больных, перенесших инсульт, наблюдающихся у семейного врача и направляемых на осмотр к неврологу 1 раз в 3 месяца или при ухудшении состояния. В этой группе активно проводят мероприятия вторичной профилактики, ведут занятия в школе постинсультных больных. Особый аспект вторичной профилактики инсультов – ведение школы постинсультных больных. Занятия организуют для амбулаторных больных, а также родственников, осуществляющих уход за постинсультными больными на дому, и проводят совместно врач-невролог и специально обученная медицинская сестра. Медицинская сестра осуществляет:

- отбор пациентов и формирование их по группам;

- проводит практические занятия по лечебной физкультуре, обучает больного наблюдению за его состоянием, совместно с больными оформляет личную карточку постинсультного больного, включающую сведения о давности инсульта, принимаемых лекарственных препаратах, в связи с сопутствующими заболеваниями, привычном уровне АД, контактных телефонах;

- читает лекции по борьбе с основными факторами риска инсульта, правилам поведения больных, перенесших инсульт, лечебному питанию;

- при необходимости направляет больных на консультацию к психотерапевту, психологу, физиотерапевту, вызывает пациентов на плановые осмотры к неврологу, ведет медицинскую документацию.

Больным, перенесшим острое нарушение мозгового кровообращения, уход близких будет необходим в течение нескольких лет, особенно пациентам, ставшим «узниками» своей квартиры или комнаты. Для таких пациентов и их родственников необходима помощь патронажной сестры. Патронажная медсестра должна четко понимать сама и внушать своему пациенту, что пострадавший от ОНМК может не только развивать свои речевые или

двигательные навыки, но и расширять сферу своего самообслуживания, а так же выполнять несложную самостоятельную работу. Патронажная сестра должна ознакомить родственников со спецификой ухода за постинсультными больными, особенностями диеты и питьевого режима, обучить простым методам наблюдения за состоянием больного, измерению АД и пульса, алгоритму мероприятий при ухудшении состояния больного. [3]

Выводы. В настоящее время подход к ведению пациентов с ОНМК, подразумевает комплексный подход. Правильную и своевременную диагностику, современные методы лечения, раннюю реабилитацию, диспансерное наблюдение, организацию помощи на дому, позволяет уменьшить число осложнений, понизить степень бытовой зависимости от окружающих, максимально адаптировать пациента к своему состоянию, избежать глубокой инвалидизации и повысить качество жизни больных. Большое внимание уделяется профилактике первичной, вторичной.

**Список использованной литературы и интернет источников:**


1. Профилактика заболеваний: информационный портал [Электронный ресурс].– Режим доступа: https://profilaktika-zabolevanij.ru/sistemy/serdechno-sosudistaya/profilaktika-insulta/ – (дата обращения 22.10.2020).
2. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. – Режим доступа: www.medikal.ru – (дата обращения 22.10.2020).
3. Бортникова С.М., Зубахина Т.В., Кабарухина А.Б. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии: Учебное пособие для студентов среднего проф. образования. – Ростов-на-Дону: Феникс, 2018.

***Организация сестринской помощи в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт***

***Абзалилова Р.А.***

***Сестринское дело***

***Научный руководитель: Рачкова И.Н., преподаватель ГАПОУ «Казанский медицинский колледж»***

Ежегодно в мире диагностируется от 5 до 6 миллионов инсультов, в России – до 450 тысяч. По этой причине погибает 29% мужчин и 39% женщин. Инвалидами становятся 3,2 человека на 10 тысяч. В течение первого месяца умирают до 35%, а к концу года – до 50%. Опасны повторные инсульты. В первый год рецидив развивается у 5-25%, в течение трех лет – у 20-30%, в течение пяти лет – у 30-40% переболевших. Наибольший риск развития инсульта у людей после 65 лет, заболеваемость в этом возрастном сегменте составляет до 90% всех случаев. В этом же возрасте наибольшее количество летальных исходов. До 80% инсультов развиваются по типу ишемических патологий головного мозга с летальностью до 37%. У оставшихся 20% больных с геморрагическим инсультом летальность составляет до 82%.

Причина высокой летальности от инсульта в России – стремительное старение популяции, позднее доставление в лечебное учреждение, слабая просветительская работа и недостаточные меры профилактики инсульта. Статистические данные последних лет свидетельствуют о том, что 39,5% людей из группы риска инсульта не задумываются о его опасности [2].

**Актуальность выбранной темы** в том, что нарушение мозгового кровообращения представляет серьезную медико-социальную проблему и наносит огромный экономический ущерб обществу. **Цель исследования** – изучить организацию сестринской помощи в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт.

**Задачи исследования:**

1.изучить классификацию инсультов;

2.выполнить анализ эффективности сестринского ухода в тренировке памяти;

3.провести исследование роли медицинской сестры в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт путем анкетирования;

**Классификация, клиника и симптоматика, факторы риска инсультов**

Инсульт (поздняя латынь insultus приступ) — острое нарушение мозгового кровообращения. Нарушение кровообращения может быть в головном мозге —

церебральный Инсульт или в спинном мозге — спинальный Инсульт. Для того, чтобы разобраться в причинах инсульта, необходимо знать о том, что существуют два главных типа инсульта: ишемический инсульт и геморрагический инсульт. Каждый из этих двух видов инсультов имеет свои предрасполагающие факторы и механизмы развития.

Ишемический инсульт – встречается в 75% случаев инсультов, и причиной является сгусток крови или тромб которые закупоривают сосуд головного мозга. Тромб или сгусток образуется в сосуде головного мозга, либо образуется в любом сосуде организма, откуда он вместе с током крови может попасть в сосуды головного мозга и закупорить их.

Геморрагический инсульт – причиной является нарушение целостности сосуда головного мозга или другими словами его «разрыв». При разрыве сосуда кровь начинает скапливаться в прилежащих тканях. Кровь, скапливаясь в больших количествах, создает повышенное давление на ткани мозга, тем самым нарушая их деятельность.

Симптомы инсульта зависят от того какая часть головного мозга повреждена, в каком полушарие произошел инсульт. В некоторых редких случаях человек может не знать, что у него был инсульт (когда инсульт протекает бессимптомно). Симптомы обычно развиваются внезапно, либо могут появляться и исчезать в течение одного или двух дней. Симптомы проявляются сильнее, как правило, в самом начале инсульта, но они могут постепенно усиливаться, если не начать лечение вовремя [1].

Факторы риска и причины инсульта: артериальная гипертония, сердечные заболевания, атеросклероз и повышенный уровень холестерола в крови, сахарный диабет, ожирение, переедание, аневризмы сосудов головного мозга и тд.

**Сестринская помощь в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт**

Роль медицинской сестры при речевых расстройствах включает: контроль за дыханием, контроль скорости речи (замедление темпа речи делает ее более разборчивой). Ежедневные упражнения заставляют нервные клетки работать, а все, что активно используется организмом – развивается. Для укрепления памяти нужны встряски, яркие впечатления, приятные события, которые хочется запомнить на всю жизнь.

Память может улучшиться со временем, как спонтанно, так и в результате реабилитации. Однако иногда симптомы мнестических расстройств могут наблюдаться годами. При потере памяти могут быть полезны лекарства, используемые в терапии связанных проблем, таких как беспокойство, депрессия или нарушения сна.

Степень нарушения мозгового кровообращения зависит от локализации и величины очага повреждения, своевременности лечения. Чем раньше начаты восстановительные

мероприятия, тем больше шансов вернуть память. Большинству пациентов удаётся восстановить частичную потерю умственных способностей [3].

**Предметом исследования** являются организация сестринской помощи в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт. **Объект исследования** – пациент с инсультом.

**Методы исследования:**

1. Аналитический метод – анализ литературных источников и медицинской документации.

2. Социологический метод – анализ данных, полученных при анкетировании пациентов отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций ЦНС.

**Материалы исследования:** истории болезни пациентов с инсультом, журнал приема пациентов в отделении медицинской реабилитации, анкета.В исследовании приняли участие 18 пациентов.

**База исследования**: Пациенты находились на стационарном лечении в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функций ЦНС ГАУЗ «Республиканской клинической больнице №7. Расположен по адресу г. Казань, ул. Маршала Чуйкова, д.54.

**Результаты исследования:**

**Таблица 1 – Пол пациентов**

| Пол | Количество | % |
|---|---|---|
| Мужчина | 10 | 55,6 |
| Женщина | 8 | 44,4 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 2 – Распределение пациентов по возрасту**

| Показатель | Количество | % |
|---|---|---|
| От 50 до 55 лет | 1 | 5,6 |
| От 55 до 60 лет | 2 | 11,1 |
| 60 до 65 лет | 5 | 27,8 |
| 65 до 70 лет | 4 | 22,2 |
| 70 – 75 лет | 6 | 33,3 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 3 – Виды инсульта**

| Показатель | Количество | % |
|---|---|---|
| Ишемический инсульт | 11 | 61,1 |
| Геморрагический инсульт | 7 | 38,9 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 4 - Сроки получения квалифицированной медицинской помощи с момента возникновения острого нарушения мозгового кровообращения**

| Сроки | Количество | % |
|---|---|---|
| От 1 до 6 часов | 3 | 16,7 |

| | | |
|---|---|---|
| От 6 до 24 часов | 6 | 33,3 |
| Более 24ч | 9 | 50 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 5 - Частота встречаемости инсульта по локализации очага**

| Показатель | Количество | % |
|---|---|---|
| Каротидный бассейн | 14 | 77,8 |
| Вертебрально-базилярный бассейн | 4 | 22,2 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 6 - Проведение тренировки памяти**

| Показатель | Количество | % |
|---|---|---|
| Да, довольно часто | 6 | 33,3 |
| Редко, но тренирует | 4 | 22,2 |
| Не тренирует | 8 | 44,5 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Таблица 7 - Психологические проблемы пациентов**

| Показатель | Количество | % |
|---|---|---|
| Страх остаться инвалидом | 8 | 44,4 |
| Стыд за состояние беспомощности | 3 | 16,7 |
| Переживание о разрыве с прежним образом жизни | 7 | 38,9 |
| ИТОГО | 18 | 100 |

**Выводы:** проведено исследование роли медицинской сестры в тренировке памяти у пациентов, перенесших инсульт путем анкетирования. Доказано, что ежедневная тренировка памяти способствует восстановлению мозговой активности.

В результате проведенного исследования было выявлено: в отделении находились 55,6% пациентов мужского пола и 44,4% пациентов женского пола. У 61,1% пациента был ишемический инсульт, у 38,9% пациентов геморрагический инсульт. Большинство пациентов, перенесших инсульты, обратились за медпомощью спустя длительные сроки после инсультов. Инсульты чаще происходят в бассейне сонной артерии. Основным клиническим проявлением инсультов в каротидном бассейне были двигательные нарушения в виде гемипарезов и гемиплегий, которые наблюдались у 10 пациентов.

Было выявлено, что 33,3% пациентам медицинская сестра проводила довольно часто тренировку памяти, 22,2% пациентам проводила редко, но тренируя, и 44,5% пациентов не тренировали память.

44,4% опрошенных респондентов имеют страх остаться инвалидом, 38,9% пациентов чувствуют стыд за состояние беспомощности, и 38,9% пациентов переживают о разрыве с прежним образом жизни.

**Список литературы:**

1.Виленский, Б.С. Инсульт: профилактика, диагностика и лечение Текст. / Б.С.Виленский. СПб.: Фолиант, 2017. - 397 с.

2.Двойников С. И. Основы сестринского дела: Учебное пособие – М.: Академия, 2018. - 59с.

3.Демиденко Т.Д. Основы реабилитации неврологических больных: Учебное пособие. - СПб., 2017 - 123 с.

**Профилактика инсульта**

*Шабанова. С. П.*

34.02.01 Сестринское дело

Научный руководитель: Миляева Н.Р., преподаватель ГБУ «ПОО «Астраханский Базовый Медицинский колледж»

**ИНСУЛЬТ** является одной из острых медико-социальных проблем во всем мире, в том числе и в России, и занимает лидирующие позиции среди основных причин смертности и инвалидизации населения, в том числе трудоспособного возраста. После перенесенного инсульта к трудовой деятельности возвращается около 20 % лиц.

**Инсульт** – это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), приводящее к повреждению ткани головного мозга вследствие закупорки мозгового сосуда или его разрыва. В зависимости от механизма повреждения головного мозга выделяют **типы инсульта**:
- ишемический или инфаркт мозга в случае полной или частичной закупорки сосудов;
- геморрагический при разрыве сосудов с последующим кровоизлиянием в ткань мозга;
- транзиторные ишемические атаки, характеризующиеся кратковременными (5-20 минут) нарушениями мозгового кровообращения, проходящие в течение 24 часов.

В 85% случаев инсульты имеют ишемический характер развития, когда к нарушению питания мозга приводят закупорка, сужение, сдавление сосудов, питающих мозг. Чаще всего это происходит при формировании внутри сосуда атеросклеротической бляшки, постепенно суживающей просвет сосуда до полного его перекрытия. Второй по частоте причиной инсульта является эмболия, когда плотный сгусток крови отрывается от поверхности разрушающейся атеросклеротической бляшки, с током крови переносится в мозговую артерию и закупоривает ее. При повышенной вязкости крови сгустки крови (тромбы) могут образовываться непосредственно в мелких сосудах мозга, вызывая их закупорку. Подобное состояние может развиваться при обезвоживании организма или низком артериальном давлении. Реже причиной ишемического инсульта может быть сдавление артерий при опухоли мозга или в результате травмы.

Геморрагический инсульт развивается в 15% случаев. Причиной разрыва артерии, питающей ткань мозга, может стать очень высокое артериальное давление, истончение стенки сосуда врожденного или атеросклеротического характера с формированием

выпячивания (аневризмы). Излившаяся из разрыва сосуда кровь сдавливает и пропитывает ткань мозга и вызывает гибель нервных клеток.

**Цель исследовательской работы** – изучить мероприятия по профилактике факторов риска развития инсультов.

**Задачи:**

1. Анализ причин возникновения и развития инсульта.

2. Мероприятия по профилактике риска развития инсультов.

**Методы исследования:** анализ литературы, систематизация полученных знаний.

**1.** Вероятность развития инсульта зависит от наличия соответствующих факторов риска. Основные факторы риска (ФР) первичного инсульта условно разделяют на модифицируемые (корригируемые), то есть те, на которые могут повлиять медицинские работники, путем выдачи рекомендаций или сам пациент путем изменения образа жизни. Немодифицируемые (некорригируемые) – на которые влиять невозможно, но их необходимо учитывать. К немодифицируемым факторам инсульта относят, прежде всего, **возраст** – заболеваемость инсультом значительно нарастает с возрастом, особенно после 65 лет; **пол** – у мужчин выше заболеваемость в возрастном интервале от 30 до 65 лет. Принадлежность к определенной **расе/этнической группе** – риск развития инсульта изменяется в зависимости от этнической и расовой группы, к которой принадлежит пациент. Люди, имеющие черную кожу, почти в два раза чаще страдают от инсульта, чем белокожие, причем показатели смертности имеют такое же соотношение. В возрастной группе 45-55 лет чернокожие практически в 4-5 раз чаще умирают от инсульта. Необходимо сказать, что, в сравнении с белокожими людьми, на чернокожих оказывают большее воздействие такие факторы инсульта, как табакокурение и повышенное АД. Также среди чернокожих народов наблюдается значительно более высокий уровень распространенности многих генетических заболеваний (к примеру, анемии серповидной клетки и диабета), которые способствуют возникновению инсульта.

**Генетическая предрасположенность** – существует несколько факторов риска, относящихся к семейному анамнезу. В случае если члены семьи пациента страдают от артериальной гипертензии или диабета, шанс развития инсульта существенно увеличивается. Разумеется, своё влияние оказывает и образ жизни, принятый в семье пациента как обыденный.

**Низкая масса тела при рождении** – частота инсульта мозга возрастает в 2 раза среди лиц, чья масса тела при рождении составляла менее 2,5 кг. У таких пациентов отмечена также большая частота смертности от инсульта.

**Некорригируемые факторы риска:**

- пожилой возраст;
- мужской пол;
- наследственность.

Корригируемые факторы риска:

- повышенное артериальное давление - давление выше 160/90 мм рт.ст. повышает вероятность сосудистой катастрофы в четыре раза, а давление от 200/110 мм рт.ст. - в десять раз;
- такие заболевания сердца, как мерцательная аритмия, увеличивает риск ОНМК в три-четыре раза. Инсульты, причиной которых стало образование тромба в сердце, отличаются своей тяжестью и чаще приводят к инвалидизации пациентов;
- сахарный диабет увеличивает вероятность развития инсульта в три-пять раз. Это связано с ранним развитием атеросклероза и геморологических нарушений у пациентов с сахарным диабетом;
- курение увеличивает вероятность развития сосудистых катастроф в два раза за счет ускоренного развития атеросклероза сонных артерий;
- высокий уровень общего холестерина и липидов низкой плотности - непрямой фактор риска развития ОНМК: с ними связано развитие атеросклероза;
- злоупотребление алкоголем способно увеличить риск инсульта до трех раз.

К корригируемым факторам риска также относятся, так называемые факторы образа жизни:

- нерациональное питание;
- избыточный вес;
- недостаточная физическая активность;
- психоэмоциональное напряжение.

**2. Профилактика инсульта** – это комплекс мер, направленных на его предупреждение путем определения и коррекции возможных факторов риска его развития. Первичная профилактика включает в себя систему воспитательных, гигиенических и социальных мер, которые реализуются среди здорового населения и лиц с факторами риска и направлены на предотвращение развития первого инсульта.

Первичная профилактика предполагает два основных направления: массовую (популяционную) стратегию и стратегию высокого риска. Популяционная стратегия подразумевает профилактику инсульта в больших популяциях населения вне зависимости от

наличия в анамнезе инсульта или других сосудистых заболеваний. Она направлена на формирование здорового образа жизни, правильного питания, снижение среднего артериального давления в большой популяции организованного населения. Такая стратегия требует разработки и финансирования национальных программ по первичной профилактике инсульта и является предметом деятельности просветительских органов и медицинских работников общей практики. Стратегия высокого риска предусматривает выявление медицинскими работниками лиц с наиболее высоким риском развития сосудистых заболеваний и проведение у них соответствующих индивидуальных лечебно-профилактических мероприятий.

Существует первичная и вторичная профилактика инсульта.

**Первичная профилактика** направлена на устранение патологии сосудов, отвечающих за кровоснабжение головного мозга, гипертонической болезни, избыточной массы тела. В рамках первичной профилактики целесообразны и оправданны все способы воздействия на сферу жизни человека, снижающие негативное влияние традиционных факторов риска. Известно, что наиболее эффективным способом коррекции факторов риска является изменение образа жизни.

**Вторичная профилактика** представляет собой недопущение повторного инсульта, которое достигается с помощью медикаментов или же хирургического вмешательства (реконструкция сосудов).

**Мероприятия по профилактике инсультов:**

- Диета

Соответствующая диета подразумевает ограничение продуктов, содержащих холестерин и животные жиры. В рационе должно быть больше белков, фруктов, овощей и злаков, растительного масла. Полезной является морская рыба, что связанно с наличием в ней ненасыщенных жирных кислот, предупреждающих поражение сосудов.

- Физическая нагрузка

Это очень действенный фактор профилактики ожирения, сахарного диабета второго типа, артериальной гипертензии, которые являются серьезными факторами риска. При этом улучшаются свойства крови, снижается риск тромбообразования.

- Отказ от курения

Курение повышает риск развития ишемического инсульта, т. к. никотин вызывает сужение сосудов и стимулирует прогрессирование атеросклероза.

- Отказ от алкоголя

Употребление алкогольных напитков негативно влияет на уровень кровяного давления, что в свою очередь подводит к инсульту.

- Борьба с сахарным диабетом

Сахарный диабет связан с повышенным риском поражения сосудов и интенсивного развития атеросклероза. В связи с этим, тщательный контроль сахара в крови у больных сахарным диабетом является жизненной необходимостью.

- Борьба со стрессом

Роль стресса в повышении риска инсульта хорошо изучена и доказана. Учитесь избегать конфликтов, позитивно смотреть на жизнь, что особенно актуально в наше кризисное время. При невозможности справиться с проблемой самостоятельно нужно обратится за помощью к специалистам.

- Важным моментом является регулярное измерение давления с профилактической целью.

- Контроль липидемии или содержания жиров в крови

Нарушение липидного состава крови ведет к развитию атеросклероза, что повышает риск инсульта.

**Таким образом,** профилактика инсультов заключается, в первую очередь, в ведении здорового образа жизни. Вовремя начатая профилактика способна предотвратить развитие инсультов в 80% случаев.

**Список литературы:**

1.https://www.ismu.baikal.ru/src/downloads/898df107_posobie._pervichnaya_profilaktika_insultov_(avtosohranennyiy).pdf

2. http://korocha-crb.belzdrav.ru/29-oktyabrya-vsemirnyy-den-borby-s-insultom.php

3.https://www.neurology.ru/nauchno-populyarnye-stati/profilaktika-insulta-i-hronicheskih-sosudistyh-zabolevaniy-mozga-u-bolnyh

4. http://egbs1.ru/201-zozh-kak-profilaktika-insultov

5. https://gp1.ru/patsientu/profilaktika/profilaktika-insulta/

**Особенности проведения реабилитационных мероприятий для пациентов с ОНМК**

***Владимирова Е.С.***

***специальность Сестринское дело***

**Научный руководитель: Сибряева Л. А., преподаватель ГБПОУ «Сызранский медико-гуманитарный колледж»**

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) – это патологическое состояние, при котором поражаются участки нервной ткани в результате формирования препятствия в сосуде (ОНМК по ишемическому типу) или в результате нарушения целостности сосуда (ОНМК по геморрагическому типу) [1].

Острые нарушения мозгового кровообращения являются одним из наиболее распространенных сосудистых заболеваний. Во всем мире ежегодно регистрируется 6 миллионов инсультов, из них 450 тысяч – в России. В последние годы инсульт стал встречаться в 2-3 раза чаще инфарктов миокарда.

Инсульт - это одно из наиболее распространенных и опасных по течению и исходу заболеваний. Инсульт является одной из главных причин преждевременной смертности и инвалидизации во всех странах мира, занимая в списке ВОЗ второе место после ишемической болезни сердца [2].

Инсульт -- это не только медицинская, но и социально значимая проблема: более половины больных к 3 году после перенесенного инсульта не удовлетворены качеством своей жизни, 30% пациентов перенесших инсульт нуждаются в посторонней помощи для ухода за собой, лишь 20% могут вернуться к прежней работе и полностью восстанавливаются после инсульта только 10% пациентов. Для восстановления функций организма и снижения риска рецидива огромное значение имеет своевременное лечение и правильная реабилитация после перенесенного инсульта, так как в первый год вероятность повторного инсульта составляет 10%, а у половины выживших - в последующие 5 лет [1].

Эффективность ухода и реабилитации пациентов с ОНМК напрямую зависит от использования новейших технологий и методик.

Цель работы состоит в выявлении особенностей проведения реабилитации пациентов с ОНМК. Для достижения цели решались следующие задачи:

1) изучить научно-медицинскую литературу;

2) изучить этиологию острого нарушения мозгового кровообращения и рассмотреть классификацию и клинику заболевания.

3) охарактеризовать методы диагностики, лечения, ухода и реабилитации пациентов

перенёсших ОНМК.

5) Разработать программу реабилитации для пациента с ОНМК.

Объект исследования: организация медицинского обслуживания пациентов неврологического профиля. Предмет исследования: меры реабилитации пациентов с ОНМК.

Методы исследования: теоретический, статистический, аналитический.

На первом этапе исследования была изучена литература по вопросам реабилитационных мероприятий для пациентов с ОНМК. На следующем этапе исследовательской работы была разработана индивидуальная лечебно-профилактическая программа пациента после перенесенного ОНМК. Цель программы: поддержание и оптимитизация уровня здоровья для сохранения качества жизни.

Содержание лечебно-профилактической программы: 1) Информация о пациенте; 2) Диспансеризация; 3) Лекарственная реабилитация; 4) Питание; 5) Двигательная активность; 6) Режим труда и отдыха; 7) Профилактика.

Индивидуальная лечебно-профилактическая программа пациента С. в период реконвалисценции,после перенесенного ишемического инсульта в бассейне правой средней мозговой артерии, левосторонний гемипарез.

Паспортная часть: пациент С., пол: мужской, возраст: 57 лет, пенсионер.

Краткий анамнез болезни: пациент обратился за помощью к участковому терапевту с жалобами на чувство онемения левой стороны лица , потерю чувствительности левых руки и ноги, с подозрением на инсульт головного мозга и был экстренно госпитализирован в неврологическое отделение ЦГБ г. Сызрани. Здесь ему был поставлен диагноз: ишемический инсульт в бассейне правой средней мозговой артерии с левосторонней гемоплегией.

После проведенного лечения явления левосторонней гемоплегии значительно купировались, больной был выписан в удовлетворительном состоянии с остаточными явлениями в виде левостороннего гемипареза.

Краткий анамнез жизни: ранний анамнез без особенностей. Из перенесенных заболеваний – ОРВИ, корь, страдает атеросклерозом сосудов нижних конечностей. Травмы головы и позвоночника отсутствуют. Наследственный анамнез: его отец скончался от повторного инсульта головного мозга в возрасте 65 лет. Вредные привычки: курение, употребление алкоголя. Аллергологический анамнез не отягащен, лекарственную непереносимость отрицает. На данный момент не работает, военный пенсионер, проживает совместно с женой и сыном.

Общее состояние: удовлетворительное, активен, вес: 89 кг, ЧСС 75 в мин. , рост: 176см, АД 140/95 мм. рт. ст.

Пациент жалуется на онемение конечностей с левой стороны, сложности глотания твердой пищи, «заплетающийся» язык.

Объективно: у пациента наблюдается слабость мышц конечностей слева, нарушение походки, незначительный парез мышц лица слева, речь нечеткая.

Настоящие проблемы пациента и потенциальные:

а) онемение конечностей, мышц лица, нарушение глотания

б) страх остаться инвалидом

в) легкая степень дисфагии, расстройство речи

г) мало информации о заболевании и возможном исходе

Потенциальные проблемы пациента:

а) потеря чувствительности

б) возможна полная утрата потери трудоспособности и дееспособности

в) повторный инсульт

г) растройство пищеварения вследствии недостаточного разжевывания пищи, возможность асфиксии

Диспансеризация

Диспансерное наблюдение больных после перенесенного инсульта представляет собой комплекс мероприятий, включающих модификацию образа жизни, медикаментозную терапию (антитромботическую, гипотензивную, гиполипидемическую), а также, при необходимости, ангиохирургическое лечение, направленное на восстановление адекватного церебрального кровотока при стенозирующем атеросклеротическом поражении каротидных артерий. Программа индивидуализированной вторичной профилактики, подбор терапии осуществляются на этапе амбулаторно-поликлинической помощи неврологом, терапевтом и кардиологом.

Схема диспансерного наблюдения: пациенту рекомендовано наблюдение у участкового терапевта в течении первого года восстановления – 1 раз в квартал, посещение невролога и кардиолога – 2 раза в год, далее по рекомендации участкового терапевта.

Питание

Пациенту рекомендовано легкоусвояемое питание, сбалансированное по составу основных нутриентов. Базовой является диета, разработанная для пациентов с сердечно-сосудистой патологией (диета №10). Необходимо использовать измельченную пищу, лучше в виде жидких каш, пюре (фруктовое, овощное, мясное), киселей, суфле. Также очень важно контролировать питьевой режим: в день следует выпивать не менее 1,5 литра чистой воды.

По формуле Харрис-Бенедикта расчитана суточная нормы калорий.

BMR = 88.36 + (13.4 x 89) + (4.8 x 176) – (5.7 x 57)=1660 ккал

Двигательная активность

Уровень физического состояния у данного пациента ниже среднего. Основной вид двигательной активности – щадящий. Пациенту рекомендована лечебная физкультура.

Режим труда и отдыха

Пациенту присвоена вторая группа инвалидности, способность к выполнению трудовой деятельности сохранена с незначительной помощью других лиц. После реабилитации может устроиться на работу при гарантии соблюдения режима труда и отдыха, исключая труд связанный с управлением транспортных средств, подъемом тяжестей, работу на высоте.

Рекомендованы следующие виды нагрузки и отдыха:

- ночной сон не менее 8 часов, дневной сон;

- прогулки на свежем воздухе с сопровождением, продолжительностью до 60 минут, контроль самочувствия, желательно в лесном массиве;

- плавание на небольшой глубине, практиковать лежание на воде с полным расслабление мышц, сопровождение обязательно, продолжительность 15-20 минут;

- обязательно чередование двигательной активности, ЛФК с пассивным отдыхом;

- умственная нагрузка: чтение книг, разгадывание кроссвордов, судоку, рисование, раскрашивание по номерам, пение, разучивание скороговорок, шахматы.

Профилактика

Вопросы вторичной профилактики должны занимать центральное место. Вторичная профилактика состоит из следующих направлений:

- ежедневное измерение АД и регулярный приём препаратов, нормализующих уровень АД ;

- контроль уровня глюкозы и холестерина в крови;

- полный отказ от курения и злоупотребления спиртными напитками;

- контроль за массой тела, соблюдение низкохолестериновой и низкосолевой диеты, отдавая предпочтение овощному и рыбному рациону;

- длительный приём лекарственных средств из группы антиагрегантов, препятствующих тромбообразованию. Выбор такого препарата и назначение эффективных доз осуществляет только лечащий врач, учитывая индивидуальные особенности пациента. Если лечащим врачом назначено какое-либо лекарственное средство из группы антиагрегантов, примерно раз в три месяца следует исследовать кровь на свёртываемость.

Специальные оздоровительные процедуры

Пациенту рекомендованы воздушные ванны, солнечные ванны на рассеянном солнечном свете или в безопасные часы (до 11 утра и после 16), ножные ванны, хождение босиком по песку, мелькой гальке, обтирания до легкого покраснения.

Санаторно-курортное лечение

Реабилитация больных, перенесших ОНМК, проводится только в местных санаториях: «Самарский», г. Самара, «Надежда», г.Тольятти, «Волжский Утес», санаторий им. Чкалова, г. Самара, «Красная Глинка», г. Самара.

Основными лечебными факторами являются: ЛФК, массаж, климатотерапия, бальнеолечение, грязелечение, физиотерапия, кинезотерапия, психотерапия, медикаментозное лечение. В первые дни после поступления на реабилитацию больным назначается щадящий режим. По мере улучшения функционального состояния организма, повышения адаптации к более высоким физическим и другим нагрузкам больного переводят на щадяще-тренируюший режим. Перевод больного с одного режима на другой осуществляется с учетом данных медицинского наблюдения и контроля за переносимостью назначенного лечения и результатов электрофизиологических и других методов исследования.

Таким образом, острые нарушения мозгового кровообращения являются одним из наиболее распространенных сосудистых заболеваний, наиболее опасных по течению и исходу. Инсульт – одна из главных причин преждевременной смертности и инвалидизации населения во всех странах мира.

Для пациентов, перенёсших острое нарушение кровообращения в мозге, своевременная, оперативная и грамотная реабилитация после инсульта является первым и ключевым этапом на пути к восстановлению здоровья. Достичь максимального клинического эффекта реабилитации возможно лишь прибегнув к помощи опытных специалистов. И здесь сложно недооценить роль среднего медицинского персонала.

