**ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

Сосудистая патология в настоящее время является одними из самых тяжелых заболеваний, приводящих к высокой летальности и большому проценту инвалидизации лиц, перенесших инсульт. Летальность зависит от вида инсульта и может достигать до 40-60%, особенно большая смертность приходится на первые сутки заболевания. В последние 10-15 лет частота заболеваний растет, при этом инсульты «молодеют

 **КЛАССИФИКАЦИЯ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА:**

А. Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга (НПНМК)

Б. Преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК):

1.Транзиторные ишемические атаки (ТИА)

2.Гипертонические церебральные кризы

В. Инсульт или острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК):

1.Субарахноидальное нетравматическое кровоизлияние

2.Геморрагический инсульт

3.Ишемический инсульт (инфаркт мозга)

4.Малый инсульт (3 недели)

5.Последствия ранее перенесенного инсульта (более 1 года)

Г. Прогрессирующие нарушения кровоснабжения мозга:

1.Хроническая субдуральная гематома

2.Дисциркуляторная энцефалопатия (1, 2, 3 стадии)

**Начальные проявления недостаточности кровоснабжения головного мозга (НПНМК) -э**то синдром, который включает в себя симптомы основного сосудистого заболевания и хотя бы две из перечисленных жалоб: головные боли, шум в голове, головокружение, снижение работоспособности, нарушения памяти. Данные симптомы должны наблюдаться у пациента не менее раза в неделю на протяжении трех последних месяцев. К сосудистым заболеваниям относятся артериальная гипертония (АГ), вегето-сосудистая дистония (ВСД), атеросклероз. диагноз НПНКМ врач ставит лишь в том случае, если у пациента отсутствуют перенесенные ранее острые нарушения мозгового кровообращения, тяжелые соматические заболевания, черепно-мозговые травмы.

Факторами риска по возникновению данного синдрома являются: ожирение, возраст старше 40 лет, злоупотребление алкоголем, сахарный диабет, малая подвижность, табакокурение, повышение уровня холестерина в крови, наследственность.

чаще всего предъявляют жалобы на головные боли, которые могут носить различный характер и не иметь четкой локализации. Особенностью головных болей является отсутствие связи с повышением артериального давления. Зачастую они появляются при переутомлении, эмоциональном и физическом перенапряжении, пребывании в душном помещении. Следующим симптомом является головокружение, усиливающееся при изменении положения тела. Также пациенты жалуются на постоянный или периодический шум в голове. Среди других признаков выделяются нарушения сна, утомляемость, ухудшение памяти, снижение работоспособности. Могут отмечаться неврозоподобный и ипохондрический синдромы.

Осложнениями данной патологии являются преходящие нарушения мозгового кровообращения, мозговой инсульт, дисциркуляторная энцефалопатия, инвалидизация, летальный исход.

Лечение заключается в терапии основного заболевания. Так, для лечения АГ применяются гипотензивные препараты, мочегонные, антиагреганты (средства, снижающие свертываемость крови). Назначается диета с ограничением соли. Терапия ВСД будет зависеть от ее типа: гипертонического, гипотонического или кардиального. Проводится комплекс общеукрепляющих мероприятий (организация сбалансированного питания, нормализация режима сна, адекватное дозирование физических нагрузок, применение контрастного душа и пр.). По показаниям назначаются препараты для нормализации АД, антиоксиданты, витамины, адаптогены, успокоительные средства. При атеросклерозе назначается диета с исключением жирного, сладкого, жареного, копченого. Из медикаментов применяются статины, то есть препараты, которые снижают уровень холестерина. Кроме того, пациентам с НПНКМ при нарушениях памяти и внимания показаны ноотропные препараты. Среди прочих методов используются психотерапия, иглоукалывание, проводится санаторно-курортное лечение.

**Меры профилактики**
Профилактика данного синдрома заключается в организации правильного режима труда и отдыха, отказа от вредных привычек, нормализации питания. Большое значение имеет адекватное лечение основного заболевания. По показаниям пациентам назначаются облегченные условия труда (исключение ночных смен, ограничение физических нагрузок и т.п.).

 **Острые поражения сосудов делятся на:**

1. преходящие нарушения мозгового кровообращения;
2. инфаркт мозга (тромбоз, ишемическая болезнь).
3. эмболия сосудов мозга.
4. субарахноидальные и др.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения – это остро наступающие нарушения мозгового кровообращения, проявляющиеся очаговыми или общемозговыми симптомами или их сочетанием, длящимися не более 1 суток. Ими могут быть небольшие кровоизлияния или инфаркты.

