

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(Н И У «Б е л Г У»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК Сестринского дела**

**ОЦЕНКА СИНДРОМА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У  
ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Дипломная работа студента

очной формы обучения  
специальности 34.02.01 Сестринское дело  
4 курса группы 03051502  
Мягких Максима Николаевича

Научный руководитель  
Преподаватель Олейниц Э.В.

Рецензент  
Старшая медицинская сестра, отделение  
профилактики ОГБУЗ «Городская  
поликлиника г. Белгорода»,  
поликлиническое отделение № 2  
Деева Л. В.

**БЕЛГОРОД 2019**

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	5
1.1. Функциональный дефицит.....	6
1.2. Степени функционального дефицита .....	7
1.3. Индекс активностей повседневной жизни Бартела.....	8
1.4. Реабилитация пациента после инсульта.....	12
1.5. Реабилитация после инсульта в домашних условиях .....	15
1.6. Восстановление двигательных функций .....	17
ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА .....	22
2.1. Исследование функционального дефицита пациентов с последствиями ишемического инсульта.....	22
2.2. Анализ уровня независимости в повседневной жизни .....	25
2.3. Составление персонального плана ухода с учета индивидуального функционального дефицита.....	31
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	35
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	37

## ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы острых нарушений мозгового кровообращения связана с высоким уровнем заболеваемости. По данным Медицинского информационно аналитического центра города Белгорода общая заболеваемость инсультом по Российской Федерации в 2016 году составила 413961 случаев, или 352,2 на 100000 населения. В Белгородской области общая заболеваемость инсультом составила 5003 случая, или 393,8 на 100000 населения. По городу Белгороду общая заболеваемость инсультом составила 1588 случаев, или 495,5 на 100000 населения. Общая заболеваемость инсультом по Российской Федерации в 2012 году составляла 361 220 случаев, или 318,6 на 100000 населения. В Белгородской области общая заболеваемость инсультом составила 3805 случая, или 291,5 на 100000 населения. По городу Белгороду общая заболеваемость инсультом составила 519 случаев, или 167,2 на 100000 населения. Таким образом, очевидно, что заболеваемость инсультом остается на высоком уровне и имеет тенденцию к росту.

Инсульт является одной из основных причин смертности и первой причиной инвалидизации.

Поэтому нами была выбрана тема «Оценка синдрома функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста».

Объект исследования - пациенты пожилого и старческого возраста.

Предмет исследования – пациенты пожилого и старческого возраста с последствиями ишемического инсульта.

Цель исследования - оценить синдром функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования:

- изучить степень независимости в повседневной жизни пациентов с последствиями инсульта;
- разработать алгоритм сестринской диагностики синдрома функционального дефицита;

- провести обучение родственников пациентов с учетом персонального плана ухода.

Методы исследования: анализ медицинской литературы, наблюдение, сбор и статистическая обработка информации из истории болезни, шкала Бартела.

## ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ПРЕДПОСЫЛКИ ИССЛЕДОВАНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Инсульт, или острое нарушение мозгового кровообращения, вне зависимости от его формы – это тяжелое заболевание. Из-за инсульта нарушается работоспособность различных отделов головного мозга. А это означает, что человек оказывается неспособным осуществлять привычные для себя виды деятельности.

Инсульт головного мозга — состояние столь сложное и опасное, что не приемлет самолечения и необдуманности в реабилитации. Лечение инсульта — это всегда обширный, строго установленный комплекс терапевтических мер, направленных на неотложную помощь и на последующую, иногда длительную реабилитацию пациента.

Очень важна первая медицинская помощь при инсульте, поскольку своевременно обнаруженная проблема, своевременное оказание пациенту правильной помощи на до госпитальном этапе увеличивает шансы на выживание и на последующее полноценное восстановление.

К сожалению, смертность от инсульта в нашей стране невероятно высока. Причем основная проблема заключается не только в недостаточной осведомленности людей о характерных признаках и симптомах болезни или о том, какой должна быть правильная неотложная помощь при инсульте.

Проблема заключается ещё и в косности сознания наших пациентов, не всегда желающих сразу обратиться к представителям традиционной медицины. Иногда наши люди считают возможным проводить не только самостоятельное оказание первой помощи при инсульте, но в некоторых случаях пытаются лечить инсульт в домашних условиях, применяя так называемую народную медицину (травки, настои, компрессы). Естественно, что подобное поведение приводит к тяжелым последствиям.

## 1.1. Функциональный дефицит

В результате инсульта у больного может нарушаться:

- память,
- речь,
- способность к движениям (вплоть до полного паралича),
- высшие психические функции,
- зрение и слух,
- функции вестибулярного аппарата.

Степень его проявления и правильность диагностики во многом определяющий объём и вид предоставляемой помощи.

Нужно сказать, что при традиционной системе симптоматической диагностики по нозологиям данный медико-социальный гериатрический синдром часто остаётся неучтённым, что существенно влияет на эффективность курации пациентов данной возрастной группы.

Диагностика функционального дефицита — часть многомерной, многопрофильной оценки состояния здоровья людей пожилого и старческого возраста, которая сегодня начинает входить в практику как комплексная гериатрическая оценка, ставящая своей целью анализ социально-экономического статуса, качества жизни, функциональной активности, преморбидных характеристик, психического здоровья наряду с объективными и субъективными показателями физического здоровья [5].

Мы уже говорили ранее, что помощь в данном случае должна оказываться мультидисциплинарной командой, взаимодействие в которой может строиться на функциональных началах. Это очень важно в амбулаторном звене, на которое ложится основное время оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста. На первое место здесь выходит как раз профессиональный уход и его организация на дому. В этой ситуации роль медицинской сестры первостепенна как специалиста, который должен обладать высоким уровнем компетенций в области паллиативной гериатрии с одной стороны, с другой — способностью и

умением организовать уход на дому с привлечением опекунов, волонтеров и иных лиц, не всегда имеющих специальное медицинское образование.

## **1.2. Степени функционального дефицита**

Степень функциональных расстройств определяют согласно классификации нарушений функций организма по степени выраженности:

- 1) незначительные нарушения функций — 1-я степень;
- 2) умеренные нарушения функций — 2-я степень;
- 3) выраженные нарушения функций — 3-я степень;
- 4) значительно выраженные нарушения функций — 4-я степень.

Виды нарушений подразделяют на 4 основные группы:

- 1) нарушения психических функций (восприятие, внимание, память, мышление, речь, эмоции, воля, сознание);
- 2) нарушение сенсорных функций (зрение, слух, обоняние, осязание);
- 3) нарушение стато-динамической функции;
- 4) нарушение функций кровообращения, пищеварения, выделения.

Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в 2001 году была принята «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» (МКФ), направленная на объективизацию оценки широкого спектра показателей здоровья и показателей, связанных со здоровьем. Классификация включает в себя функции и структуры организма, категории активности и участия, а также факторы окружающей среды, которые описаны с позиций организма, индивида и общества. Учитывая современные тенденции развития гериатрической практики, а также основную концепцию гериатрической науки, вполне обосновано проведение наряду с комплексной гериатрической оценкой диагностики степени функционального дефицита, которая в данном случае является унифицированным экспертным инструментом [10].

