

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН  
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ ЦЕНТР РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

РЕАБИЛИТАЦИОННЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ ПРИ ИНСУЛЬТЕ  
КЛИНИЧЕСКОЕ СЕСТРИНСКОЕ РУКОВОДСТВО

**Нур-Султан, 2019**

**УДК 616**  
**ББК 54.101**  
**Р 31**

**Рецензенты:**

Нургожаев Е.С. –д.м.н., профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии НАО КазНМУ им.С.Асфендиярова, Президент ОО «Ассоциация неврологов РК»;

Куанышбаева А.М. - Президент РОО специалистов сестринского дела «Парыз».

**Под редакцией:**

Умбетжанова А.Т., Байгожина З.А.

Р-31 Реабилитационные мероприятия при инсульте / Т.Т. Киспаева, Ж.Т. Жетмекова, Г. Каирова, С.Ж.Муканова -Нур-Султан: 2019. – 39 с.

**ISBN 978-601-7606-09-1**

Данное клиническое руководство содержит рекомендации для медсестер расширенной практики о ключевых аспектах ухода и их действиях по оценке состояния и реабилитационным мероприятиям при инсульте.

**УДК 616**  
**ББК 54.101**

Клиническое руководство обсуждено и одобрено на заседании экспертного совета Республиканского центра развития здравоохранения Республики Казахстан (протокол № 44 от 23.11.2019 г.)

**ISBN 978-601-7606-09-1**

© Киспаева Т.Т., Жетмекова Ж.Т., Каирова Г., Муканова С.Ж.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ .....	4
ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ .....	5
ВВЕДЕНИЕ .....	6
1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ .....	7
2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....	10
3. МЕТОДЫ.....	12
4.РЕКОМЕНДАЦИИ .....	13
5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ.....	24
6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА. ....	24
7 РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА .....	25
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	26
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	27

## СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АД	Артериальное давление
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ГОБМП	Гарантированный объем медико-санитарной помощи
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
СП	Скорая помощь
ЦИ	Церебральный инсульт
ЦНС	Центральная нервная система

## ТЕРМИНЫ И ОПРЕДЕЛЕНИЯ

**Атаксия**- нарушение согласованности движений различных мышц при условии отсутствия мышечной слабости; одно из часто наблюдаемых расстройств моторики. Это нервно-мышечное заболевание, которое может развиваться вследствие церебрального инсульта.

**Гемианопсия** – это дефекты зрения, которые могут возникнуть у пациентов после перенесенного инсульта, как правило, бывают на каждом глазу, в определенной половине поля зрения человека (носовой или височной). Болезнь, как правило, бывает частичной, полной или же квадратной. Двусторонняя гемианопсия делится на верхнюю и нижнюю.

**Дизартрия** – расстройство речи, возникающее при ЦИ;

**Диплопия** - патологическое состояние, характеризующееся нарушением зрительной функции, при котором возникает двоение в глазах видимого предмета, в связи с отклонением зрительной оси глаза.

**Кардиореспираторный тренинг**- сердечно-дыхательная выносливость, которая относится к способности сердца, легких и системы кровообращения доставлять кислород рабочим мышцам в течении длительных периодов времени.

**Кинезотерапия** (греч kinesis — движение, therapia — лечение) — лечение движением. Систематизированная техника лечения, основанная на достижениях в исследовании физиологии и биохимии мышечных сокращений и нервно-мышечных связей.

**Когнитивные (познавательные)** способности являются высшими функциями мозга, которые обеспечивают человеку возможность быть человеком. К ним относятся мышление, пространственная ориентация, понимание, вычисление, обучение, речь, память, внимание, анализ, синтез. Первыми признаками снижения этих способностей являются нарушения нейродинамических параметров (внимания и памяти). Если состояние продолжает ухудшаться, то может развиваться деменция.

**Функциональные пробы**- это нагрузки, задаваемые обследуемому для определения функционального состояния и резервных возможностей какого - либо органа, системы или организма в целом.

**Эрготерапия** - это сложный комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений.

## **ВВЕДЕНИЕ**

### **Как использовать данное клиническое сестринское руководство**

Клинические руководства основаны на имеющихся результатах научных исследований и практическом опыте. Данное клиническое сестринское руководство является документом, предоставляющим информацию для доказательной сестринской практики. Использование клинических сестринских руководств гарантирует, что пациент получает самый качественный уход. Клиническое сестринское руководство предназначено для специалистов сестринского дела в Республике Казахстан. Клиническое сестринское руководство может быть использовано другими медицинскими работниками, а также пациентами и членами их семей. Качественно разработанное руководство улучшает результаты для пациента.

**Клинические сестринские руководства - это не алгоритмы, объясняющие выполнение процедур, а скорее инструмент принятия решений для медсестры.** При применении клинического сестринского руководства на практике, нужно учитывать тип медицинской организации, условия использования руководства, а также предпочтения пациентов и их семей. Важно отметить, что соблюдение данных рекомендаций не обязательно приводит к улучшению состояния пациента. Клиническое сестринское руководство не отменяет ответственности медсестры в принятии соответствующих решений и аргументированного использования руководства в зависимости от ситуации. В данном документе представлены предпосылки и процесс разработки клинического сестринского руководства. Цели и методы описаны в начале документа. В основную часть включены рекомендации для сестринской практики. В конце клинического сестринского руководства описан процесс разработки и перечислены разработчики. Кроме этого, в конце руководства даны термины и определения. При использовании данного клинического сестринского руководства в медицинской организации рекомендуется оценить его на предмет соответствия и приемлемости в конкретных условиях.

