

**Министерство здравоохранения и социального развития Российской
Федерации**

**Северо-Западный государственный медицинский университет
им. И.И. Мечникова**

Кафедра сестринского дела с клинической практикой

Е.С. ЛАПТЕВА, А.Б. ПЕТРОВА

**УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ
С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ
СИСТЕМЫ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

Издательство «Человек»
Санкт-Петербург
2012

УДК 616.8
ББК 56.12
Л 24

Лаптева Е.С., Петрова А.Б. Уход за больными с заболеваниями нервной системы:
Учебно-методическое пособие. – СПб.: Человек, 2012. – 48 с.

Рецензент:

В.Л. Баранов – профессор кафедры эндокринологии

В учебно-методическом пособии рассматривается проблема ухода за больными с заболеваниями нервной системы.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов I и II курса ЛФ, МПФ и ФИУ по уходу за больными.

Утверждено
в качестве учебно-методического пособия
Методическим советом ГБОУ ВПО СЗГМУ
им. И.И.Мечникова
протокол № 1 от «5» октября 2012 г.

Издательство ООО «Человек»,
Санкт-Петербург, Малый пр. В. О., 26, оф. 2.
Подписано в печать ???.?.2012. Формат 60х90/16.
Гарнитура Ариал. Усл. печ. л. 3. Тираж ??? экз.
Отпечатано в типографии «Артемиды».

ISBN ??????????????????

© Е.С. Лаптева, А.Б. Петрова, 2012
© Издательство «Человек», 2012

1. **Тема:** Уход за больными с заболеваниями нервной системы.
- 2 **Контингент учащихся** – для студентов I и II курса ЛФ, МПФ и ФИУ по уходу за больными.
- 3 **Продолжительность занятий** – 4 часа (в академических часах).
- 4 **Структура лекции.**
 1. Введение, понятие о неврологии как науке, основные причины, вызывающие поражения нервной системы.
 - 2 Основные симптомы заболеваний нервной системы.
 - 2.1 Двигательные расстройства.
 - 3 Обследование пациентов с заболеваниями нервной системы.
 - 4 Особенности ухода за неврологическими больными.
 - 4.1 Уход за больными с острыми нарушениями мозгового кровообращения.
 - 5 Инсульт, его формы, этиологические факторы, особенности ухода, неотложная помощь.
 - 6 Особенности ухода за больными при эпилепсии.
 - 7 Особенности ухода за больными при рассеянном склерозе.
 - 8 Особенности ухода за больными с инфекционными заболеваниями нервной системы и при черепно-мозговых травмах.
 - 9 Оказание помощи больным с расстройствами сознания.
 - 9.1 Неотложные мероприятия.
 - 9.2 Обследование пациентов.
- 5 **Содержание лекции.**

Неврология (греч. neuron – нерв, logos – учение, наука). Сумма дисциплин, объектом которых является нервная система в норме и патологии.

Патологические изменения нервной системы весьма разнообразны не только в количественно, но также и клинических проявлениях, этим они и отличаются от заболеваний других систем. Кроме того, нервная система включает не одну однородную систему, а состоит из множества систем, каждая из которых уникальна. Более того, нарушение функции нервной системы во многих случаях проявляется нарушением функций других систем и органов.

ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ, ВЫЗЫВАЮЩИЕ ПОРАЖЕНИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Инфекционные, вызывающие воспалительные повреждения нервной системы, к этим причинам относятся:

бактериальные (пневмококки, менингококки, гемофильная палочка, листерия вызывают менингиты, энцефалиты, стрептококки и стафилококки вызывают абсцесс головного мозга, микобактерия туберкулеза – туберкулезный менингит, бледная трепонема – нейросифилис), грибковые инфекции (криптококкоз, аспергиллез, мукормикоз, кокцидиоидомикоз, бластомикоз, актиномикоз), простейшие и паразиты (токсоплазмоз, цистицеркоз, шистосомоз, трихинеллез, церебральная малярия), вирусные, которые могут попадать воздушно-капельным путем (свинка или эпидемический паротит, корь, ветрянка (ветряная оспа)), фекально-оральным (энтеровирусы), половым (герпес), через кожу (арбовирусы, ВИЧ), через плаценту во время беременности (краснуха, цитомегаловирус), по периферической нервной системе (это в основном герпес, вирус бешенства) и вызывают негнойный менингит, острый энцефалит, менингоэнцефалит, ганглиолит, острый передний полиомиелит.

Травматические причины, при которых могут возникать сотрясения и ушибы головного мозга, разрывы периферических нервов и другие заболевания.

Опухолевые причины, которые могут возникать первично, например, в головном мозгу или вторично, при метастазировании.

Сосудистые причины (патологические изменения артерий, артериол, капилляров, вен, синусов), это могут быть окклюзия (закупорка)

сосудов тромбом, эмболом, разрыв сосудистой стенки, нарушения проницаемости или воспаления сосудистой стенки, артериальная гипертензия, повышение вязкости крови и другие.

Наследственные причины, вызывают наследственные метаболические заболевания, наследственные миатонии, врожденные нервно-мышечные заболевания.

Дегенеративные причины, вызывают болезнь Альцгеймера, болезнь Пика, хорея Гентингтона, болезнь Паркинсона и многие другие.

Причины недостаточности питания, а именно витаминов группы В, витамина Е при этом могут возникать следующие заболевания: полинейропатия, нейропатия зрительного нерва, пеллагра и другие.

Заболевания других органов и систем могут быть причинами развития заболеваний нервной системы. При заболеваниях сердца, легких, почек, печени, поджелудочной железы, эндокринных органов практически всегда страдает нервная система.

Инттоксикации различными химическими веществами, к которым нужно отнести этиловый спирт, опиоиды (героин, метадон), барбитураты (фенобарбитал), бензодиазепины (лоразепан, диазепам), антипсихотические средства (торазин, галоперидол), антидепрессанты (флуоксетин, фенелзин), стимуляторы (кофеин, кокаин, амфетамин), психоактивные вещества (ЛСД, конопля, экстази), отравления ядами растительного и животного происхождения, отравления тяжелыми металлами (свинец, мышьяк, ртуть, марганец, висмут, таллий), противоопухолевые и антибактериальные препараты.

ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ ЗАБОЛЕВАНИЙ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Двигательные расстройства. Это могут быть параличи (полная или практически полная потеря мышечной силы), парезы (частичное снижение мышечной силы). Парализованные мышцы становятся ослабленными и мягкими, их сопротивление при пассивных движениях слабо выражено или отсутствует, также в этих мышцах развивается атрофический процесс (в течение 3-4 месяцев нормальный объем мышцы уменьшается на 70 – 80 %), сухожильные рефлексy будут отсутствовать – это периферический паралич. Для центрального паралича будет характерно повышение мышечного тонуса, повышение сухожильных рефлексy, появление патологических рефлексy, нет дегенерации мышц.

Ко второй группе двигательных расстройств, при которой нет снижения мышечной силы, относятся поражения расстройства движения и позы вследствие поражения базальных ганглиев. При этом, возникают следующие симптомы: акинезия, характеризуется неспособностью совершать быстрые движения в конечностях, ригидность мышц, тремор (дрожание в пальцах рук, верхних конечностях, подбородке), хорей (аритмичные произвольные быстрые движения, вовлекающие пальцы руки, кисть, всю конечность или другие части тела), атетоз (относительно медленные червеобразные произвольные движения, сменяющиеся одно другим), дистония (проявляется возникновением патологических поз).

Нарушения координации движений и другие расстройства функции мозжечка. При этом возникают нарушение координации произвольных движений (атаксия), дизартрия (замедление или нечеткость речи), гипотония конечностей. Из других нарушений двигательных движений выделяют:

- тремор (дрожание), астериксис (быстрые, крупноразмашистые, аритмичные движения),
- клонус (ритмичные однонаправленные сокращения и расслабления группы мышц), миоклонус (аритмичные, толчкообразные сокращения отдельных групп мышц), полимиоклонус (распространенные молниеносные, аритмичные сокращения мышц во многих частях тела), тики (периодические резкие подергивания в определенных группах мышц, по-видимому, позволяющие пациентам уменьшить ощущение внутреннего напряжения), двигательная стереотипия,
- акатизия (состояние крайнего двигательного беспокойства), вздрагивание. Нарушение устойчивости и ходьбы, это мозжечковая походка (широко расставленные ноги, неустойчивость в положении стоя и сидя),
- сенсорная атактическая походка (выраженные затруднения при стоянии и ходьбе, несмотря на сохранение мышечной силы), и многие другие.

Часто появляются расстройства тактильной чувствительности.

Из других симптомов это боль.

Здесь особо необходимо выделить головную боль (простая мигрень, классическая мигрень, пучковая мигрень, хроническая головная боль напряжения, боль при опухолях головного мозга, боль при

височном артериите), боль в нижних отделах спины и конечностях (растяжение в пояснично-крестцовом отделе, грыжи дисков, находящиеся между позвонков, спондилолистез, спондилез, опухоли спинного мозга и позвоночника), боли в шее и в верхней конечности (межпозвоночные грыжи, дегенеративные заболевания шейного отдела позвоночника).

Изменение функции других типов чувствительности, нарушения обоняния: anosmia (потеря обоняния), dysosmia (извращение восприятия обонятельных ощущений), обонятельные галлюцинации, нарушения вкуса.

Из остальных видов чувствительности, это нарушения зрения, движения глаз и функции зрачков, нарушения слухового анализатора, головокружение и изменения в системе равновесия - могут быть признаками патологических процессов в нервной системы.

