

УХОД ПРИ СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ЦНС

Введение

Сосудистые заболевания ЦНС — одна из центральных проблем современной медицины, и, можно сказать без преувеличения, она имеет общечеловеческое значение, а нарушения мозгового кровообращения относятся к частым и самым тяжелым заболеваниям нервной системы. Приблизительно каждый третий больной в неврологическом стационаре страдает именно этой патологией, требующей неотложного лечения.

По данным Всемирной организации здравоохранения, смертность от инсультов составляет свыше 12% всех причин смерти, уступая лишь таковой от сердечно-сосудистых заболеваний и злокачественных новообразований, а в ряде стран (Япония, ФРГ) положение еще серьезнее — инсульты вышли на первое место среди причин смертности.

Количество больных с преходящими и начальными формами центральных сосудистых нарушений возрастает прежде всего за счет увеличения в населении числа лиц старших возрастных групп. Кроме того, сосудистые заболевания мозга возникают все чаще у лиц относительно более молодого возраста.

Этиология

Среди заболеваний, обуславливающих нарушения мозгового кровообращения в детском возрасте, на разных этапах развития ребенка, этиологическое значение различных патогенных факторов неодинаково.

В периоде новорожденности причиной нарушения мозгового кровообращения чаще является хроническая внутриутробная гипоксия при неблагоприятно протекающей беременности, асфиксия и травма в родах.

На 1-м году жизни нарушения мозгового кровообращения могут клинически проявляться как врожденные аномалии развития артериальной, венозной, ликвороносной систем.

В дошкольном и младшем школьном возрасте важное этиологическое значение приобретают болезни крови, ин-

фекционно-аллергические васкулиты, нарушения гемодинамики при врожденных или приобретенных пороках сердца. В пубертатном периоде причиной церебральных гемодинамических расстройств является врожденная патология сердечно-сосудистой системы и ранние формы гипертонической болезни и атеросклероза мозговых сосудов.

У взрослых количество причин возрастает, к ним относятся:

- наследственная предрасположенность организма к таким состояниям;
- курение или злоупотребление алкоголем (курение удваивает вероятность);
- выраженный атеросклероз сосудов сердца и ЦНС;
- заболевание сахарным диабетом;
- наличие артериальной гипертонии или стенокардии;
- аритмия или повышенная свертываемость крови;
- ожирение;
- недостаточная физическая активность.

Наличие у человека фактора риска не означает, что у него обязательно возможно ОНМК. Однако при наличии такого фактора шансы заболеть у него значительно выше по сравнению с любым другим человеком одного с ним возраста, но благополучного по факторам риска.

Резко повышается опасность развития ОНМК у тех людей, у которых одновременно имеется несколько факторов риска.

Эпидемиология

ОНМК поражает людей всех возрастов, но чаще всего оно встречается в возрасте старше 50 лет. По данным Всемирной организации здравоохранения, в развитых странах мира ежегодно происходит 150–300 инсультов на каждые 100 тысяч населения. По России эти цифры составляют: 250–320 — среди городского населения и 170–190 — среди сельского населения. В России в среднем происходит около 300 тысяч инсультов в год.

Смертность при инсульте достаточно высока: из 100 больных инсультом умирает 35–40 человек. При современных методах лечения и реабилитации около 60% пациентов, перенесших инсульт, к концу первого года не

нуждаются в посторонней помощи в повседневной жизни, 20% требуют помощи лишь при выполнении сложных задач, 15% более зависимы от окружающих и только 5% полностью беспомощны в быту и нуждаются в постоянном уходе. Около 30% больных работоспособного возраста, перенесших инсульт, остаются трудоспособными.

Патогенез

Характер поражения мозговых сосудов может быть различным. Нарушения кровообращения вызываются закупоркой просвета сосуда за счет тромбоза или эмболии, уменьшением кровотока вследствие сужения, перегиба, сдавления или спазма сосуда, разрывом сосудистой стенки, повышением ее проницаемости.

Закупорка просвета сосуда может возникнуть остро при эмболии или развиваться постепенно, проходя несколько стадий нарастающего сужения просвета.

Разрыв стенки сосуда наблюдается при гипертонических кризах, черепно-мозговых травмах, геморрагических диатезах, аневризмах и сосудистых опухолях.

Повышение проницаемости сосудистой стенки в основном вызывается воспалительными, трофическими изменениями сосудов или некоторыми заболеваниями крови.

В клинической практике указанные формы поражения мозговых сосудов редко выступают в изолированном виде. Так, например, сужение просвета сосуда сопровождается повышением проницаемости его стенок.

Несмотря на большое разнообразие форм поражения мозговых сосудов, патогенез неврологических нарушений относительно стереотипен.

Ведущим фактором в механизме поражения мозга является гипоксия. Исследования показывают, что ежеминутно в головной мозг поступает около 15–20% крови, выбрасываемой сердцем за этот период и содержащей 20% потребляемого кислорода, что составляет 50–60 мл крови на 100 г мозговой ткани в минуту. При уровне ниже 10 мл наступает смерть клетки в течение нескольких минут. При уровне от 10 до 20 мл клеточные функции еще поддерживаются, хотя вследствие поломки калиево-натриевого насоса наступает электрическое молчание клетки. Такие еще живые, но инактивированные клетки обычно расположены на периферии очага поражения (зо-

на ишемической полутени). Улучшая кровоснабжение зоны полутени, можно теоретически восстановить функции этих клеток, однако лишь в том случае, если кровоснабжение восстанавливается достаточно быстро, в течение первых 24 часов. В противном случае клетки погибнут.

Поэтому вследствие даже кратковременных сосудистых спазмов нарушаются обменные процессы в мозговом веществе, влияя тем самым на функционирование нейронов. Известно, что после 5–10 минут полного кислородного голодания наступают необратимые изменения в нервных клетках и их гибель.

Гипоксия мозга, особенно возникшая остро, приводит к формированию ряда патогенетических порочных кругов. Обусловленное гипоксией нарушение функционирования сосудодвигательных центров вызывает расстройство регуляции сосудистого тонуса, и развиваются ангиоспазмы или ангиопарезы. В результате нарастания гипоксии мозга в нем скапливаются недоокисленные продукты, что приводит к развитию ацидоза, который, в свою очередь, усугубляет нарушение мозговой гемодинамики. Наступающее повышение проницаемости сосудистых стенок и выход жидкости в периваскулярные пространства приводят к увеличению объема мозга и возрастанию внутричерепного давления. Одновременно с развитием внутричерепной гипертензии возникает венозный застой, так как венозное давление в полости черепа всегда соответствует внутричерепному давлению. Повышение венозного давления усиливает транссудацию жидкости в периваскулярные пространства.

Прогрессирующая гипоксия мозга сопровождается расстройством функционирования ряда жизненно важных центров. Нарушается центральная регуляция сердечной деятельности, что, в свою очередь, отражается на мозговом кровообращении за счет церебробардиальных и кардиocereбральных рефлексов. Может развиваться центральная недостаточность дыхания, приводящая к усилению гипоксии. Кроме того, гипоксия вызывает изменения активности гипофизарно-адреналовой системы, которые могут обуславливать дальнейшие нарушения регуляции сосудистого тонуса и кровотока в целом.

В зависимости от этиологических факторов, конституциональных особенностей, тяжести поражения и гипоксии развиваются либо обратимые изменения (преходящая ишемия), либо необратимые деструктивные сдвиги (инфаркт мозга) в мозгу.

Патоморфологически инфаркт мозга характеризуется «белым» размягчением мозгового вещества в зоне васкуляризации данного сосуда и отечностью окружающих тканей. Размеры очага белого размягчения зависят от многих факторов: калибра мозгового сосуда, быстроты развития сужения его просвета или закупорки, выраженности вторичных изменений.