Данное клиническое сестринское руководство разработано в соответствии с «Методологическими рекомендациями по адаптации международных клинических сестринских руководств» (Э.Кивинен и соавт) [1] и является адаптацией клинического руководства по ведению инсульта Australian stroke foundation (Clinical Guidelines for Stroke Management 2017).

### **Краткое содержание**

В этом руководстве основное внимание сосредоточено на ключевых аспектах ухода и действиях среднего медперсонала по оценке состояния, синдромальному лечению и реабилитационным мероприятиям. Быстрая оценка пациентов с подозрением на инсульт и содействие в осуществлении соответствующей диагностики и процессов ранней коррекции данного состояния. Обеспечение своевременного **скрининга или оценки процессов** у пациентов с

острым инсультом, таких как расстройство глотания, недостаточность питания и водного баланса, расстройство когнитивной функции, двигательный и чувствительный дефицит, дефицит коммуникативных навыков, психо-эмоциональной сферы, **осуществление симптоматической терапии и реабилитационных мероприятий** обученным реабилитационным компетенциям средним медперсоналом. **Мониторинг и реагирование** на общепринятые показатели состояния пациента на различных этапах развития инсульта (профилактика и лечение пролежней, респираторных, сердечно-сосудистых, тазовых нарушений, расстройств мочевыделительных, когнитивных, бульбарных функций, мониторинг АД, ЧСС, термометрия, глюкозометрия), на проводимые реабилитационные мероприятия (проведение функциональных проб), координирование **процедуры выписки, подачи актива с оценкой необходимости дальнейшего ухода, обеспечение достаточной информации о заболевании, подготовки, обучения и поддержки** для пациентов, перенесших инсульт и их опекунов до выписки, координация и усиление мер вторичной профилактики, включая подготовку по модификации образа жизни.

### 1.3. Уровень доказательности в рекомендациях руководства

Таблица 1 – Градации рекомендаций, использованные в данном руководстве (GRADE)

<b>Сильная рекомендация</b>	<b>Слабая рекомендация</b>
Разработчики руководства уверены, что доказательства подтверждают четкий баланс между желаемым и нежелательным эффектами.	Разработчики руководства не уверены в балансе между желаемым и нежелательным эффектами, поскольку база доказательности не так надежна

## 1. ОБЛАСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ И ЦЕЛЬ

### 1.1. Краткое описание заболевания

**Инсульт** – острое нарушение мозгового кровообращения, характеризующееся внезапным (в течение нескольких минут, часов) появлением очаговой (двигательных, речевых, чувствительных, координаторных, зрительных и других нарушений) и/или общемозговой (изменения сознания, головная боль, рвота) неврологической симптоматики, которая сохраняется более 24 часов и/или приводит к инвалидности/смерти больного в более короткий промежуток времени вследствие цереброваскулярной патологии. **Общемозговые симптомы:** головная боль; тошнота/рвота; головокружение; боль в глазных яблоках, усиливающаяся при движении глаз; чувство жара, повышенная потливость; ощущение сердцебиения; сухость во рту; нарушения сознания (оглушённость, сонливость/возбуждение, возможна потеря сознания). **Очаговая неврологическая симптоматика:** невнятность речи (дизартрия);

онемение на лице; гемианопсия; диплопия; одностороннее/двусторонние двигательные и чувствительные расстройства. Клиническая картина ишемического инсульта характеризуется очаговыми неврологическими симптомами и зависит от бассейна нарушения кровообращения мозга каротидный бассейн - моно/гемипарезами, чувствительными нарушениями, расстройствами речи, нарушением зрения; вертебро-базиллярный бассейн - вестибулярные и мозжечковые расстройства (системное головокружение, тошнота, атаксия).

Внимание исследователей основывается на том, что достаточно актуальны социальные аспекты данной проблемы. В результате цереброваскулярных заболеваний ежегодно, по данным ВОЗ, умирает около 5 млн человек. При этом если в Европе смертность при инсульте составляет 0,3-2,5 случаев на 1000 населения, в России – 2,9 случаев на 1000 населения, то в Казахстане 1,0-1,8 случаев на 1000 населения в год, причем с некоторой тенденцией к росту. Как подчеркивают казахстанские исследователи, показатель смертности в Казахстане – один из самых высоких в мире и превышает в 2,5-3 раза показатели экономически развитых стран.

По данным ВОЗ, инвалидизация в результате перенесенного ЦИ составляет 80%, из которых 10% имеют тяжелую инвалидность, нуждаются в постоянной посторонней помощи, около 55% пострадавших не удовлетворены качеством жизни и лишь менее 15% выживших могут вернуться к своей работе. По профессиональной пригодности из 80% инвалидизированных около 60% - лица допенсионного возраста. При этом 5-18% - больные с полной утратой трудоспособности, 25-30% - лица с частичной утратой трудоспособности и лишь 8-12% - полное восстановление трудоспособности. Так, например, в России ежегодно из полумиллиона человек, заболевших ЦИ, только пятая часть способна вернуться к прежнему образу жизни, остальные либо умирают, либо становятся инвалидами (Скворцова В.И. 2009).

