

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ  
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**  
(НИУ «БелГУ»)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ  
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

**ЦМК терапевтических дисциплин**

**ОКАЗАНИЕ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ  
ЭТАПЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ**

**Дипломная работа**

**студентки очной формы обучения  
специальности 31.02.01 Лечебное дело  
4 курса группы 03051521  
Бородиной Юлии Викторовны**

Научный руководитель:  
Преподаватель Фурсина Т.П.  
Рецензент  
Врач-невролог, неврологического  
отделения ОГБУЗ «Городская  
больница №2 г. Белгорода»  
Хорошилова У.Н.

БЕЛГОРОД 2019

## ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ АСПЕКТЫ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ.....	6
1.1 Нозологические формы инсультов .....	6
1.2. Понятия и история развития ишемического инсульта.....	7
1.3 Этиология, факторы, симптомы, формы, и варианты течения ишемического инсульта.....	9
1.4 Прогноз, профилактика ишемического инсульта .....	17
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ .....	24
2.1 Структура и штаб ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород .....	24
2.2 Анализ статистических данных заболевания ишемический инсульт на базе ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород.....	26
2.3 Анализ анкетирования фельдшеров скорой помощи об их роль в профилактике оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте. Рекомендации .....	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ .....	40
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	45

## ВВЕДЕНИЕ

**Актуальность исследования.** Проблема ишемического инсульта сохраняет чрезвычайную медицинскую и социальную значимость в связи со значительной частотой его развития, высоким процентом инвалидизации и смертности. Широкая распространенность острых нарушений мозгового кровообращения, высокие показатели смертности и летальности при данном заболевании и значительный процент инвалидов среди выживших (80%) ставят инсульт на одно из первых мест в ряду медико-социальных проблем.

В современных научных исследованиях доказано, что максимально положительный эффект от лечения может быть достигнут только при наличии в сосудистом отделении реабилитационной службы.

Реабилитация больных с заболеваниями и повреждениями нервной системы является одной из актуальных проблем здравоохранения.

По данным статистики, в России ежегодно происходит более 400 тыс. инсультов. Больные, пережившие инсульт, нуждаются в проведении разнообразных реабилитационных мероприятий, наблюдении со стороны участковых или семейных врачей, невролога поликлиники, опеке социальных органов, заботе со стороны родных и близких.

Только совместные усилия реабилитологов, врачей поликлиник, социальных работников, родных и близких позволят больным после инсульта восстановить полностью или частично нарушенные функции, социальную активность (а в значительной части случаев и трудоспособность), приблизить качество жизни к доинсультному периоду. Реабилитация после инсульта включает восстановление способностей и навыков, которыми обладал больной до инсульта, и максимально возможную реинтеграцию больного в общество.

Таким образом, тема настоящей дипломной работы является актуальной.

**Целью исследования** является определение профессиональных и общих компетенций фельдшера в оказании необходимой помощи при ишемическом инсульте.

**Задачами исследования** являются:

1. провести анализ литературных источников ишемический инсульт;
2. провести анализ статистических данных заболевания ишемический инсульт на базе ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород;
3. провести анализ анкетирования фельдшеров скорой помощи на знание оказания необходимой помощи на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте;
4. выявить взаимосвязь и особенности фельдшера скорой помощи с пациентами и их родственниками;
5. разработать рекомендации для фельдшеров скорой помощи для поддержания психологического климата при выезде на вызов.

**Объект исследования:** фельдшера центральной подстанции скорой помощи ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород.

**Предмет исследования:** профессиональная деятельность фельдшера на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте.

**Методы исследования:**

1. Научно-теоретический анализ медицинской литературы.
2. Статистический метод.
3. Социологический метод(анкетирование) метод.

**Гипотеза исследования:** предполагаем, что исследование нашей работы, а именно создание психологического климата на станции скорой помощи; взаимоотношение фельдшера станции скорой помощи с пациентами и их родственниками на вызове, учитывая особенности течения заболевания позволить своевременно оказать неотложную помощь на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте и тем самым поможет увеличить продолжительность жизни.

**Теоретическая значимость** состоит в уточнении сущности заболевания ишемических инсультов их факторов, клинических проявлений и профилактики.

**Практическая значимость** заключается в установлении контакта фельдшера скорой помощи с пациентом на вызове, заслужить его доверие, поддержать в нем уверенность в благополучном исходе заболевания при оказании неотложной помощи на догоспитальном этапе.

**Организация и этапы исследования:**

- На первом этапе осуществлялся анализ ведущие позиций исследования определение объекта предмета исследования;
- Выдвижение гипотезы по данной теме дипломной работы;
- Проводился анализ теоретических аспектов ишемических инсультов, с углубленной характеристикой заболевания ишемический инсульт;
- На втором этапе проводилась обработка статистических данных по оказанию неотложной помощи на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте за 3 года;
- Разработана анкета для фельдшеров, работающих на ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород;
- Сделаны выводы и предложены рекомендации администрации скорой помощи.

**Объем и структура выпускной квалификационной работы.** Структура выпускной квалификационной работы обусловлена предметом, целями и задачи исследования, работа состоит из введения, двух глав, заключения, списка использованной литературы и приложения

# ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКОЕ АСПЕКТЫ В ОКАЗАНИИ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ ПРИ ИШЕМИЧЕСКОМ ИНСУЛЬТЕ

## 1.1 Нозологические формы инсультов

Нозологические формы инсульта: «геморрагический инсульт» и «ишемический инсульт» (Рис. 1).

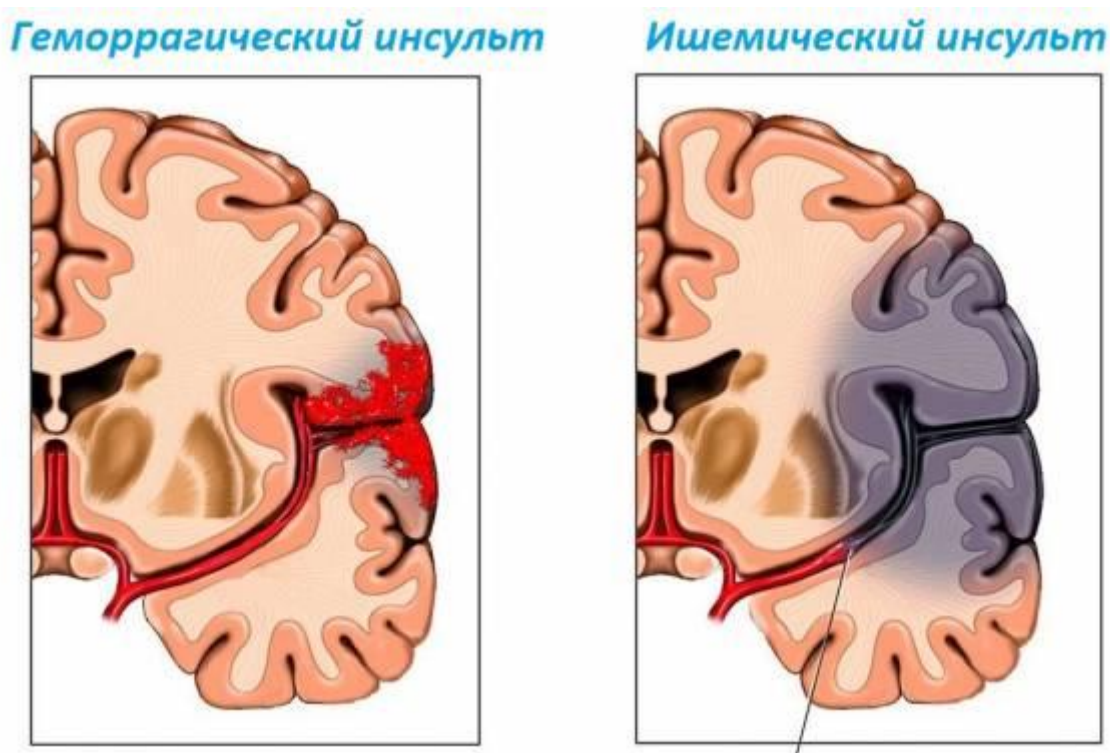


Рис. 1. Нозологические формы инсульта

Геморрагический инсульт – это гипертоническое кровоизлияние в паренхиму головного мозга, сопровождающееся острым нарушением мозгового кровообращения, утратой функций пораженного участка, развитием патогенеза в ядре и перифокальной (вокруг ядра) зоне. Заболевание проявляется общими и местными неврологическими симптомами.

Ишемический инсульт головного мозга возникает вследствие омертвления отдельных локаций центрального отдела нервной системы вследствие отсутствия питания и обеспечения кислородом. Именно мозг среди всех органов является основным потребителем кислорода.

Внезапная гипоксия (кислородное голодание) уже через 5-8 минут вызывает постепенное повреждение, а вскоре — омертвление тканей и нейронов. Прогноз для пациентов будет неутешительным, если питание головного мозга не восстановить в максимально быстрые сроки. При этом даже своевременная и квалифицированная помощь не дает гарантий отсутствия негативных последствий для функциональных возможностей организма.

## **1.2. Понятия и история развития ишемического инсульта**

Еще свыше 2 500 лет назад прародитель медицины, Гиппократ, впервые описал инсульт как внезапное начало паралича. До недавнего времени медицина мало что могла противопоставить течению этой патологии, но наука не стоит на месте – каждый день исследователи, ученые и клиницисты делают все новые шаги в разработке новых, более совершенных методов лечения.

Уже сегодня некоторый процент пациентов с диагнозом «инсульт» может избежать повторного приступа или развития осложнений, если лечение происходит незамедлительно. Наконец-то доктора могут дать пациентам, перенесшим инсульт, и их семьям то, что до недавнего времени дать не могли – надежду.

В прошлом инсульт называли апоплексией – общий диагноз для всех пациентов с внезапно возникшим параличом. Поскольку к внезапному параличу может привести очень большое количество факторов и патологий, этот термин не указывал на определенную причину. Врачи тогда знали очень

немногое об этиологии инсульта, и единственной терапией тогда была тщательная забота о пациенте, в то время как приступ беспрепятственно продолжал свое течение.

Первым человеком, который исследовал патологические признаки апоплексии, был Йохан Якоб Вепфер. Родившийся в Шаффхаузене, Швейцария, в 1620 году, Вепфер изучал медицину и был первым, кто идентифицировал посмертные признаки кровоизлияния в мозг у пациентов, скончавшихся от апоплексии.

По результатам аутопсии он также изучил каротидные и позвоночные артерии, которые снабжают мозг кровью. Вепфер также был первым, кто предположил, что апоплексия может быть вызвана не только кровоизлиянием в мозг, но и блокировкой одной из крупных артерий, снабжающих мозг. Именно тогда инсульт стал называться «цереброваскулярная болезнь».

Медицина, в конечном счете, подтвердила гипотезы Вепфера касающиеся этиологии, однако до недавнего времени доктора могли сделать очень немного в плане терапии. За последние два десятка лет было проведено значительное количество фундаментальных и клинических исследований.

