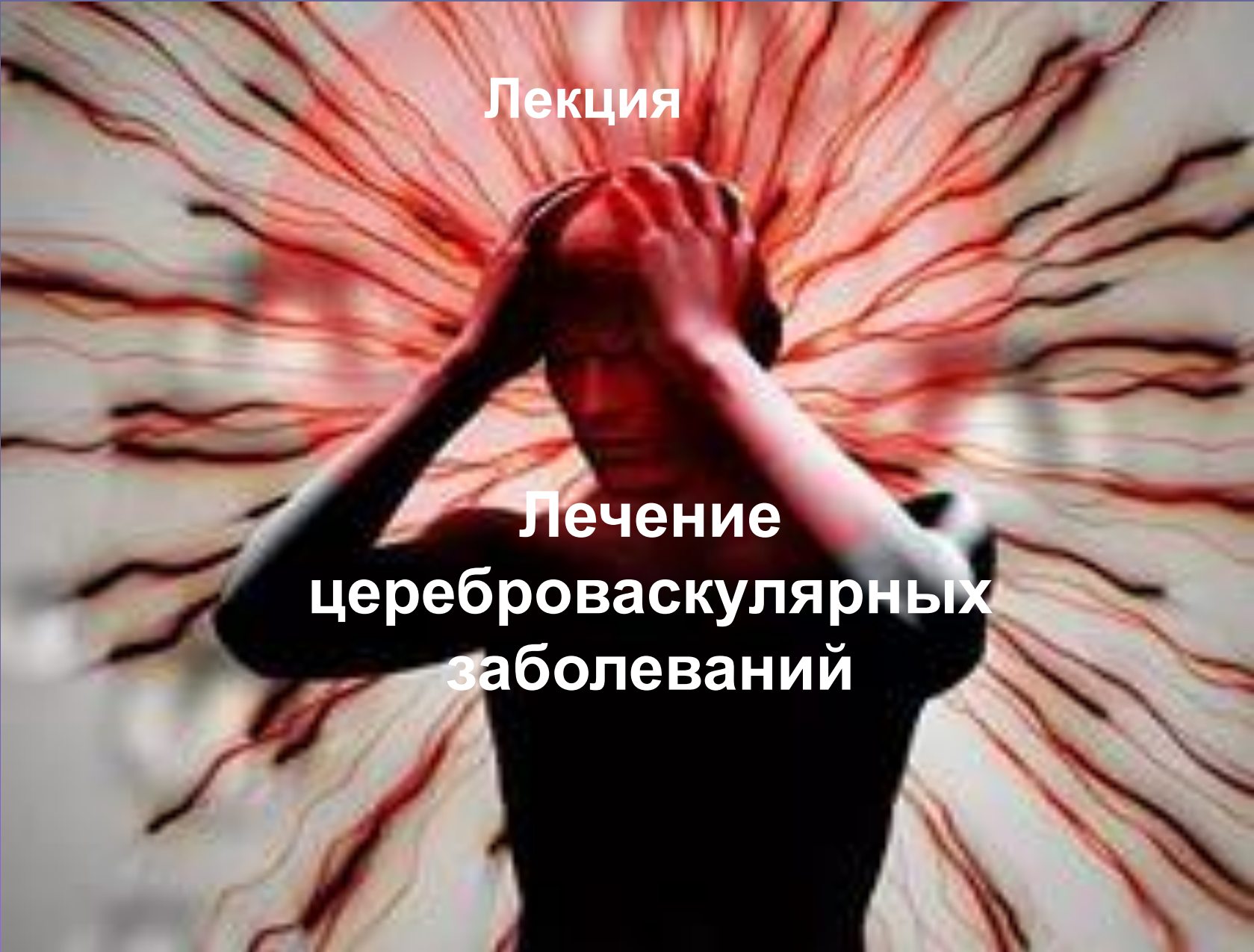


The image features a person from the chest up, seen from behind, with their hands clutching their head in a gesture of intense pain or distress. The background is a dense, chaotic network of red, wavy lines that resemble a complex vascular or neural structure, possibly a brain scan or a stylized representation of blood flow. The overall color palette is dominated by reds, oranges, and yellows, creating a sense of urgency and danger.

Лекция

**Лечение
цереброваскулярных
заболеваний**

ЦЕЛЬ ЗАНЯТИЯ:

Студенты должны знать:

- ▣ принципы лечения пациентов с цереброваскулярными заболеваниями;
- ▣ фармакокинетику и фармадинамику лекарственных препаратов (гипотензивных, ноотропов, сосудистых) ;
- ▣ показания и противопоказания к применению лекарственных средств;
- ▣ побочные действия, характер взаимодействия лекарственных препаратов из однородных и различных лекарственных групп;.

Студенты должны уметь:

- ▣ проводить дифференциальную диагностику инсультов;
- ▣ определять тактику ведения пациента;
- ▣ назначать немедикаментозное и медикаментозное лечение НПНМК, ПНК, инсультов, ДЭ,
- ▣ определять показания, противопоказания к применению лекарственных средств;
- ▣ применять лекарственные средства пациентам разных возрастных групп;
- ▣ определять показания к госпитализации пациента и организовывать транспортировку в лечебно-профилактическое учреждение;
- ▣ проводить лечебно-диагностические манипуляции;
- ▣ проводить контроль эффективности лечения;
- ▣ осуществлять уход за пациентами с цереброваскулярными заболеваниями

ПЛАН ЛЕКЦИИ

- Лечение НПНМК.
- Лечение ПНМК.
- Лечение инсультов. Лечение геморрагического инсульта
- Лечение ишемического инсульта.
- Лечение осложнений инсультов.
- Лечение дисциркуляторной энцефалопатии. Немедикаментозное и медикаментозное лечение.
- Показания к госпитализации пациента и организация транспортировки в ЛПУ. Показания и противопоказания к проведению лечебно – диагностических мероприятий. Критерии эффективности лечения.
- Уход при ОМК



АКТУАЛЬНОСТЬ

- Цереброваскулярные заболевания (ЦВЗ) относятся к чрезвычайно распространенной патологии человека. По данным профилактических осмотров населения, они выявляются в 20–30% случаев даже у лиц трудоспособного возраста и являются важнейшей медико–социальной проблемой, поскольку дают самые высокие показатели по смертности и инвалидизации.
- *Инсульт — опасное неотложное состояние, требующее срочной и квалифицированной медицинской помощи. По статистике в первые три недели, в течение острой стадии болезни, от инсульта погибают 30-35% заболевших, и лишь 20% перенесших инсульт впоследствии возвращаются к обычной жизни.*
- При инсульте человека необходимо как можно быстрее доставить в отделение интенсивной терапии с тем, чтобы не допустить необратимых изменений в тканях головного мозга. Наиболее эффективными при инсульте считаются меры, принятые не позднее чем через 3-максимум 6 часов от момента «мозгового удара».

Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения

- ❑ 1.лечение основного заболевания
- ❑ при АГ: диета с ограничением соли и жидкости № 10, исключить алкоголь и курение
- ❑ нормализация режима труда и отдыха
- ❑ назначают гипотензивные препараты, мочегонные, антиагреганты
- ❑ при атеросклерозе: диета с исключением жирного, сладкого, жареного, копчёного назначают статины
- ❑ при ВСД: организация сбалансированного питания, нормализация режима сна, адекватное дозирование физических нагрузок, применение контрастного душа.
- ❑ Терапия зависит от типа ВСД (гипертонический. Гипотонический, смешанный). По показаниям препараты для нормализации АД, антиоксиданты, витамины, адаптогены, успокоительные средства.
- ❑ При нарушении памяти и внимания показаны ноотропы.

Улучшение кровоснабжения ГОЛОВНОГО МОЗГА

- кавинтон (винпоцетин) по 0,005 г;
циннаризин (стугерон) — 0,025 г;
ксантинола никотинат (теоникол,
компламин) — 0,15 г;
- пармидин (ангинин) — 0,25-0,5 г;
сермион — 0,005-0,03 г;
- танакан — 0,04 г — 3-4 раза в день;
- эуфиллина по 0,15 г 3 раза в день.