Инфаркт мозга чаще развивается вследствие закупорки одного из мозговых сосудов или большого (магистрального) сосуда головы, по которому притекает кровь к головному мозгу.

Магистральных сосудов четыре: правая и левая внутренние сонные артерии, кровоснабжающие большую часть ствола и полушарий, и правая и левая позвоночные артерии, сливающиеся затем в основную артерию, которая снабжает кровью ствол мозга, мозжечок и затылочные доли полушарий головного мозга.

Причины закупорки магистральных и мозговых артерий могут быть разные. Так, при воспалительном процессе на клапанах сердца кусочки тромба или инфильтрата могут оторваться и с током крови прийти к мозговому сосуду и закупорить его. Эмболами могут стать и частицы распадающейся атеросклеротической бляшки на стенках одной из магистральных артерий головы. При аритмиях тромбы могут образовываться в полости левого желудочка, а затем кровотоком заноситься в мозг.

Другой механизм развития инфаркта — тромботический — связан с постепенным развитием тромба в месте расположения атеросклеротической бляшки на стенке сосуда. Неровная поверхность бляшки способствует склеиванию тромбоцитов и других элементов крови, что составляет основной каркас образующегося тромба.

Как правило, одних местных факторов для образования тромба часто недостаточно. Развитию тромбоза способствуют такие факторы, как общее замедление кровотока (поэтому тромбозы мозговых сосудов обычно развива-

ются ночью, во сне), повышение свертываемости крови, повышение склеивающих свойств тромбоцитов и эритроцитов.

Нарушение нормального кровотока может явиться и следствием спазма сосуда, наступающего в результате резкого сокращения мышечного слоя сосудистой стенки.

При частых подъемах артериального давления могут развиваться изменения в стенках мелких сосудов, питающих глубокие структуры головного мозга. Эти изменения приводят к сужению, а часто и к закрытию этих сосудов. Иногда после очередного резкого подъема артериального давления во время гипертонического криза в бассейне кровообращения такого сосуда развивается небольшой инфаркт — «лакунарный».

В ряде случаев инфаркт мозга может развиваться и без полной закупорки сосуда. Это так называемый гемодинамический инсульт. Для этого достаточно наличия двух факторов: резкого сужения просвета магистрального или мозгового сосуда заполняющей его атеросклеротической бляшкой или его перегиба плюс падения артериального давления, наступающего из-за временного ухудшения работы сердца.

Механизм проходящих нарушений мозгового кровообращения (транзиторных ишемических атак) во многом аналогичен механизму развития инфаркта мозга. Только компенсирующие механизмы при проходящих нарушениях мозгового кровообращения срабатывают быстро и развившиеся симптомы в течение нескольких минут (или часов) исчезают. Но не надо надеяться, что механизмы компенсации будут всегда так хорошо справляться с возникшим нарушением. Поэтому так важно знать причины нарушения мозгового кровообращения, что позволяет разработать методы предупреждения повторных катастроф.

Наряду с размягчением патоморфологически различают разрушение мозгового вещества, обусловленное кровоизлиянием в мозг. Кровоизлияние возникает либо в результате разрыва сосуда, либо диапедезным путем при повышенной проницаемости сосудистой стенки. Помимо паренхиматозного кровоизлияния (в вещество мозга), наблюдаются субарахноидальные, субдуральные, эпиду-

ральные кровоизлияния и кровоизлияния в полость мозговых желудочков.

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

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

Наряду с мешотчатыми аневризмами иногда наблюдаются и другие врожденные аномалии сосудистой системы, создающие угрозу внезапного кровоизлияния.

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

В патогенезе неврологических расстройств при нарушениях мозговой гемодинамики немалую роль играет и венозное кровообращение. Венозная гипертензия, затруднение венозного оттока из полости черепа могут возникать как реакция на гипоксию при ишемии мозга, а также при кровоизлияниях. Кроме того, встречаются нарушения венозного оттока, вызванные тромбозом внутричерепных вен, венозных синусов, их сдавлением и т. д. Затруднение венозного оттока приводит к развитию внутричерепной гипертензии, что, в свою очередь, может нарушать арте-

риальное кровообращение и таким образом способствовать формированию еще одного порочного круга в патогенезе неврологических расстройств.

ОНМК характеризуется острым началом и отличается разнообразием признаков поражения мозга.

К общемозговым признакам относятся:

- потеря сознания;
- головная боль;
- судороги;
- тошнота и рвота;
- психическое и моторное возбуждение.

К локальным признакам относятся:

- парезы и параличи;
- расстройства речи;
- нарушение координации;
- поражение черепно-мозговых нервов;
- нарушение чувствительности.

Клиника

Клинические варианты нарушений мозгового кровообращения в зависимости от степени поражения нервной системы и темпа нарастания гемодинамических расстройств подразделяют на различные формы.

Различают хроническую и острую недостаточность мозгового кровообращения.

Причинами ХНМК являются гипертоническая болезнь, атеросклероз мозговых сосудов, стеноз позвоночной артерии при остеохондрозе шейного отдела позвоночника, реже артериальная гипотония и болезни крови.

Хроническая недостаточность мозгового кровообращения — это медленно и постепенно нарастающий дефект мозгового кровообращения; включает три стадии: I — компенсированная, II — субкомпенсированная, III — декомпенсированная.

В I стадии ХНМК (неврозоподобная) наблюдаются умеренные головные боли, снижение памяти и внимания, повышенная слезливость. Трудоспособность не нарушена.

Во II стадии люди становятся взрывчатыми, неуживчивыми в коллективе, память снижена, могут быть грубые ошибки в работе, есть определенное снижение критики к своему состоянию. Именно в этой стадии могут периодически наблюдаться кризовые состояния:

- транзиторные ишемические атаки (ТИА);
- церебральные сосудистые кризы (ЦСК).

В том и другом случае клинические проявления исчезают за 24 часа, но при ЦСК преобладает общемозговая симптоматика, а при ТИА — очаговая.

В III стадию наблюдаются выраженные личностные дефекты (б. Альцгеймера, б. Паркинсона и т. д.) и часто ОНМК в виде инсультов.

Острые нарушения мозгового кровообращения могут быть преходящими, в виде ЦСК или ТИА, и стойкими — инсульты. Первые из них связаны с преходящей недостаточностью кровоснабжения головного мозга, вторые — как с закупоркой сосудов (ишемический инсульт — инфаркт мозга), так и с нарушением целостности стенки кровеносного сосуда, последующим кровоизлиянием (геморрагический инсульт).

Разница между ними в одном: если очаговые симптомы длятся не дольше 24 часов, то такое нарушение мозгового кровообращения относят к преходящему, если более 24 часов — к инсультам.

Различают генерализованные и регионарные церебральные сосудистые кризы.

Генерализованные кризы чаще развиваются на фоне подъема или резкого снижения артериального давления и характеризуются преобладанием общемозговых и вегетативных симптомов. Очаговые симптомы либо отсутствуют, либо умеренно выражены.

Регионарные сосудистые кризы характеризуются дисциркуляцией в бассейне сонных или вертебрально-базиллярных артерий.

Дисциркуляции в бассейне сонных артерий проявляются чаще всего преходящими гемипарезами или гипестезией, парестезиями, кратковременным расстройством речи, зрения, нарушением полей зрения.

Дисциркуляция в бассейне вертебрально-базиллярной системы сопровождается головокружением, тошнотой, рвотой, шумом в ушах, неустойчивостью при ходьбе, нистагмом, иногда потерей зрения.

Типично возникновение криза при резкой перемене положения головы, что напоминает синдром Брунса, наблюдающийся при опухолях задней черепной ямки.

Для сочетанных кризов характерна одновременно развивающаяся дисциркуляция в сосудах головного мозга и периферических сосудах.