Аналогичная ситуация в Казахстане: растет тяжесть первичной инвалидности, констатируется низкий процент полной и частичной реабилитации больных с ЦИ. По мнению экспертов ВОЗ, для стран – членов Европейского регионального бюро данной организации, для достижения к 2020 г. бытовой «независимости» через 3 месяца после развития инсульта не менее чем у 70% больных, выживших в течение I-го месяца, необходимо осуществление двух условий. Первым условием решения данной задачи является быстрая госпитализация больных в специализированные палаты (блоки) интенсивной терапии при сосудистых неврологических отделениях, вторым - развитие и совершенствование службы нейрореабилитации на всех этапах оказания помощи пациентам с инсультом. При этом на всех этапах реабилитации увеличивающийся процент постинсультных осложнений продолжает оставаться основной причиной снижения длительности и качества жизни больных, что является весьма актуальным для современной неврологии и смежных дисциплин. В последние годы активное внимание неврологов и

смежных с неврологией специалистов, акцентированное на восстановлении после ЦИ, способствовало выделению этапов ранней реабилитации, разработке множества диагностических тестов, методов лечения как неврологического дефицита, так и сопутствующих осложнений, различных программ и методик восстановления и возвращения в социум. Внедрение модели междисциплинарного подхода, по опыту зарубежных коллег, способствовало нивелированию неврологического дефицита, сокращению летальности, инвалидности, увеличению продолжительности и улучшению качества жизни у больных, перенесших ЦИ. В условиях современной действительности внедрение новых эффективных методов реабилитации ЦИ в условиях как государственного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), так и в рамках платных услуг, освоение и внедрение новых инновационных реабилитационных компетенций и методов и обучение медицинских специалистов высшего и среднего звена позволит снизить инвалидизацию и обеспечит повышение продолжительности и качества жизни населения региона.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы указывается, что одной из основных целей совершенствования системы здравоохранения в Республике Казахстан должно стать реформирование сестринского здравоохранения по комплексному плану до 2020г. Так согласно Комплексного Плана реформирование сестринского здравоохранения профиль реабилитации пациентов с инсультом является приоритетным направлением сестринского образования, связанным с предотвращением преждевременной смерти и потери трудоспособности от наиболее распространенных неинфекционных и инфекционных заболеваний («Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016-2020 годы»), в связи с чем, можно заключить необходимость разработки клинического руководства по реабилитации пациентов с инсультом в рамках реформирования сестринского здравоохранения.

**1.2 Цель руководства-** данное руководство сфокусировано на повышении образования, компетенции и информированности медицинских сестер, пациентов и лиц, ухаживающих за пациентами в вопросах реабилитации и особенностей ухода при церебральном инсульте на всех этапах заболевания. Основной акцент клинического руководства состоит в том, чтобы представить рекомендации, основанные на доказательной сестринской практике.

**1.3 Целевые пользователи-** специалисты сестринского дела-медсестры расширенной практики нейро-инсультных центров, отделений реабилитации, амбулаторно-поликлинического звена.

**1.4 Целевая популяция:** пациенты, перенесшие церебральный инсульт, их родственники, социальные работники, ухаживающий за пациентом персонал

**1.5 Клинические вопросы, рассмотренные в руководстве:**

1. Догоспитальная медицинская помощь на уровне ПМСП, СП

2. Оценка состояния на уровне стационара
3. Ведение, реабилитация на уровне стационара
4. Планирование выписки и передачи актива на следующий этап реабилитации
5. Реабилитация на амбулаторном этапе

## 2. ОСНОВНЫЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

<b>1. Догоспитальная медицинская помощь на уровне ПМСП, СП</b>	
<p>Всем пациентам с подозрением на инсульт проводят экстренную клиническую оценку (FAST-тест) и оказывают экстренную помощь (симптоматическую и нейропротективную терапию (клинический протокол «Ишемический инсульт» №18 от 27.12.16г.) не зависимо от типа инсульта, где критическое значение играет фактор времени.</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<p>Службы скорой помощи должны доставлять пациентов, с подозрением на инсульт преимущественно в больницу, в которой может быть предоставлено продолжение нейропротективной терапии</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<p>Служба скорой помощи должна заранее уведомить о подозрении на инсульт сотрудников больницы, в которой пациенту может быть продолжена нейропротективная терапия</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<p>Пациентам с подозрением на инсульт на уровне СП проводится контроль пульса и АД, экспресс анализ сахара в крови глюкометром, постановка внутривенного доступа, ЭКГ при подозрении на одновременное с инсультом развитие инфаркта миокарда.</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<b>2. Оценка состояния на уровне стационара</b>	
<p>Все пациенты с подозрением на церебральный инсульт должны пройти экстренную клиническую оценку (шкальная диагностика по шкале Глазго, NIHSS, Бартел, Рэнкин, риск падения, боли, пролежней, скрининг глотания, речи, гемипареза, нейропсихологическую, психологическую, когнитивную диагностику, скрининг на депрессию, тревожность, суицид (см приложения клинического протокола «Ишемический инсульт» №18 от 27.12.16г.) и лабораторно-инструментальные исследования согласно Клинического Протокола №18 от 27.12.16г. «Ишемический инсульт» с ежедневным мониторингом жизненно-важных показателей.</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<p>Все пациенты с церебральным инсультом должны пройти обследование на наличие фибрилляции предсердий с помощью ЭКГ и направлены на максимально длительное кардиомониторное наблюдение, по мере необходимости.</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<b>3. Ведение, реабилитация на уровне стационара</b>	
<p>Все пациенты должны быть госпитализированы в первые часы развития заболевания, минуя приемный покой, и проходить лечение в инсультном отделении либо быть госпитализированы в небольшие изолированные больницы и получать помощь в отдельных блоках.</p>	<b>Сильная рекомендация</b>
<p>Каждому пациенту с инсультом показана реабилитация с первых суток заболевания (при отсутствии противопоказаний)</p>	<b>Практическая рекомендация</b>
<p>Сестринская служба должна применять стандартизированные протоколы для проведения кинезотерапевтических, эрготерапевтических, физиотерапевтических, артикуляционных, психологических методов</p>	<b>Практическая рекомендация</b>