ПАРМИДИН

lekarstvennik.ru



Улучшение памяти, внимания, повышение психической и двигательной активности

- ноотропил (пирацетам) по 0,4 г,
энцефабол (пиридитол) по 0,1 г,
инъекциями церебролизина по 5,0 мл
внутривенно или внутримышечно

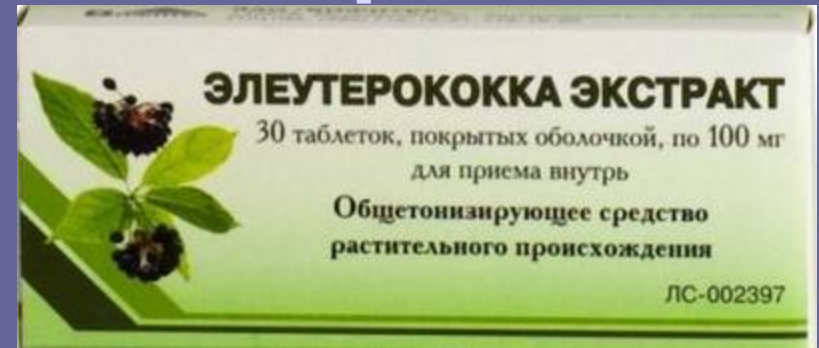


НООТРОПЫ



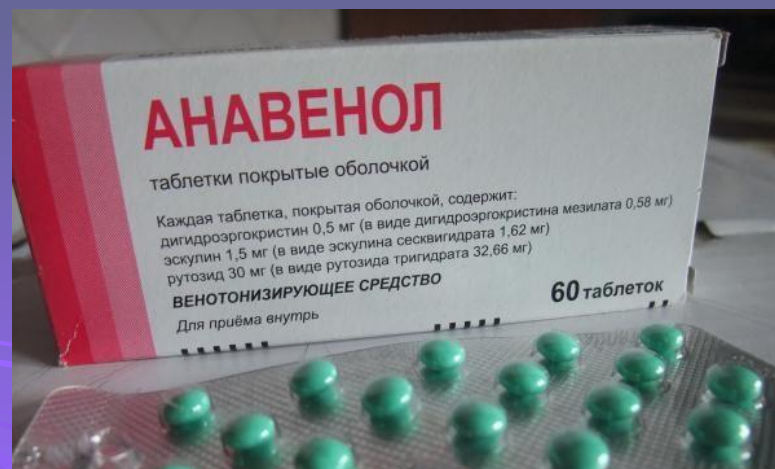
СТИМУЛИРУЮЩИЕ

- элеутерококк,
- заманиха,
- корневище левзеи,
- пантокрин,
- дуплекс,
- женьшень,
- настойку китайского лимонника,
- алоэ;



ВЕНОТОНИЗИРУЮЩИЕ

- троксевазин,
- эскузан,
- анавенол,
- венорутон



ТРАНКВИЛИЗАТОРЫ:

- ❑ хлосепид (элениум, напотон) — по 0,005-0,01 г 3-4 раза,
- ❑ сибазон (седуксен, реланиум) — 0,005 г 1-2 раза,
- ❑ феназепам — 0,00025-0,0005 г и мезапам (рудотель) — 0,005 г 2-3 раза в день;
- ❑ седативные средства: препараты валерианы, пустырника, настойку пустырника, настойку пиона и др.



ФИЗИОТЕРАПЕВТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

- ❑ электрофорез,
- ❑ синусоидальные модулированные токи,
- ❑ электросон,
- ❑ магнитотерапия.
- ❑ ГБО
- ❑ Психотерапия,
- ❑ иглоукалывание,
- ❑ санаторно-курортное лечение



ГИПЕРБАРИЧЕСКАЯ ОКСИГЕНАЦИЯ



ТРУДОСПОСОБНОСТЬ

- освобождение от ночных смен, дополнительных нагрузок,
- коррекция режима труда.
- больные направляются на МСЭК в случаях, когда условия работы противопоказаны им по состоянию здоровья. Они не могут трудиться в кессоне, при измененном атмосферном давлении, в горячих цехах (сталевар, кузнец, термист, повар), при постоянном значительном психоэмоциональном или физическом перенапряжении.
- Если перевод на другую работу связан со снижением квалификации, то устанавливается III группа инвалидности.

ОСТРАЯ ГИПЕРТОНИЧЕСКАЯ ЭНЦЕФАЛОПАТИЯ

1. Снизить АД до уровня 150/100 мм рт. ст. Для этого использовать: клонидин (клофелин) 0,01% раствор — 1 мл в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно или 1—2 таблетки сублингвально (при необходимости введение препарата можно повторить). альфа-бета-адреноблокаторов, бета-адреноблокаторов, противопоказано использование препаратов вазодилатирующего действия);
2. Для уменьшения выраженности отека мозга и снижения внутричерепного давления: — дексаметазон 12—16 мг (или 90—120 мг преднизолона) в 10 мл 0,9% раствора хлорида натрия внутривенно; — лазикс (фуросемид) 20—40 мг в 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно;





3. Для купирования судорожных припадков и психомоторного возбуждения: — диазепам (реланиум, седуксен, сибазон) 2—4 мл + 10 мл 0,9% раствора натрия хлорида внутривенно медленно или внутримышечно или рогипнол (флунитразепам) 1—2 мл внутримышечно; при неэффективности — натрия оксипутират (натрия оксипат) 20% из расчета 50—70 мг/кг массы тела на 5—10% глюкозе внутривенно медленно.
4. В случае повторной рвоты — церукал, реглан (метоклопрамид) 2,0 мл внутривенно на 0,9% растворе натрия хлорида внутривенно или внутримышечно; витамин В6 (пиридоксин) 5% раствор — 2 мл внутривенно.
- Опасности и осложнения: — обструкция верхних дыхательных путей рвотными массами; аспирация рвотных масс



ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ

- ❑ Экстренный характер. 3-6 часов
- ❑ Преемственность,
- ❑ Этапность
- ❑ Комплексность
- ❑ Интенсивность
- ❑ Дифференцированность

В лечение инсульта выделяют 2 этапа

1. Недефибрированное лечение (неотложная помощь, базисная терапия)
2. Дифференцированное лечение в зависимости от вида инсульта



БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОНМК

- 1. Мероприятия, направленные на нормализацию функции внешнего дыхания и оксигенации (санация дыхательных путей, установка воздуховода, интубация трахеи, при необходимости – проведение ИВЛ).
- придать голове и шее больного положение легкого разгибания;
- ввести в полость рта воздуховод;
- систематически отсасывать слизь из ротоглотки;
- менять положение больного каждые 2 ч.
- Если эти мероприятия неэффективны, показана интубация, а при ее неэффективности требуется перевод больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). В остром периоде инсульта при остановке дыхания оказывающий помощь должен немедленно начать ИВЛ, используя один из наиболее простых способов («рот в рот» или «рот в нос»),



ООО «Киевское фармацевтическое товарищество»

Регуляция функции сердечно-сосудистой системы

- поддержание АД на 10% выше цифр, к которым адаптирован больной (при проведении антигипертензивной терапии предпочтительны бета-адреноблокаторы, ингибиторы АПФ, блокаторы кальциевых каналов,
- 4-10 мл 0,5% раствора дибазола внутримышечно или внутривенно; снижать артериальное давление рекомендуется до уровня, свойственного больному до инсульта; если пациент может глотать, то препараты назначают внутрь (допегит, клофелин); или пентамин — не более 0,5 мл 5% раствора внутривенно
- при том же разведении или 0,51 мл
- при артериальной гипотензии – средства, оказывающие вазопрессорный эффект (допамин, альфа-адреномиметики) и объемозамещающая терапия (декстраны, одногруппная свежезамороженная плазма) 1-2 мл 1% раствора мезатона под внутримышечно или внутривенно, 1-2 мл кофеина подкожно, 30 мг преднизолона внутривенно струйно, медленно; затем рекомендуется проводить внутривенную капельную инфузию вазопрессорных веществ, что позволяет целенаправленно регулировать артериальное давление;



НОРМОЛИЗАЦИЯ СЕРДЕЧНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- антиаритмическая терапия при нарушениях ритма сердца;
- при ИБС (постинфарктный кардиосклероз, стенокардия) – антиангинальные препараты (нитраты);
- г) препараты, улучшающие насосную функцию миокарда - при ослаблении сердечной деятельности: 0,5-1 мл 0,06% раствора коргликона или 0,05% раствора строфантина внутривенно капельно, 1-2 мл кордиамина подкожно; антиоксиданты: витамин Е- 200 мг/сут, аскорбиновая кислота, милдронат 10%-10 мл в/в струйно, оптимизаторы тканевого энергетического метаболизма.
- при внезапном прекращении сердечной деятельности: непрямой массаж сердца,



Контроль и регуляция гомеостаза

- парентерально вводят 2-2,5 л жидкости в сутки.
- Из электролитных растворов вводят изотонический раствор хлорида натрия, глюкоза-калиевые смеси. реополиглюкин,



НЕЙРОПРОТЕКЦИЯ

- комплекс универсальных методов защиты мозга от структурных повреждений - начинается на догоспитальном этапе (может иметь некоторые особенности при различных подтипах ОНМК).
- Глицин 0,7- 1,0 г сублингвально,
- актовегин 5мл в/в,
- мексидол 5 мл в/в



БОРЬБА С ОТЁКОМ МОЗГА

- десаметазон 12 – 30 мг
- маннитол в/в по 2 г/кг,
- глицерин 1 % раствор 1 -2 мг/кг,
- гипервентиляция



профилактика и лечение соматических осложнений

- ❑ пневмонии,
- ❑ пролежней,
- ❑ уроинфекции,
- ❑ ДВС-синдрома,
- ❑ флеботромбозов и тромбоэмболии легочной артерии,
- ❑ контрактур и др.