Другими проявлениями патологии нервной системы могут быть эпилептические припадки, истерические припадки, нарушения сознания (кома, обморок), нарушения сна (инсомния – хроническая неспособность заснуть, гиперсомния – чрезмерный сон, снохождение и другие), кроме того нарушения умственной деятельности, изменения в поведении, нарушения речевой деятельности, сильная тревожность, быстрая утомляемость, перепады настроения и патология влечений.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Диагностика болезней нервной системы, как и болезней других органов, начинается с подробного сбора анамнеза и тщательного осмотра пациента.

Далее идет неврологический осмотр. Определяют сознание, снижение интеллекта, ориентацию во времени и пространстве, ориентацию в собственном Я, нарушения речи, как зрачки реагируют на свет, изменения в аккомодации, функционирование глазодвигательных мышц, остроту зрения и слуха, кинетику мимической мускулатуры, языка, глоточных мышц; как пациент держит вытянутые вперед рук и движения в них, субъективные признаки нарушения чувствительности, рефлекс с разных мышц, наличие патологических рефлексов, активные движения в суставах.

В некоторых случаях возможно поставить диагноз на основании только клинических данных, однако гораздо чаще для этого необходимо провести одно или несколько дополнительных исследований.

Компьютерная томография, она позволяет увидеть кровоизлияния, артериовенозные мальформации, размягчение и отек ткани головного мозга в результате инфаркта или травмы, абсцесс и новообразование.

Магнитно-резонансная томография, в отличие от компьютерной томографии обладает более большей разрешающей способностью, кроме того нет лучевой нагрузки на пациента. Можно более точно получить все структуры ядерных структур, более четко визуализируются очаги демиелинизации.

Ангиография позволяет выявить изменения сосудов головного мозга.

Ультразвуковое исследование позволяет получать изображение крупных сосудов шеи.

Позитронная эмиссионная томография и однофотонная эмиссионная компьютерная томография, эти методы позволяют изучать кровоток и метаболизм в головном мозге.

Люмбальная пункция и исследование цереброспинальной жидкости, необходимый диагностический метод при воспалении оболочек головного мозга, кровоизлияниях, опухолевом поражении оболочек.

Рентгеноконтрастная визуализация спинного мозга, при помощи неё можно получить изображение подпаутинного пространства спинного мозга на всем его протяжении. При этом выявляются межпозвоночные грыжи дисков, костные разрастания тел позвонков, опухолевые процессы.

Электроэнцефалография, один из главных метод исследования эпилептических пациентов, он также эффективен при части токсических и обменных патологических процессов, при изучении ненормальных отклонений во сне.

Вызванные потенциалы, помогает измерить изменение (замедление) движения импульсов нервных клеток на нескольких участках чувствительных путей, даже если пациент не предъявляет жалоб и нет каких-либо клинические проявления нарушений чувствительности. Кортикальная магнитная стимуляция, тоже самое, что и вызван-

ные потенциалы, только не для чувствительных, а для двигательных путей.

Из других методов используют:

электромиографию, исследование проводимости нервов, биопсия мышц и нервов, психометрия и нейропсихологическое исследование, генетическое исследование, а также исследование крови на содержание кислорода, углекислого газа, сахара крови (глюкозы), продуктов белкового обмена (аммиака, мочевины), продуктов минерального обмена (натрия, калия, магния, кальция), гормонов (тироксина, кортизола), витаминов (особенно группы В), аминокислот и огромного количества лекарственных препаратов и всевозможных токсинов, которые вызывают поражение нервной системы.

УХОД ЗА НЕВРОЛОГИЧЕСКИМИ БОЛЬНЫМИ ОЧЕНЬ ОТВЕТСТВЕННОЕ И КРОПОТЛИВОЕ ДЕЛО

Часто возникают тяжелые двигательные расстройства, нарушения чувствительности, речи, расстройства функции тазовых органов, возможны судорожные припадки. Этим и определяется специфика ухода за данной категорией больных. В легких случаях с помощью реабилитационных мероприятий и ортопедических приспособлений больному можно обеспечить полноценное существование. В тяжелых случаях стремятся максимально использовать сохранившиеся функциональные возможности. При прогрессирующих заболеваниях лечение зависит от скорости нарастания и выраженности симптоматики. Например, боковой амиотрофический склероз и злокачественные опухоли быстро приводят к смерти, однако и в этих случаях разъяснение прогноза и поддерживающие меры могут принести большую пользу больному и его семье.

Правильная организация ухода за больными является важной составной частью в системе восстановительных мероприятий неврологического и терапевтического отделения. Ведущая роль по организации и обеспечению ухода за больными принадлежит среднему медицинскому персоналу. Как и во всех лечебных учреждениях, уход за больными основывается на принципах медицинской деонтологии – науки о принципах поведения медицинского персонала для максимального повышения полезности лечения.

В реабилитационном отделении система ухода имеет свои особенности, которые определяются необходимостью учета главных положений реабилитации. Кроме того, организация ухода должна предусматривать клинический профиль восстановительного отделения и тяжесть контингента находящихся в нем больных. Как правило, реабилитационные неврологические центры проектируются по типу многопрофильных стационаров, в составе которых имеются отделения для больных с последствиями сосудистых и инфекционных заболеваний, черепно-мозговой травмы, больных со спинальными поражениями и заболеваниями периферической нервной системы. В пределах каждого отделения содержатся больные с различной тяжестью как основного заболевания, так и его осложнений, поэтому наряду с больными, свободно передвигающимися, имеются лежачие больные, нуждающиеся в посторонней помощи. Кроме того, при обеспечении ухода следует иметь в виду различный возраст больных. Более высокий возраст приходится на больных сосудистых отделений.

На эффективность восстановительного лечения влияет обеспечение оптимальных санитарно-гигиенических условий. Регулярное проветривание помещения (палат, процедурных кабинетов) должно производиться с учетом поддержания постоянного температурного режима. Следует избегать сквозняков и чрезмерного охлаждения помещения, учитывая, что многие больные получают тепловые процедуры.

Строгое соблюдение санитарно-гигиенических условий и специального ухода важно в палатах для лежачих больных, особенно спинальных, страдающих тазовыми расстройствами.

Неменьшее значение имеет и соблюдение больными личной гигиены. Личная гигиена имеет значение и в предотвращении развития таких осложнений, как опрелости, пролежни у больных с нарушениями обменных и трофических функций.

Особенности ухода за неврологическими больными обусловлены характером поражения, который определяет нарушения чувствительной и двигательной сферы, возникновение параличей, нарушения глотания.

Для того чтобы правильно организовать уход за этими больными, необходимо иметь общее представление о клинической картине и те-

чении основных синдромов и болезней, встречающихся в неврологическом стационаре.

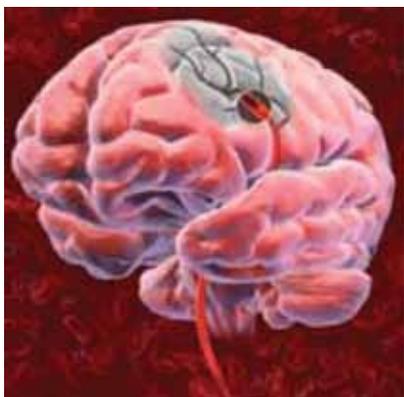
ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

Острые нарушения мозгового кровообращения (ОНМК) являются важнейшей медико-социальной проблемой, что обусловлено их высокой долей в структуре заболеваемости и смертности населения, значительными показателями временных трудовых потерь и первичной инвалидности.

В Российской Федерации заболеваемость цереброваскулярными болезнями составляет около 400 человек на 100 000 населения. Смертность от сосудистых заболеваний мозга в нашей стране в структуре общей смертности занимает второе место, ненамного уступая смертности от заболеваний сердца. Летальность в острой стадии инсульта составляет 35 %, увеличиваясь на 12–15 % к концу первого года. Инвалидизация вследствие инсульта занимает первое место среди всех причин первичной инвалидности.

В России возвращают к трудовой деятельности- 3-23%, постоянная медико-социальная поддержка требуется – 85%, глубокая инвалидизация до конца жизни – 30%

Решающее значение в снижении смертности и инвалидности вследствие инсульта принадлежит первичной профилактике, включающей регулируемые социальные факторы. Однако существенный эффект в этом отношении может также дать правильно организованная система помощи больным с ОНМК, основанная на четких диагностических и лечебных стандартах, включая реабилитационные мероприятия и профилактику повторных инсультов. Создание адекватной системы помощи больным с инсультом, по экспертным оценкам ВОЗ, позволяет снизить летальность в течение первого месяца заболевания до уровня 20 % и обеспечить независимость в повседневной жизни через 3 месяца после его начала не менее чем у 70 % выживших пациентов. Основное внимание должно быть уделено мероприятиям, проводимым в течение первых 7-10 суток после ОНМК, так как во многом от них зависит исход заболевания и качество жизни больных, перенесших инсульт. До поступления в стационар врачами скорой медицинской помощи и другими медицинскими работниками



на дому и/или в машине проводятся неотложные мероприятия, выполняемые с целью остановки кровотечения и борьбы с отеком мозга.

Инсульт (*insulto* – скачок, лат.), инфаркт мозга, кровоизлияние в мозг, удар или, как в старину говорили, апоплексический удар - это острое нарушение мозгового кровообращения, которое характеризуется закупоркой или разрывом сосудов мозга и внезапным (от нескольких минут до нескольких часов) появле-

нием симптомов повреждения мозга или его оболочек, которые сохраняются более 24 часов или приводят к смерти больного в достаточно короткий промежуток времени.