реабилитации, методов физиотерапии, когнитивной реабилитации, кардиореспираторного тренинга, лечения лихорадки, измерения уровня глюкозы, сатурации, расстройства глотания и речи у пациентов с инсультом и других осложнений, продолжать начатую на догоспитальном этапе неспецифическую терапию (нейропротективную).	
Пациентам, перенесшим инсульт, в течение 24 часов после начала инсульта не рекомендуется интенсивная физическая активность.	<b>Сильная рекомендация</b>
Все пациенты, перенесшие инсульт, должны начинать индивидуально подобранные реабилитационные мероприятия в течение первых суток под контролем функциональных проб.	<b>Сильная рекомендация</b>
Необходимо инициировать процесс постановки цели и задач восстановления на уровне сестринской службы с участием пациентов, перенесших инсульт, членов их семьи и опекунов на протяжении всего процесса.	<b>Сильная рекомендация</b>
Пациенту должны быть предоставлены практические советы/методы, направленные на снижение риска (например, поездки, падения, травмы конечностей) и мониторинг достижения реабилитационных целей сестринской службой	<b>Рекомендации, основанные на консенсусе</b>
Для пациентов, перенесших инсульт в острой, подострой или хронической фазе после инсульта, для улучшения повседневной активности не должно использоваться иглоукалывание.	<b>Рекомендации, основанные на консенсусе</b>
<b>3. Планирование выписки и передачи актива на следующий этап реабилитации</b>	
Врачи общей практики, бригады первичной медико-санитарной помощи, социальные работники, психологи ПМСП должны быть проинформированы до выписки или во время нее медсестрой стационара. Информация должна быть осуществлена подачей актива в поликлинику по месту жительства с данными по оценке шкал для определения необходимости посещения на дому, для обеспечения безопасности и предоставления соответствующих вспомогательных средств поддержки на уровне ПМСП.	<b>Практическая рекомендация</b>
До выписки, совместно с пациентом или лицом, которое будет осуществлять уход на дому, должен быть составлен комплексный план обучения пациента и лиц по уходу за пациентом после выписки с учетом определенных потребностей пациента, перенесшего инсульт.	<b>Сильная рекомендация</b>
ПМСП должна обеспечить возможность пациентам, перенесшим инсульт, и членами их семьи/опекунами определения и обсуждения с соответствующими членами многопрофильной группы своих потребностей после выписки (включая физическую, эмоциональную, социальную, образовательную, досуговую, финансовую и общественную поддержку).	<b>Практическая рекомендация</b>
Пациенты, перенесшие инсульт, не имеющие расстройства познавательных способностей, и лица, осуществляющие уход за ними, должны быть обучены индивидуальной программе самопомощи до выписки из стационара и должны отчитываться по реализации данной программы прикрепленной медсестре по месту жительства	<b>Слабая рекомендация</b>
Всех пациентов, перенесших инсульт, следует спросить об их намерении возврата к вождению автомобиля, предоставить информацию о вождении после инсульта.	<b>Практическая рекомендация</b>

<b>4. Реабилитация и уход на амбулаторном этапе</b>	
Все пациенты в течение первых суток после выписки из стационара должны быть посещены медсестрой от медорганизации, к которой прикреплен пациент, и продолжать начатые в стационаре реабилитационные мероприятия.	<b>Сильная рекомендация</b>
Сестринская служба регулярно мониторирует достижение реабилитационных целей и отчитывается перед участковым врачом	<b>Практическая рекомендация</b>
Пациенту, перенесшему инсульт, должна быть документально оформлена индивидуальная реабилитационная программа (при отсутствии противопоказаний)	<b>Практическая рекомендация</b>
Сестринская служба ПМСП должна продолжать кинезотерапевтические, эрготерапевтические, физиотерапевтические, артикуляционные, психологические методы реабилитации, методы физиотерапии, когнитивной реабилитации, кардиореспираторного тренинга, тренинга глотания и речи у пациентов.	<b>Практическая рекомендация</b>
Все пациенты, перенесшие инсульт, должны продолжать индивидуально подобранные реабилитационные мероприятия под контролем функциональных проб.	<b>Сильная рекомендация</b>
Пациенты, перенесшие инсульт, и их семьи/лица, осуществляющие уход, должны иметь доступ к специализированным группам паллиативной помощи по мере необходимости и получать помощь в соответствии с принципами паллиативной помощи.	<b>Сильная рекомендация</b>

### **3. МЕТОДЫ**

#### **3.1. Методы, используемые для сбора и выбора доказательств**

Оригинальное руководство было разработано в соответствии с методологией GRADE (классификация рекомендаций, оценка, развитие и оценка). Для получения полной информации о том, как GRADE используется для разработки клинических рекомендаций, обратитесь к руководству GRADE, доступному по адресу: <http://gdt.guidelinedevelopment.org/app/handbook/handbook.html>.