Важно понимать, что реабилитация после инсульта должна начаться как можно раньше, с первых дней заболевания - когда состояние пациента становится стабильным.

Учитывая актуальность данной темы хотелось бы отметить необходимость обучения пациентов и их родственников приемам ухода и самоухода, основам реабилитации и ЛФК, необходима большая пропаганда здорового образа жизни и отказа от вредных привычек.

На основании полученных результатов, можно сделать следующие выводы:

1. Реабилитация пациентов после перенесенного ОНМК имеет свои особенности: должна начинаться как можно раньше, имеет свои этапы постепенной вертикализации пациента, от простого к сложному.

2. Важную роль в процессе реабилитации пациента имеют как медицинские сестры, так и многое зависит от того, как настроен пациент, насколько он вовлечен в процесс восстановления.

Практическая значимость работы определяется обобщением опыта по изучаемой теме и возможностью использования полученных результатов медицинскими сестрами для оптимизации профессиональной деятельности в сфере оказания сестринских услуг при ОНМК.

Библиографический список


1. Амосов, В. Н. Инсульт. Симптомы, первая помощь, методы восстановления / В.Н. Амосов. - М.: Вектор, 2013. - 160 с.
2. Власова, А. В. Теоретические аспекты технологии реабилитации больных после острого нарушения мозгового кровообращения/ А. В. Власова, А. И. Кузнецов // Медсестра.- 2018. - № 8. - С. 31-37.

**Геморрагический инсульт как медико-социальная проблема**

***Семенова Е.С.***

***Специальность 34.02.01 Сестринское дело***

**Научный руководитель: Морозова М.В., преподаватель ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»**

Острое нарушение мозгового кровообращения - понятие, объединяющее обратимые и необратимые нарушения функций центральной нервной системы вследствие несоответствия объема кровоснабжения функциональным потребностям мозга. К острым нарушениям мозгового кровообращения относят следующие расстройства: транзиторные ишемические атаки, ишемический инсульт или инфаркт головного мозга, мозговое кровоизлияние или геморрагический инсульт.

Геморрагический инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения, вызванное внутримозговым (интрацеребральным) кровоизлиянием, с проникновением крови в вещество головного мозга, в систему желудочков, или проявляется разрывом артериальной аневризмы и возникновением кровоизлияния в подпаутинном пространстве (субарахноидальное кровоизлияние). Атеросклероз сосудов головного мозга является основной причиной ишемического инсульта, но имеет как фактор риска значение для развития геморрагического инсульта.

Актуальность исследования. Ежегодно в мире инсульт переносят около 6 миллионов человек. В России заболевают свыше 450 тыс. человек в год. Инсульт является главной причиной инвалидизации. Геморрагический инсульт, как часто встречающееся сосудистое заболевание головного мозга, является значимой медицинской и социальной проблемой. Геморрагический инсульт составляет 10-15% от всех видов острого нарушения мозгового кровообращения. Только в Российской Федерации каждый год диагностируют геморрагический инсульт у 43 000-45000 человек. Средний возраст больных с геморрагическим инсультом - 60-65 лет, соотношение мужчин и женщин равно 1,6:1. Риск развития геморрагического инсульта значительно повышается после 55 лет и удваивается с каждым последующим десятилетием. Этот вид ОНМК может развиться не только у пожилых людей, но и лиц молодого возраста, в том числе у детей. В отличие от ишемического инсульта наблюдается более острое и прогрессивное нарастание клиники, нарушения жизнедеятельности (параличи, парезы, нарушение глотания, проблемы с речью, вплоть до полного отсутствия, психические расстройства, когнитивные нарушения, проблемы со зрением, расстройства слуха, невозможность считать, читать или писать). К прежней жизни

возвращаются не более 10 — 12% пациентов, перенесших инсульт. Остальные до конца жизни остаются в разной степени инвалидизированными, что требует проведения дальнейших реабилитационных мероприятий.

Летальность от геморрагического инсульта достигает 40–50%, а инвалидность развивается у 70–75% выживших. Смертность от субарахноидальных кровоизлияний достаточно высокая – умирают около 30 % больных.

Таким образом, геморрагический инсульт несет тяжелые моральные, социальные последствия. Учитывая медико-социальную значимость этой патологии, для медицинской сестры является актуальным изучение теоретических аспектов заболевания, определение факторов риска развития заболевания, подходов к профилактике заболевания. От качества медицинской помощи зависит улучшение состояния, снижение риска возникновения осложнений и повышение качества жизни пациентов с геморрагическим инсультом. Улучшение качества жизни больных с геморрагическим инсультом в большей степени зависит от своевременного и правильного сестринского ухода за больными, от качества проведения различных мероприятий, таких как раннее восстановление утраченных функций, адаптация к окружающей среде, обучение приемам самообслуживания, приобретения пациентом знаний о своем заболевании, психологической поддержки больного и его родственников.

Предмет исследования: Геморрагический инсульт как медико-социальная проблема

База исследования: ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи»

Цель исследования: Изучить структуру пациентов с геморрагическим инсультом на примере пациентов с ОНМК неврологического отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи».

Задачи исследования:

- изучить теоретические аспекты заболевания в соответствии с целью исследования;
- провести анализ заболеваемости геморрагическим инсультом по материалам годовых отчетов неврологического отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи».

Материалы Годовые отчеты неврологического отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения за 2016, 2017, 2018 г.г.

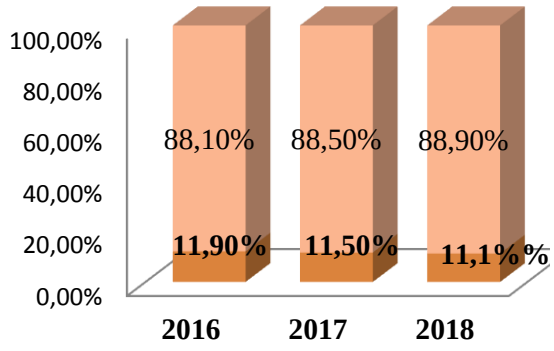
Метод исследования: статистический

К этиологическим факторам геморрагического инсульта относятся атеросклероз и тромбоз артерий (развитие инсульта связано с атеросклерозом интра- и экстракраниальных артерий), нарушения в системе гемодинамики (вследствие нарушений ритма и проводимости сердца), изменение реологических свойств крови, различные сосудистые патологии (резкий вазоспазм, аневризма), инфекционные поражения сосудов (флебиты, артериииты, васкулиты), эмболия (жировая и газовая эмболии, тромбоэмболия), варикоз (расширение вен нижних конечностей), новообразования головного мозга, сдавливающие сосуд (доброкачественные опухоли).

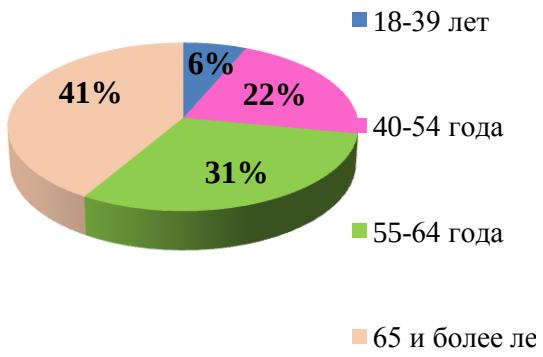
Выделяют управляемые и неуправляемые факторы риска развития инсульта. К управляемым (корригируемым) факторам риска относят артериальную гипертензию (повышение артериального давления) на каждые 5 мм рт.ст. повышает риск развития инсульта на 5-6%), заболевания сердца с нарушением ритма, наличием патологии клапанов сердца или сердечной мышцы так же повышают риск развития инсульта, курение (курение повышает риск развития инсульта на 40% у мужчин и на 60% у женщин), сахарный диабет (люди страдающие сахарным диабетом имеют риск развития инсульта в 3 раза выше, чем те, у кого с метаболизмом глюкозы все в порядке), гиподинамию, избыточный вес и ожирение, злоупотребление алкоголем, изменение текучести крови с повышенной склеиваемостью тромбоцитов, повышенный уровень фибриногена в плазме крови, перегрев тела в результате солнечного или теплового удара (повышение АД), частые стрессы, наркомания (особенно употребление кокаина). К неуправляемым (некорригируемым) факторам риска относят пол (до 80 лет инсульты чаще всего встречаются у мужчин, после 80 лет- у женщин), пожилой возраст (старше 55 лет), наследственность (если имеются близкие перенесшие инсульт, то вероятность развития этого заболевания резко повышается), этническую принадлежность.

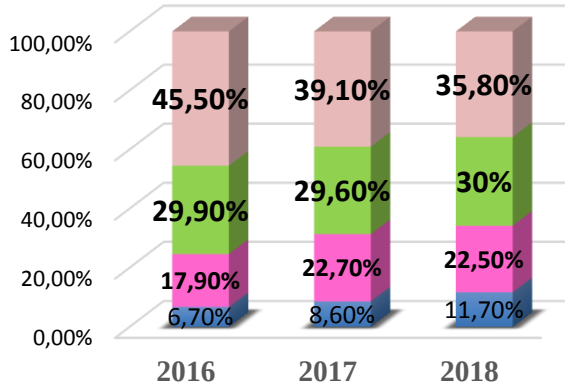
При анализе годовых отчётов неврологического отделения для лечения больных с острым нарушением мозгового кровообращения ОГАУЗ «Ангарская городская больница скорой медицинской помощи» за 2016,2017,2018 г.г. установлено следующее:

Доля пациентов с геморрагическими инсультами среди больных, находящихся на стационарном лечении, составляет ежегодно около 11%.

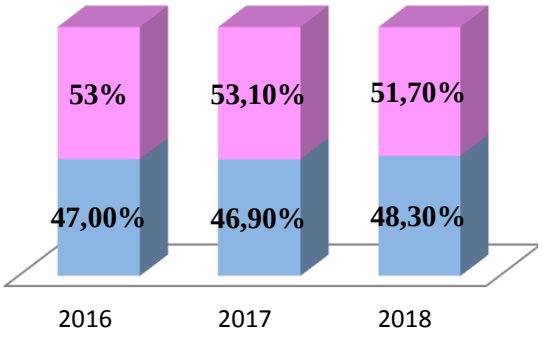



При анализе возрастной структуры пациентов установлено, что среди пациентов с геморрагическим инсультом преобладают пациенты в возрасте 65 и более лет (40,3%), на 2 месте пациенты возрастной группы 55 – 64 лет (29,8%).

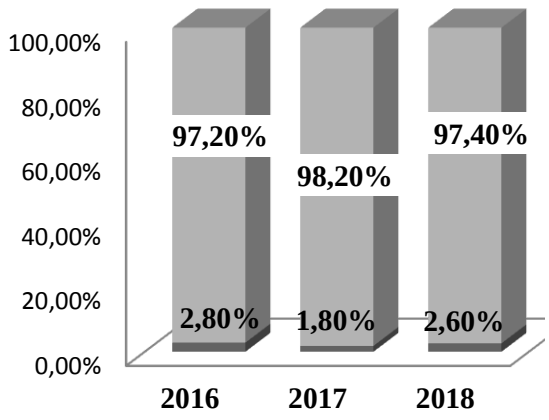



Среди пациентов с геморрагическим инсультом преобладают женщины – 52,6% (соответственно по годам 2016г. -53%, 2017г. – 53,1%, 2018г. – 51,7% среди пациентов отделения с геморрагическим инсультом).




При анализе показателей летальности пациентов с геморрагическим инсультом, проходящих лечение в отделении, получены следующие данные: от геморрагического инсульта умерло 2,8%; 1,8%; 2,6% пациентов в 2016, 2017, 2018 годах, за 3 года геморрагический инсульт явился причиной смерти у 2, 4 % пациентов.




Вывод. Геморрагический инсульт имеет большое медико-социальное значение в связи с высокими показателями заболеваемости, инвалидизацией, высокими показателями смертности. Необходимо раннее выявление факторов риска, способствующих развитию геморрагического инсульта. Первичная профилактика инсульта включает комплекс мер, предотвращающих развитие первого инсульта с помощью раннего выявления и своевременной коррекции факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний и ОНМК. Вторичная профилактика инсульта включает в себя комплекс мер, направленных на предотвращение повторных острых нарушений мозгового кровообращения у пациентов, перенесших инсульт или преходящее нарушение мозгового кровообращения.

Библиографический список

1. Базеко Н. П., Алексеенко Ю. В.; Инсульт: программа возврата к активной жизни; М. Мед.лит.; 2015. – 266 с.
2. Бортникова С. М., Зубахина Т. В.; Нервные и психические болезни; Ростов н/Д; Феникс; 2016. – 478 с.
3. Здоровье сердечно-сосудистой системы. Инфаркт, инсульт, ИБС, ритм. Часть 2. - М.: Редакция вестника "ЗОЖ", 2015. - 256 с. [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.stud24.ru
4. Скворцова В.И. Геморрагический инсульт-практическое руководство [Электронный ресурс] - Режим доступа: http://www.booksmed.com

**Формирование мотивации на комплексный подход к коррекции факторов риска развития инсульта у лиц пожилого возраста**

***Ильясова Д. А.***

**специальность 31.02.01. Лечебное дело**

**Научный руководитель: Ефремова Л.И., Мартынова Н.В., преподаватели ГБПОУ «Самарский медицинский колледж им. Н. Ляпиной» Филиал «Безенчукский»**

Инсульт относится к самым распространенным и опасным болезням 21 века. Казалось бы, медицина сделала за последние десятилетия гигантский скачок вперёд, но диагноз "инсульт" по-прежнему для многих звучит как приговор[2]. В последнее время проблема инсульта приобретает все больше медико – социальную значимость. Многими исследователями отмечена тенденция к омоложению контингента больных с сосудистыми заболеваниями головного мозга. Отмечается также негативное влияние экологических и социальных факторов на население и увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста[6].

Инсульт - третья по распространенности причина смерти после ишемической болезни сердца и рака. По статистике в нашей стране ежегодно происходит около 450 тысяч инсультов, то есть каждые полторы минуты, у одного из жителей нашей страны случается инсульт. В России смертность от инсульта очень высока, около трети больных умирают в течение первых трёх месяцев после начала заболевания, еще столько же остаются инвалидами. По данным Всероссийского центра профилактики смертность мужчин от инсульта в России составляет 25%, а женщин 39% [2]. Инсульт является одной из главных причин инвалидизации взрослого населения, поскольку даже в случае своевременного оказания квалифицированной медицинской помощи у перенесшего инсульт пациента утраченные в острый период болезни функции восстанавливаются не полностью. По данным Всемирной организации здравоохранения, у более 62% перенесших инсульт пациентов сохраняются различной степени выраженности нарушения движений, расстройства координации, чувствительности, речи, интеллекта, памяти, 31% пациентов, перенесших эту болезнь, нуждается в посторонней помощи, 20% не могут самостоятельно ходить и лишь 8% возвращаются к прежнему образу жизни и к работе [1]. Однако с этим грозным заболеванием можно и нужно бороться, и не только с помощью современной диагностической и лечебной аппаратуры, но и влияя на так называемые регулируемые факторы риска, среди которых можно выделить артериальную гипертензию, сахарный диабет, курение, ожирение, гиподинамию.

Сегодня существует два основных принципа профилактики инсультов - популяционная стратегия, включающая изменение стиля и образа жизни и целевая стратегия, которая заключается в лечении групп риска. Известно, что систематическое лечение артериальной гипертензии в течение трёх лет обеспечивает снижение заболеваемости инсультом на 48-50%, инфарктом миокарда на 18 -19% [1]. Нельзя недооценивать и роль факторов риска. Так, по данным Национального института сердца, лёгких и крови в США, ограничение потребления соли до 1,5 г в сутки снижает систолическое артериальное давление и диастолическое артериальное давление соответственно на 5 и 3 миллиметров ртутного столба, а вероятность возникновения инсульта - примерно на 30 %.

Большинство людей достаточно четко представляют себе, что нужно делать, чтобы уменьшить вероятность дорожно - транспортного происшествия или избежать заражения ВИЧ -инфекцией, но имеют слабое представление о факторах риска и симптомах инсульта, того самого заболевания, которое уносит не меньше жизней, чем аварии или несчастные случаи. Так, по результатам исследования, проведенного Национальной ассоциацией инсульта, 17 из 100 граждан не могут назвать ни одного из пяти главных симптомов инсульта [4].

Предсказать появление инсульта невозможно, но уменьшить риск достаточно просто. Формирование мотивации к здоровому образу жизни становится сегодня первоочередной социальной, психологической и медицинской проблемой. Доказано, что профилактические мероприятия уменьшают заболеваемость инсультом почти на половину, а своевременное и правильное лечение значительно повышает шансы больного вернуться к нормальной и полноценной жизни. Поэтому правильное питание, оптимальные физические нагрузки, отказ от курения должны быть постоянными. Миллионы больных, перенесших инсульт, а также находящихся в группе риска нуждаются в информации об эффективных способах профилактики. Рецидив болезни возникает с вероятностью 35 – 40% в течение 5 лет, и последствия с каждым разом бывают более тяжелыми [3].

Благодаря многолетним исследованиям в области лечения и профилактики острых нарушений мозгового кровообращения, в 2006 году была учреждена дата Всемирного дня борьбы с инсультом. Его задачей является привлечение внимания к серьезности данного заболевания и необходимости его скорейшего выявления, возможности предупреждения.

В нашем филиале в преддверии этой даты, ежегодно проводятся конкурсы буклетов и научно-исследовательских работ, акции «Стоп инсульт!», «Инсульт - болезнь нашего времени», где мы освещаем насущные проблемы и новые открытия в области этого заболевания.

Совместно с сотрудниками СОО «Российский Красный Крест» Безенчукского отделения провели волонтерскую работу среди населения района и подготовили презентации, памятки по диагностике и профилактике инсультов, а также провели анкетирование жителей посёлка старше 65 лет. Итогом нашей работы послужило выполнение проекта «Скажи инсульту нет!».

Актуальность: являясь основной причиной глубокой, длительной инвалидизации и смертности населения, инсульт остаётся проблемой современного общества.

Цель: повысить информированность населения об инсульте.

Задачи:

1. Изучить научно - методическую литературу по теме острые нарушения мозгового кровообращения.

2. Выявить уровень осведомленности населения по проблеме инсульта.

3. Провести интерактивную беседу в СООО «Российский Красный Крест» Безенчукского отделения и дать рекомендации жителям муниципального района Безенчукский по распознаванию первых признаков инсульта и его профилактике.

Методы исследования: аналитический, анкетирование.

После изучения специальной литературы по теме нами была разработана анкета, которая включала 8 закрытых вопросов с предложенными вариантами ответов. В анкетировании приняли участие 12 человек. Возраст респондентов составил 65-76 лет. Предварительно все были ознакомлены с целями проведения анкетирования и правилами заполнения анкет.

Результаты анкетирования показали, что большинство респондентов (89%), знают о таком заболевании, как инсульт; большая часть участвующих в опросе (57%) информирована о симптомах инсульта; затруднителен был для слушателей вопрос – в каком возрасте может развиваться инсульт. Об этом знают только 27% респондентов; 69% анкетируемых не знают и не умеют распознать первые признаки инсульта; достаточное количество опрошенных (54%), правильно считают, что процесс выздоровления зависит от времени госпитализации и начала лечения пациента. Выявлена очень низкая информированность населения (21%) о факторах риска инсульта и борьбы с ними; значительная часть опрошенных (53%) знают о страшных последствиях инсульта.

Чтобы компенсировать недостаток знаний участников опроса по данной проблеме, провели интерактивную беседу, используя мультимедийную презентацию, где подробно остановились на факторах риска, симптомах, особенностях распознавания инсульта, о понятии «золотые часы», и как вызвать вовремя скорую неотложную медицинскую помощь.

Акцентировали внимание на том, что именно в течение первых шестидесяти минут рекомендуется провести максимальное обследование пациента и начать его интенсивное лечение. Только правильная и быстрая тактика ведения пациента в период «золотого часа» существенно минимизирует негативные последствия инсульта [2]. Каждый человек обязан знать и уметь распознать первые признаки инсульта. Мы рассказали и о том, что часто ответственность лежит именно на окружающих людях, случайно оказавшихся рядом с человеком, который переносит острую фазу инсульта. Студенты – волонтеры продемонстрировали простой тест на инсульт – «УЗП» - улыбнуться, заговорить, поднять, затем со слушателями провели флешмоб – массовую зарядку, ответили на вопросы присутствующих, раздали слушателям заранее подготовленные памятки по профилактике инсульта.

Информация, представленная нами на научном и в тоже время на доступном языке, была хорошо усвоена, что показал экспресс – опрос, проведенный в конце мероприятия. Очень порадовало, что все участники были не только внимательными слушателями, но и активными участниками ответов на задаваемые вопросы. Мероприятие получилось динамичным, полезным и на наш взгляд, достаточно интересным, присутствующие отметили хорошее качество материала.

**Список литературы**:


1. Вейнер Г., Левитт Л.Неврология: лечебно-диагностические мероприятия по наиболее распространенным неврологическим патологиям – М.: ГЭОТАР- Медиа 2008, -259 с.:
2. Кадыков А. С. Инсульт – болезнь века //Сестринское дело. 2014,№ 3. –с 6-10
3. Котов С.В.Сестринское дело в неврологии: учебник для медицинских училищ и колледжей. М.: ГЭОТАР – Медиа 2008, - 248 с.: ил.
4. Ковальчук В.В. Медико – социальная реабилитация пациентов после инсульта: практическое руководство. Москва, 2013. – 87 с.
5. Повереннова И.Е., Романова Т.В. Учебно – методическое пособие по самостоятельной работе студентов по неврологии. Самара: СамГМУ, 2010,26 с.
6. Реабилитация инсультных больных: новая система приоритетов [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://mfvt.ru/reabilitaciya-insultnyx-bolnyx-novaya-sistema-prioritetov/

# Жизнь после инсульта. Есть!

***Садыкова Ч.Ф***
***Сестринское дело***
***Научный руководитель: Файзуллина Л.Г, преподаватель ГАПОУ «Буинское медицинское училище»***

29 октября 2006 г. в Кейптауне (Южная Африка) была учреждена Всемирная организация инсульта и провозглашен Всемирный день борьбы с инсультом.

Всемирный день борьбы с инсультом оказался великолепным средством распространения информации об инсульте и преодоления пропасти между реалиями, с которыми сталкиваются люди, пораженные инсультом, и политической необходимостью принятия мер.

Отрадно видеть, как быстро Всемирный день борьбы с инсультом вырос из небольшого события в действительно глобальное событие с широкой активностью во всех основных регионах мира.

Под лозунгом «каждый шестой» (перенесет инсульт на протяжении жизни) во Всемирный день борьбы с инсультом распространяются следующие тезисы:

1. Инсульт может быть предотвращен.
2. Инсульт поддается лечению.
3. Последствия инсульта поддаются исправлению в долгосрочной перспективе.

**Актуальность.** Сосудистые заболевания головного мозга, в частности инсульт, относятся к числу основных причин смертности и инвалидности по всему миру. [7] Причиной ишемического инсульта является снижение притока крови к ткани головного мозга.

В последние годы наблюдается увеличение распространенности инсультов, существенно снижающих качество жизни и все чаще проявляющихся у достаточно молодых пациентов.

К некорригируемым факторам риска относятся пожилой возраст, пол, наследственная предрасположенность. И хотя на эти факторы нельзя повлиять, они помогают заранее выявлять лиц с повышенным риском развития сосудистой патологии и предотвращать развитие болезни.

Основными корригируемыми факторами риска развития инсультов являются атеросклероз и гипертоническая болезнь, нарушение ритма сердца, сахарный диабет, курение, употребление алкоголя, ожирение, недостаточная физическая нагрузка,

нерациональное питание – причины, приводящие к прогрессированию атеросклероза и ухудшению состояния больного. Под воздействием этих факторов нарушается функция свертывающей и противосвертывающей систем крови, ускоряется развитие атеросклеротических бляшек. За счет этого просвет артерий сужается или они полностью закупориваются. Измененные атеросклерозом артерии не в состоянии поддерживать нормальный мозговой кровоток. [6,с.7]

Я, будущая медицинская сестра, изучаю сестринскую помощь в неврологии. Меня заинтересовало более глубокое изучение ишемического инсульта, т.к. это связано с моими личными переживаниями.

Прошу прочитать мой небольшой рассказ. «Моей бабушке 67 лет. Она на пенсии, работала воспитательницей в детском садике. Она активная, добрая, веселая, любит детей. Много времени уделяет семье, детям, внукам. В последние годы часто болеет. Перенесла инфаркт миокарда. Иногда она жаловалась на то, что трудно говорить, язык заплетается, кисть руки немеет и трудно удержать предметы. А однажды утром проснувшись, не смогла встать, справа рука и нога не чувствовали и не двигались. Бабушка не разговаривала. Это было очень страшно. Мы вызвали машину скорой помощи. Врач-невролог после осмотра и компьютерной томографии головного мозга поставил диагноз «Ишемический инсульт». Инсульт, наполовину парализовавший и лишивший речи любимого человека, заставил меня провести небольшое исследование, **целью** которого явилось изучение клинических проявлений, лечение и оказание сестринской помощи при инсульте.

**Исследование** осуществлялось на базе Первичного сосудистого центра (далее - ПСЦ) ГАУЗ «Буинская ЦРБ» в период с 10 сентября по 20 октября 2020 года.

**Материалы и методы исследования.** Мною проведен анализ отчетных данных ПСЦ за период с 2017 – 2019 гг., анализ истории болезни, осмотр пациентов с ишемическим инсультом и наблюдение за ними, анализ работы сестринского персонала.

В группу исследуемых больных было включено 20 человек в возрасте от 50 до 80 лет с диагнозом атеротромботический ишемический инсульт (рис.1).

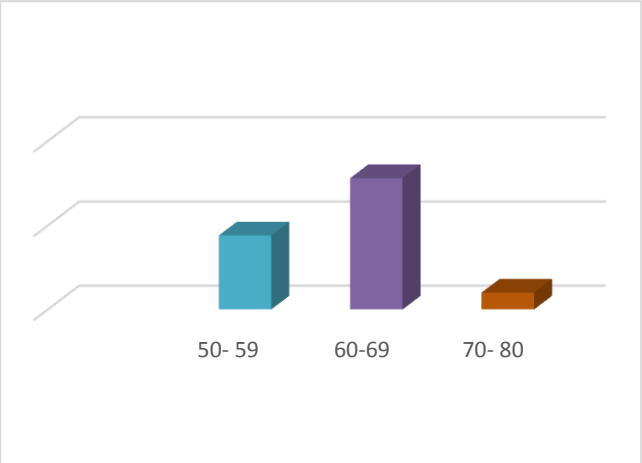
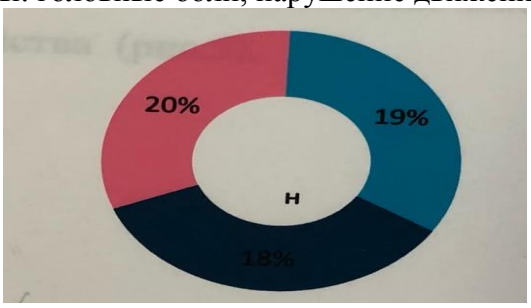


Рис.1. Распределение больных по возрасту

В ходе наблюдения за пациентами и опроса были выявлены, в основном, следующие проблемы: головные боли, нарушение движений, нарушение речи (рис.2)




18%- нарушения движений

19%- нарушение речи

20% -головные боли

Рис.2. Наиболее часты

Для выявления когнитивных расстройств и нарушений речи использовали шкалу «Мини-исследования когнитивного состояния».[5]У большинства обследованных имелись нарушения речи и когнитивные расстройства (рис.3).

Рис.3. Частота (в %) наиболее выраженных когнитивных проблем пациентов.

Анализируя истории болезни пациентов, получила сведения о нарушениях функции глотания и тазовых органов. Трудности при глотании испытывали 9 человек. Полностью контролировали физиологические отправления – 8 человек; недержание и задержка мочи наблюдается - у 7; задержка стула – у 5 пациентов.

В ПСЦ для дифференцированного лечения атеротромботического ишемического инсульта успешно применяется тромболитический препарат актилизе. Анализ историй

болезни показал, что, чем раньше начато лечение этим препаратом, тем вероятнее благоприятен исход (рис.4).

ВБИ - вероятность благоприятного исхода; ВДНЛ - время он начала проявления симптомов инсульта до начала лечения.

Рис.4. Вероятность благоприятного исхода в зависимости от времени начала лечения.

Существует понятие «золотой час».[7] - время «от двери до иглы» должно быть 60 минут (рис.5).

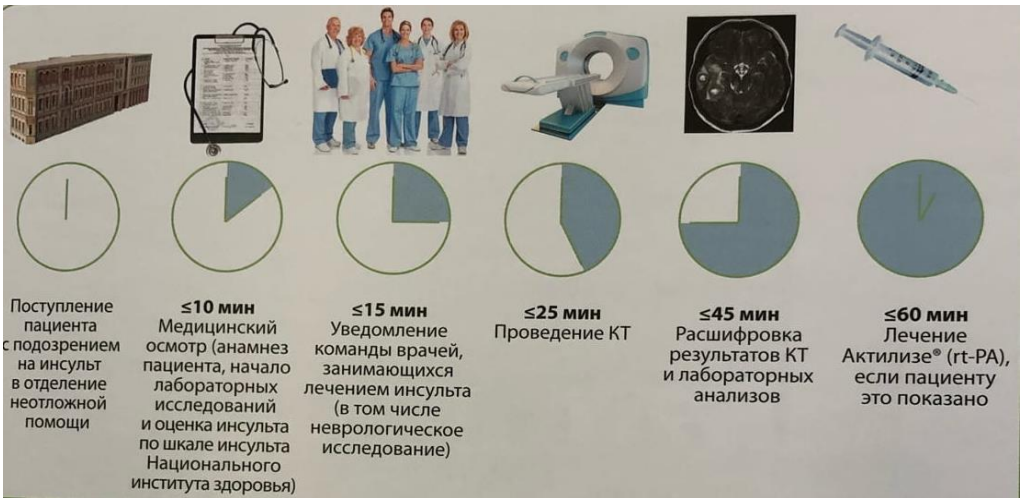



Рис.5. Меры, приводящие к сокращению времени «от двери до иглы».

К 21 – 22 дню пребывания пациентов в ПСЦ практически были восстановлены движения, речь и другие неврологические нарушения, особенно у пациентов моложе 80 лет.

Немаловажную роль в восстановлении неврологических расстройств играет комплексное лечение и реабилитация, которую осуществляет: невролог, врач ЛФК, кинезиотерапевт, физиотерапевт, логопед, психолог, медицинские сестры. [3,с.186] Меня больше интересовала роль медсестры в реабилитации пациентов .Методом наблюдения за

деятельностью медсестер в ПСЦ я выявила что, наряду с медикаментозным лечением(по назначению врача) также проводятся: лечебная гимнастика, массаж, лечение положением, адекватное питание, профилактика пневмоний, пролежней, тромбоза сосудов нижних конечностей, обеспечение функциональной способности тазовых органов.

Благодаря такому лечению и уходу моя бабушка ходит, разговаривает, радуется жизни и благодарит медицинских работников Первичного сосудистого центра Буинской ЦРБ за их нелегкий труд в такое непростое время.