Причиной патологии могут быть склероз сосудов мозга, гипертоническая болезнь, артериальная гипотония, шейный остеохондроз.

Преходящие нарушения мозгового кровообращения подразделяются на Транзиторные ишемические атаки и гипертонические кризы.

**Транзиторная** **ишемическая** **атака** - временное нарушение мозгового кровообращения, приводящее к нарушению функций мозга с последующим их восстановлением.

Если не провести необходимых реабилитационных процедур, то шанс появления инсульта после ТИА увеличивается в разы, так у пятой части пациентов он развивается всего за месяц с момента проявления микроинсульта, а у половины в первую половину года. Болезнь начинает быстро развиваться, из-за чего пиковое состояние достигается буквально за несколько секунд, или реже за пару минут. Перед самой атакой, не наблюдается никаких нарушений зрения или других функций организма, не проявляется ни тошнота, ни какие-то странные иные состояния организма. Предварительная симптоматика у ТИА отсутствует.

Чаще ТИА возникают в вертебробазилярном бассейне появляется головокружение , тошнота, рвота, боли в затылке, нарушение зрения(двоение, выпадение полей зрения) снижение слуха, неустойчивость, нарушение ходьбы.

При нарушении в каротидном бассейне возможны стойкие центральные парезы, параличи, нарушение чувствительности по гемитипу, расстройства речи и письма.

**Возможные сестринские диагнозы**

- нарушение сознания (сопор)

- тошнота, рвота

- дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)

- головокружение

- нарушение мочеотделения и дефекации

- беспокойство по поводу заболевания и его последствий

- депрессия и т.д.

**Гипертонические церебральные кризы** – характеризуются головной болью, тошнотой, рвотой, иногда оглушением, заторможенностью или психомоторным возбуждением на фоне артериальной гипертензии. В связи с отеком мозга возникают менингеальные симптомы. Гипертонический криз отличается от острой гипертонической энцефалопатии отсутствием стойких органических симптомов. Все симптомы , свойственные преходящие нарушения мозгового кровообращения проходят в течении 24 часов.

Лечение: предусматривает покой, постельный режим во весь период проявления неврологической симптоматики, а также 2-3 недели после ее исчезновения. Медикаментозное лечение зависит от причины подъема АД. Проводится по схемам терапии инсультов: сердечные гликозиды и тонизирующие средства (корглюкон, строфантин, кофеин), при ангиоспазме –сосудорасширяющие ( эуфиллин, клофелин, кавинтон), при повышении свертываемости крови- антикоагулянты.

**Микроинсульт** (малый инсульт)– это «звоночек» для нас и нашего организма, что что-то работает не так в сосудистой системе.

Симптомы инсульта и микроинсульта достаточно похожи. Однако приступ микроинсульта развивается по ишемическому типу и длится от 5 минут до суток, более слабо выражен.

Микроинсульт — это тот же инсульт, но затронувший менее значительные сосуды и потому не отразившийся на состоянии организма сильными последствиями. Лечение проводится как при мозговом инсульте.

**Инсульт** – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным развитием стойкой общемозговой и очаговой неврологической симптоматики.

По характеру поражения выделяют:

* Геморрагический инсульт или нетравматическое внутричерепное кровоизлияние
* Ишемический инсульт, возникающий вследствие недостаточности кровоснабжения (ишемии) участка мозговой ткани

По частоте возникновения геморрагические инсульты встречаются гораздо реже, чем ишемические, соответственно 15 и 85% случаев.

 

**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЕ ИНСУЛЬТЫ**

Геморрагические инсульты подразделяются:

§ Паренхиматозные – кровоизлияния в вещество мозга

§ Субарахноидальные – кровоизлияния в субарахноидальное пространство

**Внутимозговое (Паренхиматозное) кровоизлияние** является особо тяжелым видом инсульта с большой летальностью, около 70-80% пациентов погибают в первые сутки. Геморрагические инсульты могут возникать в любом возрасте, в том числе и в детском. При геморрагических инсультах имеются 2 критических периода на 5-8 сутки и 15-20 сутки. Средний медицинский персонал должен знать об этих критических периодах и особенно тщательно наблюдать за пациентами в эти сроки.

Причины кровоизлияния в мозг:

- Артериальная гипертензия;

- Сосудистые мальформации (аневризмы сосудов);

- Применение антикоагулянтов, тромболитических средств;

- Васкулиты;

 Клиника: Начало заболевания внезапное, чаще возникает днем, без предвестников. Предрасполагающими факторами являются эмоциональное и физическое перенапряжение, натуживание, прием больших доз алкоголя и наркотиков.

Клинические проявления кровоизлияния в мозг определяются объемом излившийся крови, локализацией и темпом образования гематомы.

