

Т.И. Миннуллин

## Анализ потребностей пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения как основа планирования оказания им сестринской помощи

Первый Санкт-Петербургский медицинский университет им. И.П. Павлова

**Резюме.** Приводятся данные, характеризующие потребности пациентов с острым нарушением мозгового кровообращения, обусловленные характером их заболевания и требующие квалифицированной сестринской помощи. Исследование проведено на базе специализированного неврологического отделения городской многопрофильной больницы. Обследовано 50 пациентов (из их числа 25% составили пациенты в возрасте моложе 60 лет). Большинство (82,5%) пациентов было госпитализировано по поводу ишемического инсульта. В первые сутки госпитализации у 90% обследованных больных имелись парезы и параличи; у 87,5% – дефицит самоухода; у 72,5% – дизартрия; у 85% – болевой синдром; у 67,5% – эмоциональные, а у 22,5% – психические нарушения; у 57,5% – необходимость постоянного горизонтального положения; в меньшем проценте случаев – другие проблемы. Динамика указанных проблем в течение наблюдения неоднозначна. Практически не меняется частота таких проблем, как парезы и параличи, дефицит самоухода, дизартрия, афазия; снижается актуальность проблемы горизонтального положения, болевого синдрома, эмоциональных и психических нарушений, артериальной гипертензии; нарастает процент пациентов с назогастральным зондом, пролежнями. Характер перечисленных проблем несколько отличается у больных с геморрагическим и ишемическим, первичным и повторным инсультом. Учитывая, что до настоящего времени отсутствуют стандарты оказания сестринской помощи больным с острым нарушением мозгового кровообращения, полученные данные могут являться основой для планирования и осуществления контроля за оказанием сестринской помощи (как на стационарном этапе лечения, так и на амбулаторном – после выписки больного из стационара).

**Ключевые слова:** острое нарушение мозгового кровообращения, сестринский уход, проблемы и потребности пациента, геморрагический инсульт, ишемический инсульт, парезы и параличи, гемиплегия, гемипарез.

**Введение.** Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) является одной из наиболее актуальных проблем современной медицины и здравоохранения. Показатели заболеваемости в разных странах колеблются от 0,2 до 3 случаев на 1000 населения [1, 7]. При этом важно отметить такую негативную тенденцию, как постепенное «омоложение» больных [5]. Как в остром, так и в отдаленном периоде у больных, перенесших ОНМК, имеют место множественные нарушения, ограничивающие их жизнедеятельность и снижающие качество жизни. Так, к концу острого периода из 100 оставшихся в живых пациентов у 81% наблюдаются двигательные нарушения, в том числе у 22% – гемиплегия или гемипарез; нарушения речевых функций, существенно затрудняющие контакт с пациентами, встречаются более чем у трети; имеют место различные психоэмоциональные нарушения (отсутствие интереса к жизни, снижение волевых функций, интеллекта и критики); дисфагия нарушение координации движения, сенсорные дефициты, а также нарушение контроля за актами мочеиспускания и дефекации, что, в свою очередь, порождает эмоциональные переживания и прочее. Поэтому наряду с лечением основного заболевания необходимы своевременное выявление и коррекция перечисленных проявлений, что является

задачей и условием своевременной реабилитации пациентов [3].

Роль среднего медицинского персонала в реабилитации сложно недооценить [4]. Именно медицинские сестры обеспечивают круглосуточное наблюдение, максимально вовлечены в процесс повседневного контакта с больными, осуществляют уход, обеспечивают безопасность пациентов, лечебно-охранительный режим, оказывают психологическую поддержку пациентов и их родственников. В западной науке и практике давно изменены подходы к организации сестринского дела, которое рассматривается как самостоятельный компонент лечебного процесса, дополняющий традиционный терапевтический подход и определяющий круг вопросов, входящих в компетенцию медицинской сестры. Его нужно достаточно четко определить, и в повседневной деятельности максимально дифференцировать права (и меру ответственности) врачей и среднего медицинского персонала [6]. В компетенцию сестринского персонала входит выявление медико-социальных проблем пациентов, планирование и организация мероприятий, направленных на их решение [8]. В нашей стране эти задачи практически не разработаны ни в научном, ни в нормативном, ни в прикладном аспектах.