Таким образом, в ходе небольшого исследования я сделала **выводы**:

- инсульты имеют такую большую медицинскую и социальную значимость, что был провозглашен Всемирный день борьбы с инсультом;

- инсульт поддается лечению, если оно начато в первые часы заболевания;

- инсульт может быть предотвращен, если соблюдать следующие рекомендации:

- по возможности предупредить или адекватно лечить такие болезни, как атеросклероз, гипертоническая болезнь, нарушения ритма сердца, сахарный диабет [2, 1];
- не курить, не злоупотреблять алкоголью;
- не набирать лишний вес;
- достаточно двигаться;
- рационально питаться.

## Спасибо за внимание!

### Список использованной литературы:


1. Бортникова С.М., Зубахина Т.В. Сестринское дело в невропатологии и психиатрии с курсом наркологии. Учебное пособие. Ростов н/Д, 2016.
2. Гусев Е.И.Ишемия головного мозга, Скворцова В.И.- М: Медицина, 2009.
3. Есин Р.Г.Инсульт: диагностика, лечение, реабилитация, профилактика. Казань: ИИЦ УДП РТ, 2013.
4. Международный журнал инсульта ISSN 2220-2676 . Издание на русском языке. Том 2. Выпуск 4 . Декабрь 2011г.

5. Мищенко Т.С, Шестопалова Л.Ф. Клинические шкалы и психодиагностические тесты в диагностике сосудистых заболеваний головного мозга, 2013
6.Путилин М.В., Гришин Д.В. Принципы коррекции хронической ишемии головного мозга. Москва, 2013. Пособие.
7.Хасанова Д.Р. «Жизнь после инсульта. Есть!» Тез.докл. Научно-образовательного семинара неврологов. Казань, 2015.

**Особенности сестринского ухода за пациентами неврологического отделения после ишемического инсульта**

***Глухова А. А.***

**специальность 34.02.01 Сестринское дело**

**Научный руководитель: Викулина В. А., преподаватель**

**ГАПОУ «Орский медицинский колледж»**

Инсульты – заболевания, связанные с нарушением обеспечения головного мозга питательными веществами и ведущие к функциональному и морфологическому повреждению вещества мозга. Больные, пережившие инсульт, нуждаются в проведении разнообразных реабилитационных мероприятий, наблюдении со стороны участковых, невропатолога, опеке социальных органов, заботе со стороны родных и близких, где на первое место выступает сначала медицинская сестра неврологического отделения, а уже после, ее работу подхватывает участковая медицинская сестра[1,2,3].

**Актуальность проблемы.** Роль медицинской сестры неврологического отделения в организации ухода за пациентом с ишемическом инсультом является первостепенной.

Исходя из актуальности, **цель исследования**: выявление особенностей профессиональной деятельности медицинской сестры у пациентов неврологического отделения с ишемическими инсультами.

В соответствии с целями, объектами и предметом исследования нами сформулированы следующие **задачи**:

1. Проанализировать литературу и Интернет – ресурсы по проблеме исследования.

2. Изучить статистические данные ишемического инсульта: частоту госпитализации пациентов на базе исследования.

3. Провести наблюдение за профессиональной деятельностью медицинской сестры в неврологическом отделении.

4. Провести анкетирование среди медицинских сестер неврологического отделения.

5. Разработать санитарный бюллетень «Ишемический инсульт».

При написании работы были использованы следующие **методы научного исследования**:

-анализ;

-анкетирование;

- наблюдение;

- опрос.

**База исследования:** ГАУЗ «ГБ №4» г. Орска.

**Исследование** включало в себя три этапа:

На **первом** этапе исследования проведен анализ работы неврологического отделения "ГБ № 4" г. Орска, и анкетирование медицинских сестер (ПРИЛОЖЕНИЕ А).

На **втором** этапе проведено наблюдение за деятельностью медицинских сестер по уходу. Также собраны статистические данные работы неврологического отделения.

**Третий**этап включал анализ и интерпретацию полученных результатов.

База исследования: ГАУЗ «ГБ №4» г. Орска.

Статистика госпитализации пациентов с ишемическим инсультом представлена на диаграммах.

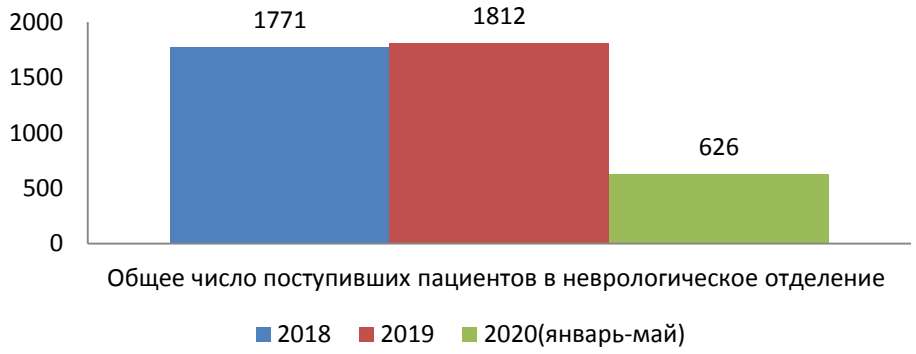



**Рисунок 1 - Статистика госпитализации пациентов в неврологическое отделение**

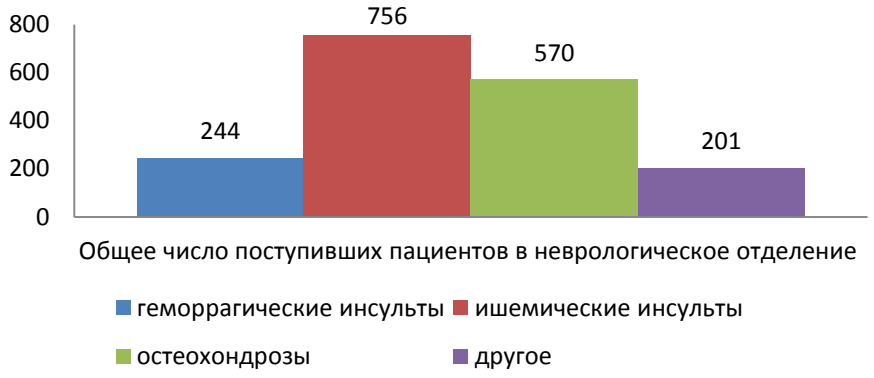



**Рисунок 2 - Статистика госпитализации пациентов в неврологическое отделение по отдельным заболеваниям, 2019 год**

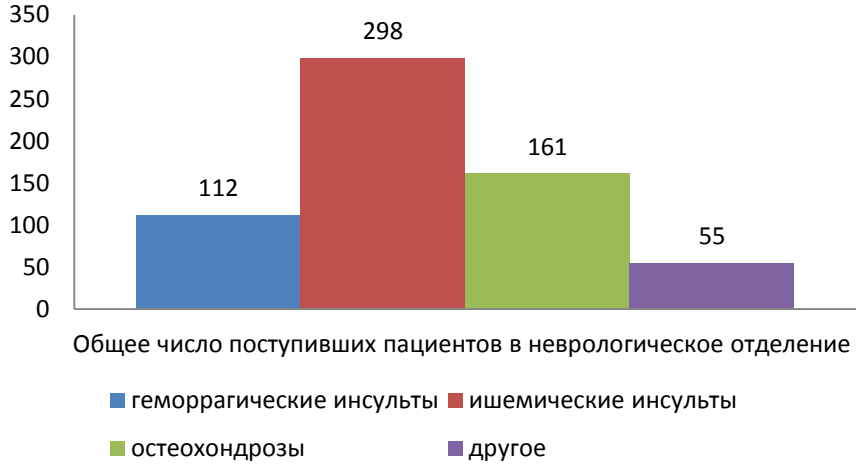



**Рисунок 3 - Статистика госпитализации пациентов в неврологическое отделение по отдельным заболеваниям, 2020 год (январь-май)**

В анализируемых периодах превалирует заболевание ишемический инсульт, за которым следуют остеохондрозы различной локализации, третье место занимает геморрагический инсульт.

Участие медсестры в лечении и грамотном уходе за пациентами с инсультами в неврологическом отделении важно, так как от этого во многом зависит конечный результат исхода заболевания.

В процессе работы в отделении, были отмечены следующие характерные особенности в работе медицинских сестер неврологического отделения:

- оказывают своевременную и полноценную психологическую поддержку больных и их родных;

- назначения выполняются ответственно и своевременно;

- качество выполнения процедур высокое;

- осуществляют подачу кислорода пациентам;

- палатные медицинские сестра выполняют все виды инъекций, несмотря на всего 2 штатные единицы - процедурной сестры;

- значительную часть ухода за тяжелобольными пациентами выполняют медицинские сестры, младший медицинский персонал при этом помогает, хочется отметить, что основные сестринские манипуляции выгоняют именно медицинские сестра;

- общение с пациентом инициируется, ни только пациентами, но и медицинскими сестрами;

- на вопросы пациентов и их родственников медицинские сестры отвечают часто, предельно внимательны в беседе и охотно поддерживают инициативу от родственников и пациентов узнать как можно больше о своем заболевании;

- ряд пациентов, или родственников пациентов без сознаний, особенно при поступлении, испытывают сильный стресс, с которым помогает справиться позитивный настрой и беседы среднего медицинского персонала.

Медицинская сестра на рабочем месте постоянно контактирует с больным и проводит успокаивающие и обучающие беседы. Независимо от характера нарушения мозгового кровообращения больные нуждаются в строжайшем покое.

В качестве итога можно отметить, что в неврологическом отделении ведется достаточно отличная работа как с нарушенными физиологическими потребностями пациента после ишемического инсульта, все мероприятия по уходу выполняются своевременно и квалифицированно. Также нам хочется отметить работу среднего медицинского персонала в отношении родственников пациентов, уделяется внимание психологическим потребностям родственников.

Результаты анкетирования оказались следующими (ПРИЛОЖЕНИЕ Б).

1. Возраст превалировал в районе 30-40 лет. 20- 30 лет – 20%, 30-40 лет -60%, 40-55 лет 10% и свыше 55 лет – 10%.

2. Данные об образовании распределись следующим образом: среднее у 70%, неполное высшее у 10% и у 20% высшее.

3. Стаж, посвященный медицине распределился следующим образом:
5 и менее – 0%, 10 лет – 20%, 15 лет – 60%, 20 и более 20%.

4. У всех анкетируемых имеется квалификационная категория , у 80% первая и у 20% высшая.

5. Повышение квалификации в установленном порядке выбрали 50%, и 30% сочетали с посещения конференций и семинаров, а 20% с чтением журналов и научной литературы.

6. Случай привел в медицину 30%, остальные 70% желание помочь людям.

7. Сочетания мотиваций к работе имела следующий вид: материальный доход выбрали все 100%, и 60% нравиться оказывать посильную медицинскую помощь, 20% близкое расположение ЛПУ к дому,20% выбрали другое.

8. Хорошие условия в отделении на рабочем месте выбрали 80% и 20% оценили как – удовлетворительные.

9. Трудности в общении с пациентами испытывают 40%, и иногда 60%, не оказалось никого кто бы не испытывал трудности в общении с пациентами.

10. Все 100% оценивают оказания помощи в полном объеме.

11. Эффект после работы с пациентами наблюдается у 70%, и частично выбрали 30 %.

12. Материально-техническое обеспечение отвечает нормам и может быть эффективным, по мнению 60%, и 40% ни в полном объеме.

13. Все анкетируемые обучают навыкам самообслуживания пациентов и их родственникам.

14. В стрессовых ситуациях находятся 50% анкетируемых, и 50% нет.

15. У всех 50% испытывающих стресс, он отрицательно влияет на работу.

16. Несмотря на условие в выборе не более двух пунктов в вопросе, касающемся приоритетов в работе, все из 10 анкетируемых выбрали, все три пункта: коллектив, зарплату и общение с пациентами.

**Выводы по результатам исследования.**

1. Неврологическое отделения — единственное в городе, где круглосуточно принимают пациентов с экстренными показаниями для госпитализации.

2. Статистика госпитализации пациентов с ишемическим инсультом представлена за исследуемый период стабильно высокими цифрами.

3. Анализ деятельности медицинских сестер неврологического отделения по уходу за пациентами с ишемическими инсультами выделяет ряд характерных особенностей, также следует отметить, что как и физически, так и эмоционально работа требует от среднего медицинского персонала огромных усилий и самоотдачи.

4. Отмечена работа среднего медицинского персонала в отношении родственников пациентов, которым уделяется внимание в удовлетворении их нарушенных психологических потребностей.

5. Несмотря на молодой возраст среднего медицинского персонала отрадно отметить высокую квалификацию и динамику повышения квалификации самостоятельно.

6. Несмотря на наличие стрессовых ситуаций средний медицинский персонал осуществляет уход за пациентами после ишемического инсульта в полном объеме.

Цель исследования достигнута, задачи решены в полном объеме.

Роль медицинской сестры неврологического отделения в организации ухода за пациентом, его лечении и реабилитации с ишемическоминсультом является первостепенной и неоценимой.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

1. Укажите ваш возраст:

а) 20- 30 лет;

б) 30-40 лет;

в) 40-55 лет ;

г) свыше 55.

2. Образование:

а) среднее;

б) неполное высшее;

в) высшее.

3. Укажите, сколько лет вы посвятили медицине (опыт работы)?

а) 5 и менее;

б) 10;

в) 15;

г) 20 и более.

4. Ваша квалификационная категория:

а) нет;

б) есть первая;

в) есть высшая.

5.Каким способом самосовершенствуетесь:

а) повышение квалификации в установленном порядке;

б) путем посещения конференций и семинаров;

в) журналы и научная литература.

6. Что привело вас в медицину:

а) случай;

б) желание оказывать помощь больным.

7. Мотивация к работе (отметьте не более двух пунктов):

а) материальный доход;

б) работаю, потом что нравиться оказывать посильную медицинскую помощь;

в) не нравиться, но работать надо;

г)близкое расположение ЛПУ к дому;

д) другое.

8. Как вы оцениваете условия в отделении на рабочем месте:

а) отличные;

б) хорошие;

в) удовлетворительные;

г) неудовлетворительные.

9. Испытываете ли вы трудности в общении с пациентами:

а) да;

б) нет;

в) иногда.

10. Считаете ли вы, что помощь пациентам в полном объеме

а) да;

б) нет;

в) затрудняюсь ответить.

11. наблюдается ли эффект после работы с пациентами:

а) да, наблюдается;

б) нет, не наблюдается;

в) частично.

12. Как вы считаете, материально-техническое обеспечение отвечает нормам и может быть эффективным:

а) да;

б) нет;

в) не в полном объеме.

13. Обучаете ли вы пациентов и их родственников навыкам самообслуживания, массажа, лечебной физкультуры:

а) да;

б) нет.

14. Часто ли вы находитесь в стрессовых ситуациях:

а) да;

б) нет.

15.Как стресс влияет на отношения к работе:

а) не влияет;

б) влияет отрицательно.

16. Какие у вас приоритеты (отметить не более двух пунктов):

а) коллектив;

б) зарплата;

в) общение с пациентами.

ПРИЛОЕЖЕНИЕ Б

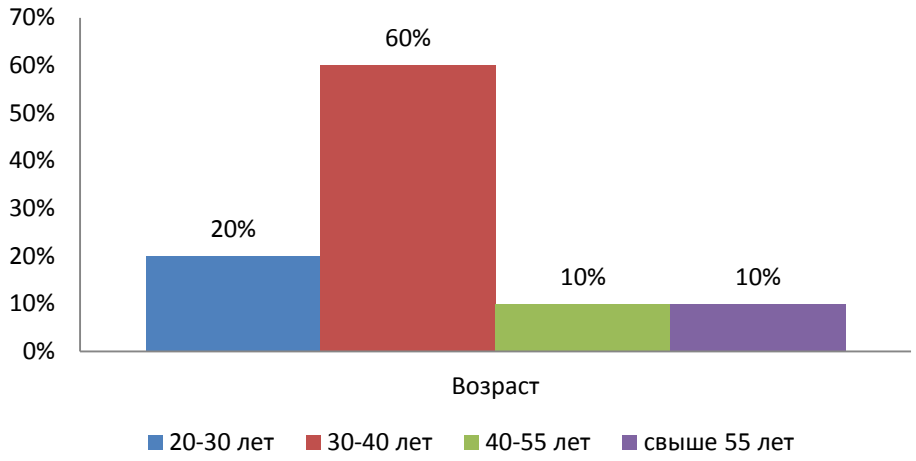



**Рисунок 1 – Возраст**

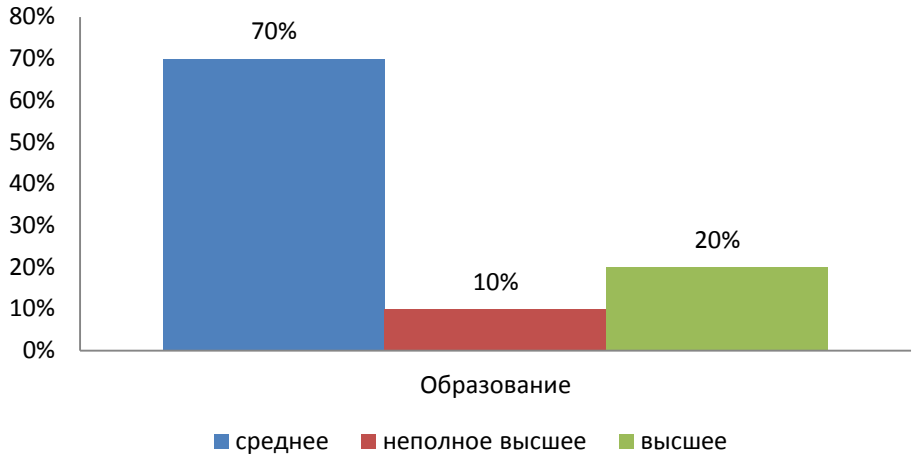



**Рисунок 2 – Уровень образования**

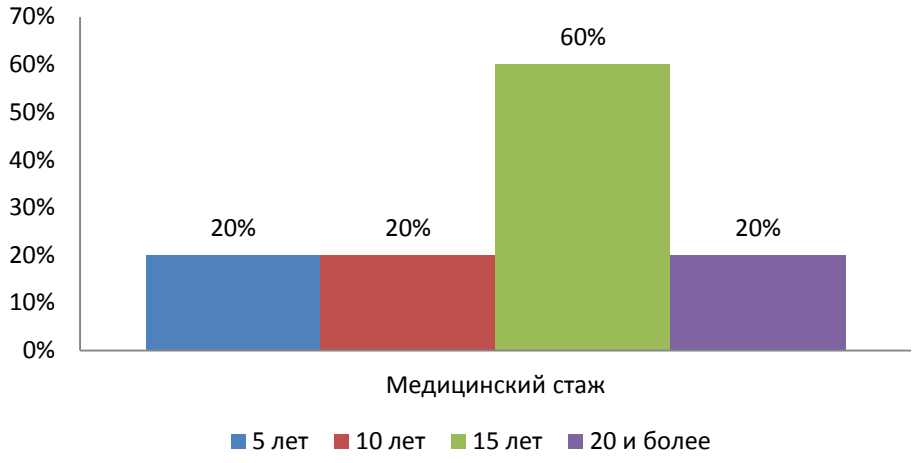



**Рисунок 3 – Медицинский стаж**

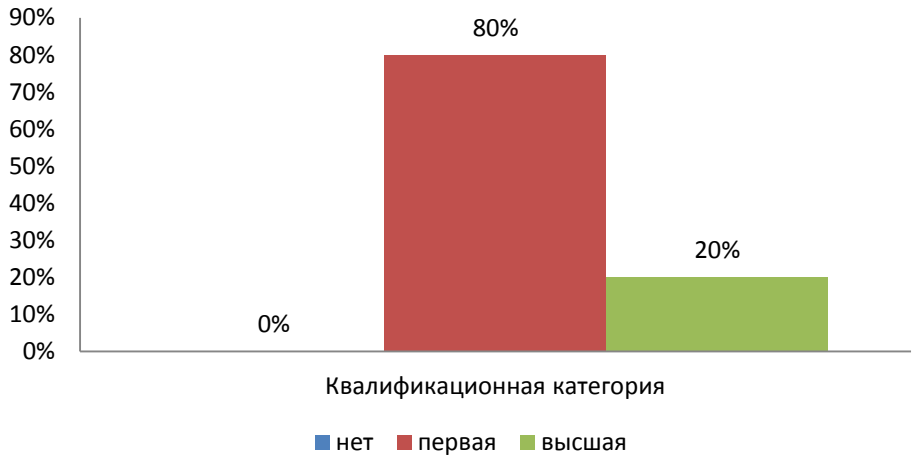



**Рисунок 4 – Квалификационная категория**

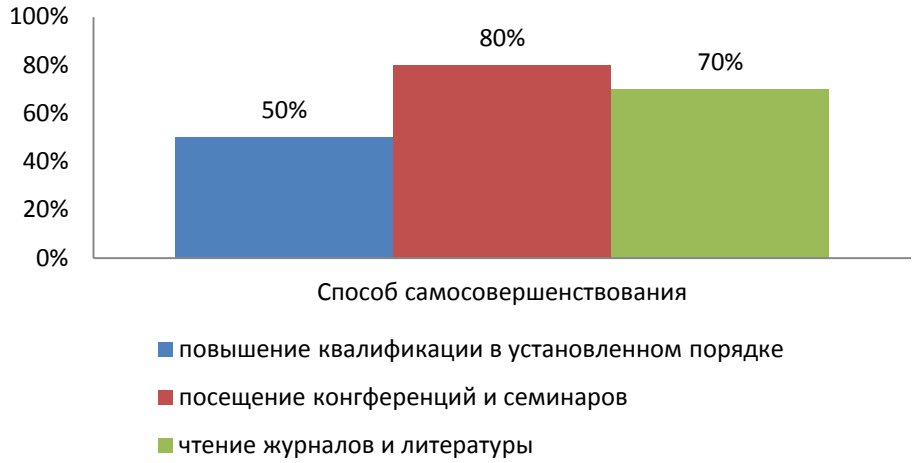



**Рисунок 5 - Способ самосовершенствования**

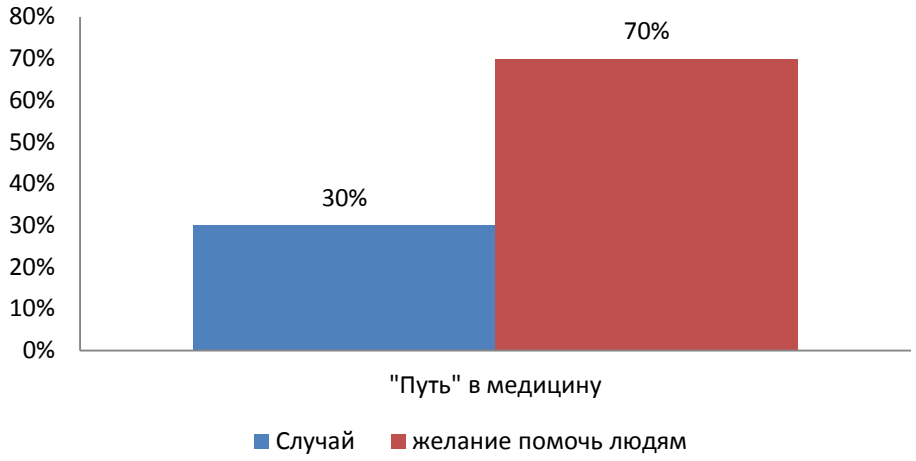



**Рисунок 6 – «Путь» в медицину**

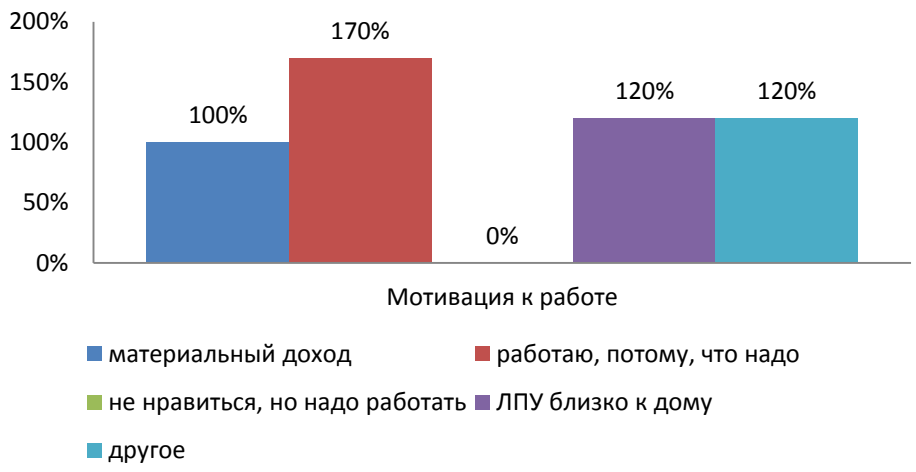



**Рисунок 7 – Мотивация к работе**

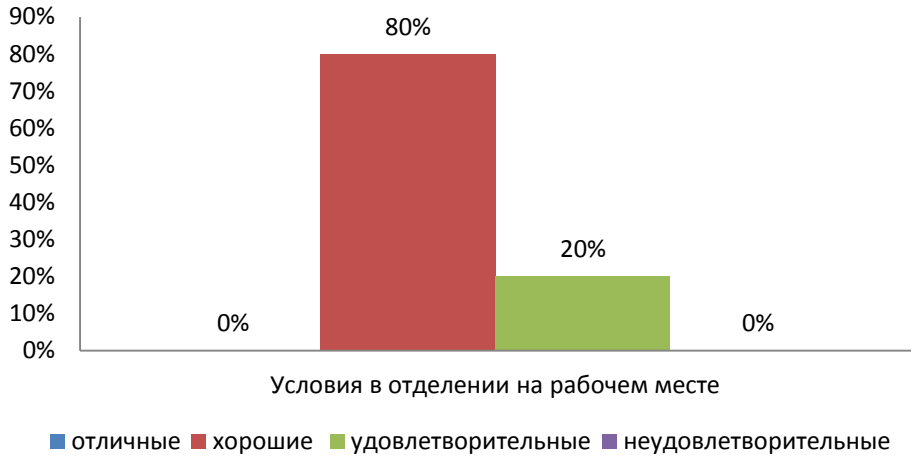



**Рисунок 8 - Условия в отделении на рабочем месте**

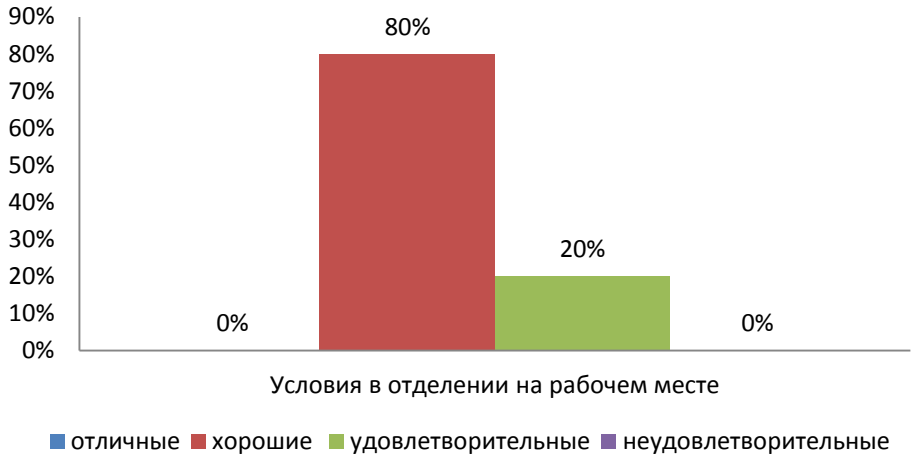



**Рисунок 9 - Условия на рабочем месте**

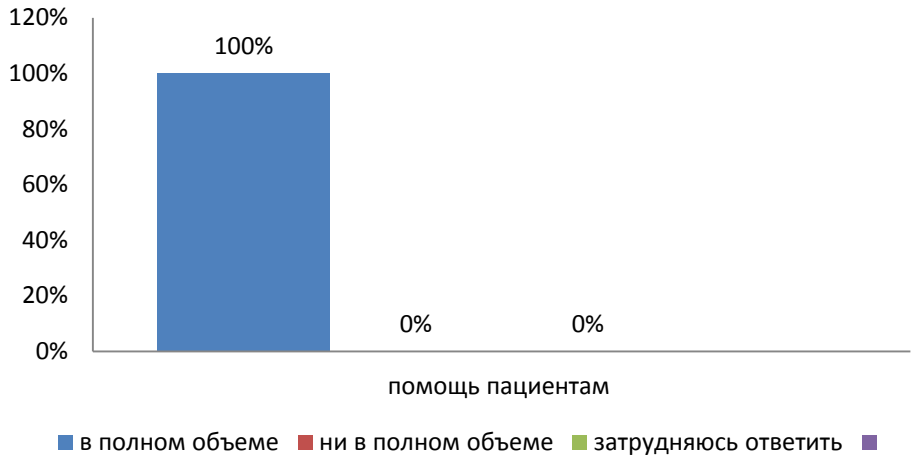



**Рисунок 10 – Помощь пациентам**

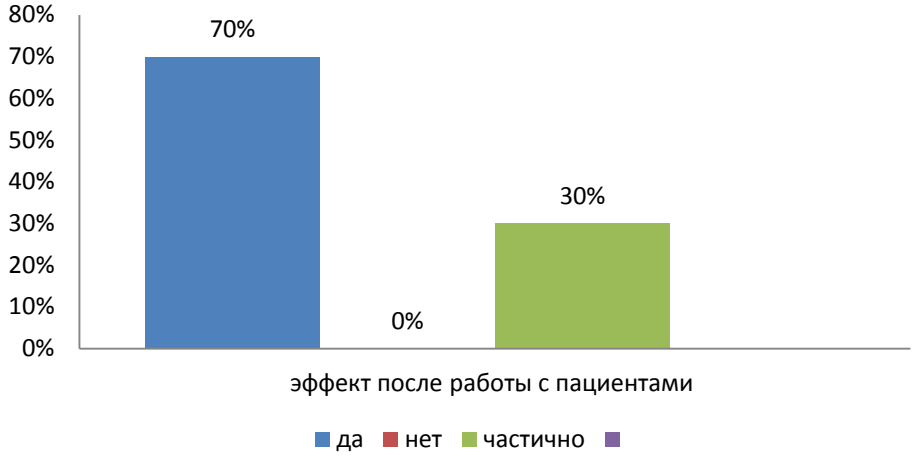



**Рисунок 11 – Эффект после работы с пациентами**

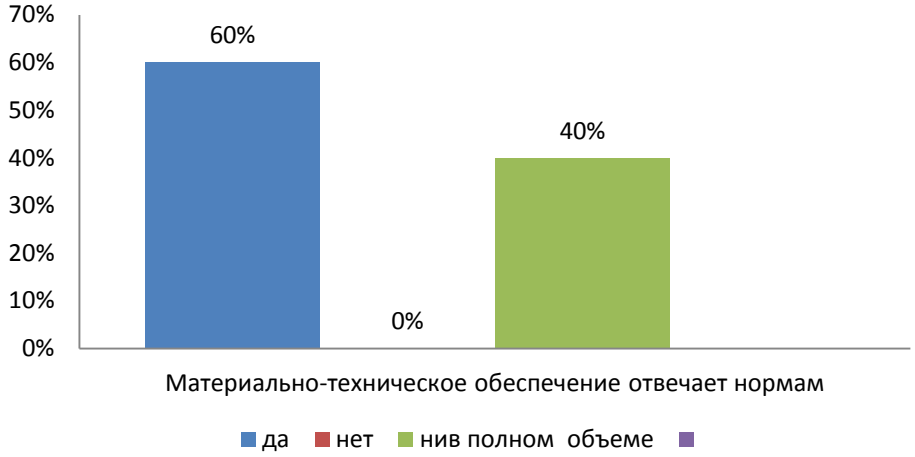



**Рисунок 12 – Материально-техническое обеспечение**

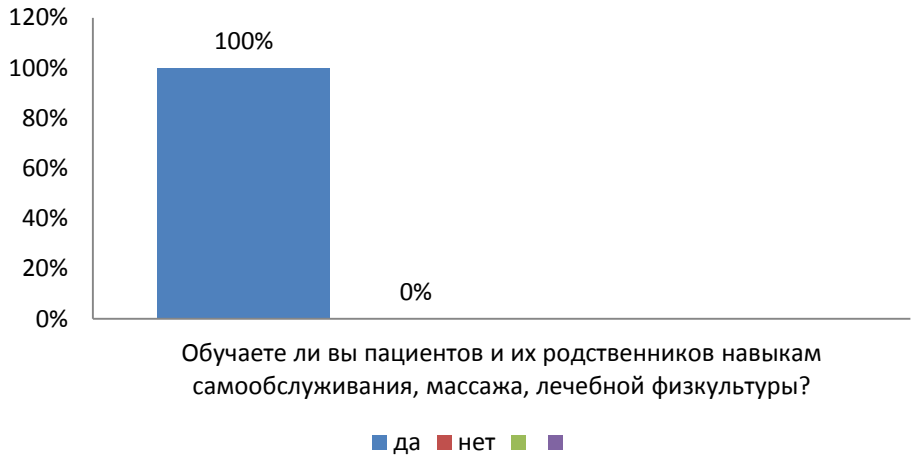



**Рисунок 13 – Обучение пациентов и их родственников**

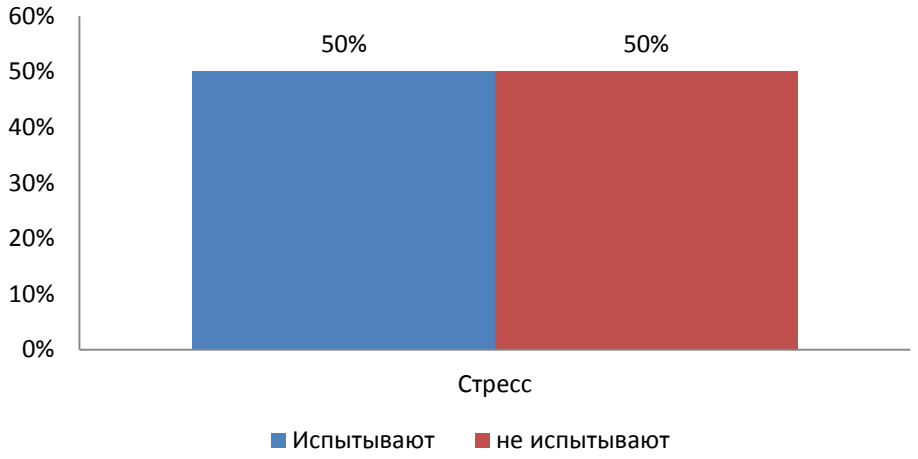



**Рисунок 14 – Стресс в работе**

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

## Санитарный бюллетень

**Ишемический инсульт – не заболевание, а клинический синдром, который развивается из-за общего или местного патологического поражения сосудов.**

# *Ишемический инсульт*

**К причинам ишемического инсульта относят такие заболевания:**

*ожирение, гипертоническая болезнь, различные аритмии, нарушение свертывающей системы крови, заболевания сосудов (дистонии), сахарный диабет, атеросклероз, патология сосудов шеи и головы, мигрень, болезни почек.*

ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ

**Признаки ишемического инсульта**

1. Движения – слабость или невозможность совершить обычные движения верхними и (или) нижними конечностями с одной или обеих сторон – парезы.
2. Координации – потеря ориентации, головокружение.
3. Речи – невозможность понимания речи (афазия) и пользования речевым аппаратом: невнятность произношения – дизартрия, нарушение при чтении – алексия, «отсутствие» навыков письма – аграфия, невозможность сосчитать до 10 – акалькулия.
4. Чувствительности – ощущение ползания «мурашек».
5. Зрения – снижение, выпадение зрительных полей, двоение в глазах.
6. Глотания – афагия.
7. Поведения – трудность в выполнении элементарных функций: причесаться, умыться.
8. Памяти — амнезия.

