

УДК 616.12-008.331-616.831-005-616-083

Л.К. ЖАЗЫКБАЕВА¹, А.Т. ОСПАНОВА¹, О.В. ИНОЗЕМЦЕВА¹, З.Г. КЕЗДЫКБАЕВА²

¹Государственный медицинский университет, г. Семей, Казахстан,

²Больница Управления делами Президента, г. Алматы, Казахстан

РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕАБИЛИТАЦИИ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРОЕ НАРУШЕНИЕ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ (обзор литературы)



Жазыкбаева Л.К.

В статье описаны особенности организации сестринского ухода в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК). Использование современных технологий организации сестринского ухода в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, способствует повышению качества и эффективности сестринской помощи.

Ключевые слова: острое нарушение мозгового кровообращения, артериальная гипертензия, сестринский процесс, сестринский уход, реабилитация.



Оспанова А.Т.

Развитие сестринского дела значительно усиливает роль медсестры в современной системе здравоохранения. В настоящее время современные теории сестринского дела, основанные на научном подходе и доказательных практиках, представляют медсестру в качестве равноправного партнёра врача, который принимает самостоятельные сестринские решения, планирует и осуществляет доказательный сестринский уход, отражая его в сестринской документации. Сейчас партнёрство врача и медсестры заключается в том, что врач оказывает пациенту врачебную помощь, а медсестра – сестринскую помощь, работая в рамках мультипрофессиональной команды специалистов здравоохранения для повышения эффективности качества медицинской помощи на всех уровнях системы здравоохранения.

Именно поэтому во всем мире специалисты сестринского дела в настоящее время проходят подготовку не только на уровне базового технического и профессионального образования, но также и в рамках бакалавриата,

магистратуры и докторантуры по сестринскому делу.

Вхождение Казахстана в Болонский процесс диктует необходимость приведения образования, профессиональных стандартов, квалификаций и должностных позиций в соответствии с Европейскими директивами, в том числе и по сестринскому делу.

Настоящая Концепция развития сестринского дела разработана в целях приведения системы сестринского дела в Казахстане к международному уровню в соответствии с потребностями современного здравоохранения для повышения качества, эффективности и безопасности здравоохранения РК [12].

Сестринский уход в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, является одной из актуальных проблем в структуре заболеваний сердечно-сосудистой системы, тяжести прогноза и социальной значимости, обусловленных ранней инвалидизацией больных [11, 13].

Медицинские сестры – самая многочисленная и наи-

Контакты: Жазыкбаева Лашын Курмангалиевна, канд. мед. наук, ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГМУ, г. Семей. Тел. +7 707 247 91 05, e-mail: zhazykbaevalashyn@mail.ru

Contacts: Lashyn Kurmangalievna Zhazykbaeva, PhD, Assistant Propaedeutics of internal diseases, State Medical University of Semey c. Ph. +7 707 247 91 05, e-mail: zhazykbaevalashyn@mail.ru

более близкая пациентам группа медицинских работников. Слова основоположницы классической теории сестринского ухода Вирджинии Хендерсон: «Сестра – это ноги безногого, глаза слепого, опора ребёнку, источник знаний и уверенности для молодой матери, уста тех, кто слишком слаб или погружен в себя» – были написаны в 60-х годах прошлого века [4, 18, 29].

Сестринский процесс – это метод организации и исполнения сестринского ухода за пациентом, нацеленный на удовлетворение физических, психологических, социальных потребностей человека, семьи, общества.

Целью сестринского процесса являются поддержание и восстановление независимости пациента, удовлетворение основных потребностей организма.

Сестринский процесс требует от сестры не только хорошей технической подготовки, но и творческого отношения к уходу за пациентами, умения работать с пациентом как с личностью, а не как с объектом манипуляций.

Сестринский процесс состоит из пяти основных этапов:

1. Сестринское обследование. Сбор информации о состоянии здоровья пациента, который может носить субъективный и объективный характер.

Субъективный метод – это физиологические, психологические, социальные данные о пациенте; релевантные данные об окружающей среде. Источником информации является опрос пациента, его физикальное обследование, изучение данных медицинской документации, беседа с врачом, родственниками пациента.

Объективный метод – это физическое обследование пациента, включающее оценку и описание различных параметров (внешний вид, состояние сознания, положение в постели, степень зависимости от внешних факторов, окраска и влажность кожных покровов и слизистых оболочек, наличие отека). В обследование также входят измерение роста пациента, определение массы его тела, измерение температуры, подсчет и оценка числа дыхательных движений, пульса, измерение и оценка артериального давления.

