

Уважаемый председатель
Государственной аттестационной
комиссии, уважаемые члены
Государственной аттестационной
комиссии, присутствующие!

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

на тему:

"Позиционирование в сестринском уходе за пациентами неврологического профиля»

Выполнил: Алагизов А.В.

Андриенко Е.В.

Руководитель: Хренова А.А.

*** Объект исследования:**

позиционирование и перемещение пациента неврологического профиля.

*** Предмет исследования:**

процесс сестринского ухода за пациентами неврологического профиля.

*** Гипотеза исследования:**

предполагается, что активное использование правильного позиционирования и перемещения пациентов неврологического профиля в стационаре будет способствовать снижению болевого синдрома, предупреждению развития контрактур и патологических установок в конечностях и туловище и тем самым оказывать положительное влияние на весь реабилитационный процесс пациентов.

Цели и задачи исследования

* **Цель:**

Совершенствование сестринского ухода за пациентами неврологического профиля.

* **Задачи:**

- изучить особенности применения позиционирования для пациентов неврологического профиля;
- внедрить методику позиционирования в процесс реабилитации пациентов;
- произвести отбор критериев эффективности применения позиционирования и перемещений пациентов неврологического профиля;
- экспериментально обосновать эффективность правильного позиционирования и перемещений пациентов неврологического профиля;



«При очаговых поражениях головного мозга нарушения, сопровождающие центральные парезы (спастичность, контрактуры, болевой синдром), формируются, как правило, к 3-4-й неделе заболевания, что и определяет необходимость раннего применения методов, препятствующих их развитию.»

«Вследствие очагового поражения мозга происходят их растормаживание, более простые рефлексy выходят из конструкции более высокого уровня и становятся основой для формирования более примитивных (патологических) образцов двигательной активности. Их активация запускает каскад нарушений тонусно-мышечных взаимодействий, которые и приводят к формированию патологической позы.»



«При последствиях ОНМК в результате гипотонуса происходит компенсация постуральной стабильности, что обычно выражается в увеличении тонуса мышц-сгибателей конечности, так как тело ищет опору»

«Наиболее доступным средством, которое с успехом может применяться на раннем этапе, а также решать различные реабилитационные задачи, в том числе восстановление постурального контроля, является позиционирование»

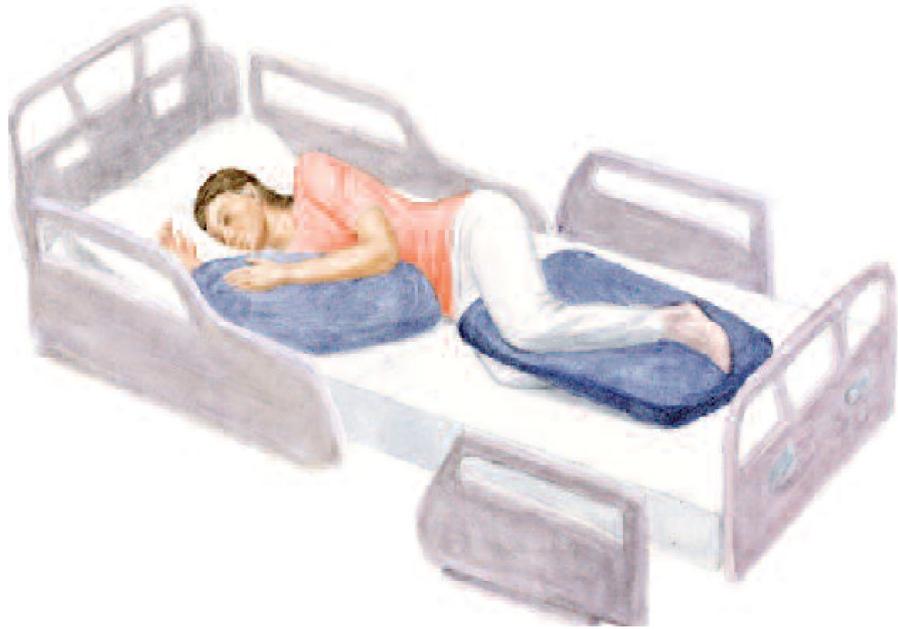




Таблица 1
Характеристика пациентов, участвующих в исследовании

	КГ (n=4)	ЭГ (n=4)
Мужчин	3	2
Женщин	1	2
Средний возраст, лет	69,0±5,5	65,8±7,2
Давность заболевания,мес.	4±1,4	3,3±1,9

Рисунок 9.