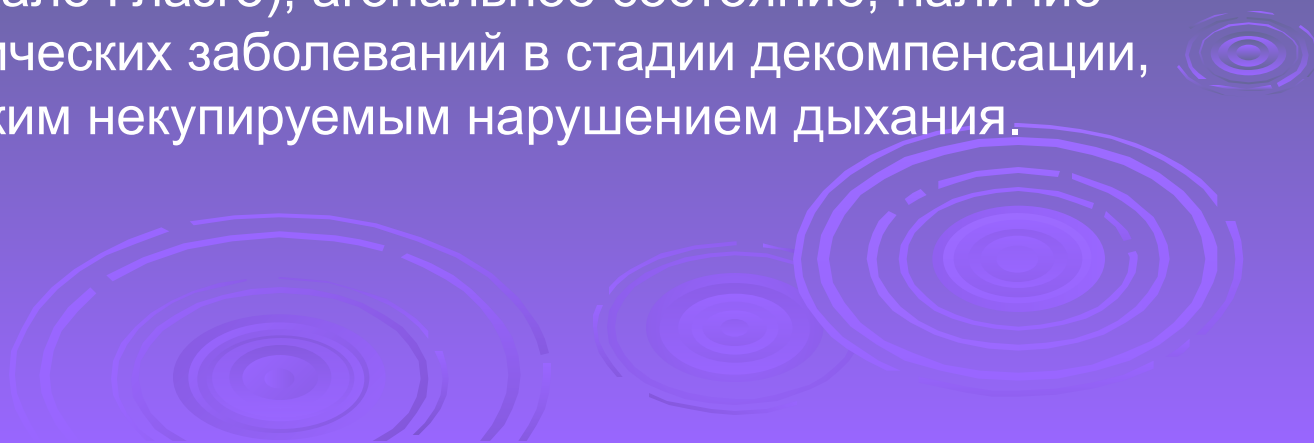
Симптоматическая терапия

- (при психомоторном возбуждении):
- седуксен 0,5%-2мл,
- галоперидол 0,5%-1мл,
- аминазин 2,5%-2мл в 20 мл 40% глюкозы,
- миорелаксанты,
- при головной боли:
- анальгетики- 2 мл 50% анальгина или 5 мл баралгина внутривенно или внутримышечно и др.



ТАКТИКА

- ❑ К больным трудоспособного возраста в первые часы заболевания обязателен вызов специализированной неврологической (нейрореанимационной) бригады.
- ❑ Показана госпитализация на носилках в неврологическое (нейрососудистое) отделение.
- ❑ Госпитализация - на носилках .При транспортировке соблюдать осторожность, переносить, избегая толчков, сохраняя равновесие при подъёме и спуске с лестницы.
- ❑ Противопоказания к транспортировке: пациент в глубокой коме (5-4 балла по шкале Глазго), агональное состояние, наличие тяжёлых соматических заболеваний в стадии декомпенсации, пациенты с резким некупируемым нарушением дыхания.

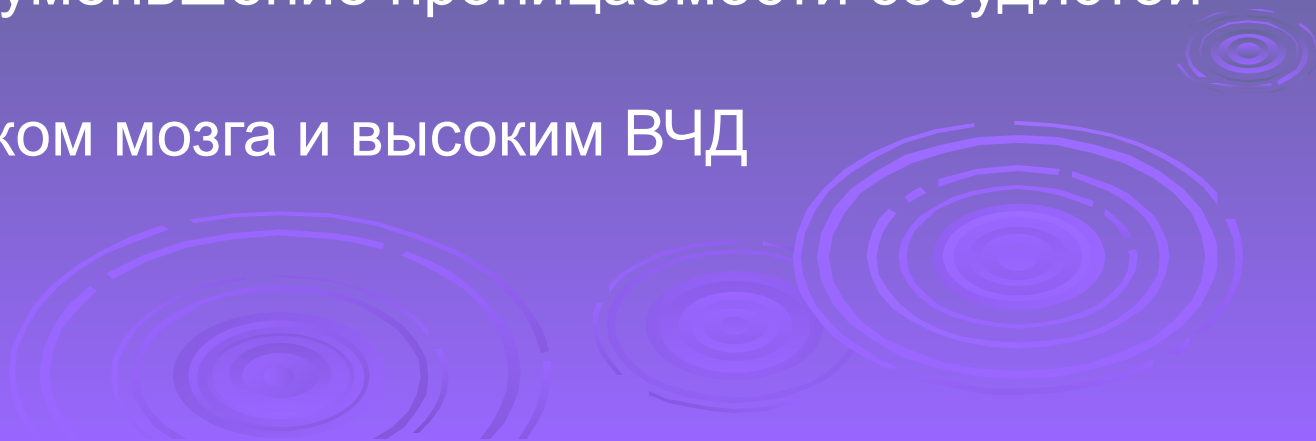


ТРАНСПОРТИРОВКА



Геморрагический инсульт

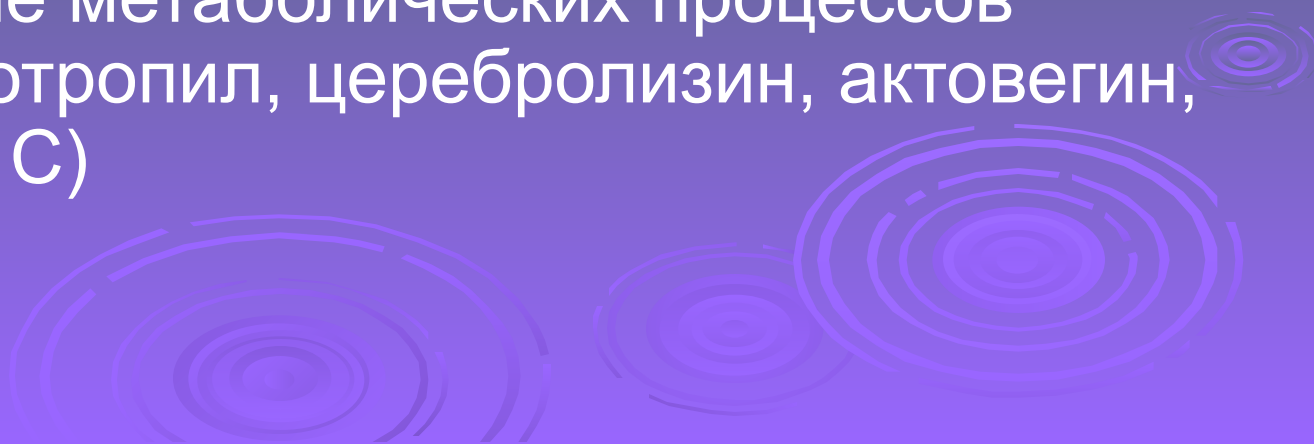
- Индивидуальный сестринский пост. К голове холод.
- Устранение психомоторного возбуждения (радепур. Элениум)
- Нормализация АД
- Устранение спазма мозговых сосудов (новодрин, лидокаин. Нимотоп)
- Гемостатические мероприятия: увеличение свёртываемости крови (аминокапроновая кислота, контрикал) и уменьшение проницаемости сосудистой стенки
- Борьба с отёком мозга и высоким ВЧД





Ишемический инсульт

- ❑ Нормализация АД и сердечной деятельности
- ❑ Улучшение микроциркуляции и церебральной гемодинамики (кавинтон, циннаризин, ницерголин)
- ❑ Снижение свёртываемости крови: антикоагулянты. Антиагрегганты
- ❑ Улучшение метаболических процессов мозга (ноотропил, церебролизин, актовегин, цитохром С)

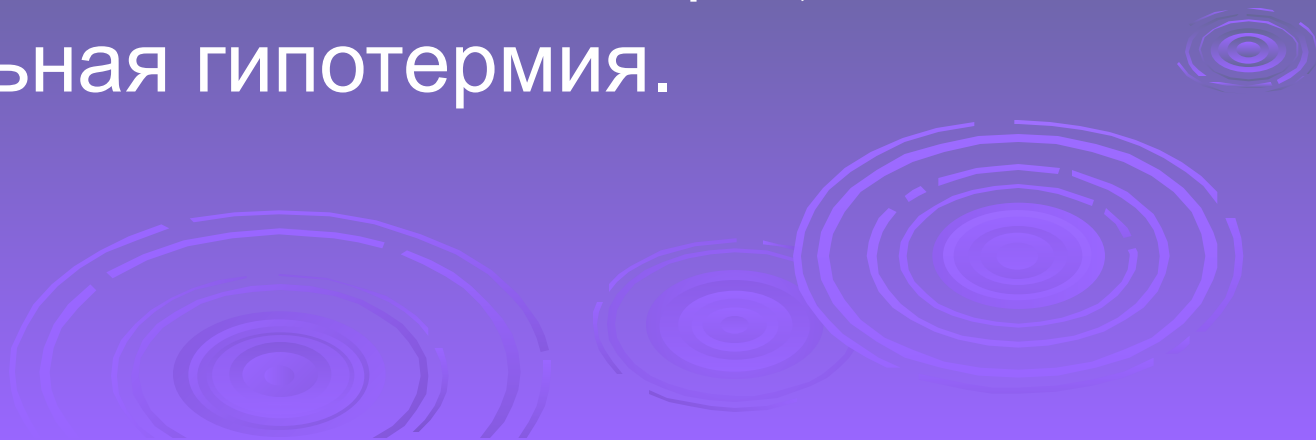


Основные методы рециркуляции

- 1. Восстановление и поддержание системной гемодинамики.
- 2. Медикаментозный тромболизис (рекомбинантный тканевой активатор плазминогена, альтеплаза, урокиназа).
- 3. Гемангиокоррекция - нормализация реологических свойств крови и функциональных возможностей сосудистой стенки:
 - - антиагреганты, антикоагулянты, вазоактивные средства, ангиопротекторы,
 - - экстракорпоральные методы (гемосорбция, ультрагемофильтрация, лазерное облучение крови),
 - - гравитационные методы (плазмаферез).
- 4. Хирургические методы рециркуляции: наложение экстраинтракраниального микроанастомоза, тромбэктомия, реконструктивные операции на артериях.