**Цель исследования.** Выявление проблем пациентов с ОНМК, в решении которых основную роль играет средний медицинский персонал.

**Материалы и методы.** Исследование проводилось на базе специализированного (для больных с ОНМК) неврологического отделения городской больницы №38 им.Н.А.Семашко Санкт-Петербурга. Была разработана специальная карта исследования, в которую заносились данные из историй болезни пациентов и результаты сестринского анализа их проблем (при этом под проблемами, исходя из теории сестринского процесса, понимались потребности пациентов в различных манипуляциях, обусловленные состоянием их здоровья). Исследование проводилось в течение двух месяцев. Было заполнено 50 карт. В изученной совокупности в равных долях (по 30%) оказались пациенты возрастных групп 60–69 и 70–79 лет, ниже была доля лиц 50–59 лет и 80 лет и старше (17,5 и 15% соответственно), минимальной (7,5%) была доля пациентов моложе 50 лет. Большинству пациентов (82,5%) был установлен диагноз ОНМК по ишемическому типу (17,5% – ОНМК по геморрагическому типу). Если в первом случае соотношение мужчин и женщин было практически равным (48,5 и 51,5%), то во втором – доля мужчин была достоверно ( $p < 0,05$ ) выше (57,1 и 42,9%). Большинство (70%) пациентов было госпитализировано с повторным заболеванием, 30% составили пациенты с впервые выявленным заболеванием. Однако это соотношение существенно отличалось при разных видах инсульта. Среди пациентов с ОНМК по ишемическому типу преобладали (78,8%) больные с повторным заболеванием, а при ОНМК по геморрагическому типу – с впервые выявленным заболеванием (71,4%).

Полученные данные были сгруппированы, зашифрованы, обработаны с использованием пакета прикладных программ «Statistica-6». Были рассчитаны статистические показатели интенсивности (и их ошибки), а также средние величины (и их ошибки). Достоверность различий статистических показателей и средних величин оценивалась с помощью критерия Стьюдента (различия принимались значимыми при достижении второго порога надежности).

**Результаты и их обсуждение.** Анализ частоты и характера проблем, требующих сестринского вмешательства, показал, что самой частой являлась проблема наличия парезов и параличей – лицевой мускулатуры, рук и ног (которая, в свою очередь, ведет к возникновению таких проблем, как дефицит самоухода и дизартрия). В 1-е сутки пребывания пациентов в отделении данная проблема была отмечена у подавляющего большинства (90%) пациентов. Данный показатель практически не меняется к концу 3-х суток и 7-х суток (рис. 1). Практически столь же распространенной и не снижающейся в течение первой недели госпитализации является проблема дефицита самоухода. Процент пациентов с указанной проблемой на 1-е и 7-е сутки пребывания составил

соответственно 87,5 и 85,0%, а с дизартрией – 72,5 и 70% соответственно.

В 85% случаев имела место распространенность болевого синдрома, требующего необходимой коррекции. Однако в динамике отмечается снижение актуальности данной проблемы (на 3-и и 7-е сутки наблюдения – до 82,5 и 67,5% соответственно). У 87,5% пациентов присутствовала проблема повышенного артериального давления, но на 3-и и особенно на 7-е сутки наблюдалось снижение частоты этой проблемы (62,5 и 37,5% соответственно).

Эмоциональные нарушения присутствовали у 67,5% пациентов, однако имеет место снижение частоты этой проблемы на 3-и и особенно на 7-е сутки (до 45% и 15% соответственно).

Более чем у половины пациентов в 1-е сутки были отмечены проблемы, связанные с необходимостью длительного горизонтального положения. Через неделю наблюдения частота пациентов с данной проблемой снизилась с 57,5 до 40%. У 22,5% пациентов имелись психические расстройства. В динамике имеет место недостоверное снижение данного показателя: на 3-и сутки – до 20%, на 7-е – до 17,5%. С проблемой афазии в 1-е сутки пребывания в отделении было 17,5% пациентов, к концу 7-х суток процент таких пациентов практически не изменился.

В меньшем проценте случаев у пациентов выявлялись другие проблемы. С проблемой дисфагии в 1-е сутки находились 12,5% пациентов, на третьи – 15%, на 7-е – 10%. Каждый 6–8 пациент в 1-е сутки пребывания был с назогастральным зондом или пролежнями. На 3-и сутки наблюдения процент пациентов с данными проблемами не изменялся, а в последующем даже имел тенденцию к росту (с 15 до 17,5% и с 10 до 12,5% соответственно).

