

ТЕМА: « МЕДСЕСТРИНСЬКИЙ ПРОЦЕС ПРИ РЕАБІЛІТАЦІЇ ПАЦІЄНТІВ З ЦЕРЕБРОВАСКУЛЯРНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ (ІНСУЛЬТ) »

Актуальність теми: Медсестри відіграють дуже важливу роль у реабілітації, освіті, консультуванні, профілактиці, і догляді за пацієнтами з порушенням мозкового кровообігу (ПМК). У догляді за пацієнтами, які перенесли інсульт, медичним сестрам потрібні специфічні компетенції та здібності, які виходять за межі загальних неврологічних знань та досвіду. Медсестрам необхідно співпрацювати ефективно з членами міждисциплінарної команди. Ця лекція дає основні знання про всіх аспекти лікування інсульту та реабілітації після інсульту, тому є дуже актуальним для медичних сестер, які працюють у реабілітаційних центрах та спеціалізованих сестринських закладах. У цьому розділі розглядаються медичні аспекти та специфічні симптоми інсульту, а також обмеження, які відчувають пацієнти, і які втручання показані для одужання. Окреслено кілька фаз після інсульту, наприклад, який догляд хворі можуть отримувати в гострій фазі в стаціонарі і в хронічній фазі у своїй домашній ситуації. Медичні сестри отримують знання про лікування, важливість спостережливості та турботи. Крім того, є інформація про проблеми спілкування та ковтання після інсульту, також, медичний догляд щодо нетримання сечі та проблем з плечем і руками. Використовуючи навички, медсестри вчаться переведення пацієнтів у відповідні положення. Також акцент робиться на нервово-психічних симптомах, поведінці та когнітивному функціонуванні після інсульту.

Мета: набуття спеціальних знань та навиків при догляді за пацієнтом, які перенесли інсульт на всіх періодах реабілітації.

Результати навчання:

ПЛАН

1. Епідеміологія інсульту в Україні і світі
2. Особливості процесу надання медичної допомоги пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГМПК).
3. Нормативно-правова база МОЗ України стосовно організації допомоги пацієнтам з ГМІ
4. Основні симптоми інсульту.
5. Оцінка фізичного та неврологічного статусу за протоколом МОЗ
6. Лікувальна тактика – немедикаментозні втручання.
7. Загальні інструменти оцінки пацієнтів з інсультом на стаціонарному етапі реабілітації в роботі медичної сестри/брата.
8. Медсестринський процес в стаціонарному періоді лікування та реабілітації
9. Медсестринська реабілітація
10. Поняття про «НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ»
11. Особливості медсестринського догляду при довготривалій реабілітації

ВИКОРИСТАНА ЛІТЕРАТУРА

1. Швесткова Ольга, Сладкова Петра та кол. Фізична терапія: Підручник. – Київ, Чеський центр у Києві, 2019. – 272 с.
2. CURRENT Diagnosis & Treatment: Physical Medicine & Rehabilitation, Ian B. Maitin, Ernesto Cruz
3. The Challenges of Nursing Stroke Management in Rehabilitation Centres, Bianca Buijck · Gerard Ribbers, 2016

ІНТЕРНЕТ-РЕСУРСИ

1. <https://rnspeak.com/cerebrovascular-accident-nursing-care-plan/>
2. <https://www.nihstrokescale.org/>
3. https://journals.lww.com/nursingmanagement/fulltext/2016/02000/update_stroke_guidelines.8.aspx
4. <https://nursestudy.net/cerebrovascular-accident-cva-stroke-nursing-care-plans/>

5. <https://nurseslabs.com/cerebrovascular-accident-stroke/>
6. <https://slideplayer.com/slide/5717100/>
7. <https://slidetodoc.com/family-nursing-intervention-for-stroke-patients-ns-puspita/>
8. <https://nursestudy.net/cerebrovascular-accident-cva-stroke-nursing-care-plans/>

ЗМІСТ ЛЕКЦІЇ

1. Епідеміологія інсульту в Україні і світі.

29 ЖОВТНЯ — ВСЕСВІТНІЙ ДЕНЬ БОРОТЬБИ З ІНСУЛЬТОМ!

Мета цього дня — привернути увагу населення до проблем, пов'язаних із судинно-мозковими захворюваннями. День було засновано Всесвітньою організацією боротьби з інсультом.

За офіційною статистикою, в Україні цереброваскулярні захворювання є причиною смертності № 2 (100 000–110 000 смертей, близько 14% усіх померлих).

Щороку стається 100 000–110 000 інсультів (понад третина з них — у людей працездатного віку):

- 30–40% хворих на інсульт помирають упродовж перших 30 днів;
- до 50% — протягом року від початку захворювання; 20–40% хворих, що вижили, стають залежними від сторонньої допомоги (12,5% первинної інвалідності);
- близько 10% повертаються до повноцінного життя.

Таблиця 1.*

	В світі	В Україні
Стається один інсульт :	що дві секунди (близько 17 млн інсультів на рік),	щочотири хвилини в Україні (140 тис.на рік)
Одна Людина помирає	десять секунд (близько 6,5 млн людей на рік)	Що десять хвилин (близько 50 тис. смертей на рік)
Живуть з наслідками інсульту	26 млн.осіб	Кілька сотен тис.

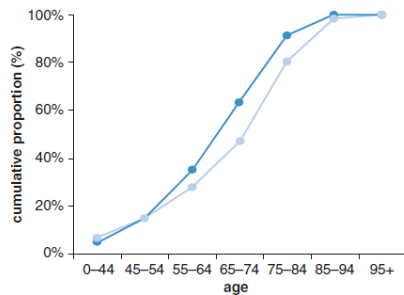
**Центр громадського здоров'я України*

Інсульт можна попередити у 80% випадків

Як правило, 1–3 на 1000 осіб щороку в світі переживати інсульт. Це означає, що, наприклад, в Нідерландах в країні з 17 000 000 жителів, щорічна кількість хворих на інсульт, які поступають до лікарні перевищує 30 тис.

У США понад 600 000 людей переживають інсульту щороку. Аналогічна цифра стосується і Європи. Близько 80% цих випадків, включати ішемічний інсульт або інфаркт мозку. Чим старші люди, тим вище є ймовірність, що колись вони зможуть вижити після інсульту. Але це не тільки хвороба літніх людей. Більше *трьох з десяти пацієнтів* з інсультом мають вік до 60 років (рис. 1.1) (Mozaffarian et al. 2016; Heuschmann та ін. 2009).

Через те, що за хворими потрібен довготривалий догляд, інсульт також є одним із самих дорогих захворювань. Найбільші витрати пов'язані з довгостроковим доглядом пацієнтів з інсультом, які не можуть жити самостійно.



Мал.1.1. Залежність віку та відсоток випадків розвитку інсульту (2009 р)

Фактори ризику інсульту:

- високий артеріальний тиск,
- малорухливий спосіб життя,
- наявність шкідливих звичок (куріння і надмірне вживання алкоголю),
- високий рівень холестерину в крові,
- ожиріння і діабет.

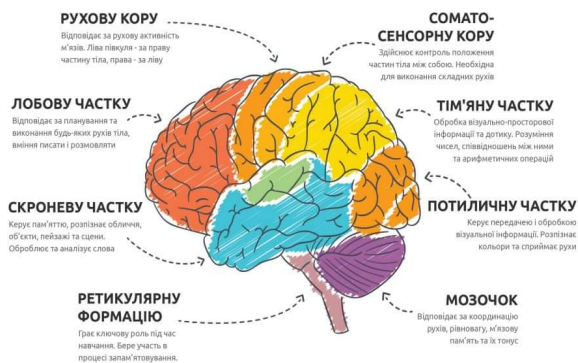
Змінивши свій спосіб життя можна значно знизити ризик інсульту!

Вчасна допомога — основний шанс врятувати життя і здоров'я!

Серцево-судинні захворювання є головною причиною всіх смертей в Україні (67%). За цим показником Україна лишається одним із європейських лідерів.

Зокрема, у 2020 році в Україні зареєстровано майже 97 000 інсультів.

2. Особливості процесу надання медичної допомоги пацієнту з гострим порушенням мозкового кровообігу (ГМПК).*



Інсульт (Stroke) – це клінічний синдром швидкого розвитку ознак фокальної чи глобальної втрати мозкових функцій, які тривають 24 години і більше або призводять до смерті при відсутності інших (не судинних) причин.

Головним фактором ризику розвитку інсульту є **артеріальна гіпертензія** (підвищення артеріального тиску на 20/10 мм рт. ст. подвоює ризик розвитку серцево-судинних ускладнень).

Раннє виявлення та лікування АГ, заходи з первинної профілактики розвитку серцево-судинних ускладнень (інсульту, ТІА), виявлення та корекція факторів ризику, диспансерне спостереження пацієнтів з виявленими факторами ризику *проводяться на первинному рівні надання медичної допомоги*.

Інсульт відноситься до *невідкладних станів* і потребує надання **екстреної медичної допомоги** та термінової *госпіталізації* у **ЗОЗ**, які надають вторинну рівень медичну допомогу.

* УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ, 2012 р.

Лікування пацієнтів повинно відбуватися у **спеціалізованих відділеннях**. Це зменшує летальність на 20 % та інвалідність на 30 %, а також зменшує витрати, пов'язані з доглядом за пацієнтом на всіх етапах надання медичної допомоги.

Надання медичної допомоги на засадах **доказової медицини**, знижує смертність та подальшу інвалідизацію у пацієнтів з ГПМК (інсультом, ТІА).

Реабілітація пацієнтів з інсультом починається з **перших діб** перебування пацієнта в інсультному відділенні/ відділенні гострої реабілітації.

Ефективність надання **вторинної медичної допомоги** забезпечується мультидисциплінарним підходом та наявністю фахівців **мультидисциплінарної команди**.

Для забезпечення послідовності надання медичної допомоги пацієнтам з діагнозом ГПМК (ішемічний інсульт, ТІА) у кожному лікувальному закладі доцільно розробляти та впроваджувати локальні протоколи медичної допомоги (ЛПМД), у яких буде визначено клінічний маршрут пацієнта та обсяг лікувально-діагностичних заходів відповідно до матеріально-технічного та кадрового забезпечення. Взаємодія між ЗОЗ, які надають первинну та вторинну медичну допомогу може також бути визначена відповідним наказом управління охорони здоров'я в регіоні.

Первинні фактори ризику для інсульту:

- ✓ Серцеві причини, у тому числі передсердні фібриляція і стеноз
- ✓ Цукровий діабет
- ✓ Надмірне вживання алкоголю
- ✓ Гіпертонія
- ✓ Ожиріння
- ✓ Відсутність фізичної активності
- ✓ Психосоціальні фактори, у тому числі стрес і низький соціально-економічний статус »» Підвищений рівень ліпідів
- ✓ Куріння
- ✓ Неоптимальна дієта

(Адаптовано з O'Donnell et al 2016, Королівський коледж лікарів 2016)

3. Нормативно-правова база МОЗ України стосовно організації допомоги пацієнтам з ГМІ

- Наказ МОЗ України від 03.08.2012 № 602 УНІФІКОВАНИЙ КЛІНІЧНИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ІШЕМІЧНИЙ ІНСУЛЬТ (екстрена, первинна, вторинна (спеціалізована) медична допомога, медична реабілітація)



- Наказ МОЗ України від 05.01.2022 № 9 "Про затвердження Стандартів медичної допомоги «Надання допомоги при спонтанному внутрішньомозковому крововиливі»" 5 січня 2022

- ПОРЯДОК організації надання медичної допомоги пацієнтам із підозрою на гострий мозковий інсульт у системі екстреної медичної допомоги 11 листопада 2020 р. за № 1120/35403

9. Основні симптоми інсульту.



Коли відбувається інсульт, люди часто не розуміють, що відбувається. Це може бути пов'язано з тим, що частина мозку, яка контролює усвідомлення частини тіла чи функції організму, також перестала функціонувати належним чином. Так, пацієнт із паралізованою рукою може бути впевнений, що з ним усе гаразд. Це також одна з причин, через яку деякі люди пізно звертаються за допомогою і можуть запізнитися з негайним лікуванням.

Наразі ми обговоримо кілька симптомів інсульту

1. Параліч руки або ноги.