Они смогли идентифицировать главные факторы риска болезни и развить хирургические методы лечения. Но, возможно, самым значительным результатом данных исследований стало недавно одобренное медикаментозное лечение, которое может полностью менять течение патологии при условии того, что прием препаратов начинается в течение первых нескольких часов после проявления начальных симптомов заболевания.

Исследования на лабораторных животных показали, что в течение нескольких минут после инсульта возникает травма головного мозга, которая может стать необратимой в течение часа. У людей повреждение тканей головного мозга начитается с момента начала приступа, зачастую продолжаясь в течение нескольких дней.



Теперь же ученые смогли выявить особый, очень удобный, но, увы, весьма кратковременный момент для лечения наиболее распространенной формы инсульта.

Этот успех, а также ряд других достижений в изучении инсульта – дает значительный шанс пациентам, причем не только на сохранение жизни, но и на восстановление всех утраченных функций.

Острое нарушение мозгового кровообращения по ишемическому типу или ишемический инсульт — это крайне опасное и быстро развивающееся состояние, требующее неотложной помощи. Часто инсульт возникает на фоне хронической болезни – ишемии головного мозга, при выраженном атеросклерозе сосудов головного мозга, повышенном артериальном давлении. Чаще всего встречаются ишемические нарушения мозгового кровообращения у пожилых, но люди молодого и среднего возраста также подвержены этому риску.

Внешне этот процесс проявляется типичными симптомами инсульта, которые важно помнить: потеря сознания, ассиметричное нарушение координации движений тела и мимики лица, острые нарушения речи и памяти. Патологический процесс прогрессирует стремительно, счет идет на часы – чем раньше будет оказана помощь больному, тем благоприятнее течение ишемического инсульта головного мозга. Прогноз у пожилых людей, обычно менее благоприятен.

### **1.3 Этиология, факторы, симптомы, формы, и варианты течения ишемического инсульта**

Инфаркт мозга, или ишемический инсульт – грозное заболевание, которое проявляется в остром нарушении мозгового кровообращения и является следствием прочих патологий. Среди всех пациентов, которые

подлежат госпитализации с признаками расстройств кровотока головного мозга, у подавляющего большинства диагностируют именно это заболевание. При этом в группу риска попадают люди преклонного возраста.

Учитывая трагичность возможных последствий при несвоевременном обращении за медицинской помощью при первых признаках заболевания (летальный исход, резкое ограничение физических возможностей), не стоит занимать выжидательную позицию и упускать драгоценные минуты.

Ишемический инсульт головного мозга возникает вследствие омертвления отдельных локаций центрального отдела нервной системы вследствие отсутствия питания и обеспечения кислородом. Именно мозг среди всех органов является основным потребителем кислорода.

Внезапная гипоксия (кислородное голодание) уже через 5-8 минут вызывает постепенное повреждение, а вскоре — омертвление тканей и нейронов. Прогноз для пациентов будет неутешительным, если питание головного мозга не восстановить в максимально быстрые сроки. При этом даже своевременная и квалифицированная помощь не дает гарантий отсутствия негативных последствий для функциональных возможностей организма.

Отличительным признаком ишемического инсульта остается дефицит кровообращения, вызванного нарушениями проходимости в кровеносных сосудах. Ограничение питания, а затем и омертвление наблюдается по протяженности сосуда, а также в области его капиллярных ответвлений.

## Ишемический инсульт



Рис. 2. Схема ишемического инсульта

Основными причинами нарушения сосудистой проходимости называют атеросклеротические бляшки, спазмы, закупорка, вызванная эмболами или тромбами, а также компрессия (сдавливание). Конкретная причина, а также ход течения острого этапа возникновения патологии определит тактику лечения, продолжительность заболевания и возможные врачебные прогнозы. Стоит помнить, что в медицинской практике выделяют несколько этапов развития заболевания. Среди них выделяют острейший, острый периоды, а также стадии раннего, позднего восстановления и отделанный период течения.

Острое нарушение мозгового кровообращения проходит с нарастанием патологических состояний. Стоит выделить прогрессирующую гипоксию пораженного участка, нарушение углеводного и липидного обмена веществ, ацидоз. Патологический процесс включает формирование ядра омертвения, а также появление вторичного диффузного отека тканей головного мозга. Вследствие отека образуется характерная «полутень» — «пенумбра».

Одновременной реакцией организма на патологическое нарушение кровообращения становится формирование отека мозга, который может

достигать всего полушария. В участке поражения – пенумбре – нейроны непродолжительное время сохраняют целостность структуры. Однако виду ограничения питания функции пациент выполнять не в состоянии.

Острейший период обладает следующими прогнозами:

- положительной динамикой и перспективами восстановления – при купировании общемозговой и локальной симптоматики;
- стабилизация – в случае, если состояние пациента не претерпевает изменения;
- отрицательная динамика – фиксируется последующее ухудшение параметров симптоматики пациента;
- летальный исход – в случае блокирования нервных центров сердцебиения и дыхания.

На ход острейшего периода, как и на лечение ишемического инсульта, влияют ряд факторов. Важнейшее значение отводят:

1. размеру пораженной сосудистой артерии, которая формирует патологический очаг
2. состоянию пациента: образу жизни, наличию наследственной предрасположенности или хронических заболеваний, возрасту;
3. началу реанимационных процедур;
4. конкретному месторасположению поврежденного бассейна;
5. параметрам психо-эмоционального состояния пациента с период развития заболевания.

Именно своевременно выявленные симптомы и вызванная на их основании медицинская помощь станут предпосылками к минимальным негативным последствиям или даже к сохранению жизни. Огромная роль отводится близким и родственникам пациента. При этом подтвержденный ишемический инсульт становится обязательным поводом для срочной госпитализации.

- внезапные головные боли;
- выраженная тошнота или рвота;

- путанность мыслей, нарушенной сознание, внезапная заторможенность;
- уменьшение чувствительности в конечностях и других участках тела;
- ограничение или потеря функций: голосовых, двигательных, зрительных и прочих.

После прибытия врача выполняются ряд несложных тестов для подтверждения диагноза. На случай комы применяется проба «шкалы комы Глазго». Выполняют контрольное измерение артериального давления, при этом у большинства пациентов этот параметр существенно превышает норму. Чтобы исключить патологию сердца, выполняют электрокардиограмму.

При подтверждении нарушения мозгового кровообращения пациента срочно госпитализируют для выполнения экстренных терапевтических процедур. В условиях неврологического стационара специалисты уточняют симптомы, чтобы исключить ряд патологий, «имитирующих» инсульт: инфаркт миокарда, эпилепсию, аспирационную пневмонию, почечную недостаточность, обширные кровотечения, сердечную недостаточность.

Хорошие результаты для задач диагностики предоставляет компьютерная томограмма. При помощи диагностической процедуры происходит визуализация очага поражения и определяют конкретный вид инсульта. Также используют прочие виды исследований, осуществляют диагностический забор крови.

Стоит отметить возможную неявность причин инсульта во многих клинических случаях. Как правило, неопределенными причины являются среди пациентов в возрасте до 50 лет. Более того, бесстрастная статистика говорит, что в 40% случаев нарушений мозгового кровообращения у лиц в молодом возрасте протекает без явных причин. Однако в медицинской практике разработаны несколько классификаций факторов, которые могут вызвать грозное заболевание.

- Неконтролируемые факторы. На такие состояния, как возраст, наследственную (генетическую) предрасположенность, общую экологическую ситуацию и пол пациент повлиять не в состоянии. Учитывая «накопительный» характер заболеваний сосудов, просвет которых может снижаться с годами, возраст имеет самое непосредственное отношение к риску возникновения нарушения мозгового кровообращения. В частности, риск столкнуться с инсультом у 20-летнего составит вероятность 1/3000 человек, а в почтенном возрасте 84 года и выше — 1/45 человек.

- Контролируемые факторы. Во многом состояние сосудов, а значит – риск развития опасности зависит от образа жизни, питания и наличия ряда вредных пристрастий. На риск развития патологии влияют:

1. появление и увеличение атеросклеротических бляшек;
2. артериальная гипертензия;
3. недостаточность двигательной активности;
4. остеохондроз шейного отдела позвоночника;
5. сахарный диабет;
6. проблемы с избыточным весом;
7. вредные пристрастия: злоупотребление алкоголем и неумеренное курение;
8. инфекционные заболевания и использование ряда лекарственных препаратов.

Предотвратить заболевание и во многом снизить неблагоприятные последствия инсульта поможет регулярный контроль над уровнем артериального давления. В медицинской практике оказанное организму внимание позволяет снизить вероятность развития проблем с мозговым кровообращением на 40%.

Характерные признаки помогут своевременно выявить ишемию мозга в остром периоде ее возникновения. Становятся заметными следующие неврологические выраженные слабости;

- нарушение речи;

- снижение чувства равновесия и общей координации;
- искаженное произношение ряда слов;
- снижение чувствительности в отдельных участках тела.

В случае с обширным ишемическим инсультом симптомы включают следующие элементы клинической картины: расстройства зрения, функции глотания, ограничение и нечеткость речи, расстройство концентрации внимания, а также когнитивные нарушения. Конкретная симптоматика будет более выраженной в зависимости от локализации участка поражения головного мозга.

О лакунарном ишемическом инсульте говорят следующие признаки в анамнезе:

- эмболией артерий мозга;
- наличием атеросклеротических новообразований в сосудах;
- выраженной гипертонией;
- нормальным или повышенным уровнем холестерина в крови.

Внимательно изучив симптомы и сформировав стратегию лечения, медики очень осторожно дают прогноз. Точную оценку состояния позволяют получить несколько независимых шкал (NIHSS, Рэнкина, Бартеля). Первая из них отображает степень тяжести неврологических поражений на острой стадии заболевания. При этом меньшему количеству набранных баллов соответствует более благополучные перспективы пациента.

- меньше 10 баллов – восстановление пациента в течение года с вероятностью до 70%;
- больше 20 баллов – восстановление пациента в течение года с вероятностью до 16%;
- больше 3-5 баллов – показание для лечения с целью рассасывания тромба в очаге инфаркта;
- больше 25 баллов – противопоказание тромболитической терапии.

Градации NIHSS характеризует рефлексы, отклик органов чувств, уровня сознания и состояния пациента. Нормальному стоянию или близкому к таковому соответствует минимальная оценка. Если специалисты сформировали малый показатель, велики шансы на полноценную активную жизнь после лечения. Неврологические повреждения различного рода увеличивают результат и ухудшает возможные прогнозы.

Для определения состояния пострадавшего используют следующие показатели:

- общий уровень сознания;
- наличие и качество речевой функции;
- контроль движения конечностей;
- мимическая активность лица;
- глазодвигательные реакции;
- контроль согласованности движений;
- характеристики внимания.