Основные методы нейропротекции

-
- 1. Восстановление и поддержание гомеостаза.
- 2. Медикаментозная защита мозга.
- 3. Немедикаментозные методы: гипербарическая оксигенация, церебральная гипотермия.



АНТИАГРЕГАНТЫ

- ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки (тромбо АСС, кардиомагнил, кардиАСК, аспирин кардио);

- - дипиридамола (курантил) 25-50 мг 3 раза в сутки;

- *назна*

- - ацетилсалициловая кислота 100 мг в сутки + дипиридамола 25-50 мг 2 раза в день;

- - тиклопидин по 250 мг 2 раза в сутки;

- - плавикс (клопидогрель) 75 мг в сутки;

- - пентоксифиллин (трентал) по 200 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки или 1200 мг в сутки внутрь.

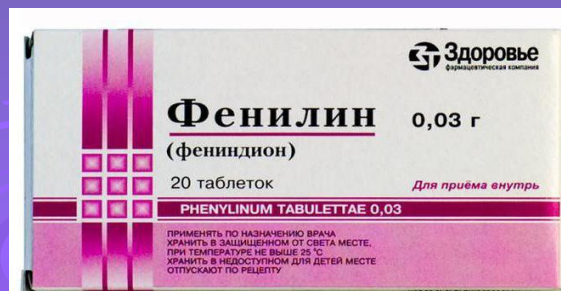
- *внутривенно капельно – вначале по 0,1 г в 250 мл изотонического раствора натрия хлорида (скорость введения – 90-180 мин; в последующие дни суточная доза увеличивается до 0,2-0,3 г. Его введение проводится под контролем АД (возможна гипотония). Противопоказан при инфаркте миокарда.*





Антикоагулянты:

- а) прямого действия (под контролем количества тромбоцитов, уровня антитромбина III, времени свертывания крови, клинического анализа мочи для исключения микрогематурии):
- ❑ - низкомолекулярные гепарины (фраксипарин по 7500 ЕД под кожу живота 2 раза в сутки);
 - ❑ При отсутствии противопоказания назначение *гепарина* (по 7000 ЕД внутривенно через каждые 4 часа) под контролем показателя свертываемости крови по Бурке;
- б) непрямого действия:
- ❑ - фенилин по 0,015-0,03 в сутки;
 - ❑ - варфарин по 5-6 мг в сутки.



Вазоактивные препараты:

- винпоцетин (кавинтон) по 10-20 мг внутривенно капельно 2 раза в сутки или по 5-10 мг 3 раза внутрь;

□ *Кавинтон вводится только капельно внутривенно – по 20 мг в 250-500 мл изотонического раствора натрия хлорида. Кавинтон нельзя вводить внутримышечно и подкожно, он несовместим с гепарином. Противопоказания – резкая аритмия, выраженные ишемические поражения сердца.*

□ - ницерголин по 4 мг внутримышечно или внутривенно капельно 2 раза в день или по 10 мг 3 раза внутрь;

□ - инстенон (комбинированный препарат) по 2 мл внутривенно капельно или внутримышечно;

□ - эуфиллин 2,4% по 10 мл внутривенно струйно или капельно в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия 2 раза в день;

□ *Циннаризин (стугерон) вводится внутривенно по 25-50 мг. По мере восстановления функции назначается внутрь по 50 мг 3 раза в день. При приеме утром и днем может вызывать сонливость;*

□ Вазобрал (комбинированный препарат) по 2 мл 2 раза в день внутрь;



ПАРМИДИН

lekarstvennik.ru

Ангиопротекторы

- пармидин 0,25 по 1 таблетке 3 раза в день;
- аскорутин (аскорбиновая кислота + рутин) по 2 таблетки 3 раза в день;
- троксерутин 0,3 по 1 капсуле 2 раза в день или по 5 мл внутривенно;
- этамзилат 12,5% по 2 мл внутримышечно или внутривенно;
- добезилат 0,25 по 1 таблетке 3 раза в день;
- вобензим по 1 таблетке 3 раза в день.



Биореологические препараты:

- а) плазма, альбумин;
- б) низкомолекулярные декстраны:
 - реополиглюкин (реомакродекс) по 400 мл внутривенно капельно 1-2 раза в день.
- Реополиглюкин* вводится внутривенно капельно по 400-500 мл (в течение 30-40 мин). При необходимости вливания можно повторять с интервалом в 12-16 часов. Введение реополиглюкина должно проводиться под контролем АД и гематокрита.



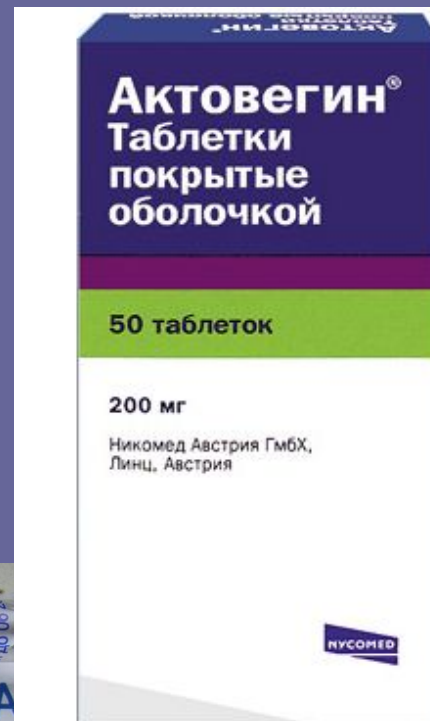
Препараты нейропротекторного действия

- *Блокаторы кальциевых каналов:*
- - нимодипин внутривенно капельно до 25 мг/сут через инфузомат или внутрь по 0,3-0,6 каждые 4 ч. при непрерывном мониторинге АД и ЧСС.



Антиоксиданты:

- ❑ - эмоксипин по 25-50 мг/сут внутривенно капельно в 250 мл изотонического раствора хлорида натрия 2 раза в сутки;
- ❑ - мексидол по 100-300 мг внутривенно струйно или капельно в изотоническом растворе хлорида натрия;
- ❑ - милдронат 10% по 5-10 мл внутривенно струйно или капельно в изотоническом растворе хлорида натрия;
- ❑ - витамин Е по 200 мг 2 раза в сутки внутрь;
- ❑ - аскорбиновая кислота 5% по 6-8 мл внутривенно капельно или 0,5-0,8 внутрь;
- ❑ - актовегин 10% или 20% по 250 мл внутривенно капельно или по 5 мл внутримышечно.



ПРЕПАРАТЫ НЕЙРОТРОФИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ

- ❑ -глиатилин по 400 мг 3 раза в сутки внутрь до еды, или в/м, в/в (медленно) при острых состояниях - до 1000 мг/сут;
- ❑ - пирацетам по 5-10 мл в сутки внутривенно или внутрь;
- ❑ - церебролизин по 15-20 мл внутривенно капельно;
- ❑ - семакс 1% по 2 капли в каждый носовой ход 4-6 раз в день;
- ❑ - энцефабол;
- ❑ - глицин 0,7-1,0 г в сутки сублингвально;
- ❑ - пикамилон 10% по 2 мл 2 раза в сутки внутримышечно или внутривенно или по 0,05 3 раза в день внутрь;
- ❑ - кортексин 10 мг внутримышечно 10 дней.





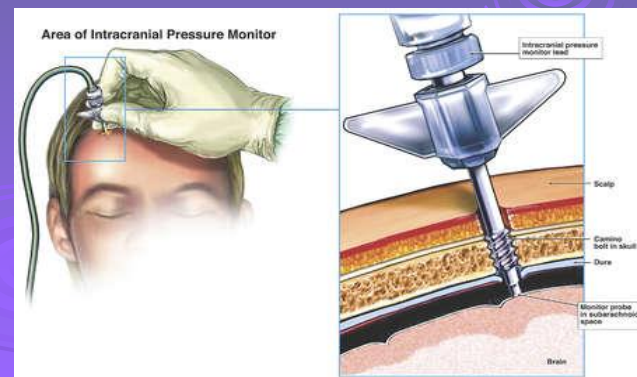
Препараты, улучшающие энергетический тканевой метаболизм:

- ❑ - цитохром С по 5 мл внутримышечно;
- ❑ - цито-мак по 15мг внутривенно;
- ❑ - актовегин 10% или 20% по 250 мл (1-2 г) внутривенно капельно или по 5-10 мл (400-800 мг) внутривенно струйно или 5 мл внутримышечно;
- ❑ - рибоксин 2% по 10 мл внутривенно струйно или капельно или по 0,4 внутрь 3 раза в день;
- ❑ - аплегин по 10 мл на 250 мл изотонического раствора хлорида натрия внутривенно
- ❑ капельно.