**Профилактика и прогноз ишемического инсульта головного мозга**

***Профилактика ишемического инсульта направлена на то, чтобы предотвратить возникновение инсульта и не допустить осложнений и повторной ишемической атаки. Необходимо своевременно лечить артериальную гипертонию, провести обследование при болях в сердце, не допускать резких подъемов давления. Правильное и полноценное питание, отказ от курения и приема алкоголя, здоровый образ жизни – основное в профилактике инфаркта мозга.***

**Питание после инсульта**

*Питаться необходимо 4-6 раз в день. Пища должна быть малокалорийной, но богатой белками, растительными жирами и сложными углеводами. Для профилактики запоров необходимо употреблять большое количество растительной клетчатки. Сырые овощи – шпинат, капуста, свекла улучшают биохимические процессы в организме, поэтому должны быть в меню в достаточном количестве. Необходимо ежедневное употребление черники и клюквы, так как они способствуют быстрому выведению свободных радикалов из организма. Не разработано специальной диеты после ишемического инсульта. Основные рекомендации: меньше соли, употребление копченостей, жареных, жирных, мучных продуктов исключено. В меню основных продуктов для больных является: нежирные сорта мяса, рыба, морепродукты, молочные продукты, каши, растительные масла, овощи, фрукты.*

## Библиографический список

1. 10 ведущих причин смерти в мире, ВОЗ, 2012 (Thetop 10 causesofdeath. WHO.).

2. Комплексный социальный проект социально-психологической реабилитации больных, перенесших инсульт «Жизнь после инсульта».

3. https://yandex.ru/health/turbo/articles?id=5296&textИнсульт ишемический - симптомы и лечение.

**Значение сестринского ухода в работе с пациентами после инсульта в процессе ранней реабилитации**

***Ливаненкова Л.В.***

**специальность 34.02.01 Сестринское дело**

**Научный руководитель: Дементьева О.С., преподаватель**

**ГАПОУ «Орский медицинский колледж»**

Ежегодно в мире переносят инсульт более 20 миллионов. В России, где ежегодно заболевают инсультом более 450 тысяч человек, это заболевание занимает ведущее место в структуре общей смертности населения.

Борьба с инсультом может принести результат лишь в случае, если будет вестись не стихийно, а системно и комплексно.

Важнейшим направлением работы сестринского персонала является ранняя реабилитация больных. Она начинается ещё в стационаре, когда медицинская сестра помогает больному избавиться от чувства отчаяния, возникающего от наступившей беспомощности. Важно научиться вовлекать самого пациента в раннюю реабилитацию, обучать его, поощрять самостоятельность. [1]

Исходя из актуальности исследования, нами сформулирована цель – изучение особенностей сестринского ухода в работе с пациентами после инсульта в процессе ранней реабилитации.

Объект исследования - ранняя реабилитация после инсульта.

Предмет исследования - сестринский уход за пациентами после инсульта в процессе ранней реабилитации.

В исследовании были использованы следующие методы научного исследования: сравнительный, экспериментальный, наблюдение, анкетирование.

**Инсульт**, или сосудистый мозговой удар, возникает в результате ухудшения кровоснабжения головного мозга.

Различают два основных вида инсульта: ишемический и геморрагический. При обоих видах происходит гибель участка мозга, который кровоснабжался пострадавшим сосудом. [2]

Реабилитационные мероприятия должны начинаться на самых ранних этапах развития инсульта.

Как только медицинские параметры укажут на стабильность состояния пациента, можно приступать к **активной восстановительной терапии.** Она должна быть **ранней, интенсивной** и, если полученные результаты окажутся недостаточными, **повторяемой.**

Медицинская реабилитация – это активный процесс, целью которого является достижение полного восстановления нарушенных вследствие заболевания или травмы функций, либо, если это невозможно – оптимальная реализация физического, психического и социального потенциала инвалида, наиболее адекватная интеграция его в обществе.

Есть часть пациентов, у которых после инсульта происходит частичное (а порою и полное) самостоятельное восстановление поврежденных функций. Скорость и степень этого восстановления зависят от ряда факторов: период заболевания (давность инсульта), размеры и место очага поражения. Восстановление нарушенных функций происходит в первые 3-5 месяцев от начала заболевания.

Конечная цель реабилитации после перенесенного инсульта заключается в достижении максимальной степени физической и психологической независимости. Человек должен обладать уровнем функциональной независимости, причем не только в искусственных благоприятных условиях, как, например, в больнице, но в особенности дома и среди окружающих людей. Это означает, что восстановительное лечение должно проводиться постоянно в течение всего дня и затрагивать все стороны повседневной жизни пациента. Оно обязано стать рутинной частью дневных дел. Реабилитация не должна быть эпизодической, проводимой два - три раза в неделю.[5]

В остром периоде инсульта ранняя реабилитация решает следующие задачи: предупреждение и организация лечения осложнений, связанных с иммобилизацией, сопутствующих заболеваний определение функционального дефицита и сохранных возможностей пациента улучшение общего физического состояния пациента выявление и лечение психоэмоциональных расстройств, предупреждение повторного инсульта.

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

Реабилитационные мероприятия начинаются уже в блоке интенсивной терапии и включают комплекс мероприятий:

- профилактические мероприятия - эластическое бинтование нижних конечностей, возвышенное положение головного конца кровати, обработка кожных покровов, чисто нательное и постельное белье, тугое натягивание постельного белья.

- лечение положением - придание парализованным конечностям правильного положения за все время нахождения пациента в постели: положения на здоровом боку, на парализованной стороне и на спине, в положении сидя.

- пассивные и пассивно – активные упражнения начинаются уже через 3–4 дня после начала инсульта.

- ранняя вертикализация - больному придается возвышенное положение туловища при приеме пищи.

- дыхательная гимнастика - дыхательные упражнения выполняются на протяжении всего курса лечения. После полного выдоха используется короткая пауза - этим обеспечивается хороший вдох. Дышать следует через нос.

- социальная реабилитация - беседа с родственниками для сотрудничества и удовлетворения нужд пациента; обучение пациента навыкам самообслуживания, обучение родственников правильному уходу за больным, перенесшим инсульт.[6]

Итак, инсульт – тяжелое, смертельно опасное состояние, возникающее при внезапном остром нарушении кровоснабжения клеток мозга, в результате которого происходит отмирание участка мозговой ткани с развитием общемозговой и неврологической симптоматики.

Реабилитация после инсульта – это комплекс мер, которые направлены на скорейшую и максимально полную адаптацию человека к жизни в новых условиях.

Важное место на всех этапах реабилитации человека после инсульта занимает сестринский уход. Работники среднего медицинского звена должны не только выполнять назначения врачей. У них есть собственный алгоритм ведения больных после инсульта. Во многом именно от медсестер зависит скорость выздоровления пострадавшего и качество его дальнейшей социальной адаптации.

Основную роль в уходе за больным после инсульта играет медицинская сестра. Ролью медицинской сестры является системный подход к оказанию помощи в изучаемом вопросе, направленный на потребности пациента. Подход включает с себя мероприятия, которые ориентированы на обнаружение, профилактику, устранение или хотя бы облегчение проблем пациента.

Исследование включало в себя несколько этапов:

Предварительный этап состоял из аналитического обзора данных литературы, изучения нормативной базы (медицинская литература, журналы, сборники научных статей, авторефераты и диссертации).

На первом этапе был дан анализ медицинской документации неврологического отделения ГАУЗ «Городская больница №4» г. Орска с целью изучения статистики заболеваемости инсультом.

На втором этапе проведен социологический опрос пациентов (их родственников) неврологического отделения ГАУЗ «Городская больница №4» г. Орска с целью выявления уровня знаний по вопросам ухода за пациентами, перенесшими инсульт, и определения качества жизни у пациентов.

На третьем этапе после обработки и интерпретации полученных результатов были составлены рекомендации для медицинских сестер, а также для родственников по уходу за пациентом, перенесшим инсульт.

Основными проблемами пациентов являлись невозможность передвигаться самостоятельно, частичная обездвиженность, затруднение или невозможность поворотов в кровати, изменения положения тела, нарушение навыков проведения гигиены (умывание лица, причесывание, чистка зубов), невозможность самостоятельно осуществлять процесс передвижения по палате, в пределах отделения, подъема по лестнице. [3]

Внедрение адекватной последовательности реабилитационных методов в сестринском уходе за пациентами различного возраста, перенесших инсульт, в настоящее время позволяет улучшить функциональную дееспособность, мобильность больных. Отмечалось достоверное повышение мобильности на момент выписки во всех группах. Также в ходе лечения приоритетные и сопутствующие проблемы, выявленные во время сестринского обследования пациентов, были решены на 80%.

Была составлена памятка по уходу за больным инсультом, включающая ознакомление родственников со спецификой ухода за постинсультными больными, особенностями диеты и питьевого режима, обучение правильному позиционированию, простым методам наблюдения за состоянием больного, после чего степень информированности родственников достигла 100%.

Основной задачей организации сестринского процесса является обеспечение потребности пациента в высококвалифицированном сестринском уходе, что достигается путем реализации в медицинской практике следующих целей: определение конкретных потребностей пациентов в уходе, выделение из ряда существующих потребностей приоритетов по уходу и ожидаемых результатов ухода с прогнозированием его последствий, определение плана действий медицинской сестры и стратегии, направленной на удовлетворение нужд пациентов, оценка эффективности проведенной сестрой работы, профессионализма сестринского вмешательства.

Ранняя реабилитация и оказание качественного сестринского ухода в реабилитации пациентов, перенесших инсульт, является необходимым условием для осуществления профессионального ухода за пациентами, способствует положительной динамике неврологических нарушений у пациентов с различными типами инсульта, улучшает качество жизни (самообслуживание, передвижение в пространстве, функциональная активность).[4]

Практические рекомендации.

1. Необходимо учитывать для адекватной организации реабилитации медицинской сестрой важность как приоритетных проблем - неврологических нарушений, сопровождающихся нарушением мобильности (невозможность передвигаться самостоятельно, частичная обездвиженность, затруднение или невозможность поворотов в кровати, изменения положения тела, нарушение навыков проведения гигиены, невозможность самостоятельно осуществлять процесс передвижения), так и сопутствующих проблемы (артериальная гипертония, интенсивные головные боль, кашель на фоне бронхита и пневмонии).

2. Внедрение адекватной последовательности реабилитационных методов в сестринском процессе у пациентов различного возраста, перенесших инсульт, в настоящее время позволяет улучшить функциональную дееспособность, мобильность больных.

**Библиографический список:**

1. А.С. Кадыков «Реабилитация после инсульта» // Российский медицинский журнал - 1917 г. № 1 с.21-24

2. Данилов В.И., Хасанова Д.Р., Агафонова Н.В. и др. Инсульт. Современные подходы диагностики, лечения и профилактики. Методические рекомендации. – М., 2013. – 117 с.

3. Т.П., Склярова Т.А. Основы сестринского ухода. Ростов-на-Дону, «Феникс», 2010 – 94с.

4. Инсульт: программа возврата к активной жизни. /ВОЗ, Базеко Н. П., Алексеенко Ю.В. — М.: Мед. лит., 2014. — 256 с.

5. Ермакова М.М., Голенков А.В. Что должна знать медсестра об инсульте // Медицинская сестра. №6 – 2013. – 7 –11 с.

6. Маркин С. П. Реабилитация больных с острым нарушением мозгового кровообращения / С. П. Маркин // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 2010. – № 12, вып. 2. – 41–45 с.

**Атеросклероз как фактор риска развития острого нарушения мозгового кровообращения**

***Лисогор М.А.***
**специальность 31.02.01 Лечебное дело**
**Научный руководитель: Стерхова Н.А., преподаватель ОГБПОУ «Ангарский медицинский колледж»**

Острое нарушение мозгового кровообращения имеет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи с высокими показателями заболеваемости, значительными показателями временных трудовых потерь, ведущим местом среди всех причин инвалидизации, смертности, огромными расходами в системе здравоохранения. В мире ежегодно регистрируется более 15 млн. случаев в год, в России – острое нарушение мозгового кровообращения развивается у 400-450 тыс. человек. Показатели заболеваемости острыми нарушениями мозгового кровообращения в целом по России имеют стойкую тенденцию к повышению, при этом в Иркутской области в течение последних лет они значительно выше, чем в среднем по Российской Федерации и Сибирскому федеральному округу, что обуславливает высокую актуальность проблемы острого нарушения мозгового кровообращения для Иркутской области.

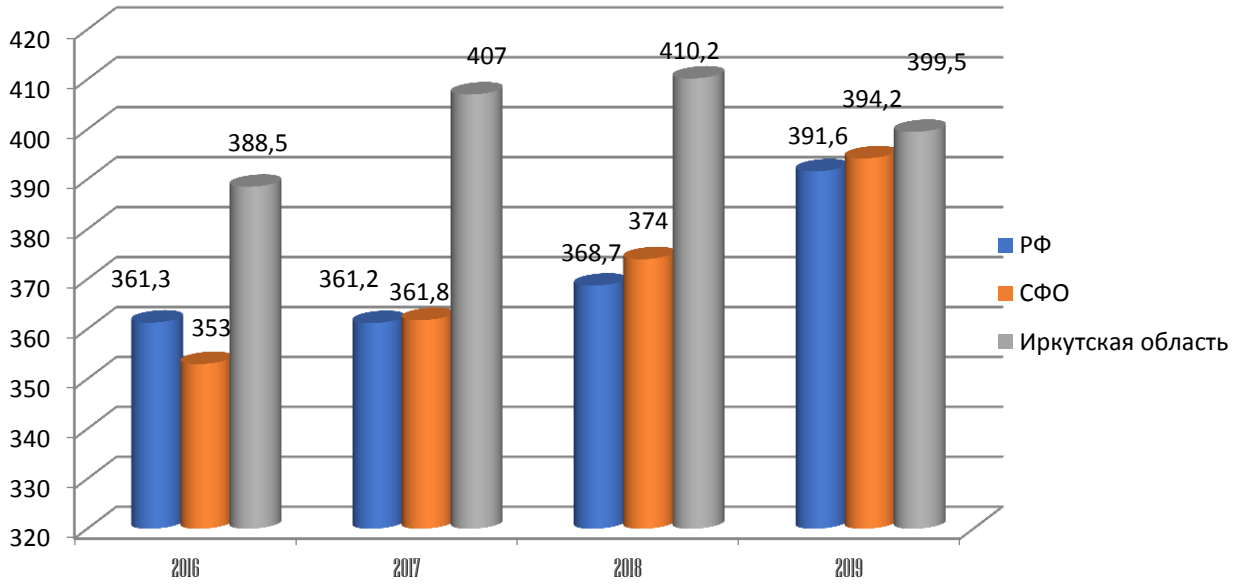


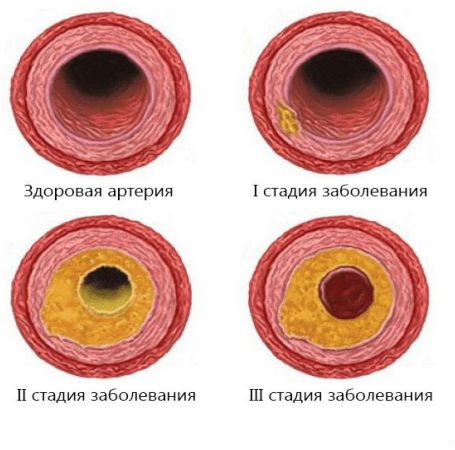

Рис 1 - Заболеваемость населения ОНМК по РФ

Таким образом, острое нарушение мозгового кровообращения является важнейшей медико-социальной проблемой для России и, особенно, для Иркутской области. Данное заболевание, значительно снижет качество жизни пациентов, приводит к медико-социальным, психологическим и экономическим проблемам, что определяет необходимость

совершенствования медицинской помощи как больным с факторами риска инсульта, так и с развившимся острым нарушением мозгового кровообращения.

Главными этиологическими факторами развития ОНМК как по ишемическому типу, так и по геморрагическому типу остаются по-прежнему атеросклероз и неконтролируемая артериальная гипертензия. Следовательно, вопросам первичной профилактики инсульта следует уделять большее внимание, так как предотвращение инсульта более эффективно, чем его лечение и вторичная профилактика.

При развитии церебрального атеросклероза, главным образом, поражаются артерии основания мозга и средние мозговые артерии. В ряде случаев причиной тяжелых изменений головного мозга является поражение экстракраниальных артерий, особенно внутренней сонной артерии, чаще в месте бифуркации сонной артерии (область гемодинамического удара). В случае закупорки интра- или экстракраниальных артерий (внутренняя сонная и позвоночные артерии), развивается инсульт по ишемическому типу (серое размягчение), реже кровоизлияние в мозг (ишемия по геморрагическому типу). Причиной закупорки может быть тромбоз или эмболия атероматозными массами. Длительная, медленно развивающаяся ишемия головного мозга на фоне стенозирующего атеросклероза артерий, питающих головной мозг, приводит к дистрофии и атрофии коры больших полушарий, развитию приходящих нарушений мозгового кровообращения и атеросклеротическому слабоумию.




Для подтверждения актуальности проблемы инсульта была определена цель исследования: провести анализ роли и участия фельдшера в проведении профилактических мероприятий у пациентов с высоким фактором риска развития ОНМК. Для реализации поставленной цели необходимо было решить следующие задачи: 1. Изучить и проанализировать теоретический материал по теме исследования. 2. Провести анализ факторов риска развития ОНМК на базе поликлиники и стационара ОГАУЗ «АГ БСМП»,

города Ангарска. 3. Провести анализ роли и участия фельдшера в проведении профилактических мероприятий пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения. Объект исследования: профилактические мероприятия на поликлиническом и стационарном этапах. Предмет исследования: роль и участие фельдшера в проведении профилактических мероприятий пациентам с острым нарушением мозгового кровообращения на поликлиническом и стационарном этапах.

Для получения объективных результатов были использованы следующие методы исследования: теоретический и статистический.

Для того, чтоб подчеркнуть актуальность заболеваемости инсультом на первом этапе работы мною были изучены материалы отчетов за последние 3 года по следующим показателям: количество госпитализированных больных в отделение для больных с острым нарушением мозгового кровообращения с подтвержденным диагнозом ОНМК по результатам МСКТ.

Мною проведен анализ возрастной структуры пациентов с ОНМК, госпитализированных в неврологическое отделение в 2016-2019 годах.

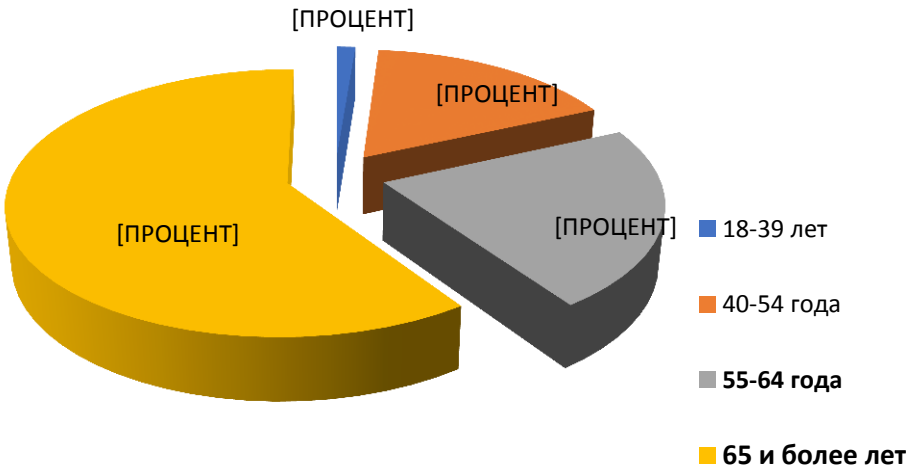



Рис 2 - Возрастная структура пациентов с ОНМК

Проанализировав полученные данные по возрастному признаку, можно сделать вывод, что в структуре ОНМК больший удельный вес занимают лица в возрасте от 55 до 65 лет и старше. Это можно объяснить тем, что в данной возрастной категории люди уже имеют ряд хронических заболеваний, а именно: артериальную гипертензию, церебральный атеросклероз сахарный диабет, патологию сердечно-сосудистой системы, ожирение, наличие гиподинамии и другие заболевания, которые являются провоцирующим фактором развития ОНМК. И именно этой категории лиц необходимо уделить особое внимание.

На втором этапе исследования проводилось анкетирование пациентов поликлинического и стационарного звена больницы скорой медицинской помощи. Мною проведено анкетирование пациентов, активно посещающих поликлинику и госпитализированных в стационар в сентябре 2020 года.

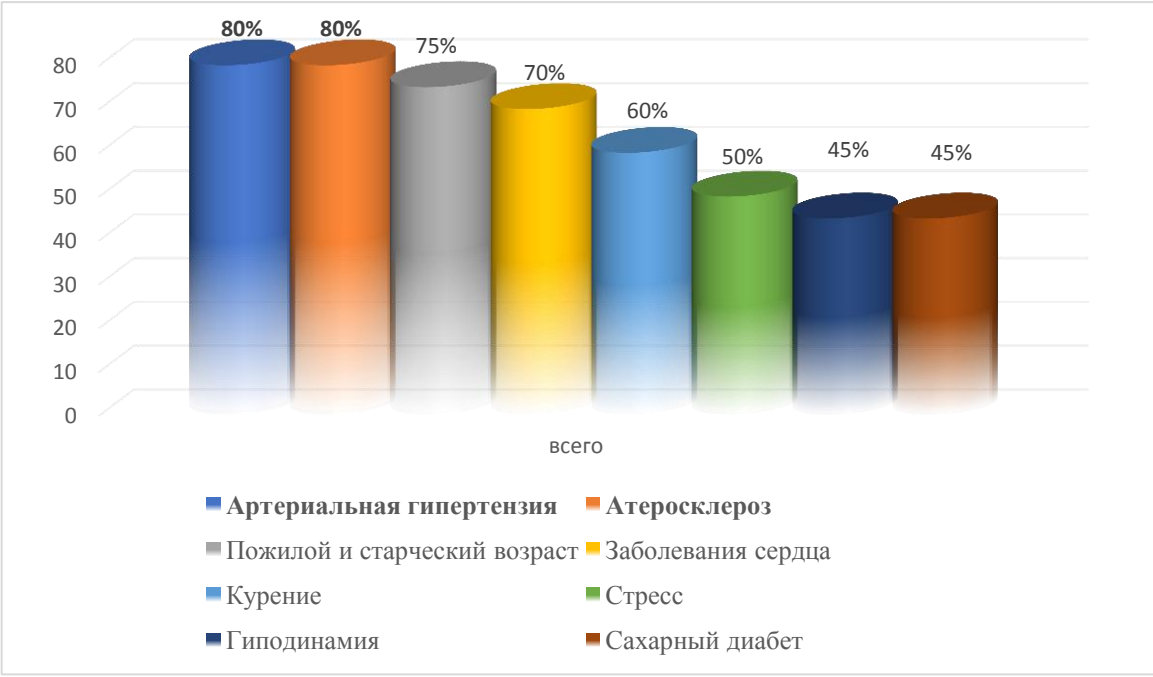



Рис 3 - Распространенность факторов риска развития ОНМК

Таким образом, на первом месте среди факторов риска развития ОНМК стоят артериальная гипертензия и атеросклероз, именно 80% опрошенных пациентов страдали данными заболеваниями.

В результате проведенной исследовательской работы можно сделать вывод, что инсульт - это одно из самых опасных заболеваний современного общества, именно поэтому для успешной борьбы с этим недугом требуются серьезные меры, самая главная из которых – это проведение профилактических мероприятий на всех этапах оказания помощи.

Для фельдшера очень важно своевременно выявлять пациентов с наличием факторов риска развития ОНМК, проводить беседы с пациентами и их близкими по предупреждению развития данного заболевания, формировать ответственное отношение к своему здоровья, регулярно проводить лечебно-профилактические мероприятия, систематически направлять пациентов к узким специалистам на консультацию, следить за прохождением диспансеризации среди пациентов 55 лет и старше, в доступной форме предоставлять информацию о здоровье и мерах предупреждения хронизации заболеваний, контролировать

приём лекарственных средств у пациентов с факторами риска и своевременно корректировать дозировки препаратов во избежание ухудшения состояния пациентов.

Своевременное и квалифицированное оказание помощи на поликлиническом этапе, улучшает прогноз в отношении жизни и значительно снижает риск развития заболеваний, осложнений и инвалидизации пациента.

**Список используемых источников:**


1. Балунов О.А., Коцибинская Ю.В. «Роль некоторых социально-бытовых факторов в формировании адаптации у больных, перенесших инсульт» Неврологический журнал -2013, № 6 -с.28-30.
2. Виленский, Б.С. Геморрагические формы инсульта. Кровоизлияние в головной мозг, субарахноидальное кровоизлияние. - М.: Фолиант, 2017. - 214 с.
3. Неврология. Национальное руководство. Под ред. Е.И. Гусева, А.Н. Коновалова, А.Б. Гехт, - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2016.
4. Отвагина Т.В. Неотложная медицинская помощь: учебное пособие/ Т.В. Отвагина. – Изд. 13-е – Ростов н/Д: Феникс, 2015. – 251.
5. Салдина И.Ю., Клочихина О.А., Шпрах В.В., Стаховская Л.В. Эпидемиология инсульта в Иркутске по данным территориально-популяционного регистра. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова.Спецвыпуски.2015;115(9):15-19.

**Атеросклероз сосудов головного мозга**

*Красников А.В.*

31.02.01 Лечебное дело

Научный руководитель: Трискибо В.В., преподаватель ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова», Селезнёв А.Г., Трискибо В.В., преподаватель ОГБПОУ «Карсунский медицинский техникум имени В.В. Тихомирова»

В настоящее время проблема атеросклероза сосудов головного мозга является одной из наиболее актуальных проблем в медицине, ведь он развивается в течении всей жизни человека практически без каких либо-симптомов, и клинически-значимые проявления атеросклероза появляются уже при тяжелом поражении сосуда. К тому же необходимо отметить, что смертность от атеросклероза довольно высока и распространена, и достигает в России 800 человек на 100 000 населения.

Целью работы является изучение понятия атеросклероза сосудов головного мозга, а так же изучение предрасполагающих факторов его развития, механизмов развития данного состояния, его диагностики, лечения заболевания а так же возможной профилактики.