Конечным результатом этого этапа сестринского процесса являются документирование полученной информации, создание сестринской истории болезни, которая является юридическим протоколом – документом самостоятельной профессиональной деятельности медсестры.

2. Установление проблем пациента и формулировка сестринского диагноза.

Проблемы пациента подразделяются на существующие и потенциальные. Существующие проблемы – это те проблемы, которые беспокоят пациента в настоящее время. Потенциальные – те, которые еще не существуют, но могут возникнуть с течением времени. Установив оба вида проблем, сестра определяет факторы, способствующие или вызывающие развитие этих проблем, выявляет также сильные стороны пациента, которые он может противопоставить проблемам. Второй этап завершается установлением сестринского диагноза. Между врачебным и сестринским диагнозом существует различие. Врачебный диагноз концентрируется на распознавании

патологических состояний, а сестринский основывается на описании реакций пациентов на проблемы, связанные со здоровьем.

3. Определение целей сестринского ухода и планирование сестринской деятельности. План сестринского ухода должен включать оперативные и тактические цели, направленные на достижение определенных результатов долгосрочного или краткосрочного характера.

4. Реализация планируемых действий. Этот этап включает меры, которые принимает медицинская сестра для профилактики заболеваний, обследования, лечения, реабилитации пациентов.

5. Оценка эффективности сестринского ухода. Этот этап основан на исследовании динамических реакций пациентов на вмешательства сестры.

Все вышеизложенное определило необходимость комплексного ухода в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших ОНМК с использованием пяти этапов сестринского процесса [3, 6].

Адекватная организация работы медицинской сестры на этапах реабилитации больного включает раннюю активизацию, адаптацию к окружающей среде, обучение приемам самообслуживания, приобретение знаний о своем заболевании, рациональное медикаментозное обеспечение, психологическую поддержку больному и родственникам [3].

Артериальная гипертензия – синдром повышения артериального давления (АД) при артериальной гипертензии и симптоматических артериальных гипертензиях.

В настоящее время изменение свойств крупных артерий рассматривают как важный фактор риска развития сердечно-сосудистых осложнений у пожилых больных и лиц с артериальной гипертензией [9].

ОНМК – одна из наиболее тяжелых форм и осложнений сосудистых поражений головного мозга. Это остро возникающий дефицит мозговых функций, вызванный нетравматическим повреждением головного мозга. Вследствие повреждения церебральных кровеносных сосудов происходит расстройство сознания и/или двигательные, речевые, когнитивные нарушения [8, 10].

Заболеваемость и смертность от ОНМК, несмотря на различные многочисленные методы первичной и вторичной профилактики, в России, США, странах Восточной Европы остаются очень высокими с тенденцией к росту. Заболеваемость ОНМК в России составляет 2,5-3,0 случая на 1000 населения в год [5, 27, 28, 31]. К трудовой деятельности возвращаются не более 10-12% больных, 10% становятся инвалидами и нуждаются в постоянном уходе. Первичные ОНМК составляют в среднем 75%, повторные – около 25% всех случаев инсульта [15].

Этиология и патогенез постинсультной депрессии остаются неясными. Выделяют две основные группы потенциальных механизмов развития постинсультной депрессии – биологическая и психологическая.

Странники психологической гипотезы объясняют развитие депрессии действием стрессовых факторов, связанных с развитием церебрального инсульта.

Первичная профилактика мозгового инсульта подразумевает комплексную коррекцию ряда известных

факторов риска, к числу которых относятся: социальные (образование, статус работы), поведенческие (стресс, неправильное питание, малоподвижный образ жизни, курение, злоупотребление алкоголем) и биологические (артериальная гипертензия, нарушение липидного обмена, ожирение, сахарный диабет, мерцательная аритмия и др.) [1, 14].

Восстановительная терапия после ОНМК является важной медико-социальной задачей. По данным ВОЗ, лишь половина выживших после инсульта сохраняет функциональную состоятельность.

Важная роль в прогнозе реабилитационной программы отводится мониторингу сердечно-сосудистой системы, мультидисциплинарному подходу и организации сестринского ухода [2, 19, 20, 30, 32].