Инсульт, как правило, не является единовременным событием. Скорее, его можно считать, развивающимся во времени и пространстве, процессом, проходящим стадии от незначительных функциональных изменений до необратимого структурного поражения мозга – некроза (омертвения клеток мозга). Различают геморрагический инсульт при котором происходит кровоизлияние в мозг и ишемический инсульт, возникающий в следствии затруднения или прекращения поступления крови к тому или иному отделу мозга и сопровождающийся размягчением участка мозговой ткани – инфарктом мозга.

У многих больных инсульт возникает внезапно, но иногда ему предшествуют предвестники.

Например, при гипертонической болезни и атеросклерозе появляется шум в ушах, тяжесть в голове, головная боль и головокружение, появляется преходящая слабость руки, ноги, иногда резкая общая слабость.

Геморрагический инсульт чаще происходит днем после стресса, эмоционального напряжения.

У больного наступает парез (паралич) рук и ног, обычно с одной стороны (например, правой руки и ноги при кровоизлиянии в левое полушарие головного мозга), нарушается речь. Многие больные те-

ряют сознание, не реагируют на окружение, в первые часы, могут быть судороги, рвота, храпящее дыхание.

Ишемический инсульт может произойти в любое время суток, чаще ночью во время сна, иногда он развивается постепенно. Например, сначала онемевает рука, затем половина щеки, а в дальнейшем затрудняется речь. Вопрос о госпитализации решает врач. Если возможно больной госпитализируется в неврологическое отделение, чаще в первые дни после инсульта больной находится в отделении интенсивной терапии или в реанимации.

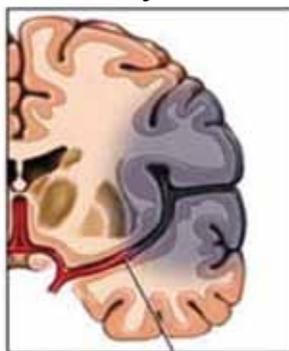
После инсульта у больных могут сохраняться более или менее длительное время различные нарушения сознания, двигательных (параличи, парезы), расстройства речи, чувствительности, мочеиспускания.

Во время нахождения больного в неврологическом стационаре с ним работает мультидисциплинарная бригада, в состав которой входит реаниматолог, невропатолог, терапевт, уролог, хирург, логопед, гематолог, реабилитолог, специалист по лечебной физкультуре, массажистки, медицинские сестры

Главные факторы риска — это повышенное артериальное давление и атеросклероз (сужение артерий из-за отложения в их стенках воскоподобного вещества - холестерина). Частота инсультов в последние десятилетия снизилась в основном потому, что люди стали лучше понимать, насколько важно контролировать повышенное артериальное давление и содержание холестерина в крови.

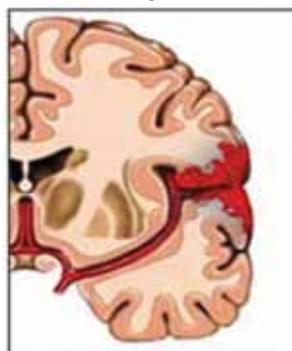
К инсультам относятся ишемический инсульт (инфаркт мозга) (до 80% всех случаев), геморрагический инсульт (кровоизлияние в мозг) (около 10% случаев) и субарахноидальное кровоизлияние (около 5%).

Ишемический инсульт



Тромб

Геморрагический инсульт



Ишемический инсульт чаще всего развивается при сужении или закупорке артерий, питающих головной мозг. Не получая необходимых им кислорода и питательных веществ, клетки мозга погибают. Ишемический инсульт подразделяют на атеротромботический, кардиоэмболический, гемодинамический, лакунарный и инсульт по типу гемореологической микроокклюзии

- **Атеротромботический инсульт** как правило возникает на фоне атеросклероза церебральных артерий крупного или среднего калибра. Атеросклеротическая бляшка суживает просвет сосуда и способствует тромбообразованию. Возможна артерио-артериальная эмболия. Этот тип инсульта развивается ступенеобразно, с нарастанием симптоматики на протяжении нескольких часов или суток, часто дебютирует во сне. Нередко атеротромботический инсульт предваряется транзиторными ишемическими атаками. Размеры очага ишемического повреждения варьируют.
- **Кардиоэмболический инсульт** возникает при полной или частичной закупорке эмболом артерии мозга. Наиболее часто причинами инсульта являются кардиогенные эмболии при клапанных пороках сердца, возвратном ревматическом и бактериальном эндокардите, при других поражениях сердца, которые сопровождаются образованием в его полостях пристеночных тромбов. Часто эмболический инсульт развивается вследствие пароксизма мерцательной аритмии. Начало кардиоэмболического инсульта как правило внезапное, в состоянии бодрствования пациента. В дебюте заболевания наиболее выражен неврологический дефицит. Чаще инсульт локализуется в зоне кровоснабжения средней мозговой артерии, размер очага ишемического повреждения средний или большой, характерен геморрагический компонент. В анамнезе возможны тромбоэмболии других органов.
- **Гемодинамический инсульт** обусловлен гемодинамическими факторами – снижением артериального давления (физиологическим, например во время сна; ортостатической, ятрогенной артериальной гипотензией, гиповолемией) или падением минутного объема сердца (вследствие ишемии миокарда, выраженной брадикардии и т. д.). Начало гемодинамического инсульта может быть внезапным или ступенеобразным, в покое или активном состоянии пациента. Размеры инфарктов раз-

личны, локализация обычно в зоне смежного кровоснабжения (корковая, перивентрикулярная и др.). Гемодинамические инсульты возникают на фоне патологии экстра- и/или интракраниальных артерий (атеросклероз, септальные стенозы артерий, аномалии сосудистой системы мозга).

- **Лакунарный инсульт** обусловлен поражением небольших перфорирующих артерий. Как правило возникает на фоне повышенного артериального давления, постепенно, в течение нескольких часов. Лакунарные инсульты локализуются в подкорковых структурах (подкорковые ядра, внутренняя капсула, белое вещество семиовального центра, основание моста), размеры очагов не превышают 1,5 см. Общемозговые и менингеальные симптомы отсутствуют, имеется характерная очаговая симптоматика (чисто двигательный или чисто чувствительный лакунарный синдром, атактический гемипарез, дизартрия или монопарез).

Инсульт по типу гемореологической микроокклюзии возникает на фоне отсутствия какого-либо сосудистого или гематологического заболевания установленной этиологии. Причиной инсульта служат выраженные гемореологические изменения, нарушения в системе гемостаза и фибринолиза. Характерна скудная неврологическая симптоматика в сочетании со значительными гемореологическими нарушениями

Больному с ОНМК необходим **абсолютный покой**, его **положение в постели – на спине с приподнятым головным концом кровати**. Сестра или сиделка должны **вынуть изо рта больного зубные протезы** (если они есть), положить на голову больного пузырь со льдом, а к ногам – грелку.

Больные с острым инсультом **должны быть госпитализированы в стационар так быстро**, как это только возможно. Четко доказана прямая зависимость прогноза инсульта от времени начала его лечения. Кроме того, в первые часы инсульта могут развиваться различные жизнеугрожающие состояния, которые можно спрогнозировать, предотвратить и оказать помощь в случае их развития:

- нарушение проходимости дыхательных путей и дыхательная недостаточность;
- нарушения глотания, приводящие к аспирации, обезвоживанию и голоданию;

- судорожные припадки;
- тромбоэмболия легочной артерии;
- инфекции.

Госпитализация в первые 1-3 ч после начала заболевания оптимальна, хотя обоснованное лечение эффективно и в более поздний период. Противопоказанием для госпитализации может быть только агональное состояние пациента.

Наилучшим вариантом является госпитализация больных в многопрофильный стационар, в котором имеются возможности проведения компьютерной томографии (КТ) или магнитно-резонансной томографии (МРТ) и ангиографии, а также ангио-неврологическое отделение с палатой интенсивной терапии и отделение реанимации со специально выделенными койками и подготовленным персоналом для ведения этих больных. Непременным условием является наличие в стационаре нейрохирургического отделения или бригады нейрохирургов, так как около трети больных нуждаются в консультации или оказании этого вида специализированной помощи. Пребывание в таких клиниках достоверно улучшает исходы ОНМК и эффективность последующей реабилитации.

Неотложные мероприятия при поступлении

Неотложные мероприятия при поступлении складываются из:

- 1) оценки адекватности оксигенации, уровня АД, наличия или отсутствия судорог;
- 2) неврологического осмотра;
- 3) выполнения необходимого минимума лабораторных исследований;
- 4) проведения КТ или МРТ с последующим выбором тактики лечения;
- 5) решения вопроса о месте пребывания больного.

1. **Обеспечение оксигенации** осуществляют постановкой воздуховода и очищением дыхательных путей, а при показаниях и переводом больного на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Показаниями для начала ИВЛ являются:

- PaO_2 55 мм рт. ст. и ниже.
- Жизненная емкость легких (ЖЕЛ) менее 12 мл на 1 кг массы тела.
- Клинические критерии: тахипноэ 35-40 в 1 мин, нарастающий цианоз, артериальная дистония.

Артериальное давление (АД) не принято снижать, если оно не превышает 160-170 мм рт. ст. для систолического и 100-110 мм рт. ст. для диастолического давления. Гипотензивная терапия проводится малыми дозами бета-адреноблокаторов или блокаторов АПФ, не вызывающими существенных изменений в ауторегуляции мозгового кровотока. При этом АД снижают примерно на 15–20 % от исходных величин. При корково-подкорковых очагах и прорыве крови в желудочковую систему нередко наблюдаются **приступы судорог**.