Таким образом, за неделю пребывания в стационаре у пациентов с ОНМК практически не снижается частота проблем, с которыми сталкивается средний медицинский персонал и которые он должен учитывать при планировании и осуществлении сестринского ухода, таких как парезы и параличи, дефицит самоухода, дисфагия, афазия и дизартрия, наличие назогастрального зонда, пролежни.

Среди пациентов, перенесших ишемический и геморрагический инсульты, частота большинства выявленных проблем практически не отличалась. Из существенных различий отмечают такие проблемы, как дефицит самоухода и наличие повышенного артериального давления, более характерные для инсульта по геморрагическому типу; афазия и психические нарушения – для инсульта по ишемическому типу (рис. 2).

Все перечисленные проблемы (за исключением эмоциональных нарушений) были более выраженными у пациентов с повторным заболеванием.

**Заключение.** Показано, что у больных с ОНМК имеют место множественные проблемы, обусловленные их заболеванием и требующие существенного

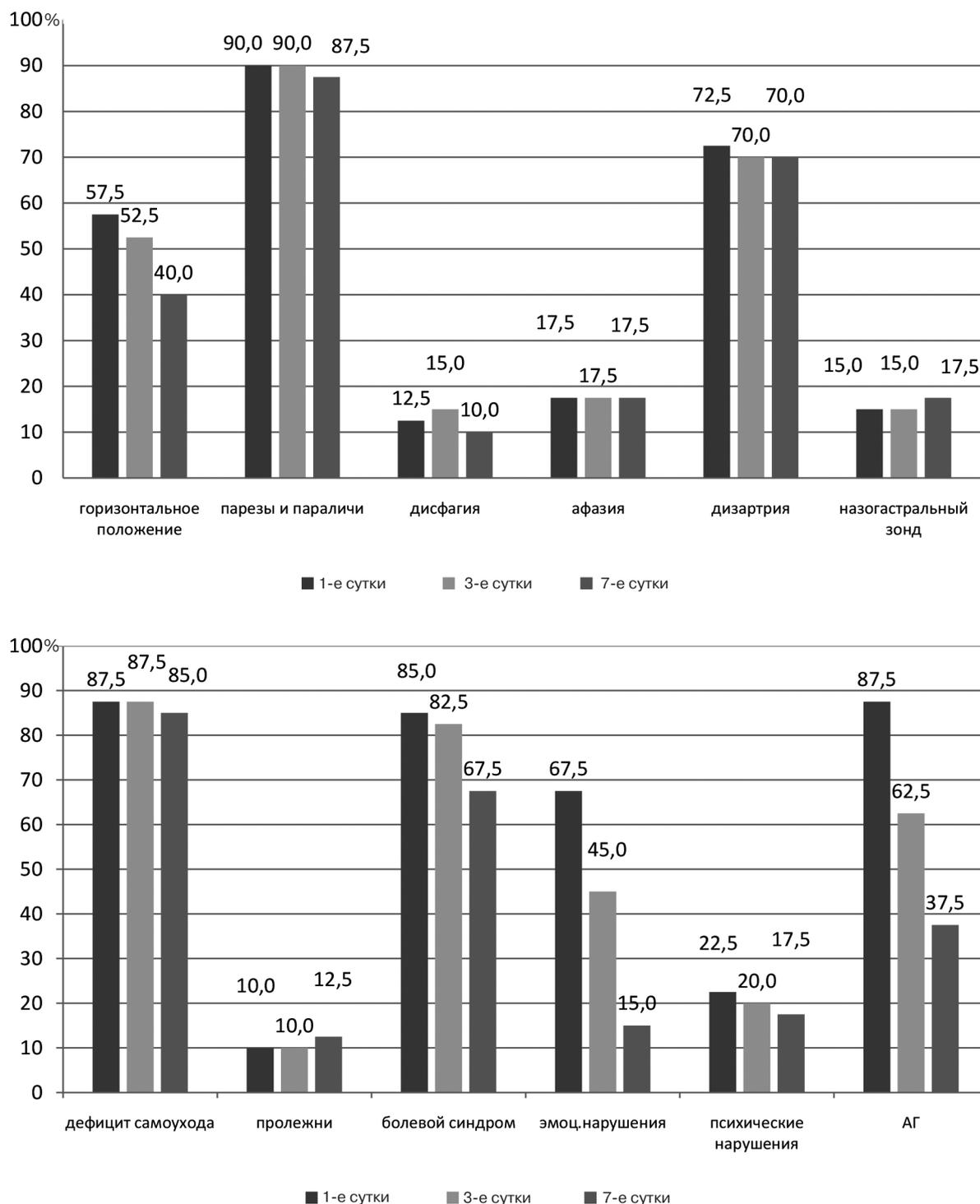


Рис. 1. Частота выявленных проблем у пациентов в различные периоды госпитализации

объема сестринской помощи. Однако в настоящее время стандарты сестринской деятельности вообще и сестринской помощи при данном заболевании в частности не разработаны, что затрудняет как планирование деятельности сестринского персонала, так и его оценку. Полученные данные могут быть использованы

для определения объема и характера сестринской помощи при ОНМК не только в условиях стационара, но и на амбулаторном этапе (поскольку значительное число пациентов с наличием перечисленных проблем после стационара выписывается под наблюдение поликлиники).