Характерна выраженная общемозговая симптоматика: сильная головная боль, рвота, психомоторное возбуждение, сменяющееся угнетением сознания от оглушенности до комы, значительное повышение АД, могут появляться судороги. При наступлении глубокой комы смерть может наступить в течение ближайших часов. У пациентов в коматозном состоянии учащенное шумное дыхание, тахикардия, может резко снизиться АД, речевой контакт невозможен, отсутствуют реакции на болевые раздражители. Лицо приобретает багрово-синюшный оттенок, кожные покровы покрываются потом, температура тела повышается. Возможно появление непроизвольного мочеиспускания и дефекации.

Самым распространенным очаговым симптомом является гемипарез (гемиплегия) – слабость или полное отсутствие движений половины тела, а также нарушение чувствительности по типу гемигипестезии и гемианестезии. Мышечный тонус на стороне паралича повышен, впоследствии формируются сгибательные контрактуры в руке и разгибательные в ноге, что приводит к своеобразной походке и позе Вернике-Манна («рука просит, нога косит»). При локализации гематомы в левом полушарии (у правшей) наблюдаются нарушение речи в виде афазии. Часто наблюдаются патологические рефлексы (симптом Бабинского), высокие сухожильные рефлексы, могут наблюдаться психические расстройства (зрительные и слуховые галлюцинации).

**Возможные сестринские диагнозы**

- нарушение сознания (кома)

- головная боль

- тошнота, рвота

- дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)

- нарушение мочеотделения и дефекации

- состояние эпилептического приступа

- высокая температура

- беспокойство по поводу заболевания и его последствий

- депрессия и т.д.

**Субарахноидальное кровоизлияние (САК)** – кровоизлияние в подпаутинное или субарахноидальное пространство.

Причины САК:

- разрыв аневризмы сосудов головного мозга (в 70% случаев);

- атеросклероз церебральных сосудов;

- гипертоническая болезнь;

Клиника: Начало внезапное, чаще днем без предвестников. Провоцирующими факторами являются подъем артериального давления, физическое перенапряжение, сильный кашель, натуживание, эмоциональное перенапряжение во время полового акта. Появляется резкая «кинжальная» головная боль, чаще в шейно-затылочной области, выраженная тошнота, рвота. Может отмечаться утрата сознания (вплоть до комы), психомоторное возбуждение, дезориентация. Характерно появление эпилептических припадков и менингиальной симптоматики (общая гиперестезия, ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского). Очаговая симптоматика при САК носит преходящий и маловыраженный характер.

Для диагностики проводится люмбальная пункция. Цереброспинальная жидкость (ЦСЖ) при САК вытекает под давлением с примесью свежей крови, а на 3-5 сутки появляется ксантохромия, т.е. приобретает оранжевый оттенок, из-за разрушения эритроцитов.

**Возможные сестринские диагнозы**

- нарушение сознания (кома)

- головная боль

- тошнота, рвота

- потребность в тишине, темноте, покое

- дефицит самообслуживания (строгий постельный режим, парезы, параличи)

- нарушение мочеотделения и дефекации

- состояние эпилептического приступа

- высокая температура

- психомоторное возбуждение

- беспокойство по поводу заболевания и его последствий

- депрессия и т.д.

 **ИШЕМИЧЕСКИЙ ИНСУЛЬТ(инфаркт мозга)**

Ишемический инсульт – возникает вследствие недостаточности кровоснабжения участка мозга.

Причины:

- артериальная гипертензия;

- атеросклероз сосудов головного мозга;

- тромбоэмболия.

 Факторами, предрасполагающими к ишемии, служат: сахарный диабет, генетическая предрасположенность, вредные привычки, малоподвижный образ жизни, физическое и психическое перенапряжение, прием горячей ванны, кровопотери.

Ишемический инсульт развивается чаще в возрасте 50-60 лет и старше.

Клиника. Начало, как правило, постепенное (при эмболии быстрое, почти мгновенное). При постепенном начале накануне появляются предвестники: онемение половины лица, руки, кратковременная слабость в руке и (или) ноге, преходящие нарушения речи, потемнение в глазах, двоение, головокружение. Затем чаще под утро или после сна все симптомы усиливаются. Очаговые симптомы преобладают над общемозговыми и зависят от локализации ишемии участка мозга, т.е. от поражения определенного сосудистого бассейна.