Систематический обзор литературы проводился с использованием определенной стратегии поиска. Базы данных, в которых проводился поиск, включают Кокрановский центральный регистр контролируемых исследований (CENTRAL), Национальный институт исследований в области здравоохранения - оценка технологий здравоохранения (NIHR-HTA), Medline, Medline In-Process, Embase, Cinahl, PsycINFO и Кокрановская библиотека. Поиск проводился по публикациям за период 2009-2015 годы.

#### **3.2 Методы, используемые для оценки и анализа доказательств**

##### **Сила рекомендаций**

В процессе GRADE используются только две категории силы рекомендаций, основанные на том, насколько уверенно руководство, что «желательные эффекты вмешательства перевешивают нежелательные эффекты для диапазона пациентов, для которых рекомендация предназначена» (Руководство GRADE):

Сильные рекомендации: если авторы рекомендаций уверены, что данные подтверждают четкий баланс между желаемым или нежелательным воздействием; или же

Слабые рекомендации: когда группа рекомендаций не уверена в балансе между желательным и нежелательным эффектом.

Эти сильные или слабые рекомендации могут быть как за, так и против вмешательства. Если рекомендация против вмешательства, это означает, что НЕ рекомендуется делать это вмешательство. Существует ряд рекомендаций, в которых мы указали, что вмешательство может использоваться только в контексте исследования. Мы сделали это, потому что это клинические руководства, и хотя в настоящее время вмешательство не может быть рекомендовано в качестве стандартной практики, мы признаем, что есть веские основания для продолжения дальнейших исследований.

### **3.3. Методы для формулировки рекомендаций**

Рекомендации оригинального руководства были сформулированы путем неформального консенсуса.

## **4.РЕКОМЕНДАЦИИ**

### ***1.Догоспитальная медицинская помощь на уровне ПМСП, СП***

Всем пациентам с подозрением на инсульт проводят экстренную клиническую оценку (FAST-тест) и оказывают экстренную помощь (симптоматическую и нейропротективную терапию (протокол №16 по инсульту)) не зависимо от типа инсульта, где критическое значение играет фактор времени.

Службы скорой помощи должны доставлять пациентов, с подозрением на инсульт преимущественно в больницу, в которой может быть предоставлено продолжение нейропротективной терапии. Служба скорой помощи должна заранее уведомить о подозрении на инсульт сотрудников больницы, в которой пациенту может быть продолжена нейропротективная терапия. Пациентам с подозрением на инсульт на уровне СП проводится контроль пульса и АД, экспресс анализ сахара в крови глюкометром, постановка внутривенного доступа, ЭКГ при подозрении на одновременное с инсультом развитие инфаркта миокарда.

### ***2. Оценка состояния на уровне стационара***

Все пациенты с подозрением на церебральный инсульт должны пройти экстренную клиническую оценку (шкальная диагностика по Глазго, NIHSS, Бартел, Рэнкин, риск падения, боли, пролежней, скрининг глотания, речи, гемианопсии, нейропсихологическую, психологическую, когнитивную диагностику, скрининг на депрессию, тревожность, суицид (см приложение Протокола 18) и лабораторно-инструментальные исследования согласно Клинического Протокола №18 с ежедневным мониторингом жизненно-важных показателей (см.Приложение 1, 2).

Все пациенты с церебральным инсультом должны пройти обследование на наличие фибрилляции предсердий с помощью ЭКГ и направлены на максимально длительное кардиомониторное наблюдение, по мере необходимости.

### ***3. Ведение, реабилитация на уровне стационара***

Все пациенты должны быть госпитализированы в первые часы развития заболевания, минуя приемный покой, и проходить лечение в инсультном отделении либо быть госпитализированы в небольшие изолированные больницы и получать помощь в отдельных блоках.

Любому пациенту, имеющему инсульт, должна быть показана реабилитация с первых суток заболевания (при отсутствии противопоказаний).

Сестринская служба должна применять стандартизированные протоколы для проведения кинезотерапевтических, эрготерапевтических, физиотерапевтических, артикуляционных, психологических методов реабилитации, методов физиотерапии, когнитивной реабилитации, кардиореспираторного тренинга, лечения лихорадки, измерения уровня глюкозы, сатурации, расстройства глотания и речи у пациентов с инсультом и других осложнений, продолжать начатую на догоспитальном этапе неспецифическую терапию (нейропротективную). Пациентам, перенесшим инсульт, в течение 24 часов после начала инсульта не рекомендуется интенсивная физическая активность.

Все пациенты, перенесшие инсульт, должны начинать индивидуально подобранные реабилитационные мероприятия в течение первых суток под контролем функциональных проб.

Необходимо инициировать процесс постановки цели и задач восстановления на уровне сестринской службы с участием пациентов, перенесших инсульт, членов их семьи и опекунов на протяжении всего процесса. Цели восстановления должны быть ориентированы на пациента, пояснены и зарегистрированы документально, с целью информирования о поставленных задачах пациента, перенесшего инсульт (членов его семьи/опекунов) и других членов реабилитационной команды. Задачи четко определены, и носить специфический и комплексный характер, подлежат регулярному пересмотру и редактированию.