В преломлении к гериатрической практике «Международная классификация функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья» кардинально меняет парадигму построения программ помощи людям пожилого и старческого возраста, смещая акценты в сторону приспособления среды для поддержания социального функционирования и обеспечения максимально высокого качества жизни. В паллиативной гериатрии этот тезис как нельзя актуален, потому что меняется сам подход к разработке программы реабилитации с максимальной индивидуализацией объемов и видов помощи.

Опираясь на клинический опыт, можно сказать о вполне оправданной оценке следующих положений классификации: способность к передвижению, способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение.

### **1.3. Индекс активностей повседневной жизни Бартела**

Оценка Activities of Daily Living (ADL) – «активности повседневной жизни», «функции повседневной жизнедеятельности», «повседневная активность» - показывает степень зависимости/независимости клиента в его повседневной жизни. Она позволяет эрготерапевтам и социальным работникам оценить способности человека к самостоятельному существованию. Это дает возможность дифференцировать виды и объемы социальной помощи в зависимости от состояния здоровья и функционального статуса клиента.

Активность повседневной жизни (ADL) - это действия и виды деятельности, которые человек совершает ежедневно в течение всей жизни.

Активность повседневной жизни условно разделяется на персональную (PADL) и инструментальную (IADL).

Персональная активность повседневной жизни включает в себя выполнение задач, связанных с самообслуживанием - прием пищи, одевание, туалет и другие гигиенические мероприятия, причесывание, поддержание функциональной мобильности, коммуникация.

Инструментальные активности повседневной жизни связаны с независимым функционированием человека дома, в школе или на работе, в обществе.

Активность в повседневной жизни включает в себя:

- мероприятия по личной гигиене (уход за волосами, умывание, использование туалета и др.);
- одевание;
- прием пищи;
- соблюдение правил, необходимых для поддержания и сохранения здоровья;
- социализацию;
- функциональную коммуникацию и подвижность;
- возможность быть мобильным в обществе;
- удовлетворение сексуальных потребностей.

Активность в работе и продуктивной деятельности:

- выполнение домашних обязанностей (уход за одеждой, уборка квартиры,
- приготовление еды, поддержание чистоты и безопасное проживание в квартире);
- заботу о других людях;
- возможность обучаться чему-либо новому;
- исследовательские виды деятельности (выбор специальности, поиск работы,
- выполнение работы, планирование ухода на пенсию, добровольное участие в чем-либо).

Все шкалы ADL обладают рядом общих недостатков:

- эти шкалы часто включают пункты, которые соответствуют уровню «повреждение» (impairment) - например, пункты, отражающие состояние функций тазовых органов;

- многие пункты таких шкал не являются независимыми друг от друга;
- шкалы ADL не отражают многих аспектов нарушения жизнедеятельности таких, как ориентация, общение и др.;
- по результатам тестирования невозможно узнать, каким способом достигнута независимость в повседневной жизни: за счет восстановления утраченных функций клиента, либо за счет улучшения условий окружающей обстановки;
- почти все шкалы ADL относятся к ординальным, поэтому неправомерно проводить сравнение результатов, достигнутых в различных реабилитационных учреждениях, основываясь лишь на динамике оценок, которые получены при помощи данных шкал.

Индекс активностей повседневной жизни Бартела, или Индекс независимости в сфере повседневной жизнедеятельности Бартела (Barthel ADL Index) популярная среди эрготерапевтов шкала, которую рекомендуют в качестве лучшего инструмента для оценки независимости в повседневной жизни.

Индекс Бартела был предложен и начал использоваться с 1955 г. в Балтиморе. В дальнейшем было установлено, что индекс Бартела наиболее эффективен для клиентов с параличами. Изучалась и подтверждена высокая предсказательная инвалидность этого теста в отношении предполагаемой длительности и исходов реабилитации этих клиентов, доказана высокая надежность теста, а также его чувствительность: динамика оценки в 4 и более баллов (в случаях, когда максимальным баллом является 20) может считаться существенной, тогда как изменения оценки менее чем на 4 балла возникает чаще в связи с ошибкой измерения. Недостаток теста в том, что он нечувствителен к небольшим изменениям в состоянии клиента. Однако данный инструмент прост, понятен, требует нескольких минут для заполнения, может выполняться путем расспроса клиента при непосредственном контакте с ним или по телефону, а также путем наблюдения за клиентом [3].

Индекс Бартела охватывает 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Оценка уровня повседневной активности производится по сумме баллов, определенных у клиента по каждому из разделов теста. В авторской версии большинство пунктов имеют оценочные ранги «0» (невозможность выполнить задание) – «5» (требуется помощь в выполнении задания и «10» (полная независимость в выполнении задания); два пункта имеют ранги «0» (выполнение задания невозможно либо требуется помощь) и «5» (полная зависимость); два пункта имеют оценочные ранги «0» (полная зависимость), «5» или «10» для случаев, когда необходима помощь, и «15» (полная независимость).

По сумме оценка варьирует от 0 до 100.

0 - 20 баллов - полная зависимость клиентов.

21 - 60 баллов - выраженная зависимость.

61 - 90 баллов - умеренная зависимость.

91 - 99 легкая зависимость.

Предлагаются и другие оценочные шкалы, когда суммарный балл варьирует от 0 до 20 баллов.

При заполнении индекса Бартела необходимо придерживаться следующих правил:

1. индекс отражает реальные действия больного, а не предполагаемые;
2. необходимость присмотра означает, что больной не относится к категории тех, кто не нуждается в помощи (больной не независим);
3. уровень функционирования определяется наиболее оптимальным для конкретной ситуации путем расспроса больного, его друзей/родственников, однако важны непосредственное наблюдение и здравый смысл. Прямое тестирование не требуется;
4. обычно оценивается функционирование больного в период предшествовавших 24-48 часов, однако иногда обоснован и более продолжительный период оценки;

5. средние категории означают, что больной осуществляет более 50% необходимых для выполнения той или иной функции усилий;

6. категория «независим» допускает использование вспомогательных средств;

7. шкалой удобно пользоваться как для определения изначального уровня активности пациента, так и для проведения мониторинга с целью определения эффективности ухода.

#### **1.4. Реабилитация пациента после инсульта**

Инсульт вызывается закупоркой (ишемический инсульт) или нарушением целостности (геморрагический инсульт) сосудов головного мозга. В результате этого страдает кровообращение в мозге, а нервные клетки погибают из-за недостатка кислорода. Таким образом, из-за инсульта мозг человека лишается какой-то своей части, которая отвечает за определенные функции – речь, интеллект, память, чувствительность, зрение, слух, движения, отправление естественных потребностей (еда, мочеиспускание и дефекация).

Разновидностью инсульта является транзиторная ишемическая атака, при котором симптомы нарушения кровообращения в мозге спустя некоторое время проходят. Однако она также требует внимательного отношения и обследования у невролога, поскольку нередко может трансформироваться в полноценный инсульт [11].

Лечение инсульта – многоплановое мероприятие. При подозрении на острое нарушение мозгового кровообращения пациент немедленно госпитализируется. Если в стационаре диагноз подтверждается, то начинается лечение больного. Обычно для этой цели используются консервативные методы. Однако в некоторых случаях необходимы хирургические операции [4].