ПРОТИВООТЁЧНАЯ ТЕРАПИЯ

- ❑ 1. Осмотические диуретики (под контролем осмолярности плазмы).
- ❑ 2. Гипервентиляция.
- ❑ 3. Дополнительное противоотечное действие оказывает применение нейропротекторов, поддержание гомеостаза.
- ❑ 4. При развитии окклюзионной гидроцефалии при инфаркте мозжечка - по показаниям проводится хирургическое лечение (декомпрессия задней черепной ямки, вентрикулярное дренирование).





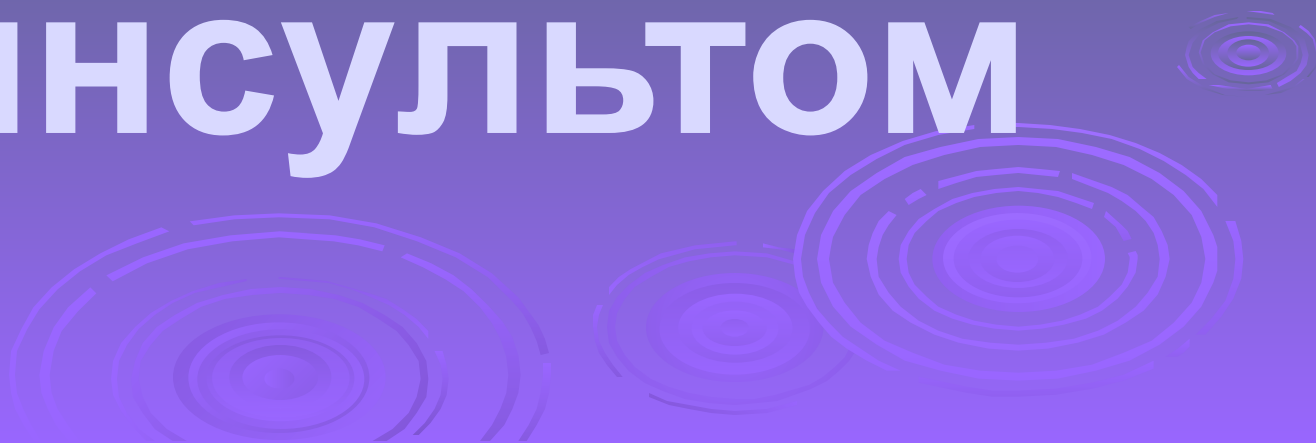
ОСМОТИЧЕСКИЕ ДИУРЕТИКИ

Маннитол вводят медленно внутривенно
в виде 10 - 20% раствора из расчета 0,5
- 1 г/кг массы тела.

Глицерин внутривенно 1г/кг

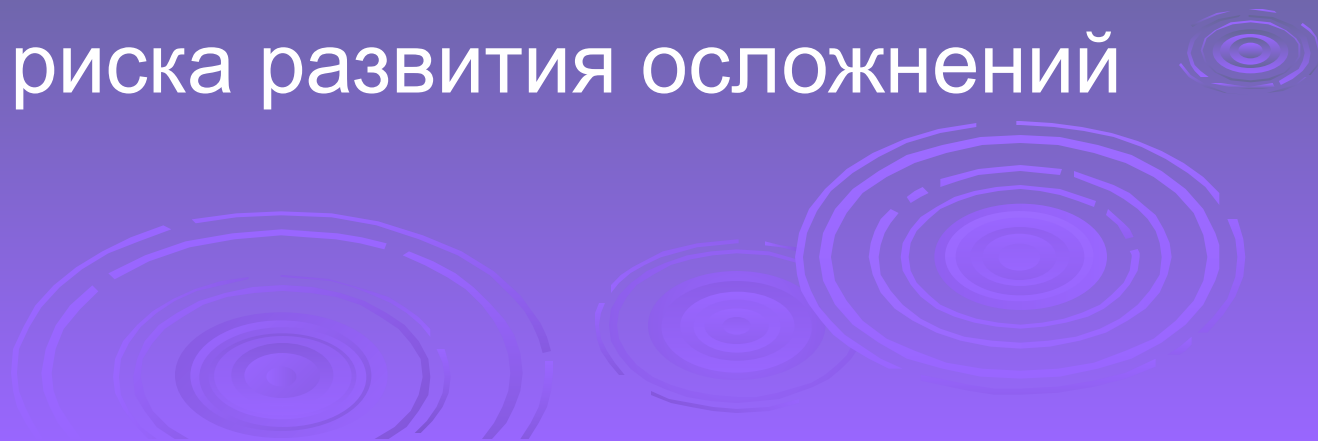


Принципы ухода за пациентами с инсультом



Обязанности медицинской сестры:

- первичная оценка состояния больного и факторов риска развития осложнений;
- составление плана сестринского ведения больного;
- мониторинг состояния больного и факторов риска развития осложнений



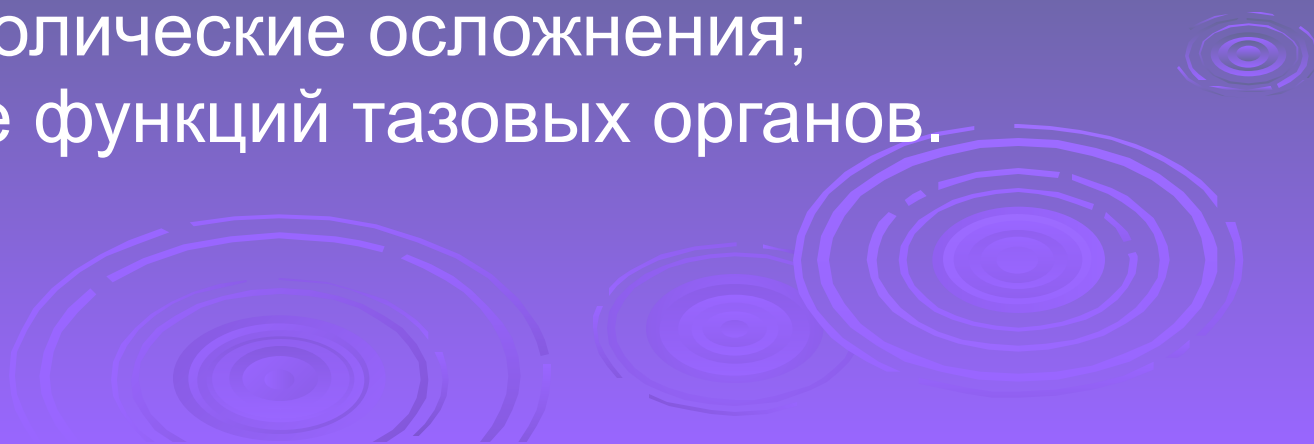
МОНИТОРИНГ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО

- ❑ Контроль АД каждые 2 часа
- ❑ Контроль ЧСС
- ❑ Дыхания
- ❑ Уровень сознания
- ❑ Состояние зрачков
- ❑ Температуры каждые 4 часа
- ❑ Функции выделения



ОСЛОЖНЕНИЯ ИНСУЛЬТОВ

- застойные явления в легких, гипостатическая пневмония, дыхательная недостаточность;
- трофические нарушения в коже (пролежни);
- травматизация больных вследствие угнетения сознания и/или психомоторного возбуждения;
- развитие контрактур и артропатий;
- истощение и обезвоживание;
- тромбоэмболические осложнения;
- нарушение функций тазовых органов.

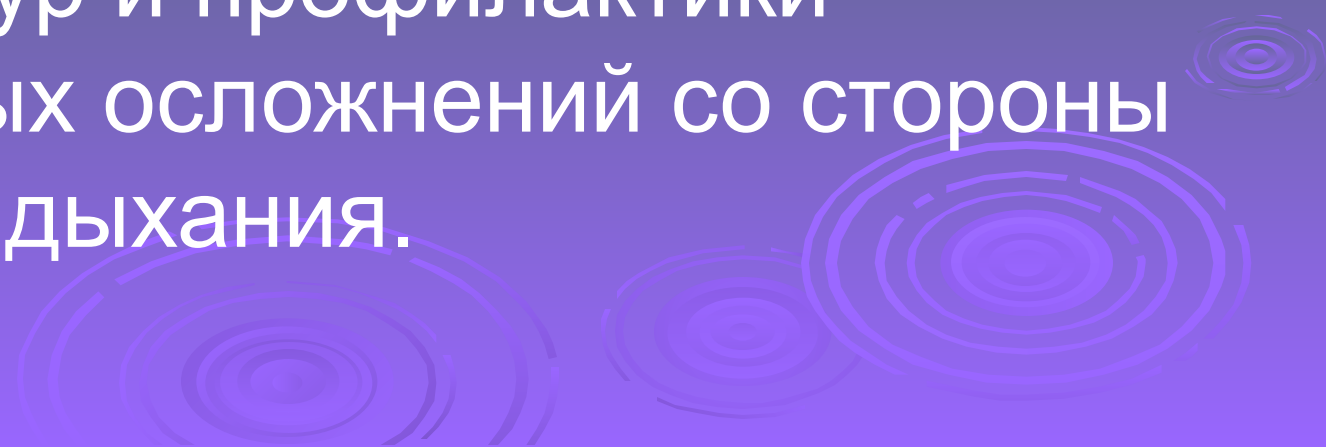


ДЛЯ ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ

- Изменение положение больного каждые 2 часа
- Придание парализованным конечностям правильного положения для профилактики артропатий и контрактур
- Массаж каждые 4ч, в течение 5-10 мин.
- Пассивная гимнастика, каждые 2 часа
- Дыхательная гимнастика, профилактика застойной пневмонии
- Обработка кожных покровов, профилактика пролежней
- Обработка полости рта и носа 2 раза в день
- Уход за слизистыми оболочками
- Профилактика тромбоэмболий (бинтование ног)
- Уход за функцией тазовых органов
- Использование и обработка интубационной трубки. Санацию трубки (обычно в ней скапливается слизь из бронхов) производят при помощи отсоса раствором фурацилина каждые 4 ч. Необходимо следить за тем, чтобы трубка не пересыхала

Правильное позиционирование

Это придание правильного положения больному с целью предотвращения развития контрактур и профилактики различных осложнений со стороны системы дыхания.