Купирование их необходимо во что бы то ни стало. С этой целью используют реланиум, вводимый внутривенно. В тяжелых случаях применяют тиопентал натрия. Далее у таких больных необходимо сразу же начать профилактический прием длительно действующих антиконвульсантов.

2. **Неврологический осмотр больного** при поступлении должен быть кратким и включать в себя оценку уровня бодрствования, состояние стволовых функций, двигательной, а если возможно, то и чувствительной сферы, речи.

3. Далее выполняют **необходимый минимум диагностических тестов**: ЭКГ, уровень глюкозы в крови, электролиты плазмы, газы крови, осмолярность, уровень гематокрита, фибриногена, активированное частичное тромбопластиновое время, уровень мочевины и креатинина, общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, рентгенография органов грудной клетки.

4. Сразу же после этого проводят **КТ или МРТ головного мозга и решают вопрос о тактике лечения**. При обнаружении на КТ признаков кровоизлияния в мозг и оценке его объема и локализации совместно с нейрохирургами обсуждается вопрос о целесообразности оперативного вмешательства. При инфарктах рекомендуется проведение панартериографии магистральных артерий головы или артериографии на стороне поражения мозга (при подозрении на закупорку сосуда). Выявление окклюзии артерий, снабжающих мозг, требует решения вопроса о тромболитической терапии. Обнаружение при КТ крови в субарахноидальном пространстве часто говорит о возможности субарахноидального кровоизлияния. В этих случаях следует обсудить возможность проведения ангиографии для определения локализации, размеров аневризмы и решения вопроса об операции. В сомнительных случаях может быть выполнена люмбальная пункция.

5. Далее решается вопрос о месте пребывания больного в клинике.

Показаниями для пребывания в отделении реанимации и интенсивной терапии являются: измененный уровень бодрствования (от легкого сопора до комы), симптоматика, свидетельствующая о признаках вклинения ствола головного мозга, выраженные нарушения жизненно важных функций, гомеостаза декомпенсированная сердечно-легочная, почечная, эндокринная патология. Во всех остальных случаях госпитализация проводится в ангионеврологические отделения с палатами интенсивной терапии.

УХОД ЗА БОЛЬНЫМ В ОСТРЫЙ ПЕРИОД ИНСУЛЬТА

Правильный уход за больным в острый период инсульта имеет чрезвычайное значение, потому что позволяет предупредить осложнения, связанные с нарушением мозгового кровообращения. Эти осложнения могут стать причиной ухудшения состояния и плохого исхода заболевания, если их не предотвратить. Дело в том, что нарушение работы мозга из-за инсульта, наряду с вынужденным длительным пребыванием в постели, при плохом уходе могут привести к воспалению легких, пролежням, мышечным контрактурам, тромбозам, флебитам. Этих осложнений с успехом удастся избежать, если сам больной и его близкие правильно выполняют рекомендации по уходу.

В течение нескольких суток **больной должен находиться в горизонтальном положении со слегка приподнятыми ногами**. Если одна нога парализована, то она укладывается соответствующим образом. Многие осложнения обусловлены обездвиженностью. Для предупреждения тромбоэмболии легочной артерии (закупорки тромбами из сосудов ног) используют **эластичные чулки**.

Для предупреждения пролежней и пневмонии **больного поворачивают в постели каждые 2–3 часа**. Поэтому весьма актуальным является грамотное проведение этих манипуляций.

Как правильно перевернуть пациента на больную сторону:

- встать с той стороны от пациента, куда собираетесь его поворачивать;
- взяться за здоровое плечо, колено или таз (бедро) и помочь перевернуться.

Как перевернуть больного для того, чтобы перестелить кровать:

- чистая простыня скатывается в виде валика и располагается с одной из сторон пациента;
- по мере того, как старая простыня скатывается в рулон, новая разворачивается;
- потом больного переворачивают на другой бок, вытягивая обе простыни из-под него и продолжают замену на другой стороне постели;
- простыня должна быть заправлена без морщин и складок;
- укрывать больного одеялом надо таким образом, чтобы ему не было жарко и тяжело.

Как помочь больному переместиться к изголовью постели:

- встать с больной стороны пациента;
- одной рукой обхватить таз пациента, а другую руку подложить под бедро или ягодицу больной стороны, склонившись так, чтобы своим плечом подпирать его больное плечо. Для удобства помощник может опереться ногой о кровать;
- когда больной приподнимается, то необходимо помочь поднять его больную сторону и быть опорой плечу. Если больному неудобно перемещаться к изголовью с вашей помощью или сидеть, то это преодолевают должным образом.

Вставание пациента с постели с посторонней помощью:

- помощнику нужно встать с больной стороны и положить руки на здоровое колено и плечо пациента;
- следует помочь перевернуться пациенту на больную сторону;
- для того чтобы сесть, больной должен ладонью здоровой руки опереться о матрац на уровне плеча. Затем, отталкиваясь здоровой рукой, больной поднимает голову и садится в постели (ноги опущены);
- если самостоятельно больному выполнить третий этап трудно, то помощник кладет одну руку под лопатку с больной стороны пациента, другую – на бедро здоровой ноги.

Внимание! Нельзя держать больного за шею – это может привести к травме. Нельзя тянуть за больную руку, так как это травмирует плечевой сустав и может привести к вывиху.

Вставание пациента с кресла с посторонней помощью:

- необходимо встать с больной стороны, одну руку положить

между лопаток или на поясницу, вторую – на колено больной ноги;

- пациент должен сдвинуться к краю сиденья, ноги поставить на пол на ширину плеч, расположив ступни ближе к ножкам кресла;
- в момент вставания больного помощник должен слегка подтолкнуть его в спину и надавить на колени, чтобы помочь их выпрямить при вставании. Все действия помощника лишь регулируют попытку самого пациента встать на ноги.

Способ помочь встать из кресла пациенту, *которому трудно опереться на больную сторону:*

- пациент смещается на край кресла, ставит ступни на пол ровно на одном уровне на ширину плеч и ближе к ножкам кресла;
- помощник встает лицом к пациенту так, чтобы его ноги были напротив больной ноги для ее фиксации;
- больной кладет свою здоровую руку на плечо помощника или обнимает его за талию;
- помощник обхватывает пациента за талию или бедра;
- больной сильно наклоняется вперед и встает;
- помощник помогает перенести вес тела на ступни и поддерживает больную сторону;
- затем пациент выпрямляется и распределяет равномерно вес тела на обе ноги.

Как правильно усадить больного:

- встать с больной стороны пациента, свою руку положить на спину больного между лопатками и руководить его движениями;
- при необходимости второй рукой поддерживать колено больной ноги и регулировать движения.

Внимание! Под мышки больного поднимать нельзя – это травмирует плечо больной руки и вызывает боль.

Как правильно стоять с посторонней помощью: С помощником можно вставать и стоять, если сила в ногах обеспечивает устойчивость положения:

- помощник встает рядом с пациентом с больной стороны руками обхватывает больного за талию или бедра. Ступня ноги помощника приставлена к носку больной ноги, а колено служит опорой больному колену;

- бедро больной ноги должно поддерживаться телом или рукой помощника, не давая ему согнуться.

Как правильно ходить по лестнице с посторонней помощью:

Подъем по лестнице:

- больной должен опираться на здоровую сторону и следить, чтобы ступни полностью ставились на ступеньку и располагались параллельно друг другу;
- помощник должен встать позади больного с больной стороны, поддерживая одной рукой за бедра, а другой рукой держась за поручни, и только помогать движению, направляя бедра больного вперед и перемещая вес тела на здоровую ногу в момент подъема на ступеньку.

Внимание! *Помощник помогает больному ставить ступню больной ноги на ступеньку, соблюдая правила безопасности.*

Спуск с лестницы:

- больная нога пациента должна быть опорной. Ступни ставят на ступеньку полностью – параллельно друг другу;
- помощник встает перед больным, одна его рука на бедре пациента, другая – на перилах; и направляет движение бедер пациента вперед, помогая перемещать вес тела на больную ногу;
- можно помочь поставить больную ногу пациента на ступеньку.

Внимание! *Помощник должен быть осторожным, потому что спускается по лестнице спиной вперед.*

Продолжая тему ухода за больными с ОНМК, следует заметить, что очень важно **особое внимание уделять кожным покровам, полости рта, содержанию постельного белья**. При малейшем недосмотре у таких больных могут появиться **пролежни в области ягодиц, крестца, лопаток**.

Для **предупреждения появления контрактур пораженной конечности** надо придать правильное положение: рука отведена, супинирована, пальцы разведены, нога разогнута, стопа в положении тыльного сгибания.

Через 8–10 дней после инсульта можно осторожно начинать пассивную **лечебную гимнастику**, через 15–20 дней – **легкий массаж**.

С первого дня необходимо **измерять АД и записывать в дневник** наблюдения. Как упоминалось выше, в первые 10 суток не следует

быстро снижать его цифры, если оно не очень высокое. При артериальной гипотонии АД, наоборот, повышают до привычных для пациента «рабочих цифр».

Питание для больных, перенесших инсульт, основано на принципах диеты при гипертонической болезни и атеросклерозе –заболеваний, лежащих в основе инсульта. В рационе нужно уменьшить количество животного жира, углеводов (сахара, варенья, компотов, джемов, белого хлеба и выпечки), поваренной соли. Еда должна быть богатой клетчаткой, витаминами, солями калия и магния. Все блюда готовят без соли, мясо и рыбу отваривают, а не жарят.