Часто в паралізованій руці чи нозі зберігається висока м'язова сила, особливо м'язів, що згинають руку, та м'язів, що допомагають розгинати ногу. У наступні тижні цей видимий опір може посилитися. Це називається рефлекторним спазмом. Незважаючи на те, що сила м'язів, здавалося б, є присутньою, їх функція слабка або навіть може бути відсутнім. Зокрема, порушуються вольові та тонкі рухи. Наприклад: *людина може надіти на руку пакет із покупками, але не може натиснути кнопку на смартфоні.*

2. Лицевий параліч.

Здебільшого це стосується м'язів однієї сторони рота. Кут рота на ураженому боці знаходиться нижче. Іноді м'язи можуть скорочуватися під час певних емоцій, але це рух мимовільний. Це ще раз вказує на те, що вражена переважно вольова рухова система.

3 Сенсорні розлади Інсульт часто викликає порушення тактильних відчуттів, болю та відчуття температури. Іноді сенсорні порушення видаються скромними, але інтеграція стимулів виявляється складним завданням. *Наприклад, пацієнти можуть відчувати, що в них у руці щось є, але на дотик вони не можуть визначити, що цей предмет – монета.*

4. Неглект.

Це короткий опис складної проблеми. Пацієнти з неглектом (ігнорування) не використовують свою руку та не знають про неї. Парадоксально, але вони не мають сили, щоб використовувати руку, а тактильні відчуття здаються повністю функціональними. Проблема тут у тому, що порушено схему тіла. Пацієнти більше не відчувають свою руку як частину себе і тому її не використовують. Це серйозний розлад, який ускладнює реабілітацію та погано піддається терапії.

5. Афазія

Афазія – це розлад мови.

Вербальні висловлювання та вимова не обов'язково порушені. Порушення стосується формулювання та розуміння мови. Ступінь тяжкості може змінюватись між повною нездатністю говорити, виголошенням простими пропозиціями та використанням стандартних фраз, а також періодичними труднощами у доборі слів. Інші люди часто переоцінюють розуміння мови у людей із афазією. Оскільки пацієнти часто використовують усі види невербальної комунікації, їм здається, що вони розуміють вас краще, ніж насправді. Важливо, щоб пацієнта з можливою афазією ретельно протестували нейропсихолог, терапевт з мови, щоб оцінити тяжкість та характер розладу та розробити план терапії. Цілком ймовірно, що терапія буде корисною, але немає впевненості в тому, якою має бути інтенсивність логопедичних занять, і коли пацієнту слід починати терапію - відразу після інсульту або лише через кілька тижнів.

6.Дизартрія

Дизартрія – це нездатність чітко артикулювати.

Мова при цьому не обов'язково страждає. Дизартрія виникає через порушення рухової функції язика, м'язів рота та обличчя. Порушення може локалізуватися в головному мозку та/або мозочку. Часто дизартрія покращується сама собою, але логопедія також може бути дуже корисною.

7. Порушення полів зору

У деяких пацієнтів спостерігається геміанопія. Це порушення одного поля зору обох очей (гомонімна втрата зору). Пацієнти нічого не бачать на цьому боці. Часто вони цілком усвідомлюють цей дефіцит. *Це може бути дуже небезпечно, особливо під час руху та при переході вулиць.*

8. Атаксія

Атаксія - це нездатність координувати рухи, тоді як чутливість і м'язова сила залишаються недоторканими.

Це розлад мозочка. Пацієнти можуть послизнутися після різкого руху, наприклад, при лові предмета, або не можуть виконувати швидкі рухи, що повторюються, наприклад, плескати в долоні.

9. Апраксія

Апраксія - це нездатність виконати завдання чи серію операцій за збереження рухових навичок та координації.

Наприклад, пацієнти тримають чашку, стоячи біля кухонної стійки і не можуть приготувати каву в правильному порядку: вставити фільтр, додати кави, додати воду тощо. Пацієнти також можуть тримати гребінець і не знати, як розчесати волосся.

Розлад зазвичай локалізується у лівій (домінантній) півкулі. Термін апраксія часто використовується неправильно, наприклад, як у наступному пункті.

10 Апраксія одягання

Апраксія одягання, нездатність одягнутися, зазвичай, не є апраксією, а є результатом порушення схеми тіла та просторового сприйняття. Цей розлад зазвичай локалізується у правій півкулі.

10. Оцінка фізичного та неврологічного статусу за протоколом МОЗ на догоспітальному етапі.

Проведення фізичного обстеження

- Оцінка загального стану і життєва важливих функцій: свідомості, дихання, кровообігу за алгоритмом ABCDE (Додаток № 1)..
- За показаннями усунути порушення життєва важливих функцій організму – дихання, кровообігу

Візуальна оцінка:

- уважно оглянути та пальпувати м'які тканини голови (для виявлення ЧМТ).
- оглянути зовнішні слухові та носові проходи (для виявлення лікворореї і гематореї).

Оцінка неврологічного статусу пацієнта

Рівень свідомості за шкалою ком Глазго.

Шкала ком Глазго (ШКГ, оцінка важкості коми за шкалою Глазго, The Glasgow Coma Scale, GCS) — шкала для оцінки порушення свідомості та коми у дітей старших 4-х років і дорослих. Шкала була опублікована в 1974 році Грехемом Тіздейлом і Браяном Дж. Дженнеттом, професорами нейрохірургії Інституту неврологічних наук університету Глазго.

Первинно шкала використовувалась для визначення рівня свідомості при черепно-мозковій травмі. Проте за рахунок її простоти зараз вона застосовується для різних категорій пацієнтів.

Оцінку за шкалою Глазго прийнято записувати у такому вигляді: «GCS 9 = E2 V4 M3 в 07:35»

Зручний калькулятор тут: http://juxtra.info/diagnostics/glasgow_scale_ua.php

11. Начало формы

The Glasgow Coma Scale		
Параметр	Варіанти	Бали
Розплющування очей	Довільне	4
	На звернену мову	3
	На больові подразники	2
	Відсутнє	1
Мовна реакція	Орієнтованість повна	5
	Сплутана	4
	Незрозумілі слова	3
	Нечленороздільні звуки	2
	Відсутня	1
Рухова реакція	Виконує команди	6
	Цілеспрямована на больовий подразник	5
	Нецілеспрямована на больовий подразник	4
	Тонічне згинання на больовий подразник	3
	Тонічне розгинання на больовий подразник	2
	Відсутня	1
Рівні свідомості		ШКГ (у балах)
Ясна свідомість		15
Помірне приглушення		13-14
Глибоке приглушення		11-12
Сопор		9-10
Кома I ст.		7-8

2. Ознаки інсульту за шкалою за FAST

Запам'ятати просту шкалу

F A S T

Ознаки інсульту, які має знати кожен:

- Раптова слабкість чи оніміння однієї половини тіла, включаючи обличчя, руку та ногу;
- Раптове порушення мовлення чи розуміння мови;
- Раптове погіршення зору чи його втрата з одного боку;
- Раптове запаморочення, яке часто супроводжує нудота, блювота, втрата рівноваги, падіння;
- Раптовий і сильний головний біль.

Face
Чи може людина усміхнутись?
Обличчя симетричне чи скошене з одного боку?

Arm
Чи може людина підняти руки і тримати їх?

Speech
Чи може людина чітко розмовляти і розуміти, що ви їй кажете?

Time
Якщо бачите будь-яку з цих ознак, не гайте часу – терміново викликайте швидку допомогу

оберпір

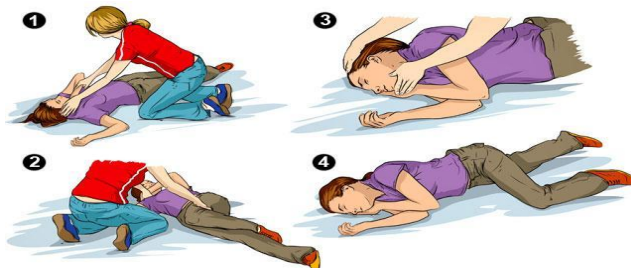
https://ua-uk.fastheroes.com/community_story/world-stroke-organization-wso-endorses-the-fast-heroes/

6. Лікувальна тактика - Немедикаментозні медичні втручання

Положення протоколу (2)

1. Надання правильного положення тіла пацієнта для профілактики аспірації.
2. Захист дихальних шляхів.
3. Оксигенотерапія при ознаках гіпоксії.

Обґрунтування: У половини пацієнтів з першим інсультом виникають порушення ковтання, тому необхідно попередити аспірацію і розвиток у подальшому аспіраційної пневмонії.



Необхідні дії медичного персоналу:

Обов'язкові:

1. Придати правильне положення тілу пацієнта: на спині, з піднятим на 30 градусів головним кінцем медичних нош-каталки або за допомогою підручних засобів.

2. Застосовувати стандартні методи для відновлення прохідності дихальних шляхів та профілактики аспірації.

1. **Для покращення прохідності верхніх дихальних шляхів необхідно:**

- Забезпечити вільне дихання: розстібнути тугий комірець, попередити закидання голови назад або надмірне згинання голови);
- Повернути голову пацієнта убік;
- Вийняти зубні протези з ротової порожнини пацієнта.

2. **Для проведення заходів з профілактики аспірації:**

- При огляді на місці виклику необхідно підняти край ліжка, на якому розташована голова пацієнта;
- При необхідності здійснити санацію верхніх дихальних шляхів.

3. **Проведення оксигенотерапії.**

- Кисневу терапію доцільно проводити пацієнтам у яких є клінічні ознаки порушення функції зовнішнього дихання та/або насичення крові киснем (сатурація) нижче 95 %.
- При порушенні свідомості інгаляція кисню проводиться обов'язково.
- ШВЛ показана при брадіпное (ЧД менше ніж 12 за хвилину), тахіпное (ЧД більше ніж 35-40 за хвилину), сатурації нижче ніж 95 %, зростаючому ціанозі шкірних покривів.

4. **Забезпечення венозного доступу.**

Забезпечення венозного доступу проводиться шляхом виконання стандартної процедури венозної пункції з дотриманням заходів асептики/антисептики катетером для внутрішньовенної пункції № 18 або № 20, який ретельно фіксується пов'язкою.

7. Загальні інструменти оцінки пацієнтів з інсультом на стаціонарному етапі реабілітації в роботі медичної сестри/брата.

А) Шкала інсульту Національного інституту охорони здоров'я (NIHSS)- «...це інструмент систематичної оцінки, який забезпечує кількісний вимір неврологічного дефіциту, пов'язаного з інсультом. Спочатку NIHSS був розроблений як дослідницький інструмент для вимірювання вихідних даних про пацієнтів у клінічних дослідженнях гострого інсульту. Зараз шкала також широко використовується як інструмент клінічної оцінки для оцінки гостроти стану пацієнтів із інсультом, визначення відповідного лікування та прогнозування результатів пацієнта».

NIHSS був розроблений, щоб допомогти медсестрам і лікарям об'єктивно визначити тяжкість ішемічного інсульту шляхом оцінки 15 конкретних областей на наявність відхилень або інвалідності. Модифікована версія оцінює лише 11 конкретних фізичних областей.

Підвищений показник NIHSS корелює з розміром інфаркту як на комп'ютерній томографії (КТ), так і на магнітно-резонансній томографії (МРТ). 2,6 Бали слід оцінювати спочатку при підозрі на інсульт, через 24 години після фібринолітичної терапії, через 7 днів після інсульту та через 30 днів після інсульту. Бали, оцінені через 48 годин після інсульту, безпосередньо корелювали з клінічними результатами через 3 місяці та 1 рік.

Пацієнти з балом NIHSS 4 або менше були пов'язані з високою ймовірністю функціональної незалежності незалежно від лікування. Пацієнти з високим балом (більше 22) можуть відчувати сильну слабкість і залежати від допомоги інших для виконання основних повсякденних видів діяльності.

Рівень свідомості	0-сповіщення може бути викликане незначною стимуляцією 2-потрібне повторне моделювання 3-не реагує
Найкращий погляд	0-нормальний 1-частковий параліч погляду 2-вимушене відхилення
Візуальний	0 - відсутність втрати зору 1 - часткова геміанопія 2 - повна геміанопія 3 - двостороння геміанопія
Параліч обличчя	0 - нормальний 1 - незначний параліч 2 - частковий параліч 3 - повний параліч
Сенсорний	0-нормальна 1-легка або помірна втрата чутливості 2-важка або повна втрата чутливості
дизартрія	0-нормальна 1-дизартрія від легкої до помірної 2-важка дизартрія 3-німа/глобальна дизартрія

Див.протокол МОЗ,додаток 5

https://dec.gov.ua/wp-content/uploads/images/dodatki/2012_602/2012_602dod4ykpmd.pdf

В)Модифікований рейтинг Ренкіна (функціональна шкала)

Модифікований рейтинг використовується для вимірювання інвалідності людини, яка постраждала від мозкового нападу. Рахунок 0-6.