Реабилитация – комплекс мероприятий, направленных на восстановление нарушенных функций. Основные принципы реабилитации:

1. Раннее начало;
2. Систематичность и длительность;
3. Комплексность и индивидуальный подход с учётом характера нарушений, возраста, состояния сердечной деятельности;
4. Активное участие самого больного и его близких в реабилитационном процессе [3, 9, 21, 22, 23].

Реабилитационные мероприятия включают:

1. Лечение положением;
2. Пассивная гимнастика;
3. Массаж;
4. Учить ходить, занятия активной гимнастикой;
5. Навыки самообслуживания;
6. Занятия с логопедом [11].

Одним из путей оптимизированного ухода в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, являются Европейские рекомендации [2]. В литературе особое внимание уделяется вопросам совершенствования организации кардиологической помощи. Вопросы правового регулирования оказания неотложной медицинской помощи при кардиологических заболеваниях, организационные структуры и порядок их деятельности рассматриваются в работе С.Ф. Тараян [17].

В тяжелых случаях при полной неподвижности тела и конечностей частота развития пролежней может достигнуть 90%. Поэтому необходим особый контроль медсестры для тяжелых больных [11, 16].

Питание – важная физиологическая потребность организма. Оно является важным и равноправным элементом в структуре лечебных мероприятий. При ОНМК питание является основным фактором, влияющим на выздоровление. Руководство осуществляет врач-диетолог [13].

Лечебно-охранительный режим включает:

1. Устранение негативно действующих раздражителей;
2. Продление физиологического сна;
3. Устранение отрицательных психологических переживаний, связанных со способами лечения, проведения операций;
4. Устранение болезненных ощущений, связанных с лечебными манипуляциями;

5. Сочетание режима покоя и физической активности;

6. Поднятие общего нервно-психического тонуса больных;

7. Приготовление вкусной пищи и своевременную её подачу;

8. Соблюдение медицинской этики и деонтологии.

Лечебно-охранительный режим, как важный компонент терапии при любой нозологии, находит свое отражение в правилах внутреннего распорядка, которое разрабатывает каждое лечебно-профилактическое учреждение [16, 24, 25, 26].

По рекомендациям ВОЗ используются следующие основные критерии для оценки качества жизни:

1. Физические;
2. Психологические;
3. Уровень независимости;
4. Жизнь в обществе;
5. Окружающая среда;
6. Духовность [7].

Согласно литературным данным, не уделяется должного внимания вопросам организации и совершенствования организации медсестринской помощи в Казахстане.

Таким образом, необходимо проведение оптимизации сестринского ухода с использованием элементов сестринского процесса в лечебно-профилактических учреждениях Казахстана, занимающихся реабилитацией больных, перенесших ОНМК. Потребность в комплексном сестринском уходе за пациентами с артериальной гипертензией, перенесших ОНМК, очевидна. В процессе реабилитации важную роль занимает медицинская сестра, которая её непосредственно осуществляет.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Андреева Г.Ф. Влияние качества жизни на сезонные колебания артериального давления у больных со стабильной артериальной гипертензией / Г.Ф. Андреева, А.Д. Деев, В.М. Горбунов и др. // Профилактическая медицина. – 2014. – № 3. – С. 18-23.
- 2 Бадейникова К.К. Основные положения Европейских рекомендаций по профилактике сердечно-сосудистых заболеваний в клинической практике (обзор литературы) / К.К. Бадейникова, М. Н. Мамедов // Профилактическая медицина. – 2014. – № 4. – С. 25-32
- 3 Баландина И. Реабилитация пациентов в кардиологии и неврологии / И. Баландина // Сестринское дело. – 2012. – № 2. – С. 20-22
- 4 Беляева В.В. Коммуникации в практике медицинской сестры / В.В. Беляева // Сестринское дело. – 2012. – № 4. – С. 12-14
- 5 Верещагин Н.В. Регистры инсульта в России: результаты и методологические аспекты проблемы / Н.В. Верещагин, Ю.Я. Варанкин // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2001. – Вып. 1. Приложение «Инсульт». – С. 34-40
- 6 Гольдблат Ю.В. Медико-социальная реабилитация в неврологии / Ю.В. Гольдблат. – СПб.: Политехника, 2006. – 246 с.