Наиболее часто поражается бассейн средней мозговой артерии. Клиническая картина очень разнообразна. Очаговые симптомы в виде гемипареза (гемиплегии) на противоположной очагу (участку ишемии) стороне. Мышечный тонус в парализованных конечностях повышен при этом в руке преобладает тонус сгибателей, а в ноге – разгибателей и у пациента формируется поза Вернике-Манна. Наблюдаются застойные явления в виде цианоза, отечности, похолодания пораженных конечностей. Чувствительные нарушения по типу гемигипестезии в противоположных очагу конечностях. При закупорке артерии левого полушария (у правшей) отмечаются афазии (моторные, сенсорные, смешанные), нарушение письма, чтения, счета, праксиса. Общемозговые симптомы, такие как головная боль, рвота, судороги малохарактерны. Сознание ясное, но при обширном очаге ишемии угнетается вплоть до комы.

Ишемический инсульт при закупорке позвоночных артерий приводит к возникновению стволовых и мозжечковых симптомов, т.е. отмечается головокружение, рвота, нистагм, атаксия, парез мышц глотки, гортани, мягкого неба приводит к развитию бульбарного синдрома, проявляющегося в виде дисфагии, дизартрии, дисфонии. На противоположной очагу стороне гемипарез (гемиплегия) и гемигипестезия (гемианестезия). Нарушается сердечная и дыхательная деятельность.

Закупорка базилярной артерии вызывает тяжелое состояние пациента и часто заканчивается летальным исходом. При этом нарушается сознание, появляются гемиплегии и тетраплегии конечностей, парез лицевого нерва, глазодвигательные расстройства, снижение болевой чувствительности, патологические рефлексы, гипертермия. Страдают жизненно важные функции организма (сердечно-сосудистая и дыхательная деятельность).

 **Доврачебная помощь при ОНМК**

1. Вызвать скорую неотложную помощь. Даже слабо выраженные неврологические симптомы могут свидетельствовать о развитии нарушения мозгового кровообращения.
2. Обеспечить больному психоэмоциональный покой — держаться спокойно и уверенно, постараться оградить его от любопытствующих и всех, кто не в силах оказать помощь.
3. Даже если пациент находится без сознания, нужно придать удобное положение тела, помочь лечь на кровать так, чтобы голова и туловище были выше уровня ног (можно использовать подушки). Такая позиция поможет снизить явления отека головного мозга.
4. При ознобе можно укрыть больного одеялом.
5. Если у больного установлены зубные протезы, лучше их снять, во избежание их выпадения и блокирования дыхательных путей.
6. Обеспечить человеку с подозрением на ОНМК доступ к свежему воздуху: открыть окно, снять стесняющую дыхательные движения одежду, расстегнуть тугой воротник и т.д.
7. Если больного тошнит, или он находится без сознания, нужно повернуть его голову на бок, чтобы слизь и рвотные массы не попали в дыхательные пути.
8. Если пациента вырвало, нужно очистить ротовую полость от рвотных масс пальцем, обернутым в чистую марлевую салфетку.
9. Иногда проявлением инсульта может стать эпилептический припадок. Если человек внезапно потерял сознание, а затем у него начались судороги — непроизвольное сокращение мышц всего тела, необходимо повернуть больного на бок и подложить ему под голову что-нибудь мягкое (подушку, сложенную одежду или сумку).

Это поможет избежать травм.

Категорически запрещено с силой сдавливать руки и ноги больного, пытаться разжать пальцы на пике судороги. Нужно лишь немножко его придержать, чтобы он не нанес вред себе и окружающим. Переносить больного во время приступа нежелательно.

1. Если больной страдает сопутствующей сердечной патологией, желательно измерять ему артериальное давление (при наличии тонометра) каждые 10-15 минут до приезда скорой.
2. Если у человека внезапно остановилось дыхание и сердцебиение, нужно незамедлительно начать сердечную легочную реанимацию с дыханием по типу “рот в рот” и непрямым массажем сердца. Современный стандарт подразумевают соотношение дыхательных движений и сокращений грудной клетки 2:30.

Терапевтические мероприятия при нарушениях мозгового кровообращения

Эффективность лечения и прогноз зависят от экстренной терапии, оказанной бригадой специализированной помощи, ранней госпитализации и интенсивной комплексной терапии в стационаре.

Наиболее результативным считается начало лечения в первые 3-6 часов.

Лечебные мероприятия делят на две группы:

- базисная терапия, которую проводят при любом варианте инсульта

- дифференцированная терапия, которая зависит от характера инсульта

Основная задача базисной терапии – предупредить осложнения, вызывающие вторичные повреждения мозга. Состоит в следующем:

1. Поддержание дыхания. Обеспечение проходимости дыхательных путей и достаточной оксигенации (введение воздуховода, предупреждение западения языка, удаление слизи из дыхательных путей, подача увлажненного кислорода через носовой катетер или маску) по показаниям проводят интубацию, санацию трахеобронхиального дерева, ИВЛ.