Пациенту должны быть предоставлены практические советы/методы, направленные на снижение риска (например, поездки, падения, травмы конечностей) и мониторинг достижения реабилитационных целей сестринской службой

Для пациентов, перенесших инсульт в острой, подострой или хронической фазе после инсульта, для улучшения повседневной активности иглоукалывание не должно использоваться.

### ***3. Планирование выписки и передачи актива на следующий этап реабилитации***

Врачи общей практики, бригады первичной медико-санитарной помощи, социальные работники, психологи ПМСП должны быть проинформированы до выписки или во время нее, медсестрой стационара должна быть осуществлена подача актива в поликлинику по месту жительства с данными по оценке для определения необходимости посещения на дому для обеспечения безопасности и предоставления соответствующих вспомогательных средств поддержки на уровне ПМСП.

Комплексный план обучения пациента и лиц по уходу за пациентом после выписки с учетом определенных потребностей пациента перенесшего инсульт (сопровождение, транспортировка, дополнительные средства в транспортировке, уход на дому) составляется до выписки совместно с пациентом или лицом которое будет осуществлять уход на дому: ежедневные прогулки на свежем воздухе, проветривание помещения, соблюдение режима сна, дозированная физическая нагрузка, соблюдение диетотерапии, продолжение проведения под контролем функциональных проб проприоцептивной гимнастики пассивной и активной, экстероцептивного массажа разнофактурным материалом, занятия по восстановлению глотания, артикуляционной гимнастики, когнитивной реабилитации, полисенсорной афферентации, эрготерапевтической практики, мониторинга АД, пульса, физического и психологического состояния. Копия документально оформленного плана предоставляется пациенту.

ПМСП должна обеспечить возможность пациентами, перенесшими инсульт, и членами их семьи/опекунами определения и обсуждения с соответствующими членами многопрофильной группы своих потребностей после выписки (включая физическую, эмоциональную, социальную, образовательную, досуговую, финансовую и общественную поддержку).

Пациенты, перенесшие инсульт, не имеющие расстройства познавательных способностей, и лица, осуществляющие уход за ними, должны быть обучены индивидуальной программе самопомощи до выписки из больницы и должны отчитываться по реализации данной программы прикрепленной медсестре по месту жительства

Всех пациентов, перенесших инсульт, следует спросить об их намерении возврата к вождению автомобиля, предоставить информацию о вождении после инсульта.

#### ***4. Реабилитация и уход на амбулаторном этапе***

Все пациенты в течение первых суток после выписки из стационара должны быть посещены медсестрой от медорганизации, к которой прикреплен пациент, и продолжать начатые в стационаре реабилитационные мероприятия.

Сестринская служба регулярно мониторирует достижение реабилитационных целей и отчитывается перед участковым врачом

Пациенту, перенесшему инсульт, должна быть документально оформлена индивидуальная реабилитационная программа (при отсутствии противопоказаний)

Сестринская служба ПМСП должна продолжать кинезотерапевтические, эрготерапевтические, физиотерапевтические, артикуляционные, психологические методы реабилитации, методы физиотерапии, когнитивной реабилитации, кардиореспираторного тренинга, тренинга глотания и речи у пациентов.

Все пациенты, перенесшие инсульт, должны продолжать индивидуально подобранные реабилитационные мероприятия под контролем функциональных проб.

Пациенты, перенесшие инсульт, и их семьи/лица, осуществляющие уход, должны иметь доступ к специализированным группам паллиативной помощи по мере необходимости и получать помощь в соответствии с принципами паллиативной помощи.

**Методы реабилитации (все упражнения проводятся под контролем функциональных проб!), и с согласия пациента/лица, осуществляющего уход (см. Приложение 3):**

#### **Ранняя вертикализация:**

Частые повороты и смена положения тела в постели. Возвышенное положение головного конца кровати (30 градусов) на 15-30 минут 3 раза в день с 1-х суток заболевания (угол изголовья не более 30°). Высаживание пассивное на кровати со спущенными ногами на 3-4-е сутки от начала заболевания с обеспечением полной поддержки (опора под спину, с боков, стопы должны плоско стоять на подставке или на полу) от 15 минут в первый раз до 30-60 минут при хорошей переносимости (вертикальное положение используется для приема пищи, общения с посетителями). Обучение (при возможности соблюдения статического и динамического равновесия сидя) пациента переходу в положение стоя с помощью 1 или 2 человек (в среднем на 7-е сутки);

#### **Лечение положением:**

1. Тщательное позиционирование больных - выведение лопатки в положение протракции (вперед) при расположении больного на больном боку, поддержка паретичной руки подушкой в положении лежа на здоровом боку, поддержка плечевого сустава подушкой (в положении лежа на спине).

2. Обучение персонала и родственников щадящим техникам перемещения пациента и правилам обращения с паретичной рукой.

3. Раннее применение пассивных движений в паретичной руке и в плече в пределах физиологической амплитуды движения с соблюдением паттерна естественного движения.

Лечение положением включает:

~ укладку парализованных конечностей при положении пациента на здоровом боку;

~ положение на парализованной стороне;

~ ограничение времени пребывания на спине.

При необходимости поворота больного на спину целесообразно помнить о некоторых правилах:

~ голова пациента должна находиться по средней линии;

~ паретичная рука поддержана подушкой (2-3 см высоты); парализованной ноге придается физиологическая укладка с согнутым коленным суставом, для чего под соответствующие суставы подкладывают подушки.