- 7 Гуревич К.Г. Использование критериев качества жизни в современной медицине / К.Г. Гуревич, Е.Г. Фабрикант, М.А. Черепахина // Сестринское дело. – 2013. – №1. – С. 15-18
- 8 Гусев Е.И. Современный взгляд на проблему инсульта / Е.И. Гусев // Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. – 2003. – №9. – С. 3–5
- 9 Екушева Е.В. Реабилитация после инсульта: значение процессов нейропластичности и сенсомоторной интеграции / Е.В. Екушева, И.В. Дамулин // Журнал неврологии и психиатрии. – 2013. – Т. 113, №12. – С. 35-41
- 10 Ефремушкин Г.Г. Объёмный кровоток в магистральных артериях при различных уровнях артериального давления у больных артериальной гипертензией пожилого возраста / Г.Г. Ефремушкин, Т.В. Филиппова, Е.А. Денисова // Российский Кардиологический журнал. – 2010. – №6. – С. 11-10
- 11 Котова С.В. Сестринское дело в неврологии. Учебное издание / С. В. Котова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 248 с.: ил.
- 12 Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года. // Мейірбікеісі. Сестринское дело. – 2014. – №3 (22). – С. 36-43
- 13 Лавут Л.М. Роль медицинской сестры в организации лечебного питания / Л.М. Лавут // Сестринское дело. – 2013. – №4. – С. 16
- 14 Мамедов М.Н. Артериальная гипертензия при сахарном диабете: классические представления и современные тенденции / М.Н. Мамедов // Кардиология. – 2013. – Т. 53, №1. – С. 87-90
- 15 Макаров А.Ю. Клиническая неврология с основами медико-социальной экспертизы [под ред. А.Ю. Макарова] / А.Ю. Макаров, В.Г. Помников. – СПб.: ООО Золотой век, 1998. – 600 с.
- 16 Сопина З.Э. Современная организация сестринского дела: учебное пособие / под ред. З.Э. Сопина, Ю.А. Тарасова, Э.О. Костюкова и др. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 576 с.
- 17 Тараян С.Ф. Порядок оказания неотложной помощи при кардиологических заболеваниях [Электронный ресурс] / С.Ф. Тараян, О.Б. Агопян // Современные научные исследования. – 2012. – №14. – Режим доступа: http://sni-vak.ru/статьи-вак/law/порядок_оказания_неотложной_медицинской_помощи_при_кардиологических_заболеваниях
- 18 Яромич И.В. Сестринское дело / И.В. Яромич. – М.: Издательство Оникс, 2010. – 464 с: ил.
- 27 Kuperberg E.B., Yarustovsky M.B., Gaidashev A.E. et al. The incidence of occlusive disease of the branches of aortic arch in Russian men // J. Of Tropical and Geographic Neurology. – 1992. – № 2. – P. 109-114
- 20 Adams H. P. Guidelines for the early management of patients with ischemic stroke / H. P. Adams, R. J. Adams, G. del Zoppo T. et al. // 2005 Guidelines Update. A Scientific statement from the stroke council of the American Heart Association // American Stroke Association. – Ibid, 2005. – Vol. 36. – P. 916-921
- 21 Britton M. Home rehabilitation after stroke. Review of the literature / M. Britton // Nord Med. – 2004. – Vol. 112, N9. – P. 323-326
- 22 Boschen K. A. Variables affecting independent living for persons with physical disabilities / K. A. Boschen // Rehabilitation. Progress Reports. Baltimore. – 2004. – P. 131
- 23 Chouinard P. A. Changes in effective connectivity of the primary motor cortex in stroke patients after rehabilitative therapy / P. A. Chouinard, G. Leonard, T. Paus // Exp. Neurol. – 2006. – Vol. 201(2). – P. 375-387
- 24 Gallichio J. E. Pharmacologic management of spasticity following stroke / J. E. Gallichio // PhysTher. – 2004. – Vol. 84. – P. 973-981
- 25 Indredavik B. Stroke unit treatment: Long-term effects / B. Indredavik, S. Slordahl, F. Bakke, et al. // Stroke. – 2001. – Vol. 28. – P. 1951-1996
- 26 Keith, R.A. Functional Status and Health Status / R.A. Keith // Arch. Phys. Med. Rehab. – 2004. – Vol. 74. – P. 478-483
- 27 Kuperberg E.B., Yarustovsky M.B., Gaidashev A.E. et al. The incidence of occlusive disease of the branches of aortic arch in Russian men // J. Of Tropical and Geographic Neurology / E. B. Kuperberg, M. B. Yarustovsky, A. E. Gaidashev, et al. – 1992. – N 2. – P. 109-114
- 28 Mant J. Family support for stroke: a randomized controlled trial / J. Mant, J. Carter, D. T. Wade, et al. // Lancet. – 2000. – Vol. 356 (9232). – P. 808-813
- 29 Potter P. A. Development and testing of NLINKS Evidence-based Nursing (EBN) Matrix and Related Databases / P. A. Potter, A. G. Perry, M. A. Lavin // J. Med. Lib. Ass. – 2005. – Vol. 93 (1): 104-115.
- 30 Rusin M.J. Stroke rehabilitation: a geropsychological perspective / M.J. Rusin // Arch. Phys. Med. Rehab. – 2000. – Vol. 71. – N 11. – P. 914-922
- 31 Wolf P.A. Epidemiology of stroke / P.A. Wolf, R.B. D'Agostino // In: Barnett H.J.M., Mohr J. P., Stein B. M., Yatsu F.M., eds. Stroke: pathophysiology, diagnosis, and management. – Philadelphia: Churchill Livingstone, 2001. – P. 3-28
- 32 Widen-Holmquist L. Stroke rehabilitation in Stockholm. Basis for late intervention in patients at home / L. Widen-Holmquist, J. de Pedro Cuesta, M. Holm, et. al. // Scand. J. Rehab. Med. – 2003. – Vol. 25, N 4. – P. 173-181