Достаточно качественно последствия расстройства мозгового кровообращения описывает модифицированная шкала Рэнкина – RS. Специалистами сформированы несколько степеней оценивания:

— отсутствие нарушений и расстройств;

— первая степень, которой соответствует небольшие расстройства дееспособности. Пациент постепенно осваивает все дела, которыми занимался чаще раза в месяц до патологии;

— вторая степень – больной не нуждается в присмотре постоянное время. Однако его не стоит оставлять одного больше недели;

— третья степень – пациент может передвигаться самостоятельно. Однако ежедневно необходим контроль над его привычными действиями по дому;

— четвертая степень – пациент нуждается в постоянном контроле со стороны близких, хотя и передвигается самостоятельно;



— пятая степень соответствует тяжелому расстройству дееспособности. Пациент не в состоянии себя обслуживать полностью и не может перемещаться.

Лечение ишемического инсульта включает в себя последовательное выполнение разработанного врачебного алгоритма действий. После проведения диагностических манипуляций и формирования прогнозов приступают к разработке схемы лечения. Основные задачи, которые преследуют специалисты, являются:

- нормализация мозгового кровообращения;
- нормализация артериального давления;
- устранение отечности тканей головного мозга;
- недопущение гибели нейронов и нервных связей в пенумбре.

При наличии показаний после тщательной оценки рисков и необходимости может быть показано хирургическое лечение, которое нормализует питание головного мозга. Распространенными операциями являются каротидная эндатерэктомия, стенирование магистральных сосудов (сонных артерий), а также удаление образовавшихся тромбов.

Если проявляются симптомы острого нарушения кровообращения в структурах головного мозга, лучшая помощь – это уложить пострадавшего на кровать в горизонтальное положение и постараться успокоить. В обязательном порядке необходимо вызвать скорую. Не допускается неконтролируемый прием препаратов во избежание искажения симптоматики. Необходимо избавить пациента от тесной одежды и проветрить помещение. При появлении признаков клинической смерти стоит незамедлительно приступить к кардиостимулирующим и реанимационным мерам.

#### **1.4 Прогноз, профилактика ишемического инсульта**

Посттравматический дефект речи, снижение функции восприятия, ухудшение зрения или частичный паралич – это основные осложнения, возникающие при остром нарушении мозгового кровообращения. Избежать таких последствий можно, если ответственно относиться к образу жизни и проводить профилактику инсульта, которая включает медикаментозные и народные методы.

Первичная и вторичная профилактика инсульта заключается в исключении факторов, провоцирующих развитие патологического процесса:

- табакокурение – повышает риск развития инсульта в 2 раза;
- частые стрессовые ситуации – депрессия, нервное перенапряжение, повышенная утомляемость и нерегулярный сон;
- употребление алкогольной и наркотической продукции;
- ожирение и малоподвижный образ жизни;
- употребление продуктов с высоким содержанием холестерина.

Главная цель профилактики ишемического инсульта – полное исключение или сведение к минимуму количества провоцирующих причин:

- откажитесь от вредных привычек;
- ежедневно гуляйте на свежем воздухе;
- своевременно лечите атеросклеротический стеноз артерий;
- следите за АД и при необходимости принимайте препараты, снижающие давление;
- питайтесь сбалансированно;
- контролируйте течение хронических заболеваний и не допускайте обострения (аритмия, сахарный диабет, почечная недостаточность).

На развитие патологии влияют факторы, не подлежащие корректировке:

- возраст после 48–50 лет (риск острого нарушения кровообращения увеличивается с каждым годом);
- представители сильного пола подвержены большему риску, чем женщины;
- отягощающий анамнез и предрасположенность.

Профилактика инсульта состоит из комплекса мероприятий по организации здорового образа жизни:

- контроль артериального давления утром и вечером (оптимальные показатели систолического (верхнего) давления должны быть в пределах 110-139 мм рт. ст. При регулярном повышении показателей обратитесь к врачу за назначением медикаментозного лечения;
- контроль за уровнем холестерина, так как его высокое содержание провоцирует склерозирование сосудов;
- переход на здоровое питание — уменьшите потребление соли, увеличьте количество овощей и фруктов. К изменения в рационе переходите постепенно, Избегайте перекусов на ходу и перееданий, особенно сладостями и колбасами;
- спорт — умеренные физические нагрузки (езда на велосипеде, пробежки, гимнастика, прогулки на свежем воздухе, плавание, теннис) ;
- ограничение потребление алкогольных напитков. Без серьезных последствий для организма в сутки допустимо употреблять 20 грамм чистого спирта (это бутылка пива, 2 бокала вина или 50 гр качественной водки);
- прохождение ежегодного медосмотра по достижении 40 лет (УЗИ сердца и сосудов, ЭКГ, биохимический анализ крови, МРТ головного мозга).
- устранение повышенных психоэмоциональных нагрузок и стрессов. Если полностью ограничить себя от них не удастся, защитите нервную систему с помощью успокаивающих препаратов на растительной основе (Фитоседан, Персен, Тенотен, Афобазол, Гербион и т.п.);
- отказ от курения.

Особое внимание профилактике инсульта должны уделять лица из группы риска с:

- повышенной свертываемостью крови;
- стажем курения более 5 лет;
- диабетом;
- наследственностью.

Инсульт у женщин может наблюдаться уже в возрасте 25-30 лет. Заболевание у женской половины протекает с осложнениями, а восстановление происходит медленнее, чем у мужчин. К факторам риска у женщин добавляются период беременности и прием оральных контрацептивов. Еще одна особенность, которая может спровоцировать инсульт у женщин — климакс. После репродуктивного возраста работа организма перестраивается, снижается скорость обмена веществ, начинают беспокоить проблемы с сердцем и сосудами.

Кроме того, интеллектуальная деятельность улучшает работу мозга. Решение кроссвордов и ребусов, изучение иностранных языков и чего-либо нового тонизируют сосуды головного мозга и улучшает проводимость нейронов.

Хронические стрессы, перекусы «на ходу», неблагоприятная экологическая обстановка приводят к снижению работы сосудов, что снижает кровоснабжения головного мозга. При наличии одного из провоцирующего фактора, специалистом составляется индивидуальная программа профилактики геморрагического инсульта.

Длительное и устойчивое повышение артериального давления – основная причина развития острого нарушения кровообращения в головном мозге. Поэтому пациентам, относящимся к группе риска, рекомендуется вести контроль показателей давления, не реже одного раза в неделю. А гипертоникам следует ежедневно записывать значения, измеряя давление в одно и то же время.

При повышении значений свыше 140/90 мм рт. ст., рекомендуется обратиться к доктору для назначения медикаментов, способных понизить эти показатели. Регулярное употребление антигипертензивных средств и соблюдение указаний специалиста является первичной профилактикой инсульта.

Лучшая профилактика инсульта – это соблюдение рациональности в питании и исключение вредных продуктов. DASH-диета (рекомендованная

при гипертонии) подразумевает сокращение количества употребляемой соли и животных жиров. Разрешенная норма соли в сутки – 5 гр., а животных жиров – 25–30 гр. Из рациона следует исключить:

- продукты горячего и холодного копчения;
- покупную колбасную продукцию;
- консервацию с содержанием уксуса и лимонной кислоты.

А также ограничить употребление сливочного масла, мяса (жаренного и жирных сортов), яиц. При наличии лишнего веса, снизить количество употребляемых калорий и выполнять несложные физические упражнения.

Малоподвижный образ жизни провоцирует развитие заболеваний скелетно-мышечной и сердечно-сосудистой системы. Поэтому средством профилактики инсульта считается умеренная и регулярная физическая активность. Рекомендуемая продолжительность тренировки – 30 минут, 4–5 раз в неделю.

Занятия аэробикой подойдут в качестве профилактики ишемического инсульта у женщин и мужчин. При выполнении аэробных упражнений организм насыщается кислородом улучшается метаболизм в тканях.

Пациентам с гипертонией или остеохондрозом рекомендуется избегать силовых тренировок. В этом случае подойдут упражнения, повышающие выносливость организма:

- спортивная ходьба;
- пробежка трусцой (6–9 км в час);
- аквааэробика и плавание;
- катание на лыжах;
- езда на велосипеде.

Вторичная профилактика ишемического инсульта состоит из комплексной медикаментозной терапии:

- лекарства для улучшения текучести крови — постоянно;
- препараты, которые активизируют обмен веществ головного мозга;

- медикаменты для стимуляции кровообращения.

Для пациентов, перенесших операцию, после ишемического инсульта в профилактических целях назначают:

- средства, корректирующие давление при гипертонии;
- успокоительные;
- препараты для укрепления сосудов.

Кроме того, к методам вторичной профилактики добавляют:

- реабилитацию с постепенным повышением физических нагрузок (ЛФК, массаж, прогулки);
- полный отказ от вредных привычек;
- строгую диету с ограничением продуктов, содержащих холестерин;
- медикаментозную терапию, назначенную лечащим врачом;
- регулярные медосмотры.

Препараты для профилактики инсульта. Медикаментозная профилактика инсульта головного мозга у женщин и мужчин включает регулярный прием лекарственных средств, нормализующих артериальное давление, улучшающих кровообращение в организме и повышающих прочность сосудистых стенок.

Ноотропные средства. Это группа препаратов, которые улучшают деятельность центральной системы, повышают устойчивость сосудов головного мозга к различным агрессивным воздействиям. Регулярный прием обеспечивает устойчивость нейронов в неблагоприятных условиях и улучшает проводимость нервной системы. Лечение и профилактику инсульта ноотропными препаратами проводят в течение месяца, принимая по 1–2 таблетки в день.

Средства, блокирующие бета-адренорецепторы. Блокирующие лекарства для профилактики инсульта используют в комплексе с другими препаратами. Для профилактики инсульта рекомендуется в день принимать до двух таблеток, после приема пищи.

Препараты, являющиеся антагонистами кальция. Несмотря на короткое действие препаратов, они эффективно нормализуют частоту сердечных сокращений и снижают артериальное давление. Препаратами для профилактики инсульта являются.

Противоагрегатные медикаменты. Использование аспирина для профилактики инсульта заключается в предотвращении образования тромбов, которые провоцирует ОНМК.

Противоагрегатные таблетки для профилактики инсульта мозга принимают перед сном, запивая стаканом воды.

Успокоительные средства. Эта группа медикаментов успокаивает нервную систему, снимает раздражительность и предупреждает повышение артериального давления. Используются для первичной и вторичной профилактики ишемического инсульта. Принимать успокоительные средства рекомендуется 2–3 раза в день для профилактики инсультов.

## ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКАЯ ЧАСТЬ

### 2.1 Структура и штаб ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород

ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород является унитарной некоммерческой организацией, созданной для выполнения работ, оказания услуг в Целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий в сфере здравоохранения.

Полное наименование Учреждения: областное государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Станция скорой медицинской помощи города Белгорода». Сокращенное наименование Учреждения: ОГБУЗ «ССМП г. Белгорода».

ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород имеет в своем составе структурные подразделения в соответствии со штатным расписанием, расположенные по месту нахождения Учреждения:

- общий медицинский персонал;
  - организационно-методический отдел;
  - оперативный отдел;
  - центральную станцию, в т.ч.: группу реанимации и интенсивной терапии, группу по обслуживанию общепрофильных больных, группу по обслуживанию психиатрических больных, группу по обслуживанию детского населения, группу акушерскую, группу по транспортировке инфекционных больных, кабинет по приему амбулаторных больных и подготовки к работе медицинских укладок, вспомогательный персонал.
- общий немедицинский персонал в т.ч.: отдел закупок; бухгалтерия, отдел кадров, технический отдел, хозяйственный отдел, гараж.



ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород имеет обособленное структурное подразделение без права юридического лица - подстанцию, расположенную по адресу: 308033, г.Белгород, ул. Шаландина, 19а, имеющее в своем составе структурные подразделения в соответствии со штатным расписанием:

- группу реанимации и интенсивной терапии;
- группу по обслуживанию общепрофильных больных;
- группу по обслуживанию детского населения;
- кабинет по приему амбулаторных больных и подготовки к работе медицинских укладок;
- вспомогательный персонал.

ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород возглавляет главный врач, назначение на должность которого производится Департаментом по согласованию с департаментом внутренней и кадровой политики области на основании заключенного с ним трудового договора.

Главный врач ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород действует в соответствии с нормативными правовыми актами Российской Федерации, Белгородской области, распорядительными актами и указаниями Министерства здравоохранения Российской Федерации, Департамента, Уставом и трудовым договором.

Также он привлекает к дисциплинарной ответственности, изменение трудового договора, перевод, отстранение от должности и увольнение главного врача осуществляется заместителем Губернатора области, осуществляющим управление социальными процессами (в сфере охраны здоровья, оказания услуг и социальной защиты населения) в соответствии с трудовым законодательством.

Главный врач выполняет следующие обязанности по организации и обеспечению деятельности ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород:

– По согласованию с Департаментом утверждает структуру и штатное расписание в пределах установленного фонда оплаты труда и предельной численности работников. Осуществляет прием на работу (назначение на должность) работников в соответствии со штатным расписанием.

– Вносит изменения и дополнения в трудовые договоры работников, поощряет и привлекает их к дисциплинарной ответственности в соответствии с трудовым законодательством.

– Представляет в Департамент для утверждения план финансово-хозяйственной деятельности ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород.

## **2.2 Анализ статистических данных заболевания ишемический инсульт на базе ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород**

В рамках настоящего исследования было проведено анкетирование 30 пациентов в ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород. Исследуемым были предоставлены анкеты (Приложение 1).

По возрасту пациенты разделились на следующие группы:

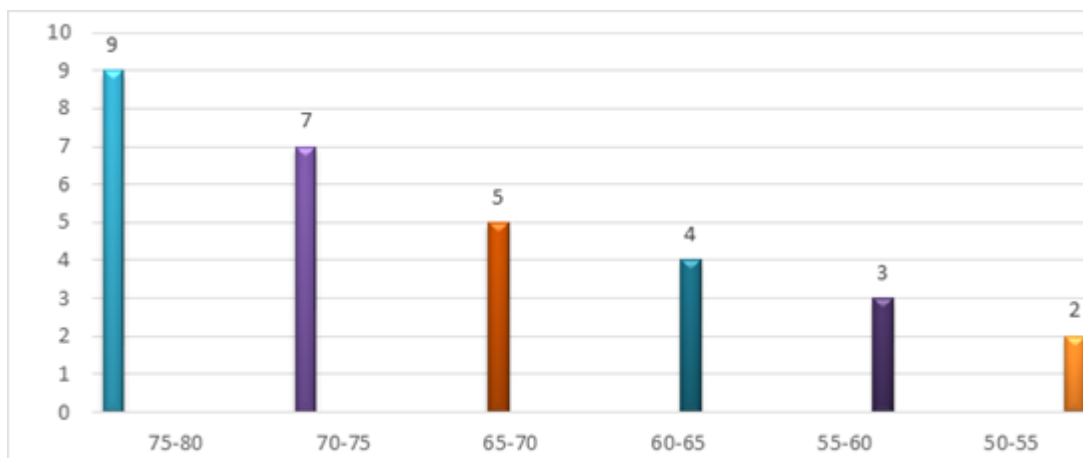


Рис. 3. Возраст респондентов

Вывод: чем старше возраст, тем выше риск возникновения инсультов, так как у людей после 60 лет риск инсульта увеличивается с каждым десятилетием вдвое.

Частота возникновения инсульта среди пациентов представлена на рисунке 4.

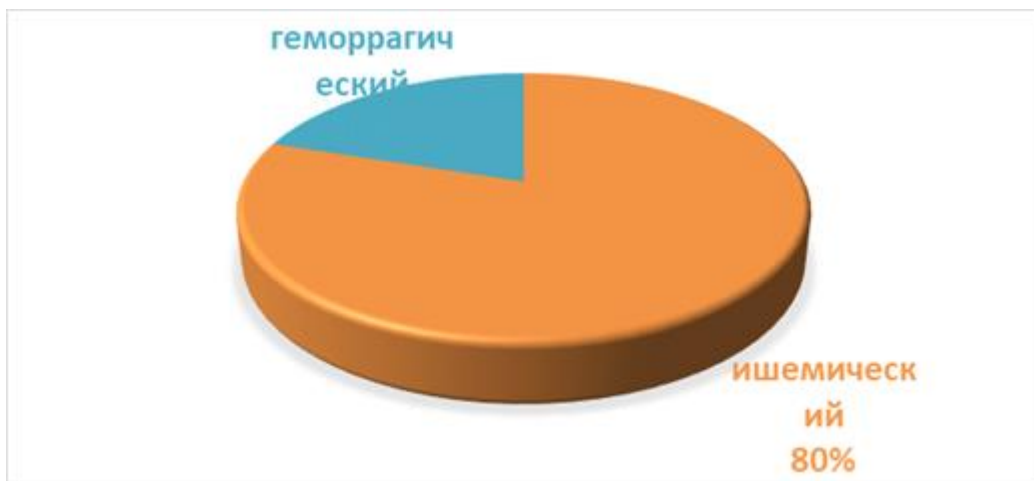


Рис. 4. Частота возникновения инсульта среди пациентов

Вывод: частота возникновения ишемического инсульта в среднем в 4 раза выше, чем геморрагического. Геморрагический инсульт возникает реже, но протекает значительно тяжелее, чем ишемический, гораздо чаще приводя к летальному исходу, и тяжелой инвалидизации среди выживших.

Анализ срока получения квалифицированной медицинской помощи с момента возникновения острого нарушения мозгового кровообращения представлен на рисунке 5.

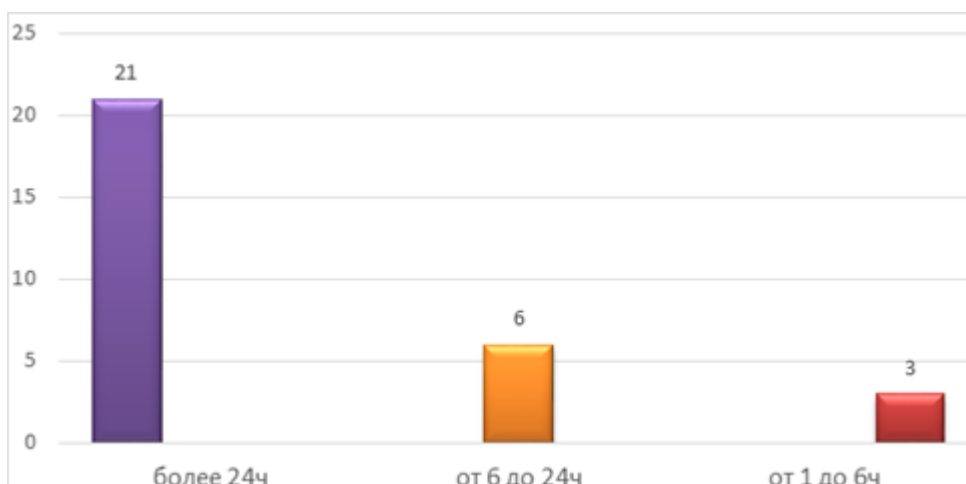


Рис. 5. Срок получения квалифицированной медицинской помощи с момента возникновения острого нарушения мозгового кровообращения

Вывод: большинство больных, перенесших инсульты, обратились за медпомощью спустя длительные сроки после инсультов, что во многом объясняет наличие у них тяжелых, не поддающихся лечению, осложнений. Квалифицированная медицинская помощь, оказанная в пределах ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород дает хороший эффект, вплоть до полного регресса неврологической симптоматики.

Частота встречаемости инсульта по локализации очага представлена на рисунке 6:

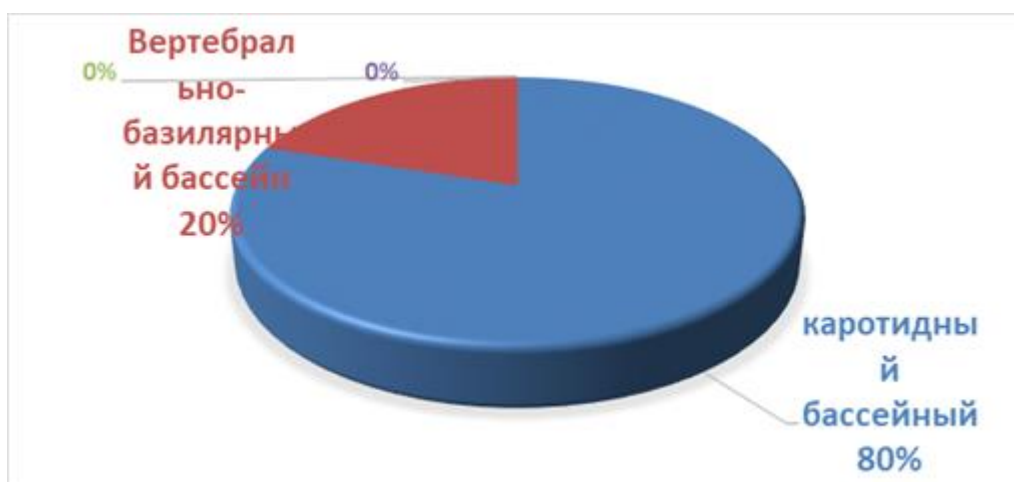


Рис. 6. Частота встречаемости инсульта по локализации очага

Вывод: инсульты чаще происходят в бассейне сонной артерии, которая крупнее позвоночной, и кровоснабжает переднюю и среднюю область мозга, где расположены многие центры, в том числе двигательный, речевой и центры памяти.

Основным клиническим проявлением инсультов в каротидном бассейне были двигательные нарушения в виде гемипарезов и гемиплегий, которые наблюдались у 26 пациентов.