На первых порах лечение может осуществляться только в стационаре. Однако, после того, как состояние больного стабилизируется, и его жизни

перестает что-либо угрожать, то его выписывают. И дальнейшее лечение должно проводиться в домашних условиях, но под наблюдением врача-невролога.

В лечении инсульта используются следующие методы:

- прием лекарственных препаратов;
- психотерапия;
- правильная организация жизни больного;
- физиотерапевтические процедуры;
- диета;
- лечебная физкультура.

Лечение в постинсультный период также направлено на уменьшение вероятности рецидивов заболевания. Не секрет, что многие из людей, перенесших инсульт, в течение первого и второго года после этого события переживают рецидив. Вероятность этого события составляет примерно 10%. А повторные инсульты зачастую могут быть летальными.

Восстановительный период делят на три этапа:

- ранний – до 6 месяцев;
- поздний – 6-12 месяцев;
- резидуальный – более года.

Чем раньше будет начата работа по восстановлению функций мозга, пострадавших в результате инсульта, тем больше шансов на успех. Кроме того, мероприятия должны иметь систематический характер. Нельзя опускать руки и бросать программу по реабилитации на полдороге [6].

Стоит помнить также о том, что инсульт не появляется просто так. Обычно он является следствием какого-то системного заболевания или сразу нескольких:

- гипертонии;
- ожирения;
- повышенного уровня холестерина в крови;
- атеросклероза;
- сердечной аритмии;

- порока сердца;
- сердечной недостаточности;
- сахарного диабета;
- изменения состава крови;
- аневризмы сосудов.

Однако чаще всего инсульты возникают на фоне неумеренного потребления алкоголя и табак курения. Не будет преувеличением сказать, что никотин и алкоголь буквально уничтожают сосуды мозга. Не стоит сбрасывать со счетов и такие факторы риска, как чрезмерные физические нагрузки, стрессы, работа в тяжелых условиях, неправильное питание [2].

Следовательно, одновременно с лечением последствий самого инсульта необходимо заняться лечением того заболевания, которое его вызвало. А больному после успешной реабилитации следует навсегда изменить свой образ жизни, если именно он привел к инсульту.

Как восстановиться после инсульта. Практика показывает, что после инсульта вполне можно вновь обрести утраченные физиологические и психические способности. Поврежденные ткани мозга могут со временем восстановиться, а место погибших нейронов займут здоровые. Однако на это потребуется время. К сожалению, заранее очень трудно предсказать, когда это произойдет, и произойдет ли вообще.

Здесь многое зависит от тяжести заболевания, а также от индивидуальных особенностей организма больного. Мозг одних больных может восстановиться после тяжелейших поражений, а у других даже незначительные отклонения остаются на всю жизнь. Кроме того, ишемический инсульт лучше поддается терапии по сравнению с геморрагическим инсультом.

Не меньшее значение имеет и поддержка со стороны близких. У большинства больных после инсульта наблюдается астено-депрессивный синдром, выражающийся в подавленности, отсутствия интереса к жизни. Возможны попытки суицида со стороны пациентов.

Поэтому психологическая реабилитация должна осуществляться одновременно с лечением. Она должна продолжаться и после того, как будут восстановлены основные двигательные функции. С этой целью можно доверять больному какие-то мелкие домашние дела. Важно дать понять пациенту, что он является полноценным членом семьи, а не беспомощным инвалидом.

Лучше всего, если восстановление проходит в специальных реабилитационных центрах. Статистика говорит о том, что в таком случае меньше вероятность рецидивов заболевания. Однако и в домашней обстановке больному можно обеспечить приемлемые условия для восстановления и лечения. Некоторых специалистов, таких, как массажисты, можно приглашать на дом.

Однако не стоит надеяться на то, что больной уже через неделю-две оправится от тяжелого заболевания. Нередко на частичное восстановление функций нервной системы и мозга уходят месяцы, годы, а то и десятилетия. Обычно восстановление больных с мозговым кровоизлиянием происходит дольше, чем восстановление больных, перенесших нарушение кровообращения ишемической природы.

### **1.5. Реабилитация после инсульта в домашних условиях**

Стратегия восстановления во многом зависит от того, насколько сильно поражен мозг и от общего состояния больного.

В результате инсульта у больного может нарушаться:

- память;
- речь;
- способность к движениям (вплоть до полного паралича);
- высшие психические функции;
- зрение и слух;
- функции вестибулярного аппарата.

В зависимости от этого вырабатывается стратегия лечения и реабилитации. Программа-минимум – это обучение больного навыкам самообслуживания, общения, передвижения, речи, интеллектуальным навыкам. Лишь после этого можно задумываться о восстановлении профессиональных навыков.

Реабилитационная программа должна соответствовать следующим принципам:

- раннее начало;
- систематичность;
- последовательность;
- разнонаправленность.

Чем раньше будет начата программа реабилитации, тем выше шансы на ее успех. Восстановление по возможности необходимо начинать еще в стационаре. Упущенное время может отрицательно сказаться на потенциале улучшения здоровья человека [9].

Систематичность означает, что все мероприятия по реабилитации должны выполняться постоянно. Нельзя делать перерывов в занятиях, поскольку это нивелирует весь прогресс, достигнутый ранее.

Под последовательностью подразумевают следование определенному плану занятий, при котором сложными упражнениями можно заниматься лишь после освоения больным более простых упражнений. Нельзя сразу требовать от больного непосильных для его текущего состояния вещей.

Также важно учитывать то, что различные функции организма должны восстанавливаться одновременно. Если у больного нарушено сразу несколько функций ЦНС, то не следует заниматься лишь в одном направлении в ущерб другим. Этот принцип подразумевается под разнонаправленностью реабилитации.

Домашняя реабилитация – непростой процесс, все аспекты которого трудно учитывать. Поэтому она должна проводиться под контролем специалиста-невролога. Разумеется, определенный контроль состояния больного может осуществляться им самим или близкими ему людьми. Так, пациентам,

страдающим гипертонией, необходимо все время измерять уровень артериального давления, сахарным диабетом – сахара в крови, атеросклерозом – холестерина в крови [1].

Если цели были поставлены реалистично, и программа по их достижению тщательно соблюдалась, то в большинстве случаев она завершается успехом. Хотя многое здесь зависит и от тяжести исходного состояния.

### **1.6. Восстановление двигательных функций**

После инсульта пациенты часто жалуются на слабость, потерю мышечной силы, онемение, и в результате, нарушение функции конечностей. Улучшение состояния пациента, нормализация его двигательной активности, восстановление сил больного — вот основные начальные задачи реабилитации.

Врач покажет, как необходимо уложить пораженные конечности в «корректирующее положение», как использовать лангеты или мешочки с песком для фиксации пораженной руки и ноги. На сайте медицинского колледжа медицинского института НИУ «БелГУ» размещены видеоролики, показывающие правильное позиционирование на здоровой и больной сторонах, а также в положении сидя [12].

Длительность лечения положением устанавливаются индивидуально. Его целесообразно проводить 2 раза в день по 30-45 мин непосредственно после окончания занятия лечебной гимнастикой. При появлении жалоб на онемение, неприятные ощущения, боль надо менять положение конечности. Укладку пораженных конечностей не рекомендуется проводить во время приема пищи и в период послеобеденного отдыха. Регулярная смена положения тела и конечностей способствует не только снижению тонуса конечностей и улучшению периферического кровообращения, но и предупреждает застойные явления в легких.