2. Поддержание гемодинамики. В острой фазе инсульта пациентам следует регулярно измерять АД и пульс. В первые часы инсульта АД не следует снижать, если при ишемическом инсульте оно не превышает 200/100 мм.рт.ст., а при геморрагическом – 170/100 мм.рт.ст. Назначают гипотензивные препараты ( нифедипин, капотен, эналаприл). Не менее опасно при инсульте снижение АД, которое корригируют с помощью введения кристаллоидных и коллоидных растворов (0,9% раствор натрия хлорида, альбумин, полиглюкин, реополиглюкин) в сочетании с кортикостероидами и вазотониками. Необходимо помнить о возможности сердечной недостаточности (контроль ЭКГ) при наличии признаков сердечной недостаточности вводят сердечные гликозиды (строфантин, коргликон), при аритмии – противоаритмические средства (верапамил, изоптин, обзидан).

3. Предупреждение и лечение внутричерепной гипертензии и отека мозга. Назначают диуретики (маннитол, фуросемид) и кортикостероиды (гидрокортизон, преднизолон). Необходим обязательный контроль количества введенной и выделенной жидкости.

4. Поддержание водно-электролитного баланса. Основное правило инфузионной терапии при инсульте – поддержание нормоволемии(нормальный объем крови в организме).

5. Поддержание нормального уровня сахара в крови. Для мозга опасно как гипо, так и гипергликемия.

6. Предупреждение инфекционных осложнений. Внутрибольничная легочная инфекция – ведущая причина смерти пациентов на первой неделе после инсульта. Для ее предупреждения необходимо выполнения вибрационного массажа, дыхательной гимнастики, по возможности ранняя мобилизация пациента. Также следует предпринимать меры для предупреждения инфицирования мочевых путей.

7. Поддержание нормальной температуры тела. Повышение температуры выше 38С усугубляет повреждение мозга.

8. Питание пациента следует начинать с первых суток. Чтобы избежать аспирации, предварительно необходимо определить, нет ли у пациента дисфагии. При невозможности питания через рот прибегают к зондовому питанию, а при нарушении моторики желудочно-кишечного тракта – к парентеральному.

Симптоматическая терапия: при болевом синдроме назначают анальгетики; при судорогах – реланиум, фенобарбитал; при психомоторном возбуждении, нарушении сна применяют реланиум, галоперидол; при тошноте, рвоте назначают церукал, торекан.

Дифференциальная терапия

При ишемическом инсульте необходимо введение антикоагулянтов (гепарин), антиагрегантов (аспирин), препаратов улучшающих кровоснабжение мозга (кавинтон, пентоксифилин), препараты предупреждающие повреждение мозга – нейропротекторы (пирацетам, церебролизин, глиатилин), антиоксиданты (витамин Е, мексидол).

При геморрагическом инсульте терапия направлена на остановку кровотечения, устранение отека мозга, внутричерепной гипертензии и восстановление жизненно важных функций организма. Необходим строгий постельный режим, пациенту необходимо создать полный покой, исключить натуживание. При гематомах, угрожающих жизни пациенту (более 50 мл излившейся крови) показано их хирургическое удаление. Применяются гемостатические средства (дицинон, викасол). Для профилактики ангиоспазма назначают нимодипин.

  **Проблемы, с которыми сталкивается медсестра на 1 этапе:**

1. Риск развития заболеваний кожи;

2. Риск развития пролежней;

3. Риск аспирации рвотными массами и развития пневмонии;

4. Проблемы адекватного питания;

5. Проблемы адекватной водной нагрузки;

6. Проблемы, связанные с нарушением функции тазовых органов:

**В остром периоде ОНМК решаются следующие проблемы:**

1. Предупреждение и организация лечения осложнений;

2. Определение функционального дефицита возможностей пациента;

3. Улучшение общего физического состояния пациента;

4. Выявление и лечение психо-эмоциональных расстройств;

5. Предупреждение повторного ОНМК.

Неподвижность больного в остром периоде ОНМК служит причиной развития многих осложнений. Правильно организованный уход и ранняя активизация больного во многом способствуют предупреждению этих явлений.

**Роль медицинской сестры на 1 этапе:**

**Выполнение врачебных назначений**

А. При поступлении пациента в стационар необходимо сразу наладить систему для внутривенного вливания и взять кровь для лабораторного исследования.

Б. Если не удается быстро исключить возможность гипогликемии, внутривенно вводят 40—60 мл 40% раствора глюкозы с 2 мл 5% раствора витамина B1 и 2 мг. Налоксона.