A decorative graphic consisting of several concentric circles, resembling ripples in water, located in the bottom right corner of the slide.

Главные принципы лечения положением

- ✓ Максимально возможная симметричность – выравнивание ключевых точек.
- ✓ Поддержка всех сегментов тела.
- ✓ Бережное отношение к плечу паретичной руки.
- ✓ «Золотое» правило: пациент лежит на любом боку, но не на больном.

Положение лёжа на спине



Положительные факторы:

- ✓ возможность хорошего обзора для ухаживающего;
- ✓ стабильное положение;
- ✓ легко выполнять внутривенное капельное введение препаратов.



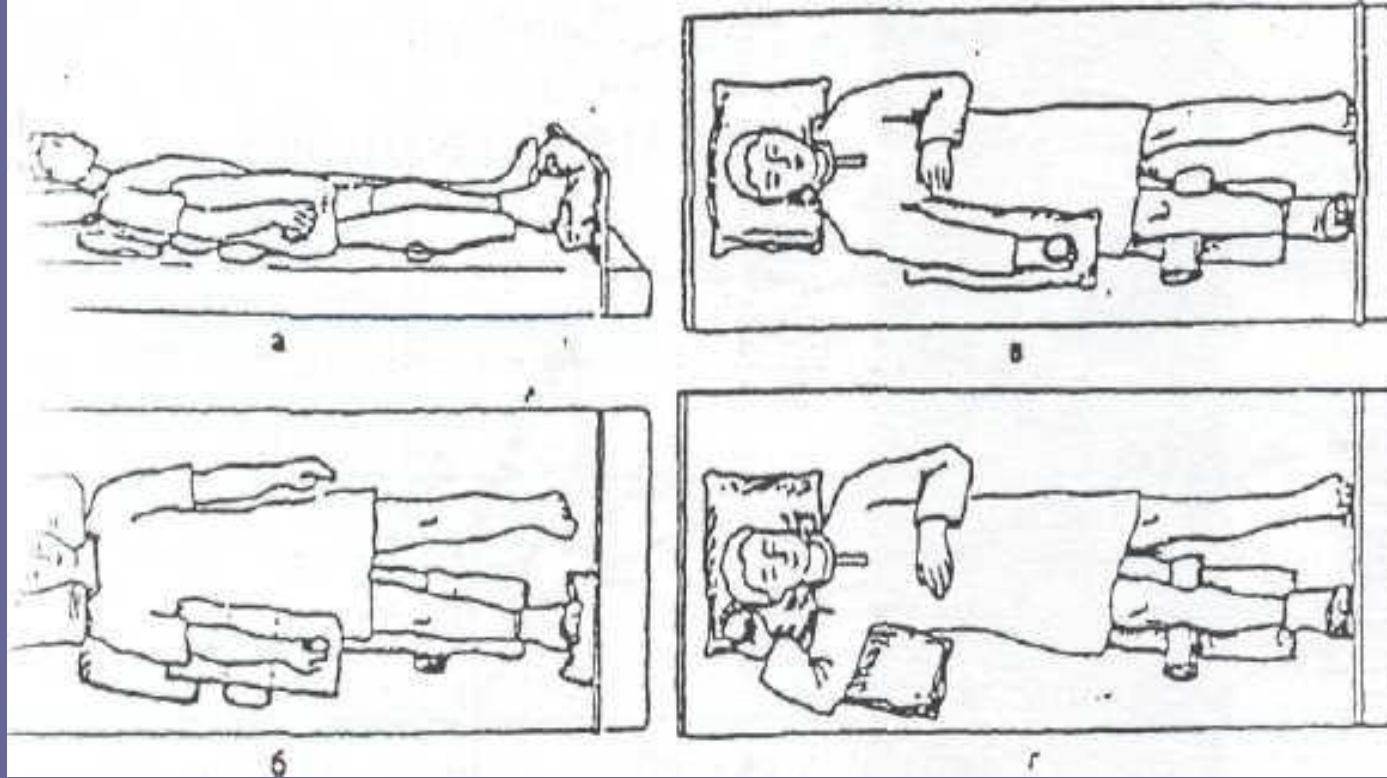
Отрицательные факторы:

- ✓ недостаточная респираторная функция;
- ✓ высокий риск аспирации слюной;
- ✓ возможное рефлекторное влияние;
- ✓ плохой обзор палаты (с точки зрения пациента);
- ✓ уплощение спины.

Убедитесь

- ✓ рука выпрямлена в локтевом и лучезапястном суставах, супинирована,
- ✓ плечо отведено в сторону (в подмышечной области мягкий валик),
- ✓ пальцы выпрямлены, 1-й палец отведен в сторону (при необходимости использовать лонгетку или мешочки с песком массой 0,5 кг для фиксации пальцев);
- ✓ нога несколько согнута в колене (под сустав подкладывать мягкий валик или мешочки с песком),
- ✓ стопа должна быть разогнута под углом 90° и уложена в специальный «сапожок» (деревянный ящик) или упираться в спинку кровати.





Положение лежа на здоровом боку



Положительные факторы:

- ✓ хорошая респираторная функция;
- ✓ устраняется возможное влияние шейных тонических рефлексов;
- ✓ комфортно спине;
- ✓ снижается риск



Отрицательные факторы:

- ✓ требуются подушки под спину и поражённую руку, а также под «верхнюю» ногу.
- ✓ пациент «придавлен» своей паретичной стороной.

Убедитесь

- ✓ парализованные конечности должны быть полусогнуты и уложены на подушки,
- ✓ здоровая нога слегка согнута и отставлена назад;
- ✓ кисть парализованной руки разогнута и уложена на подушку.
- ✓ Во избежание скатывания пациента под спину должны быть подложены 1—2 подушки



Убедитесь

- ✓ Голова пациента находится на одной линии с туловищем.
- ✓ Пациент лежит полностью на боку, а не повернут на $\frac{1}{4}$.
- ✓ Тело не изогнуто.
- ✓ Поражённое плечо вынесено вперёд, рука поддержана по всей длине.
- ✓ Кисть «больной» руки находится в среднефизиологическом положении, не свисает с подушки.



Положение больного на спине в постели с приподнятым изголовьем (фаулерово положение)

Пациент с *ишемическим инсультом* (при лёгком и средней тяжести течений болезни) может быть уложен на приподнятое изголовье (угол изголовья не более **30°**) на **15–20** мин по **3** раза в день уже в первые сутки заболевания.



Убедитесь

- ✓ Пациент сидит ровно.
- ✓ Масса тела пациента равномерно распределена на обе ягодицы.
- ✓ Плечо выносится вперёд и поддерживается подушкой.
- ✓ «Больная» рука поддерживается под локоть подушкой.
- ✓ Кисть не свисает.
- ✓ Нет перекоса таза (при необходимости под ягодицу с поражённой стороны подкладывается плоская подушка 1,5 – 2 см толщиной).
- ✓ «Больная» нога не развёрнута кнаружи.



Положение сидя

- ✓ Пациент сидит ровно.
- ✓ Масса тела пациента равномерно распределена на обе ягодицы.
- ✓ «Болевая» рука находится на столешнице, локоть не свисает.
- ✓ Нет перекоса таза.
- ✓ Бёдра полностью поддерживаются сиденьем.
- ✓ «Болевая» нога не развёрнута кнаружи.
- ✓ Стопы полностью стоят на полу.
- ✓ Сегменты нижних конечностей расположены примерно под углом 90° .



Профилактика тромбоза глубоких вен и ТЭЛА

- ✓ Пассивная гимнастика.
- ✓ Подъём ног на $6-10^0$.
- ✓ Применение сдавливающих эластичных чулок (бинтование ног) сразу же после возникновения инсульта.

Внимание: при очень тугих чулках возможны пролежни!

Особенно осторожно следует бинтовать ноги пациентам с сахарным диабетом.