Медсестра запитує пацієнта, чи може він/вона виконувати повсякденну діяльність (наприклад, купатися, їсти, ходити на роботу та робити банки) без допомоги інших осіб. Якщо у пацієнта взагалі немає симптомів інсульту- 0.

Якщо пацієнт має важку інвалідність- 5.

Ім'я пацієнта:	Вік: Стать:
Дата інсульту:	Дата обстеження:
0	Симптомів немає взагалі.
1	Немає значної інвалідності, незважаючи на симптоми, здатний виконувати ADL
2	Трохи інвалід, не в змозі виконувати звичайні ADL, але здатний доглядати
3	Помірно інвалід, потребує допомоги, але здатний пересуватися з допомогою
4	Помірно обслуговують інваліди, не можуть ходити без сторонньої допомоги, можуть сидіти в ліжку без сторонньої допомоги
5	Важка інвалідність, не може сидіти в ліжку (прикута до ліжка), потребує постійного догляду
6	Мертвий

8.Медсестринський процес в стаціонарному періоді лікування та реабілітації.

Період гострої реабілітації

Більшість відновлення відбувається протягом перших кількох місяців після інсульту. Тому **реабілітація розпочинається якнайшвидше**. Навіть перебуваючи в лікарні, багатопрофільна команда шукає те, що досягне для пацієнта. Ряд факторів тут важливі: характер інвалідності та обмеження, стан, мотивація і домашня ситуація. З цією метою мультидисциплінарна команда створює багатопрофільну план. У більшості лікарень

організовано мультидисциплінарна консультацію командою фахівців (МДК) три рази на тиждень (це відрізняється частотою в залежності від лікарні пацієнта залишається). На цій консультації присутні: лікар (невролог та/або мед асистент), лікар ФРМ, спец. медична сестра відділення (медична сестра з реабілітації), фізичний терапевт, терапевт з мови, ерготерапевт.

Реабілітація після інсульту має на меті підтримати відновлення фізіологічних і психологічних функцій або допомогти пацієнту адаптуватися до втрати функції при зміні стану. основний інсульт є неповним, а деякі симптоми зберігаються.

Реабілітація після інсульту також спрямована на покращення якості життя пацієнтів за рахунок підвищення функціональних здібностей і збільшення соціальної участі (NICE 2013). Акцент робиться на залученні пацієнта до терапії якомога раніше, коли його клінічний стан дозволяє, використовуючи особистісно орієнтований, мультидисциплінарний підхід для забезпечення оптимального рівня функціонального відновлення. Порушення, пов'язані з інсультом, можуть бути різноманітними і це можуть знадобитися місяці або навіть роки реабілітації, щоб людина повернутися до нормального функціонування, якщо взагалі повернеться. Порушення можуть включати труднощі з ковтанням (дисфагія) та біль, геміплегія (одностороння слабкість), мова та проблеми у спілкуванні, і навіть сильна втома, відома як постінсультна втома (Cross 2008).

Пацієнти, які перенесли інсульт, повинні спочатку *отримувати 45 хвилин терапії принаймні п'ять днів на тиждень від кожної з відповідних терапевтичних груп, таких як фізична терапія, ерготерапія, логопедія та лінгвістична терапія, терапія для роботи в таких областях, як мобілізація, пізнання, мова та комунікація, мова та ковтання (NICE 2013).* Пацієнти повинні також брати активну участь у процес реабілітації. Для медсестри важливо ставити реалістичні цілі щодо відновлення і, працюючи у партнерстві з пацієнтом, досягти цих цілей за допомогою самоменеджменту (NICE 2013).

Завдання реабілітаційних медсестер/Rehabilitation nurse (RN):

- протягом дня, всього тижня гарантує проведення великої кількості часу з пацієнтом. з пацієнтом та його сім'єю.
- питаннях, навчання переміщенню, навчання просторової орієнтації та складання календаря повсякденних завдань, реабілітаційні медсестри фактично несуть основну відповідальність.
- RN виконує низку найважливіших функцій для людини реабілітація після інсульту: забезпечення догляду, сприяння особистому відновленню та менеджер з догляду (Burton 2000).
- RN відіграє ключову роль у забезпеченні послідовного включення новонабутих навичок у повсякденну діяльність, що значно продовжує час терапії, не тільки виконуючи необхідні завдання, а й продовжуючи навчання та закріплення набутих навичок
- RN забезпечує підтримку емоційних та соціальних аспектів відновлення як для пацієнта, так і для його сім'ї. пацієнта та його сім'ї.
- RN грає головну роль співпраці з лікарями та іншими членами міждисциплінарної команди, щоб допомагати пацієнтам справлятися з обмеженнями на щоденній основі, організовувати плавні переходи догляду та реабілітації, а також приділяти увагу благополуччю пацієнта та його сім'ї.

Таким чином, медсестра відіграє життєво важливу роль у міждисциплінарній реабілітаційній команді та функціонує як повноцінний фахівець. та функціонує як повноправний співробітник з відповідними обов'язками та відповідальністю (Low 2003).

Гостра фаза – це перша стадія після виникнення інсульту, яка зазвичай триває від кількох днів до 1 тижня.

Основним завданням цієї фази є запобігання подальшого пошкодження мозку та інших ускладнень. Гостра фаза триває до моменту стабілізації стану пацієнта та закінчення гострого фізичного лікування. Під час гострої фази зусилля повинні бути зосереджені на потребах

виживання та запобіганні подальшим ускладненням. Догляд полягає в ефективній постійній неврологічній оцінці, підтримці дихання, постійному моніторингу життєво важливих показників, ретельному положенні, щоб уникнути аспірації та контрактур, лікуванні проблем із шлунково-кишковим трактом та моніторингу електролітного та харчового статусу. Медсестринський догляд також повинен включати заходи щодо запобігання ускладнень.

Типова тривалість перебування в лікарні у відділенні інтенсивної терапії після інсульту становить п'ять-сім днів. Далі пацієнта можуть перевести у спеціалізоване відділення гострої реабілітації. Протягом цього часу команда з лікування інсульту оцінюватиме наслідки інсульту, що визначатиме план реабілітації.

Довгострокові наслідки інсульту, можуть включати:

- *Когнітивні симптоми* , такі як проблеми з пам'яттю та розмова
- *Фізичні симптоми* , такі як слабкість, параліч і утруднення ковтання
- *Емоційні симптоми* , такі як депресія та імпульсивність
- *Сильна втома і проблеми зі сном*

Фізична та ерготерапія може допомогти визначити, на які ділянки мозку впливає робота з пацієнтом для виконання різних завдань, таких як ходьба або розчісування волосся. Логопедія важлива для пацієнтів, які мають проблеми з ковтанням через інсульт або наслідки дихальної трубки.

Терапевтичні сеанси проводяться до шести разів на день, поки пацієнт знаходиться в лікарні, що допомагає оцінити шкоду, заподіяну інсультом, і прискорити відновлення.

Пріоритети реабілітації після інсульту

Повсякденна діяльність (ПД) стає центром реабілітації після інсульту. ПД зазвичай включає такі завдання, як купання або приготування їжі. Хоча терапія є життєво важливою, не менш важливо займатися самостійно з активним залученням рідних пацієнта

Мінімізація ускладнень

Аспірація є потенційним ускладненням інсульту. Медсестра повинна переконатися, що пацієнт залишається Nil per os (нічого через рот), оскільки він або вона мають високий ризик аспірації. Пацієнт повинен успішно пройти **оцінку ковтання** біля ліжка перед їжею, питтям або вживанням, якщо необхідно, ліків. Необхідно провести рентгеноскопичний огляд ковтання, щоб визначити виражену або безшумну аспірацію — аспірацію вмісту шлунка або ротошлунка в легеневі поля без спричинення негайних симптомів, таких як кашель.

Медсестра повинна стежити за тим, щоб узголів'я ліжка залишалось піднятим як мінімум на 30 градусів, якщо немає протипоказань, щоб зменшити ризик аспірації та зменшити набряк мозку.

Протокол МОЗ:

- Рання мобілізація пацієнтів після інсульту попереджує розвиток таких ускладнень як аспіраційна пневмонія, тромбози глибоких вен, ТЕЛА, пролежні.
- Аспіраційна пневмонія (АП) є причиною смерті у 15-20 % пацієнтів з інсультом. Більшість випадків АП пов'язані з невиявленими або некорегованими випадками порушення ковтання (дисфагією).

Інші ускладнення включають:

- набряк мозку
- пневмонія
- інфекція сечовивідних шляхів та/або втрата контролю над сечовим міхуром
- судоми
- депресія
- пролежні
- контрактури кінцівок
- біль у плечі
- тромбоз глибоких вен
- перетворення ішемічного інсульту в геморагічний
- спазм судин головного мозку

- гіпотонія або гіпертонія.

Медсестра повинна контролювати життєво важливі показники принаймні кожні 15 хвилин.

Дуже важливо, щоб пацієнти, які перенесли ішемічний інсульт, уникали гіпотонії. Якщо tPA розпочато, необхідно контролювати життєво важливі показники перед початком та кожні 5 хвилин протягом перших 15 хвилин після введення, а потім кожні 15 хвилин після цього.

Медсестрам, які ведуть пацієнта з діагнозом геморагічний інсульт, слід уникати гіпертонічних станів, оскільки це може призвести до розширення внутрішньочерепної кровотечі, що призведе до підвищення внутрішньочерепної гіпертензії та сприятиме подальшому неврологічній травмі.

Медсестринські втручання зосереджені на підтримці дихальних шляхів, дихання та кровообігу як основної мети. Таким пацієнтам може знадобитися підтримка штучної вентиляції легенів при пригніченні дихання або дихальної втоми внаслідок неврологічної травми.

Неврологічне обстеження слід проводити *щогодини або в міру необхідності* для ретельного моніторингу неврологічного зниження. Збільшення частоти може знадобитися, якщо спостерігається зниження гемодинаміки або відзначаються ознаки підвищення внутрішньочерепного тиску, зниження сили в кінцівках, фокальна або глобальна судомна активність або різка асиметричність зіниць.

Пацієнти повинні перебувати під ретельним наглядом на предмет судомної активності, завжди вживаючи запобіжних заходів.

РОБОТА МУЛЬТИДИСЦИПЛІНАРНОЇ КОМАНДИ



- Лікар ФРМ/невролог оцінює, який тип реабілітації пацієнт потребує і де її краще проводити.

- Фізичний терапевт проводить тренування та реабілітацію в лікарняній палаті, дивиться, які проблеми є у пацієнта, і дає поради щодо його пересування.

- Медсестра з реабілітації інформує, інструктує та спрямовує пацієнта, який переніс інсульт, та навчає родичів під час перебування у лікарні, а також забезпечує амбулаторний догляд через 4-7 тижнів.

- Терапевт з мови дає поради з проблем ковтання та мови.

- Ерготерапевт допомагає покращити функцію рук і дозволяє пацієнту пацієнту самостійно виконуватиме повсякденну діяльність

Під час збору МДК обговорюється кожен пацієнт з інсультом у відділенні гострої реабілітації/спеціального відділення, щоб різні фахівці, які беруть участь у догляді за пацієнтом, знають про обмеження пацієнта та план лікування.

Обговорюється поточна ситуація пацієнта, а також те, яка програма реабілітації найкраще підходить після госпіталізації.

Крім того, багатопрофільна команда розглядає:

- Що пацієнт може робити самостійно? (щоденний догляд, їжа, прийом рідини, пересування, прийом ліків);

- Що пацієнт може робити самостійно? прийом ліків);

- Життєва ситуація: чи живе він один чи разом? У якому будинку він живе у якому домі він живе? Чи є необхідність ходити сходами чи є ліфт? Чи є пороги в будинку або будь-які інші перешкоди, які заважають пацієнту в самообслуговування?
- Вік пацієнта та функціонування до інсульту. Чи мав пацієнт уже інвалідність? Чи був він активним? Чи ходив він уже із пристосуванням?