ТҰЖЫРЫМ

Л.К. ЖАЗЫКБАЕВА¹, А.Т. ОСПАНОВА¹,
О.В. ИНОЗЕМЦЕВА¹, З.Г. КЕЗДЫҚБАЕВА²

¹Семей мемлекеттік медицина университеті,
Қазақстан,

²Қазақстан Республикасы Президенті Іс басқармасы
Медициналық орталығының ауруханасы РМК, Астана қ.

**ЖІТІ МИДЫҢ ҚАНАЙНАЛЫМ БҰЗЫЛЫСЫНАН КЕЙІНГІ
АРТЕРИАЛЫҚ ГИПЕРТЕНЗИЯСЫ БАР НАУҚАСТАРДЫҢ
ҚАЙТА ҚАЛПЫНА КЕЛУІНДЕГІ МЕЙІРБИКЕНІҢ РӨЛІ
(әдебиеттік шолу)**

Жіті мидың қанайналым бұзылысынан кейінгі артериялық гипертензиясы бар науқастарға қайта қалпына келуіне мейірбікелік күтімнің маңыздылығы және ұйымдастырылуы шолуда қаралған. Жіті мидың қанайналым бұзылысын басынан өткізген артериялық гипертензиясы бар науқастарды оңалтуда мейірбікелік заманауи технологияны кеңінен қолдану мейірбікелік күтімнің сапасы мен тиімділігін арттыруға ықпал етеді.

Негізгі сөздер: жіті мидың қанайналым бұзылысы, артериялық гипертензия, мейірбикелік үрдіс, мейірбикелік күтім, оңалту.

SUMMARY

**L.K. ZHAZYKBAYEVA¹, A.T. OSPANOVA²,
O.V. INOZEMTSEVA¹, Z.G. KEZDYKBAYEVA²**

¹State Medical University of Semey, Kazakhstan,

²Hospital of the President's Affairs Administration of the of the Republic of Kazakhstan, Astana c., Kazakhstan

ROLE OF MEDICAL NURSE IN REHABILITATION OF PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION AFTER ACUTE CEREBRAL CIRCULATORY DISORDERS (literature review)

In this article, the nursing care peculiarities in rehabilitation of patients with arterial hypertension after acute cerebral circulatory disorders are described. The usage of modern nursing care organization technologies during rehabilitation of patients with arterial hypertension after acute cerebral circulatory disorders promotes quality and efficiency of nursing care.

Key words: acute cerebral circulatory disorders, arterial hypertension, nurse work, rehabilitation.

Для ссылки: Жазыкбаева Л.К., Оспанова А.Т., Иноземцева О.В., Кездыкбаева З.Г. Роль медицинской сестры в реабилитации больных артериальной гипертензией, перенесших острое нарушение мозгового кровообращения (литературный обзор) // J. Medicine (Almaty). – 2015. – No10 (160). – P. 95-99

Статья поступила в редакцию 20.10.2015 г.

Статья принята в печать 26.10.2015 г.