У большинства из них, отмечался правосторонний гемипарез, и только у 10 пациентов левосторонний. Гемипарез: всего 26 (Рис. 7).

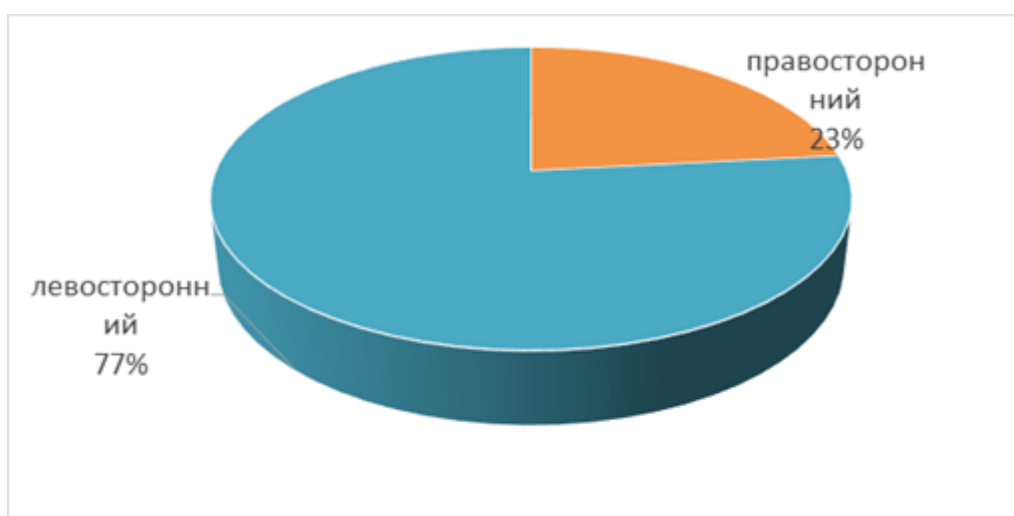


Рис. 7. Проявление гемипареза у пациентов

Правосторонний гемипарез возникает при поражении ведущего полушария (у правшей левое) и при той же степени выраженности, приводит к большей степени утраты навыков самообслуживания, чем левосторонний.

Из общего числа парализованных:

- Легкий гемипарез отмечался у 3 человек;
- Умеренный — у 5 человек;
- Выраженный — у 14 человек;
- Гемиплегия — у 4 человек (Рис. 8).



Рис. 8. Степень выраженности гемипареза при ишемическом инсульте

Следует отметить, что у лиц преклонного возраста отмечались более выраженные гемипарезы и гемиплегии, чем у пациентов моложе 60 лет. У 5 больных правосторонний гемипарез сочетался с речевыми расстройствами в виде сенсорной (2 случая) и моторной (3 случая) афазий. Такое неблагоприятное сочетание значительно усложняет сестринский процесс. Если вследствие моторной афазии наблюдается поражение звуковоспроизводящего аппарата, и пациент не может говорить, но воспринимает обращенную к нему речь, то при сенсорной афазии он перестает понимать окружающих.

Наиболее частым следствием этого является возникновение депрессии, которая наблюдалась в 2 случаях у пациентов с сенсорной афазией на фоне выраженных правосторонних гемипарезов. Больные с депрессией нуждаются не только в постороннем уходе, но и надзоре, так как депрессия весьма часто приводит к попыткам суицидов.

У одного пациента преклонного возраста с выраженной дисциркуляторной энцефалопатией, после инсульта было отмечено прогрессирование сенильной деменции. Сочетание двигательных и

интеллектуально-мнестических нарушений значительно усложняет сестринский процесс. У 4 пациентов, которые перенесли инсульт в вертебро-азиллярном бассейне, основным клиническим проявлением был вестибуло-атактический синдром. Нарушение координации также в значительной мере ограничивает качество жизни, и приводит к потере навыков самообслуживания, однако эти проявления наблюдались у лиц моложе 55 лет и значительно регрессировали под влиянием лечения (Рис. 9).

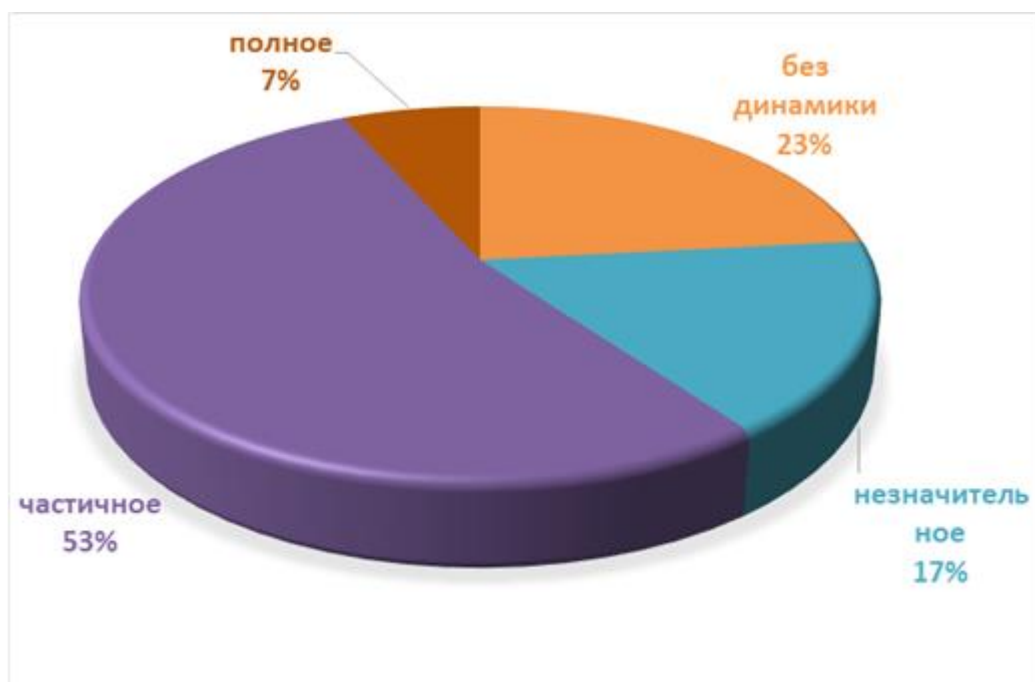


Рис. 9. Динамика восстановления нарушенных функций у пациентов при ишемическом инсульте

Динамика восстановления нарушенных функций:

- Без динамики — у 7 человек;
- Незначительное — у 5 человек;
- Частичное — у 16 человек;
- Полное — у 2 человек.

Частичный или полный регресс неврологической симптоматики отмечался у больных предпенсионного возраста, своевременно обратившихся за медицинской помощью. У больных старших возрастных групп наряду с

тяжелыми последствиями инсультов, сочетанной патологией со стороны двигательной, речевой, интеллектуально- мнестической сфер, восстановления нарушенных функций как правило не отмечалось, либо прослеживалась только незначительная положительная динамика.

Далее проведен анализ качества оказания помощи пациентам при ишемическом инсульте (Рис. 10).

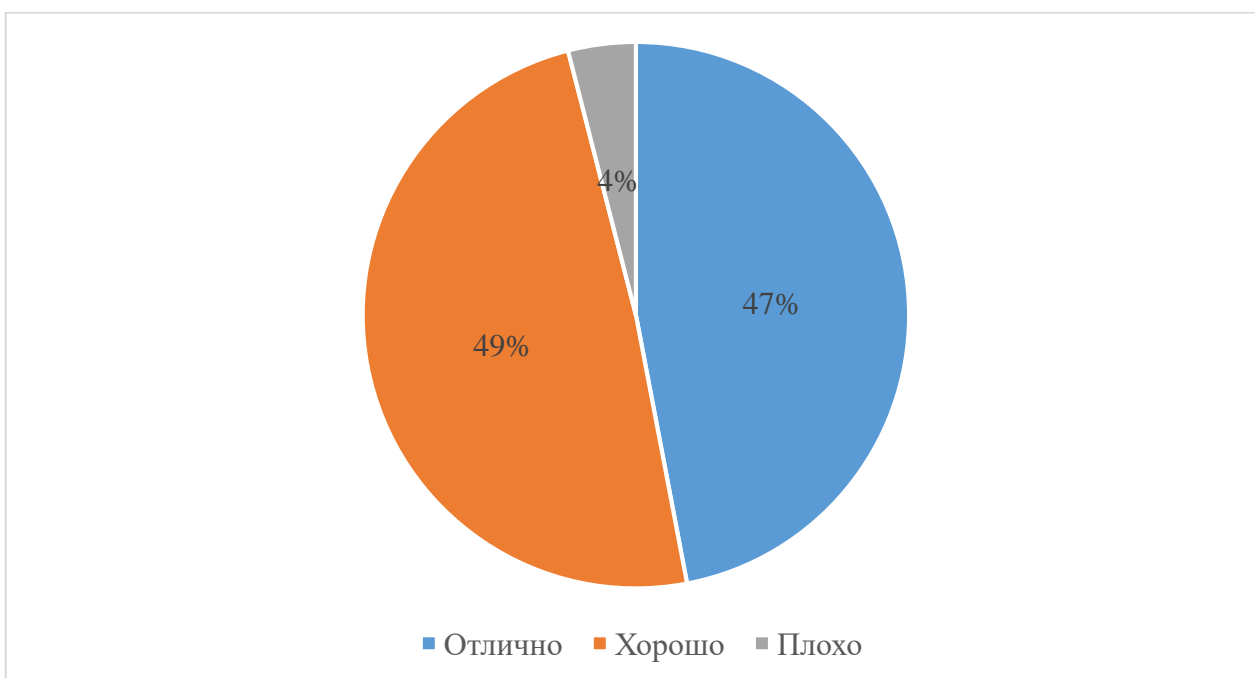


Рис. 10. Качество оказания помощи пациентам при ишемическом инсульте

По данным рисунка установлено, что большинство пациентов оценивают работу специалистов по оказанию помощи на отлично (49%) и хорошо (47%).

### **2.3 Анализ анкетирования фельдшеров скорой помощи об их роли в профилактике оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте. Рекомендации**



Анкетирование фельдшеров скорой помощи об их роли в профилактике оказания неотложной помощи на догоспитальном этапе при ишемическом инсульте основано на Приложении 2. Результаты анкетирования представлены ниже. В ходе анкетирования фельдшеров о проблемах пациентов были выявлены следующие физиологические нарушения: практически всех беспокоили головные боли, головокружения, снижение остроты зрения (рис. 11).