В детском возрасте наиболее частой причиной пароксизмально наступающих расстройств мозгового кровообращения является вегетативная дистония со спастическими нарушениями. Она наблюдается чаще у девочек в пубертатном периоде, в отдельных случаях генетически обусловлена и проявляется в виде периодических приступов головных болей, головокружения, тошноты, обмороков.

Характерно возникновение этих состояний при волнении, переутомлении, при резкой перемене положения тела и в душном помещении. Часто отмечается плохая переносимость езды на транспорте.

Преходящее нарушение мозгового кровообращения (ПНМК)

Особенно важным фактором, свидетельствующим о склонности к развитию инсульта, служат преходящие нарушения мозгового кровообращения (ПНМК). Они отличаются от инсультов лишь тем, что продолжаются от нескольких минут до нескольких часов, но не более 24 и заканчиваются полным восстановлением функций.

Основные симптомы ПНМК появляются внезапно и включают:

- внезапное онемение или появление слабости в области лица, рук или ног, особенно на одной стороне тела;
- неожиданное возникновение затруднения при выговаривании или понимании речи, при чтении текста;
- резкое ухудшение зрения на один или оба глаза;
- внезапное нарушение координации движений (шаткость походки), головокружение;
- внезапная сильная необъяснимая головная боль.

Зная о факторах риска, не следует пренебрегать предвестниками грозного заболевания и при их появлении необходимо обращаться к врачу и начать профилактику инсульта.

Инсульт — ОНМК с повреждением ткани мозга и расстройством его функций.

Инсульты бывают геморрагические и ишемические (соотношение в среднем 1:5).

В структуре общей смертности в России инсульты занимают 2-е место, уступая лишь кардиоваскулярной патологии. В течение года после инсульта умирают примерно 50% больных, т. е. каждый второй, а из оставшихся в живых лишь 20% могут вернуться к прежней работе (малый инсульт), а 80% имеют те или иные неврологические дефекты и остаются инвалидами на всю оставшуюся жизнь.

Геморрагический инсульт

Кровоизлияние может быть следствием нарушения целостности сосудистой стенки (разрыв сосуда), в этом случае в мозге наблюдается гематома, или может быть просачивание крови через неповрежденную сосудистую стенку при повышенной ее проницаемости — диапедезное кровоизлияние, при котором происходит пропитывание кровью мозгового вещества.

Кровь может излиться в мозговое вещество (паренхиматозное кровоизлияние), под оболочки мозга (субарахноидальное кровоизлияние), в мозговые желудочки (вентрикулярное кровоизлияние).

Паренхиматозное кровоизлияние чаще наблюдается у людей среднего возраста, страдающих гипертонической болезнью. Начинается днем, в период активной деятельности. Внезапная потеря сознания вплоть до комы, падение. Возможна рвота. Высокое АД, напряженный пульс, высокая температура, хриплое дыхание с затрудненным выдохом. Кожные покровы гиперемированы.

У 80% — менингеальный синдром. Парез зрака — глаза смотрят на очаг кровоизлияния, зрачок на стороне гематомы расширен и не реагирует на свет.

На стороне, противоположной очагу, наблюдаются парезы или параличи конечностей, расстройства чувствительности, парезы ЧМН, при левополушарных кровоизлияниях — афазии. Характерен симптом Боголепова — ротация парализованной стопы кнаружи.

Субарахноидальное кровоизлияние может наблюдаться и у молодых людей, и даже у детей. Причина — разрыв аневризмы сосуда головного мозга.

Начало острое. Потери сознания может не быть. Момент кровоизлияния ощущается как «удар в голову», после чего возникает диффузная головная боль, многократная рвота, брадикардия и психомоторное возбуждение.

Больной дезориентирован, пытается вскочить и бежать, несмотря на запреты. К концу первых суток появляется и нарастает менингеальный синдром (максимум к 3–4 суткам), к этому же времени температура тела поднимается до 38°C и выше.

Очаговая симптоматика не характерна, но при конвексительной локализации процесса у больных могут быть судороги, а при базальной локализации — парезы черепных нервов.

Ишемический инсульт (инфаркт мозга)

Ишемический инсульт возникает вследствие частичного или полного прекращения притока крови к мозгу, что может быть обусловлено тромбозом, эмболией сосуда, резким падением артериального давления, стойким сосудистым спазмом или стенозом сосуда и т. д.

Выделяют тромботический и эмболический ишемический инсульт (инфаркт).

Тромботический инсульт чаще возникает у пожилых людей на фоне атеросклероза мозговых сосудов, артериальной гипертонии, болезней сердца при повышенной свертываемости крови, для него характерно наличие предвестников (ТИА, ЦСК).

Тромботический инсульт может произойти в любое время суток, однако чаще это происходит ночью во время сна или сразу после него. Развивается постепенно, часто на фоне нормального или даже пониженного АД, ослабленного пульса, нормальной температуры тела и бледности кожных покровов. В момент развития инсульта, а нередко и после него, сознание сохраняется, головная боль отсутствует, оболочечных симптомов нет. Состояние бывает тяжелым при обширных инфарктах мозга, и тогда его трудно отличить от паренхиматозного кровоизлияния. Нарастание очаговой неврологической симптоматики происходит в течение нескольких часов, иногда нескольких дней, появляются парезы конечностей, присоединяются расстройства чувствительности, координации, парезы ЧМН, а при левополушарных ишемиях у правшей — афазии.

Эмболический инсульт развивается остро, для него характерно:

- острое развитие очаговых симптомов;
- быстро развивается угнетение сознания;

- рано появляются менингеальные симптомы;
- бледный цвет лица;
- АД нормальное или пониженное;
- аритмия и расширение границ сердца;
- повышение вязкости крови и гематокрита.

Особенности лево- и правополушарного инсульта

Поражение левого полушария

При поражении левого полушария у больного наблюдаются правосторонний паралич, нарушения речи (у правшей), эмоциональные расстройства в виде тревожно-депрессивных состояний, неуверенность и безынициативность, особенно заметные в речевой деятельности. Движения становятся медленными, осторожными, особенно при появлении новой задачи. Тревожное и нерешительное поведение часто удивляет друзей и членов семьи, которые знали больного до инсульта совсем иным. Эмоциональная выразительность, деловитость сменяются вялостью, пассивностью, иногда исчезают сложные эмоциональные переживания.

В восприятии своего заболевания такие больные демонстрируют озабоченность, стремление исправить имеющиеся нарушения, мобилизованность и целеустремленность в восстановительной терапии, и это имеет большое значение в процессе дальнейшего лечения и реабилитации. В связи с этим уместны следующие рекомендации. Многих больных с поражением левого полушария следует поддерживать и чаще напоминать, что они поступают правильно. Если больной плохо понимает речь, нужно улыбаться, одобрительно кивать. Простые слова «да», «верно», «хорошо» убедят его, что он делает то, что нужно.

Поражение правого полушария

При поражении правого полушария мозга у больного наблюдаются левосторонний парез, нарушение пространственного восприятия (способность оценивать размер, форму, скорость движения в пространстве, соотношение частей с целым), нарушение восприятия собственного тела. Больной чрезмерно благодушен, не сознает или недооценивает имеющиеся у него двигательные расстройства, равнодушно относится к своему дефекту и его исправлению. Поэтому процесс лечения и реабилитации при поражении правого полушария происходит медленнее, чем

при поражении левого, и ухаживающим приходится прилагать больше усилий.

Нарушение пространственного восприятия создает немалые трудности. Даже при концентрации внимания больные с левосторонним параличом не могут проехать на кресле-каталке через большой дверной проем, не натолкнувшись на дверную коробку. Они с трудом определяют расстояние до предмета, плохо читают газету из-за того, что теряют место на странице. Они могут пропускать пуговицы или неправильно надевать рубашку.