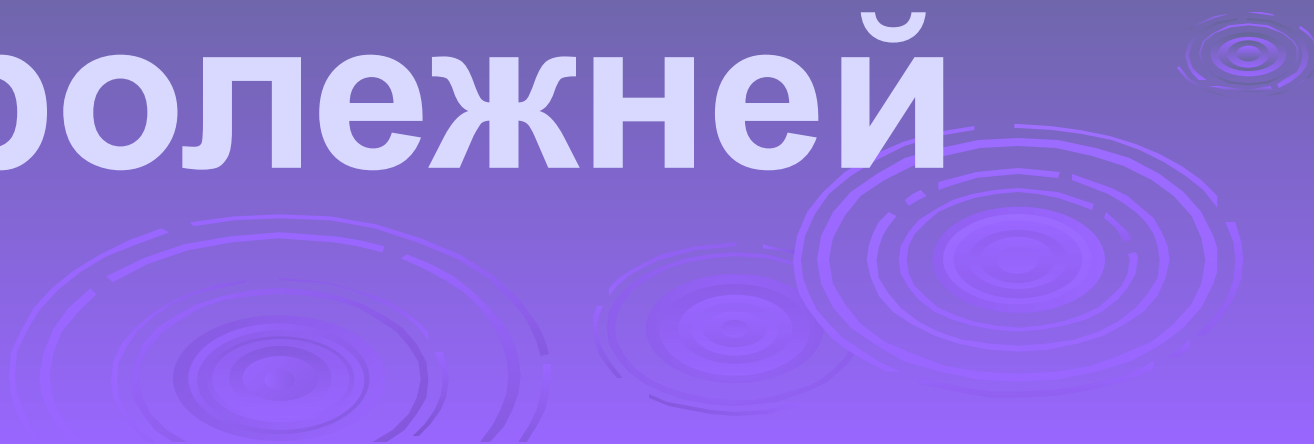
Бинтование ног не показано при атеросклерозе сосудов нижних конечностей.

Правила наложения компрессионного бинта

- ✓ Повязку накладывают при тыльном сгибании стопы.
- ✓ Повязка должна начинаться от проксимальных суставов пальцев стопы.
- ✓ Давление бинта должно ослабевать от лодыжки к бедру.
- ✓ Каждый тур должен перекрывать предыдущий на 50–70%.



Уход за кожей, профилактика и лечение пролежней

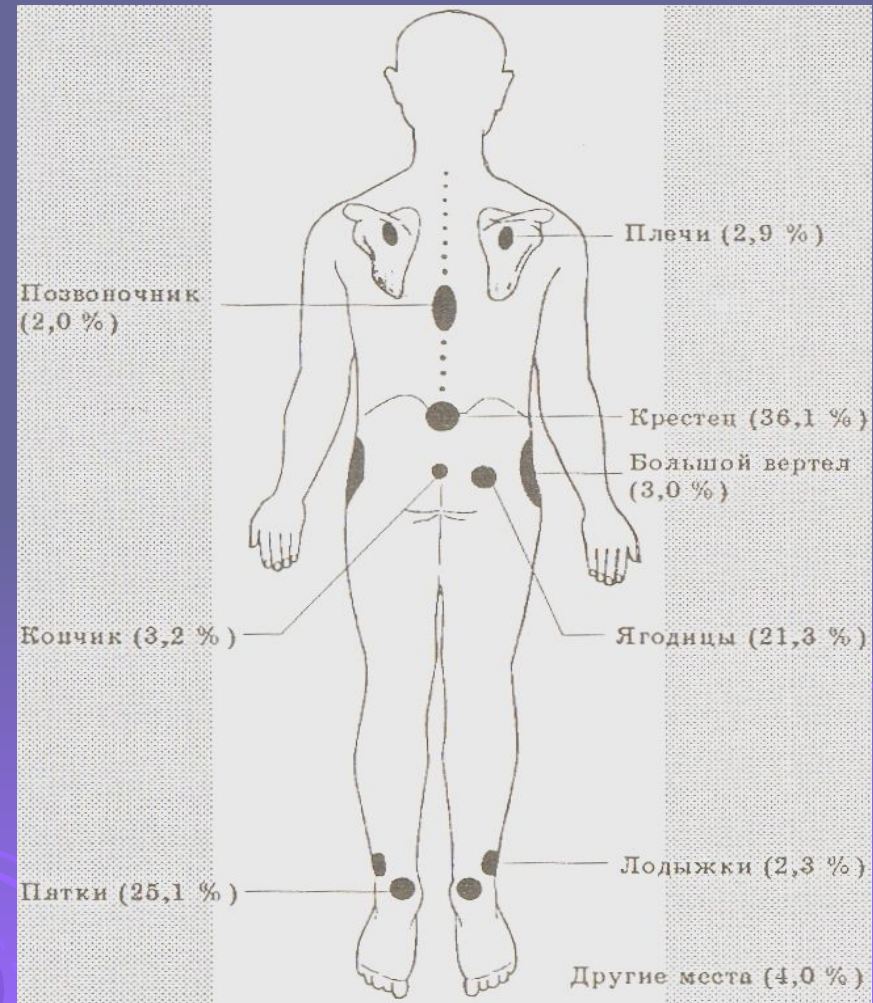


Организация ухода по профилактике
пролежней у
пациентов в лечебно –
профилактических учреждениях

Приказ №123
ОСТ 91500.11.0001 – 2002
«Протокол ведения больных. Пролежни
(L.89)»

Места локализации пролежней

- ✓ Лопатки (плечи).
- ✓ Грудной отдел позвоночника.
- ✓ Крестец.
- ✓ Большой вертел бедренной кости.
- ✓ Ягодицы.
- ✓ Копчик.
- ✓ Пятки.
- ✓ Другие места (уши, затылок, локти, лодыжки, лодыжки, лодыжки)



Уход за кожей, профилактика, оценка и лечение пролежней

Адекватная
профилактика
пролежней
позволяет
предупредить их
развитие у
пациентов группы
риска более чем в
80% случаев.



Осуществление ухода за кожей

- Осматривать всю кожу не реже 1 раза в день, а участки риска - при каждом перемещении
- Мытье кожи проводить без трения и кускового мыла, с использованием жидкого рН – нейтральное мыло. Тщательно высушивать кожу после мытья промокающими движениями;
- Поддерживать оптимальную влажность кожи: при чрезмерном увлажнении - подсушивать присыпкой без талька, при сухости - увлажнять кремом;
- Массаж всего тела, в т.ч. около участков риска проводить после обильного нанесения крема на кожу;
- Использовать непромокаемые пеленки и подгузники, уменьшающие чрезмерную влажность;
- При недержании:
 - мочи - смена подгузников каждые 4 часа,
 - кала - смена подгузников немедленно после дефекации с последующей бережной гигиенической процедурой

Средства для обработки КОЖИ

- ❑ Жидкие мыла
- ❑ Шампуни
- ❑ Пенки
- ❑ Тоники
- ❑ Влажные салфетки
- ❑ Не использовать растирание
кожи камфорным спиртом!!!



Противопролежневые матрацы и подушки



Противопролежневый
матрац



Подушка противопролежневая
для инвалидной коляски,
гелевая

Планирование профилактических мероприятий

1. Проведение текущей оценки риска развития пролежней не менее 1 раза в день (утром) по шкале Ватерлоу
2. Изменение положения пациента не реже, чем через каждые 2 часа
3. Осуществление ухода за кожными покровами
4. Организация диетического питания и питьевого режима пациента

Организация диетического питания и питьевого режима

Внимание! Если нет противопоказаний.

- Обеспечить употребление достаточного количества белка 120 г и кислоты аскорбиновой - 500 - 1000 мг в сутки;

Внимание! Если нет противопоказаний.

- Обеспечить употребление не менее 1,5 л жидкости в сутки

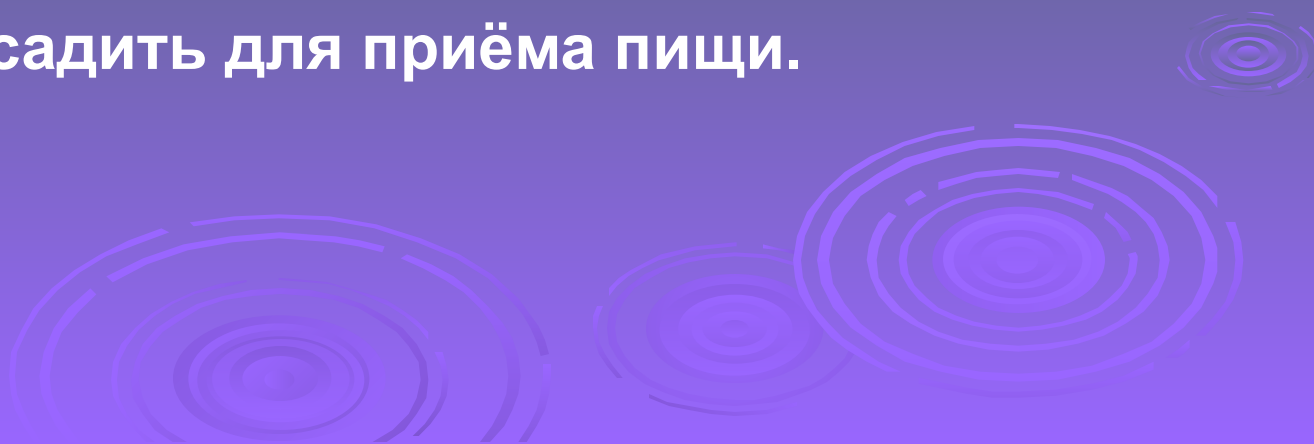
- с 9.00 - 13.00 ч. - 700 мл;
- с 13.00 - 18.00 ч. - 500 мл;
- с 18.00 - 22.00 ч. - 300 мл.