Работу по восстановлению утраченных функций (реабилитацию) больного нужно начинать с первых дней после развития инсульта. Уже с первых часов

острого периода, наряду с лекарственным лечением, применяется лечение положением.

Первые пассивные движения с целью улучшения подвижности суставов осуществляют уже на второй день после перенесенного инсульта. Их выполняют с помощью инструктора ЛФК или родственника. Движения должны быть плавными, медленными, не вызывать болезненных ощущений.

Этап «Снова встаем». Сначала больному разрешают садиться в постели всего на несколько минут, но каждый день это время будет увеличиваться. Настанет момент, когда врач разрешит встать, держась свободной рукой за спинку кровати или вашу руку. Научились самостоятельно стоять? Пора освоить попеременный перенос тяжести тела с одной ноги на другую. Родственникам или ухаживающему персоналу следует помнить, что у больного всегда должна быть опора. Чтобы стопа больного не подворачивалась, лучше подобрать ему высокую обувь.

Этап «Снова ходим». Когда больной сможет подняться, родственники или ухаживающий персонал должны настроить его на то, что навыки ходьбы будут возвращаться постепенно. Следует помогать больному на этом этапе, поддерживать его при ходьбе первое время, не оставлять одного. Следующий этап — ходьба без поддержки, но с опорой. Вначале — стул или трех-четырёхножная приставка, манеж, потом — специальная трость. Только после того как медицинская сестра или ухаживающие родственники убедятся, что больной уверенно ходит в помещении, можно выходить на улицу [7].

Как безопасно использовать кресло. Если пациент пользуется креслом-каталкой очень важно научиться правильно перемещать его с кресла на кровать и обратно. Вначале необходимо заблокировать колеса кресла. Затем нужно встать как можно ближе к пациенту. Медицинская сестра или ухаживающие родственники должны убедиться, что пациент стоит устойчиво. Следует помочь пациенту переместиться на край кресла. Обязательно нужно убедиться, что его ступни находятся на полу на одном уровне. Нужно приподнять пациента, как только он оттолкнется от кресла. Медсестра фиксирует колени пациента между

своих ног, затем осторожно поворачивает и посадит на стул или унитаз. Ухаживающие родственники могут посмотреть подробную видео инструкцию на сайте медицинского колледжа медицинского института НИУ «БелГУ».

Методика восстановления памяти. Не менее, а возможно, и более сложным является процесс восстановления речи и памяти. Ведь человек из-за последствий инсульта не только теряет свои профессиональные навыки, возможность ориентироваться в современной жизни, но может даже не узнавать близких ему людей. Поэтому необходимо проявить терпение. Лишь благожелательное отношение к пациенту способно изменить ситуацию.

Здесь могут помочь мнемонические упражнения – запоминание слов, чисел, объектов, изображенных на картинках. Очень хорошо развивают память настольные игры. Можно вспоминать вместе с пациентом те события, которые имели место в течение дня.

Процесс восстановления памяти и речи иногда может занять гораздо более длительное время, чем процесс восстановления моторики и двигательных функций. Здесь лучше всего обратиться за помощью к логопеду и психологу.

Методика восстановления речи. Способность к пониманию языка и генерация речи – одна из важнейших функций человеческой психики. Без этой возможности человек будет чувствовать себя неполноценным, его социальная адаптация заметно осложнится. К сожалению, если в результате инсульта затронут речевой центр мозга в левом полушарии, то полного восстановления функций речи (ее восприятие и генерация) может и не произойти. Также при поражении этой области мозга нарушаются математические способности.

Кроме того, затруднения в речи могут быть вызваны параличом тех мышц гортани и лица, которые отвечают за артикуляцию звуков.

Однако терять надежду в любом случае не стоит, даже если никакого прогресса в лечении данного состояния в первое время не наблюдается. Ведь нередки случаи, когда речь возвращалась к пациенту спонтанно. Здесь полезной будет помощь логопеда. В некоторых случаях возможно обучение пациента языку жестов.

Рекомендуется, чтобы человек постоянно бы слышал какие-то слова, речь и звуки. Без этого обретение способности понимать речь и говорить невозможно. Работа по восстановлению речи также должна выполняться постепенно, шаг за шагом. Сначала пациент должен научиться произносить отдельные звуки, затем – складывать из них слоги, а потом – слова и предложения. Иногда помогает прослушивание песен и самостоятельное пение. Также полезными могут быть упражнения по разработке лицевых мышц:

- оскаливание зубов;
- сворачивание губ в трубочку;
- открывание и закрывание рта;
- высовывание языка;
- подтягивание уголков губ в виде улыбки;
- облизывание губ языком;
- прикусывание зубами губ;
- надувание щек.

Уход за лежачим пациентом. Что делать, если человек в результате инсульта полностью или частично парализован и не может ходить? В таком случае ему необходимо оборудовать специальную кровать. Ее необходимо поставить в центре комнаты, так, чтобы к ней можно было бы осуществить доступ как минимум с 3 сторон. Кровать должна быть широкой (не менее 120 см), а матрас – жестким. Также над кроватью желательно установить специальный поручень, таким образом, чтобы больной мог бы схватиться за него.

Также требует определенной переделки туалет и ванная. В них также можно установить специальные поручни, чтобы человек с ограниченной подвижностью мог бы схватиться за них.

Уход за лежачим пациентом – одна из самых трудных задач для его близких. Необходимо следить за тем, чтобы на теле не образовывались бы пролежни, поскольку они ведут к развитию инфекционных заболеваний. Существует также риск заболевания пневмонией из-за застойных явлениях в

легких. Для предотвращения этого необходимо каждые 2-3 часа переворачивать человека на бок. Изменение положения тела также способствует улучшению кровообращения в конечностях. Во избежание заболеваний кожи необходимо использовать специальные кремы и мази [8].

Также для лежачих больных могут понадобиться:

- судно;
- подгузники подходящего размера;
- противопролежневые матрасы.

Постельное белье необходимо менять по мере его загрязнения и не допускать его увлажнения. Если у пациента есть проблемы с мочеиспусканием и дефекацией, то их можно решить при помощи катетеров и клизм.

## ГЛАВА 2. ОЦЕНКА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

Исследование проводилось на базе неврологического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 1 города Белгорода» в 2017- 2018 учебном году, в ходе работы «Школы паллиативного ухода». В Белгородской области реализуется проект «Внедрение пациента-ориентированных технологий при организации медицинской помощи маломобильным больным на протяжении всей жизни». Организатор проекта Пономарева И.П. врач, кандидат медицинских наук, доцент НИУ «БелГУ». «Школа паллиативного ухода» проводилась в рамках этого проекта.

### 2.1. Исследование функционального дефицита пациентов с последствиями ишемического инсульта

В течение периода работы Школы мы наблюдали за 120 пациентами после ишемического инсульта. Возраст пациентов от 53 до 89 лет.