Искаженное восприятие собственного тела проявляется иногда в утрате ощущения тела, отдельных его частей и конечностей. Чаще всего проблемы возникают с левой рукой. Больные ее не чувствуют, могут не знать, где она находится, и ищут ее в другом месте. У некоторых больных возникает чувство отчуждения частей левой половины тела. Чаще всего это касается левой руки. Она воспринимается как чужая. Вместо одной парализованной конечности возникает ощущение третьей или множества других рук и ног с искажением их размера, формы и т. д.

У больных часто наблюдается психическая пассивность. Большинство из них страдают депрессией. Такие больные действуют импульсивно, без учета реальных своих возможностей. Из-за левостороннего зрительного невнимания они постоянно натываются на предметы, расположенные слева от них, не могут найти дверь, расположенную слева, разговаривают лишь с теми людьми, которые находятся справа.

Пациенты с левосторонним параличом часто пытаются делать то, что превышает их возможности и сопровождается риском. Могут решиться пройти по комнате без страховки, сесть за руль автомобиля, в результате чего причиняют вред себе и другим.

Малый инсульт

Отличается благоприятным течением, в большинстве случаев является ишемическим. Наиболее частыми его причинами являются атеросклероз и гипертоническая болезнь.

Диагноз «малый инсульт» устанавливается, если общезлоговая и очаговая неврологическая симптоматика исчезают в течение 3–4 недель.

Нарушение венозного кровообращения

В группе нарушений венозного кровообращения наиболее характерной патологией является тромбоз вен и венозных синусов. Синус-тромбоз обычно возникает на фоне воспалительных процессов, локализующихся на лице и голове (отит, гайморит, кариес), как следствие гематогенного заноса возбудителя по венозной системе. Чаще всего поражаются поперечный, пещеристый и верхний продольный синусы. Общими симптомами тромбоза являются повышение температуры, озноб, головные боли, заторженность, менингеальный синдром. При анализе крови обнаруживаются воспалительные изменения. Отдельные очаговые симптомы могут указывать на локализацию процесса.

Для тромбоза поперечного синуса характерны припухание в области сосцевидного отростка и опадение наружной яремной вены. При тромбозе пещеристого синуса возникают экзофтальм на пораженной стороне, расширение сосудов конъюнктивы, в ряде случаев поражение глазодвигательных нервов. На главном дне обнаруживаются явления застоя. Тромбоз верхнего продольного синуса часто сопровождается цианозом лица, расширением подкожных вен в височной области, гиперемией слизистых оболочек носовой полости. Указанные симптомы позволяют не только определить локализацию процесса, но и отдифференцировать тромбоз от менингита, арахноидита, опухоли мозга.

Дифференциальная диагностика

Необходимо комплексное обследование больных (клиническое, БХ, ангиография, эхоэнцефалография, исследование гемокоагуляции, состава цереброспинальной жидкости). Наличие осложнений — инфаркта миокарда, отека легкого, тромбозы легочной артерии и т. д. — определяет сложность лечения и организацию ухода за больным.

Лечение и реабилитация

Доврачебная помощь при ОНМК:

- уложить больного в постель; если он упал на пол, перенесите его с чьей-либо помощью в кровать;
- положить больного набок, чтобы не запал язык и рвотные массы не попали в дыхательные пути;

- убрать изо рта съемные протезы;
- обеспечить больному покой;
- измерить артериальное давление;
- дать гипотензивные средства, если систолическое давление превышает 180–190 мм рт. ст., а диастолическое — 100–110 мм рт. ст. Помните, что резкое снижение давления (ниже 160/90 мм рт. ст.) может усилить ишемию мозга!
- дать больному под язык 2–4 таблетки глицина.

Оказание неотложной помощи при ОНМК на дому

Артериальная гипертензия в момент осмотра	
Да Гемитона (клофелина) 0,5 1% + NaCl 10,0 в/в медленно. Рауседил 1,0 2 мл в/в	Нет
Эффект через 30–40 минут	
Да	Нет Арфонад 1% 3,0–5,0 + 2,0 1% лазикс + глюкоза 400,0 5% в/в капельно
Синдром внутричерепной гипертензии	
Да Лазикс 1% 2,0 внутривенно + эуфиллин 2,4% 10,0 внутривенно	Нет
Эффект через 30 минут	
Да	Нет Маннитол 50,0 15% + хлорид натрия 4% 50,0 в/в капельно
Синдром гипертермии	
Да Реопирин 5,0 4% в/м + пузырь со льдом на область сонных артерий	Нет
Артериальная гипотония (коллапс)	
Да Полиглюкин 200–300 мл в/в; гидрокортизон 50,0–100,0 мг в/в	Нет Строфантин 0,3 0,05% в/в; сульфокамфокаин 2,0 10% в/м

Продолжение табл.

Пароксизмальная тахикардия	
Да Новокаиномид 5,0 10% + NaCl 10,0 0,85% медленно	Нет
Синдром психомоторного возбуждения	
Да Седуксен 2,0 0,5% или ГОМК 20% из расчета 50 мг/кг	Нет

Лечение

Модель лечения и реабилитации больных с ОНМК

1-й этап (стационарный) — 3–4 недели, лечение начинается в неврологическом отделении, куда больного доставляет бригада «скорой помощи».

2-й этап — лечение и реабилитация 1–3 месяца в специализированных реабилитационных стационарах, куда переводят больного через 4 недели после ОНМК. Данный этап может иметь разные варианты в зависимости от тяжести состояния больного.

3-й этап — амбулаторная реабилитация 2–4 месяца в условиях поликлинических центров, восстановительных кабинетов поликлиник или специализированных санаториев.

Необходимо учитывать, что нейрореабилитация — это комбинированное применение медицинских, психологических, социальных, педагогических и профессиональных мероприятий, целью которых является подготовка и переподготовка больного на оптимум его трудоспособности, и, несмотря на высокую стоимость нейрореабилитационной помощи, многочисленные исследования доказывают не только значительную медико-социальную и этическую, но и экономическую эффективность специализированного реабилитационного лечения.

Большинство больных, переживших ОНМК, в дальнейшем нуждаются в лечении, психологической поддержке, обучении, и только некоторые — в реабилитации.

На первом этапе лечебные мероприятия делятся:

1) на общие:

- уход за больным и профилактика осложнений (пролежней, пневмоний, тромбоэмболий, почечной недостаточности и т. д.);
- при показаниях прибегают к интубации и трахеостомии;

- для коррекции работы ССС применяют сердечные гликозиды, препараты калия, эуфиллин, диуретики, оксигенотерапия;
- для нормализации АД применяют дибазол, бензогексоний, дроперидол, лазикс;
- при коллаптоидном состоянии — глюкокортикоиды, стимуляторы кровообращения (норадреналин, адреналин, мезатон), вводят жидкости (реополиклокин, глюкоза);
- при отеке легких — лазикс, эуфиллин, сердечные гликозиды;
- основное место в лечении инсультов занимает борьба с отеком мозга (лазикс, маннитол, плазма, глицерин); при гипертермии назначают антипиретики;

2) на специальные:

- в остром периоде геморрагического инсульта контролируется и корректируется высокое АД гипотензивными препаратами. Пациент находится на постельном режиме в течение 4 недель, показан полный физический и психический покой. Обязательно клизмы (чтобы не было потуг на судне), запрещается смеяться. С первых дней назначают антибиотики для профилактики гипостатических пневмоний (кроме пенициллина, так как он усиливает кровоточивость);
- в течение первых нескольких дней назначают **спазмолитики**, в том числе нифедипин или фенигидин внутривенно (снимает ангиоспазм за секунды), **коагулянты** (аминокапроновая кислота, дицинон, натрия этамзилат), **диуретики** (глицерин 30% внутривенно или внутрь на фруктовом соке, лазикс, диакарб), для улучшения реологических свойств крови в течение 10 дней назначают актовегин или сермион, **ноотропные** препараты (церебролизин, ноотропил);
- в остром периоде ишемического инсульта спазмолитики назначаются на более длительное время. Постельный режим назначается не менее чем на 5–10 дней, затем постепенная активизация в пределах постели. С первых дней назначают антибиотики для профилактики пневмоний. Назначаются препараты, улучшающие реологические свойства крови: кавин-

тон, трентал, стугерон, курантил. В течение 7–10 дней внутривенно капельно вводят Реополиглюкин или Реоглюман, используют ноотропные препараты, спазмолитики, антиоксиданты. Некоторым пациентам назначают антикоагулянты (прямого действия — гепарин, непрямого — фенилин, синкумар).