10. Медсестринська реабілітація

СЕСТРИНСЬКИ ДІАГНОЗИ

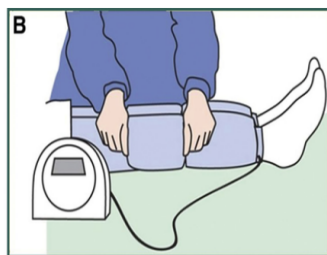
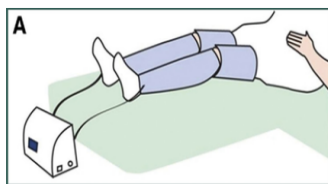
- Порушення здатності до спілкування
- Порушення рухової активності
- Порушення чутливості
- Дефіцит самообслуговування
- Порушення ковтання
- Нетримання сечі, калу
- Порушення вербальної комунікації
- Гострий біль
- Непереносимість активності
- Ризик одностороннього неглекту
- Дефіцит знань
- Ризик травми

Тромбоз глибоких вен та тромбоемболія легеневої артерії

Тромбоз глибоких вен (ТГВ) та тромбоемболія легеневої артерії є визнаними ускладнення нерухомості, та пацієнти, які залишилися знерухомленими в результаті інсульту, схильні до високого ризику цих умов. Проте ризик симптоматичної внутрішньочерепної кровотечі після ішемічного інсульту переважає переваги профілактичного лікування венозних тромбоемболій за допомогою низькомолекулярним гепарином, та антикоагуляційна терапія може погіршити існуючий геморагічний інсульт (Geeganage et al 2013).

CLOTS (Clots in Legs Or sTockings after Stroke) Trials Collaboration (2014) продемонструвало, що *компресійні панчохи були неефективні* для запобігання ТГВ у пацієнтів, які перенесли інсульт, у той час як *уживчаста пневматична компресія (метод, що забезпечує механічну компресію, наприклад за допомогою повітряного насоса) була ефективна у зниженні захворюваності на ТГВ та покращення показників виживання.*

Тому рекомендується періодична пневматична компресія має бути починати протягом трьох днів після надходження до лікарні для нерухомих і продовжувати протягом 30 днів або доти, доки пацієнт не стане мобільним та виписки, залежно від того, що настане раніше. (RCP 2016).



(А) Пристрій переривчастого пневматичного стиснення. (В) Застосування переривчастого



Дисфагія, харчування та гідратація

Раннє виявлення та управління проблемами, пов'язаними з харчуванням та гідратацією має життєво важливе значення у постінсультній реабілітації. Проблеми, пов'язані із забезпеченням адекватного харчування, підтримання ваги та ковтання можуть зберігатися протягом кількох місяців після інсульту і повинні необхідно регулярно перевіряти.

Дисфагія є поширеною ускладнення інсульту, яке може мати значні наслідки якщо не лікувати її належним чином. Від 40% до 78% пацієнтів у тій чи іншій формі проявляється дисфагія після інсульту, та хоча багато хто з цих пацієнтів повністю одужують, деякі з них залишаються з постійними (Foley et al 2008, Vose et al 2014, RCP 2016).

Хоча мовні терапевти відповідатимуть за регулярну оцінку стану пацієнтів з дисфагією, включаючи надання рекомендації щодо таких втручань, як текстурована їжа та рідин, вони покладатимуться на медсестер у здійсненні повсякденного догляду та повідомлення про будь-яких нових труднощів при ковтанні (Smithard 2016).

При вступі до лікарні пацієнти мають бути **обстежені на дисфагію протягом чотирьох годин після надходження** з використанням валідованого скринінгового інструменту, такого як **скринінг ковтання Гуггінга** (Trapl et al 2007), перш ніж давати будь-яку їжу та/або питтям або ліками (RCP 2016).

ТЕСТ ГУГГІНГА

Найчастіше в осіб із дисфагією для раннього виявлення ризику аспірації застосовують достовірний та надійний скринінг ковтання Гуггінга (GUSS-тест), що має високу чутливість і специфічність. Це швидкий і доступний неінвазивний інструмент для оцінки ступеня тяжкості розладів ковтання.

GUSS-тест має дві частини:

1. *Непрямий тест ковтання (частина 1) для перевірки:*

- уваги;
- довільного кашлю та/або очищення горла;
- ковтання слини (акт ковтання, слинотеча, зміна голосу).

2. *Тест прямого ковтання (частина 2) для виявлення наявності:*

- поперхування;
- мимовільного кашлю;
- слиновиділення та зміни голосу в процесі ковтання твердої/напівтвердої їжі й рідини.

За допомогою тесту можна визначити чотири рівні тяжкості:

- 0-9 балів: виражена дисфагія та високий ризик аспірації;
- 10-14 балів: помірна дисфагія та помірний ризик аспірації;
- 15-19 балів: легка дисфагія з невеликим ризиком виникнення аспірації;
- 20 балів: нормальна здатність ковтати.

Таким чином, 20 балів – це найвищий показник, що означає нормальну здатність до ковтання без ризику аспірації. Для кожного рівня тяжкості даються різні рекомендації щодо дієти.

МЕТОДИКА:

Доцільно оцінювати функцію ковтання за допомогою тесту «пробного ковтання»: пацієнта підтримують у сидячому положенні й просять проковтнути 50 мл води, починаючи з 5 мл. Об'єм та швидкість спожитої рідини контролюють за допомогою питної трубочки: мимовільний кашель або зміни в голосі пацієнта можуть свідчити про легеневу аспірацію. Виявлення її важливе, оскільки безсимптомна аспірація є несприятливим чинником ризику розвитку бронхопневмонії (Holas M.A. et al., 1994). Поперхнення — очевидна ознака дисфагії. У цьому разі можуть також спостерігатись дисфонія, дизартрія, порушення ритму дихання (диспное).



Див.тест ковтання Gugging Swallowing Screen (GUSS) "Liquids"

Медсестри повинні навчати пацієнтів про необхідність уникати їжі та пиття до тих пір, поки вони не будуть оцінені та пройшли первинне обстеження на дисфагію скринінгу,

проведеного відповідною навченою медсестрою. Пацієнти, які не можуть безпечно ковтати, наражаються на ризик легеневої аспірації та повинні слід розглянути можливість використання альтернативного методу харчування, такого як харчування через назогастральну трубку, протягом 24 годин після інсульту, з напрямком до дієтолога для повної оцінки будь-яких розпоряджень щодо годування (Vose et al 2014, NICE 2017b). Медсестри відповідають за введення та постійний догляд за назогастральними трубками, годування та прийом ліків запровадження ліків. Усі пацієнти з ризиком недоїдання, незалежно від незалежно від методу годування повинні бути запропоновані дієтологічну підтримку, включаючи направлення до дієтолога, якщо це необхідно.

Протокол МОЗ. Прямими показаннями для встановлення назогастрального зонда при гострих інсультах є:

- порушення свідомості;
- дисфагія;
- психічні розлади (депресія, психомоторне збудження, деліріозні стани, систематична відмова від приймання їжі, виразні когнітивні розлади);
- підвищена потреба в білку та калорійному харчуванні.

Всім пацієнтам, в т.ч. й тим, які успішно пройшли скринінг дисфагії, *необхідно щоденно проводити моніторинг порушень ковтання впродовж усього періоду госпіталізації*, тому що порушення ковтання можуть розвинути у відтермінованому періоді.

Якщо пацієнт здатний активно брати участь в обстеженні і може за підтримки сидіти у вертикальному положенні, процедура також має включати: 1. спостереження за гігієною ротової порожнини, контроль слиновиділення; 2. спостереження за проявами порушень ротоглоткової фази ковтання (задуха, кашель, «вологий» голос тощо). 3. оцінка якості голосу пацієнта, функції м'язів ротової порожнини, чутливості ротової порожнини та начальних відділів глотки, і здатність кашляти. 4. за необхідності (для перевірки аспіраційного ризику) - проводяться тести з водою для перевірки функції ковтання.

Виконання тесту з 3 чайними ложками води.

Тест з 3-ма чайними ложками води. Пацієнту пропонують випити по-черзі 3 чайні ложки води і після кожної випитої ложки спостерігають за появою ознак аспірації (кашель, зміна звучання голосу тощо). Якщо ознаки аспірації не з'явилися – пропонують випити воду із склянки, далі – спробувати проковтнути їжу різної текстури. Чутливість цього тесту >70 % і специфічність 22-66 % у виявленні аспірації.

Профілактика трофічних змін шкіри. Позиціонування та переміщення.

Протокол МОЗ

В усіх медичних закладах мають бути впроваджені заходи щодо зменшення ризику пролежнів, які включають чіткі рекомендації щодо оцінювання ризику з урахуванням особливостей пацієнтів, які перебувають у цьому закладі.

Обґрунтування

1. В усіх медичних закладах слід запровадити систему оцінювання ризику пролежнів у пацієнтів з інсультом.

2. Для документування тяжкості пролежнів слід використовувати класифікацію з підтвердженою валідністю (Додаток № 16).

3. Слід використовувати комплексний підхід до оцінювання ризику (з урахуванням оцінки за шкалою Браден) (Додаток № 17), проводити його після госпіталізації та повторювати так часто, як це необхідно, відповідно до стану пацієнта.

4. Слід розробити та запровадити окремий локальний протокол медичної допомоги пацієнтам з високим ризиком розвитку пролежнів.

5. Доведено, що недостатня вага пацієнта є модифікованим фактором ризику пролежнів, тому у кожного пацієнта з підвищеним ризиком пролежнів слід оцінити нутритивний (харчовий) стан та ризик недостатності харчування і, за необхідності, надати нутритивну

допомогу: більш детальне обстеження з залученням дієтолога, оцінювання харчових потреб, усунення браку нутриєнтів, моніторинг та повторне оцінювання статусу харчування.

6. Сильний тиск на кісткові виступи впродовж короткого часу та несильний тиск впродовж тривалого часу є однаково шкідливими, тому слід приділяти увагу як силі, так і тривалості тиску.

Необхідні дії медичної сестри

Обов'язкові:

1. Оцінювання ризику розвитку пролежнів

2. Навчити всіх медичних працівників розрізняти пролежні та інші види ран (венозні, артеріальні чи нейропатичні виразки, розриви шкіри, інтритриго), а також належним чином використовувати класифікацію пролежнів різної локалізації. (Додаток № 16), оцінювати ризик пролежнів (за шкалою Браден) та документувати результати оцінювань (Додаток № 17)

3. Оцінити ризик пролежнів та визначити тяжкість пролежню, за його наявності. (Додатки №№ 16, 17).

4. Під час оцінювання ризику слід враховувати фактори, які можуть суттєво впливати на ризик пролежнів, зокрема:

- нутритивний стан (рівень гемоглобіну та преальбуміну, харчування, вага),
- кровообіг в тканинах (цукровий діабет, нестабільність гемодинаміки, низький артеріальний тиск погіршують мікроциркуляцію та оксигенацію),
- зволоженість шкіри (сухість та надмірна вологість збільшують ризик пролежнів),
- тяжкість стану, супутні захворювання, похилий вік,
- порушення чутливості та температури тіла.

Догляд за шкірою

1. Повертайте пацієнта таким чином, щоб він не лежав на тій ділянці тіла, де виникає почервоніння шкіри.

2. Не використовуйте масаж для профілактики пролежнів, а також уникайте сильного тертя шкіри, яке може викликати мікротравми та/або запалення.

3. Суха шкіра є фактором ризику розвитку пролежнів. Щоб зменшити ризик пошкодження шкіри, не протирайте шкіру спиртовими розчинами, які містять камфору, діамантовий зелений, борну кислоту тощо, та роблять шкіру сухою.

4. Використовуйте засоби для пом'якшення та зволоження шкіри, такі як олії, креми, лосьйони.

5. Уникайте надмірного зволоження та перегріву ділянок шкіри, оскільки ці чинники погіршують захисні властивості рогового шару.

Харчування пацієнтів з пролежнями

1. Оцінювати нутритивний статус пацієнта з пролежнями необхідно на початку лікування та повторювати оцінювання в подальшому, особливо за відсутності позитивної динаміки з боку пролежнів.

2. З метою оцінювання нутритивного статусу та визначення необхідних втручань пацієнта з пролежнями, якщо це можливо, має оглянути дієтолог.

3. Оцінювання нутритивного статусу включає вимірювання ваги та її втрати (>5 % за 30 днів або >10 % за 180 днів), можливість їсти самостійно, адекватність харчування та можливості для усунення дефіциту нутриєнтів.