При положении больного на здоровом боку необходимо следить затем, чтобы:

~ укладка парализованных конечностей была на одном уровне в горизонтальной плоскости, что обеспечивает равномерную гравитационную нагрузку на конечности;

~ пораженное плечо было вынесено вперед (45-90 градусов),

рука поддержана по всей длине;

~ кисть «больной» руки находилась в функциональном положении и не свисала с подушки (отведение в плечевом суставе до 45 градусов и сгибание до 25-30 градусов; в локтевом суставе сгибание до 90 градусов, в среднем положении между пронацией и супинацией; лучезапястный сустав в разгибании до 200 градусов, проксимальные межфаланговые суставы - сгибание 70-80°, дистальные межфаланговые суставы - 25-35 градусов);

~ пораженная стопа ни во что не упиралась.

При положении больного на парализованной стороне необходимо соблюдать следующие правила:

~ «больное» плечо вынесено вперед в положении сгибания в плечевом суставе под углом 45-90 градусов, сгибания в локтевом суставе с кистью, установленной в типичной позиции, а вся конечность опирается на поверхность постели, что способствует дополнительной стимуляции разгибателей, так как переводит их в фиксирующее положение;

~ «больная» нога согнута в тазобедренном суставе на 30-45 градусов и чуть согнута в коленном;

~ вертикальная ось головы является продолжением вертикальной оси туловища.

### **Дыхательная гимнастика**

Дыхательная гимнастика пассивная

Пассивные приемы:

• контактное дыхание (сопровождение и стимулирование дыхательных движений прикосновением рук к грудной клетке);

• вибрация с помощью рук на выдохе;

• встряхивание;

- терапевтические положения тела (дренажные положения, положения, облегчающие дыхание, положения, облегчающие аэрацию, положения, способствующие мобилизации грудной клетки);

- межреберные поглаживания (кожная и мышечная техника).

Активная дыхательная гимнастика

- Выдувание воздуха в стакан, наполненный водой, через трубочку;

- Надувание воздушных шариков.

После 3-4 глубоких вдохов целесообразен перерыв на 20-30 секунд.

**Вибрационный массаж** грудной клетки 3-4 раза в сутки

**Кардиореспираторный тренинг** - Кардиореспираторная выносливость, также называемая кардиореспираторной пригодностью или аэробной физиологией, является важным компонентом как физической подготовки, так и всестороннего здоровья. В частности сердечно-дыхательная выносливость относится к способности сердца, легких и системы кровообращения доставлять кислород рабочим мышцам в течение длительных периодов времени. Кардиореспираторная программа обучения выносливости должна включать мероприятия, которые повышают частоту сердечных сокращений и привлекают большие группы мышц тела.

**Кинезотерапия** - комплексная система рефлекторных упражнений, включающих элементы авторских разработок: Баланс 1, Фельденкрайса, Войта, Бобат терапия (см. протокол по нейрореабилитации), а также пассивные движения в парализованных конечностях, сегментарная гимнастика, пассивно-активные упражнения, движения с сопротивлением. Упражнения проводят в положении лежа на спине, на боку, на животе, сидя, стоя на ногах с опорой и без, а также включают разработку функции ходьбы с опорой и без.

Кинезотерапия— лечение движением. Систематизированная техника лечения, основанная на достижениях в исследовании физиологии и биохимии мышечных сокращений и нервно-мышечных связей. Кинезотерапия включает стимуляцию статокинетических рефлекторных реакций, осуществляемых с глубоких рецепторов латеральных мышц глаза, аксиальных и параксиальных мышц региона шеи и верхнего грудного отдела позвоночника, рецепторов вестибулярного аппарата. Различают несколько методов кинезотерапии (метод Бобата, Войта, PNF).

**Метод Бобата** - влияние кинезотерапевтом на «ключевые точки контроля» во время двигательной активности пациента. Тем самым у больного появляется возможность самому руководить своими движениями и особенно равновесием. В результате этого метода укрепляются мышцы спины, плечевого пояса, шеи, верхних и нижних конечностей, пациент начинает удерживать равновесие в положении сидя, стоя, появляется эффект самостоятельного движения при постепенном уменьшении внешней помощи.

**Методика Войта (метод рефлексолокомоции)** - достаточно простой и эффективный способ воздействия на основные точки мышечного аппарата, с помощью которого возможно формирование адекватных мышечных поз. Суть

метода Войта заключается в том, чтобы заставить мозг активизировать «врожденные сохраненные образцы движения» и скоординировать их с мускулатурой туловища и конечностей. Например, больному нужно «помочь вспомнить», как начинают выполнять переворот на 5-м - 6-м месяце жизни дети. Данная методика задействует различные слои ЦНС и всегда восстанавливает у пациентов моторную активность. Различают две модели рефлекса локомоции: одна производится в положении на животе и называется рефлекторным ползанием; другая осуществляется из положения на спине и на боку — рефлекторное переворачивание. Оба этих координационных комплекса вызываются искусственно, так как в них «игра мышц» возникает не при спонтанном движении человека, а запускается рефлекторно в определённых положениях тела и в ответ на определённое раздражение. «Игра мышц» — возникновение правильной «цепочки» мышечных сокращений, благодаря которой формируется и фиксируется правильный стереотип движения и, как следствие, изменение мышечного тонуса и всех других реакций вплоть до проявлений со стороны нервной вегетативной системы. Давление в определённом направлении осуществляется на одну или несколько определённых точек одновременно, при этом пациент находится в одной из стартовых позиций. Сопротивление спровоцированной активности (движению) преобразует стадийное движение в изометрическую мышечную активность, продолжительность которой может регулироваться врачом. При воздействии данным методом важно не само движение пациента, а реакция всего организма на стимуляцию, тогда как движения во время процедуры практически не допускаются. Именно таким образом происходит выработка, тренировка и закрепление правильных двигательных и статических стереотипов.