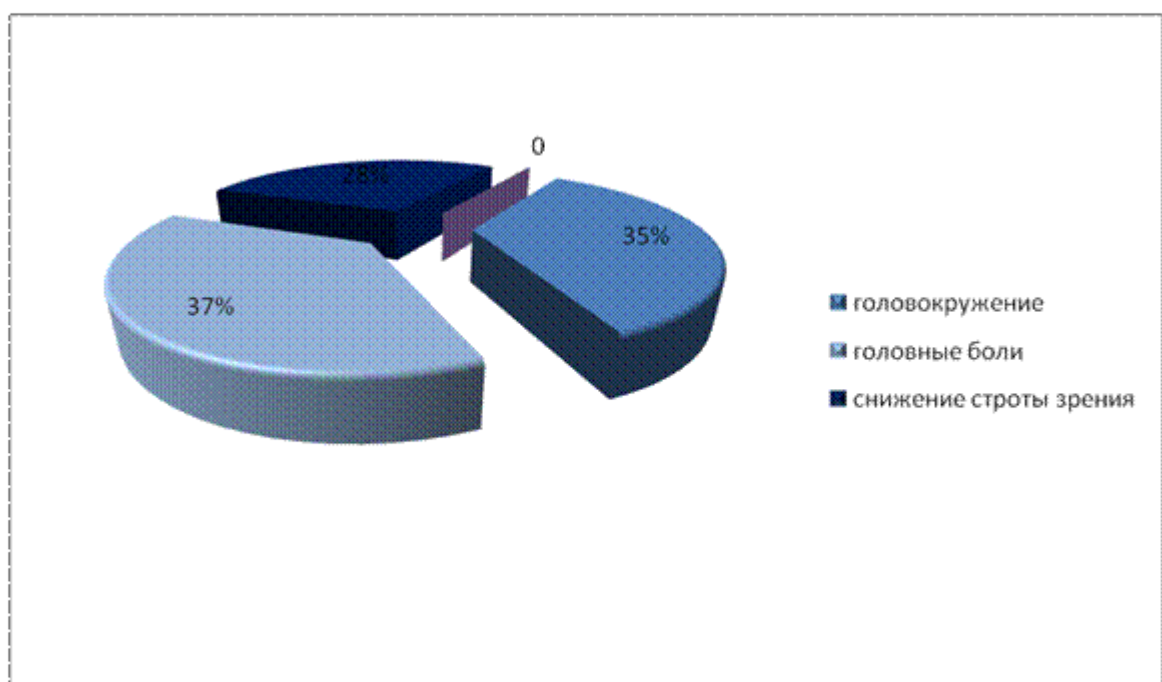


Рис. 11. Наиболее частые жалобы пациентов

У подавляющего большинства обследованных имелись нарушения речи и когнитивные расстройства (рис. 12).

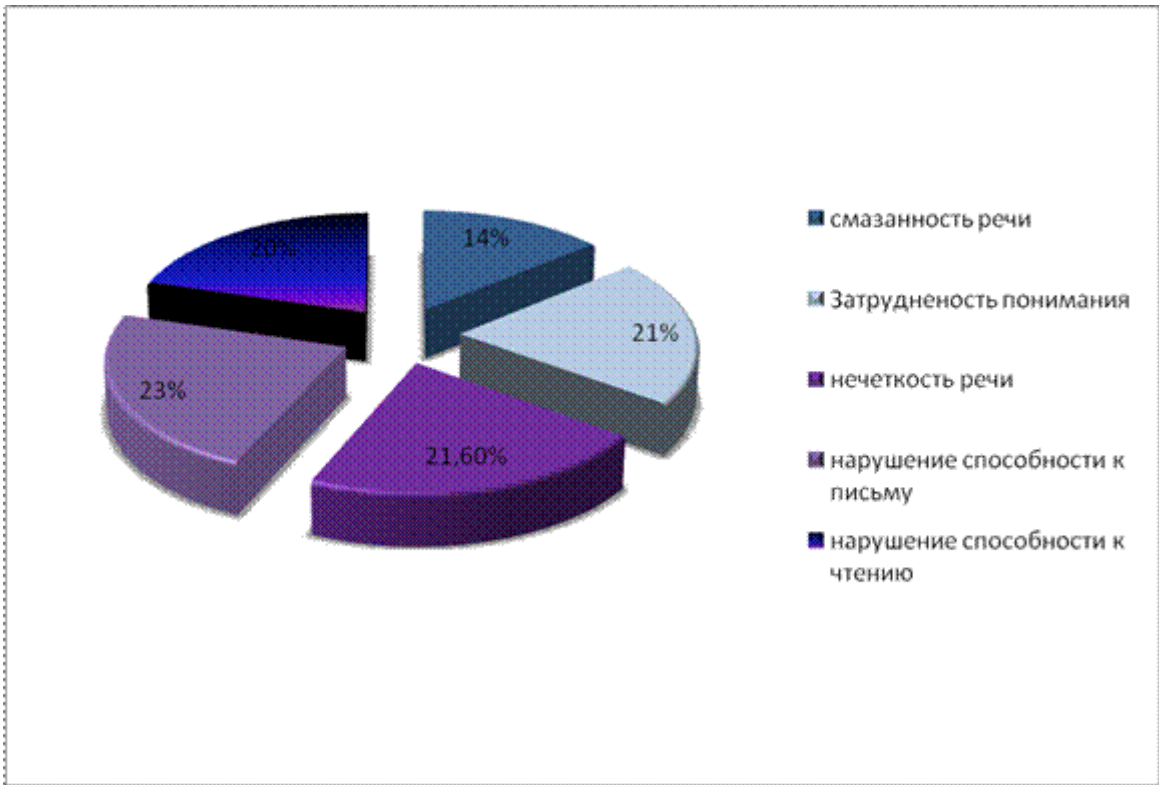


Рис. 13. Нарушение речи и когнитивные расстройства

При обследовании пациентов обнаруживались нарушение координации (у 17%), устойчивости (у 28,5%), непроизвольные движения (у 12%), нарушение ходьбы (у 24%). 18,5% опрошенных не имели возможности передвигаться (рис. 14).

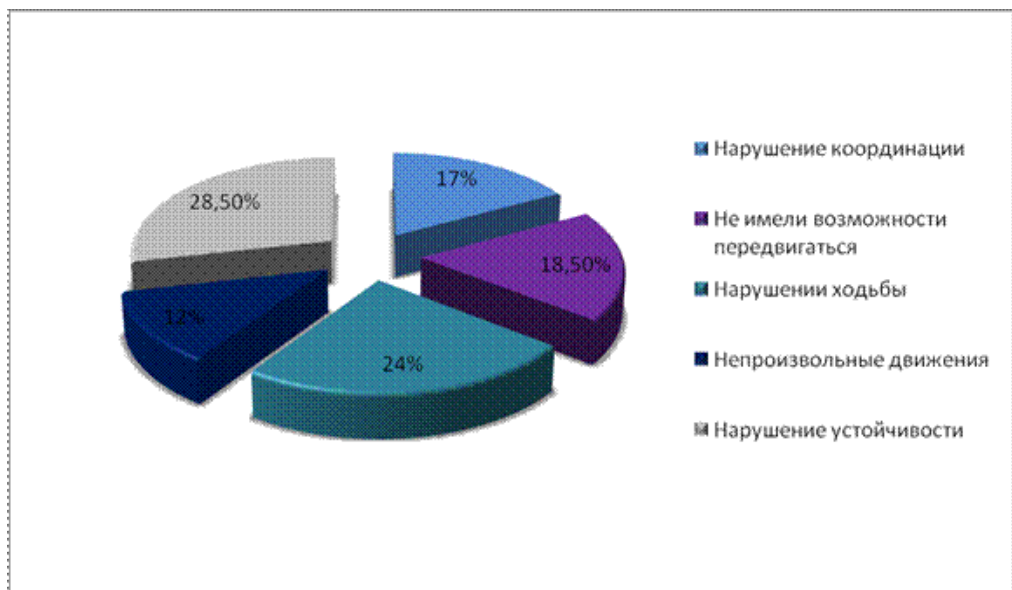


Рис. 14. Частота в % наиболее выраженных проблем связанных с передвижением

Главными вмешательствами фельдшера считают уход за пациентом более 40%, психологическую поддержку пациента (18%), профилактику осложнений (19%) и проведение лечебных манипуляций (25%) (рис. 15).

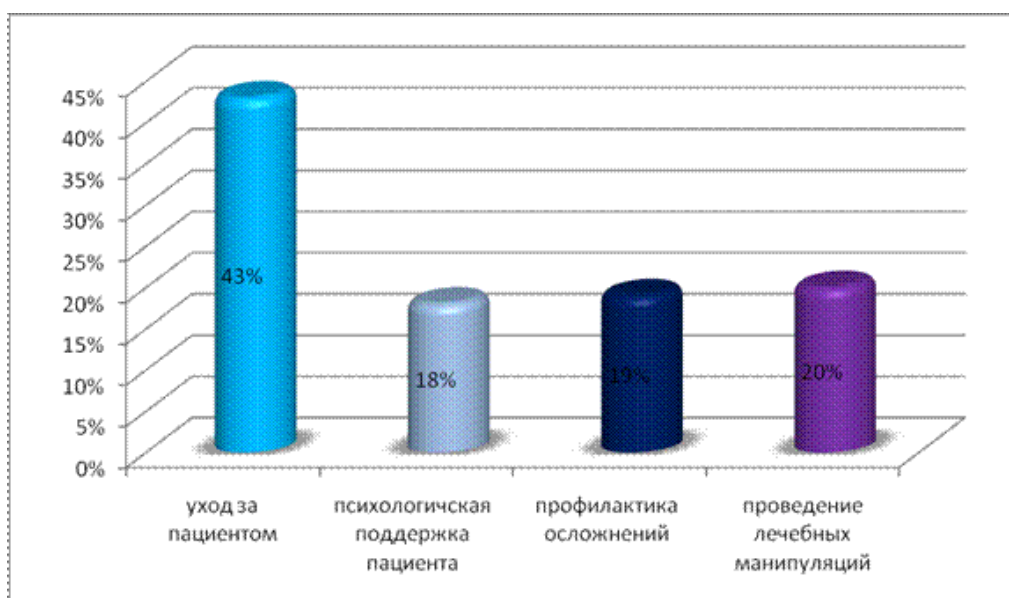


Рис. 15. Вмешательства фельдшеров, используемые для лечения пациентов с ишемическим инсультом.

Анализ результатов ответов респондентов на блок вопросов «Степень информированности по вопросам социально-бытовой реабилитации и профилактики вторичного ишемического инсульта» показал низкий уровень осведомленности родственников больных инсультом по вопросам социально бытовой реабилитации и профилактике (рис. 16).