Динамика результатов измерения объема движения в плечевом суставе (угол отведения) у экспериментальной и контрольной групп

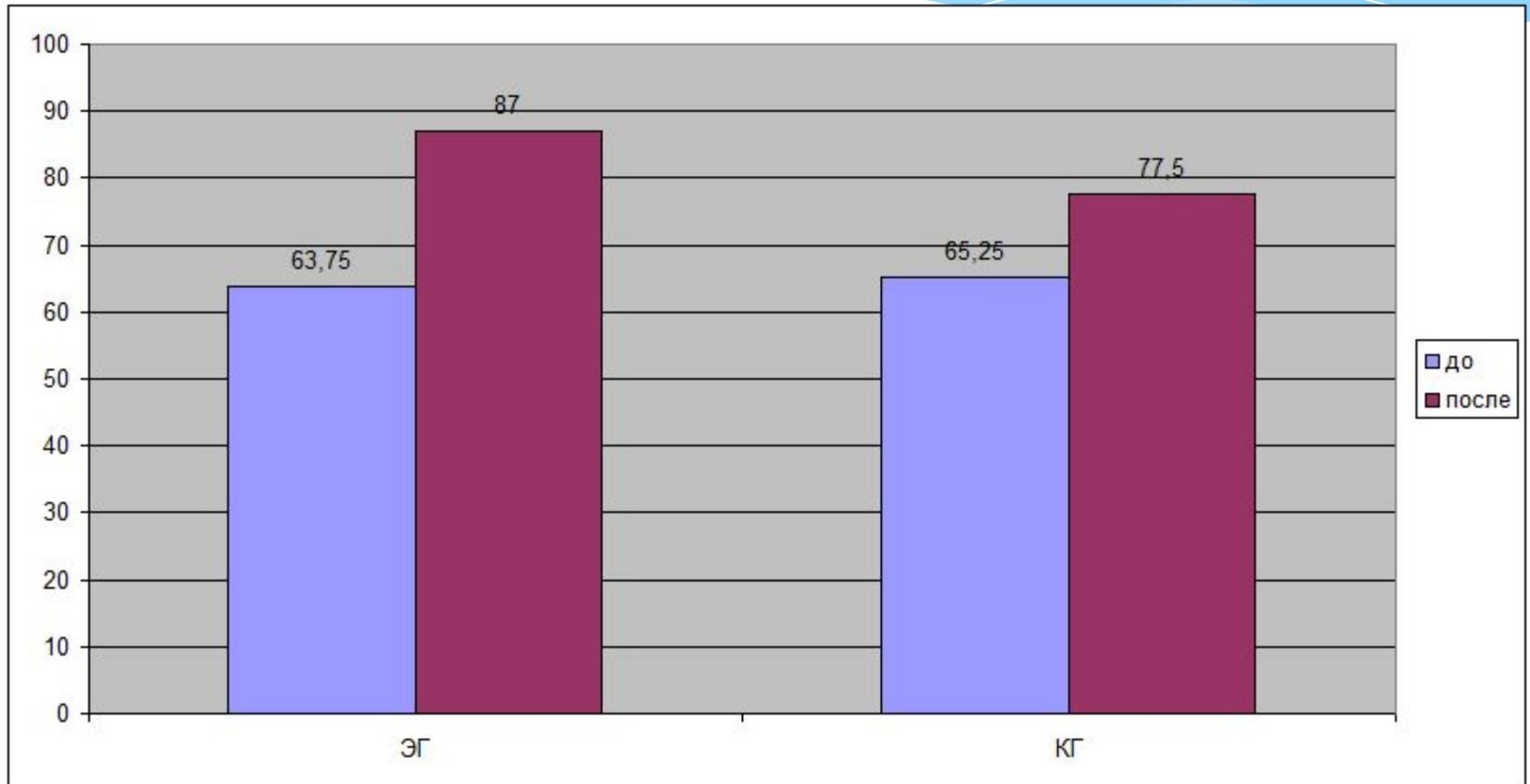
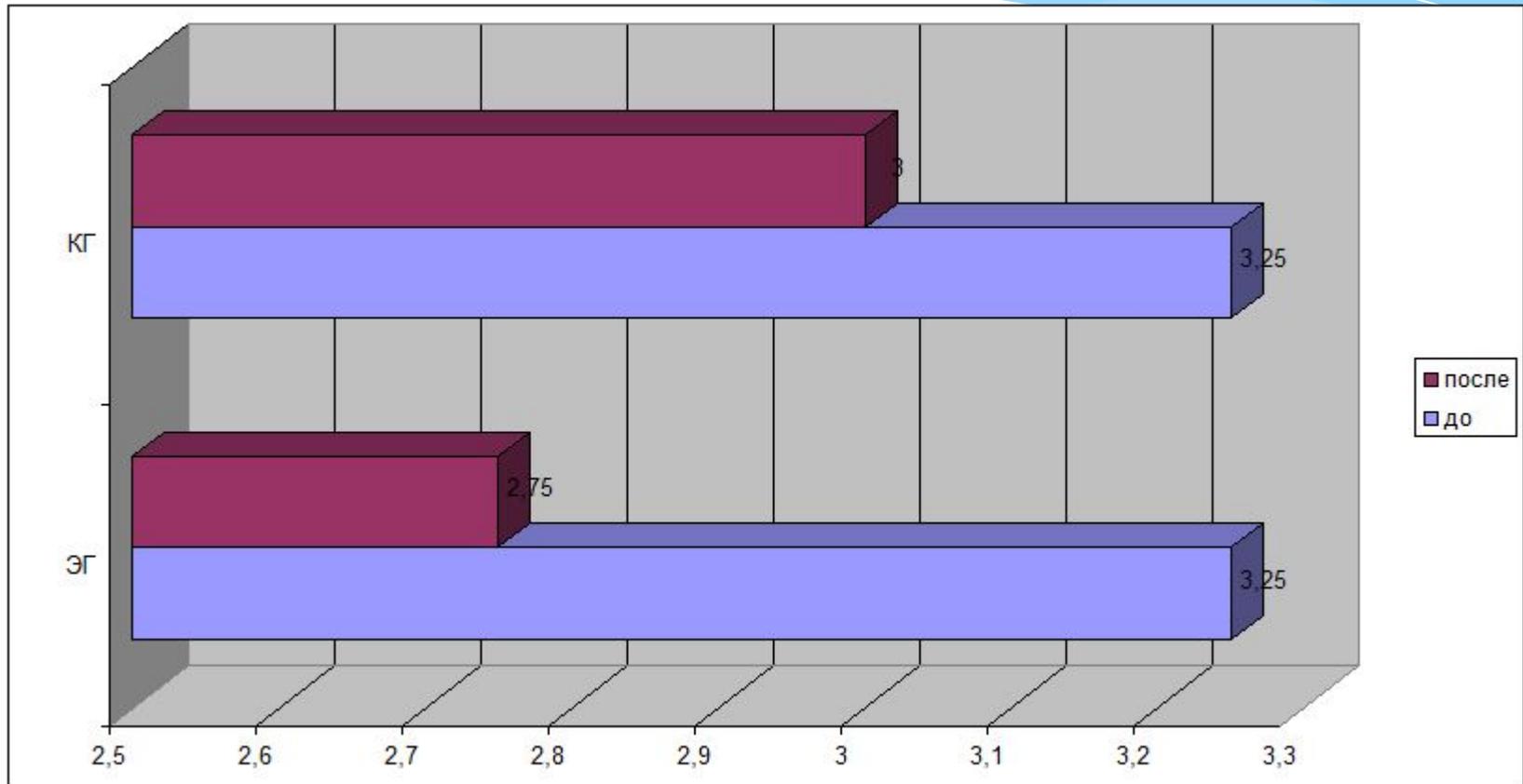