В. Для более длительного сохранения инактивированных клеток и уменьшения скорости нарастания отека-набухания головного мозга (гипертензионный синдром) на голову пациента желательно наложить пузырь со льдом.

Г. Для предупреждения аспирации рвотными массами целесообразно очистить и промыть желудок с помощью назо-гастрального зонда.

**Контроль сознания и оценка функционального состояния пациента**

Для оценки глубины угнетения сознания используют различные количественные и качественные шкалы.

Для определения количественного расстройства сознания чаще применяют шкалу Глазго, которая позволяет в баллах оценить реакцию пациента на внешний раздражитель. Ответ на раздражители определяют по трем критериям: **открывание глаз, двигательная реакция и вербальный (словесный) ответ.**

 **Шкала комы по Глазго**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Признаки | Описание теста | Оценка в баллах |
| Открывание глаз |   |   |
| Спонтанное |   |  |
| на речь |   |  |
| на боль | надавливание на точку выхода надглазничного нерва или ноготь |  |
| Отсутствует |   |  |
| Вербальная реакция |   |   |
| Ориентирован | может назвать больницу, где он находится, день, месяц, год |  |
| Спутанность | речь сохранна (говорит предложениями, но дезориентирован в месте и времени) |  |
| бессвязные слова | отвечает отдельными словами, а не предложениями |  |
| Нечленораздельные звуки |   |  |
| Отсутствует |   |  |
| Двигательная реакция |   |   |
| Выполняет инструкции | может поднять и удерживать руки или ноги |  |
| локализует боль | тянется к месту нанесения болевого раздражения, пытаясь оттолкнуть руку врача (например, при давлении на точку выхода надглазничного нерва поднимает руку выше подбородка) |  |
| отдергивает руку | надавливание на ногтевое ложе вызывает отдергивание руки |  |
| сгибательная реакция | надавливание на ногтевое ложе вызывает сгибание руки в локте, иногда сопровождающееся сжатием кисти в кулак |  |
| Разгибательная реакция | надавливание на ногтевое ложе вызывает разгибание руки в локте, обычно со­провождающееся сжатием кисти |     |
| Отсутствует | Не реагирует на адекватные болевые стимулы |  |
|   | Суммарный балл | 3 – 15 |

Любые ОНМК сопровождаются нарушениями памяти, внимания, эмоциональной неустойчивостью и утратой контроля над психической деятельностью. Психические расстройства могут существенно нарушать мотивации и адекватность поведения больного, значительно затрудняя тем самым процесс реабилитации.

М**едицинская сестра должна:**

· объяснить природу нарушений психики родственникам;

· при выраженной эмоциональной лабильности и утомляемости, по согласованию с врачом, ограничить общение пациента с родственниками;

· при необходимости многократно повторять инструкции и отвечать на вопросы пациента;

· подключить к лечению и реабилитации лиц, вызывающих положительные эмоции у пациента;

· не торопить пациента;

· при нарушении познавательных функций напоминать пациенту о времени, месте и значимых лицах;

· мотивировать пациента к выздоровлению.

При инсульте часто возникают нарушения речи. При этом больные испытывают трудности либо с самой речью, либо её с пониманием. Часто возникают трудности со счетом, узнаванием или запоминанием чисел или дат.

Грубые нарушения речи еще в большей степени, чем двигательные расстройства, исключают больного из привычного круга общения, создают тягостное ощущение изоляции и одиночества, нарушают его адаптацию. Речевые расстройства могут усугублять и поддерживать депрессию, что в свою очередь, существенно затрудняет реабилитацию больного, отнимает у него веру в успех, желание и настойчивость в преодолении двигательных, речевых и других нарушений. Восстановление речевых функций требует длительного времени – иногда до 3-4 лет. Поэтому самое серьезное внимание должно быть уделено формированию в семье правильных навыков общения с больным, имеющим речевые расстройства.

Необходимо помнить, что речь – это только маленькая часть языка как средства взаимопонимания. Невербальное общение (жесты, мимика, прикосновения, пантомима) поможет наладить контакт с больным. В большинстве повседневных ситуаций можно обходиться без опоры на речь. Хорошо известно, что мы можем легко общаться с детьми в возрасте до 4-5 лет, когда они еще только учатся правильно строить и использовать фразы. Воспоминания этого периода в нашей жизни помогут найти бесконечное число конкретных возможностей вновь ощутить радость взаимопонимания.

Если речевое общение с больным в какой-то мере сохранено, полезными будут следующие рекомендации:

· Если больной использует необычное слово или звук для обозначения предмета, понятия или выражения своих мыслей, можно принять этот новый термин или звук и пользоваться им.