4. Пацієнтам з поганим нутритивним станом та ризиком пролежнів щоденно рекомендується споживати:

- не менше 30–35 ккал на 1 кг маси тіла;
- білку 1,25–1,5 г на 1 кг маси тіла;
- 1 мл рідини на 1 споживану ккал;

Якщо харчові потреби пацієнта з поганим нутритивним станом та ризиком пролежнів неможливо забезпечити при звичайному харчуванні, слід розглянути використання змішаних харчових добавок з високим вмістом білку та інших цінних нутриєнтів (зокрема крізь назогастральний зонд чи гастростому) між прийомами їжі.

Позиціонування, мобілізація та профілактика падіння.

Після інсульту пацієнти можуть бути з різними рівнями фізичної порушеннями та піддаються підвищеному ризик розвитку виразок, набряку кінцівок, контрактур, болі в суглобах болю та травм. Ці фактори можуть значно збільшити час відновлення, скоротити обсяг фізіотерапії пацієнти можуть проводити фізіотерапію, і стають негативний вплив на настрій та самопочуття пацієнтів (AVERT Trial Collaboration group 2015). Неоптимальне позиціонування під час годування може призвести до аспірації пневмонії, особливо у пацієнтів з дисфагією, а загальне неоптимальне позиціонування також підвищує ризик респіраторних інфекцій Геміплегічний біль у плечі, пов'язаний з параліч та неоптимальне відновлення руху руки, яка торкається чверть пацієнтів після інсульту, часто викликається неоптимальне позиціонування (Smith 2012). Основна увага в лікуванні приділяється заохочення пацієнтів до мобілізації якомога якнайшвидше, щоб знизити ризики пов'язаних із тривалими періодами нерухомості, відновити функціональність, та покращити результати реабілітації та незалежність (AVERT Trial Collaboration group 2015). Пацієнти мають бути обстежені протягом 24 годин після пережитого інсульту відповідним чином підготовленим спеціалістом охорони здоров'я, щоб визначити найбільш безпечні та підходящі засоби переміщення та мобілізації, наприклад, їхня здатність пересуватися з ліжка на стілець або туалет (RCP 2016). Цю роль часто виконують фізіотерапевти в разі з медсестрами. Під час переміщення та обробки пацієнтів перенесли інсульт, медсестри повинні переконатися, що безпечні техніки, такі як використання ковзних дощок та підйомників, і що забезпечується відповідна підтримка для людей з ослабленими кінцівками для зниження частоти виникнення болю та підвину (неповного або часткового підвину (неповний або частковий вивих суглоба) (Smith 2012). Позиціонування також має підтримувати оптимальну дихальну функцію, щоб мінімізації ризику респіраторних інфекцій, наприклад, пацієнт повинен перебувати у вертикальному положенні та з опорою на подушки, щоб забезпечити оптимального розширення легень (RCP 2016). Пацієнтам, особливо тим, з дисфагією, слід допомагати прийняти відповідне положення для годування, перорального або ентерального, щоб знизити ризик аспірації (Vose et al 2014). Процес реабілітації повинен включати постійну оцінку та керування падіннями. Пацієнти, які мають обмежену рухливість, пов'язану з інсультом, мають підвищений ризик падінь, причому до 73% їх можуть падінь (Sackley et al. 2008). Страх перед падіннями, як із боку медичного персоналу або пацієнтів, не повинен не повинен бути перешкодою для мобілізації, та ефективна реабілітація та короткі часті періоди мобілізації повинні проводитись щодня (AVERT Trial Collaboration group 2015). Пацієнти, які досить мобільні слід заохочувати переносити себе у ванну кімнату, що це може допомогти у вирішенні проблеми нетримання сечі (Woodward 2014).

Підготовка плеча/кісті та стегон до переміщення.

Трансфер пасивний в ліжку



Fig. 6.1 Moving the shoulder blade relative to the torso



Fig. 6.3 Protective hand position



Fig. 6.5 Preparation: stimulating while flex the leg



Fig. 6.6 Hands on the navel



Fig. 6.7 (a) Hands-on when slipping away from the foot. (b) Hands-on to pelvis and knee

Fig. 6.8 Moving shoulders in supine position with lifting of the head



Fig. 6.9 Turning over with hands on both arms



Fig. 6.11 Turning over with safety handle arm



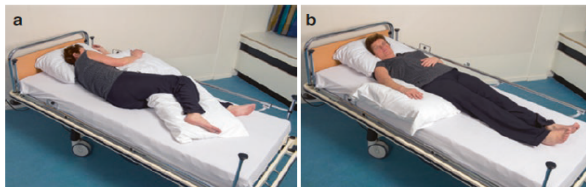
Fig. 6.10 Turning over with hemispheric arm on the side



Fig. 6.12 (a) Moving hip into lateral position. (b) Moving shoulders into lateral position

Позиціонування в ліжку

positioned forward and the arm and hand are supported by a pillow



Переведення з положення лежачи в положення сидячи



Переведення з положення сидячи в положення лежачи



Fig. 6.18 Hands-on pelvis and shoulder healthy side; patient places leg out of bed on his own



Положення сидячі

Сидячи Ми не можемо сидіти в нерухомому положенні протягом тривалого періоду часу. Однак інсульт пацієнт часто не в змозі зберегти рівновагу або змінити позу. Підтримка адекватного постава під час діяльності часто важка. Ці зображення показують пасивний і активний сидячи згодом і показують положення рук при переході на місце для сидіння позицію.



Мал.6.20 (а) Пасивне положення сидячи. (б)Активне положення сидячи.

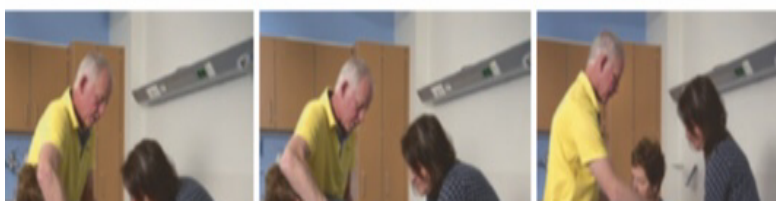
Переведення сідниць у положення сидячи



Пересадка пацієнта з ліжка у крісло

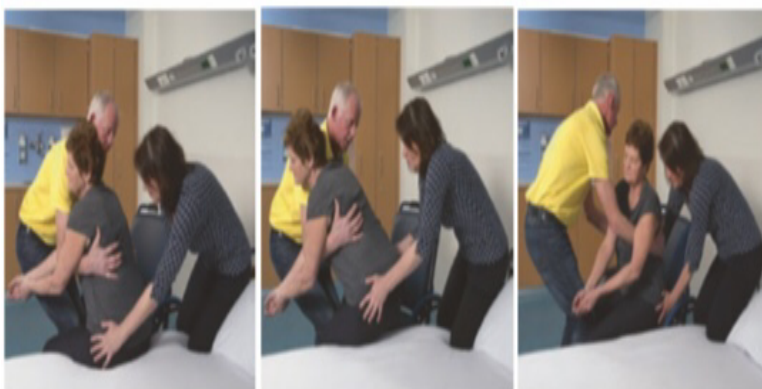
Пересадка пацієнта з ліжка у крісло вимагає розуміння руху та відпрацювання положень у практиці.

Переміщення з ліжка у крісло зі зміщеною функцією торсу.



Положення руки з великою опорою на тулубі.

Положення рук з керуванням тулуба.



Фізіотерапевт надає підтримку пацієнту.

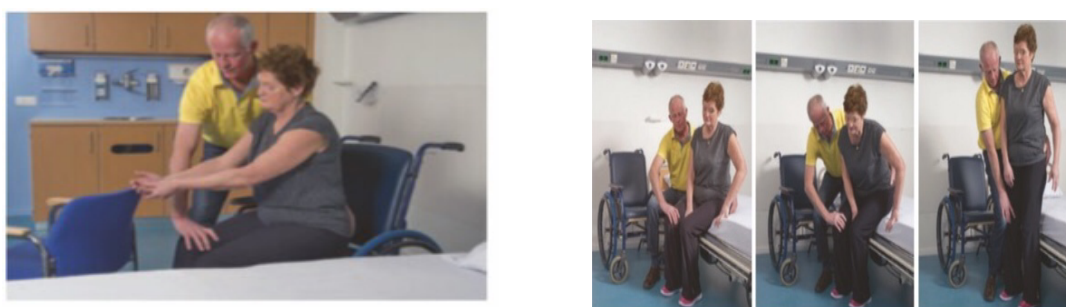
Переміщення з ліжка на крісло нормальною функцією тулуба

Сидіти та пересуватися на інвалідному візку може бути складним для пацієнтів з інсультом. На малюнках 6.27, 6.28, 6.29, 6.30. Показано коригування положення сидячи.

Переміщення руки, розміщеної на тазі та коліні.



Самостійне переміщення з ліжка на крісло під наглядом з опорою біля ліжка.



Переміщення, встаючи та роблячи кроки до крісла. Рука поставлена на таз та коліно ураженої сторони



(a) початкове положення (b) розміщення стопи під коліном.



ПРОФІЛАКТИКА ПАДІННЯ

Оцінка ризику падіння за шкалою балансу Берга

Вжиття запобіжних заходів для запобігання падіння після інсульту може допомогти врятувати життя. Падіння є основною причиною випадкових смертей вдома, і вони є основною причиною 40% госпіталізації в будинки престарілих.

Крім того, до 37% пацієнтів потрапляють у перші 6 місяців після інсульту; і до 73% впали через рік після інсульту.

Оцініть обставини, пов'язані з підвищенням рівня ризику падіння під час госпіталізації, після будь-яких змін у фізичному стані або когнітивному статусі пацієнта, щоразу, коли трапляється падіння, систематично під час перебування в стаціонарі або в довготривалій реабілітації. Медична сестра використовує стандартні інструменти оцінювання та враховує їх при плануванні медсестринського процесу.

1. Оцініть історію падінь.

Люди з більшою ймовірністю знову впадуть, якщо вони пережили одне або кілька падінь за останні шість місяців. Люди похилого віку мають підвищений ризик повторної госпіталізації, пов'язаної з падінням, на основі дослідження, яке визначає фактори, що передбачають результати, пов'язані з повторними падіннями (Prabhakaran et al., 2020).

2. Оцініть зміни психічного стану.

Люди з порушенням свідомості та дезорієнтації можуть не розуміти, де вони знаходяться або що робити, щоб допомогти собі. Вони можуть блукати з одного місця в інше, що може поставити під загрозу їхню безпеку. Крім того, сплутаність свідомості та порушення когнітивних здібностей збільшують ймовірність падіння пацієнта.

3. Оцініть вікові фізичні зміни

На здатність людей захищатися від падінь впливають такі фактори, як вік і розвиток. Люди похилого віку зі слабкими м'язами частіше впадають, ніж ті, хто зберігає силу, гнучкість і витривалість м'язів. Ці зміни включають зниження зорової функції,

порушення сприйняття кольору, зміну центру ваги, нестійку ходу, зниження сили м'язів, зниження витривалості, змінене сприйняття глибини, а також затримку реакції та часу реакції.

У літніх людей із віковою дегенерацією жовтої плями погіршення зору було особливо пов'язано зі збільшенням частоти падінь та інших травм. Менша контрастна чутливість була пов'язана як із збільшенням частоти падінь, так і з іншими травмами, тоді як зниження гостроти зору було пов'язано лише зі збільшенням частоти падінь (Wood et al., 2011).

4. Оцініть пацієнта на наявність сенсорного дефіциту.

Чуттєве сприйняття подразників навколишнього середовища має першорядне значення для безпеки. Порушення зору та слуху обмежують здатність пацієнта сприймати небезпеку в оточенні. Виявлено, що літні люди, які жили в будинках із слабо освітленими кухнями та безладом у під'їздах чи задніх дворах, піддаються значно більшому ризику падіння (Huang, 2004).

5. Оцініть рівновагу і ходу хворого.

Люди похилого віку, які мають погану рівновагу або мають труднощі при ходьбі, частіше впадають. Ці проблеми можуть бути пов'язані з відсутністю фізичних навантажень або неврологічними причинами, артритом або іншими медичними станами та методами лікування. Важливим фактором ризику, зазначеним у дослідженні, є те, що дорослі з ревматоїдним артритом мають високий ризик падінь, включаючи набряки та чутливість суглобів нижніх кінцівок, втому та вживання психотропних препаратів (Stanmore et al., 2013).

6. Оцініть використання допоміжних засобів пересування.