Рисунок 10.

Динамика результатов измерения мышечного тонуса по шкале спастичности Ашфорт у экспериментальной и контрольной групп



Выводы:

1. В результате изучения особенностей применения позиционирования для пациентов неврологического профиля было выявлено, что позиционирование для данного контингента очень актуально, так как зачастую у таких пациентов резко проявляются проблемы, связанные с обездвиживанием. В свою очередь позиционирование является наиболее доступным для применения средством реабилитации у пациентов неврологического профиля. Особенно важны в применении позиционирования для пациентов неврологического профиля системность, раннее начало и соблюдение правил позиционирования и перемещения пациентов.

2. У пациентов экспериментальной группы каждые 1,5-2 часа менялось положение тела, согласно методике. Пациентам с высоким риском возникновения пролежней положение тела меняли чаще. В качестве основных положений использовались: положение лежа на спине, лежа на здоровом и паретичном боку, положение сидя. Также не менее раза в день использовалось положение лежа на животе в различных вариантах. Положение Фаулера использовалось как альтернатива положению сидя, для пациентов, которые испытывали затруднения в положении сидя. Пациенты в контрольной группе также позиционировались с целью профилактики пролежней, однако позиционирование происходило в обычном режиме и осуществлялось только постовыми медсестрами.

3. В качестве критериев эффективности применения позиционирования и перемещений пациентов неврологического профиля были отобраны гониометрия (угол отведения в плечевом суставе с пораженной стороны) и показатели шкалы спастичности Ашфорт.

4. Динамика результатов гониометрии в сторону увеличения угла отведения в плечевом суставе: ЭГ = 36,5 %, КГ = 18,8 %. Показатели шкалы Ашфорт до исследования: ЭГ = $3,25 \pm 0,96$, КГ = $3,25 \pm 0,96$. Показатели шкалы Ашфорт после исследования: ЭГ = $2,75 \pm 0,5$, КГ = $3,0 \pm 0,82$. На основании данных показателей можно сказать, что методика активного позиционирования доказала свою эффективность в рамках нашего исследования.

СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!