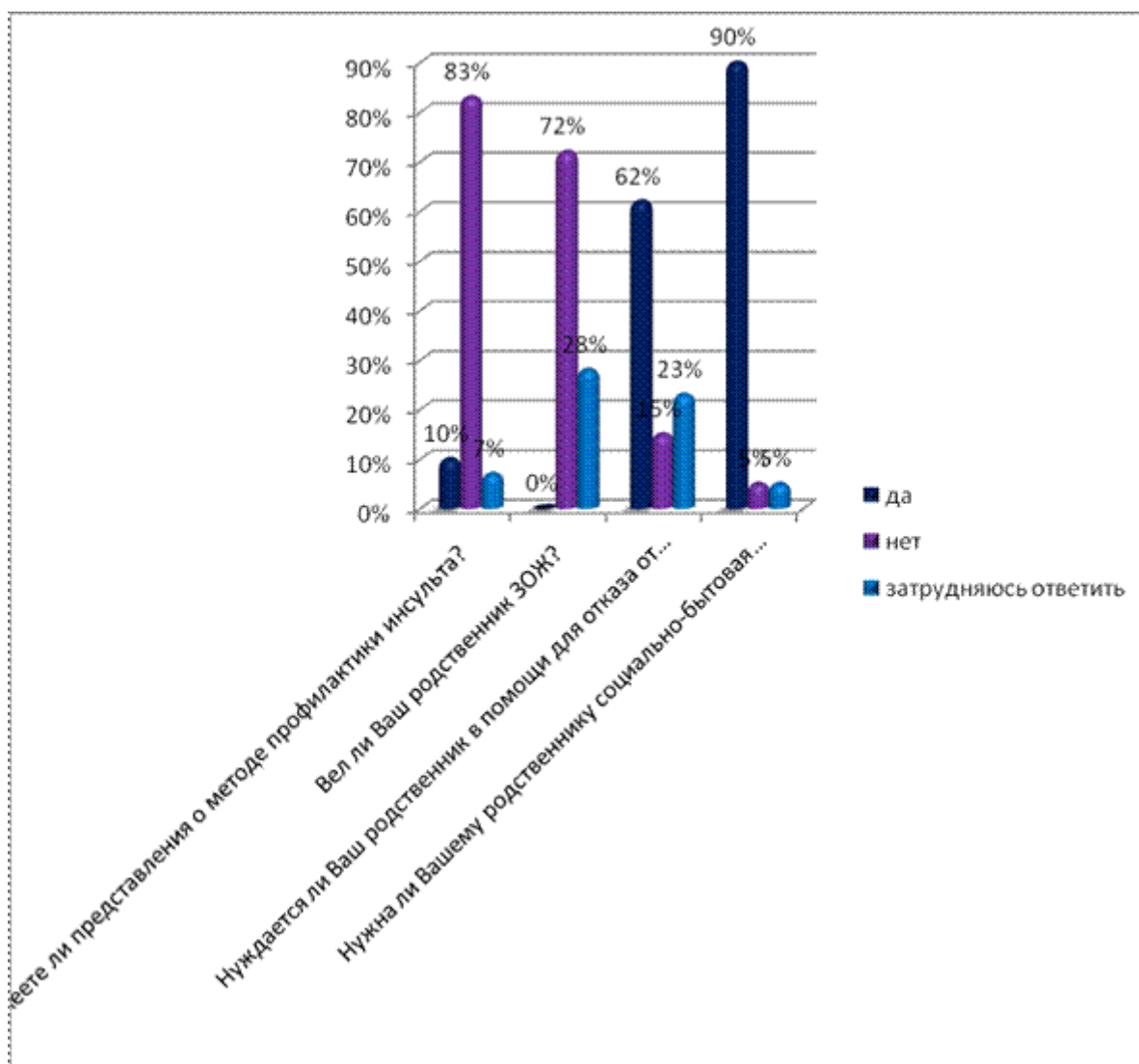


Рис. 17. Распределение ответов фельдшеров на блок вопросов «Степень информированности по вопросам социально-бытовой реабилитации и профилактики вторичного инсульта»

По результатам опроса фельдшеров установлено, что лишь 10% родственников пациентов считали, что достаточно информированы об ишемическом инсульте, более 83 % родственников имели слабое представление о мерах профилактики инсульта, более 70% респондентов ответили, что их родственники перенесшие ишемический инсульт, не вели здоровый образ жизни, 28% опрошенных были слабо уведомлены об образе жизни родственников и поэтому не могли дать ответ на вопрос.

Подавляющее большинство, 90% фельдшеров дали положительный ответ на вопрос о необходимости социально-бытовой реабилитации, у 5% фельдшеров отмечен дефицит знаний о необходимости реабилитации, незначительный процент анкетированных (5%) вовсе отметили неважность реабилитационных мероприятий.

В ходе исследования оценивали информированность родственников об особенностях психического состояния пациентов с ишемическим инсультом, принципах оказания профессиональной психологической помощи (рис. 18).

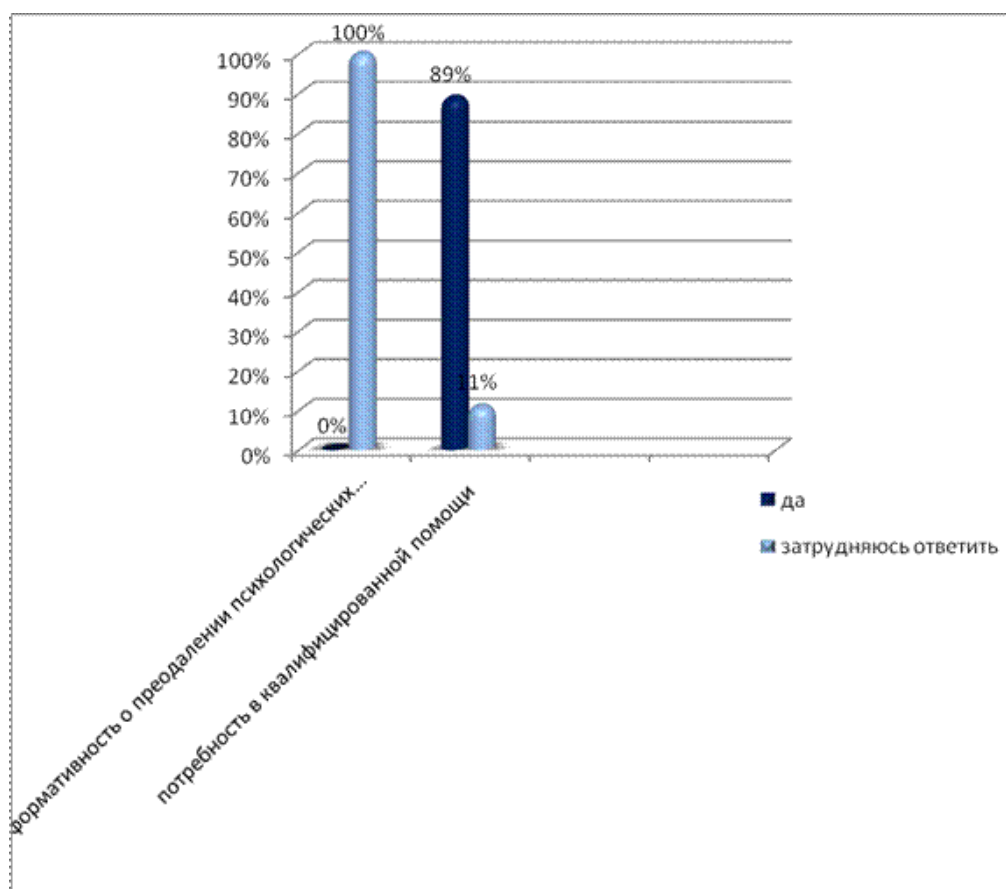


Рис. 18. Информированность родственников о психологическом состоянии пациентов с ишемическим инсультом

В 100% родственники отметили отсутствие или недостаточность знаний о психологическом состоянии пациентов с ишемическим инсультом, в более 80% случаев опрошенные отметили потребность в квалифицированной психологической помощи.

Далее участникам исследования предлагалось ответить на вопросы о навыках ухода за постинсультным больным (рис. 19).

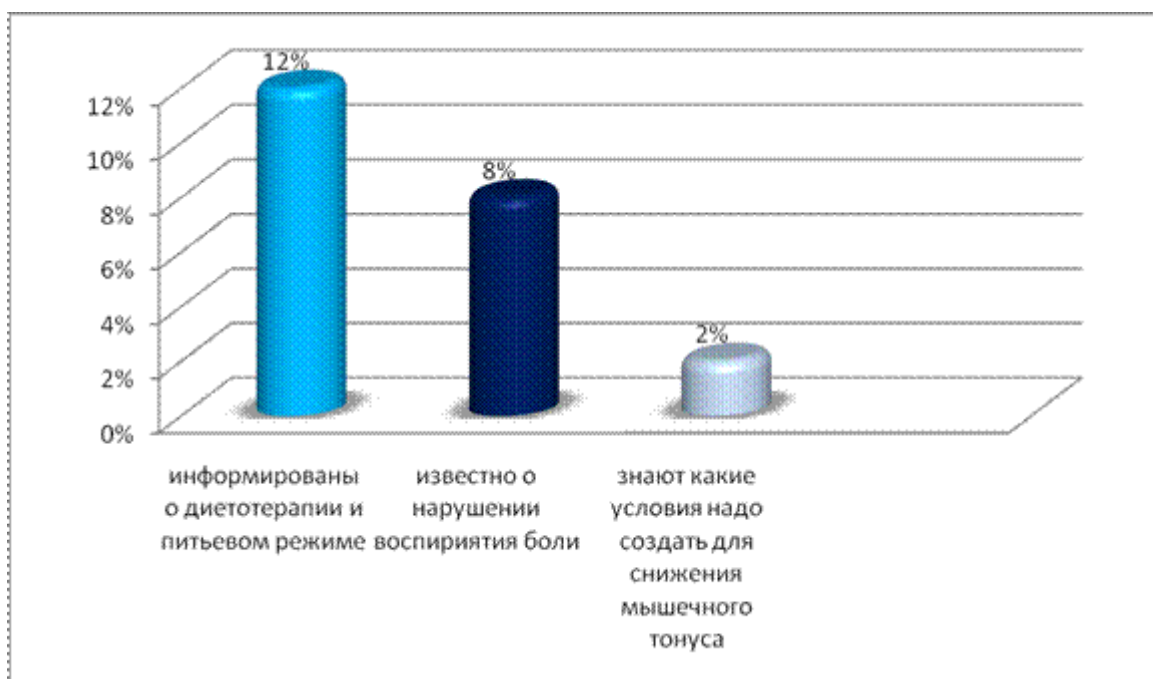


Рис. 19. Распределение ответов исследуемых на блок вопросов о навыках ухода за постинсультным больным

Многие затруднились ответить на вопросы, касающиеся правил ухода за пролежнями (19%). Примерно около половины опрошенных (48%) знают о мерах, снижающих риск развития пролежней, владеют навыками проведения гигиенических процедур (уход за кожей, глазами, полостью рта), кормления, обеспечения комфортных условий для сна и отдыха, а также при физиологических отправлениях более 50% респондентов (рис. 20).