Неправильне використання, неправильний підбір та обслуговування засобів пересування, таких як тростини, ходунки та інвалідні візки, можуть збільшити витрати енергії, нестійку ходу, перевантаження та пошкодження суглобів і в кінцевому підсумку підвищити ризик падінь пацієнта. Люди похилого віку, які є слабкими і не використовують амбулаторні допоміжні пристрої, більше падають під час повсякденної діяльності (Cruz et al., 2020). Необхідно розробити освітні програми для заохочення правильного використання амбулаторно-допоміжних пристроїв слабкими людьми похилого віку.

7. Оцініть наявність симптомів захворювання.

Збільшення частоти падінь було продемонстровано у людей із такими симптомами, як *ортостатична гіпотензія*, знижений мозковий кровотік, порушення сечовипускання, набряки, запаморочення, слабкість, втома та сплутаність свідомості. Пацієнти з певним діагнозом відчували більше падінь, ніж інші. Наприклад, пацієнти з інсультом були більш схильні до падіння, ніж інші пацієнти, тим самим продовжуючи їхнє перебування та збільшуючи медичні витрати під час фізичної реабілітації (Salamon et al., 2012).

Пацієнти з ортостатичною гіпотонією, у яких артеріальний тиск падає при частому стоянні, відчують запаморочення, які можуть спричинити падіння.

8. **Перегляньте ліки пацієнта.** Фактори ризику падіння також включають прийом ліків, таких як антигіпертензивні засоби, інгібітори АПФ, діуретики, трициклічні антидепресанти, вживання алкоголю, опіатів, а також снодійних або транквілізаторів. Люди похилого віку зазвичай приймають різні ліки від багатьох хронічних захворювань. Госпіталізовані літні люди, які приймають ліки, мають підвищений ризик падінь на основі дослідження зв'язку між вживанням наркотиків і падінням (Rhalimi & Jaescker, 2009). Ліки, які впливають на АТ і рівень свідомості, пов'язані з найвищим ризиком падіння.

9. Оцінити наявність небезпечного одягу.

Одяг і взуття, які погано сидять або занадто тісні, можуть обмежувати рух і пересування людини, сприяючи ризику падіння.

12. Оцініть навколишнє середовище пацієнта.

Людина з більшою ймовірністю впаде, якщо навколишнє оточення, наприклад, розміщення меблів та обладнання в певній зоні. Небезпеки для довкілля сприяють падінню більшою мірою у літніх здорових людей, ніж у літніх слабких людей через збільшення ризику падіння зі збільшенням частки таких падінь, що відбуваються поза домом (Лорд та ін., 2006).

Use this checklist to find and fix hazards in your home.

STAIRS & STEPS (INDOORS & OUTDOORS)	FLOORS	BEDROOMS
Are there papers, shoes, books, or other objects on the stairs? ☐ Always keep objects off the stairs.	When you walk through a room, do you have to walk around furniture? ☐ Ask someone to move the furniture so your path is clear.	Is the light near the bed hard to reach? ☐ Place a lamp close to the bed where it's easy to reach.
Are some steps broken or uneven? ☐ Fix loose or uneven steps.	Do you have throw rugs on the floor? ☐ Remove the rugs, or use double-sided tape or a non-slip backing so the rugs won't slip.	Is the path from your bed to the bathroom dark? ☐ Put in a nightlight so you can see where you're walking. Some nightlights go on by themselves after dark.
Is there a light and light switch at the top and bottom of the stairs? ☐ Have an electrician put in an overhead light and light switch at the top and bottom of the stairs. You can get light switches that glow.	Are there papers, shoes, books, or other objects on the floor? ☐ Pick up things that are on the floor. Always keep objects off the floor.	BATHROOMS Is the tub or shower floor slippery? ☐ Put a non-slip rubber mat or self-stick strips on the floor of the tub or shower.
Has a stairway light bulb burned out? ☐ Have a friend or family member change the light bulb.	Do you have to walk over or around wires or cords (like lamp, telephone, or extension cords)? ☐ Coil or tape cords and wires next to the wall so you can't trip over them. If needed, have an electrician put in another outlet.	Do you need some support when you get in and out of the tub, or up from the toilet? ☐ Have grab bars put in next to and inside the tub, and next to the toilet.
Is the carpet on the steps loose or torn? ☐ Make sure the carpet is firmly attached to every step, or remove the carpet and attach non-slip rubber treads to the stairs.	KITCHEN Are the things you use often on high shelves? ☐ Keep things you use often on the lower shelves (about waist high).	
Are the handrails loose or broken? Is there a handrail on only one side of the stairs? ☐ Fix loose handrails, or put in new ones. Make sure handrails are on both sides of the stairs, and are as long as the stairs.	Is your step stool sturdy? ☐ If you must use a step stool, get one with a bar to hold on to. Never use a chair as a step stool.	

Медсестринське втручання для дорослих або пацієнтів у стаціонарі або в умовах тривалого догляду:

1. *Розробити індивідуальний план допомоги для запобігання падінням.* Забезпечте індивідуальний план лікування відповідно до індивідуальних потреб пацієнта. Планування індивідуальної програми запобігання падінням має важливе значення для медсестринського догляду в будь-якому медичному середовищі та потребує багатогранного підходу. Уникайте надто покладатися на універсальні запобіжні заходи, оскільки різні люди мають різні потреби. Універсальні запобіжні заходи при падінні встановлені для всіх пацієнтів, щоб зменшити ризик падіння. Ці стандартні стратегії, загалом, допомагають створити безпечне середовище, яке зменшує випадкові падіння та визначає основні профілактичні заходи для всіх пацієнтів.
2. *Забезпечте безпечні ідентифікаційні браслети для пацієнтів із ризиком падіння, щоб нагадати медичним працівникам дотримуватися заходів обережності при падінні.* Ознаки є життєво важливими для пацієнтів із ризиком падіння. (Sevdalis et al., 2009).
3. *Перевести хворого в кімнату біля медсестринського пункту.* Визначити, які пацієнти найбільш імовірно впадуть, важливо, щоб підготуватися та передбачити розташування поблизу, а також забезпечити більш постійне спостереження та швидке реагування на потреби виклику.



4. *Помістіть предмети, якими користується пацієнт, такі як лампочка виклику, пісуар, вода та телефон.*

Предмети, які знаходяться занадто далеко, можуть вимагати від пацієнта простягнути руку або пересуватися без потреби і потенційно можуть становити небезпеку або сприяти падінню.

5. *Відповідайте на світловий виклик якомога швидше.*

Допомагає уникнути того, щоб пацієнт вставав з ліжка без сторонньої допомоги.

7. *Повідомте пацієнта про переваги носіння окулярів і слухових апаратів.* Заохочуйте регулярно перевіряти зір і слух.

Небезпеку можна зменшити, якщо пацієнт використовує відповідні допоміжні засоби для сприяння зоровому та слуховому орієнтації в навколишньому середовищі. Погіршення зору може стати причиною падіння.

8. *Забезпечте пацієнтам групи високого ризику накладку для стегна.*

Настегнові накладки, якщо їх правильно носити, можуть зменшити перелом стегна при падінні.

9. *Розташуйте ліжка в найнижчому можливому положенні.* За потреби встановіть поверхню для сну пацієнта якомога ближче до підлоги.

Підтримка ліжка ближче до підлоги знижує ризик падіння і серйозних травм. Розміщення матраца на підлозі значно знижує ризик падіння в деяких медичних установах. Низькі ліжка призначені для зменшення відстані, на яку падає пацієнт після вставання з ліжка. Хоча ці ліжка не запобігають падінню, вони зменшують відстань падіння, зменшуючи травми та травми (Quigley et al., 2015).

10. *Для високих пацієнтів уникайте постійно тримати ліжко в низькому положенні.*

Пацієнти з високим зростом і слабкими м'язами ніг, які намагаються сісти на ліжко з положення стоячи, швидше за все, впадуть на ліжко, оскільки воно занадто низько, щоб вони могли безпечно опуститися. Крім того, якщо високий пацієнт намагається встати з низького ліжка без сторонньої допомоги, пацієнт, швидше за все, впаде на ліжко або пропустить ліжко і впаде на підлогу.

11. *Захистить ліжко та крісло, коли пацієнт встає без підтримки чи допомоги.*

Сигналізатори ліжка служать системою раннього попередження, щоб попередити медперсонал про те, що пацієнт збирається встати з ліжка без сторонньої допомоги. Вони створені для того, щоб сприяти своєчасному порятунку, а не для запобігання падіння з ліжка. Звукові сигнали також можуть нагадати пацієнту не вставати

одному. Використання сигналізації також може бути заміною фізичних обмежень. Крім сигналізації ліжка, посилений нагляд за пацієнтами з високим ризиком також може допомогти запобігти падінням.

12. Підніміть бічні поручні на ліжках, якщо потрібно. Для ліжок з роздільними бічними поручнями залиште принаймні одну з поручнів біля підніжжя ліжка.

Згідно з дослідженнями, дезорієнтований або розгублений пацієнт менш імовірно впаде, якщо одна з чотирьох рейок опущена вниз.

13. Покладіть біля ліжка неслизький килимок.

Килимки можуть служити подушкою, яка допомагає зменшити вплив можливого падіння.

14. Заохочуйте пацієнта надягати черевики або тапочки на неслизькій підшві під час ходьби.

З віком хода стає повільнішою, а крок — коротшим. Взуття впливає на рівновагу та подальший ризик посковзнутися, спотикатися та падінь, змінюючи соматосенсорний зворотний зв'язок зі стопою та щиколоткою та змінюючи умови тертя на межі між взуттям та підлогою. Нековзне взуття забезпечує надійну опору для пацієнта зі зменшеним підйомом стопи та пальців під час ходьби. Взуття з низькими підборами і великою контактною площею може допомогти літнім людям зменшити ризик падіння під час повсякденної діяльності та обстановки (Tencer et al., 2004). Дослідження порівнювало стійкість до ковзання під час мобілізації, нахилу та спуску у пацієнтів з босими ногами з пацієнтами, які носять нековзні шкарпетки або компресійні панчохи. Результати показали, що босі ноги забезпечують кращу стійкість до ковзання, ніж неслизькі шкарпетки під час мобілізації та нахилу (Quigley et al., 2015; Chari et al., 2009).

15. Пацієнтам із нерівномірною ходьбою або падінням стопи уникайте носіння неслизьких шкарпеток.

Пацієнти з шаркаючою ходьбою різко збільшують ймовірність падіння. Щоб зменшити ризик падіння, взуття має бути з невеликим каблуком або без каблука, тонкою підшвою з протиковзним протектором і підтримувати щиколотки.

16. Нехай пацієнт одягне відповідне взуття.

Порадьте пацієнту носити неслизькі шкарпетки, щоб запобігти ковзанню ніг під час стояння. Проте заохочуйте пацієнтів носити відповідне, добре підібране взуття, а не неслизькі шкарпетки для пересування.

12. Ознайомити пацієнта з плануванням кімнати.

Не рекомендується переставляти меблі в кімнаті.

Людина з більшою ймовірністю впаде, якщо навколишнє не знайоме, наприклад, розміщення меблів та обладнання в певній зоні. Пацієнт повинен звикнути до планування кімнати, щоб не спіткнутися об меблі або великі предмети.

19. Навчіть пацієнтів, як безпечно пересуватися вдома, включаючи використання заходів безпеки, таких як поручні у ванній кімнаті.

20. Використовуйте важкі меблі, які не перекидаються під час пересування. Зробіть основний шлях чітким і максимально прямим. Уникайте безладу на поверхні підлоги.

Пацієнти, які мають труднощі з балансуванням, не вміють обходити певні об'єкти, які заважають прямій дорозі. Розпізнавання та усунення потенційних небезпек і створення допоміжних пристроїв є ефективними підходами до запобігання падінням, які роблять домашнє середовище безпечнішим для літніх людей. Експерти з безпеки та інженери-конструктори можуть співпрацювати з медичними працівниками, працівниками по догляду на дому та людьми похилого віку, щоб покращити домашнє середовище (Роджерс та ін., 2004).

22. Забезпечте належне освітлення приміщення, особливо вночі.

Пацієнти, особливо літні люди, мають знижені зорові здібності. Освітлення незнайомого оточення сприяє підвищенню видимості, якщо пацієнту доводиться вставати вночі. У дослідженні будинки з достатнім освітленням повідомляють про менше падінь (Ramulu et al., 2021). Поліпшення освітлення вдома може зменшити частоту падінь у літніх людей.

23. Забезпечити пацієнта допоміжними засобами для переміщення та пересування.