Среди современных препаратов, применяемых для лечения ишемического инсульта, все чаще используют следующие:

1) **цитофлавин** (метаболит) — улучшает коронарный кровоток, антигипоксанта, способствует быстрому регрессу неврологической симптоматики. По 10 мл в 200 мл физраствора капельно, 2 раза в сутки. Курс лечения — 10 дней;

2) **цераксон** (ноотроп) — уменьшает очаг поражения нервной ткани, регрессирует неврологическую симптоматику. По 1000 мг 2 раза в сутки в 200 мл физраствора. Курс лечения 10 дней, затем переходят на оральный прием препарата до 6–8 недель.

Острый период при мозговых инсультах оценивается сроком в 1 месяц, затем ранний восстановительный период до 3 месяцев и поздний восстановительный — до 1 года.

Пациенты с аневризмами сосудов головного мозга подлежат нейрохирургическому лечению из-за высокой вероятности повторного кровоизлияния.

При лечении синус-тромбоза применяют антибиотики, противовоспалительные, дегидратирующие средства. В отдельных случаях предпринимается нейрохирургическое вмешательство.

Уход за больными с ОНМК

Уход за больными в остром периоде ОНМК (3–4 недели)

Проблемы, с которыми сталкивается медсестра на 1-м 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;

б) 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 психоэмоциональных 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-м этапе

1. 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 удастся быстро исключить возможность гипогликемии, внутривенно вводят 40–60 мл 40%-ного раствора глюкозы с 2 мл 5%-ного раствора витамина В₁ 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 назогастрального зонда.

2. 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: **открытие глаз, двигательная реакция и вербальный (словесный) ответ.**

Шкала комы по Глазго

Признаки	Описание теста	Баллы
Открытие глаз		
спонтанное		4
на речь		3
на боль	надавливание на точку выхода надглазничного нерва или ноготь	2
отсутствует		1
Вербальная реакция		
ориентирован	может назвать больницу, где он находится, день, месяц, год	5
спутанность	речь сохранна (говорит предложениями, но дезориентирован в месте)	4
бессвязные слова	отвечает отдельными словами, а не предложениями	3
нечленораздельные звуки		2
отсутствует		1
Двигательная реакция		
выполняет инструкции	может поднять и удерживать руки	6
локализует боль	тянется к месту нанесения болевого раздражения, пытается оттолкнуть руку врача (например, при давлении на точку выхода надглазничного нерва)	5
отдергивает руку	надавливание на ногтевое ложе вызывает отдергивание руки	4
сгибательная реакция	надавливание на ногтевое ложе вызывает сгибание руки в локте, иногда сопровождающееся сжатием кисти в кулак	3
разгибательная реакция	надавливание на ногтевое ложе вызывает разгибание руки в локте, обычно сопровождающееся сжатием кисти	2
отсутствует	не реагирует на адекватные болевые стимулы	1

Общая сумма баллов по трем показателям может составлять 15 баллов, что свидетельствует о полностью сохраненном сознании, до 3 баллов — соответствует наиболее глубокой коме.

Качественную оценку угнетения сознания можно произвести с помощью шкал Э. Гобита и Н. К. Боголепова. Хотя если внимательно изучить их, то можно сделать вывод, что они очень похожи и различие только в терминологии.

Оценка комы по Н. К. Боголепову	Оценка комы по Э. Гобиту
<p>Кома I степени (легкая кома). Характеризуется угнетением сознания с сохранением реакции на сильные внешние раздражители (укол). Рефлексы умеренно угнетены, в большей степени глоточные. При раздражении кожи верхнего отдела грудной клетки или шеи возникает защитный рефлекс в виде сгибания предплечья, легкого приведения плеча. При раздражении подошв возникает сгибание ног в тазобедренных, коленных и голеностопных суставах. Реакция зрачков на свет сохранена, хотя и снижена. Лицо амимичное, иногда — с мимикой страдания. Роговичные рефлексы живые, глотание сохранено, мышечный тонус снижен. Отмечается снижение или отсутствие кожных, повышение сухожильных рефлексов. Мочеиспускание произвольное или наблюдается задержка мочи</p>	<p>Прекома I (оглушенность) Характеризуется угнетением сознания с сохранением словесного контакта, заторможенностью, сонливостью, замедленным выполнением команд. Ответы односложные, замедленные. Больные быстро истощаемы, эмоционально неустойчивы, иногда отмечается неадекватное поведение. При объективном обследовании — рассеянные очаговые симптомы</p>
<p>Кома II степени (выраженная кома). Характеризуется более выраженным угнетением сознания в сочетании с выраженным угнетением сухожильных, роговичных и зрачковых рефлексов. Резко подавлены глоточные рефлексы, что способствует аспирации рвотных масс. Скелетная мускулатура расслаблена. Реакция на сильные внешние раздражители возможна, но проявляется в примитивной, нескоординированной форме</p>	<p>Прекома II (сопор) Характеризуется угнетением сознания с отсутствием словесного контакта. Пациент команд не выполняет. Реакция на болевые раздражения в виде нецеленаправленных движений и нечленораздельной речи, больные открывают глаза на боль и громкий звук</p>

Продолжение табл.

Оценка комы по Н. К. Боголепову	Оценка комы по Э. Гобиту
Наблюдаются признаки артериальной гипотензии и аритмия дыхания	У больных часто бывает психомоторное возбуждение, бред, аменция, возможен тремор. Как правило, отмечаются очаговые неврологические симптомы
<p>Кома III степени (глубокая кома). Сознания нет. Отмечается угасание всех жизненно важных рефлекторных реакций. На любые виды раздражителей ответа не наблюдается. Глазные яблоки фиксированы по средней линии или совершают плавательные движения. Зрачки расширены, могут иметь неправильную форму. Зрачковые, роговичный, глотательный рефлексы отсутствуют. Наблюдается мышечная атония. Сухожильные рефлексы не вызываются или имеют сложную форму, например сгибание раздражаемой ноги и разгибание противоположной.</p> <p>Может расширяться зона защитных рефлексов: при раздражении, к примеру, кожи живота, груди, шеи, лица возникает сгибание нижней конечности. Резко нарушена гемодинамика, что проявляется выраженной артериальной гипотензией и угнетением сердечной деятельности. Нарушена механика дыхания (Чейна — Стокса, Биота), в дыхательном цикле участвует вспомогательная дыхательная мускулатура.</p> <p>Возникают нарушения терморегуляции центрального генеза</p>	<p>Кома I (истинная кома). Характеризуется полным отсутствием сознания и восприятия окружающей среды. Реакция на сильные болевые раздражения в виде стоны и хаотичного движения. На боль глаза не открывает. Отчетливо выраженные неврологические симптомы, угнетение рефлексов, мышечная атония</p>

Оценка комы по Н. К. Боголепову	Оценка комы по Э. Гобиту
<p>Кома IV степени (запредельная кома). При коме IV степени жизнь больного возможно поддержать только при помощи искусственной вентиляции легких, медикаментозного поддержания сосудистого тонуса и сердечной деятельности. Отмечается глубокое угнетение функций ствола мозга, а иногда и спинного мозга</p>	<p>Кома II (запредельная кома). Характеризуется полным отсутствием сознания и восприятия окружающей среды. Полное отсутствие реакции на боль и всех движений. Мышечная атония. Недержание мочи и кала, медриаз, неподвижность глазных яблок или их плавающее движение, грубые нарушения дыхания и гемодинамики</p>

Если больной, ранее пребывавший в коме, открывает глаза и внешне напоминает бодрствующего человека, но у него отсутствуют какие-либо признаки сознания, то у него диагностируют **вегетативное состояние**. Вегетативное состояние может быть преходящим, являясь этапом восстановления сознания, или стойким. Условно выделяют также **«малое сознание»** — это переходное состояние между вегетативным состоянием и состоянием ясного сознания, при котором выявляются минимальные признаки осознанных действий, однако полноценный контакт с пациентом невозможен.