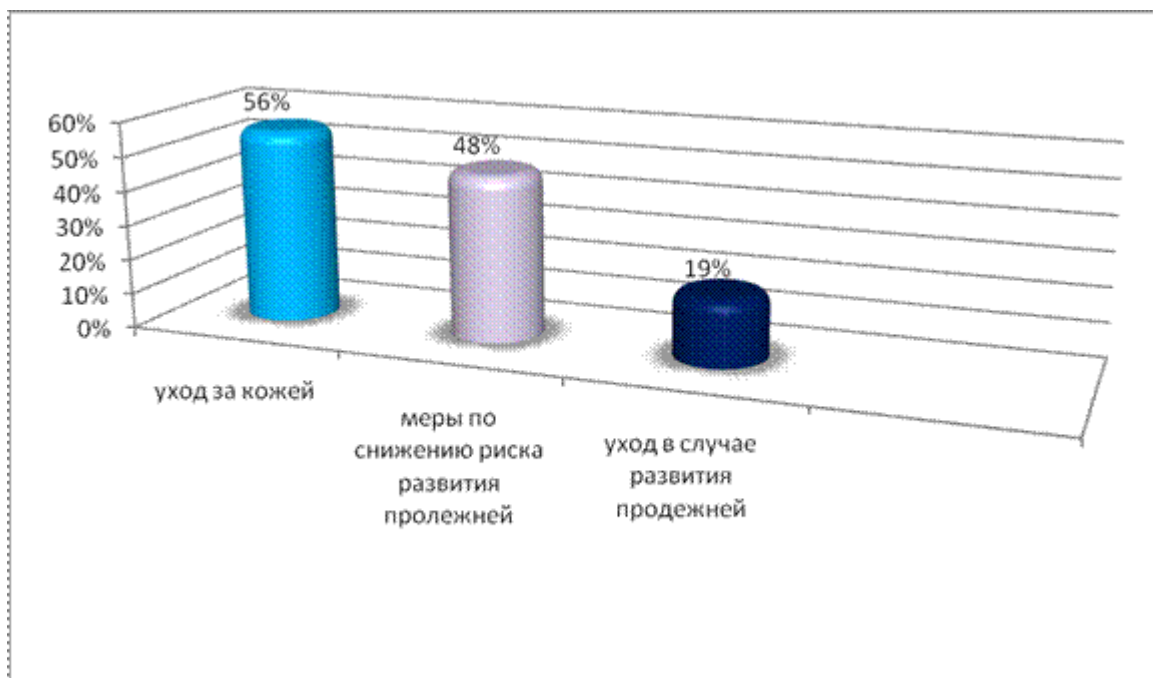


Рис. 20. Результаты опроса родственников пациентов с ишемическим инсультом о навыках ухода за пациентами с инсультом

Из данных анкетирования можно сделать вывод, что члены семьи пациентов с ишемическим инсультом недостаточно информированы об инсульте и его осложнениях.

Таким образом, фельдшерам необходимо проводить больше информирование пациентов и их родственников об уходе при ишемическом инсульте и его профилактике.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Инфаркт мозга, или ишемический инсульт – грозное заболевание, которое проявляется в остром нарушении мозгового кровообращения и является следствием прочих патологий. Среди всех пациентов, которые подлежат госпитализации с признаками расстройств кровотока головного мозга, у подавляющего большинства диагностируют именно это заболевание. При этом в группу риска попадают люди преклонного возраста.

Исследование статистических данных заболевания ишемический инсульт было проведено на базе ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород, которая является унитарной некоммерческой организацией, созданной для выполнения работ, оказания услуг в Целях обеспечения реализации предусмотренных законодательством Российской Федерации полномочий в сфере здравоохранения.

ОГБУЗ «Станция Скорой медицинской помощи» г. Белгород имеет в своем составе структурные подразделения в соответствии со штатным расписанием, расположенные по месту нахождения Учреждения:

- общий медицинский персонал;
- организационно-методический отдел;
- оперативный отдел;
- центральную станцию, в т.ч.: группу реанимации и интенсивной терапии, группу по обслуживанию общепрофильных больных, группу по обслуживанию психиатрических больных, группу по обслуживанию детского населения, группу акушерскую, группу по транспортировке инфекционных больных, кабинет по приему амбулаторных больных и подготовки к работе медицинских укладок, вспомогательный персонал.

Инсульты чаще происходят в бассейне сонной артерии, которая крупнее позвоночной, и кровоснабжает переднюю и среднюю область мозга, где



расположены многие центры, в том числе двигательный, речевой и центры памяти.

Основным клиническим проявлением инсультов в каротидном бассейне были двигательные нарушения в виде гемипарезов и гемиплегий, которые наблюдались у 26 пациентов. У большинства из них, отмечался правосторонний гемипарез, и только у 10 пациентов левосторонний. Гемипарез: всего 26. Большинство пациентов оценивают работу специалистов по оказанию помощи на отлично (49%) и хорошо (47%).

Из данных анкетирования можно сделать вывод, что члены семьи пациентов с ишемическим инсультом недостаточно информированы об инсульте и его осложнениях.

Таким образом, фельдшерам необходимо проводить больше информирование пациентов и их родственников об уходе при ишемическом инсульте и его профилактике.

Рекомендации (класс рекомендации; уровень доказательности).  
Догоспитальный этап медицинской помощи:

1. Руководителям структурных подразделений системы здравоохранения наряду с медицинскими работниками рекомендуется разрабатывать и внедрять программы санитарного просвещения по вопросам инсульта. Программы должны сохранять свою актуальность в течение длительного времени и обеспечивать максимальный охват различных групп населения, учитывая этнические, возрастные, половые и другие отличия. (I; B-R)

2. Пациентам, выявившим у себя признаки инсульта или лицам, оказавшимся поблизости, настоятельно рекомендуется как можно быстрее оповестить службу экстренной медицинской помощи, а диспетчерам этой службы — обеспечить приоритетность и быстроту доставки этих пациентов в клинику. (I; B-NR)

3. Повышению качества лечения в клинике способствуют образовательные программы по инсульту для врачей, медицинского персонала и бригад службы экстренной медицинской помощи. (I; B-NR)

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аблякимов, Р. Э. Патогенетические подтипы инсульта и критерии их диагностики у больных с ишемической болезнью сердца и церебральным атеросклерозом (Клинико-морфологическое исследование [Текст] / Р. Э. Аблякимов, П. Л. Ануфриев, М. М. Танащян // Анналы клин. и эксперим. неврологии. - 2016. - № 4. - С. 5-10.
2. Актуальные вопросы клинической диагностики внутригоспитального ишемического инсульта [Текст] / С. В. Коломенцев., И. А. Вознюк, М. М. Одинак и др. // Вестн. Рос. воен.-мед. акад. - 2017. - № 3 (59). - С. 98-104.
3. Белкин, А. А. Как можно скорее поднять больного [Текст] / А. А. Белкин // Мед. вестн. - 2014. - № 27, 29 сентября. - С. 10-15
4. Гольдблат, Ю. В. Основы реабилитации неврологических больных [Текст] / Ю. В. Гольдблат. - СанктПетербург : СпецЛит, 2017. - 767 с.
5. Диагностика и лечение острых нарушений мозгового кровообращения: учебное пособие для профессионального образования неврологов, терапевтов, врачей общей практики [Текст] / И. Е. Повереннова [и др.]. - Самара : Самарский мед. университет, 2016. - 48 с.
6. Епифанов, В. А. Реабилитация в неврологии [Текст] / В. А. Епифанов, А. В. Епифанов. - М. : ГЭОТАРМедиа, 2015. - 416 с.
7. Кадыков, А. С. Лечение и реабилитация больных в восстановительном и резидуальном периодах инсульта: методические рекомендации [Текст] / А. С. Кадыков, Н. В. Шахпаронова. - 2-е изд. - Москва : АСТ 345, 2017. - 93 с.
8. Ковальчук, В. В. Пациент после инсульта. Принципы реабилитации и особенности ведения [Текст] / В. В. Ковальчук. - Москва : [б. и.], 2016. - 328 с.

9. Нарушения мозгового кровообращения: диагностика, лечения, профилактика [Текст] / З. А. Суслина [и др.]. - Москва : МЕДпресс-информ, 2016. - 536 с.

10. Неврология XXI века: диагностические, лечебные и исследовательские технологии : руководство для врачей в трех томах [Текст] / под ред. М. А. Пирадова, С. Н. Иллариошкина, М. М. Танащян. - Москва : АТМО, 2015 – Т. 2 : Высокотехнологические методы лечения и реабилитации в неврологии. - 2015. - 416 с.

11. Осложнения и последствия инсультов: диагностика и лечение ранних и поздних нарушений функции [Текст] / под ред. Г. Я. Юнгехюльзинга, М. Эндреса. - Москва : МЕДпресс-информ, 2017. - 264 с.

12. Суслина, З. А. Клиническое руководство по ранней диагностике, лечению и профилактике сосудистых заболеваний головного мозга [Текст] / З. А. Суслина, Ю. Я. Варакин. - Москва : МЕДпрессинформ, 2015. - 440 с.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1

#### Анкета для пациента

1. Ваш возраст:
  - 50-55 лет;
  - 55-60 лет;
  - 60-65 лет;
  - 65-70 лет;
  - 70-75 лет;
  - более 75 лет.
2. Какой у Вас был ишемический инсульт?
  - геморрагический
  - ишемический.
3. В какой срок вы получили квалифицированную помощь с момента возникновения острого нарушения мозгового кровообращения?
  - от 1 до 6 ч.
  - от 6 до 24 ч.
  - от 24 ч.
4. Каков у Вас был ишемический инсульт по локализации очага?
  - каротидный бассейн (бассейн сонной артерии)
  - вертебрально-базилярный бассейн (бассейн позвоночных артерий)
5. Каков у Вас гемипарез (ослабленность мышц, двигательная активность подавлена) при ишемическом инсульте?
  - левосторонний
  - правосторонний
6. В какой степени выражен гемипарез?
  - легкий
  - умеренный
  - выраженный
  - гемиплегия (полное отсутствие произвольных движений в верхней и нижней конечности на одной стороне)
7. Какова динамика восстановления нарушенных функций при ишемическом инсульте?
  - без динамики
  - незначительное
  - частичное
  - полное
8. Укажите оценку квалифицированной помощи при ишемическом инсульте, представленный специалистами?
  - отлично
  - хорошо
  - плохо

### **Анкетирование фельдшеров**

1. Выберите наиболее выраженные проблемы, связанные с передвижением?

- а) нарушение координации
- б) не имели возможности передвигаться
- в) нарушение ходьбы
- г) произвольные движения

2. Укажите наиболее часто предъявляемые жалобы пациентов?

- а) головные боли
- б) головокружение
- в) снижение остроты зрения

3. Какие нарушения речи наиболее часто встречались у пациентов с инсультом?

- а) нечеткость речи
- б) смазанность речи

4. Какие когнитивные расстройства Вы отметили у больных перенесших инсульт?

- а) затрудненность понимания
- б) нарушение способности к чтению
- в) нарушение способности к письму

5. Какие медицинские вмешательства Вы использовали в лечении?

- а) уход за пациентом
- б) лечебные манипуляции
- в) психологическая поддержка пациента
- г) профилактика осложнений