Використання ходових поясів усіма медичними працівниками може сприяти безпеці під

час надання допомоги пацієнтам при переміщенні з ліжка на крісло. Допоміжні засоби, такі як тростини, ходунки та інвалідні візки, можуть покращити стабільність і рівновагу пацієнта під час пересування.



24. Подумайте про заняття фізичною та ергоерапією, щоб допомогти в техніці ходи.

Фізична терапія та ерготерапія визначається як терапевтичне застосування діяльності повсякденного життя ADL (заняття) в індивіду або групі для розвитку та посилення участі у ролях, звичках і розпорядках вдома, у школі, на робочому місці, у суспільстві та в інші налаштування. Ці заходи дозволяють людям інтегрувати фізичні вправи у свій повсякденний розклад дня. Групові вправи можуть бути надзвичайно корисними для літніх людей. Спостерігаючи за однолітками під час виконання вправ, можна досягти прогресу в їхніх реакціях і поведінці (Samardžić et al., 2020).



25. Визнайте, що коли пацієнт виконує інше завдання під час ходьби, наприклад, тримає чашку з водою, одягом або припасами, він, швидше за все, впаде.

Пацієнтам слід уникати носіння різних предметів, які можуть спричинити більший ризик наступних падінь.

26. Максимально обмежте використання інвалідних візків, тому що вони можуть служити утримувальним пристроєм.

Більшість людей на інвалідних візках не рухаються. Інвалідні візки, на жаль, служать утримуючим пристроєм

27. Якщо у пацієнта знову виникла сплутаність свідомості (делирій), забезпечте орієнтацію на реальність під час взаємодії. Нехай родина приносить з дому знайомі предмети, годинники та годинники, щоб орієнтуватися.

Орієнтація на реальність може допомогти запобігти або зменшити плутанину, яка збільшує ризик впасти у пацієнтів з маренням.

28. *Попросіть сім'ю залишитися з пацієнтом.*

Допомагає уникнути випадкового падіння пацієнта або витягування трубок.

30. *Направити пацієнта з проблемами опорно-рухового апарату для діагностичного обстеження.*

Пацієнти з проблемами опорно-рухового апарату, такими як остеопороз, мають підвищений ризик серйозних травм від падінь. Скелетно-м'язовий біль, явно загальний біль, є основним фактором ризику падінь у літніх жінок з інвалідністю. Ризик повторних падінь і переломів, про які вони повідомляли, внаслідок падінь, також був підвищений у жінок із скелетно-м'язовим болям, майже завжди у жінок із загальним болям (Leveille et al., 2002). Визначення мінеральної щільності кісток допоможе визначити ризик переломів при падінні. Оцінка фізичної терапії може виявити проблеми з рівновагою та ходою, які можуть збільшити ризик падіння людини.

32. *Дозвольте пацієнту брати участь у програмі регулярних фізичних вправ і тренування ходи.*

Дослідження рекомендують виконувати вправи для зміцнення м'язів, поліпшення балансу та збільшення щільності кісток. Підвищена фізична підготовка знижує ризик падінь і обмежує травми, які отримуються під час падіння. Програми вправ на суші та на воді можуть бути однаково корисними для рівноваги та ходи і тим самим знизити ризик падінь. Вправи у воді можуть сприяти позитивному впливу на рівновагу та ходи для жінок 65 років і старше. Вправи на воді можна розглядати як альтернативну вправу для літніх людей, особливо якщо наземні вправи є складними через хронічні захворювання опорно-рухового апарату (Booth, 2004).

33. *Заохочуйте пацієнта виконувати вправу підйом на стілець або вправу «сидячи-стоячи».*

Вправа з підйому на стілець — це проста вправа сидячи і стоячи, яка допомагає зміцнити м'язи стегон і сідниць, а також покращує рухливість і незалежність. Мета полягає в тому, щоб виконувати вправи підйому на стілець без використання рук, оскільки клієнт стає сильнішим. Перегляньте розділ ресурсів для детальної інструкції щодо виконання вправи «Підйом на стілець».





Менеджмент при нетриманні сечі та калу (нейрогенний сечовий міхур/ кішківник)

Нетримання сечового міхура та/або кишечника часто зустрічається під час гострої фази інсульту та може зберігатися у чверті пацієнтів через рік після інсульту, тоді як запори можуть розвинути у більш більш ніж у половини пацієнтів, які перенесли інсульт у гострій фазі (Lim and Childs 2013, Mehdi et al. 2013). Нетримання підвищує ризик руйнування шкіри і може ускладнити загоєння виразок чи вологих ушкоджень. Воно може також надавати згубний вплив на психологічний добробут у таких областях, як самосприйняття, впевненість у собі та залученість у реабілітації (Woodward 2014). Не існує єдиної причини постінсультного нетримання, і рутинна катетеризації уретри слід уникати, за винятком випадків, коли це необхідно для утримання сечі або критичного балансу рідини вимір. Медсестри мають бути навчені використанню стандартизованих оцінки та управління методів стандартизованої оцінки та лікування як нетримання, так і запорів, наприклад, щоденники сечового міхура щоденники, тренування м'язів тазового дна та регулярні графіки відвідування туалету (Lim and Childs 2013, Mehdi et al 2013). Якщо триває втрата контролю над сечовим міхуром та/або контролю над кишечником після двох тижнів первісного лікування, необхідно провести повне слід провести повторну оцінку. Догляд плани догляду повинні бути обговорені з та включати: лікування будь-який лікування будь-якої виявленої причини нетримання; навчання управлінню нетримання; організацію постійне постачання постійними допоміжні засоби, такі як прокладки; та напрямок до фахівців направлення до фахівців, якщо це необхідно (Mehdi et al 2013, Woodward 2014). Лім та Чайлдс (2013) визначили, що структурована, збудована під керівництвом медсестри програма управління кишечником може бути ефективною для тих, хто страждає запорами. Вона може бути здійснена будь-яка компетентна медсестра і включає поради щодо харчування, споживання рідини, фізичних вправ та регулярного туалету для заохочення регулярного випорожнення кишечника.

Положення протоколу МОЗ

1. Всі пацієнти з інсультом повинні бути обстежені в приймальному відділенні на предмет нетримання та затримки сечовипускання (без або з парадоксальним нетриманням сечі) і нетримання або затримки калу.

2. Пацієнти з інсультом і нетриманням сечі повинні бути обстежені спеціально навченим персоналом з використанням стандартної функціональної оцінки.

Обґрунтування

1. Порушення випорожнення кишечника та сечовипускання є поширеним явищем безпосередньо після інсульту.

2. Наявність порушення сечовипускання є поганим прогностичним фактором у відновленні після інсульту.

3. Основними заходами у пацієнтів з нетриманням сечі і калу є ретельний догляд.

4. Спеціальна тренувальна програма для сечового міхура може допомогти пацієнту в подальшому бути більш незалежним у побуті.

Необхідні дії

1. Ретельний сестринський догляд за пацієнтами з нетриманням сечі і калу в гострому періоді інсульту.

2. Слід уникати встановлення постійного сечового (уретрального) катетера, щонайменше в перші 48 годин, якщо тільки затримка сечі не залишається. В іншому випадку постійний сечовий катетер необхідно перевіряти щоденно і видалити так швидко, наскільки це можливо.

3. Необхідно забезпечити ретельний догляд за функцією кишечника у пацієнтів із персистуючою затримкою або нетриманням калу.

Гігієна ротової порожнини

Субоптимальний догляд за порожниною рота пов'язаний з виразками, хворобливістю та тріщинами на губах у пацієнтів, які пережили інсульт. Неоптимальний догляд за ротовою порожниною може також призвести до розвитку бактерій, підвищуючи ризик аспіраційної пневмонії, особливо для пацієнтів з дисфагією (Brady et al 2006, Sørensen et al 2013). Дискомфорт, що виникає в результаті неоптимального догляду за ротовою порожниною означає що пацієнти з меншою ймовірністю будуть їсти та досягати адекватного харчування (Foley et al 2008). Оптимальна гігієна порожнини рота гігієна порожнини рота включає чистку і чищення зубів та ясен, видалення надлишкових виділень та нанесення бальзаму для губ. Медсестри повинні проводити гігієну порожнини рота для пацієнтів, які перенесли інсульт, або надати рекомендації щодо самообслуговування для тих, хто може самостійно. Оральна гігієнічні заходи мають проводитися не менше трьох разів на день (RCP 2016).

Порушення настрою, депресія

Порушення настрою, депресія звичайне явище після інсульту, причому до одна третина пацієнтів випробовує депресію та у однієї п'ятої пацієнтів відчувають емоціоналізм (підвищення посилення емоційної поведінки при (Підвищення емоційної поведінки при мінімальному стимулі) (Hackett et al. 2010, NHS Improvement 2011, Мітчелл 2015). Пацієнти, які перенесли інсульт, також схильні до ризику тривоги, тому медсестри повинні провести початковий скринінг настрою оцінка, яка може містити питання про вік пацієнта, когнітивні здібності та чи відчували вони суїцидальні (Kneebone et al 2010). Медсестри повинні застосовувати мультимодальний підхід до розладів настрою розладам настрою, який включає короткі втручання та мотиваційні інтерв'ювання. Це орієнтовані на пацієнта підходи до консультування у яких використовуються відкриті питання без засудження питання та рефлексивне слухання (Hackett et al 2008, Mitchell 2015). Медсестри також мають усі можливості для того, щоб надавати зрозумілу інформацію та поради, підтримувати пацієнтів у соціальній активності, а також допомогти їм займатися фізичними вправами та фізіотерапією. Медсестри мають забезпечити щоб вони повідомляли про будь-які проблеми, такі як наприклад, про пацієнтів, які не беруть участь з програмами фізичних вправ, міждисциплінарної команди, щоб ці щоб догляд за такими пацієнтами був переглянутий (Партнерство з покращення якості охорони здоров'я Партнерство 2017).

Знеболення

До 46% пацієнтів, які перенесли інсульт, відзначають постінсультний біль, який може приймати у вигляді м'язово-скелетної болю або невропатичного болю, та може негативно впливати на реабілітацію та якість життя (Hansen et al 2012). Центральна постінсультний біль

(ЦПБ) - це форма хронічного невропатичного болю, який розвивається після пошкодження нервової тканини. За оцінками, ЦПСП торкається 5-20% пацієнтів, при цьому мало досліджень, що демонструють універсальний для ефективного полегшення болю, враховуючи його стійкість до традиційних аналгезії (Oh and Seo 2015). Медсестри відіграють ключову роль у: інформування пацієнтів про природу КПСП і як вона може вплинути на якість життя; поясненні цілей його лікування; у вивченні методів знеболювання методи полегшення болю; та надання підтримки розробити індивідуальний план лікування болю (Oh and Seo 2015). Тривала нерухомість, неоптимальна постава, і неправильне переміщення та техніки переміщення та звернення можуть викликати біль в опорно-руховому апараті, а також посилювати вже існуючі захворювання

Догляд за трахеостомою

Трахеостомія – це хірургічне втручання процедура, яка формує дихальні шляхи через розріз у трахеї (Myatt 2015). По оцінкам 1-3% пацієнтів, які перенесли інсульт, потрібно трахеостомія (Seo et al 2017). Хоча трахеостомія є оборотною, пацієнт, який пережив інсульт, вона може знадобитися протягом тривалого періоду реабілітації, і зрештою вона може постійною (Myatt 2015, Seo et al 2017). Трахеостоми використовуються або для підтримки дихальних шляхів та дихання під час гострої фази інсульту, або при тяжкій поточної дисфагії, коли повторна аспірація істотно впливає на реабілітацію пацієнта (Bösel 2014, Seo et al 2017). Сестринський догляд за пацієнтом з трахеостомою включає в себе (Myatt 2015): "Оцінка ковтальної та дихальної функції. ""Оцінка їхньої здатності очищати та підтримувати місце трахеостоми та внутрішню канюлю, включаючи заміну внутрішню трубку. ""Проведення ендотрахеального відсмоктування та догляд за порожниною рота. ""Підтримка їх комунікативні потреби. Медсестри можуть навчати пацієнтів з трахеостомою про те, як здійснювати самообслуговування у випадках, коли це безпечно та доцільно, сприяючи подальшому розвитку незалежності. Субоптимальне управління трахеостоми може мати серйозні і навіть до смерті; тому медичні організації повинні мати встановлені протоколи для щоденного догляду за пацієнтами з трахеостомою та повинні забезпечити відповідне навчання (Національний Конфіденційне розслідування щодо пацієнтів Виходи та смерть пацієнтів 2014). Підтримка осіб, які здійснюють догляд Крім догляду за пацієнтами, які перенесли інсульт, важливо медсестрам важливо пам'ятати що цілісний догляд також включає членів сім'ї та доглядальниць. Доглядальниці можуть включати офіційних оплачуваних доглядальниць, а також а також партнери пацієнта, друзі та члени сім'ї. Раптовий, несподіваний характер інсульту може змусити партнерів, друзів та членів сім'ї партнерів, друзів та членів сім'ї у роль доглядальниці без попередження чи підтримки. Коли виписці пацієнтів, які перенесли перенесли інсульт, медсестри повинні окремо оцінити потреби осіб, які здійснюють догляд, визначаючи області, де вони можуть потрібна практична чи емоційна підтримка, наприклад, зі збільшенням домашнє навантаження (Bulley et al. 2010, Cecil et al 2010). Напрямок служби, такі як місцеві агенції з догляду та благодійні організації мають бути частиною цей процес, а також напрямок інсультні відділення, реабілітаційні центри або практичні клініки, де це потрібно.