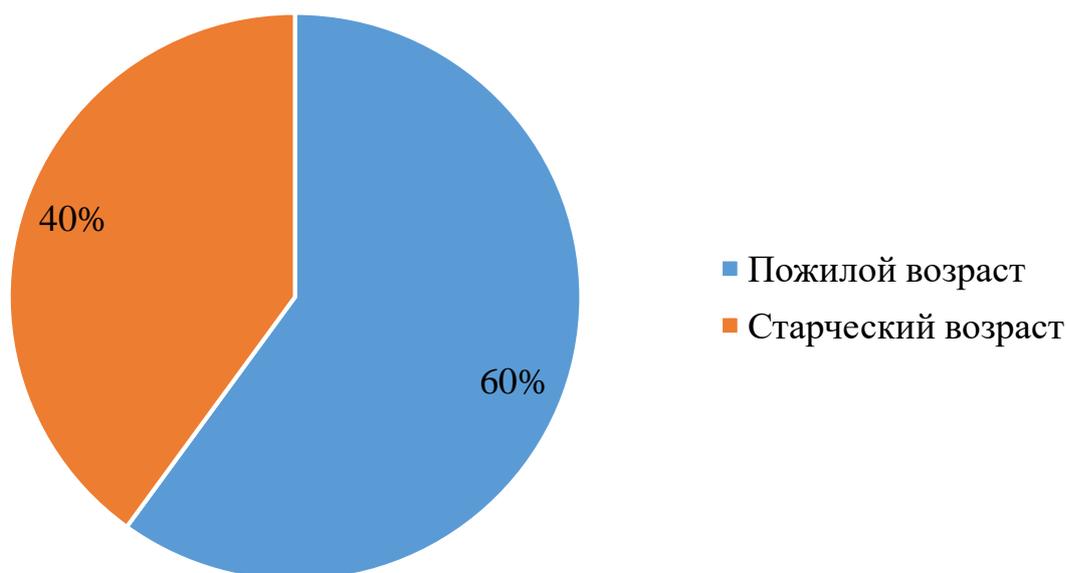


Рис. 1. Соотношение пациентов пожилого и старческого возраста

Средний возраст пациентов после ишемического инсульта 74 года.

Среди пациентов, принявших участие в исследовании, было 84 женщины и 36 мужчин (Рис. 2).

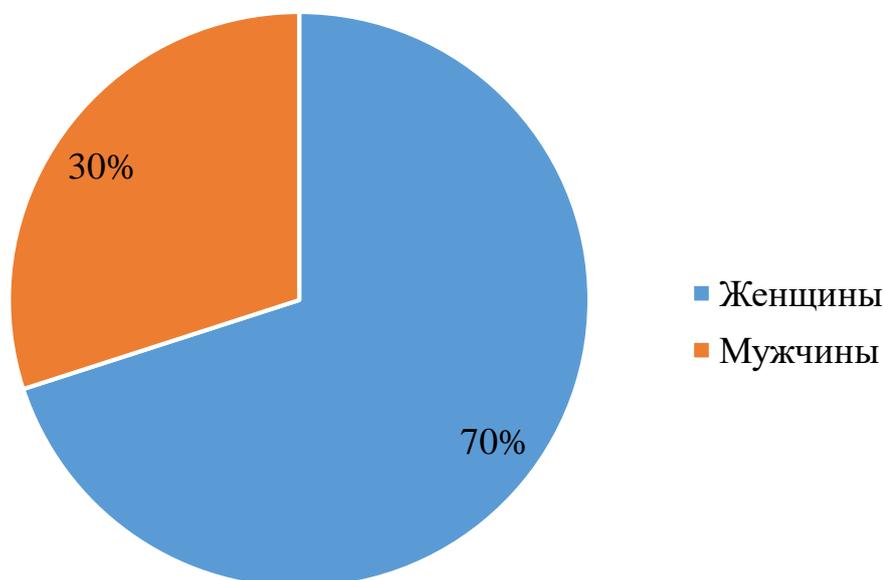


Рис. 2. Гендерное распределение пациентов

Перед каждым занятием мы проводили осмотр пациентов, изучали историю болезни, собирали анамнез, общались с родственниками, которые были возле пациентов.

Оценку уровня независимости в повседневной жизни мы проводили с помощью программы «Прогнозирование степени старческой астении». Программа разработана д-р. мед. наук, профессором - С.Г. Горелик, д-р мед. наук, профессор – А.Н. Ильницким, д-р мед. наук, профессор – К.И. Прощаевым, врач - С.В.Богат. В эту программу входят 5 тестов, один из которых уровень независимости в повседневной жизни шкала Бартела [3]. Например, мы в программу вводили ФИО пациента Б7, возраст 80 лет, дата обследования 15.03.2018, рост 170, вес 103 (Рис. 3).

Мы задавали вопросы способен ли самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами, имеется ли снижение аппетита, отмечалось ли у Вас снижение массы тела на протяжении последнего месяца,

Новый пациент

Фамилия Имя Отчество  
B7

Возраст 80 Дата обследования 15.03.2018 Текущая

Рост 170 Вес 103

Диагноз: ишемический инсульт

Операция: нет

Лечение:

Сохранить Отмена

Рис. 3. Ввод данных о пациенте в программу «Прогнозирование степени старческой астении»

может ли самостоятельно одеваться, может самостоятельно принимать ванну, может ли самостоятельно вставать с постели и передвигаться, и способен он осуществлять подъем по лестнице.

Степень выполняемости больным ежедневных функций само ухода оценивается в баллах и колеблется от 0 до 20. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов (Рис. 4).

Прогнозирование степени старческой астении

общее число пациентов: 6

ФИО пациента	Возраст	Дата обследования	Вес	Рост
B2	53	18.02.2018	80	172
B3	69	18.02.2018	90	156
B4	75	29.02.2018	78	169
B5	82	29.02.2018	95	176
B6	80	15.03.2018	100	180

Новый пациент Удалить пациента

Поиск пациента:

1. Выберите тест

- Тест
- Характеристика параметров ходьбы
- Оценка риска развития синдрома мальнотриции: часть I
- Оценка риска развития синдрома мальнотриции: часть II
- Оценка когнитивных способностей
- Оценка морального состояния
- Анализ уровня независимости в повседневной жизни
- Характеристика параметров устойчивости

2. Выберите вопрос

Вопрос	Ответ
Прием пищи	5
Персональный туалет: умывание лица, причесывание, чист	5
Одевание	10
Контроль тазовых функций	10
Прием ванны	5
Вставание с постели	10
Передвижение	15
Подъем по лестнице	10

3. Выберите вариант ответа

10 - способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами

Результат

Значительное нарушение устойчивости;  
Значительное нарушение походки;  
Значительная степень нарушения общей двигательной активности;  
Наличие синдрома мальнотриции;  
Тяжелые нарушения когнитивных функций(0 из 33 баллов)  
Плохое моральное состояние пациента(75 из 85 баллов(85-наихудшее))  
Полная зависимость больного в повседневной деятельности;  
Итог: терминальная стадия развития астении

4. Анализ

Возраст пациента: Min 53 Средний 72,83 Max 82

Рис. 4. Анализ уровня независимости в повседневной жизни в программе «Прогнозирование степени старческой астении»

## 2.2. Анализ уровня независимости в повседневной жизни

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при приеме пищи, показало, что способны самостоятельно пользоваться столовыми приборами 12% пациентов; частично нуждаются в помощи, например, при разрезании пищи – 68%; и полностью зависимы от окружающих - 20% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 5).