**А. Профилактика контрактур**

**Контрактура** – стойкое ограничение подвижности в суставе – возникает у больного после инсульта из-за резкого повышения мышечного тонуса. Стойкие контрактуры препятствуют дальнейшему восстановлению двигательных функций.

Профилактика контрактур включает: придание телу особого положения, ЛФК, массаж.

После инсульта тонус мышц на парализованной стороне повышается. Поскольку мышцы, разгибающие ногу и сгибающие руку, сильнее мышц-антагонистов, при отсутствии лечения, постепенно может сформироваться устойчивое положение, когда рука согнута в локте и кисти и прижата к туловищу, а нога из-за своего разогнутого положения вынуждена во время ходьбы описывать полукруг, что затрудняет передвижение (поза Верника-Манне). У таких пациентов при ходьбе на парализованной стороне **«рука просит, а нога – косит»**

Чтобы предотвратить развитие такой позы, парализованную руку больного периодически укладывают с отведением и разгибанием в локтевом и лучезапястном суставах, а ногу – со сгибанием в тазобедренном, коленном и голеностопном суставах.

Необходимо сократить, по возможности, время нахождения больного на спине, так как это положение способствует развитию повышенного мышечного тонуса и пролежней. Пациента с гемиплегией следует укладывать на живот или на бок.

Многие больные любят лежать на парализованной стороне. Это не противопоказано. При этом голова должна быть слегка наклонена книзу, а парализованная рука вытянута вперед под прямым углом к туловищу и повернута ладонью вверх. Здоровая рука может лежать на боку или отводиться назад, но не вперед, чтобы избежать перерастяжение мышц на парализованной стороне. Под здоровую ногу, согнутую в тазобедренном и коленном суставах, подкладывают подушку. Парализованную ногу разгибают в тазобедренном и слегка сгибают в коленном суставе.

В положении на спине парализованную руку отводят в сторону и разгибают в локтевом суставе, а кисть поворачивают ладонью вверх. Ногу на той же стороне слегка сгибают в коленном суставе и подкладывают под нее валик. Стопу устанавливают в положении среднем между сгибанием и разгибанием и поддерживают, используя мягкий валик или прислоняя к спинке кровати.

Позу больного меняют каждые 2-3 ч. Когда общее состояние больного улучшается, а показатели АД становятся более стабильными, больного обучают самостоятельно менять положение в кровати. Чтобы предотвратить развитие контрактур, больного нужно как можно раньше усаживать в кровати. При этом спина должна быть прямая, а ноги – согнуты в тазобедренном суставе под углом 90. Следует избегать длительного пребывания больного, в положении полулежа, с приподнятым головным концом, так как это способствует нарастанию мышечного тонуса.

**Существующие стандартные размещения пациента в постели при ОНМК:**

**А. Размещение пациента в положении Фаулера:**

**Б. Размещение пациента в положение Симса:**

**Массаж**

Массаж направлен на нормализацию тонуса мышц на пораженной стороне. Поэтому для расслабления мышц с повышенным тонусом производят легкое поглаживание и, напротив, для активизации мышц со сниженным или неизменным тонусом выполняют легкое разминание.

В связи с тем, что массаж необходимо проводить длительное время, родственники больного должны быть обучены специальным приемам и комплексам для более полного и успешного восстановления двигательной функции. Первый год после инсульта, и, особенно, первые 6 месяцев – время реального восстановления движения в пораженных конечностях.

Для предупреждения контрактур используют также пассивные ЛФК с первых дней болезни.

**Принципы:**

· пассивные упражнения нужно начинать на 3-4-й день инсульта, в том числе при полном отсутствии движений на пораженной стороне;

· в остром периоде вовлекают в движение только мелкие суставы, чтобы не вызвать значительных изменений АД;

· в более позднем периоде, при стабильных показателях АД, лечебную гимнастику начинают с крупных суставов, а затем переходят к мелким;

· активные движения выполняют, в первую очередь, здоровой конечностью, при этом пациент должен мысленно повторять упражнений парализованной рукой или ногой (идеомоторная гимнастика), что способствует появлению активных движений;

· специальную гимнастику чередуют с дыхательными упражнениями;

· гимнастику проводят 3-4 раза в день по 15-20 минут.

Все движения выполняют плавно, без боли, так как резкие движения и боль ведут к нарастанию мышечного тонуса.