К качественным нарушениям сознания относят **помрачение сознания и спутанность сознания**.

Помрачение сознания характеризуется преимущественно продуктивными симптомами — галлюцинациями, бредом, сноподобными переживаниями, явлениями дереализации и деперсонализации.

Вариантами помрачения сознания являются **делирий, онейроид, сумеречное расстройство сознания и аменция**.

Спутанность сознания характеризуется доминированием расстройства внимания, ориентации и памяти. Спутанность сознания часто возникает у больных пожилого и старческого возраста, а также у больных после выхода из комы. Пациенты с выраженной спутанностью сознания

способны выполнять лишь самые простые команды. Мыслительные процессы если и сохранены, то очень слабо. Речь ограничена несколькими словами или фразами. Больные не воспринимают многое из того, что их окружает, не могут непосредственно оценить ситуацию и обычно не контролируют функции тазовых органов. Степень спутанности сознания обычно меняется на протяжении дня и наиболее отчетливо она выражена вечером или ночью. Многие события, происходящие с больным в спутанном состоянии сознания, не запоминаются.

3. Удовлетворение потребностей пациента в питании и жидкости.

Даже при тяжелом состоянии больного кормление начинают с первых-вторых суток после инсульта.

Во время первого кормления выясняют, не нарушен ли у больного глотательный рефлекс. Для этого в рот вливают чайную ложку холодной воды и просят проглотить ее. Если пациент легко проглатывает воду и не поперхивается, кормление продолжают теплой и жидкой пищей.

Больные с ясным сознанием и без нарушений функции глотания получают в первые 2–3 суток жидкую пищу (бульоны, фруктовые соки), затем — мягкую или протертую еду. При частичном расстройстве глотания пище необходимо придавать кашицеобразную консистенцию. Еда должна быть теплой, вкусной и калорийной. Кормить больного нужно осторожно, небольшой ложкой, малыми порциями, с перерывами для его отдыха. Надо следить, чтобы пища не попала в дыхательные пути. Пациент принимает пищу сначала в кровати (высокое положение Фаулера и специальный столик), по мере расширения двигательного режима — сидя за столом. Максимальное количество действий, для раннего восстановления бытовых навыков, должен выполнять сам больной. Расширение рациона питания производится за счет молочно-растительной пищи с содержанием клетчатки. Иногда больные отказываются от еды или питья. Такое поведение характерно при поражении лобных долей и гипоталамуса, отвечающих за аппетит и чувство жажды. Психологический стресс, депрессия также могут приводить к подавлению аппетита. В этом случае особенно важно успокоить, поддержать больного, объяснить ему важность полноценного питания.

При коме переходят на зондовое или парентеральное питание, при этом зондовое питание считается наиболее физиологичным.

В сутки пациент должен получать не менее 2,5 л жидкости в виде соков, морсов, вводимых растворов и т. д.

4. Сведение к минимуму физического дискомфорта.

А. Коррекция нарушений дыхания

Обеспечение проходимости дыхательных путей и предупреждения обструкции является приоритетной задачей у больных с ОНМК.

Основные причины обструкции дыхательных путей:

- западание корня языка;
- аспирация рвотных масс;
- угнетение кашлевого рефлекса и накопление мокроты в трахее и в бронхах.

Следует, прежде всего, проверить проходимость дыхательных путей, удалить съемные зубные протезы, очистить полость рта и глотки от слизи, вставить воздуховод, регулярно отсасывать слизь, принять меры по предупреждению аспирации (для этого больного вначале лучше уложить на бок), обеспечить достаточную оксигенацию, подав кислород через маску или назальный катетер, при необходимости провести интубацию. В дальнейшем проводить профилактику обструкции дыхательных путей.

Профилактика обструкции дыхательных путей

Застойная пневмония и бронхит чаще развивается у пациентов при тяжело текущих патологических процессах, когда они большую часть времени должны соблюдать постельный режим. В результате чего часть легких, особенно их нижние отделы, не расправляется и туда не поступает воздух. В носовой полости, трахее и бронхах скапливается густая слизь, это создает благоприятные условия для обильного размножения патогенной микрофлоры, что зачастую является причиной развития пневмонии, которая может привести к летальному исходу.

Действие:

- создать для пациента комфортный постельный режим с приподнятым головным концом;
- не менее двух раз в сутки очищать слизистую оболочку носа, рта и зева от скопившихся корочек;

- больным с угнетенным сознанием нужно регулярно промывать нос теплой водой и очищать его с помощью ватных тампонов от корочек, а затем смазывать вазелиновым маслом или глицерином;
- нужно следить за тем, чтобы больной не все время лежал на спине, периодически осторожно и бережно поворачивать его то на один бок, то на другой;
- для разжижения и облегчения отхаркивания густой мокроты делаются содовые ингаляции и дается внутрь отхаркивающая микстура;
- для увеличения притока крови и улучшения обменных процессов в грудной клетке ставятся через день горчичники или банки и не менее 2 раз в сутки проводят массаж грудной клетки;
- чтобы включать в акт дыхания те участки легких, которые находятся в «заснувшем» состоянии и не вентилируются, необходимо проводить активную или пассивную дыхательную гимнастику и рекомендовать пациентам надувать резиновые шарики 2–4 раза в сутки.

Б. Контроль терморегуляции

Для поддержания функции терморегуляции необходимо соблюдать следующие требования ухода:

- температура воздуха в помещении должна придерживаться в пределах 18–20°C;
- необходимо проводить проветривание палаты;
- недопустимо использование перин и толстых одеял на постели больного.

При высокой лихорадке или гипертермии температуру снижают с помощью внешнего охлаждения, НПВС, иногда в сочетании с вазодилататорами или малыми дозами нейролептиков (дроперидол). При общеинфекционных симптомах следует прежде всего выяснить источник инфекции (легкие, мочеполовая система и т. д.), а затем назначать адекватную этиотропную терапию.

В. Контроль гемодинамики

Следует регулярно контролировать пульс и АД. Желателен мониторинг ЭКГ. При выраженной артериальной гипотензии или гипертензии начинают адекватную терапию.

5. Сведение к минимуму психического и эмоционального дискомфорта.

Коррекция нарушений психики

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.

Медицинская 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 с ее 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;
- многие пациенты с афазией выражают свои чувства, используя жесты, звуки, особые слова;
- при разговоре использовать простые короткие фразы. Не следует при этом повышать голос. Громкая речь иногда затрудняет понимание;
- с некоторыми больными легче общаться письменно.

Если при разговоре с больными афазией не реагировать на их «язык», они могут перестать общаться. Такая же реакция может быть и в том случае, если заставлять их говорить на языке, который для них труден.