Если больной находится в сознании, то его кормят с ложечки и только жидкой пищей (каши, компоты, соки). Если же больной долго не приходит в сознание, то прибегают к искусственному питанию.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ ЭПИЛЕПСИИ

Большого внимания требуют больные, находящиеся в состоянии эпилептического припадка. Картину эпилептического припадка должна ясно представлять себе каждая медсестра, каждая сиделка.

Приступ начинается чаще внезапно, без предвестников, а иногда ему предшествует так называемая эпилептическая аура (галлюцинации или ощущения, которые всегда повторяются перед началом приступа). Больной падает на пол, чаще лицом вниз или на бок и теряет сознание. Затем начинаются судороги (в том числе и дыхательной мускулатуры), что может привести к остановке дыхания. Лицо больного сначала бледнеет, потом становится синюшным. Происходит попеременное судорожное сокращение мышц глазных яблок, языка. Если язык прикушен зубами, в слюне и выступившей пене появляется примесь крови.

Обычно у больного во время приступа голова сильно колотится, руки и ноги толчкообразно подергиваются, иногда наблюдается самопроизвольное выделение мочи и кала. Приступ длится около двух минут, после чего часто наступает коматозное состояние, переходящее в сон. Проснувшись, больной почти не помнит, что с ним произошло.

Помощь, которую ухаживающий персонал может оказать больному во время эпилептического припадка, заключается в том, чтобы не дать больному нанести себе увечья при падении, не дать ему уда-

риться головой о твердые предметы (угол стола, кровати, камин и т. д.). Больного следует уложить на пол, на матрас или одеяло и держать, не давая вскакивать и делать резких движений.

При приступе ухаживающий персонал должен принять следующие меры:

- Если вы видите, что пациент упал на землю, постарайтесь убрать и отодвинуть от него все тяжелые предметы, о которые он может удариться во время приступа.
- Не пытайтесь полностью зафиксировать его, чтобы он не двигался, просто старайтесь ограничить движения больного для его собственной защиты.
- Прикройте ему голову руками, чтобы избежать травм головы.
- Не пытайтесь перенести пациента во время приступа на кровать или диван – пусть остается там, где его застал приступ (если это, конечно, не опасно).
- После приступа не акцентируйте внимания больного на том, что произошло, старайтесь быть с ним ласковым и уверьте, что все в порядке и ничего страшного не произошло.

«Скорую помощь» следует вызывать в случаях:

- если приступ судорог продолжается больше обычного;
- если это первый приступ;
- если сразу же после окончания первого приступа начинается второй и третий;
- если пациент нанес себе травму при падении.

На лицо и грудь больного следует побрызгать водой. Как только приступ судорог закончится, больного укладывают в постель и дают выпить что-нибудь успокаивающее (настойка валерианы, корвалол, пустырник, капли Зеленина и др.).

В межприступном периоде больным полезны успокаивающие средства, теплые ванны, лечебная гимнастика, водные процедуры. Всем больным, страдающим эпилептическими приступами, следует носить с собой какой-нибудь документ или так называемую идентификационную карту, где написан диагноз, что нужно делать при приступе и указан адрес.

СУДОРОГИ

Судороги – это непроизвольные сокращения мышц всего тела или отдельных мышечных групп.

Различают судороги генерализованные (общие) и местные (локализованная). Например, при напряжении отдельных мышц (писчий спазм, кривошея). Судороги могут быть тонические (медленное напряжение мышц) и клонические (быстрое ритмичное сокращение мышц).

Генерализованные судорожные припадки наблюдаются при эпилепсии. В отличие от эпилепсии выделяют симптоматические (эпилептиформные) судорожные синдромы. Их причиной могут быть:

а) эндогенные (поражение почек, печени, надпочечников, уремия, эклампсия, ипогликемия, гипергликемия);

б) экзогенные (алкоголь, барбитураты, углекислый газ, бензол, камфора, ртуть);

– токсические;

– органические заболевания головного мозга (менингиты, энцефалиты, ревматизм н.с., тbc, сифилис, объемные процессы головного мозга).

СУДОРОЖНЫЕ СИНДРОМЫ У ДЕТЕЙ

Церебральная спазмофилия проявляется приступами клонических судорог мимической мускулатуры, судорожными сокращениями мышц всего тела, утратой сознания. Лицо ребенка при этом искажается, начинают вращаться глаза, тело ритмически вздрагивает, изо рта выделяется пена. Наиболее частой причиной спазмофилии является рахит, нарушения питания, гипокальциемия.

Фебрильные судороги возникают на фоне заболеваний, протекающих с высокой температурой (острая респираторная инфекция, грипп, отит, пневмония). Наблюдаются у детей до 7 лет. Судороги могут быть генерализованными и локальными. Припадок начинается внезапно с тонической фазы, за которой следует генерализованная тоническая фаза. Приступ сопровождается потерей сознания, пеной у рта, непроизвольным мочеиспусканием. Обычно фебрильные судороги одноразовые.

Респираторно-аффективные судороги наблюдаются у детей с повышенной возбудимостью и провоцируются психогенным фактором (испуг, сильная боль, гнев). Ребенок начинает кричать, затем насту-

пает задержка дыхания на вдохе (инспираторная остановка дыхания), развивается цианоз, голова запрокинута назад, зрачки расширены, сознание утрачивается на несколько секунд, возможны генерализованные судороги, непроизвольное мочеиспускание.

УХОД

Необходимо освободить ребенка от стесняющей одежды, дать доступ свежего воздуха, ввести по назначению врача жаропонижающие (анальгин с димедролом), препараты кальция – в первом случае, успокаивающие препараты в зависимости от этиологии судорог. Необходимо успокоить или отвлечь ребенка. При ларингоспазме необходимо уложить ребенка на ровную поверхность, расстегнуть стесняющую одежду, дать доступ свежего воздуха, вытянуть язык и раздражать его корень и зев пальцем, обрызгать лицо больного холодной водой и провести искусственное дыхание и при необходимости непрямой массаж сердца. При отсутствии эффекта – провести интубацию или трахеотомию. После восстановления дыхания проводят кислородотерапию. В течение 8-10 часов после приступа соблюдается голодная диета и назначается обильное питье.

Т.о. запомните алгоритм ухода при судорожных приступах:

1. уложить больного;
2. освободить от стесняющей одежды;
3. подложить что-нибудь мягкое под голову;
4. предупредить прикусывание языка, асфиксию;
5. дать доступ свежего воздуха;
6. приготовить все для введения седативных средств;
7. после приступа обеспечить покой.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ПРИ РАССЕЯННОМ СКЛЕРОЗЕ

Рассеянный склероз – тяжелое прогрессирующее заболевание, для которого характерно образование очагов демиелинизации в белом веществе головного и спинного мозга и в зрительных нервах. Это наиболее частая причина инвалидности среди заболеваний нервной системы у людей в возрасте 20-50 лет.

Неврологическая симптоматика очень разнообразна, а симптомы меняются от обострения к обострению.

Симптомами рассеянного склероза являются:

- Ощущения онемения, пощипывания и жжения в зонах тела, иннервируемых пораженными нервами.
- Постоянная усталость, быстрая утомляемость.
- Нарушения зрения (двоение, пелена перед глазами, выпадение частей поля зрения).
- Бессонница.
- Нарушение речи (невнятное произношение слов, использование неправильных названий предметов, замедленные ответы на вопросы).
- Нарушения функции тазовых органов (запоры, недержание кала и мочи).
- Нарушение чувствительности в ногах и туловище: онемения, парестезии, ощущение стягивания, невозможность, не видя свою руку или ногу, определить ее положение, ощущение подушки под ногами.
- Приступы гнева или плача (пациент подвержен резкой смене настроения и может очень сильно нервничать или бояться).
- Парезы и параличи различных групп мышц разной степени тяжести.
- Нарушение равновесия, неуверенная шаткая походка.
- Забывчивость и замедленное понимание того, что говорят окружающие.
- Из-за снижения циркуляции крови ноги отекают и мерзнут.

УХОД ЗА ПАЦИЕНТОМ, СТРАДАЮЩИМ РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ

- Сосредоточение внимания больного на поддержании физической подвижности.
- Выполнение пассивных упражнений для пораженных конечностей больного.
- Поощрение больного к занятиям активными упражнениями, если это возможно. Упражнения предотвращают контрактуру и поддерживают подвижность суставов. Убеждайте больного активно помогать делать эти упражнения.
- Помощь больному при ходьбе в сохранении равновесия. Предлагайте ему пользоваться тростью, ходунками, поручнями и другими приспособлениями для профилактики падений.

- Обеспечение контроля над функцией кишечника и мочевого пузыря. При возникновении у больного позыва на мочеиспускание немедленно окажите ему помощь: подайте судно или помогите дойти до туалета. Если произошло недержание мочи, помогите переменить одежду и постельное белье.
- Контроль частоты стула и мочеиспусканий у больного. Вслучае задержки стула применяйте слабительные средства.
- Рекомендации по приему пищи с высоким содержанием клетчатки. Такая еда помогает поддерживать очищение кишечника.
- Использование специальной облегченной посуды и столовых приборов, так как больному трудно удержать их в руке.

Рекомендации по употреблению большого количества жидкости. Обильное потребление жидкости стимулирует мочеиспускание и помогает предотвращать попадание инфекции в мочевой пузырь и почки. Большое потребление жидкости также очень важно для обеспечения регулярной работы кишечника. Часто люди, страдающие недержанием, думают, что если они сократят потребление жидкости, то это решит их проблему. Мягко, но настойчиво убеждайте их в том, что это не так.