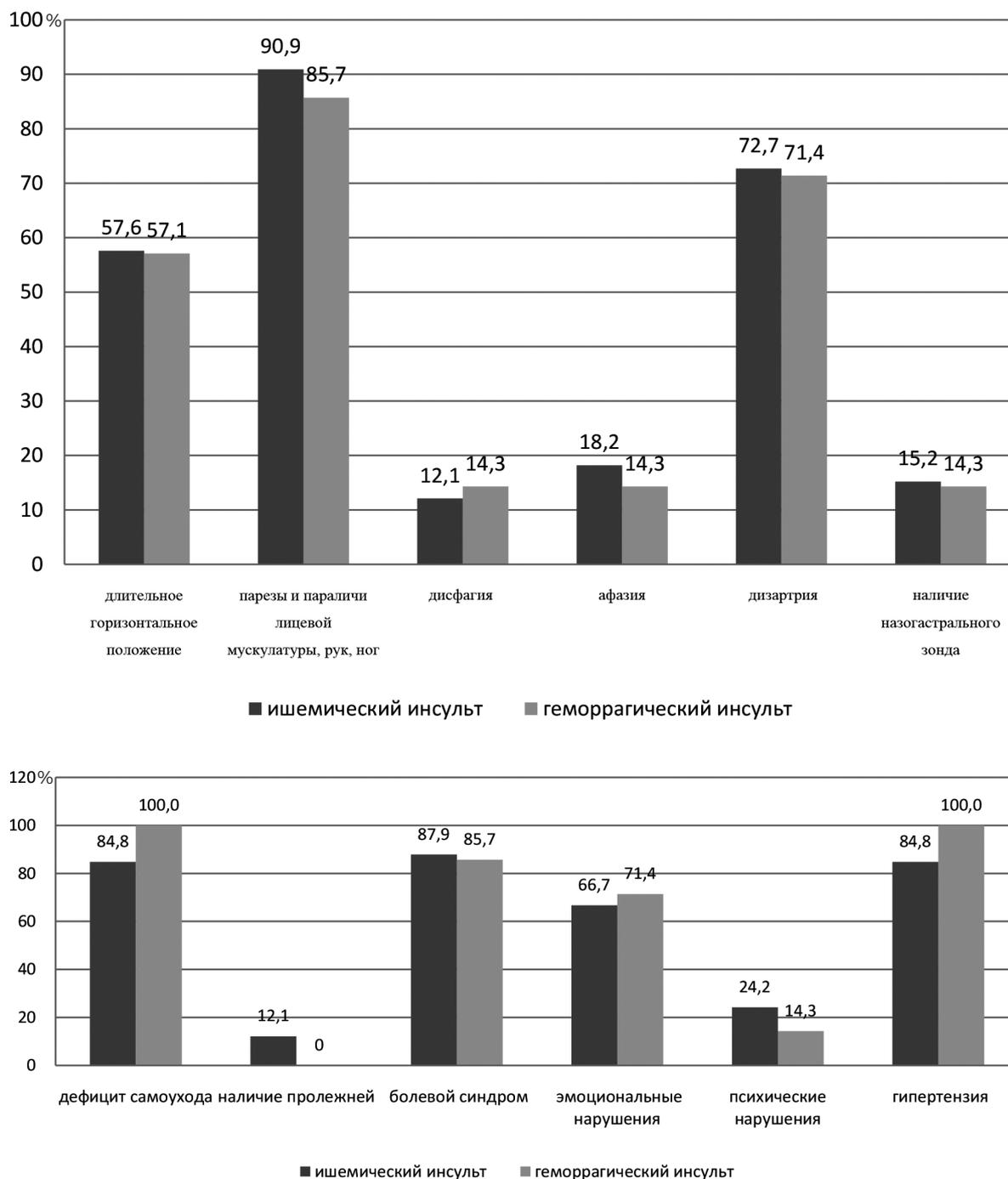


Рис. 2. Частота выявленных проблем в 1-е сутки у пациентов с разными диагнозами

**Литература**

1. Гусев, Е.И. Неврология. Национальное руководство / Е.И. Гусев [и др.] – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 680 с.
2. Ковальчук, В.В. Организация деятельности мультидисциплинарных бригад, обеспечивающих реабилитацию пациентов, перенесших тяжелые неврологические заболевания / В.В. Ковальчук, Н.Д. Богатырева // Проблемы городского здравоохранения: сб. научн. тр.– СПб., 2013. – С. 74–78.
3. Михайленко, А.А., Клиническая неврология: учебное пособие / А.А. Михайленко. – СПб., 2012. – 160 с.
4. Петрова, Н.Г. Роль и проблемы организации труда среднего медицинского персонала при проведении восстановительного лечения больных / Н.Г. Петрова, С.Г. Погосян, Т.И. Миннуллин // Современная наука: актуальные проблемы и пути их решения: сб. научн. стат. – Липецк, 2014. – С. 106–109.
5. Стародубцева, О.С. Анализ заболеваемости инсультом с использованием информационных технологий / О.С. Стародубцева

- дубцева, С.В. Бегичева // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8, ч. 2. – С. 425–430.
6. Aadal, L. Nursing Roles and Functions in the Inpatient Neurorehabilitation of Stroke Patients: A Literature Review / L.Aadal[et al.] // J. Neurosci. Nurs. – 2013. – Vol.45(3). – P.159–169.
7. Addo, J. Impact of implementing evidence-based acute stroke interventions on survival: the South london stroke register / J.Addo[et al.]//PLOS One. – 2013. – Vol.8(4). – P.581–590.
8. Kilpatrick, K. Conceptual framework of acute care nurse practitioner role enactment, boundary work, and perceptions of team effectiveness / K. Kilpatrick[et al.]// JAMA. – 2012. – P.205–214.

T.I. Minnullin