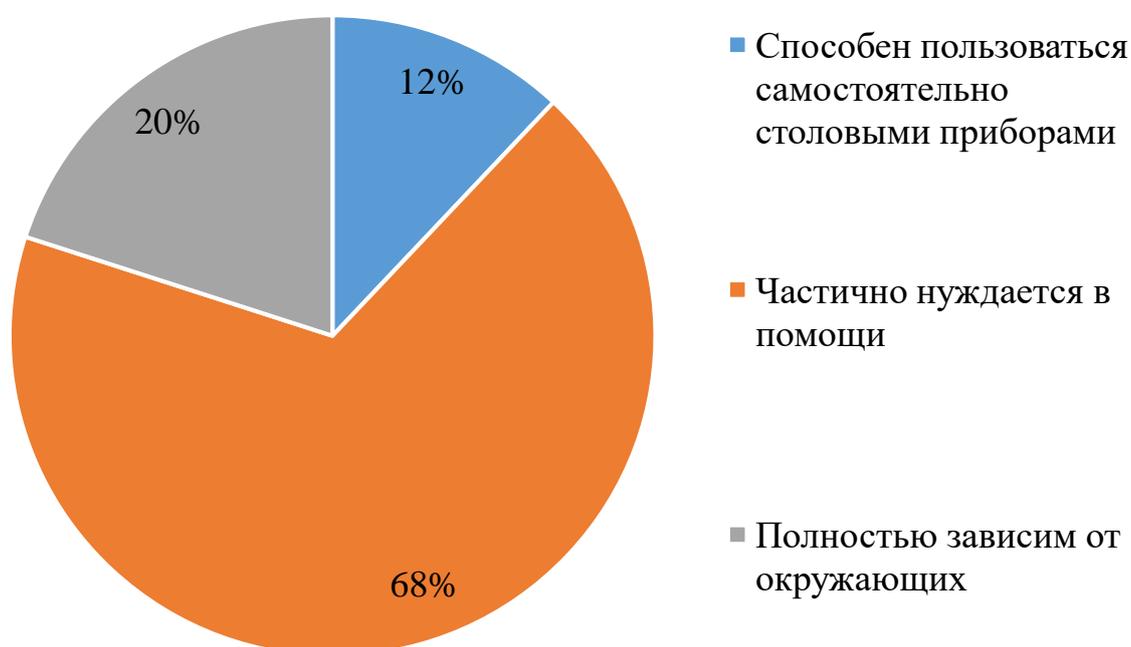


Рис. 5. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при приеме пищи

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при проведении персонального туалета (причесывание, умывание лица, чистка зубов), показало, что не нуждаются в помощи 20 % пациентов; частично нуждаются в помощи – 64%; и нуждаются в помощи - 16% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 6).

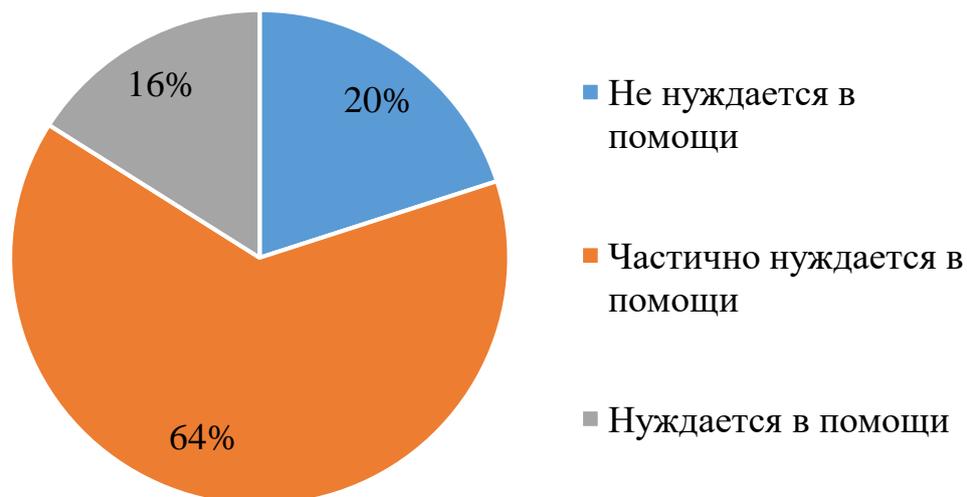


Рис. 6. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при проведении персонального туалета

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при проведении одевания, показало, что не нуждаются в посторонней помощи 24 % пациентов; частично нуждаются в помощи – 66%; и полностью нуждаются в постельной помощи - 10% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 7).



Рис. 7. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при одевании

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при контроле тазовых функций, показало, что не нуждаются в помощи 18% пациентов; частично нуждаются в помощи (при использовании клизм, свечей, катетеров) – 70%; и постоянно нуждаются в связи с грубым нарушением тазовых функций - 12% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 8).



Рис. 8. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при контроле тазовых функций

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при приеме ванны, показало, что принимает ванну без посторонней помощи 69% пациентов; и нуждаются в посторонней помощи - 31% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 9).

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при вставании с постели, показало, что не нуждаются в помощи 12% пациентов; нуждается в наблюдение и минимальной поддержке – 64%; может сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка- 22%; не способен встать с постели даже с посторонней помощью- 2% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 10).

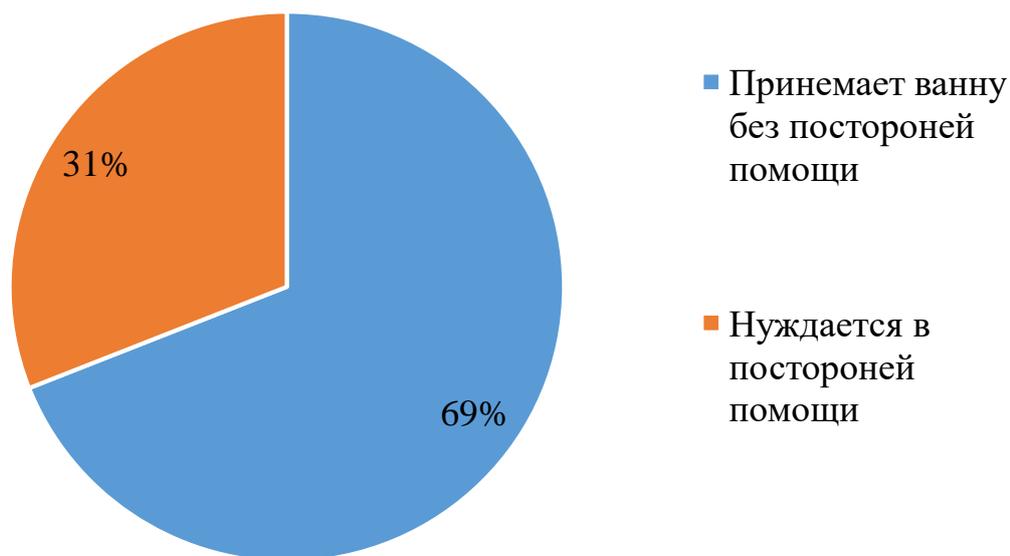


Рис. 9. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при приеме ванны



Рис. 10. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при вставании с постели

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при передвижении, показало, что может передвигаться без посторонней помощи на расстоянии более 500 м - 20% пациентов; может

передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м– 55%; может передвигаться с помощью инвалидной коляски- 15%; не способен передвигаться - 10% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 11).