Правильное кормление больных



Нарушение глотания

У **27%** пациентов, которым был диагностирован инсульт, имеется различной степени нарушение глотания (дисфагия). Другие **13%** пациентов находятся в сонливом состоянии или их трудно усадить для приёма пищи.



Принципы правильного кормления

- ✓ Подбор консистенции пищи: чем более жидкая пища или питье, тем труднее сделать безопасный глоток.
- ✓ Суточная потребность жидкости – **30** мл /кг массы тела +10% при повышении температуры тела на каждый градус (выше 37 °C).
- ✓ Пищу закладывают с непоражённой стороны небольшими порциями.
- ✓ Контроль за необходимостью использования зубных протезов.
- ✓ Тщательный осмотр полости рта после окончания кормления.
- ✓ После кормления пациент остаётся в вертикальном положении 30 мин.
- ✓ Небольшой наклон головы вперед или в здоровую сторону в момент глотания будут способствовать прохождению пищевого комка по здоровой стороне глотки. В последующем при восстановлении функции глотания стараться больше давать овощей и фруктов, исключить из рациона соленую, острую и жареную пищу, ограничить углеводы и животные жиры. Желательно кормить часто и небольшими порциями: 4—5 раз в день. Суточная калорийность должна составлять 2200 – 2500 ккал.

Нарушения функции тазовых органов



Средства для ведения больных с нарушениями функций тазовых органов

- ✓ Подгузники.
- ✓ Впитывающие прокладки и сетчатые трусы.
- ✓ Кондомные мочеприёмники (наружные катетеры).
- ✓ Постоянные катетеры.



Подгузники



Положительные стороны:

- ✓ Пациент остается сухим
- ✓ Мобильность больного
- ✓ Впитывают много влаги

Отрицательные стороны:

- ✓ Повышен риск образования пролежней
- ✓ Пациенты часто чувствуют дискомфорт
- ✓ Дорого стоят

Впитывающие прокладки и сетчатые трусы

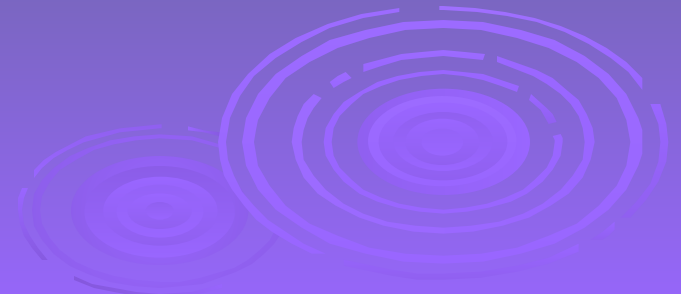


Положительные стороны:

- ✓ Низкий риск образования пролежней
- ✓ Мобильность больного
- ✓ Выглядят эстетичней
- ✓ Дешевле подгузников

Отрицательные стороны:

- ✓ Надо чаще менять
- ✓ Больше вероятности протекания



Кондомные мочеприемники (наружные катетеры)



Положительные стороны:

- ✓ Пациент остается сухим
- ✓ Неинвазивный метод
- ✓ Можно измерять количество мочи
- ✓ Легко взять анализ мочи

Отрицательные стороны:

- ✓ Применяют только у мужчин
- ✓ Меньшая мобильность пациента
- ✓ Необходимость тщательного подбора размера
- ✓ Пациенты часто срывают мочеприемники

АЗБУКА УХОДА ЗА ПОСТИНСУЛЬТНЫМИ БОЛЬНЫМИ

- ❑ Если речь больного затруднена, отнеситесь к нему уважительно, не «сюсюкайте», не говорите с ним пренебрежительным тоном.
- ❑ Решить проблему общения помогают специально приготовленные рисунки. На них можно изобразить предметы, которые могут понадобиться пациенту (чашка, ложка и т.д.) или указать на необходимость каких либо действий.
- ❑ Терпеливо выслушайте больного. Он может не сразу Вас понять. Если Вы не поняли больного, попросите его повторить сказанное.
- ❑ Разговаривайте с ним медленно и ясно, обычным голосом.
- ❑ Стройте короткие предложения, употребляя знакомые слова. Задавайте вопросы так, чтобы на них легко можно было ответить «да» или «нет».
- ❑ Кроме вербального, общения в арсенале медицины имеется большое количество невербальных вариантов общения - пикнограммы, мимика, жесты, прикосновение, улыбка, что в значительной мере поможет наладить контакт с пациентом.
- ❑ С некоторыми пациентами легче общаться письменно, однако, с целью стимуляции восстановления речи у пациента нельзя исключать вербальное общение, стараясь понять то, что говорит пациент.
- ❑ У больного могут возникнуть проблемы со стулом. Для предотвращения запоров постарайтесь откорректировать диету, включить в рацион продукты, богатые клетчаткой, растительную пищу, а также продукты, улучшающие деятельность кишечника (свёклу, курагу, отруби, чернослив, инжир). Следите, чтобы больной как можно меньше времени проводил в постели, занимался назначенной ему лечебной физкультурой, больше двигался.

ПИКТОГРАММА

КАК ВЫ МОЖЕТЕ МНЕ ПОМОЧЬ

Пожалуйста,
говорите со
мной лицом к
лицу
Говорите
медленно и
четко
Используйте
короткие
предложения
Повторите
предложение
, если я не
понимаю

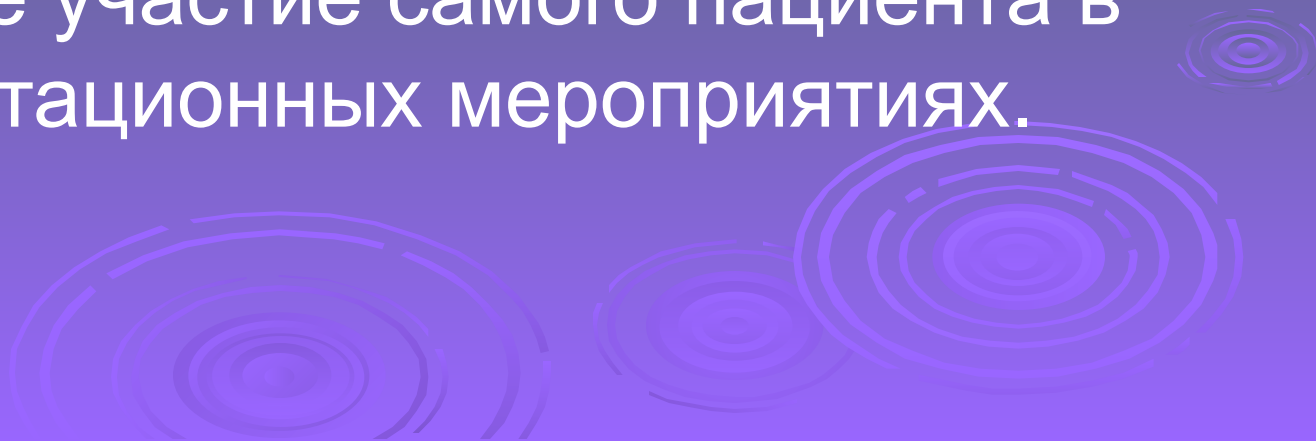


РЕАБИЛИТАЦИЯ

- Согласно определению экспертов ВОЗ и Международной организации труда – это система государственных, социально-экономических, медицинских, профессиональных, педагогических, психологических мероприятий, направленных на предупреждение развития патологических процессов, приводящих к временной или стойкой утрате трудоспособности, и на эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов (детей и взрослых) в общество, к общественно полезной жизни.

ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИИ

- ❑ Раннее начало.
- ❑ Длительность и непрерывность.
- ❑ Поэтапное восстановление функций.
- ❑ Комплексность.
- ❑ Индивидуализация воздействий.
- ❑ Активное участие самого пациента в реабилитационных мероприятиях.



ЦЕЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ

- Предотвращение осложнений, в том числе повторных инсультов.
- Обучение пациента самообслуживанию, а родственников - приемам ухода за ним.
- Восстановление утраченных навыков и функций.
- Достижение максимальной независимости пациента в физической, умственной, социальной и личной сфере жизни, т. е. возвращение в социальную и трудовую жизнь.
- Достижение приемлемого качества жизни, т. е. поддержание достоинства, уважения, самовосприятия и т. д.
- Эффективная реабилитация достигается участием многих специалистов (невролога, психолога, логопеда, трудотерапевта, методиста по ЛФК, массажиста, медсестер) и родственников. Пациент должен быть активным участником в этой программе и, прежде всего, сам должен дать себе установку на скорейшее выздоровление. Обучение пациента самообслуживанию и родственников элементам ухода ложится на медицинскую сестру.

ЛФК



ВЕРТИКАЛИЗАЦИЯ



Кинезотерапия



ЭРГОТЕРАПИЯ



Жизнь после инсульта не заканчивается

- ▣ *Правильный... уход всегда имеет несомненное положительное влияние на продолжительность и течение болезни».*
Флоренс Найнтингейл «Записки об уходе»