Задачами работы являются:

- Изучение понятия атеросклероза сосудов головного мозга
- Изучение механизма развития атеросклероза сосудов головного мозга
- Изучение предрасполагающих факторов развития данного заболевания
- Изучение путей диагностики атеросклероза
- Изучение лечения атеросклероза
- Изучение профилактики атеросклероза сосудов головного мозга

Атеросклероз сосудов головного мозга это патологический процесс, характеризующийся отложением липидных бляшек на стенках сосудов, питающих мозг, в последующем эти бляшки заменяются соединительной тканью, в результате чего происходит сужение просвета сосуда, уменьшается приток крови по нему к участку мозговой ткани и формируется нарушение подачи крови и питательных веществ, которое может иметь критические последствия. При атеросклерозе сосудов головного мозга наиболее часто поражаются сонные и позвоночные артерии. Одними из первых признаков атеросклероза сосудов мозга являются периодически возникающая головная боль, шум в ушах преходящего характера, особенно эти признаки усиливаются во время напряженной умственной деятельности, а так же могут проявляться нарушения памяти, повышенная

утомляемость, нервная возбудимость, снижение работоспособности человека, бессонница по ночам и сонливость в дневное время, головокружения, и в некоторых случаях могут обостряться даже черты характера, например бережливость – в скупость, пунктуальность – до педантичности и т.д., а так же у больных могут отмечать изменения в психоэмоциональной сфере – они становятся мнительны, слезливы, длительно переживают из-за незначительных неудач, могут развиваться депрессии.

Одной из главных опасностей атеросклероза является так же то, что его признаки как правило начинают проявляться когда болезнь уже развилась, и даже при начальных их проявлениях больные их списывают на усталость на работе, возраст, утомляемость, не обращая на них внимания до тех пор, пока не станет поздно, что в последствии может привести к развитию у больного ишемического инсульта.

В то же время существуют факторы, предрасполагающие к развитию атеросклероза, и при наличии у пациента одного, или нескольких из них, имеет место объяснить ему возможность у него развития данного состояния, его опасности, и так же провести работу по профилактике. К предрасполагающим факторам относят:

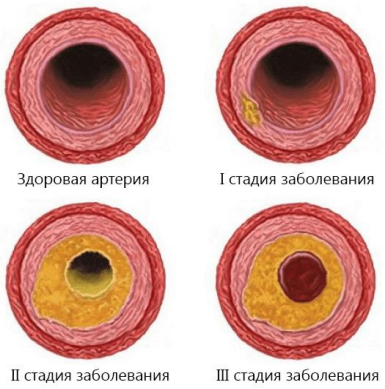
- Возраст
- Пол (чаще у мужчин)
- Наследственность
- Курение
- Артериальная гипертензия
- Ожирение
- Сахарный диабет
- Малоподвижный образ жизни
- Нарушения жирового обмена
- Злоупотребление алкоголем
- Нерациональное питание (злоупотребление пищей богатой животными жирами и холестеринами, переедание)

Атеросклероз развивается в течении многих лет постепенно, стадиями, эти стадии можно выделить как:

I стадия липидного (или жирового) пятна. Для отложения жиров в сосудистой стенке существенную роль играют микроповреждения стенок артерий и локальное замедление кровотока. Наиболее подвержены атеросклерозированию участки разветвлений сосудов. Сосудистая стенка разрыхляется и отекает. Ферменты артериальной стенки стремятся растворить липиды и защитить ее целостность. Когда защитные механизмы истощаются, на

этих участках образуются сложные комплексы соединений, состоящие из липидов (преимущественно холестерина), белков и происходит их отложение во внутренней оболочке артерий. Продолжительность стадии липидного пятна различна. Такие жировые пятна видимы только под микроскопом, их можно обнаружить даже у грудных детей.

II стадия липосклероза. Характеризуется разрастанием в участках жировых отложений молодой соединительной ткани. Постепенно идет формирование атеросклеротической бляшки, состоящей из жиров и соединительнотканных волокон. На данном этапе атеросклеротические бляшки еще жидкие и могут быть подвергнуты растворению. С другой стороны, они представляют опасность, так как их рыхлая поверхность может разрываться, а фрагменты бляшек закупоривать просвет артерий. Стенка сосуда в месте прикрепления атеросклеротической бляшки теряет свою эластичность, трескается и изъязвляется, приводя к образованию тромбов, также являющихся источником потенциальной опасности.




III стадия атерокальциноза. Дальнейшее формирование бляшки связано с ее уплотнением и отложением в ней солей кальция. Атеросклеротическая бляшка может вести себя стабильно или постепенно расти, деформируя и сужая просвет артерии, вызывая прогрессирующее хроническое нарушение кровоснабжения питаемого пораженной артерией органа. При этом высока вероятность острой закупорки просвета сосуда тромбом или фрагментами распавшейся атеросклеротической бляшки с развитием участка некроза или гангрены в кровоснабжаемой артерией конечности или органе.

Развитие атеросклероза в сосудах головного мозга, происходит постепенно, в зависимости от стадии прогрессирования заболевания можно выделить следующие изменения у больного:

На первых стадиях болезнь дает о себе знать только после физической или эмоциональной нагрузки и быстро проходят, когда больной переходит в состояние покоя. Основной симптом это - астения, сопровождающаяся утомляемостью, слабостью, снижением внимательности, общей вялостью. Редко нарушается сон, появляется бессонница или дневная сонливость. В основном больные жалуются на головную боль и шум в ушах, ухудшение памяти. В последнем случае больные хорошо помнят прошлое, но плохо запоминают новую информацию.

2 стадия, при прогрессировании заболевания появляется тревожность, мнительность, депрессия, перепады настроения. Более выраженными становятся нарушения памяти, вплоть до того, что больной не помнит, что было с ним сегодня. Постоянно болит голова и шумит в ушах, устойчиво нарушается речь она становится нечеткой, меняется дикция, у больных кружится голова и появляется неустойчивость походки. Также ухудшаются слух и зрение, трясутся конечности и голова, человек перестает логично и четко мыслить.

3 стадия, на последней стадии атеросклероза развивается деменция, больной может вести себя как ребенок или стать агрессивным, плаксивым. Большинство людей полностью или частично теряют память, перестают интересоваться окружающим миром и событиями в нем. Утрачивается способность ориентироваться во времени и пространстве, больному нужен постоянный уход, потому что он теряет навыки самообслуживания в быту. Эта стадия необратима.

Диагностику атеросклероза сосудов головного мозга проводит врач невролог, в его задачи входит собрать анамнез больного, провести ряд тестов, которые могут выявить атеросклероз, а так-же назначит дополнительные методы исследования конкретному пациенту. В ряд тестов которые проводит врач входят такие как:

- Попросить поднять глаза вверх - больной человек не сможет выполнить просьбу
- Проверить рефлексы - они будут либо излишне завышены, либо понижены, причем ассиметрично
- Попросить пациента вытянуть руки вперед и посмотреть -нет ли тремора пальцев, не теряет ли равновесие пациент
- Попросить коснуться кончиком пальца своего носа с закрытыми глазами - больной не сможет справиться с этой задачей.
- Попросить пациента встать в положение стоя, ноги вместе, руки вытянуты вперед - больной не может удержать равновесие

К дополнительным методам исследования применяемым для диагностики стадии атеросклероза, или подтверждении наличия заболевания относят:

- Биохимическое исследование крови, с проведением анализа полного липидного спектра, особое внимание обращают на липопротеиды низкой плотности (ЛПНП)
- Ультразвуковая допплерография – это методика УЗИ с использованием допплеровского эффекта, основанного на разнице частот волн, испускаемых специальным датчиком и отраженных движущейся кровью. В результате

удается распознать не только атеросклеротическое поражение артерий, но и завихрения крови в суженых местах, а ниже них уменьшение интенсивности кровотока.

- Ангиография - с помощью введения в сосудистое русло препарата, плохо пропускающего рентгеновские лучи – рентгеноконтраста. Когда он заполнит все кровяное русло, производят несколько снимков. На рентгенограмме четко видны изменения просвета всех сосудов, их извилистость, наличие выпячиваний при атеросклерозе.
- МРТ-исследование сосудов
- Для оценки степени распространенности заболевания проводят радиоэнцефалограмму (РЭГ) и электроэнцефалограмму.

Лечение атеросклероза может быть консервативным и хирургическим. В некоторых случаях достаточно коррекции образа жизни: правильное питание, отказ от вредных привычек, регулярные физические нагрузки. Также назначаются препараты с различным механизмом действия:

- Снижающие уровень холестерола в крови, что препятствует росту атеросклеротических бляшек (некоторые из них способствуют уменьшению в размерах уже существующих бляшек);
- Улучшающие реологические свойства (текучесть) крови, препятствующие образованию тромбов;
- Препараты при необходимости для снижения артериального давления;
- другие лекарственные препараты (например, для снижения уровня сахара в крови при диабете).

В отдельных случаях требуется оперативное лечение, которое направлено на восстановление ширины просвета сосуда, возобновление нормального кровотока. К таким методам относится:

- Ангиопластика. В просвет суженного сосуда под контролем рентгена вводится специальный катетер, на конце которого раздувается баллон, расширяющий данный сосуд. Для профилактики повторного сужения в просвет сосуда вводится стент (специальная сетчатая трубочка), поддерживающий необходимую ширину просвета.
- Эндартерэктомия. Удаление атеросклеротической бляшки через небольшой разрез из просвета сосуда.

- Формирование сосудистых анастомозов (сообщений-шунтов между сосудами в обход пораженного сосуда). Суть операции состоит в создании кровотока в обход пораженного атеросклерозом участка артерии

Помимо вышесказанного для человека, особенно предрасположенного к развитию атеросклероза очень важно соблюдать профилактику развития данного состояния, при этом не следует дожидаться появления явных симптомов болезни, так как это будет говорить уже о глубокой степени поражения сосудов. К профилактике можно отнести:

- соблюдение режима питания и количества потребляемых жиров;
- увеличение в рационе молочнокислых продуктов, овощей и фруктов;
- физическая активность;
- отказ от вредных привычек (или их ограничение);
- лекарственная терапия заболеваний, которые способствуют развитию атеросклероза, например повышенного артериального давления, или сахарного диабета.

В заключение работы можно отметить, что атеросклероз является состоянием, которое развивается незаметно для человека, и имеет значимые проявления, зачастую когда проводить профилактические мероприятия становится уже поздно. Помимо этого так-же было изучено понятие атеросклероза сосудов головного мозга. Были изучены предрасполагающие факторы развития данного состояния, а так же стадии постепенного развития заболевания. Необходимо отметить что даже пациенты имеющие предрасполагающие факторы к развитию данного заболевания могут избежать его, если будут соблюдать профилактику. А так-же в настоящее время имеются способы эффективной диагностики и лечение данного патологического состояния.

Список источников информации

1. Атеросклероз. Диагностика, лечение, профилактика. Нестеров Ю.И. издательство «Феникс», 2017г
2. Атеросклероз и гипертоническая болезнь. Вопросы патогенеза, диагностики и лечения. Литовский И.А., Гордиенко А.В., издательство «Спец-Лит», 2018г
3. Атеросклероз и дислипидемия. Сергиенко И.В., Ежов М.В. издательство «Ремедиум», 2018г.
4. Филогенетическая теория общей патологии. Патогенез болезней цивилизации. Атеросклероз. Титов В.Н., издательство «ИНФРА-М», 2019г

5. Атеросклероз: проявления, лечение, профилактика. Седлецкий Ю.И., издательство «Нева», 2015г.
6. https://permgkb7.ru/zdorove/ateroskleroz-simptomy-i-diagnostika.html
7. https://zen.yandex.ru/media/id/595f61ded7d0a69b431e48f9/kakaia-profilaktika-ateroskleroza-sosudov-golovnogo-mozga-pomogaet-izbejat-bolezni-5cd18cdcfbeb8800b399fb25
8. https://www.smclinic-spb.ru/doctor/flebolog/zabolevania/2520-ateroskleroz-sosudov-golovnogo-mozga
9. https://top122.ru/arterii/ateroskleroz/

**Роль медицинской сестры в развитии мелкой моторики у инсультных больных**

**Байгаржанова С.Т, Рахманкулова А.А**

Специальность: «Сестринское дело»

**Научный руководитель: Петренко В.А., преподаватель «Западно-Казахстанский Высший медицинский колледж», Республика Казахстан, г Уральск**

Актуальность нашей темы подтверждается тем, что восстановление работоспособности пациента, перенёсшего инсульт, очень важно, как для него самого, так и для страны. После инсульта, при условии отсутствия мелкой моторики рук, человек становится зависим от других людей. Недаром синонимом «беспомощности» является выражение «как без рук». Качество жизни пациента, перенёсшего инсульт, резко снижается, поэтому восстановление мелкой моторики рук очень важно. Помочь пациенту в это - прямая обязанность медицинской сестры, ведь обеспечение приемлемого качества жизни в болезни - прямая обязанность медицинской сестры.

**Цель исследования**: Определить эффективность кинетического песка при реабилитации мелкой моторики рук.

**Задачи:**

1. Оценить эффективность упражнений с кинетическим песком для восстановления мелкой моторики рук.
2. Получить объективные данные о состоянии и динамике рук при поступлении в стационар и перед выпиской.

Одной из современных реабилитационных проблем является установление необходимого набора и порядка использования различных методов восстановления верхней конечности в условиях ограниченного времени пребывания пациента в отделении и экономических стандартов реабилитации.

Мало исследована тема восстановления тонкой моторики кисти после инсульта. Изучена распространенность нарушения движений руки после инсульта. Наряду с большим количеством предлагаемых «ручных» и механизированных устройств по восстановлению функции верхней конечности - они в основном касаются проксимальных отделов конечности. Еще менее исследована возможность восстановления использования паретичной конечности. По данным разных авторов, только в 5 % случаев функция кисти восстанавливается полностью. Около 20% -конечность полностью не используется.

Очень важным является соблюдение принципа ранней реабилитации кисти, что позволяет значительно оптимизировать исход повреждения. Каждый день отсрочки увеличивает тугоподвижность суставов, способствует развитию адгезивного процесса в периартикулярных тканях сочленений пальцев и кисти. Широкое распространение для

развития мелкой моторики рук получили различные упражнения с предметами, которые не только повышают двигательную активность рук, но и помогают пожилым больным с пользой проводить свободное время.

Мы провели собственное исследование с больными, перенёсшими инсульт. Это исследование осуществлялось в ГКП на ПХВ «Городской многопрофильной больнице» нейроинсультного отделения в период с ноября 2019 г. по февраль 2020 г.

Предметом исследования являлся «кинетический песок», а именно упражнения с помощью «кинетического песка» и его действие на развитие мелкой моторики рук с помощью определенных упражнений. Причина использования кинетического песка в исследовании в том, что, игры и упражнения с кинетическим песком позволяют: развить мелкую моторику, совершенствовать сенсорное восприятие, осуществлять подготовку руки к письму, развивать речь, тренировать внимание, расслабляться и успокаиваться. Именно кинетический песок широко используется в США для занятий трудотерапией с детьми с аутизмом, если сенсорные занятия с таким материалом, как кинетический песок, могут реально помочь детям развить речь и улучшить языковые навыки, то почему же мы не можем попробовать это использовать в реабилитации моторики рук у пациентов, перенесших инсульт.

Объектами исследования были: пациенты нейроинсультного отделения после перенесенного ишемического инсульта - 20 человек, возраста от 50 до 65 лет.

Перед проведением тестирования, мы разделили пациентов на две группы. Контрольная группа исследуемых занималась тестированием для руки Френчай. А вторая экспериментальная группа занималась стандартной методикой и комплексом упражнений с использованием «кинетического песка» для восстановления функций моторики кисти.

| | |
|---|---|
| Тест для руки Френчай<br>Оценивает: невролог, специалист ЛФК. (медицинская сестра Прикладного Бакалавриата)<br>Время на заполнения теста 10 минут.<br>Инструкция:<br>• Исходное положение для каждого задания: сидя за столом, руки лежат на коленях<br>• Все задания выполняются пораженной рукой | Методика с использованием «кинетического песка»<br>1. Упражнение «Знакомства с песком».<br>Цель: снижения эмоционального напряжения; создание положительного эмоционального настроя; знакомства со свойствами песка.<br>Содержание: рассмотреть песок; разрыхлить, наблюдая за движением вылепить простые фигурки с закрытыми глазам ощутить прикосновения песка, рассказать о своих ощущениях. |

| | |
|---|---|
| Задания:<br>1. Удержать линейку паретичной рукой и с ее помощью начертить линию, держа карандаш в другой (непораженной) руке. Задание считается выполненным успешно, если линейка удерживается стабильно.<br>2. Взять в руку цилиндр диаметром 1,2 и длиной 5 см, поставленный вертикально на расстоянии 15-30 см от края стола, поднять на высоту около 30 см и затем опустить на место, не уронив при этом.<br>3. Взять стакан, наполовину наполненный водой и поставленный на расстоянии 15-30 см от края стола, отпить воды и поставить стакан на место, не расплескав при этом воду.<br>4. Снять, а затем установить на прежнее место бельевую прищепку, укрепленную на вертикальном колышке длиной 15 и диаметром 1 см. Колышек укреплен на квадратной дощечке (длина стороны 10 см), расположенной на расстоянии 15-30 см от края стола. Пациент не должен уронить прищепку или колышек.<br>5. Причесать волосы или имитировать причесывание. Пациент должен расчесать волосы на макушке, на затылке, с правой и левой стороны | 2. «Узоры на песке».<br>Цель: развитие зрительно-моторной координации.<br>Содержание: рисовать узоры на ровной поверхности разными предметами.<br>3. Упражнения «Необыкновенные следы»<br>Цель: развитие тактильной чувствительности, воображения.<br>Содержание: пациенту, даем задание сделать следы разных животных и одновременно произносить их.<br>4. Игра «Отпечатки»<br>Цель: развитие тактильной чувствительности и речи.<br>Содержание: отпечатки можно делать с помощью разнообразных предметов, формочек. Затем пациент по словесной инструкции или по нарисованному плану изготавливает серию отпечатков, комментируя процесс. В таких играх можно использовать задания на произношения предметов для совместного развития речи больного.<br>5. Игра «Стоим вместе»<br>Цель: развитие умения сотрудничать, снятие эмоционального напряжения.<br>Содержание: пациенту даем определенное задание, чтобы пациент смог это построить. Для этого необходимы разные виды формочек и дощечка, на которой это необходимо сделать. |

**Выводы**

В ходе выполнения упражнений с пациентами нейроинсультного отделения, мы провели тестирования пациентов на развития мелкой моторики рук. И пришли к выводам, что в экспериментальной группе не значительно, но результативность выше, чем у контрольной.

Наши упражнения с кинетическим песком хорошо влияют на мелкую моторику рук. Значит, песочную терапию мы можем использовать в практике, для развития мелкой моторики рук, но с использованием только одной «песочной терапии» мы не можем рекомендовать, потому что он не сможет дать наилучших результатов. Поэтому мы рекомендуем песочную терапию использовать в комплексе с другими упражнениями.

## Заключение

Больные, пережившие инсульт, нуждаются в проведении разнообразных реабилитационных мероприятий. Только совместные усилия реабилитологов, врачей поликлиник, социальных работников, родных и близких позволят больным после инсульта восстановить полностью или частично нарушенные функции.

Особая роль в реабилитации пациентов с острыми нарушениями мозгового кровообращения отводится среднему медицинскому работнику, который должен помочь больным бороться с имеющимися и возможными последствиями и не допустить повторных приступов заболевания.

## Практические рекомендации

По итогам исследования можно дать следующие рекомендации для пациентов:

1.Контролируйте уровень своего артериального давления;

2.Откажитесь от вредных привычек;

3.Боритесь с лишним весом;

4.Соблюдайте принципы правильного питания или диету назначенную врачом;

5.Регулярно выполняйте лечебную физкультуру;

6.Формируйте в себе стрессоустойчивость;

7.Регулярно принимайте лекарственные препараты, назначенные лечащим врачом.

8.Ежедневно заниматься упражнениями до полного восстановления мелкой моторики рук.

## Литература


1. Факторы риска инсульта и их влияние на однолетнюю выживаемость пациентов: исследование // Материалы международной конференции молодых ученых «Мир науки и молодежь: новые пути развития». - Караганда, 2016.
2. Кадырова И. А., Миндубаева Ф.А., Гржибовский А.М.
3. Систематический обзор методов прогнозирования исхода мозгового инсульта //Экология человека. -2015. - № 10.
4. Эффективное лечение и реабилитация инсульта Д.Р. Альдиева. Главная медицинская сестра областной медицинский центр г.Караганда. 3 (34)/2017 Журнал Meiрбекеісі (сестринское дело)

5. Статья в журнале Б. Ерубаева, зам. главного врача ПГБ №3 «Модель инсульта» 2016г.
6. Программа «Денсаулык» на 2016- 2019 годы
7. Инсульт. Виды инсульта. Реабилитация после инсульта. Материалы сайта www.insultanet.ru
8. Медицинская сестра: Практическое руководство по сестринскому делу. - М.: Гиорд, 2016.
9. Научно- практический журнал для врачей «Медицинский совет» Неврология, 2015г./№5.
10. Ковальчук В. В., Хайбуллин Т. Н., Миннуллин Т. И. Соблюдение мультидисциплинарного принципа ведения пациентов после инсульта как фактор эффективной реабилитации // Наука и здравоохранение. -2015. - № 4.

**Сравнительный анализ распространённости острого нарушения мозгового кровообращения у лиц трудоспособного возраста по данным ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ» в динамике трёх лет**

***Фокина В.А.***
***34.02.01 Сестринское дело***
**Научные руководители: Вишнякова В.А., Капранова Е.А., Сергеева Ю.Ю., Якимова О.Ю. преподаватели ГБПОУ НО «Арзамасский медицинский колледж»**

Инсульт продолжает оставаться важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено его высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), ведущее к повреждению ткани мозга и расстройству его функций, до недавнего времени встречалось главным образом у больных, страдающих гипертонической болезнью. Однако в последние 10-15 лет сосудистые катастрофы, уносящие миллионы жизней, стали стремительно молодеть. В настоящее время ОНМК встречается у больных 35-40-летнего возраста, а порой встречаются даже у подростков, особенно в конце учебного года, когда ощущается учебная усталость, и начинаются экзамены.

Летальный исход и инвалидизация людей социально активного, трудоспособного возраста придают проблеме особый драматизм.

Цель исследования

Исследование структуры и распространенности ОНМК у лиц трудоспособного возраста по данным ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ».

Задачи исследования

1. Провести обзор научной литературы по данной проблеме;
2. Рассмотреть общие понятия об ОНМК и их классификацию;
3. Изучить базу и методы исследования;
4. Проанализировать заболеваемость данной патологией за период с 2017 г. по 2019г. у лиц трудоспособного возраста;
5. Сделать выводы.

Материалы

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), возникающее в результате закупорки сосуда или разрыва сосуда, проявляющийся неврологической симптоматикой (парезы, параличи, нарушение речи). [1]

Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) - внезапный сбой нормального кровотока в мозге, возникший в результате закупорки или разрыва сосудов. [2]

Этиология ОНМК

Для развития сосудистых заболеваний головного мозга необходимо присутствие факторов риска инсультов:

1.Возраст.

2.Наличие генетической предрасположенности.

3.Гиподинамия.

4.Избыточная масса тела.

5.Курение.

6.Алкоголь.

Этиологические факторы, которые непосредственно приводят к инсульту:

1.Атеросклероз.

2.Гипертония.

3.Болезни сердца (инфаркт миокарда, предсердные мерцательные аритмии, пролапс митрального клапана).

4.Эндокринопатии.

5.Болезни сосудов. [3]

Клинические симптомы:

1.Головные боли.

2.Головокружение.

3.Снижение концентрации внимания и памяти.

4.Нарушение сна.

5.Раздражительность.

6.Вегетативные нарушения - потливость, зябкость.

Если три из этих симптомов повторяются хотя бы три раза в неделю в течение трех месяцев, можно выставлять диагноз: начальные признали недостаточности мозгового кровообращения. Активного лечения не требуется – необходима нормализация труда и отдыха, седативные препараты для обеспечения баланса между возбуждением и торможением), диета (низкой калорийности, низким содержанием липидов), препараты, улучшающие питание мозга (ноотропы). [4]

Классификация нарушений мозгового кровообращения

I. Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения (болезнь ответственных работников).

II. Острые нарушения мозгового кровоснабжения:

1. преходящие нарушения кровообращения, которые называются транзиторными ишемическими атаками; гипертонический криз;

2. собственно инсульты, разделяющиеся на:

А) Ишемические: эмболические, тромботические, неэмболические.

Б) Геморрагические: субарахноидальное кровотечение, паренхиматозное, желудочковое (или с прорывом в желудочек), кровоизлияние в мозжечок, в ствол мозга.

В) Геморрагический инфаркт или смешанный инсульт (в его дебюте – это ишемия, позднее геморрагический инсульт).

Г) Малый инсульт (ишемический или гемморрагнческий – неизвестно), неврологические проявления которого сохраняются в течение 3 недель с момента развития.

Д) Хронические сосудистые болезни головного мозга – дисциркуляторные энцефалопатии (по Англо-саксонской классификации). Протекают в три стадии:

1 стадия. Нарушение памяти, когнитивной (пермиссивной) функции, снижение интеллекта и рассеянные очаговые симптомы.

2 стадия. Выраженные нарушения памяти и снижение интеллекта, развитие слабоумия диффузные повреждения головного мозга наряду с доминирующими очаговыми повреждениями.

3 стадия. Грубое нарушение памяти, интеллекта, когнитивной функции, полная социальная дезадаптация, невозможность самообслуживания. [5]

Методы исследования

- Информационно-аналитический (отбор и обработка полученного материала).

- Ретроспективный (данный метод был использован при работе с архивными данными).

- Статистический (этот метод исследования массовых процессов и явлений для выявления наиболее существенных закономерностей и тенденций в здоровье населения в целом и в различных его группах).

Полученные результаты

1. Формы ОНМК по Сергачскому району среди пациентов трудоспособного возраста в период с 2017 по 2019 гг. За 100% было взято общее число обратившихся с ОНМК, зарегистрированных на базе ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» в динамике 3-х лет. В 2017 году – 395 случаев, 2018 году – 384 случая, в 2019 году – 383 случая (Рис. 1).

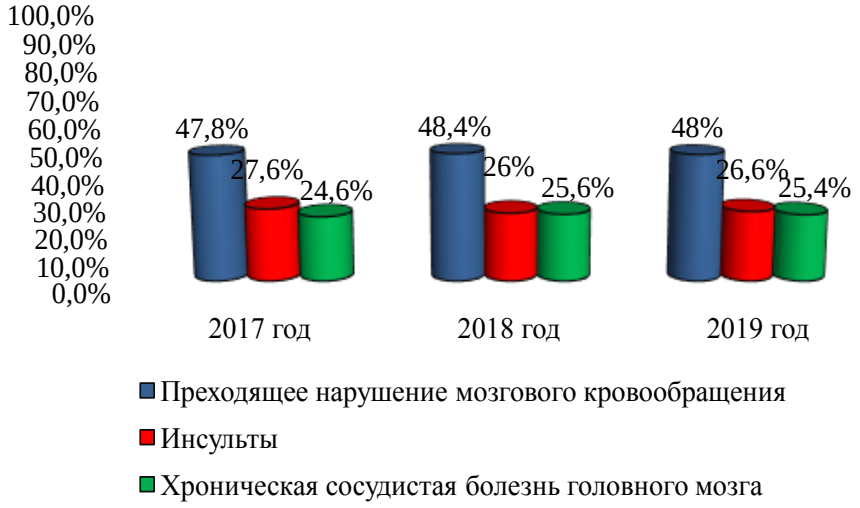



Рис. 1. Сравнительный анализ зарегистрированных форм ОНМК у населения трудоспособного возраста по данным ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» за период с 2017 по 2019 гг. (в %).

На рисунке видно, что преходящее нарушение мозгового кровообращения лидирует в течение 3-х исследуемых лет. В 2017 году зарегистрировали – 189 случаев (47,8%), в 2018 году – 186 случаев (48,4%), в 2019 году – 184 случая (48%). На втором месте расположились инсульты, в 2017 году – 109 случаев (27,6%), в 2018 году – 100 случаев (26%), в 2019 году – 102 случая (26,6%). И с небольшим количественным отличием от инсультов, третье место заняла хроническая сосудистая болезнь головного мозга. На 2017 год пришлось – 97 случаев (24,6%), на 2018 год – 98 случаев (25,6%), на 2019 год – 97 случаев (25,4%).

2. На следующей диаграмме представлено развитее цереброваскулярной болезни на территории Сергачского района по возрастному критерию. Данные предоставлены на рисунке. За 100% было взято общее число обратившихся с цереброваскулярным заболеванием зарегистрированных на базе ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» в динамике 3-х лет. В 2017 году – 1380 случаев, 2018 году – 1393 случая, в 2019 году – 1389 случаев.

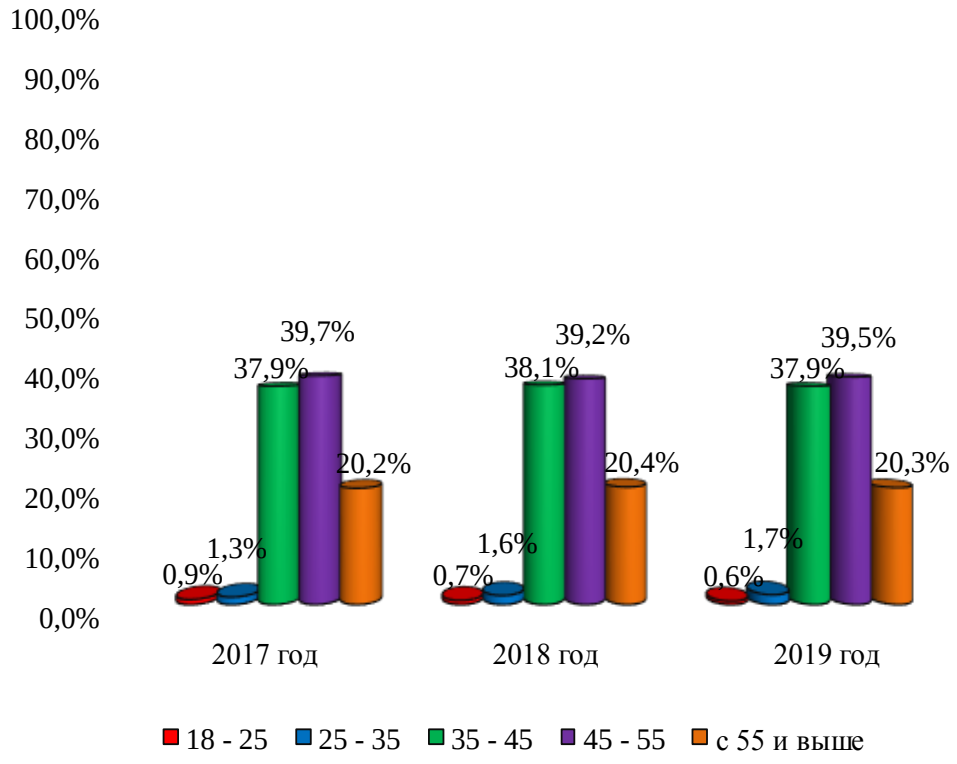



Рис. 2. Сравнительный анализ цереброваскулярной заболеваемости по возрастному критерию среди лиц трудоспособного возраста по данным ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» в динамике 3-х лет (в %).