- Помощь в приеме теплых ванн, когда это возможно. При этом следите, чтобы вода не была слишком горячей. Теплая вода снижает напряжение мышц и возможность мышечных спазмов (судорог), а горячая – может вызвать усиление слабости и даже потерю сознания.
- Проведение легкого массажа отечных частей тела, чтобы сохранить гибкость суставов.
- Психологическая поддержка:
 - Старайтесь создать положительный эмоциональный настрой не только у самого больного (подчас это невозможно), но и у родственников и друзей.
 - Рекомендуйте больному как можно чаще делать что-то для себя самостоятельно. Это даст ему возможность почувствовать себя более независимым.
 - Напоминайте больному о том, чтобы он не торопился и почаще отдыхал, не перенапрягая свои силы.
 - Терпеливо выслушивайте больного и побуждайте его рассказывать Вам о своих переживаниях.

- Рекомендуйте больному в меру сил участвовать в активной жизни и поддерживать дружбу с другими людьми вне дома, чтобы он не чувствовал себя изолированным от других.
- Убеждайте больного в том, что он не представляет для Вас или родственников обузы.
- Поддерживайте больного и помогайте ему готовиться к худшему.
- Не давайте больному ложных обещаний выздоровления.
- Помогайте ему устроить дела всех, за кого он несет ответственность.
- Помните о том, что на сегодняшний день лечения рассеянного склероза не существует. Больные люди неизбежно умирают от тяжелых инфекционных осложнений или внезапной остановки дыхания.

ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ С ИНФЕКЦИОННЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ И ПРИ ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫХ ТРАВМАХ

У больных с острыми инфекционными заболеваниями нервной системы, а также при закрытых черепно-мозговых травмах часто наступают психические нарушения. В этот период они нуждаются в постельном режиме, максимальном покое, щадящей диете.

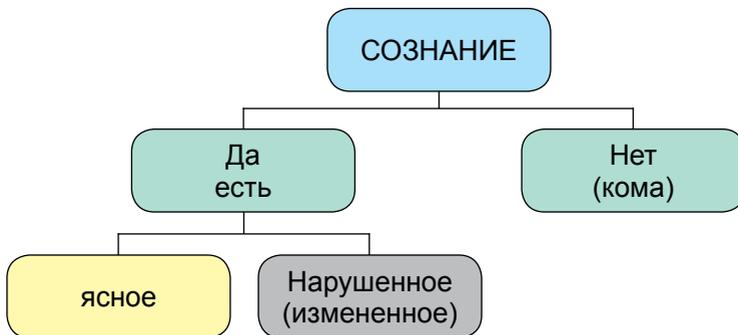
При острых заболеваниях центральной нервной системы могут наблюдаться нарушения глотания. В этом случае рекомендовано искусственное питание (питательные клизмы, питание через зонд).

При нарушении дыхания необходимо делать отсасывание мокроты, слизи, в случае необходимости – интубация.

При задержке мочеотделения делается катетеризация мочевого пузыря со строгим соблюдением правил асептики.

ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С РАССТРОЙСТВАМИ СОЗНАНИЯ

Сознание – это совокупность психических процессов, позволяющая ориентироваться в месте, времени, собственной личности.



Ясное сознание:

- Адекватность реакций на окружающие раздражители.
- Активное внимание.
- Развернутый речевой контакт.
- Сохранность всех видов ориентировки (в месте, во времени, в собственной личности).
- Оглушение легкое (I степень):
 - ↑ порога восприятия раздражителей;
 - ↓ активности;
 - ограничение речевого контакта;
 - частичная дезориентировка;
 - сонливость.
- Умеренное (II степень):
 - ↑ истощаемость;
 - дает ответы по существу, после повторных вопросов;
 - команды выполняет с задержкой;
 - глаза на речь открывает.
- Глубокое (III степень):
 - постоянная сонливость;
 - можно получить односложные ответы на вопросы;
 - выполняет элементарные команды;
 - реакция на боль координированная;
 - может быть ослабление контроля функции тазовых органов.

Сопор (ступор)

- Сознание утрачено:
 - речевого контакта нет;
 - команды не выполняет.
- Открывает глаза на раздражители (боль, звук).
- Координированные реакции на боль.

Кома

I степень

- Сознание утрачено.
- Глаза не открывает.
- Некоординированные реакции на боль.
- Зрачковые и корнеальные рефлексы – N.
- Брюшные рефлексы ↓.
- Глубокие рефлексы ↑ или ↓.
- Патологические симптомы определяются.

Глубокая (II степень)

- На боль не реагирует.
- Гипо-/арефлексия.
- Гипо-/атония.
- Витальные функции не нарушены.

Терминальная (III степень)

- Арефлексия.
- Атония.
- Срыв витальных функций, фиксированный мидриаз с 2х сторон, гипертермия.

КОМА (греч.) – глубокий сон, полное угнетение сознания, сопровождающееся утратой чувствительности и рефлексов, тотальным мышечным расслаблением при относительно сохранной функции дыхания и кровообращения.

В 1962 г. Н. Боголеповым была определена сущность комы «...состояние резкого торможения нервной деятельности, выражающееся глубокой потерей сознания и нарушением функций всех анализаторов – двигательного, кожного, зрительного, слухового, обонятельного, и внутренних органов».

С патофизиологической позиции кома представляет собой депрессию ЦНС разной степени выраженности (от угнетения деятель-

ности коры до поражения специфической деятельности всех его отделов, вплоть до ствола – это смерть мозга или запердельная кома).

Т. о., кома – угрожающее жизни состояние с отсутствием сознания и реакций на любые раздражители (словесное, болевое воздействие). Обусловлено нарушением кровообращения в головном мозге и/или токсическим повреждением клеток ЦНС. Развивающиеся при коме нарушения дыхания и кровообращения могут привести к смерти больного.

Причины комы могут быть различными. Чаще всего они возникают при

- острых нарушениях мозгового кровообращения;
- сахарном диабете;
- тяжелых заболеваниях печени;
- почеч;
- отравлениях алкоголем;
- угарным газом;
- и другими ядами.
- крупноочаговых повреждения ткани мозга (гематомы, абсцессы, опухоли мозга, эпилепсия),
- диффузных деструктивных повреждениях ткани мозга (механических травмах, контузиях мозга, энцефалитах, менингитах, субарахноидальных кровоизлияниях, электротравме мозга),
- расстройствах температурного гомеостаза (тепловой удар, гипотермия).

Коматозное состояние может развиваться внезапно при относительном благополучии. Так бывает, например, при инсульте, гипогликемической коме.

1. Во многих случаях кома, осложняющая течение того или иного хронического заболевания, например, диабетическая, уремическая кома, развивается постепенно, проходя стадию предвестников, когда появляются признаки поражения ЦНС в виде нарастающей слабости, оглушенности, сонливости, но сознание сохранено. В этот период необходимо срочно вызвать бригаду «скорой помощи». Своевременное вмешательство врача может предупредить развитие комы и сохранить жизнь больному.

2. Освободить больного от стесняющей одежды. Придать ему горизонтальное положение. Вынуть съемные зубные протезы, чтобы они не попали в дыхательные пути.

3. Поскольку сам больной в коматозном состоянии не может ответить на вопросы, окружающие своим рассказом о самочувствии и поведении больного перед развитием комы могут существенно помочь врачу в распознавании ее причины.

4. Сохранять имеющиеся у больного документы, справку из лечебного учреждения, записку о диагнозе болезни и принимаемых лекарствах.

НЕОТЛОЖНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Отсутствие сознания является одним из немногих по-настоящему неотложных состояний в медицинской практике. Часто повреждение, вызвавшее кому, носит прогрессирующий характер, и чем дольше больной остается без лечения, тем хуже прогноз. Следовательно, сбор анамнеза, физикальное обследование и начальные этапы лечения должны проводиться одновременно.

Неотложные начальные мероприятия у больного, находящегося без сознания:

1. Дыхательные пути; обеспечить проходимость.
2. Дыхание; обеспечить постоянное поступление кислорода.
3. Сердечный ритм; попытаться стабилизировать.
4. Установка системы для в/в инфузии (если это происходит в стационаре или другом медицинском учреждении – подготовка для введения физиологического раствора, гормональных препаратов, налоксона, физостигмина, тиамина, тироксина, глюкозы, инсулина в зависимости от предполагаемого диагноза).
5. Стабилизация и поддержание соответствующего положения тела больного.
6. Подготовиться к забору крови для лабораторных исследований; общий анализ крови, электролиты, азот мочевины, уровень алкоголя, наркотические средства, кальций, сахар, газовый состав крови.

Необходимо помнить, что при наличии рвотных масс их посылают на исследование с целью установления неизвестного токсического вещества, приведшего к коме.

До прибытия врача или до момента доставки в лечебное учреждение медицинская сестра может начать, не теряя времени сбор анамнеза.

Сбор анамнеза осуществляют при опросе родственников, друзей и изучении доступных медицинских документов. Другим источником информации являются люди, находившиеся рядом с пострадавшим в момент потери сознания. Некоторые сведения могут быть получены при осмотре вещей больного; мед. документы, лекарства, суицидальная записка, рецепты, удостоверения личности, определяющие что профессия больного связана с потенциально опасными для здоровья факторами. При подозрении на отравление наркотиками медсестра должна подготовить налоксон для введения больному, если это происходит в лечебном учреждении. Производят промывание желудка и его содержимое отправляют на исследование.

При наличии в анамнезе травмы или подозрении на нее больного должны отправлять на соответствующее обследование.