Иногда больные с афазией так быстро воспринимают невербальную коммуникацию, что легко переоценить их способность к пониманию. Поскольку многое из того, что вы сообщаете больному, сопровождается стереотипными движениями и мимикой, больной может легко угадывать ваши пожелания, но не понимать речь. Проверить уровень понимания достаточно просто. Для этого надо говорить одно, а показывать противоположное. Например, если на улице хорошая погода, вы можете улыбнуться, посмотрев в окно, и сказать: «Сегодня плохая погода и идет дождь, не правда ли?» Если ваш собеседник улыбнется и кивнет вам, это значит, что он реагирует на ваше невербальное сообщение, а не на смысл ваших слов. Цель указанного приема — оценить, насколько хорошо больной вас пони-

мает. Если вы постоянно преувеличиваете его способность говорить или понимать речь, у него быстро возникнут растерянность и разочарование; они создадут преграды для дальнейшего обучения.

Неправильные логопедические приемы могут привести к серьезным отрицательным последствиям. Больной может разувериться в успешности обучения вообще, и его активность резко снизится, вплоть до отказа от занятий. Поэтому родные и лица, ухаживающие за больным, должны иметь тесный контакт с врачом-логопедом и точно выполнять его рекомендации.

Для восстановления словаря, т. е. увеличения числа используемых слов, сначала закрепляют какое-либо часто употребляемое слово, например «будешь», задавая такие вопросы:

- Ты будешь обедать? Буду.
- Ты будешь спать? Буду.
- Ты будешь заниматься? Буду.

Затем задают специальные вопросы, провоцирующие ответ определенным словом, например «хочу»:

- Ты хочешь обедать? Хочу.
- Ты хочешь спать? Хочу.

Таким образом, в словаре помимо слова «будешь» появится еще слово «хочу» и т. д.

Этими примерами показано, что, с одной стороны, работа по восстановлению речи очень кропотлива, а с другой — что она проста и с ней вполне могут справиться медработники и родственники. Но при этом они должны всегда руководствоваться рекомендациями врача.

Кроме того, занятия с больным должны быть регулярными, без длительных перерывов, особенно в первый год после инсульта, во время которого возможно восстановление речи.

6. Снижение риска вторичных осложнений.

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 Вернике — Манна). 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 перерастяжения 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 разви-

тие 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 после 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 упражнения 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.

Б. Профилактика тромбоза глубоких вен нижних конечностей

Тромбоз глубоких вен нижних конечностей и связанная с ним тромбоэмболия легочной артерии представляют серьезную проблему при уходе за больными с ОНМК. У лежачих больных замедляется скорость кровотока по сосудам, что способствует повышению свертываемости крови и развитию тромбоза вен ног. Чаще такое происходит в парализованной конечности. Больные с ОНМК относятся чаще всего к группе высокого риска, что делает профилактику тромбоза обязательной.

Действие:

- периодически забинтовывать больную ногу эластичным бинтом, если у больного есть варикозное расширение вен;
- проводить ручной массаж ноги (поглаживание и разминание) от стопы к бедру;
- придать ногам вынужденное положение в постели (периодически приподнимать ноги на 30–40° с помощью подушек и валиков).

В. Профилактика пролежней

Пролежни относятся к наиболее частой проблеме, с которой сталкиваются при восстановительном лечении больных неврологического профиля. Возникновение пролежней сопровождается обычно такими осложнениями, как боль, депрессия и инфекции.

Если обездвиженный пациент длительно находится в одном и том же положении (лежит в постели, сидит в кресле-каталке), то в мягких тканях, которые сдавлены между поверхностью опоры и костными выступами, ухудшается крово- и лимфообращение, травмируется нервная ткань. Это приводит к дистрофическим, а позднее — некротическим изменениям кожи, подкожно-жировой клетчатки и даже мышц. Образованию пролежней способ-

ствует влажная, неопрятная постель со складками и крошками.

Пролежни чаще всего наблюдаются у тяжелых больных в местах наибольшего сдавления (крестец, голени, пятки, лопатки, затылочная область и локтевые суставы) при их длительном нахождении в одном положении.

Одним из ранних признаков начинающегося пролежня является появление красно-бордовых болезненных, зудящихся пятен (1-я степень). В дальнейшем, если не принять меры, кожа на этом месте темнеет, некротизируется и отторгается с образованием плохо заживающих язв (2-я степень). При пролежнях 3-й степени наблюдается некроз нижележащих тканей вплоть до костей.

Для прогнозирования развития пролежней у конкретного пациента существует балльная **шкала Ватерлоу**, но из-за своей громоздкости и сложности она в практической медицине применяется редко.

Действие:

- для того чтобы не образовались пролежни, необходимо как можно раньше активизировать пациента;
- желательно, чтобы в постель пациента во время еды не попадала пища;
- необходимо следить за тем, чтобы простыня и наволочка не имели складок, а матрац и подушка были ровными и мягкими;
- места сдавления нужно внимательно осматривать 3–6 раз в сутки;
- тяжелобольного необходимо систематически осторожно поворачивать с боку на бок, не давая подолгу лежать в одном положении;
- места длительного сдавливания необходимо 3–4 раза в сутки слегка массажировать и протирать кожу камфорным спиртом;
- на ночь целесообразно укладывать больного на живот, подложив под коленные чашечки ватно-марлевые круги, а под голени — мягкие подушки; стопы при этом должны свисать.

Когда, несмотря на все меры предосторожности, образуются стойкие очаги гиперемии, нужно подкладывать резиновые или поролоновые подушечки таким образом, чтобы оградить поврежденный участок кожи от дальней-

шего сдавливания, проводить уход еще более качественно.

Г. Боли и отек в парализованных конечностях

Боль и отек в парализованных конечностях лечатся:

- полным исключением свисания конечностей;
- применением пневматической компрессии или бинтованием специальными бинтами;
- поддержанием достаточного объема пассивных движений;
- периодическим приданием парализованным конечностям приподнятого положения.

Д. Профилактика воспалительных заболеваний мочевого пузыря

Важно не допускать переполнения мочевого пузыря, при задержке мочеиспускания вводят постоянный катетер. Предпочтительнее использовать трехпросветный катетер, через который можно вводить в пузырь антисептики. Для поддержания тонуса мочевого пузыря катетер каждые 3–4 часа нужно периодически пережимать на 10–15 минут.

Е. Профилактика гнойничковых заболеваний кожи

Кожа является защитным барьером на пути проникновения микроорганизмов — возбудителей болезней. Кроме того, она выполняет функцию дыхания и выделения. У больных в результате снижения иммунитета уменьшаются защитные функции кожи. Нарушается состав микрофлоры, появляется большое количество патогенных и условно патогенных микроорганизмов, которые, усиленно размножаясь, проникают в кожу, вызывая развитие гнойничковых осложнений. В связи с этим необходимо постоянно следить за чистотой кожи, тщательно мыть ее теплой водой с мылом, что приводит к уменьшению патогенных микроорганизмов, и высвобождает поры от скопления продуктов выделения и создает у больного приятное ощущение свежести и бодрости. Особое внимание требуют тяжелобольные, которые часто потеют, а находясь в бессознательном состоянии, непроизвольно мочатся и испражняются под себя.

Действие:

- создать для пациента комфортный постельный режим с приподнятым головным концом;

- тяжелобольного нужно обтирать влажным полотенцем, смоченным теплой водой или слабым дезинфицирующим раствором, не реже двух раз в сутки, если пациент обильно потеет, то обтирание проводят чаще;
- после обтирания пациента насухо вытирают теплым мягким полотенцем;
- в случаях появления гиперемии и повреждения эпидермиса в промежности и других местах после туалета кожу их нужно припудрить.

Ж. Нарушения сна

Нарушения сна проявляются бессонницей или, наоборот, повышенной сонливостью. Они могут быть следствием поражения мозга, вызванного нарушением кровообращения или проявлением депрессивного состояния. В первом случае, особенно в остром периоде инсульта, выраженные нарушения сна свидетельствуют о тяжести поражения и менее благоприятном прогнозе.