На данной диаграмме видно, что цереброваскулярными заболеваниями за все исследуемые года (2017-2019) чаще болели в возрасте 35-45 и 45-55 лет. С 35-45 лет в 2017 году - 37,9% (523 случая), в 2018 году – 38,1% (531 случай), в 2019 году – 37,9% (527 случаев). 45-55 лет в 2017 году – 39,7% (548 случаев), в 2018 году – 39,2% (546 случаев), в 2019 году – 39,5% (549 случаев). Возможно, это связано с тем, что в данном возрасте (35-55) у людей существенно распространено развитие сосудистых заболеваний. Вследствие пагубных привычек или же таких этиологических факторов как гиперхолестеринемия и гиподинамия, происходит образование тромбов, которые в свою очередь могут привести к необратимым последствиям. Люди, ведущие малоподвижный образ жизни, имеющие ожирение и другие сопутствующие заболевания, относится к группе повышенного риска.

Затем проанализируем формы инсульта по Сергачскому району среди пациентов трудоспособного возраста, в динамике 3-х лет. За 100% было взято общее число зафиксированных случаев инсульта, зарегистрированных на базе ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» за период с 2017 года по 2019 год. В 2017 году – 109 случаев, 2018 году – 100 случаев, в 2019 году – 102 случая (Рис. 3).

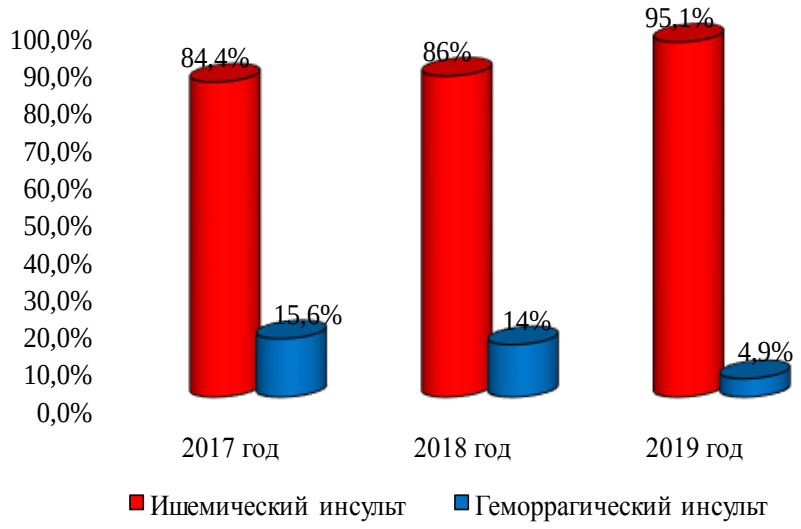



Рис. 3. Сравнительный анализ зарегистрированных форм инсульта у населения трудоспособного возраста по данным ГБУЗ НО «Сергачской ЦРБ» за период с 2017 по 2019 гг. (в %).

Исходя из проведённого исследования, самой распространённой формой инсульта в течение 3-х исследуемых лет оказался ишемический инсульт. В 2017 году зарегистрировали – 92 случая (84,4%), в 2018 году – 86 случаев (86%), в 2019 году – 97 случаев (95,1%). На геморрагический инсульт пришлось значительно меньше случаев, это хорошо заметно на диаграмме 17. В 2017 году – 17 случаев (15,6%), в 2018 году – 14 случаев (14%), в 2019 году – 5 случаев (4,9%).

Проанализировав распространённость острого нарушения мозгового кровообращения у лиц трудоспособного возраста на базе ГБУЗ НО «Сергачская ЦРБ» Сергачского района были сделаны следующие выводы:

1. Анализ форм острых нарушений мозгового кровообращения за период с 2017 года по 2019 год, показал, что преходящие нарушения мозгового кровообращения, куда входят транзиторные ишемические атаки и гипертонический криз, лидирует в течение 3-х исследуемых лет. Причем гипертонический криз встречается чаще, чем транзиторные ишемические атаки, и страдают им в большей степени лица женского пола. Транзиторные ишемические атаки чаще переносят мужчины, чем женщины, возможно, это связано с тем, что мужчины, в отличие от женщин в большей степени подвержены стрессу и пагубному действию вредных привычек.

2. Число больных острым нарушением мозгового кровообращения трудоспособного возраста увеличивается, можно предположить, что «омоложение» острого нарушения мозгового

кровообращения связано с увеличением количества больных с повышенным артериальным давлением, частыми стрессами, наличием вредных привычек, незнания факторов риска развития острого нарушения мозгового кровообращения

3. Ишемический инсульт развивается чаще, чем геморрагический, возможно это связано с несоблюдением режима питания и режима дня, а также немаловажную роль играют стрессовые факторы.

Список используемой литературы

1.Александров М.В., Клочева Е.Г., Панина Е.Б. Цереброваскулярные заболевания. Головная боль: учебное пособие. Часть I. — СПб.: Издательство СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014— 52 с. [1]

2. Браун Р.Д., Виберс Д.О., Фейчин В. Руководство по цереброваскулярным заболеваниям.- М.,2012г., стр. 200-203; [5]

3. Рыжков.В.Д. Инсульт. Срочная реабилитация. Клиника, критерии диагностики и экспертизы. Тактика ведения и реабилитация. Издательство СпецЛит, 2016. – 157 с. [4]

4. Острые нарушения мозгового кровообращения [Электронный ресурс] https://mknc.ru/album_view.php?album_id=10107&dir=ostrye-narusheniya-mozgovogo-krovoobrashcheniya [2]

5. Неврология [Электронный ресурс] http://vmede.org/sait/?page=14&id=Nevrologija_lect&menu=Nevrologija_lect [3]

**Деятельность медицинской сестры при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов после перенесенного инсульта**

***Крупина Е.Г.***

**специальность «Сестринское дело»**

**Научный руководитель: Гурьев П.А., преподаватель КОГПОБУ «Кировский медицинский колледж»**

По данным Росстата, в современной России среди причин смертности на втором месте после инфаркта миокарда стоит инсульт головного мозга. Ежегодно более 450000 человек переносят инсульт, фактически это население большого города. Острая недостаточность мозгового кровообращения является одной из самых частых причин смерти, стойкой утраты работоспособности и инвалидизации перенесших её больных. Реабилитационные мероприятия, приводимые после перенесённого инсульта, приводят к улучшению качества жизни, увеличению ее продолжительности и социализации пациента.

Актуальность темы обусловлена тем, что активная реабилитация связана с возможностью возвращения пациента к полноценной, нормальной жизни в обществе.

Целью исследования является изучение деятельности медицинской сестры при проведении реабилитационных мероприятий у пациентов после перенесенного инсульта.

Задачи исследования:

1. Изучить и проанализировать научную медицинскую литературу по теме исследования;
2. Провести эмпирическое исследование с целью оценки пациентами деятельности медсестры.
3. Проанализировать и проинтерпретировать полученные результаты.
4. Разработать практические рекомендации пациентам, родственникам и лицам, работающими с этими пациентами.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, эмпирическое исследование (анкетирование), количественный и качественный анализ результатов исследования.

Инсульт – острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), характеризующееся внезапным (в течение минут, реже в течение часов) появлением очаговых неврологических и/или общемозговых симптомов, сохраняющихся более 24 часов или приводящих к смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие причины цереброваскулярного происхождения.

Исходя из основных принципов реабилитации (раннее начало реабилитации, ее длительность и систематичность, этапность, комплексность, активное участие пациента), медицинская сестра должна контролировать выполнение назначений врача с самых ранних этапов. Это физические упражнения в постели через несколько дней после инсульта (по состоянию пациента), назначение физиотерапии и другие. Но наиболее важный момент – убедить пациента, что восстановление возможно только при приложении собственных усилий и мотивировать его к выздоровлению. [1]

Для изучения оценки пациентами деятельности медицинских сестер в проведении реабилитационных мероприятий и уровня информированности пациентов о реабилитации после перенесённого инсульта была разработана анонимная анкета.

По результатам проведённого эмпирического исследования, в котором приняли участие 40 пациентов, проанализировав и проинтерпретировав полученные результаты, были сделаны следующие выводы.

1. Самыми распространенными факторами риска возникновения инсульта являются стресс, неправильное питание, табакокурение, низкая физическая активность и высокое давление. 90% пациентов не были предупреждены о риске возникновения инсульта при наличии этих факторов.

2. После инсульта продолжают курить 20% пациентов, 80% считают свою физическую активность недостаточной, 62,5% не умеют справляться со стрессом, 55% имеют избыточную массу тела.

3. Пациенты испытывают дефицит информации в первую очередь по тем мероприятиям, которые должны проводить самостоятельно дома: ЛФК, позиционирование и помощь в самоуходе, логопедические упражнения.

4. В целом, 47,5% пациентов положительно оценивают работу медицинских сестер по реабилитации. Из недостатков работы выделяют отсутствие рекомендаций, что делать дома и отсутствие мотивировация на выздоровление.

5. Пациенты оценивают свою информированность по реабилитации после инсульта на 3-4 балла. И получают информацию по проведению тех или иных реабилитационных мероприятий в основном от медработников или из интернета. [2-6]

По результатам проведённой работы и сделанных выводов, даны следующие рекомендации:

1. Все медработники по мере возможности должны предупреждать население о развитии вероятных негативных последствий вредных привычек и неправильного образа жизни.

2. Медицинская сестра должна проводить беседы о негативном влиянии курения, избыточной массе тела, недостаточной физической активности, нерациональном питании. Надо убеждать пациента и родственников, что восстановление после инсульта возможно, приводить положительные примеры, рекомендовать литературу, сайты в Интернете. Со стрессом можно справляться, сейчас направление противодействия стрессу активно развивается. Необходимо привлечение психологов к работе с пациентами. Для этого медицинская сестра должна общаться с пациентом и контролировать изменения его психологического состояния. Курение после инсульта должно быть исключено.

3. Работа медицинской сестры так же заключается в необходимости восполнять дефицит информации у пациентов о ЛФК, позиционировании и помощи в самоуходе, логопедических упражнениях и другим вопросам. В социальных сетях есть много групп, где подписчики делятся информацией. Мы можем просить врачей ЛФК и логопедов составлять памятки для пациентов. Интернет – важный источник информации. Каждый центр реабилитации в состоянии создать на своем сайте мини библиотеку с безопасными инструкциями для пациентов.

4. На основании данной работы составлены памятки, которые можно использовать в работе с пациентами, перенесшими инсульт, их родственниками и лицами, контактирующими данных пациентов, а также в «Школах здоровья» для родственников и мобильных пациентов после перенесенного инсульта. [7]

Практическая значимость: результаты эмпирического исследования и разработанные практические рекомендации могут использоваться при подготовке медицинских сестер по реабилитации, при подготовке социальных работников, посещающих маломобильных пациентов на дому и студентами медицинского колледжа, для подготовки к практической деятельности в рамках реабилитации пациентов после перенесенного инсульта.

Библиографический список.

1. Выговская О.Н. Особенности ухода за больными после инсульта: учеб. пособие. – Новосибирск: Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016. - 38 с.

2. Приказ Минздрава РФ от 29.12.2012г. №1705н «О порядке организации медицинской реабилитации» [Электронный ресурс]: Интернет – версия справочно-правовой системы «Гарант»: сайт. URL: http://base.garant.ru/70330294/ (дата обращения: 24.02.2020).

3. Клинические рекомендации. Диагностика и тактика при инсульте в условиях общей врачебной практики, включая первичную и вторичную профилактику. Клинические

рекомендации утверждены на IV Всероссийском съезде врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации 15 ноября 2013 года, г. Казань.

4. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Клинические рекомендации по диагностике и лечению дистонии утверждены решением Президиума Всероссийского общества неврологов 17.02.2015 года, г. Москва.

5. Клинические рекомендации. Внутрисосудистое лечение ишемического инсульта в острейшем периоде. Ассоциация нейрохирургов России. Санкт - Петербург, 2015.

6. Клинические рекомендации (протокол) по оказанию скорой медицинской помощи при острых нарушениях мозгового кровообращения. Утверждены на заседании Правления общероссийской общественной организации «Российское общество скорой медицинской помощи» 23 января 2014 г. в г. Казани.

7. СТОП – ИНСУЛЬТ. Методическое пособие для проведения занятий в школе здоровья по профилактике инсульта. /Сост. Булыгина Л.Н. - Улан-Удэ: Изд-во ГУЗ РЦМП МЗ РБ, 2011. - 34 с.

# Атеросклероз

*Шульгина А.В.*

**34.02.01 Сестринское дело**

**Научные руководители: Заева С.А.,**

**Елагина О.В., преподаватели ГАПОУ СО «Энгельсский медицинский колледж Св. Луки (Войно-Ясенецкого)»**

Первичная артериальная гипертензия (гипертоническая болезнь), острые (инфаркт, инсульт) и хронические (ишемическая болезнь сердца, хроническое нарушение мозгового кровообращения) заболевания сосудов сердца и мозга, поражение артерий нижних конечностей, расслаивающаяся аневризма аорты, сахарный диабет 2 тип - это далеко не полный перечень заболеваний, развитие которых неразрывно взаимосвязано с атеросклеротическим процессом в стенке соответствующих сосудов.

Большая часть перечисленных заболеваний доминирует среди причин смерти людей на нашей планете, обуславливая общепопуляционное снижение продолжительности жизни. По данным Всемирной организации здравоохранения, продолжительность жизни, как в развитых странах, так и в странах с переходной экономикой на 50% определяется наличием заболеваний органов кровообращения. Наибольшее количество жизней уносит ишемическая болезнь сердца.

Связь атеросклероза с ухудшением демографической ситуации в большинстве развитых стран мира была осознана еще в середине прошлого века. Именно с 60-ых годов повсеместно были инициированы программы по борьбе с атеросклерозом. Уже с начала 70-ых годов прошлого столетия в большинстве экономически развитых стран Европы, США уровень общей смертности и смертности от сердечно-сосудистых заболеваний стал неуклонно снижаться. Этот процесс продолжается и в настоящее время. На начало нового столетия средняя продолжительность жизни в большинстве стран Евросоюза составляет около 80 лет. Увы в России, Украине и многих других странах СНГ ситуация прямо противоположная. Смертность от сердечно-сосудистых заболеваний остается на высоком уровне, тогда как средняя продолжительность жизни мужчин около 60 лет.

Потрясающие результаты дала реализация государственной программы профилактики и лечения атеросклероза и его осложнений в США и Финляндии. В течении 20 лет смертность от ишемической болезни сердца и других сердечно-сосудистых заболеваний в этих странах снижалась на 2–3% в год, что обеспечило падение данного показателя за истекший период более чем на 50%. Символично, что при этом четко прослеживался параллелизм между снижением смертности и среднего уровня холестерина у взрослого населения (20 лет и старше). При этом

даже относительно небольшое снижение среднего уровня холестерина (на 6,8%) сопровождалось впечатляющем снижением смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Атеросклероз – это серьезная проблема, требующая к себе внимания, как со стороны общества (государства), так и со стороны конкретного человека, которого данная проблема уже коснулась или может коснуться в будущем. А потому пациент (настоящий или будущий) должен быть ориентирован в вопросах атеросклероза. Пациент должен знать и понимать основные причины его возникновения, клинические проявления при поражении различных сосудов, методы верификации и современные направления лечения (немедикаментозного, лекарственного и др.). Грамотный пациент, осознанно противостоящий атеросклерозу, это важный инструмент в эффективной борьбе с данной проблемой.

Известный патологоанатом И.В. Давыдовский утверждал, что атеросклероз представляет собой естественный процесс, свойственный человеку по мере его старения. Различия лишь в скорости его развития, тяжести течения и видах осложнений.

Если упростить понимание атеросклероза до происходящих на уровне артерий процессов – то это отложение в сосудистой стенке одной или нескольких атеросклеротических бляшек. Они представляют собой заключенные в капсулу из соединительной ткани жиры, или липиды (ядро бляшки), которые, попадая в стенку сосудов, не могут быть метаболизированы и удалены. Со стороны просвета сосуда бляшка покрыта эндотелиальными клетками, выстилающими его внутреннюю поверхность и играющими роль купола. Поскольку бляшка выступает в просвет сосуда, уменьшая его диаметр, она создает предпосылки для ухудшения обеспечения кровью тех органов и тканей, которые находятся в бассейне кровоснабжения пораженного сосуда. Особенно это становится заметным и клинически значимым в условиях повышенной функциональной нагрузки органа, например, сердца или нижних конечностей. Возникновение диспропорции между потребностью органа в крови (кислороде) и ее реальным поступлением лежит в основе нарушения его питания, недостаточного поступления кислорода (гипоксии). Именно тканевая гипоксия (острая или хроническая) обуславливает появление симптомов и синдромов (совокупности симптомов) того или иного заболевания.

Еще одна проблема, которая может быть обусловлена атеросклеротической бляшкой, заключается в потенциальной ее возможности стать причиной частичной или полной закупорки просвета одного или нескольких сосудов по ходу кровотока. В результате постоянной нагрузки на купол атеросклеротической бляшки раньше или позже происходит его разрушение. Оно опасно как попаданием в кровяное русло составляющих ядро бляшки липидов, так и формированием на месте повреждения купола бляшки кровяного сгустка (тромба). И элементы липидного ядра бляшки, и тромб могут стать причиной закупорки сосуда по ходу кровотока с последующей

ишемией тканей. В тех случаях, когда не удается ее устранить, наступает их некроз. Это не значит, что разрушение каждой из имеющихся в сосуде бляшки может сопровождаться столь серьезными последствиями. Напротив, большинство созревает, разрушается без значимых последствий для организма.

**Локализация атеросклеротических бляшек**

Теоретически, атеросклеротическая бляшка может располагаться в любом артериальном сосуде.

Наиболее частая локализация бляшек и перечень состояний и заболеваний, ими обусловленных:

**1 – сосуды головного мозга:** инсульт, кровоизлияние в оболочки мозга (субарахноидальное), хроническое нарушение мозгового кровообращения;

**2 – сонные артерии:** стеноз артерии, артериальная гипертензия, высокий риск инсульта;

**3 – венечные (коронарные) артерии сердца:** ишемическая болезнь сердца, в том числе стенокардия («грудная жаба»), инфаркт миокарда, внезапная смерть, нарушения сердечного ритма;

**4 – аорта:** атеросклероз аорты, артериальная гипертензия, мешотчатое расширение (аневризма) аорты, в т.ч. расслаивающаяся (угроза разрыва сосуда с фатальным внутренним кровотечением);

**5 - почечные артерии:** инфаркт почки, вторичная (почечная) артериальная гипертензия;

**6 – мезентериальные сосуды:** ишемическая болезнь кишечника с возможной ишемией и гибелью (некрозом) части кишки (особенно у лиц старших возрастных групп);

**7 - артерии нижних конечностей:** облитерирующий атеросклероз с ишемией и некрозом конечностей;

**8 - артерии глазного дна:** атеросклеротическая ангиопатия, тромбозы сосудов глазного дна, кровоизлияния со снижением зрения вплоть до полной утраты.

В контексте атеросклероза нельзя не упомянуть такое серьезное заболевание, как сахарный диабет 2 типа (ранее для его обозначения пользовались термином «инсулиннезависимый», который в настоящее время признан не вполне корректным и не отвечающим современным представлениям об этом заболевании). Данное заболевание характеризуется поражением мелких артериальных сосудов, облегчая развитие атеросклероза.

**Причины развития атеросклероза**

В настоящее время в развитии атеросклероза ведущую роль отводят нарушению холестеринового обмена (дислипопротеинемии) на фоне хронического воспалительного ответа

артериальной стенки, инициированного повреждением внутренней поверхности сосудов или эндотелия. В таблице 1 представлены: дислипидемия (ключевой механизм развития атеросклероза), повреждение эндотелия и инициация воспаления в стенке артерий, которые связывают с повышением содержания в крови глюкозы, свободных жирных кислот, инсулинорезистентностью тканей. Определенную роль играют артериальная гипертензия (увеличение нагрузки на сосудистую стенку) и повышенная свертываемость крови.

**Клинические проявления атеросклероза**

Клинические проявления атеросклероза определяются локализацией атеросклеротических бляшек их свойствами и степенью влияния на органный или системный кровоток (таблица 1).

**Клинические проявления атеросклероза Таблица 1.**

| **Локализация поражения** | **Тип нарушения кровообращения** | **Основные клинические проявления** | **Состояния и заболевания** |
|---|---|---|---|
| **Сосуды головного мозга** | Острое | Головная боль, нарушение сознания, затруднение или отсутствие речи, движений в конечностях, нарушение чувствительности, повышение АД | *Инсульт, субарахноидальное кровоизлияние* |
| | Хроническое | Периодическая головная боль, нарушение памяти, снижение устойчивости к умственной нагрузке, перепады артериального давления | *Хроническое нарушение мозгового кровообращения* |
| **Сонные артерии** | Острое | Инсульт | *Инсульт* |
| | Хроническое | Повышение артериального давления, остальные проявления неспецифичны | *Вторичная артериальная гипертензия* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Коронарные артерии** | Острое | Резкая сжимающая боль за грудиной, вызванная физической нагрузкой, стрессом, нитроглицерин, валидол не помогают, сопровождается страхом, холодным липким потом, нередко падением артериального давления, учащенным сердцебиением, в крайнем случае, остановкой сердца | *Инфаркт миокарда, внезапная смерть* |
| | Хроническое | Боль соответствует таковой как при инфаркте, но устраняется прекращением физической нагрузки или приемом нитроглицерина под язык в течение первых 5 минут, перебои в работе сердца. Чувство страха, потливость, снижение артериального давления не специфично | *Стенокардия («грудная жаба»), нарушения сердечного ритма, как проявления ишемической болезни сердца* |
| **Аорта** | Острое | Интенсивная боль в груди, в верхней части живота (брюшной отдел), не чувствительная к лекарствам, падение артериального давления, бледность, липкий пот, учащенное сердцебиение | *Расслаивающаяся аневризма аорты* |
| | Хроническое | Жалоб может не быть, иногда выслушивается шум над аневризмой | *Аневризма аорты* |
| **Почечные артерии** | Острое | Боль в спине, моча цвета «мясных помоев» из-за большого содержания в ней эритроцитов - макрогематурия | *Инфаркт почки* |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Хроническое | Симптомы и синдромы артериальной гипертензии | *Почечная артериальная гипертензия* |
| **Мезентериальные сосуды** | Острое | Резкая боль в животе, липкий пот, прекращения перистальтики (движений кишечника) | *Ишемия и некроз отрезка кишечника* |
| | Хроническое | Неопределенные боли в животе, чаще через несколько часов после еды, эффективен нитроглицерин (см. стенокардию) | *Хроническая ишемическая болезнь кишечника* |
| **Артерии нижних конечностей** | Острое | Резкая боль в пальцах ног, кожа бледная холодная на ощупь, пульс на артериях стопы, лодыжечной или подколенной не прощупывается | *Острая ишемия и гангрена конечностей* |
| | Хроническое | Провоцируемый ходьбой болевой синдром в ногах – прекращение ходьбы – устраняет боль («перемежающаяся хромота») | *Облитерирующий атеросклероз нижних конечностей* |
| **Артерии глазного дна** | Острое | Внезапное выпадение поля зрения (пятно перед глазами) | *Кровоизлияние или тромбоз артерий глазного дна* |
| | Хроническое | Может протекать бессимптомно | *Ангиопатия сетчатой оболчки* |

**Диагностика**

Диагностика атеросклероза базируется на диагностике ассоциированных с ним заболеваний и состояний в зависимости от предполагаемой локализации клинически значимых атеросклеротических бляшек (таблица 2).

**Роль инструментальных методов исследования в диагностике атеросклероза Таблица 2.**

| **Локализация поражения** | **Вид исследования** | **Диагностическая значимость** |
|---|---|---|
| **Сосуды головного** | Реовазоэнцефалография | Ухудшение кровотока по сосудам мозга *(специфичность низкая)* |

| | | |
|---|---|---|
| **мозга** | Рентгеновская компьютерная томография (КТ), в т.ч. спиральная | Свежий (до двух недель) геморрагический и, реже, ишемический инсульт, субарахноидальные кровоизлияния. Определение показаний для экстренной нейрохирургической помощи. |
| | Ядерно-магнитная резонансная (ЯМР) томография | Инсульт более двух недель, поражения ствола мозга и мозжечка любой давности, малые очаги ишемического или геморрагического повреждения мозга, не выявляемые КТ |
| | Панартериография магистральных сосудов головы, артериография на стороне поражения мозга | Обнаружение тромбоза или тромбоэмболии артерии, Определение локализации, размеров аневризмы (субарахноидальное кровоизлияние) |
| **Сонные артерии** | Ультразвуковое доплеровское исследование | Обнаружение бляшки и/или сужения артерии, оценка эффективного кровотока по ней |
| **Коронарные артерии** | Электрокардиография | Обнаружение признаков ишемии сердечной мышцы в условиях покоя (лежа) |
| | Электрокардиография (на фоне физической нагрузки) | Обнаружение признаков ишемии сердечной мышцы, которые провоцируются физической нагрузкой и отсутствуют в покое |
| | Суточное мониторирование электрокардиограммы | Обнаружение признаков ишемии сердечной мышцы в течение суток при обычном распорядке его жизни |
| | Ультразвуковое исследование сердца | Визуализация атеросклеротически измененных коронарных артерий (*редко, при резко выраженном атеросклерозе)*, снижение сократительной способности мышцы сердца (*очаговое – после инфаркта миокарда или диффузное при хронической ишемической болезни сердца)* |
| | Контрастное рентгенологическое исследование коронарных артерий (коронарография) | Визуализация атеросклеротических бляшек и обусловленного ими сужения просвета сосудов, обнаружение тромбов |
| **Аорта** | Ультразвуковое доплеровское исследование, КТ, ЯМР томография | Обнаружение бляшки и/или участка аневризмы аорты, оценка ее размеров и угрозы разрыва |
| **Почечные артерии** | Ультразвуковое доплеровское исследование, КТ, ЯМР томография | Обнаружение нарушения кровотока по почечным артериям, визуализация атеросклеротических бляшек |
| **Мезентери-альные сосуды** | Ультразвуковое доплеровское исследование КТ, ЯМР томография | Обнаружение нарушения кровотока по мезентериальным артериям, визуализация атеросклеротических бляшек |

| | | |
|---|---|---|
| **Артерии нижних конечностей** | Ультразвуковое доплеровское исследование КТ, ЯМР томография | Обнаружение нарушения кровотока по артериям нижних конечностей, визуализация атеросклеротических бляшек |
| **Артерии глазного дна** | Офтальмоскопия | Визуализация пораженных атеросклерозом артерий, а также участков кровоизлияний и атрофии на глазном дне |

Диагностика сахарного диабета, как заболевания, облегчающего развитие атеросклероза, базируется на оценке уровня глюкозы в крови, как натощак, так и через 2 часа после стандартной нагрузки глюкозой (50, 75, 100 гр.). Разработанные в 1999 году Всемирной организацией здравоохранения критерии диагностики заболевания приведены в таблице 3.

**Уровни глюкозы в диагностике сахарного диабета Таблица 3.**

| **Уровень глюкозы** | **Концентрация глюкозы, ммоль/л** | | |
|---|---|---|---|
| | **Цельная кровь** | | **Плазма (из вены)** |
| | **венозная** | **капиллярна** | |
| Натощак | ³ 6,1 | ³ 6,1 | ³ 7,0 |
| через 2 часа после нагрузки глюкозой | ³ 10,0 | ³ 11,1 | ³ 11,1 |

Дополнительно в диагностике сахарного диабета используется такой показатель, как уровень гликогемоглобина.

О повышении риска развития кардио-васкулярных заболеваний свидетельствуют уровни глюкозы в плазме крови натощак и через 2 часа после стандартной нагрузки глюкозой, соответственно, >= 7.0 и >= 11.0 ммоль/л. Второй показатель, по мнению специалистов, является значительно более чувствительным фактором риска сердечно-сосудистой смертности, чем первый.

Еще одним заболеванием, которое облегчает развитие атеросклероза, и характеризуется высоким риском кардиоваскулярных осложнений, является метаболический синдром (синонимы: синдром Х, синдром инсулинорезистентности).

Всемирной организацией здравоохранения критерии метаболического синдрома определены как:

- нарушение регуляции гликемии или сахарный диабет;

- инсулинорезистентность, включающая гиперинсулинемию, нормальный уровень глюкозы в крови (эугликемические состояния) и слабый ее захват клетками организма;

- артериальное давление >= 140/90 мм рт ст., т.е. артериальная гипертензия;

- триглицериды >= 1,7 ммоль/л и/или снижение липопротеидов высокой плотности (ЛПВП) < 0,9 ммоль/л для мужчин и < 1,0 ммоль/л – для женщин;

- общее ожирение (индекс массы тела > 30 кг/м2 и/или соотношение: «талия/бедро» для мужчин > 0,9, для женщин > 0,85);

- выделение белка крови альбумина с мочой (микроальбуминурия) >= 20мкг/мин или индекс альбумин/креатинин (показатель функционального состояния почек) >= 30 мг/г).

К необязательным проявлениями метаболического синдрома относят повышение в крови уровня мочевой кислоты (гиперурикемию) и нарушение системы свертывания, прежде всего повышение свертываемости крови, или гиперкоагуляцию.

**Лечение и профилактика**

Поскольку управление воспалительным процессом до настоящего времени является весьма сложной и не до конца решенной проблемой, основные усилия медиков в борьбе с атеросклерозом сконцентрированы на борьбе с дислипопротеинемией, гипергликемией и обусловленными ею обменными (метаболическими) нарушениями, артериальной гипертензией и нарушениями в системе свертывания.

Рассмотрим указанные направления более подробно.

**Борьба с дислипопротеидемией** в настоящее время рассматривается в качестве наиболее перспективного направления борьбы с атеросклерозом и его осложнениями. Она включает в себя немедикаментозные и медикаментозные методы.

К первым следует отнести борьбу с избыточной массой тела (диетические ограничения и повышение физической активности), ко вторым – прием лекарственных препаратов.

Среди лекарственных препаратов, способных противостоять дислипопротеинемии, лидирующее место занимают статины, которые способны снижать (нормализовать) уровень холестерина в крови. Их роль в первичной и вторичной профилактике атеросклероза и его осложнений просто впечатляет. По мнению известного кардиолога W.C. Roberts: «Статины для атеросклероза - то же, чем был пенициллин для инфекционных болезней».

Эти препараты способны снижать уровень общего холестерина и холестерина липопротеидов низкой плотности (ЛПНП) в крови животных и человека. Первый эффект обусловлен подавлением синтеза холестерина в печени за счет блокирования специфического фермента (ГМГ-КоА-редуктазы), второй – усилением захвата холестерина ЛПНП клетками печени с последующей его трансформацией во входящие в состав желчи желчные кислоты.

**Показания для назначения статинов**

Решение вопроса о назначении препаратов данного класса принимает врач при согласовании с пациентом. При этом основным ориентиром для врача является уровень холестерина

липопротеинов низкой плотности (ЛПНП) в плазме крови. При этом также учитываются другие показатели, характеризующие липидный спектр крови (общий холестерин, холестерин ЛПВП, триглицериды), а также наличие или отсутствие состояний и заболеваний, которые обусловлены прогрессированием атеросклеротического процесса или способствуют его прогрессированию.