ОБСЛЕДОВАНИЕ ПАЦИЕНТОВ

- Общий статус – состояние дыхательных путей, дыхание, сердечная деятельность, лихорадка.
- Кожа – следы травм, печеночные знаки, следы инъекций, воспалительные и тромботические изменения.
- Голова – локальная крепитация и болезненность, назо- и оторрея.
- Запах – «печеночный», уремический, алкоголя, ацетона.
- Стандартное обследование внутренних органов.

Дополнительные исследования

- Клинический анализ крови, общий анализ мочи, биохимия крови, ЭКГ, рентгенография грудной клетки.
- Токсикологическое исследование биологических жидкостей: барбитураты, опиаты, седативные препараты, антидепрессанты, алкоголь.
- Рентгенография черепа.
- КТ / МРТ головного мозга.
- Ангиография при подозрении на аневризму.
- ЭЭГ.
- Люмбальная пункция и исследование ликвора при подозрении на нейроинфекцию.

Для предупреждения повреждения роговицы и конъюнктивы больным в коме или сопоре на сомкнутые веки накладывают марлевые пластинки (салфетки), смоченные антисептическим раствором.

Сосудистая деменция

Деменция (слабоумие) — приобретенное снижение интеллекта, нарушающее социальную адаптацию больного, т.е. делающее его неспособным к профессиональной и бытовой деятельности и самообслуживанию. Сосудистая деменция — результат заболеваний, поражающих мелкие мозговые артерии (церебральная микроангиопатия) с развитием диффузного поражения белого вещества и множественных мелкоочаговых (лакунарных) инфарктов или поражающих крупные артерии с развитием множественных обширных инфарктов головного мозга. Причинами сосудистой деменции также могут быть: повторные эмболии из полости сердца;

повторные инсульты; поражение «стратегических» зон мозга (таламус, лимбическая система, лобные доли); перенесенное гипоксическое состояние (например, длительный и неудачно подобранный глубокий наркоз) и др. Деменция характеризуется той или иной степенью нарушения запоминания текущих событий и новой информации. Для маскировки этого явления пациенты начинают пользоваться записными книжками, завязывают «узелки на память» и т.п. Не утраченное осознание болезни и способность критически оценивать свое состояние помогает таким больным приспособиться к жизни и до определенного времени скрывать ее симптомы, в частности, нарушения памяти. «Ядро» личности остается сохранным, т.е. сохраняются навыки и стиль поведения, личностные установки, характер отношений и реакций. Выраженные нарушения памяти, в том числе и затруднения в воспроизведении ближайших событий (события юности и детства обычно помнят хорошо, иногда даже улучшается их воспроизведение), способствуют снижению психической активности, преобладанию подавленного слезливого настроения, возникновению чувства беспомощности и незащищенности. При частых нарушениях мозгового кровообращения расстройства памяти становятся более грубыми, а слабоумие — более глубоким. Также для большинства больных сосудистой деменцией характерны наличие астенического фона (повышенной утомляемости, быстрой эмоциональной «истощаемости»), замедленности психических процессов и их неустойчивости (лабильности). Последняя проявляется как продолжительными

периодами углубления (декомпенсации) или, напротив, ослабления (компенсации) признаков деменции, так и кратковременными колебаниями состояния мнестико-интеллектуальных функций, во многом обусловленными повышенной их истощаемостью. Более чем у 50 % больных сосудистой деменцией наблюдается «эмоциональное недержание» (слабодушие, насильственный плач, насильственный смех). Сосудистой деменции присущи длительные периоды стабилизации и даже известного обратного развития мнестико-интеллектуальных нарушений, и поэтому степень ее выраженности нередко колеблется весьма значительно. Сосудистое слабоумие редко достигает степени глубокого тотального распада психики.

Помощь пациенту с сосудистой деменцией:

- 1 постараться предотвратить развитие инфекционных болезней или ухудшения течения соматического заболевания;
- 2 создать для больного удобную и простую окружающую обстановку: привычные любимые предметы, их расположение. В знакомой обстановке больной чувствует себя наиболее комфортно, а появление незнакомых людей или переезд резко ухудшают его состояние;
3. Тщательно соблюдать режим приема назначенных препаратов. Помнить, что их нерегулярный прием или передозировка могут резко ухудшить состояние больного.

ПОДГОТОВКА БОЛЬНОГО И ИНСТРУМЕНТАРИЯ К ЛЮМБАЛЬНОЙ ПУНКЦИИ

Показания:

- взятие спинномозговой жидкости для исследования (кровь, белок, цитоз),
- взятие спинномозговой жидкости для уменьшения внутричерепного давления,
- введение лекарственных веществ и анестезирующих растворов,
- введение воздуха в субарахноидальное пространство при пневмоэнцефалографии.

Оснащение:

- чистый манипуляционный столик специально для асептических процедур,

- стерильная укладка с набором необходимых инструментов для выполнения процедуры, упаковка (бикс) со стерильным перевязочным материалом,
- спиртосодержащий антисептик для обработки рук (70% спиртовой раствор, 0,5% спиртовой раствор хлоргексидина),
- дезинфицирующие средства, разрешенные к применению в России в установленном законом порядке,
- лекарственные препараты в зависимости от цели исследования,
- маска, перчатки,
- стерильные ватные шарики, стерильная салфетка,
- йод 5% спиртовой раствор, шприц, 2% раствор новокаина,
- лейкопластырь,
- игла с мандреном для спинномозговой пункции,
- 2пробирки (одна стерильная для бактериального посева спинномозговой жидкости, другая – чистая для общего анализа,
- бланки-направления.

Обязательные условия

Перед выполнением данной манипуляции медсестра должна:

- обязательно вымыть руки стандартным способом,
- обработать спиртосодержащим антисептиком,
- надеть стерильный халат, перчатки,
- накрыть стерильный столик или лоток в соответствии с алгоритмом,
- процедура проводится натошак.

Подготовка к процедуре

Объяснить пациенту (родственникам) цель и ход исследования, получить согласие.

Уточнить у лечащего врача время, место проведения пункции (палата, процедурный кабинет, спец. отделение, положение пациента (на боку, сидя) и способ транспортировки.

Сопроводить пациента в кабинет для выполнения исследования.

По назначению врача транспортировку осуществлять на каталке с жесткой поверхностью.

Выявить жалобы у пациента, измерить АД, ЧД, при необходимости частично укрыть пациента одеялом и поправить подушки. Сообщить врачу о готовности к проведению пункции и данных визуального контроля состояния пациента. Во время выполнения манипуляции врачом находиться рядом и выполнять распоряжения врача.

Уложить пациента набок, голова сгибается к груди, ноги сгибаются в коленях и максимально прижимаются к животу (если пациент в сознании – делает замок кистями рук под коленями).

Ваткой, смоченной йодом, проводят линию, соединяющую гребни подвздошных костей.

Проведение процедуры (врачебная процедура)- выполняет врач.

Завершение процедуры

После получения жидкости иглу быстро вынимают. Место прокола обрабатывают йодом и заклеивают лейкопластырем поверх стерильной салфетки.

Пациент лежит на животе без подушки в течение 2-х часов и сутки не встает с постели.

Игла погружается в 3% раствор хлорамина. Врач моет руки, снимает перчатки и опускает их в дезинфицирующий раствор.

Пишет направления – первую пробирку со спинномозговой жидкостью помещают в бикс с грелкой и отправляют в бактериологическую лабораторию немедленно. Вторую пробирку – в биохимическую лабораторию

Шкала комы Глазго (Jennett and Teasdale, 1974)**1 Открывание глаз:**

- нет – 0 баллов;
- на боль – 1 балл;
- на речь – 2 балла;
- спонтанное – 3 балла.

2 Двигательная активность:

- нет реакции на боль – 1 балл;
- разгибательная реакция на боль – 2 балла;
- сгибательная реакция на боль – 3 балла;
- нецеленаправленная реакция на боль – 4 балла;
- целенаправленная реакция на боль – 5 баллов;
- выполнение команд – 6 баллов.

3 Вербальный ответ:

- отсутствует – 1 балл;
- нечленораздельные звуки – 2 балла;
- непонятные слова, неадекватная речепродукция – 3 балла;
- спутанная речь – 4 балла;
- полная ориентированность – 5 баллов.

Интерпретация данных шкалы:

- 15 баллов – сознание ясное;
- 10-14 баллов – умеренное и глубокое оглушение;
- 9-10 баллов – сопор;
- 7-8 баллов – кома-1;
- 5-6 баллов – кома-2;
- 3-4 балла – кома-3.

Литература

1. Вейнер Г. Неврология: пер. с англ. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.
2. Гаркави А.В. Комплексное лечение пролежней у спинальных больных: дис. ... канд. мед. наук. – М., 1991.
3. Горбунов А.В., Воронин И.М. Уход за неврологическими больными : учеб. пособие. – Тамбов: Издательский дом ТГУ им. Г.Р. Державина. – 2010. – 45 с.
4. Заликина Л. С. Уход за больными. – СПб.: Медицинское информационное агентство, 2008 – 204 с.
5. Левина О.С., Штульман Д.Р. Неврология: справочник практического врача. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 1024 с.
6. Неврология / под ред. М. Самуэльса: пер. с англ.. – М.: Практика, 1997.
7. Одинак М.М.,Возинюк И.А. Нарушение кровообращения головного мозга. – СПб.: Гиппократ. – 2002.
8. Петрова А.И. Паллиативная медицина. Особенности ухода за пациентами, перенесшими инсульт. – М.: ФГОУ «ВУНМЦ Росздрава», 2006. – 172 с.
9. Сорокоумов В.А. Методические рекомендации по организации неврологической помощи больным с инсультами в Санкт-Петербурге. – СПб.: Человек, – 2002. – 48 с.
10. Яхно Н.Н., Д.Р. Штульмана. Неврология: руководство для врачей: в 2 т. Т.1.. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 2010. – 744 с.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

ЗАДАЧА 1

На обочине дороги лежит мужчина средних лет, без сознания.