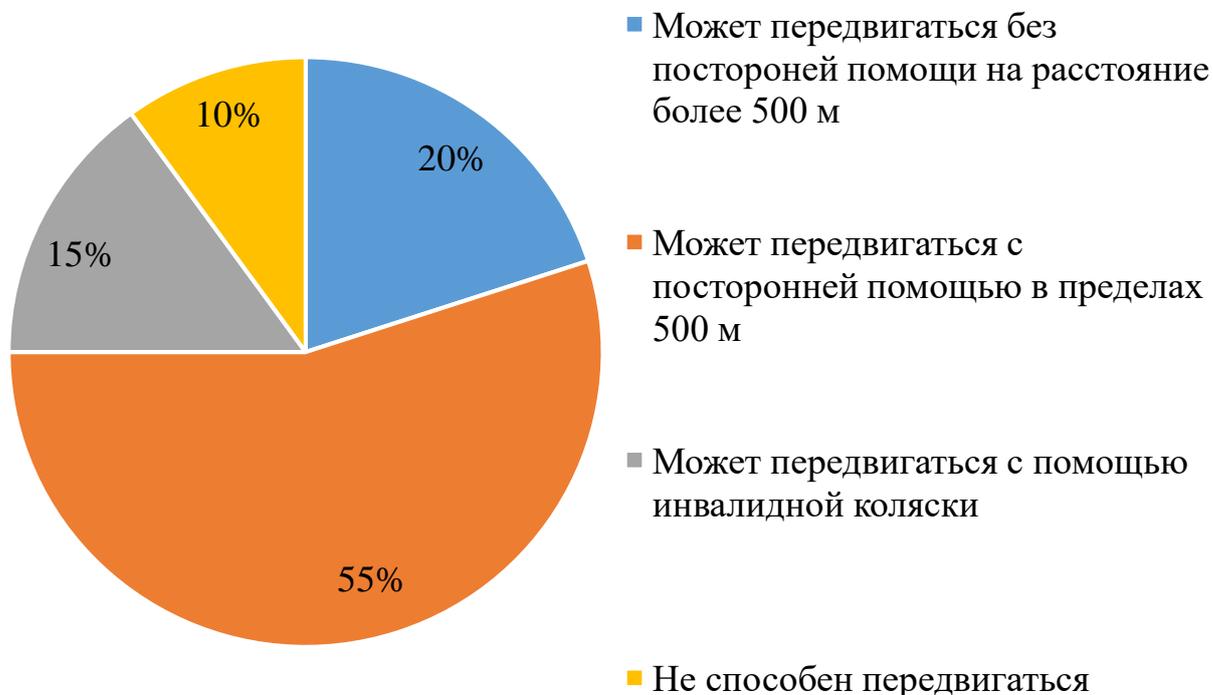


Рис. 11. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при передвижении

Изучение ответов пациентов и их родственников на вопрос, о независимости при подъеме по лестнице, показало, что не нуждаются в помощи 28% пациентов; нуждаются в наблюдении или поддержке – 62%; и не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой - 10% пациентов после ишемического инсульта (Рис. 12).

Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 - выраженной зависимости, от 61 до 90 - умеренной зависимости, от 91 до 99 - легкой зависимости, 100 баллов - полной независимости в повседневной деятельности.



Рис. 12. Анализ уровня независимости пациентов, после ишемического инсульта, при подъеме по лестнице

Подводя итоги теста независимости в повседневной жизни мы установили, что полностью зависимы от окружающих 19% пациентов, выраженная зависимость установлена у 70% пациентов, умеренная зависимость у 10%, легкая зависимость у 1%, полностью независимых пациентов не было (Рис. 13).

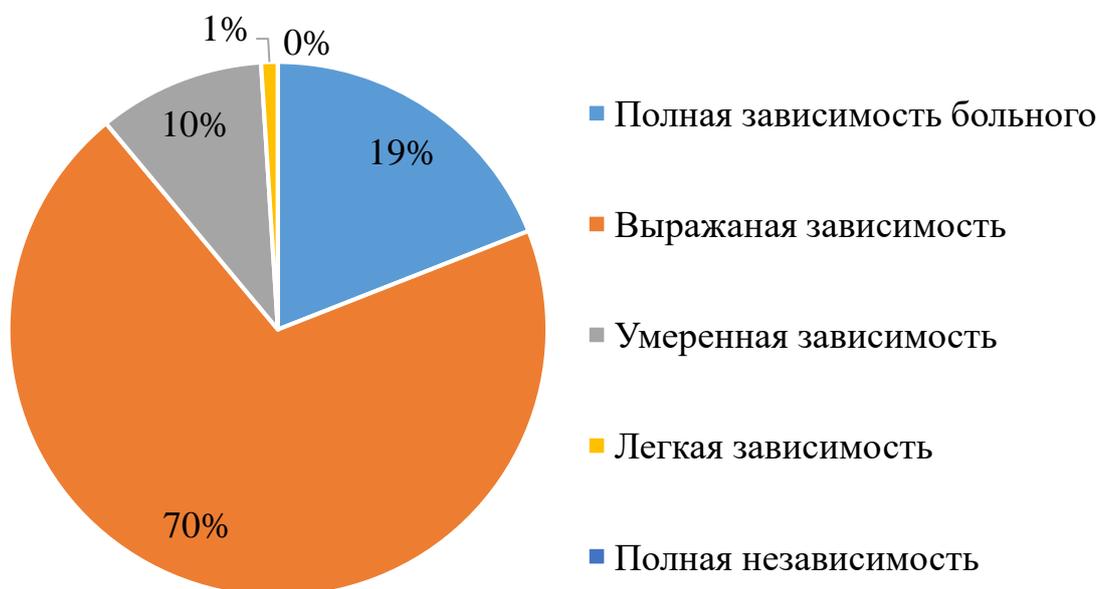


Рис. 13. Уровни независимости в повседневной жизни пациентов после ишемического инсульта

### **2.3. Составление персонального плана ухода с учета индивидуального функционального дефицита**

Для каждого пациента и их родственников был составлен индивидуальный план ухода с учетом персонального функционального дефицита. На занятиях школы паллиативного ухода каждый родственник, которому предстоит продолжить длительный уход на дому был обучен приемам проведения персонально туалета: уходу за ушами, уходу за глазами, умыванию пациента, чистке зубов. Поскольку большинство пациентов после ишемического инсульта испытывают зависимость от посторонней помощи при передвижении на занятиях школы ухода уделялось большое внимания приемам перемещения больного из кровати в инвалидное кресло, на кресло-туалет (Рис. 14).



Рис. 14. Перемещение пациента на инвалидное кресло

Мы обучали родственников как кормить пациента, пища приготовленная для больного, должна быть калорийной и содержать большое количество клетчатки и белка, объем потребляемой жидкости должен быть не менее 1,5 литра в сутки. Категорически запрещено больному употреблять газированные напитки. Во время приема пищи необходимо придать больному полу сидячее положение. Не поить и не кормить больного с запрокинутой назад головой. Голову необходимо поддерживать руками, либо надеть больному специальный ортопедический воротник. Главное, следить за тем, чтобы больной не торопился и тщательно прожевывал пищу. Кормить лежачего больного необходимо в спокойной обстановке. Нельзя заставлять больного принимать пищу насильно. Это может спровоцировать рвоту. Если больной наотрез отказывается принимать пищу, нужно предложить ему те блюда, которые он любит и точно не откажется.