Друга фаза – післягострий реабілітаційний період.

Основна мета цієї фази є зменшення несприятливих наслідків інсульту, запобігання ускладненням та відновлення функціонування у повсякденному житті, наскільки це можливо. Фаза реабілітації закінчується, коли відновлення функцій мало відбувається. Найінтенсивніші програми реабілітації після інсульту проводяться у стаціонарі (зазвичай у реабілітаційному центрі), де працюють багатопрофільною командою, що спеціалізується на реабілітації після інсульту.

В основу відновлення пацієнтів покладена модель МКФ*



* http://repository.ldufk.edu.ua/bitstream/34606048/30115/1/Лекції_Планування%20та%20документування%20реабілітаційного%20процесу%20за%20МКФ.pdf

Це біопсихосоціальна модель, в якій людина рівень функціонування є результатом динамічної взаємодії між станами здоров'я, фактори навколишнього середовища та особистісні фактори.

Функції організму відносяться до фізіологічних функції тіла, структури тіла до анатомічних частин, таких як органи та кінцівки. *Моторний контроль, пізнання та кардіореспіраторна пристосованість є прикладами функцій організму.*

Функції та структури тіла визначають потенціал або здатність людини виконувати діяльність, здатність людини виконувати завдання чи дію. Це стосується того, що людина можна робити, *наприклад, під наглядом терапевта, наприклад, ходити, спілкуватися або користування громадським транспортом.*

Ефективність пов'язана з тим, що людина насправді робить у повсякденному житті. Пацієнти можуть виконувати домашні заходи, але можуть вирішити не робити цього з кількох причин. Родич/доглядальниця, який бере на себе ці дії або невпевненість пацієнта в собі є прикладами, які можуть викликати невідповідність між потужністю та продуктивністю.

Участь пов'язана з власною причетністю до покликання, відпочинок та суспільно-сімейне життя. Екологічні та особистісні фактори можуть бути перешкодами або допоміжними моментами виконання та участі. *Наприклад, наявність або відсутність основного опікуна може визначити, чи може пацієнт бути виписаний вдома або потребує виписки в захищене місце проживання.*

13. Поняття про «НЕЙРОПЛАСТИЧНІСТЬ»



1. Сигнали йдуть від однієї клітини до іншої, утворюючи зв'язок у мозку.
2. Коли інсульт вбиває клітини мозку, він пошкоджує зв'язок.
3. За допомогою реабілітації клітини мозку можуть утворювати нові зв'язки і знову починати посылати сигнали.

Довгий час вважалося, що мозок статичний і тому незмінний. У цьому ракурсі втрата мозкової тканини вважалася безповоротною. Але останні дослідження показали, що мозок пластичний.

Нейропластичність (або «пластичність мозку» або «нейронна пластичність») відноситься до тривалих змін у мозку на всьому протязі життєвий шлях особистості. Його можна спостерігати в різних масштабах, з мікроскопічного зміни окремих нейронів до більш масштабних змін, таких як коркова перепризначення.

Нейропластичність може виникати як пов'язана, так і не пов'язана з травмою мозку. Мозок може реорганізувати свої нейронні мережі, утворюючи нові зв'язки (синапси) між нейронами. Набуті навички перетворюються на нові зв'язки між нервові клітини. Окремі синаптичні зв'язки постійно видаляються або відтворюються. Реабілітаційне навчання означає, що якщо два нейрони активуються в тісному часі близькості, вони починають встановлювати зв'язки («нейрони, які запускаються разом, дріт разом»). Сенсорний досвід і навчання є важливими рушійними силами цих процесів. Синаптичний сила збільшується при повторенні. Якщо не докладати більше зусиль для запам'ятовування нейронні зв'язки слабшають. Нейрона реорганізація вважається важливим субстратом реабілітації після інсульту. Навчання одягатися з паретичною рукою, ходити з паретичною ногою або спілкуватися при афазії передбачає реорганізацію нейронних мереж. Цей процес перенавчання навичкам після інсульту називаються «відновленням, викликаним лікуванням» і можуть продовжуватися років з безперервною практикою та зусиллями.

Див.про Нейропластичність на Kfan Academy



Або <https://www.youtube.com/watch?v=dmEOJyWVQj4>

10. Основні принципи реабілітації.

Третя фаза – це хронічна фаза/ довготривалий реабілітаційний період.

Інсульт є не тільки гострим станом, а й все частіше визнається як захворювання, яке триває все життя. Коли стає ясно, що є постійні обмеження, порушення чи інвалідність, починається хронічна фаза. Метою цієї фази є відновлення колишнього рівня функціонування чи подолання наслідків інсульту в області повсякденної діяльності, специфічної діяльності та роботи/дозвілля через максимальне залучення пацієнта в життя громади. На цьому етапі пацієнт зазвичай знаходиться вдома або у разі серйозних або надто складних потреб у догляді у відділенні довгострокового догляду у будинку для людей похилого віку.

ПРОГНОЗ

Здебільшого відновлення відбувається протягом **перших 6 місяців після інсульту.**

Після цього відновлення може відбуватися, але темпи його сповільнюються.

Важливо сказати пацієнтам, що через інсульт *все буде не так, як раніше*. Передбачається, що пацієнт зможе продовжувати жити настільки незалежно, наскільки це можливо.

Достатня *інформація та освіта* про причини та наслідки інсульту важливі для розуміння цих наслідків. Пацієнти *повинні навчитися долати* їх та прийняти той факт, що інсульт може мати незворотні наслідки. Вони також повинні навчитися долати обмеження; наприклад, пацієнт з геміанопсією вчиться повертати голову у бік, яку він пропускає в поле зору.

Страх повторення часто грає певну роль, і, наприклад, групи підтримки в громаді можуть запропонувати підтримку, і навіть спостереження у соціального працівника чи психолога.

Проблеми, яких можуть страждати пацієнти після інсульту:

1. Втома

Втома – дуже поширене явище після інсульту. Досі незрозуміло, яка точна етіологія, але передбачається, що відновлення мозку може призвести до втоми. Деякі види діяльності також є для пацієнтів більш виснажливими, ніж раніше, та їм завжди доводиться думати у тому, як щось треба зробити. Відповідні фізичні вправи можуть допомогти організму стати сильнішими та покращити стан.

3. Концентрація

Після інсульту можуть виникнути проблеми із концентрацією уваги. Пацієнтам важко перебувати у метушніх приміщеннях, де багато подразників. Крім того, читання книги може бути складним або скрутним.

4. Параліч руки чи ноги

Параліч обмежує пацієнтів у їхньому повсякденному житті. Ранній початок реабілітації забезпечує збільшення шансів на функціональне відновлення. Медсестри повинні пояснити це пацієнту, і разом вони можуть спробувати відновити сили та функції настільки, наскільки це можливо. Однак рівень успіху цього важко передбачити.

4. Мова та мовлення

Порушення мови та мови можуть серйозно впливати на пацієнтів, оскільки вони відчують труднощі із самовираженням, інші їх не розуміють. Це може викликати смуток, збудження, агресію та розчарування.

5. Нетримання

Нетримання сечі та калу може бути результатом інсульту. Іноді це проходить, іноді ні, але пацієнти часто дуже страждають від цього.

6. Порушення пам'яті

Порушення пам'яті, особливо короткочасної, часто виникають після інсульту і важливо оцінити, наскільки серйозні ці проблеми. Чи забуває пацієнт тільки іноді забуває ім'я, чи він забуває вимкнути газ після приготування їжі? приготування їжі? Розширені нейропсихологічні випробування можуть дати більше ясності.

7. Апраксія

Труднощі у виконанні дій у правильному порядку або невикористання інструменту відповідно до того, для чого він був розроблений. *Наприклад, розчісування волосся вилкою.*

8. Зміни характеру

Зміни характеру роблять людей більш нетерплячими або певні риси можуть посилюватись, наприклад, гнів. Іноді пацієнти стають повільнішими або вибухають сльозами. швидше. Це тяжить пацієнтів та неформальних опікунів.

9. Депресія

Депресія – дуже поширене явище після інсульту. Дослідження показують, що одна третина пацієнтів з інсультом страждають на депресивні симптоми. Вони можуть бути млявими і не мають мотивації щось робити. Це згубно для гарної реабілітації, яка ґрунтується на активній участі в терапії. Депресія після інсульту часто ігнорується, проте простим інструментом скринінгу в гострій фазі є *Госпітальна шкала тривоги та депресії. (HADS)* (Bjelland et al. 2002); Caeiro та ін. 2006).

10. Водіння авто

В основному пацієнтам не дозволяється керувати машиною до 2 тижнів після інсульту. Якщо після закінчення цих двох тижнів залишаються фізичні або когнітивні проблеми, які можуть завадити керуванню автомобілем (наприклад, порушення концентрації уваги або сильна втома), пацієнт не може водити машину протягом 3 місяці, після чого розпочнеться процедура. Для професійних водіїв процедури більш суворі.

11. Сексуальність

Важлива частина сексуальності відбувається у мозку і, отже, Дисфункція мозку може призвести до сексуальних проблем. Сексуальність охоплює набагато більшу область, ніж статевий акт: вона також включає романтичне кохання, ласки, поцілунки, близькість, комфорт. Кожна людина дає сексуальності свою особисту інтерпретацію і сексуальна проблема виявляється тоді, коли людина не відчуває сексуальності так, як їй хотілося б. не так, як йому хотілося б.

12. Спастичність

Після інсульту близько 30% пацієнтів страждають на спастичність.

Спастичність - це нервово-м'язовий стан, який спричинений ушкодженням тієї частини мозку, де контролюються добровільні рухи. руху і призводить до таких негативних наслідків, як гіперактивні рефлексії.

Найчастіше використовуваною шкалою для кількісної оцінки ступеня спастичності є модифікована шкала Ешворта (MAS).

Спастичність можна лікувати декількома способами, наприклад, пероральними препаратами, хірургією, ін'єкціями, фізіотерапією, ортезами (Thibaut та ін. 2013).

ВИСНОВКИ:

- Інсульт є третьою основною причиною смерті та однією з основних причин інвалідності, що настає у дорослих у Великій Британії (Newton et al 2015, Office for National Statistics 2017), а також однією з провідних глобальною причиною смерті та набуті інвалідності (Feigin et al 2017)
- Гіпертонія є основною причиною інсульту та, за оцінками, є основним фактором половині ішемічних інсультів, головною причиною геморагічних інсультів, та переважним фактором ризику повторного інсульту (O'Donnell та ін.) 2016, Royal College of Physicians 2016)
- Порушення, пов'язані з інсультом, можуть бути найрізноманітнішими, і можуть знадобитися місяці або навіть роки реабілітації для того, щоб людина повернулася до нормального функціонування, якщо воно взагалі можливе. Порушення можуть включати труднощі з ковтанням (дисфагію) і біль, геміплегія (одностороння слабкість), проблеми з мовленням і спілкуванням, і навіть сильна втома, відома як постінсультна втома (Cross 2008)
- Медсестрі важливо поставити реалістичні мети для відновлення і, працюючи в у партнерстві з пацієнтом, досягти цих цілей за допомогою підходу, заснованого на самоменеджменті (Національний інститут охорони здоров'я та догляду Excellence 2013)
- Метою профілактики інсульту є виявлення модифікованих факторів ризику та у співпраці з пацієнтом, розробити індивідуальний план догляду, який знизить ризик додаткових подій інсульту