При осмотре – не контактен, речь отсутствует, болевая реакция сохранена. На лице множественные ушибленные рваные раны, в лобной части подкожная гематома. На волосистой части головы, в затылочной области, подкожная гематома без повреждения кожных покровов. Левый зрачок немного шире, чем правый. АД 80/60 мм рт. ст., пульс 64 уд./мин., дыхание поверхностное, учащенное, ЧДД 26 в минуту.

- 1 Определите неотложное состояние, развившееся у больного.
- 2 Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

Эталон ответа

- 1 Открытая черепно-мозговая травма (ушиб головного мозга).

Основание – данные объективного осмотра: нарушение сознания, ранение головы, нарушение сердечной и дыхательной деятельности (гипотония и одышка).

- 2 Алгоритм оказания неотложной помощи:

- наложение асептической повязки на область ран с предварительной обработкой №% раствором перекиси (если представляется возможным).
- убедиться в проходимости верхних дыхательных путей, при необходимости очистить ротовую полость от слизи и освободить от зубных протезов и установить воздуховодную трубку.
- транспортировать на носилках при прибытии бригады «скорой помощи» в нейрохирургический стационар.

ЗАДАЧА 2

Вас пригласили к соседу по лестничной площадке. Мужчина 60 лет находится в бессознательном состоянии. Со слов жены за несколько часов до потери сознания жаловался на сильную головную боль, головокружение, тошноту, рвоту. Накануне было застолье с употребле-

нием алкоголя. В анамнезе – гипертоническая болезнь, систематически не лечился.

Объективно

Неконтактен, речь отсутствует. Психомоторное возбуждение. АД 280/120 ударов в минуту, пульс 120 ударов в минуту, дыхание шумное, глубокое с периодами апноэ до 5-10 сек.

Задание:

- 1 Определите неотложное состояние, развившееся у пациента.
- 2 Составьте алгоритм оказания неотложной помощи и обоснуйте каждый этап.

ЗАДАЧА 3

В общественном месте на земле лежит женщина в возрасте примерно 30 лет. Сознание отсутствует. Кожные покровы бледные, цианотичные. Челюсти сжаты, голова запрокинута назад. Руки и ноги в полусогнутом положении, мышцы напряжены. Зрачки расширены, равны с обеих сторон, на свет не реагируют. Через несколько секунд после осмотра развились симметричные подергивания мышц лица и конечностей. Появились розовая пена изо рта. Непроизвольное мочеиспускание. АД 180/90 мм рт.ст., пульс 102 удара в минуту.

Задание:

- 1 Определить неотложное состояние, развившееся у пациента
- 2 Составить алгоритм оказания неотложной помощи и обосновать каждый этап.
- 3 Продемонстрировать способ укладки больного в данном состоянии.

Следующие состояния могут разбираться в разделе психиатрии, однако, часто с ними приходится сталкиваться и в неврологическом отделении.

ЗАДАЧА 4

Мужчина внезапно потерял сознание и с криком упал., Появились тонические а затем клонические судороги. Наблюдается цианоз лица,

выделение розовой пены изо рта, непроизвольное мочеиспускание. Реакция зрачков на свет отсутствует.

Задание:

1 У больного большой судорожный припадок. Заключение основано на том, что приступ развился внезапно с потерей сознания, падением больного, наблюдались тоническая, а затем клоническая фаза припадка, характерный цианоз лица, выделение розовой пены изо рта (за счет прикуса языка), непроизвольное мочеиспускание.

2 Алгоритм неотложной помощи:

- если больной упал лицом вниз, необходимо положить его на спину,
- голову повернуть набок, чтобы обильно выделяющаяся слюна не попала в дыхательные пути,
- расстегнуть воротник и пояс для облегчения дыхания,
- под голову положить что-нибудь мягкое для предохранения от ушибов,
- не следует применять силу при удерживании больного во время судорог для профилактики вывихов и переломов,
- с целью предохранения языка от прикусывания, вложить сбоку между коренными зубами ручку ложки или шпатель, обернутый марлей, если этих предметов нет под руками, можно воспользоваться туго свернутой тканью или жгутом из края одежды. Запрещается применять не обернутые металлические или деревянные предметы, возможна аспирация обломками зубов, дерева или металла,
- специального лечения во время приступа не производится в связи с кратковременностью и обратимостью приступа.

ЗАДАЧА 5

Вас пригласил сосед. Перед вами молодая женщина с криком, рыданиями катается по полу, отмечаются хаотичные судорожные движения конечностей с выразительным выгибанием тела дугой. На вопросы не отвечает. При попытке определения реакции зрачков на свет, больная плотно сжимает веки. Со слов мужа этому состоянию предшествовала ссора.

Задание:

- 1 Определите состояние, развившееся у пациентки. С чем следует его дифференцировать.
- 2 Составьте алгоритм ваших действий.

ЗАДАЧА 6

Перед вами мужчина 42 лет. Он находится в состоянии двигательного возбуждения. Поведение неадекватное, дезориентирован в месте и времени, в стахе оглядывается, заглядывает под стол, что-то стряхивает с себя, отмахивается от кого-то, обращается к мнимому собеседнику. Кожные покровы гиперемированы, выраженная потливость, отмечается дрожь всего тела, тремор рук. Тахикардия 110 уд./мин., АД 140/90 мм рт. ст. Со слов родственников-больной в течение 7 лет злоупотребляет спиртными напитками, был длительный запой.

Задание:

- 1 Определите развившееся состояние у пациента.
- 2 Составьте алгоритм действий.

ТЕСТОВЫЙ КОНТРОЛЬ

1 Поражение нервной системы может быть вызвано:

- а) нарушением кровоснабжения, травмой;
- б) инфекцией;
- в) перерождением тканей, опухолью;
- г) все перечисленное.

2 Особенности ухода за психическими больными определяются всем кроме:

- а) невменяемости;
- б) возможности развития острого психомоторного возбуждения;
- в) невозможности самообслуживания;
- г) антропометрических показателей.

3 Признаки характерные для поражения нервной системы:

- а) менингеальный синдром;
- б) мигрень;
- в) судорожный припадок;
- г) все перечисленное.

4 Перечислите принципы первой помощи при мигрени:

- а)
- б)
- в)
- г)
- д)

5 Инсульт – это

-
-
-

6 Дополните:

К развитию пояснично-крестцового радикулита приводят травмы позвоночника, связанные с подъемом тяжестей, зна-

чительным физическим напряжением, что приводит к изменениям

.....
.....
.....

7 Дополните:

Невралгии и невриты – это поражение
нервов, обусловленное охлаждением,

....., гиповитаминозами

8 Дополните:

При закрытой черепно-мозговой травме отсутствуют условия для

.....
.....

9 Степени угнетения сознания. Дайте краткую характеристику:

а) лёгкое оглушение –

.....
.....

б) умеренное оглушение (ступор) –

.....
.....

в) глубокое оглушение (сопор) –

.....
.....

г) кома –

.....
.....

10 Для какой степени коматозного состояния характерно угнетение рефлексов, снижение мышечного тонуса, отсутствие реакции на боль, снижение АД, сердечные аритмии:

а) I – умеренная кома

б) II – глубокая кома

в) III – терминальная кома

г) нет правильного ответа

11 Начальные проявления недостаточности мозгового кровообращения:

- а) головная боль;
- б) головокружения, шум в голове;
- в) ухудшение памяти, снижение работоспособности;
- г) все перечисленное верно.

12 Дополните:

Вегетативная нервная система иннервирует преимущественно

.....

13 Дополните:

Соматическая нервная система обеспечивает иннервацию

.....

14 Дополните:

Центральная нервная система состоит из

.....

15 Причины комы:

а) метаболическая кома:

- уремия;
-
- печеночная энцефалопатия;
-
- гиперкапния;
- лекарственная кома.

б) кома, обусловленная нарушением структуры мозга:

-
- экстрадуральная гематома
-
- острое нарушение мозгового кровообращения в стволе головного мозга

16 Основные симптомы при осмотре пациентов в коме, на которых базируется шкала Глазго:

- уровень сознания;
-

- зрачки;
-
- двигательные реакции и рефлексy;
-
- речевые реакции.

17 Источники информации о пациенте в коме:

-
-
-
-
-
-

18 Алгоритм неотложных мероприятий у пациента находящегося без сознания:

- дыхательные пути – обеспечение проходимости;
- дыхание – обеспечить постоянное поступление кислорода
-
-
-
-

19 Наиболее часто встречаемые заболевания нервной системы, приводящие к двигательным нарушениям:

- инсульты;
- паркинсонизм;
-
-
-
-

20 Заболевания, наиболее часто приводящие к нарушению мозгового кровообращения:

- церебральный атеросклероз;
- гипертоническая болезнь;
- аномалии сосудов (аневризмы, патологические изгибы, сужения);
- ревматизм;
- васкулиты;

- патология сердца;
- сахарный диабет;
- болезни крови;

-
-
-

21 Дополните:

Внутричерепное кровоизлияние начинается

.....

22 Дополните:

Клиника зависит от особенностей локализации и размеров

.....

23 Дополните:

В течение болезни выделяют три периода: острый, восстановительный и

24 Дополните:

Первые признаки инсульта: нарушение сознания,

.....

.....

25 Провоцирующие факторы, приводящие к инсульту:

- психоэмоциональное напряжение;
- физическое напряжение;
- злоупотребление алкоголем;

-
-
-