Среди них:

**Сосудистые заболевания мозга** (ишемический или геморрагический инсульт, субарахноидальное кровоизлияние, транзиторная ишемическая атака)

**Патология сердца** (ишемическая болезнь сердца: инфаркт миокарда, стенокардия; состояния после восстановления кровообращения по венечным артериям (коронарная реваскуляризация), застойная сердечная недостаточность)

**Болезни почек** (диабетическая нефропатия, нарушение функционирования почек, или почечная недостаточность, выделение с мочой более 300 мг белка в сутки, или протеинурия)

**Заболевания периферических сосудов** (облитерирующий атеросклероз нижних конечностей с нарушением их питания, поражение артерий глазного дна с наличием кровоизлияний, отека, в том числе диска зрительного нерва

**Сахарный диабет 2 типа**

**Метаболический синдром**

В настоящее время в клинической практике используются следующие статины: **ловастатин, правастатин, симвастатин, флувастатин, аторвастатин.** Поскольку эти препараты в основном отличаются друг от друга по выраженности гиполипидемического эффекта и стоимости, пациент должен вместе с врачом выбрать наиболее оптимальный для него препарат.

## Литература


1. Энциклопедический словарь медицинских терминов. В 3-х томах / Главный редактор Б. В. Петровский. — Москва: Советская энциклопедия, 2018.
2. Большая медицинская энциклопедия. Том 2.-Москва:Советская энциклопедия, - 2017.
3. Облитерирующий тромбоангиит. И. И. Затевахин,Р. Ю. Юдин.-Москва, 2016.
4. Атеросклероз/А. Л. Раков, В. Н. Колесников//Новая аптека.-2016.
5. Антиатеросклеротические лекарственные средства/Н. Г. Преферанская//Российский медицинский журнал.-2017.
6. Атеросклероз: клиническая значимость и возможности предупреждения/Марцевич//Лечащий врач.-2014.
7. Новые европейские рекомендации по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний, обусловленных атеросклерозом/Перова//Кардиология.-2015.

8. Атеросклероз-основные теории развития/Мкртчян//Диабет. Образ жизни.-2014.

9. Смертность от болезней системы кровообращения в России и экономически развитых странах/ХарченкоВ. И.//Российский кардиологический журнал.-2017.

# Профилактика атеросклероза сосудов головного мозга – как одного из факторов риска развития инсульта

*Панкеева В. С.*

**34.02.01 Сестринское дело**

**Научный руководитель: Пузанова Л. В., преподаватель Кинель-Черкасского филиала ГБПОУ «Тольяттинский медколледж»**

**Актуальность проблемы.** Инсульт в настоящее время является основной социально-медицинской проблемой неврологии. Ежегодно 29 октября во всем мире отмечается Всемирный день борьбы с инсультом, который был установлен Всемирной организацией по борьбе с инсультом в 2006 году с целью призыва к срочным активным действиям в борьбе против этого заболевания [4]. Ежегодно в мире регистрируется около 12 миллионов инсультов, а в России более 450 тысяч, то есть каждые 1,5 минуты у кого-то из россиян развивается это заболевание. В крупных мегаполисах России количество острых инсультов составляет от 100 до 120 случаев в сутки. Численность россиян, перенесших инсульт, превышает 1 миллион человек и 30% из них – лица, не достигшие пенсионного возраста [1].

**Цель исследования:** определение основных направлений профилактики атеросклероза сосудов головного мозга - как одного из факторов риска развития инсульта.

**Задачи:**

1. Установить связь между атеросклерозом сосудов головного мозга и риском развития инсульта.
2. Изучить уровень информированности взрослого населения Кинель-Черкасского района Самарской области об атеросклерозе и мерах его профилактики.
3. Подготовить памятку для населения.

**Методы исследования:** теоретический анализ литературы по исследуемой теме, соцопрос и анализ полученных данных.

Атеросклероз сосудов начинается с повреждения эндотелия, выстилающего стенки сосудов. Провоцирующим фактором могут быть повышенное артериальное давление, сахарный диабет, токсины табачного дыма и др. В поврежденные участки эндотелия устремляется холестерин и другие молекулы с целью «залатать» образовавшийся дефект. Начинает расти атеросклеротическая бляшка. В последующих этапах принимают участие макрофаги – особые клетки, «пожирающие» жировые отложения. Они застревают в кровеносных сосудах и становятся частью холестериновой бляшки. Параллельно в сосудистой стенке развивается воспаление. На более поздних стадиях в бляшках может

откладываться кальций. Тогда пораженные артерии становятся похожими на жесткие водопроводные трубы, покрытые известковым налетом.

На начальных стадиях атеросклероз не вызывает никаких признаков. Клинические симптомы атеросклероза появляются, только когда просвет в артериях значительно сужен, из-за чего ткани и органы получают недостаточно крови. Обычно больной ничего не подозревает в течение многих лет. Лишь анализы крови на маркеры сердечно-сосудистого риска могут заранее указать на неблагополучие. Если атеросклеротическая бляшка разорвется, то образуется тромб, который полностью закупорит артерию. Если это будет сосуд головного мозга, то развивается инсульт.

По данным Федеральной службы государственной статистики, заболевания сосудов головного мозга занимают второе место в структуре смертности от болезней системы кровообращения (39%) и общей смертности населения (23%). Кроме того, перенесенный инсульт является одной из ведущих причин стойкой утраты трудоспособности, приводящей к тяжелой инвалидизации больного. В Российской Федерации проживают свыше 1 миллиона человек, перенесших инсульт, при этом треть из них составляют лица трудоспособного возраста, к труду же возвращается только каждый четвертый больной [2]. Именно поэтому профилактика инсульта, а вместе с тем и атеросклероза сосудов головного мозга, является такой актуальной проблемой.

С целью изучения информированности взрослого населения Кинель-Черкасского района Самарской области о профилактике атеросклероза сосудов головного мозга проведен соцопрос. Респондентами стали случайные прохожие села Кинель-Черкассы в количестве 10 человек. Участникам предлагалось ответить на вопросы анкеты (Таблица 1).

Таблица 1. Вопросы анкеты

| № вопроса | Вопрос | Варианты ответа |
|---|---|---|
| | Знаете ли Вы что что-либо об атеросклерозе сосудов? | 1. Нет, не знаю.<br>2. Слышал (а), что есть такое заболевание, но чем оно проявляется, не знаю.<br>3. Да. Изучал специальную литературу и др.<br>3. Да. Знаю, страдают родственники.<br>4. Знаю, сам имею такое заболевание. |
| | Какие меры профилактики атеросклероза существуют? | 1. Не знаю.<br>2. Другие варианты (перечислить). |

| | | |
|---|---|---|
| | Соблюдаете ли Вы меры профилактики? (интервьюер при этом перечисляет их) | 1. Нет.<br>2. Да.<br>3. Частично. |
| | Необходима ли Вам доступная информация о профилактике атеросклероза? | 1. Да.<br>2. Нет |

Проанализировав данные, полученные в ходе анкетирования, можно сделать следующие **выводы**:

✓ Двое участников анкетирования ничего не слышали об атеросклерозе; 5 человек слышали, но ничего о нем не знают и трое – имеют это заболевание сами или их родственники, специальные источники никто не изучал. Соответственно эти трое в той или иной степени имеют представление о мерах профилактики.

✓ Совсем не соблюдают меры профилактики – четверо, частично соблюдают – 5 человек, в полном объеме – 1 респондент.

✓ Все участники соцопроса ответили, что нуждаются в доступной информации о профилактике атеросклероза.

Учитывая потребность населения в доступной информации о профилактике атеросклероза, составлена нижеприведенная Памятка.

Уважаемые жители Кинель-Черкасского района!

Атеросклероз сосудов головного мозга – серьезная проблема, приводящая на поздних стадиях к мозговому инсульту.

Атеросклероз вызывают: неправильное питание, курение, малоподвижный образ жизни, хронический стресс, очаги инфекции в ротовой полости, носоглотке, почках и других тканях. Предотвратить большинство из этих причин в ВАШИХ силах.

❖ Питайтесь здоровой пищей! Избегайте рафинированных углеводов и транс-жиров (маргарин, майонез, выпечка, любые полуфабрикаты). Если у вас не получается похудеть — хотя бы перейдите на низко-углеводную диету, чтобы уменьшить концентрацию инсулина в крови.

❖ Бросьте курить! Курение разрушает ваши артерии. Бросить курить и употреблять табак в любом другом виде, избегать пассивного курения — это первое, что нужно сделать, чтобы затормозить развитие атеросклероза.

❖ Занимайтесь физкультурой! Регулярные физические упражнения стимулируют появление новых путей кровотока в обход сосудов, закупоренных атеросклеротическими бляшками. Физкультура понижает риск диабета, нормализует артериальное давление. Займитесь хотя бы ходьбой, если вам нельзя бегать или плавать.

❖ Своевременно обращайтесь за помощью к врачу по поводу санации очагов инфекции.

❖ Уменьшите стресс! Сделайте все возможное, чтобы уменьшить свой уровень хронического стресса. Ради этого стоит поступиться деньгами, карьерой и другими благами.

**Библиографический список**

1. Инсульт. Пошаговая инструкция. М.А. Пирадов, М.Ю. Максимова, М.М. Танашян- 2019 г.

2. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечения, профилактика / З. А. Суслина [и др.]. - Москва: МЕДпресс-информ, 2016. - 536 с.

3. Попова Ю.С. Заболевания сосудов. Лучшие методы лечения. - СПб.: Издательство «Крылов», 2010. - 160 с.

4. https://insultinform.ru/vidy-insulta/v-molodom-vozraste

**Работа фельдшера по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний на опыте проведения межведомственных научно-практической конференций**

***Шамрай А.А.***
**специальность 31.02.01 Лечебное дело**
**Научный руководитель: Рыжкина Н.В., преподаватель ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж»**

В год от сердечно-сосудистых заболеваний в нашей стране умирают 1 млн. 300 тысяч человек – население крупного областного центра. Так избирательно, сосудистые катастрофы (инфаркты, инсульты) происходят в основном у молодых мужчин. Статистика показывает, что в России ежедневно 13 мужчин и 3 женщины трудоспособного возраста умирают от сердечно-сосудистых заболеваний. Явные виновники такой ситуации – это высокое артериальное давление, холестерин и сахар в крови, курение, избыточная масса тела, низкое потребление овощей и фруктов, злоупотребление алкоголем, стресс, малоподвижный образ жизни. При наличии всех этих устранимых факторов риска вероятность развития инсульта у мужчин составляет 90% [1].

Церебральный инсульт является проблемой чрезвычайной медицинской и социальной значимости, глобальной эпидемией, угрожающей жизни и здоровью населения всего мира. На сегодняшний день в мире около 9 миллионов человек страдают цереброваскулярными болезнями. Основное место среди них занимают инсульты, каждый год поражающие от 5,6 до 6,6 миллионов человек и уносящие 4,6 миллиона жизней, смертность от цереброваскулярных заболеваний уступает лишь таковой от заболеваний сердца и опухолей всех локализаций и достигает в экономически развитых странах 11 - 12% [2].

В России каждый год регистрируется более 500 тысяч случаев острых нарушений мозгового кровообращения. По статистическим данным ГБУЗ РБ Белорецкая ЦРКБ за 9 месяцев 2019 года зарегистрировано 455 случаев острого нарушения мозгового кровообращения.

Основными причинами, приводящими к инсульту является: повышенное артериальное давление, нарушение сердечного ритма, повышенный уровень холестерина и глюкозы крови, нерациональное питание, ожирение, стресс, вредные привычки.

В рамках Всемирного дня борьбы с инсультом и сердечно-сосудистыми заболеваниями под девизом «Скажи инсульту нет, протяни руку здоровью» была проведена совместная работа «Центра Здоровья» ГБУЗ РБ «Белорецкая ЦРКБ», ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж» и ООО «Белорецкий водоканал» с целью профилактики инсульта и других сердечно-сосудистых заболеваний, пропаганды принципов здорового образа жизни

Цель исследования: привлечь внимание населения к данной проблеме, выявить факторы риска возникновения сердечно-сосудистых заболеваний, повысить информационную грамотность населения по вопросам профилактики сердечно-сосудистых заболеваний и популяризировать преимущества ведения здорового образа жизни.

Задачи исследования:

1. Вовлечение студентов в активную профилактическую агитационно-пропагандистскую деятельность по формированию в обществе ценностей здорового образа жизни.
2. Повышение информированности населения о роли поддержания физической активности в сохранении здоровья человека, методах здоровьесбережения, источниках получения информации о состоянии здоровья.
3. Развитие практико-ориентированной, творческой активности будущих специалистов.

**Оснащение и оборудование интерактивной площадки:** баннер с символикой 2020 года Борьбы с сердечно-сосудистыми заболевания, музыкальная аппаратура, микрофон,

мультимедийная аппаратура, наглядная печатная продукция, бланки анкет по выявлению факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний, тонометры, фонендоскопы, весы, ростомеры, сантиметровые ленты, шкала расчета индекса массы тела, аппараты для снятия ЭКГ, кушетки, аппараты для измерения сахара крови (глюкометры) и определения уровня холестерина крови.

Работа проводилась в 3 этапа:

I этап в медицинском пункте ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж» сотрудники «Центра Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкой ЦРКБ совместно со студентами 411 группы специальности 31.02.01 Лечебное дело проводили обследование и консультирование сотрудников и преподавателей (анкетирование, измерение роста, веса и расчет индекса массы тела, измерение артериального давления, внутриглазного давления, снятие ЭКГ, определение сахара и холестерина периферической крови, представлено на рисунке 1.

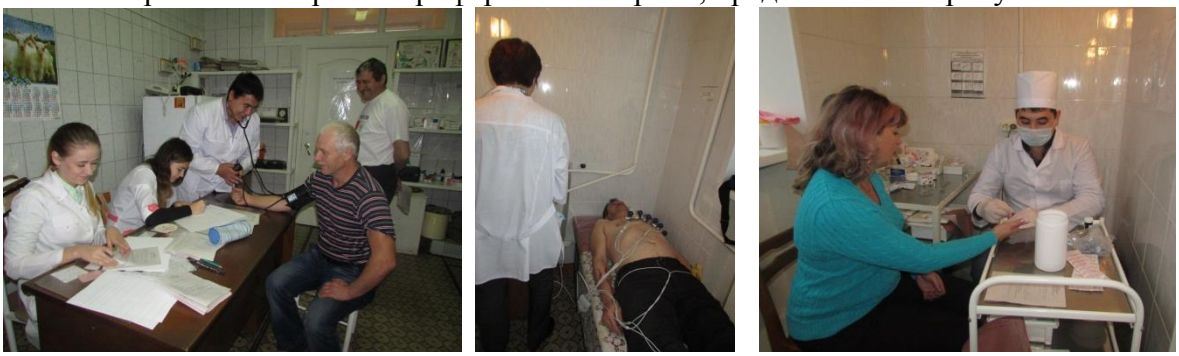


Рисунок 1. Фотоотчет работы студентов

II этап в медицинском пункте ООО «Белорецкий водоканал» сотрудники «Центра Здоровья» ГБУЗ РБ Белорецкой ЦРКБ совместно со студентами проводили аналогичное обследование и консультирование сотрудников организации.

III этап в целях реализации на территории Республики Башкортостан положений Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации и в рамках Всемирного дня борьбы с инсультом в актовом зале ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж» была проведена межведомственная студенческая научно-практическая конференция, посвященная профилактике сердечно-сосудистых заболеваний. Фотоотчет конференции представлен на рисунке 2.

Рисунок 2. Конференция в колледже

Результатом работы явился анализ факторов риска по развитию сердечно-сосудистых заболеваний среди сотрудников ГАПОУ РБ «Белорецкий медицинский колледж». Проведено анкетирование и обследование 60 респондентов, из них 17% мужчин, 83% женщин.

В первой возрастной группе с 21 до 40 лет обследованы 32 человека, что составляет

53% от общего количества обследуемых, во второй возрастной группе с 41 до 60 лет обследованы 21 человек (35%), в возрасте старше 60 лет обследованы 7 человек (12%).

По результатам артериального давления у пациентов первой возрастной группы в норме - 97% обследуемых, а у 3% была выявлена артериальная гипертензия. У лиц второй возрастной группы нормальные показатели артериального давления были у 62%, симптомы гипертонической болезни I степени были выявлены у 14%, а II степени – у 24% обследуемых. У лиц III возрастной группы АД в пределах нормы у 86%, пациентов с симптомами артериальной гипертензии I степени 14%. Результаты представлены на рисунке 3.

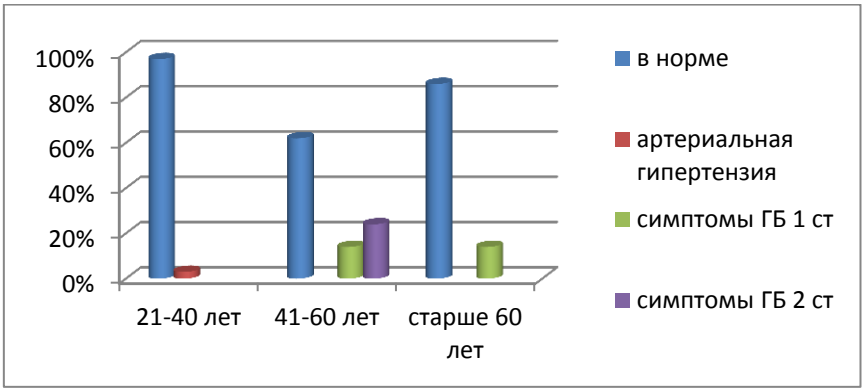



Рисунок 3. Артериальное давление по возрастным группам

Таким образом, повышенное артериальное давление чаще встречается у лиц старше 40 лет.

По результатам определения индекса массы тела получены следующие результаты:

- в первой возрастной группе предожирением страдают 29%, во второй возрастной группе – 38%, в третьей – 43%;
- ожирение I степени было выявлено во второй возрастной группе у 33% обследуемых, а ожирение II степени – у 5%. Таким образом, превышение массы тела наблюдается у лиц возрастной группы от 41 до 60 лет.

По результатам анализов крови на глюкозу превышение нормы наблюдалось у лиц старше 60 лет у 14%. У лиц других возрастных групп уровень глюкозы в крови в норме.

Экспресс-тест на холестерин показал превышение нормы холестерина в первой возрастной группе у 3% обследуемых, во второй возрастной группе – у 33%, у лиц старше 60 лет – у 14%. Анализы крови на глюкозу и холестерин представлении на рисунке 4.

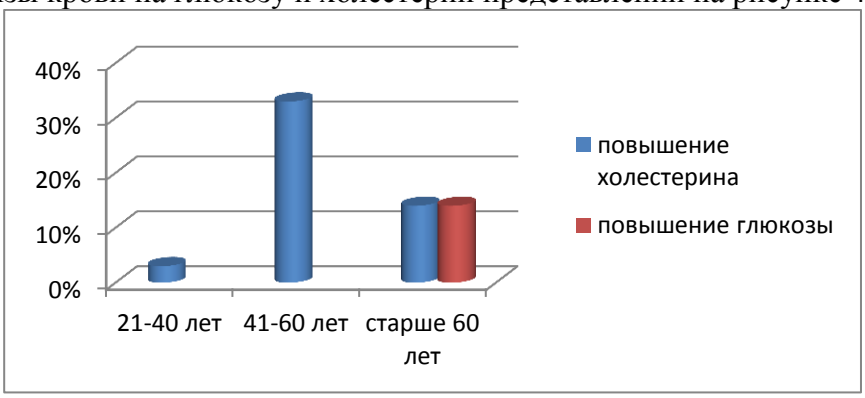



Рисунок 4. Анализ крови на глюкозу и холестерин

Таким образом, в возрастной группе от 41 до 60 лет чаще всего наблюдается повышение холестерина в крови.

Анализируя физическую активность обследуемых были получены следующие результаты:

- в первой возрастной группе более 56% регулярно поддерживают физическую активность;

- обследуемые, относящиеся ко второй возрастной группе, улучшили показатели физической активности на 1%, что составляет 57%;
- в третьей возрастной группе физически активными себя считают 100% обследуемых.

В группе обследуемых 21-40 лет рационального питания придерживаются 44%, в группе 41-60 лет – 48%, в группе старше 60 лет – все респонденты (100%) соблюдают принципы рационального питания. Результаты представлены на рисунке 5.

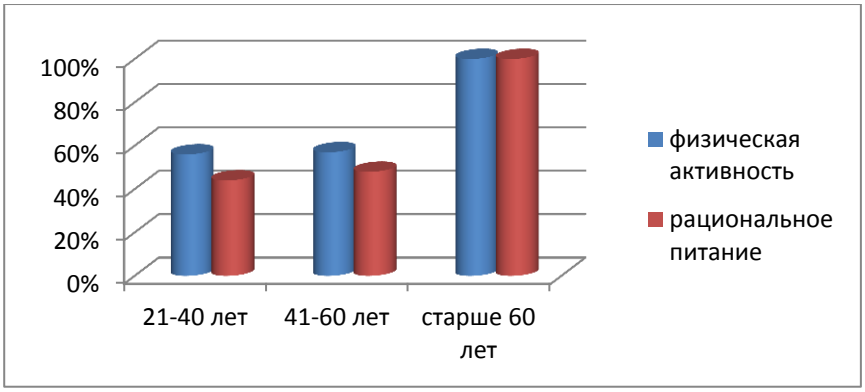



Рисунок 5. Результаты физической активности и рационального питания

Следующий фактор риска – курение 5% в группе обследуемых от 41 до 60 лет. Таким образом, вредные привычки как фактор риска отрицают большинство (95%) обследуемых.

Результаты исследования внутриглазного давления у лиц старше 40 лет в норме.

По результатам ЭКГ гипертрофия левого желудочка отмечалась у 10% обследуемых, что связано с гипертонической болезнью. Неполная блокада ножки пучка Гиса выявлена у 2%. Синусовая тахикардия – у 2% и у 1% выявлено нарушение процессов реполяризации. Все остальные обследуемые на ЭКГ имеют синусовый ритм, аритмии нет, функциональные отклонения по ЭКГ отрицательные.

Итак,

- ✓ Артериальная гипертензия была выявлена у 17% обследуемых.
- ✓ Индекс массы тела превышен у 43%.
- ✓ Повышение уровня глюкозы в крови выявлено у 2%.
- ✓ Повышенный холестерин выявлен у 15% обследуемых.
- ✓ Физическая активность присутствует у 62%.

Таким образом, проведение конференции обусловлено масштабностью распространения атеросклероза сосудов головного мозга как причины инсульта, высоким процентом инвалидизации и чрезвычайно высокой смертностью. Главной задачей работы является применение знаний, умений, неординарного мышления полученных в процессе обучения, способности к самостоятельному поиску информации, умение на практике применять полученные знания для самостоятельных исследований. Активная санитарно-просветительская работа среднего медицинского персонала и обучение пациентов самоконтролю позволят снизить высокий риск ОНМК, развития осложнений и улучшить качество жизни пациентов.

Библиографический список

1. Статьи об инсульте. [Электронный ресурс] - Режим доступа. http://insultanet.ru/articles.html

2. Острое нарушение мозгового кровообращения. [Электронный ресурс] - Режим доступа. http://dic.academic.ru/dic.nsf/ruwiki/1079915

**Атеросклероз сосудов головного мозга - главная причина инсульта**

***Бирюлина А.А.***

**Сестринское дело**

**Научный руководитель: Урядова Е.В. - преподаватель**

**ФГБ ПОУ «ПМК» Минздрава России**

Атеросклероз — это обменное заболевание, которое широко распространено среди лиц старше 40 лет. На сегодняшний день атеросклероз продолжает оставаться лидирующей причиной заболеваемости, инвалидности и смертности. По данным ВОЗ ежегодно в РФ от сердечно-сосудистых заболеваний умирает около 1 млн человек.

Актуальность темы заключается в том, что атеросклероз относится к наиболее распространённым заболеваниям на планете, поражая сосуды жизненно важных органов, в основном артерии крупного и среднего калибра. При закупорке сосудов питающих головной мозг, развивается инсульт, при закупорке сосудов сердца развивается инфаркт, если просвет сосуда не полностью закрыт, то происходит недостаточность питания того или иного органа, которое сопровождается соответствующими симптомами. [4]

Проблемой данного заболевания является то что, не все граждане знают факторы риска развития атеросклероза и не могут распознать у себя первые признаки заболевания, следовательно, своевременно не обращаются за медицинской помощью и не могут избежать осложнений. Поэтому задача заключается в освещении населения о некоторых факторах риска развития болезни и ее профилактики.

Цель исследования: выяснить взаимосвязь развития атеросклероза сосудов головного мозга с инсультом.

Задачи исследования:

- изучить механизм развития атеросклероза;
- рассмотреть факторы риска развития атеросклероза;
- изучить профилактику атеросклероза сосудов головного мозга, и как следствие, инсульта

Метод исследования:

- научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме.

Атеросклероз — это патологическое состояние, при котором происходит отложение липидов в стенке сосудов средних и больших размеров, образуются так называемые «атеросклеротические бляшки», что постепенно приводит к сужению просвета сосуда. Питание клеток головного мозга нарушается и развиваются такие неприятные симптомы как

головная боль, головокружения, нарушение памяти и зрения, эпизоды потери чувствительности или движений в области лица и в конечностях, нарушения речи . Но если просвет сосуда полностью закрывается, развивается инсульт. Опасное для жизни кровоизлияние в головной мозг (ишемический инсульт) приводит к развитию очага ишемического размягчения вещества мозга. Оно происходит при поражении атеросклерозом артерий, снабжающих питательными веществами головной мозг, и формировании в них тромбов. [3]

Для того чтобы понять, каким образом атеросклероз сосудов головного мозга приводит к инсульту необходимо рассмотреть как происходит его развитие. Всё начинается с повреждения эндотелия – клеток, которые выстилают изнутри стенки сосудов. Этому повреждению способствуют факторы: курение, гипертония, гиперхолестеринемия, большое употребление с пищу жиров животного происхождения и трансжиров, сахарный диабет, ожирение.

В поврежденное место сосуда проникают липопротеиды низкой плотности и холестерин, которые деформируют стенку сосуда. Начинает расти атеросклеротическая бляшка. Кровоток в этом месте нарушен, что способствует возникновению тромба. Он-то чаще всего и становится причиной инсульта. Ученые выяснили, что важную роль в развитии атеросклероза играют макрофаги – особые «клетки-пожиратели». Иммунная система отправляет их в пораженные кровеносные сосуды, чтобы они уничтожили жировые отложения. Однако, макрофаги, поглотившие холестерин, застревают в кровеносных сосудах и сами становятся частью холестериновой бляшки. Параллельно в сосудистой стенке развивается воспаление. Сформированный на атеросклеротической бляшке тромб может в любо момент оторваться и с током крови начинает мигрировать по кровеносному руслу. Рано или поздно он достигает настолько узкого сосуда, что застревает в нём. Если это будет сосуд головного мозга, развивается инсульт. [2]

Для того чтобы атеросклероз начал вызывать какие-либо симптомы, просвет артерии должен сузиться примерно на три четверти, а кровоток – сократиться на 70%. Явные клинические признаки при атеросклерозе сосудов головного мозга появляются спустя длительное время после начала отложения холестерина. Симптоматика проявляется после того, как внутренний диаметр магистральных артерий и более мелких капилляров головного мозга сузится настолько, что объем поступающий к органу крови снизится на 15% и более.

Клинические симптомы при атеросклерозе сосудов головного мозга изменяются в зависимости от стадии развития заболевания. На начальной стадии у больных признаки патологии появляются только при увеличении физической и психоэмоциональной нагрузки и

достаточно быстро проходят при переходе к покою. Выражаются они в астении, которая сопровождается слабостью, утомляемостью, вялостью и ухудшением концентрации и внимания. В единичных случаях возникают нарушения сна в виде бессонницы или дневной сонливости. Большая часть больных предъявляет жалобы на головную боль, шум в ушах. Заметно снижается способность к запоминанию новой информации.

При дальнейшем прогрессировании атеросклероз сопровождается психическими расстройствами в виде усиления мнительности, перепадов настроения, склонности к депрессии и тревожности. Нарушения памяти становятся более выраженными: больной забывает события текущего дня, путается в воспоминаниях. Головная боль и шум в ушах приобретает постоянный характер. При прогрессирующем атеросклерозе магистральных артерий головного мозга наблюдаются устойчивые нарушения речи (нечеткость, изменение дикции), вестибулярные нарушения в виде головокружения и неустойчивости походки. Продуктивная деятельность стремительно снижается из-за ухудшения зрения и слуха, тремора конечностей и головы, неспособности четко и логично мыслить.

Заключительная стадия атеросклероза сосудов головного мозга сопровождается слабоумием или деменцией. Интеллект значительно слабеет, больной рассуждает и ведет себя как ребенок или приобретает несвойственную ему агрессивность или плаксивость. У большинства больных отмечается полная или частичная потеря памяти, отстраненность, отсутствие интереса к окружающим его предметам и событиям. Больные утрачивают способность ориентироваться в пространстве и времени. Такие пациенты требуют постоянного наблюдения и ухода из-за полной траты навыков самообслуживания. [1]

Уровень «плохих» липидов в крови можно снизить при помощи статинов – препаратов, которые подавляют производство холестерина в печени, стабилизируют сосудистую стенку и предотвращают рост атеросклеротических бляшек. Другая группа антиатеросклеротических препаратов – фибраты - активируют фермент липопротеидлипазу, которая расщепляет «плохие» жиры, тем самым снижая их уровень в крови. Для борьбы с высоким давлением при атеросклерозе применяют бета-блокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов, мочегонные. [4]

Прогнозы при атеросклерозе не могут быть однозначными и равноценными для всех. На исход заболевания может повлиять такие факторы, как соблюдение рекомендаций врача относительно питания и образа жизни, регулярность приема препаратов, генетические особенности больного, его возраст и наличие сопутствующих заболеваний.

Наиболее неблагоприятные прогнозы у больных, которые не смогли отказаться от курения и других вредных привычек, а также у тех, кто мало двигается, имеет лишний вес,

неполноценно питается или регулярно пребывает в стрессе (злится, раздражается, обижается или переживает за близких). Такая категория пациентов в 80% случаев подвержена грубой инвалидизации с утратой навыков самообслуживания и взаимодействия с окружающим миром. Кроме того, у них высока вероятность летального исхода.

Снизить риск атеросклероза и инсульта помогут четыре простые (и даже банальные) рекомендации:

1. Если вы курите – бросьте вредную привычку. Так вы защитите себя не только от инсульта и проблем с сердцем, но и от рака легких.

2. Ешьте здоровую пищу. Больше злаков, овощей и фруктов. Меньше жиров и сахара.

3. Выполняйте физические упражнения. В идеале по 30 минут каждый день. Купите абонемент в спортзал или бассейн.

4. Поддерживайте нормальный вес.

5. Старайтесь избегать стрессов.

6. Если вам больше сорока лет, стоит ежегодно сдавать анализы крови на холестерин и если его уровень превышает норму, необходимо с врачом обсудить медикаментозную терапию. Это поможет вовремя выявить отклонения и принять меры.

7. Если вам меньше сорока, но в вашей жизни присутствуют факторы риска, и у вас неблагоприятная наследственность, возможно, вам нужно начинать проходить скрининг прямо сейчас. Посоветуйтесь с врачом.

Конечно, вы можете повлиять не на все факторы риска. Невозможно изменить свои гены, возраст и пол. Тем не менее, снизить риск атеросклеротического процесса в артериях и инсульта вполне в ваших силах.

Таким образом, атеросклероз - это заболевание, которое не имеет тенденции к регрессу симптоматики если не применять радикальных методов. Поэтому важно выявлять атеросклеротические изменения в сосудах головы на начальных стадиях. Только так можно продлить жизнь и сохранить у больного базовые навыки самообслуживания, память и поддержать качество жизни на хорошем уровне.