При длительном уходе обязательно встает проблема переодевания лежачего больного. Мы показывали родственникам, что переодевать лежачего больного лучше вдвоем. Снимать грязную одежду необходимо таким образом:

- Захватываете края кофты или футболки в области крестца
- Потихоньку скатываете одежду по направлению к голове
- Поднимаете руки больного, освобождаете их от одежды, а горловину аккуратно переводят через голову.

Надевать одежду в обратном порядке, сначала руки, потом через голову и расправить. Для тяжелобольных существуют специальные рубашки-распашонки, с которыми проводить все процедуры намного легче. Частота смены белья и одежды зависит от состояния пациента. При сильном потоотделении делать эти процедуры необходимо достаточно часто. В любом случае, больной должен находиться в чистоте.

Мы обучали родственников как перемещать пациента в кровати. Для этого нам понадобятся два упора, на которые будет опираться пациент. Если пациент находится в положении сидя и ему нужно подвинуться назад, мы ставим упоры с обеих сторон, затем сгибаем ноги в коленях, просим пациента взяться за упоры

и отталкиваться назад. Таким же образом выполняем упражнение, пока пациент не займет удобное положение (Рис. 15).



Рис. 15. Перемещение пациента в постели

Мы обучали родственников пациента как перемещаться из положения лежа в положение сидя с помощью эргономической лестницы. Нам нужно растянуть лестницу от начала кровати до конца, поднимаем лестницу на вытянутую руку пациента. Пациент должен перехватываться за лесенки и принимать положение сидя (Рис. 16).

Очень часто для пациента могут понадобиться поручни, которые не всегда есть возможность установить стационарно. Очень удобно в этом случае использовать ручку кронштейн. Она крепится с помощью вакуума к любой ровной поверхности, например, к столу, к стене, в ванной комнате, в туалете. конструкция кронштейна способна выдержать пациента любого веса (Рис. 17).



Рис. 16. Перемещение из положения лежа в положение сидя с помощью эргономической лестницы



Рис. 17. Использование кронштейна в качестве поручня

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив теоретические данные и клинический опыт, мы пришли к заключению, что функциональность пациента - это способность к передвижению, способность к самообслуживанию, способность к ориентации, способность к общению, способность контролировать свое поведение.

В результате ишемического инсульта у больного могут нарушиться речь, способность к движению (вплоть до полного паралича), зрение и слух, память, высшие психические функции, функции вестибулярного аппарата.

Пациенты пожилого и старческого возраста имеют разную степень функционального дефицита.

Подводя итоги нашей работы в школе паллиативного ухода, мы разработали и апробировали алгоритм сестринской диагностики синдрома функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста.

Алгоритм состоит из следующих этапов:

- осмотр пациента;
- изучение медицинской документации;
- сбор анамнестических данных;
- диагностика степени независимости в повседневной жизни с использованием шкалы Бартел;
- составление персонального плана ухода с учетом индивидуального функционального дефицита;
- обучение навыком ухода родственников пациента.

Нами установлено, что пациенты пожилого и старческого возраста после перенесённого ишемического инсульта в той или иной степени зависимы от окружающих. 19% пациентов полностью зависимы, выраженная зависимость установлена у 70% пациентов, умеренная зависимость у 10%, легкая зависимость у 1%, полностью независимых пациентов не было.

Оценка функциональных возможностей и степени их ограничений у пациентов старшей возрастной группы позволяет объективизировать объём и виды долговременной медико-социальной помощи.

Пациенты пожилого и старческого возраста нуждаются в долговременном уходе. Индивидуальный подход в обучении родственников уходу способствует улучшению функционального и эмоционального состояния пациентов, их жизненной активности.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Восстановление и реабилитация после инсульта в домашних условиях [Электронный ресурс] / Вести. Медицина – Режим доступа: <https://med.vesti.ru/articles/polezno-znat/vosstanovlenie-i-reabilitatsiya-posle-insulta-v-domashnih-usloviyah/>

2. Выговская, О.Н. Особенности ухода за больными после инсульта: [Электронный ресурс] : Учебное пособие. / О.Н. Выговская. – Новосибирск : Православная гимназия во имя Преподобного Сергия Радонежского, 2016. – Режим доступа: <http://dzo44.ru/upload/files/ins.pdf>.

3. Горелик, С.Г. Специализированный гериатрический осмотр [Электронный ресурс] / С.Г. Горелик, А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев ; ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства России» Кафедра терапии, гериатрии и антивозрастной медицины – Москва, 2014 – Режим доступа: <http://gerontolog.info/docpdf/metodrek.pdf>.

4. Крылов В.В., Хирургия массивного ишемического инсульта [Электронный ресурс] / В. В. Крылов - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 136 с. - ISBN 978-5-9704-3808-4 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970438084.html>

5. Манвелов Л.С., Ранние клинические формы сосудистых заболеваний головного мозга [Электронный ресурс] / под ред. Л. С. Манвелова, А. С. Кадыкова - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 344 с. - ISBN 978-5-9704-2827-6 – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428276.html>

6. Новикова Л.Б., Церебральный инсульт: нейровизуализация в диагностике и оценке эффективности различных методов лечения. Атлас исследований [Электронный ресурс] / Новикова Л.Б., Сайфуллина Э.И., Скоромец А.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. - 152 с. - ISBN 978-5-9704-2187-1 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970421871.html>

7. Пономарева, И.П. Гериатрический синдром в паллиативной практике, анализ проблемы в возрастном аспекте: [Электронный ресурс] :

Учебное пособие. / Научно- исследовательский медицинский центр «Геронтология», 2016. – Режим доступа: <http://vmi-reaviz.ru/wp-content/uploads/2017/11/3-12-2016.pdf>

8. Пономарева, И.П. Модель школы пациента в паллиативной гериатрии: новый взгляд на проблему / Пономарева И.П., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. // Архивъ внутренней медицины. 2016; 6(4):42-46. Режим доступа: <https://doi.org/10.20514/2226-6704-2016-6-4-42-46>

9. Последствия инсульта: жизнь продолжается? [Электронный ресурс] / Центр реабилитации «Три сестры» - Режим доступа: <https://www.three-sisters.ru/press-centr/articles/posledstvija-insulta-zhizn-prodolzhaetsja/>

10. Рекомендации по реабилитации (восстановлению) после инсульта [Электронный ресурс] / Актуальные проблемы кардиологии и неврологии – Режим доступа: <http://www.cardioneurology.ru/rekomendatsii-po-reabilitatsii-vosstanovleniyu-posle-insulta/>

11. Уход за больными после инсульта [Электронный ресурс] / Экспертный портал про инсульт INSULT.PRO – Режим доступа: <http://insult.pro/lechenie/uhod-za-bolnymi-posle-insulta/>

12. Фаршатов, Р.С. Источники информации и знаний по уходу за больным, необходимые для родственников и ухаживающих лиц [Текст] / Р.С. Фарташов // Молодой ученый. – 2013. – № 12. – С. 58-59. – Режим доступа: <https://moluch.ru/archive/59/8452/>