Больным, перенесшим нарушение мозгового кровообращения, необходимо следующее:

1. Соблюдать здоровый образ жизни, включающий в себя:

А. Рациональное питание (ограничивать употребление соли, животных жиров, субпродуктов, яиц, сахара, кондитерских изделий, употреблять свежие овощи и фрукты, соки, нежирные кисломолочные продукты, нежирный творог, хлеб из муки грубого помола, гречневые и овсяные каши, сухофрукты, умеренно потреблять мясо, птицу и рыбу нежирных сортов);

Б. Физическую активность (лечебная гимнастика, пешие прогулки и т.д.) с обязательным контролем состояния сердечной деятельности;

В. Отказ от курения;

Г. Резкое ограничение или полный отказ употребления алкоголя;

Д. Оптимизацию духовной и эмоциональной жизни;

Е. Периодические курсы санаторно-курортного лечения.

 **ХРОНИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ГОЛОВНОГО МОЗГА**

К группе хронических прогрессирующих заболеваний головного мозга относится дисциркуляторная энцефалопатия (ДЭ).

**Дисциркуляторная энцефалопатия -** это медленно прогрессирующая недостаточность кровоснабжения мозга, приводящая к диффузным изменениям с нарушением мозговых функций.

Причины:

- атеросклероз;

- гипертоническая болезнь;

- аномалии позвоночных артерий

В зависимости от выраженности проявлений различают три стадии.

В 1 стадии появляются нарушение памяти на текущие события, внимания, головные боли, повышенная утомляемость, общая слабость, нарушение сна. Трудоспособность снижается незначительно, самообслуживание полностью сохранено. При неврологическом осмотре объективные расстройства незначительные в виде анизорефлексии, асимметрии лицевой мускулатуры, глазодвигательных нарушений.

Во 2 стадии память, интеллект, трудоспособность снижаются значительно. Частично нарушено самообслуживание. Неврологически отмечаются глазодвигательные нарушения, бульбарная симптоматика, неустойчивая походка и двигательные расстройства.

Для 3 стадии характерно появление признаков деменции (слабоумия). Отсутствует критика к своему состоянию, нарушается абстрактное мышление, сужается круг интересов, нарушается контакт с окружающими из-за заострения черт характера. Трудоспособность теряется, и постепенно утрачиваются и бытовые навыки, пациенты становятся беспомощны, теряют способность к самообслуживанию. В этой стадии со стороны медперсонала требуется особенно тщательный уход и контроль за пациентами. Неврологические нарушения более выраженные, чем при 2 стадии, отмечаются эпилептические припадки, обмороки, грубые мозжечковые расстройства, недержание мочи.

 **Возможные сестринские диагнозы**

- недостаток самообслуживания (тремор, слабость)

- нарушение сна

- головная боль

- состояние эпилептического приступа

- плаксивость

**Диагностика нарушений мозгового кровообращения**

1. Подробный анамнез заболевания.

2. Соматическое обследование пациента, включая ЭКГ.

3. Неврологическое обследование.

4. Люмбальная пункция.

5. Компьютерная томография (КТ).

6. Магнитно-резонансная томография (МРТ).

7. Эхоэнцефалография (Эхо-Эг).

8. Ангиография.

9. Ультразвуковая допплерография (УЗДГ) сосудов головного мозга.

10. Рентгенограмма черепа.

11. Исследование крови (общий анализ, содержание сахара, биохимический анализ, определение уровня свертываемости).

12. Осмотр окулиста (исследование глазного, полей зрения).

 **ПРОФИЛАКТИКА**

Первичная профилактика – выявление и лечение основных заболеваний, при которых развивается цереброваскулярная патология.

Вторичная профилактика:

- своевременная диагностика и лечение нарушений мозгового кровообращения;

- диспансеризация пациентов, соблюдение сроков наблюдения, своевременная коррекция лечебных мероприятий.

 Последствия сосудистой патологии для пациентов

 - Нарушение двигательных функций наблюдается у 40-50% пациентов

а) парезы или параличи конечностей. В зависимости от выраженности и локализации пареза снижается или полностью нарушается способность к передвижению, самообслуживанию, пользованию транспортом.

б) экстрапирамидные двигательные нарушения (сосудистый паркинсонизм, экстрапирамидные гиперкинезы).

в) мозжечковые нарушения.

- Нарушение зрительных функций наблюдается у 10-15% пациентов. Проявляется снижением остроты зрения, слепотой.

- Нарушение высших мозговых функций, чаще всего проявляется афазией.

- Эпилептические припадки наблюдаются у 6-10% пациентов.

- Нарушение психических функций. Может проявляться как астеническим синдромом, так и сосудистой деменцией. Страдают память, интеллект, нарушается способность к абстрагированию, обобщению, логическим умозаключениям. Нарушается ориентировка в месте, времени.