Источники:

1. В.С. Василенко. Ю.Б. Семенова «Атеросклероз», Санкт-Петербургский Государственный Педиатрический Медицинский Университет, 2016г. - 41с.

2. Верещагин, Н.В. Патология головного мозга при атеросклерозе и артериальной гипертонии / Н.В. Верещагин - М.: Медицина, 2017.- 101с.

3. И.А. Латфуллин «Атеросклероз» Казань 2015г. - 145с.

4. https://medikcntr.ru/ateroskleroz-kursovaya-rabota.html

# Афазия

*Авраменко Р. Н. 34.02.01. Сестринское дело*

**Научный руководитель: Любимцева Наталья Владимировна,**

**преподаватель ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»**

Среди пациентов, обратившихся за медицинской помощью, значительную часть занимают люди, имеющие речевые дефекты совершенно различного происхождения, это могут быть и возрастные изменения присущие старческой деменции, люди в состоянии алкогольного или наркотического опьянения, иностранные граждане, плохо владеющие языком и многие другие не предсказуемые ситуации, которые могут встретиться медицинскому работнику при сборе первичного анамнеза в условиях приемного отделения больницы или на вызове в домашних условиях. Особое место при определении патологических процессов головного мозга занимает непосредственное общение с пациентом. Появление определенных речевых и поведенческих маркеров в ряде случаев, даже при отсутствии иных признаков может сигнализировать о развитии инсульта своевременное их распознание может в корне изменить течение и последствия заболевания. Сложность их определения в ряде вышеописанных случаев определяет высокую степень актуальности данного вопроса, требующего рассмотрения.

**Цели**

Определить способы первичной диагностики инсульта, дополнить порядок первичного осмотра пациента вопросами и манипуляциями, определить границу между хроническими состояниями пациента и новообразованиями требующими экстренного медицинского вмешательства.

**Задачи**

В рамках учебной производственной практики на подстанции принимать непосредственное участие при первичной диагностике пациентов, при выявлении инсульта принимать участие в медицинской эвакуации больного в сосудистый центр, наблюдение и описание методов диагностики в стационаре, сопоставление полученных результатов диагностики с первичными проявлениями афазии, определить вид афазии.

**Материалы и методы**

5. Общепринятой является нейропсихологическая классификация афазии А. Р. Лурия:
6. 1. Акустико-гностическая (сенсорная);
7. 2. Акустико-мнестическая;

8. 3. Семантическая;

9. 4. Афферентная моторная;

10. 5. Эфферентная моторная;

**11.** 6. Динамическая.

12. **Акустико-гностическая**

13. Возникает при поражении задней трети верхней височной извилины левого полушария (22 поле, зона Вернике). Центральным механизмом является патология акустического анализа и синтеза звуков речи, что приводит к нарушению фонематического слуха. Расстройство фонематического слуха – центральный дефект сенсорной афазии, обусловливающий грубые нарушения импрессивной речи.

14. Выделяют три степени развития спонтанной речи. При первой (грубой) спонтанная речь состоит из набора случайных звуков, слогов, словосочетаний «жаргонафазия», «речевая окрошка» или «словесный салат». Самоконтроль практически отсутствует.

**15.** Из-за нарушения фонематического слуха вторично страдает повторение слов. При грубой форме возможно повторение лишь хорошо знакомых слов с большим числом звуковых искажений. При средней характерны замены звуков на основе их акустической близости. При повторении фразы сохранна длина предложения, его синтаксический и просодический «рисунки», но отмечены грубые искажения лексического состава. Легкая степень характеризуется приблизительным соответствием восстановлению спонтанной речи. В сложных речевых конструкциях имеют место парафазии.

16. **Акустико-мнестическая**

17. Возникает в результате поражения средних и задних отделов височной области (21, 37 поля). В ее основе лежит снижение слухоречевой памяти, вызванное повышенным торможением слуховых следов (А.Р. Лурия). Данная форма афазии отличается специфичностью синдрома и наличием не одного, а нескольких центральных механизмов: 1) нарушение слухоречевой памяти; 2) сужение объема акустического восприятия; 3) нарушение зрительных предметных образов-представлений. Центральный дефект – нарушение понимания речи, повторения; вторично нарушается и устная спонтанная речь, для которой характерно большое количество вербальных парафазий. Фонематический слух остается сохранным. Все дефекты речи начинаются с увеличения объема поступающей информации.

***18.*** При данной форме афазии доступно понимание коротких речевых конструкций. При восприятии более развернутых текстов характерны ошибки осмысления. Грубая и средняя

степень выраженности дефекта характеризуются наличием в экспрессивной речи коротких фраз с частыми паузами из-за трудностей нахождения нужного слова и вербальными парафазиями. Легкая степень представлена разнообразным словарным запасом, достаточно развернутой фразовой речью; иногда отмечаются трудности нахождения нужного слова по амнестическому типу.

19. ***Семантическая афазия***

20. Возникает при поражении зоны ТРО (темпералис) – теменно-затылочные отделы коры левого полушария (39, 40, задняя часть 37 и передняя 19 полей). Впервые была описана в 1926 г. Т. Хэдом. А. Р. Лурия показал, что в основе семантической афазии лежат дефекты симультанного (одновременного) схватывания информации, нарушения пространственного восприятия. Нарушение симультанного пространственного восприятия – центральный механизм, а центральный дефект – нарушение понимания логико-грамматических конструкций.

***21.*** В клинической картине не обнаруживается глубокого нарушения экспрессивной речи: могут разговаривать, используя простые конструкции предложений, понимать просто построенную обращенную речь, однако усложнение грамматического строя речи ведет к ее непониманию и растерянности. Производят впечатление людей со снижением памяти, сужением кругозора. Вызывают затруднения: конструкции творительного падежа; приименный родительный падеж (атрибутивные конструкции типа: брат отца, колесо машины и т.п.); инверсии – фразы с обратным порядком слов; сравнительная конструкция фраз. Таким образом, при семантической афазии слово выпадает из системы грамматических понятий и воспринимается лишь как носитель непосредственного значения.

22. ***Афферентная моторная афазия***

23. Возникает при поражении задних постцентральных отделов двигательного анализатора (нижние теменные отделы – 7, 40 поля). Центральным механизмом афферентной моторной афазии является нарушение кинестетических ощущений. Центральный дефект – нарушение тонких артикуляторных движений, проявляющееся в невозможности найти нужное положение губ, языка при произнесении звуков и слов.

***24.*** Клиническая картина проявляется либо в полном отсутствии экспрессивной речи, либо в обилии литеральных парафазий во всех видах экспрессивной речи (спонтанная, повторная, номинативная). Автоматизированные формы речи (пение, стихи, имена близких людей и т.п.) остаются более сохранными. В психологической картине обнаруживается нарушение звена звукоразличения в структуре речи, т.е. нарушение сенсо-моторного уровня организации речи в звене кинестетического анализа звуков, что ведет к трудностям создания

моторной программы речи. Трудности начинаются, когда необходимо осознанно произнести, повторить звук, слово, фразу. Нарушаются все функции, виды, формы речи.

25. ***Эфферентная моторная афазия***

26. Возникает при поражении заднелобных отделов коры мозга (44 поле - зона Брока) – премоторной зоны коры головного мозга. Этой зоной осуществляется линейная, временная организация движения.

***27.*** Психологическая картина характеризуется наличием симптома трудности включения в активную речь. При попытке спонтанного высказывания, при ответной реплике в диалоге не в состоянии начать фразу. Однако, если удается произнести первое слово, то нередко осуществляется произнесение и всей фразы.

28. ***Динамическая афазия***

29. Возникает при поражении отделов мозга, располагающихся кпереди от зоны Брока и дополнительной речевой «зоны Пенфилда». Динамическая афазия представляет собой нарушение речи на уровне предложений, а чаще сукцессивного высказывания (анализ и синтез, реализуемый по частям), а не целого.

**30.** Психологическая картина представлена нарушением коммуникативной функции речи из-за дефектов таких ее свойств, как активность, намеренность, эмоционально-выразительная функция. Страдают устная экспрессивная и внутренняя формы речи. Выступает дефект монологической речи и развернутого диалога.

**Результаты**

Все формы афазии объединяет общее свойство: во всех случаях имеет место глубокая патология речи как сложнейшей психической функции, тесно связанной с другими высшими психическими процессами, а также и непосредственно с личностью человека. На первое место выступает нарушение коммуникативной функции речи. Расстройства речи типа афазий сравнительно редко выступают в изолированной форме. Это объясняется тем, что данные расстройства являются лишь одним из симптомов сложного комплекса различных других дефектов, возникающих после того или иного поражения мозга, и поэтому они сопровождаются двигательными, чувствительными, а нередко и интеллектуальными нарушениями. Особенно сложными в этих случаях могут быть расстройства движений, которые чаще всего сопровождают афазию. Это – своеобразные формы двигательных нарушений, носящих в клинике название «апраксия».

**Выводы**

Данные выводы основываются на результатах производственной практики. При

определении признаков инсульта важно непосредственное общение с пациентом, сопровождающие лица, родственники, переводчики для иностранных граждан могут как способствовать сбору анамнеза, уточняя интеллектуальные и речевые особенности, проф деформации, больной может быть бывшим учителем или тренером со свойственными речевыми признаками, работать продолжительное время строительными инструментами (перфоратор, отбойный молоток) и иметь тем самым «вибрационную болезнь». Так же родственники могут мешать отвечая за больного и неверно интерпретируя жалобы. В ряде случаев если тяжело больной человек продолжительное время находится в неподвижном состоянии явных признаков апраксии может не наблюдаться, примером может служит например поражения мозжечка или афазии Вернике (речь становится взрывчатой, ферментированной, скандированной и теряет плавность).

Литература:


1. Афазия. Учебно-методическое пособие Минск 2006г. Зайцев И.С.
2. Нейрохирургическая анатомия головного мозга Новосибирск 2015г.

31. Учебное пособие В.Н. Горчаков, И.Г. Сергеева А.А. Тулупов

32. 3. Презентация «Афазия» Автор Е.Ю. Медведева НГПУ им Минина г. Н. Новгород 2014г.

**Патопсихологические изменения у пациентов с мигренью**

***Понедельченко Д.С.***

**34.02.01. Сестринское дело**

**Научный руководитель: Любимцева Н.В.,**

**преподаватель ГБПОУ НО «Нижегородский медицинский колледж»**

Многие люди, годами страдающие от мигрени, не обращаются к врачу, потому что в России принято глушить боль таблетками, не разбираясь в причине ее появления, идти к специалисту, только если боль становиться невыносимой. Со временем качество жизни резко снижается, а проблемы продолжают расти. Почему страдальцы не идут в поликлинику, а если идут, получают ли они корректное лечение?

Мигрень – это вторая по распространенности (после головной боли напряжения) форма первичной цефалгии. По данным популяционного исследования частота встречаемости мигрени в развитых странах значительна и составляет около 14% в популяции, в РФ эти цифры даже несколько выше – 20,8% (1)

Являясь широко распространенной проблемой, медико-социальная значимость мигрени обусловлена существенным снижением качества жизни пациентов. Мигрень дебютирует в возрасте 10-20 лет, а к 60 годам ее проявления, как правило, нивелируются. Следовательно, превалирующую часть больных составляют лица трудоспособного возраста. По данным обзора ВОЗ, мигрень занимает шестое место среди специфических причин нетрудоспособности и первое – среди неврологических заболеваний (2)

По ряду объективных и субъективных причин эффективность лечения и точная диагностика заболевания на сегодняшний день далеки от идеала. Лишь половина пациентов с мигренью регулярно обращается к врачу, а среди тех, кто получает лечение в стационаре, только треть удовлетворена его результатами. В связи с этими данными междисциплинарный подход в понимании лечения пациентов с мигренью является актуальной задачей.

Во всем мире повышен интерес к социально значимой и актуальной медицинской проблемы – коморбидности мигрени. Множество клинических и популяционных исследований выявили явную взаимосвязь мигрени и психологических расстройств. Статистические данные о сопутствующих заболеваниях, а именно о психопатических расстройствах у пациентов с диагностированной мигренью, в поликлиниках отсутствуют. Мне ответили в неврологическом отделении: «Вы понимаете, статистику вести никто не станет, там это никому не нужно.» Что является значительным упущением, ведь обширные

статистические данные сумели бы помочь в корректном ведении пациентов с данным заболеванием. Эту проблему ,для подтверждения необходимости ведения пациента с диагностированной мигренью в синергии неврологии и психиатрии, а также при участии врача-сомнолога, я предлагаю рассмотреть на основании открытых исследований в литературных источниках. На сегодняшний день в приказе Минздрава России о медико-санитарной помощи при мигрени № 1550 этих специалистов нет (3), хотя есть множество исследований, подтверждающих такую необходимость.

Перейдем к научным и статистическим данным. Ообнаружено, что у лиц в возрасте 25–55 лет с мигренью и другими головными болями распространенность депрессии при мигрени превышает ее распространенность в популяции в 3,5 раза, и это значение еще выше у пациентов с мигренью, которая сопровождается аурой. Несколько позже эти авторы выявили, что наличие депрессии увеличивает риск возникновения новых случаев мигрени в 3,4 раза, что не было характерно для других типов тяжелой головной боли. (4,5) Известно, что мигрень заболевание высокой коморбидности, одним из наиболее частых расстройств является нарушение сна, поэтому важно установить взаимосвязь имсомнии с течением мигрени, недостаточная или избыточная продолжительность сна, способна спровоцировать головную боль, а избыточный сон в определенные дни закономерно сопровождается тяжелым приступом мигрени – феномен, известный как «мигрень выходного дня». (6)

Распространенность инсомнии у пациентов с эпизодической мигренью составляет 43,6%, когда как у пациентов с хронической формой мигрени 70,8%. Пациенты с нарушением сна отмечали ухудшение течения заболевания, расстройства сна существенно влияют на течение заболевания. (7)

Также подтверждено, что характерным атрибутом хронической мигрени и фактором, способствующим для перехода в хроническую форму, выступает дневная сонливость. (8)

Известно, что как мигрень, так и нарушения сна часто сопровождаются тревогой и депрессией и провоцируются стрессовыми факторами. Примерно у трети (24–42%) пациентов с мигренью атаки почти исключительно связаны со сном или наблюдаются при пробуждении, что обусловливает особенности проявления заболевания. (9)

В сравнительном исследовании пациентов на базе Первого МГМУ им. И.М. Сеченова с диагнозом мигрень (с аурой и без нее) принимали участие группы ,страдающие как эпизодический мигренью, так и хронической формой. Диагноз ставили в соответствии с диагностическими критериями Международной классификации головной боли 3-бета версии. Уровень депрессии определяли по шкале Бека, ситуативной и личностной тревожности – по шкале самооценки Ч.Д. Спилберга и Ю.Л. Ханина, так же исследуемая

группа вела дневник «сон- бодрствование». Результаты исследования показали, что расстройства сна, несоблюдения графика сон-бодрствование ведут к усугублению течения заболевания. У 40% контрольной группы с инсомнией течение заболевания приобретало хроническую форму, наличие длительно существующих расстройств сна и субъективная неудовлетворенность ночным сном – важнейшие факторы хронизации мигрени. (10)

Уровень тревожности возрастал у пациентов с нарушением сна, провоцировал тревожно-депрессивное расстройство, что так же утяжеляло течение основного заболевания. При этом пациенты, страдающие от мигрени с аурой, чаще подвержены депрессии, чем пациенты, у которых диагностирована мигрень без ауры. Кроме того, от 30 до 50 % всех пациентов с хронической мигренью испытывают постоянное беспокойство. (11)

Давно известно о тесной взаимосвязи нарушения сна и депрессивно-тревожного расстройства. Депрессия выявляется у 20% людей с нарушениями сна и только у 1% людей, нарушений сна не имеющих. Особенно сильная корреляция между расстройством сна и депрессией наблюдается в молодом возрасте: при наличии инсомнии риск развития депрессии составляет 31%, гиперсомнии – 25%, обоих расстройств – 54%. В старшей возрастной группе инсомния выступает предиктором развития депрессии в будущем. (12) Анализируя данные, которые согласуются со множеством исследований ясно, что психоэмоциональные факторы напрямую влияют на переход мигрени в хроническую форму, ведущую к снижению качества жизни пациента.

У пациентов, страдающих субсиндромальной или мягкой тревогой, снижение качества жизни по параметрам профессиональной и социальной активности сопоставимо с пациентами, имеющими развернутое тревожное расстройство, и более выражено, чем у лиц, имеющих хроническое, не осложненное психопатологическими синдромами заболевание. Анализ эмоциональной сферы показал, что повышенная тревожность и снижение настроения обнаруживались у 82% пациентов с мигренью. Депрессия отмечалась у 67% пациентов, из них у 21% она была умеренной и у 46% – выраженной. Следовательно, тревога встречается у пациентов с мигренью чаще, чем депрессия (у 82% и 67% пациентов соответственно). При этом высокая депрессия обнаруживается чаще, чем высокая тревога. (13)

Очевидно, нарушения сна и тревожные состояния у пациентов, усиливающие друг друга, значительно дополняют патогенетические механизмы формирования хронический мигрени, которые, безусловно, снижают качество жизни больных. Выявление коморбидных нарушений, их грамотная корректировка, приведут к улучшению состояния пациента, возвращению к труду и в социум. Эффективность терапии напрямую зависит от рационального сочетания стратегически значимых направлений лечения. Как показал анализ

данных, переход хронической мигрени в эпизодическую или полное нивелирование приступов возможно только при комплексном подходе, синергии невропатологии и психиатрии. Для улучшения эффективности терапии крайне важно выявить нарушения сна и провести психотерапевтическую коррекцию.

Литература:

1. Осипова В.В. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения / В.В. Осипова, Ю.Э. Азимова, Г.Р. Табеева // Анналы клинической и экспериментальной неврологии. –2012. – Т.6, №2. – С.16–21.

2. Global, regional and national incidence, prevalence and years lived with disability for 310 diseases

and injuries, 1990-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015 // Lancet. –2016. – Vol.388. – P.1545–1602

3. https://minzdrav.gov.ru/documents/8362-prikaz-ministerstva-zdravoohraneniya-rossiyskoy-federatsii-ot-24-dekabrya-2012-g-1551n-ob-utverzhdenii-standarta-pervichnoy-mediko-sanitarnoy-pomoschi-pri-migreni-profilakticheskoe-lechenie

4. Breslau N., Schultz L.R., Stewart W.F., et al. // Neurology. – 2000. – Vol.54. – P.308–313.

5. Breslau N., Lipton R.B., Stewart W.F., et al. // Neurology. – 2003. – Vol.60. – P.1308–1312

6. Табеева ГР. Хронобиология мигрени. Журнал неврологии и психиатрии имени С.С. Корсакова. 2010;110;4(1):104-12.

7. http://medical-diss.com/medicina/hronicheskaya-migren-klinika-patogenez-lechenie

8. Carscadon MA. Evaluation of excessive daytime sleepiness. Neurophysiol Clin. 1993 Jan;

23(1):91-100.

9. Engstrom M, Hagen K, Bjork M, et al.Sleep-related and non-sleep-related migraine: interictal sleep quality, arousals and pain Thresholds. J Headache Pain. 2013 Aug 6;14.

10. Bigal ME, Lipton RB. What predicts the change from episodic to chronic migraine? Curr Opin Neurol. 2009 Jun;22(3):269-76.

11. Pisanu C., Lundin E., Preisig M., Gholam-Rezaee M., Castelao E., Pistis G., Merikangas K.R., Glaus J., Squassina A., Del Zompo M., Schiöth H.B., Mwinyi J. Major depression subtypes are differentially associated with migraine subtype, prevalence and severity. Cephalalgia. 2019 Oct 24

12. Jindal R.D., Thase M.E. Treatment of insomnia associated with clinical depression // Sleep Med. Rev. 2004. Vol. 8. № 1. P. 19–30.

13. Тревожно-депрессивные расстройства у пациентов с мигренью Садоха К.А., Кистень О.В., Евстигнеев В.В Медицинские новости. – 2018. – №3. – С. 24.

**Новые тенденции в лечении и обследовании пациентов при атеросклерозе**

**Агишева Г.Р.**

**Сестринское дело**

**Научный руководитель: Малицкая Е.А., преподаватель ФГБ ПОУ "Пензенский базовый медицинский колледж"**

Актуальность лечения атеросклероза возрастает с каждым годом. Ведущие кардиологи, сосудистые хирурги нашей страны утверждают, что атеросклероз есть у каждого. Всем нам известно, что это заболевание опасно осложнениями.

По словам генерального директора НМИЦ кардиологии, главного внештатного кардиолога Минздрава России академика РАН Сергея Бойцова: «Атеросклероз» с древнегреческого переводится как «кашицеобразное уплотнение» (от athere – «каша» и sclerosis – «уплотнение»). Этот термин довольно точно описывает проявление этого недуга – появление на внутренней стенке сосуда образований из плотной соединительной ткани, часто – с кашицеобразной липидной (жировой) массой в центре. Разрастание таких бляшек приводит к сужению просвета сосуда, а их разрыв провоцирует образование тромба, который может полностью его закупорить и тем самым стать причиной инфаркта или инсульта»

В молодом возрасте, как правило, образуются распространённые липидные пятна. К 45 годам небольшие бляшки (с сужением до 40% просвета сосуда) есть уже у 50% мужчин, к 55 годам – у 50% женщин. В зрелом возрасте они уже есть у всех.

*Цель исследования*: изучить особенности тенденции в развитии методов лечения и обследования при атеросклерозе сосудов в рамках нашего города Пензы.

*Задачи исследования:*

1. Изучить специальную литературу по данной нашей статье.
2. Рассмотреть проявления атеросклероза сосудов.
3. Выяснить методы лечения и обследования атеросклероза сосудов.

*Методы исследования:* теоретические (анализ научной литературы, описание).

Атеросклероз может и не беспокоить человека, но наличие бляшек в коронарных артериях – высокий фактор риска образования тромбов. Особенно опасны мягкие бляшки с неплотной покрышкой, которые могут разорваться и стать причиной смерти даже при небольшом повышении давления.

Последствия атеросклеротического сужения сосудов зависят от их локализации. Если сужены коронарные артерии – возникает боль за грудиной, если пострадали сосуды

головного мозга – ухудшаются внимание, память и другие когнитивные функции, крайний случай – острые нарушения мозгового кровообращения. Сужение сосудов нижних конечностей характеризуется перемежающейся хромотой.

При появлении таких симптомов необходимо пройти исследование. Как правило, оно включает в себя общий и биохимический анализы крови, ультразвуковое дуплексное сканирование и ангиографию и т. д. С помощью этих методов врачи выбирают оптимальный метод лечения. Статистика по атеросклерозу тревожит, заболевание «молодеет». Однако прогресс в медицине не стоит на месте.

В 2005 год В.В. Путиным было объявлено о запуске четырёх национальных проектов, среди которых национальный проект «Здоровье».

К основным направлениям нацпроекта «Здоровье» относятся.

Совершенствование медицинской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, которое должно обеспечить снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний. В рамках этого направления запланировано создание региональных сосудистых центров малоинвазивной хирургии в учреждениях здравоохранения субъектов Российской Федерации и муниципальных образований.

Развитие новых высоких медицинских технологий на базе федеральных медицинских учреждений, а также медицинских учреждений, находящихся в ведении субъектов Российской Федерации и муниципальных образований, что позволит повысить уровень обеспеченности населения высокотехнологичными видами медицинской помощи до 70 % потребности.

Национальный проект "Здравоохранение" является развитием одноименного приоритетного нацпроекта, стартовавшего в 2016 году. Всего в него включены восемь подразделов - федеральных проектов. Паспорт нацпроекта был утвержден 3 сентября 2018 года президиумом Совета при президенте РФ по стратегическому развитию и национальным проектам, реализация началась 1 января 2019 года. Куратор нацпроекта - вице-премьер РФ Татьяна Голикова, руководитель - министр здравоохранения РФ Вероника Скворцова.

Сейчас активно обсуждаются рентабельность этих проектов, очевидно, что медицинское оборудование модернизируется, а специализация врачей повышается. Чтобы лечить пациента любому врачу требуется в помощь хорошая, грамотная диагностика.

Благодаря проекту в 2020 году в Пензе будет открыт второй региональный сосудистый центр. Первый такой центр находится на площадке ГБУЗ Пензенская областная клиническая больница имени Н. Н. Бурденко. Эти центры необходимы для лечения и

диагностики атеросклероза! Благодаря проектам у нас развивается хирургия нового поколения.

Эндоваскуля́рная хирурги́я (рентгенохирургия, интервенционная кардиология и интервенционная радиология) — хирургические вмешательства, проводимые на кровеносных сосудах чрескожным доступом под контролем методов лучевой визуализации с использованием специальных инструментов.

На данное время разработаны несколько типов вмешательств: балонная ангиопластика, стентирование, эмболизация, химиоэмболизация, установка внутрисосудистых фильтров, удаление тромбов, адресное введение лекарственных средств.

С большой гордостью хотим рассказать Вам, что в нашем городе Пенза работает предприятие МедИнж. Основу производства составляет продукция кардиохирургического профиля (протезы сердечных клапанов, протезы сосудов с клапанами и т.д.). В состав ЗАО МедИнж входят фирма Кардиоплант, производящая изделия из ксеноперикардиального материала для сосудистой, общей хирургии и травматологии, и компания ООО НаноМед, изготавливающая изделия и инструменты для эндоваскулярной хирургии.

Благодаря продукции таких предприятий мы получаем расходный материал для работы региональных сосудистых центров.

В стенах сосудистого центра при амбулаторном обращении и безусловно при экстренном разработаны и активно применяются в нашем городе различные эндоваскулярные методы.

При инфаркте миокарда в сердечную артерию устанавливают стент, который играет роль распорки и содействует разрушению атеросклеротических бляшек на стенках сосуда. После выполнения своей задачи они сами постепенно разрушаются и выводятся из кровотока без вреда для организма.

Как мы выше писали, эндоваскулярная хирургия - это хирургическая операция, проводимая через катетер, введенный в кровеносный сосуд под контролем рентгена. Использование хирургических роботов для таких операций - не просто удобно, но даже необходимо. Дело не только в том, что все движения катетера должны быть очень точными, но и в том, что хирург и медицинская сестра, которая ассистирует, постоянно подвергаются рентгеновскому излучению. Новые аппараты позволяют кардиохирургу управлять катетером и инструментами из защищенного места с помощью джойстиков и экранов. Всё это относится к методам лечения, не менее важным будет и обследование при атеросклерозе.

Выше мы говорили о дуплексном сканировании и УЗИ. Хотим осветить тему о графическом инвазивном методе исследования сосудов.

Ангиография — это вид рентгенологического исследования, который создает детальные изображения артерий (кровеносных сосудов) и кровотока внутри них. Эти изображения называются ангиограммами.

Ангиография включает введение в кровеносные сосуды специального красителя, называемого контрастным веществом. На ангиограмме это показывает любые аномалии внутри кровеносных сосудов.

Ангиография используется для исследования кровеносных сосудов в различных частях тела, включая: сосудов головного мозга, сосудов сердца, почек, глаз, сосудов шеи, верхних и нижних конечностей.

Типы ангиографии включают в себя: церебральная ангиография, коронарная ангиография, легочная ангиография, почечная ангиография, лимфангиография, ангиография конечностей.

Рентген обычно используется для получения изображений плотных или твердых тканей, таких как кости. Кровь не обнаруживается на нормальных рентгеновских снимках.

Ангиография показывает, насколько узкие, неравномерные или закупоренные кровеносные сосуды. Данное обследование используется для выявления заболеваний, которые изменяют каналы кровеносных сосудов. Это может показать, например, атеросклероз, когда жировые отложения, известные как бляшки, накапливаются вдоль внутренней оболочки кровеносных сосудов.

Коронарная ангиография используется для проверки состояния коронарных артерий. Если коронарная ангиография обнаруживает участки коронарных артерий, которые сужены или закупорены, можно рекомендовать лечение с использованием баллонной ангиопластики или шунтирования коронарной артерии.

Ангиография также может быть использована, чтобы обнаружить любое внутреннее кровотечение, проверить кровеносные сосуды в других жизненно важных органах, таких как почки, печень и аорта, а также конечности, обнаружить тромбы, обнаруживать аневризмы на стенках кровеносных сосудов, вызванные слабостью стенок, обнаруживать аномалии, такие как раковые и незлокачественные опухоли, кисты или врожденные дефекты.

Если исследуются сонные, коронарные или церебральные артерии, в артерию в ноге, руке или паху вводится катетер (тонкая гибкая трубка). Часто используется бедренная артерия, расположенная в бедре, потому что она обеспечивает хороший доступ к сердцу и окружающим кровеносным сосудам.

Перед установкой катетера обычно используется местный анестетик, чтобы область вокруг точки, куда будет введена игла онемела. Длинная тонкая проволока с гладким и

закругленным концом вводится в артерию. Рентгеновские снимки (рентгеноскопия) используются для направления его в нужное место в исследуемом кровеносном сосуде.
Когда направляющий провод на месте, может быть вставлен катетер вдоль провода в кровеносный сосуд. Как только вставляется катетер, проводник удаляется, и через катетер в кровеносные сосуды вводится контрастное вещество. После введения контрастной жидкости врач-рентгенолог может увидеть кровеносные сосуды на мониторе и сделать серию рентгеновских снимков.

Ангиография обычно занимает от 20 до 90 минут, в зависимости от сложности исследования. Обычно после процедуры разрешают вернуться домой в тот же день, но в некоторых случаях могут оставить в больнице на ночь.

Цифровая субтракционная ангиография (DSA) использует компьютерное рентгеновское оборудование для съемки органов и кровеносных сосудов. Как и при стандартной процедуре ангиографии, в кровеносные сосуды вводятся контрастные вещества, чтобы они четко отображались на рентгеновских снимках.

Перед процедурой врач, проводящий обследование, объяснит вам метод обследования, чтобы вы знали, чего ожидать. На протяжении всей процедуры в вашу команду по уходу могут входить: консультант, рентгенолог, медсестра, техник-электрокардиограф.

Процедура проводится на рентгеновском столе. Она может длиться от 30 минут до трех часов. Такими методами обследования и лечения занимаются пензенские эндоваскулярные хирурги на базе больницы им Н.Н. Бурденко.

В рамках реализации национального проекта «Здравоохранение» в Пензенской области продолжается оснащение и укрепление материально-технической базы медицинских организаций.

На сегодняшний день в Пензенской области работают 5 первичных сосудистых отделений и один региональный сосудистый центр. До конца 2020 года второй региональный сосудистый центр будет открыт в больнице имени Г. А. Захарьина, что позволит организовать еще одну высокотехнологичную базу для проведения ангиопластики (стентирования) пациентам с острым нарушением работы сосудов.

В своей статье мы хотели рассмотреть тенденции в развитии методов лечения и обследования при атеросклерозе сосудов, в рамках нашего города. Ведь, можно сколько угодно говорить о новейших достижениях, важно то, что доступно сейчас, каждому, кто заинтересован в своём благополучии. Будьте здоровы!

Библиографический список:

1. Новости | В издании АиФ вышло интервью главного кардиолога Минздрава России, академика РАН С.А. Бойцова по теме атеросклероза.
2. Современные методы лечения атеросклероза. Обновлено: 07.10.2020 | Автор: Андрей Миронов.