### The analysis of patients' with stroke needs as a base for nursing care

**Abstract.** The article presents the data describing the needs of patients with stroke due to the nature of their illness which require skilled nursing care. The study was conducted on the basis of specialized neurological department of City Hospital. The study involved 50 patients (among them 25% were patients younger than 60 years). The majority (82,5%) patients were hospitalized with ischemic stroke. On the first day of hospitalization, 90% of the patients had paresis and paralysis; 87,5% – lack of self-care; 72,5% – dysarthria; 85% – pain; 67,5% – the emotional disorders, 22,5% – mental disorders; 57,5% – the need for constant horizontal position; a lesser percentage of cases – other problems. The dynamic of these problems was different. Almost does not change the frequency of such problems as paresis and paralysis, self-care deficit, dysarthria, aphasia; the relevance of horizontal issues, pain, emotional and mental disorders, hypertension were decreased; the percentage of patients with a nasogastric tube, bedsores were increased. The nature of these problems was different in patients with hemorrhagic and ischemic, primary and recurrent stroke. There are no standards for the provision of nursing care for patients with stroke, so these data may be used as the basis for planning and monitoring the provision of nursing care (as in inpatient treatment and outpatient – patient after discharge from the hospital).

**Key words:** stroke, nursing care, problems and needs of the patient, hemorrhagic stroke, ischemic stroke, paresis and paralysis, hemiplegia, hemiparesis.

Контактный телефон: 8-911-833-25-25; e-mail: 9136453@gmail.com