В восстановительном периоде больной может спать в дневные часы, а ночью бодрствовать, что создает трудности в уходе за больным. Развитию подобных нарушений способствуют и возрастные изменения. Старческий сон подобен сну маленьких детей — частые ночные пробуждения и поверхностный сон в дневное время.

Если больной много спит днем и не спит ночью, то для восстановления нормального цикла «сон — бодрствование» можно рекомендовать наряду с медикаментозным лечением:

- понизить температуру в комнате, где находится больной (например, частое проветривание зимой);
- снизить калорийность пищи и ее температуру (после обильной и горячей еды больные быстрее засыпают);
- организовать активный отдых или специальные занятия после еды, «бодрая» музыка и т. д.

Пожилые больные часто жалуются на недостаточный сон и раннее пробуждение. При этом, как правило, они в большей степени страдают не от уменьшения времени сна, а от переживаний, связанных с неправильными представлениями о потребности во сне. Поэтому многим пожилым больным достаточно разъяснить закономерность изменения сна (уменьшение продолжительности и глубины сна), чтобы снизить их беспокойство.

Нарушения сна могут быть и проявлением депрессивного состояния. Почти у всех больных, перенесших нарушение мозгового кровообращения, в разные периоды наблюдаются апатия или раздражение и агрессия вследствие потери привычных интересов, утраты веры в выздоровление.

Проблемы, которые возникают у пациента на 2-м этапе лечения и реабилитации:

- 1) недостаточность самоухода;
- 2) риск травматизма;
- 3) дезориентация в местности, времени и собственной личности;
- 4) боль в плечевом суставе пораженной руки;
- 5) профилактика повторного инсульта.

Роль медицинской сестры по восстановлению двигательных навыков

Занятия с больными по указаниям методиста лечебной физкультуры в вечернее время и выходные дни:

- лечение положением;
- биомеханика шага;
- дозированная ходьба.

Роль медицинской сестры по восстановлению речи, навыков чтения и письма

Занятия с больными по указаниям логопеда:

- чтение;
- произношение звуков и слогов;
- речевая гимнастика.

Роль медицинской сестры в восстановлении навыков самообслуживания

- Оценить уровень функциональной зависимости;
- обсудить с врачом объем двигательной активности и самообслуживания;
- обеспечить больного приспособлениями, облегчающими самообслуживание;
- восполнить дефицит собственными действиями в разумных пределах, не вызывая смущения и беспомощности;
- организовать комплекс трудотерапии с ежедневными занятиями пациента (стенд бытовой реабилитации, детские игрушки разного уровня);

- контролировать состояние пациента, избегая развития переутомления;
- проводить индивидуальные беседы с больным.

Роль медицинской сестры по снижению риска травматизма

- Организовать окружающую среду;
- обеспечить дополнительную поддержку;
- обеспечить вспомогательными средствами передвижения.

Роль медицинской сестры по решению проблемы дезориентации

- Информирование пациента;
- напоминание о недавних событиях;
- сопровождение пациента к местам приема процедур, пищи.

Роль медицинской сестры по решению проблемы боли в плечевом суставе пораженной руки

- Обучение родственников пациента щадящим техникам перемещения и правилам обращения с пораженной рукой;
- использование позиционирования.

Роль медицинской сестры по профилактике повторного инсульта

- Использование в работе с пациентом протокола по артериальной гипертензии;
- вовлечение пациента в школу гипертонии.

Проблемы, которые возникают у пациента на 3-м этапе лечения и реабилитации:

- 1) риск повторного инсульта;**
- 2) риск травматизации;**
- 3) проблемы семьи;**
- 4) психологическая и социальная адаптация.**

Риск повторного инсульта

Именно эта группа больных до последнего времени, т. е. до открытия реабилитационных отделений, была изгоями и системы здравоохранения, и системы социальной защиты населения.

Для учреждений системы здравоохранения такие больные представляют непреодолимые трудности, так как приход участкового врача на дом или визиты участковых медицинских сестер не могут существенно изменить качество жизни этих больных.

Необходимо использовать такие формы амбулаторной реабилитации, как дневной стационар, а для тяжелых, плохо ходящих больных — реабилитацию на дому.

Правильное представление о последствиях болезни имеет принципиальное значение для понимания сути нейрореабилитации и определения направленности реабилитационных воздействий.

В последние годы в нейрореабилитологии введено также понятие «качество жизни», связанное со здоровьем, при этом именно качество жизни рассматривают как основную характеристику, на которую надо ориентироваться при оценке эффективности реабилитации больных, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

Понятие «качество жизни», связанное со здоровьем, отражает группы критериев, характеризующих здоровье: физические, психологические и социальные, причем каждая из этих групп включает набор показателей, которые можно оценить как объективно, так и на уровне субъективного восприятия.

Во многих исследованиях, посвященных поиску оптимальных стратегий лечения и ухода, «качество жизни» широко применяется как надежный индикатор при оценке результатов, и с таким подходом необходимо согласиться.

Показатель качества жизни имеет интегральный характер, отражая физическое, психическое состояние пациента, а также уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела к оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитываются интересы больного. Вместе с тем имеются убедительные данные о том, что более совершенные стратегии сестринского ведения и реабилитации больных, перенесших инсульт, могут способствовать сохранению качества жизни пациентов, перенесших нарушения мозгового кровообращения.

Советы больному, перенесшему ОНМК

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 от употребления алкоголя;

Д. Оптимизацию духовной и эмоциональной жизни;

Е. Периодические курсы санаторно-курортного лечения.

2. При повышении артериального давления — регулярный прием гипотензивных средств под контролем давления и наблюдением врача; значительное ограничение потребления соли.

3. При тенденции к повышению показателей свертываемости крови — прием антикоагулянтов под контролем врача и лабораторных результатов свертываемости крови.

4. При повышении агрегационных свойств тромбоцитов — прием малых доз аспирина.

5. Обследование в квалифицированных неврологических и ангиохирургических центрах состояния сосудов, кровоснабжающих мозг.

6. Обязательный периодический контроль показателей состояния деятельности сердца, содержания сахара и холестерина крови.

Профилактика ОНМК

Все меры профилактики ОНМК относятся и к большим, перенесшим одно или несколько нарушений мозгового кровообращения, и к относительно здоровым людям, которые имеют факторы риска развития инсульта. Вместе с тем в отношении больных, уже перенесших нарушение мозгового кровообращения, возможно применение дополнительных целевых программ профилактики, так как в

подавляющем большинстве случаев механизм развития повторных нарушений мозгового кровообращения тот же, что и первого.

Следовательно, нащупав отдельные звенья механизма развития первого нарушения МК, можно более целенаправленно проводить профилактические меры, чтобы не возникло повторное нарушение.

1. Контроль показателей свертываемости крови и агрегации тромбоцитов и при необходимости прием препаратов, обладающих разжижающими и противосвертывающими свойствами.

2. Лечение сердечных заболеваний.

3. Хирургическое лечение при поражении сосудов, кровоснабжающих головной мозг.

Расстройство спинального кровообращения

Расстройства спинального кровообращения бывают острые и хронические, ишемические и геморрагические.

Этиологические факторы аналогичны церебральным мозговым расстройствам.

Симптоматика проявляется острым или постепенным нарастанием очаговости: вялые парезы, параличи в зоне, иннервируемой пораженными участками мозга, спастические парезы или параличи в мышцах, иннервируемых участками спинного мозга, расположенными ниже пораженной зоны, чувствительные расстройства по проводниковому типу, расстройство функции тазовых органов. При геморрагических спинальных инсультах возможно развитие оболочечных симптомов.