**Эрготерапия** - современный метод реабилитации. Эрготерапия занимается улучшением качества жизни людей, которые из-за болезни или травмы потеряли способность двигаться, координировать движения и заниматься привычными делами. Это сложный комплекс реабилитационных мероприятий, направленный на восстановление повседневной деятельности человека с учетом имеющихся у него физических ограничений. Эрготерапия помогает пациенту заново научиться ухаживать за собой, работать, развлекаться и общаться. При помощи эрготерапии улучшаются не только двигательные, но и когнитивные и эмоциональные возможности.

**Proprioceptive neuromuscular facilitation (PNF)** – метод проприоцептивной нервно-мышечной фасциляции (проторения). Основой метода стало положение о работе «проприоцептивной нервной системы». Во всех мышцах, суставах, связках существуют проприорецепторы, реагирующие на растяжение или сжатие. С помощью определённых манипуляций происходит воздействие на данные рецепторы, что позволяет стимулировать, инициировать и облегчить выполнение какого-либо движения (всего тела или конечности, вплоть до движений век и мимической мускулатуры), а также позволяет корректировать правильное направление, силу и объём движения. Данный

метод позволяет добиться выполнения движений, которые пациент по каким-либо причинам не может произвести самостоятельно (которые не входят в его спонтанную моторику). Благодаря стимуляции происходит формирование и закрепление движения на более высоких уровнях ЦНС, а значит, появляются новые, правильные статические и динамические стереотипы, увеличивается двигательная активность. Весь метод построен на «ручной работе» то есть на непосредственном контакте рук кинезотерапевта с телом пациента. Следует отметить, что эта методика требует активного участия пациента в процессе лечения: он должен осознавать и выполнять команды врача. Вследствие тесного взаимодействия с пациентом врач всегда имеет возможность корректировать объём работы и степень нагрузки, и выбирать задачи, наиболее актуальные в данный момент. Важным аспектом метода является и то, что можно стимулировать работу какой-либо части тела, не работая с ней непосредственно, а через другие (возможно более здоровые) области — это актуально, например, при болевом синдроме, когда необходимо расслабить мышцы в болевой зоне, либо при иммобилизации конечности для предотвращения мышечной дистрофии в ней. Так же существуют особые способы разработки контрактур и тугоподвижности суставов, которые вызывают значительно меньше неприятных ощущений у пациента и являются более эффективными (по сравнению с «классическими» способами), разработаны определённые техники стабилизации, при помощи которых улучшаются контроль над положением тела в пространстве, равновесие и осанка. В результате данного метода осуществляется приобретение новых навыков двигательной активности или восстановление утраченных, восстановление когнитивных функций (память, внимание, ориентация в месте и времени, речь, сообразительность, восприятие, способность к усвоению и сохранению двигательных навыков) и снижение инвалидизации.

### **Проприоцептивная (суставная) гимнастика.**

Сначала проводят пассивную суставную гимнастику - необходимо совершать движения во всех возможных суставах. Движения производятся осторожно - сгибательные и разгибательные, круговые. Частота повторений вокруг каждой оси - пять, десять раз. Начинают с крупных суставов, затем постепенно переходят к мелким. Особое внимание уделяют плечевым. Выполняют движения не только на больной, но и на здоровой стороне. Упражнения сочетают с дыхательной гимнастикой и обучением активному расслаблению мышц. Гимнастику проводят 3 – 4 раза в день.

Активную гимнастику после инсульта начинают с тех движений, которые раньше всего восстановились. Совершают по тем же правилам, что и пассивную. При грубых парезах начинают с упражнений статического характера – удерживание какой-либо части конечности в заданном ей положении.

После инсульта очень актуально обучение больного выполнению идеомоторных упражнений. Это, когда он сначала мысленно представит себе

заданное движение, выполнит его сначала мысленно, а затем попытается произвести реально.

При проведении пассивной гимнастики учитывайте наличие силы тяжести. Активные движения легче совершать во фронтальной плоскости.

**Обучение сидению.** После инсульта следует осваивать это постепенно! Сначала придают больному полусидящее положение с углом посадки около 30 градусов на 3 – 5 минут 1 – 2 раза в день. Через 3 – 6 дней угол подъема доводят до 90 градусов, а время сидения – до 15 минут. Еще через несколько дней можно приступить к сидению со спущенными ногами, постепенно увеличивая время пребывания в сидячем положении.

**Упражнения для рук в положении лежа в первые сутки:**

1. Пальцы медленно сжимают в кулак, а затем разжимают;
2. Делают круговые движения кистями;
3. Сгибают руки в локте, медленно разгибают;

Поднимают руку, по часовой стрелке и обратно делают круговые движения.

**Упражнения для ног из положения лежа в первые сутки:**

1. Медленное сгибание с последующим разгибанием пальцев ног.  
2. Не поднимая ногу, делают круговые движения стопой больной ноги (после достижения результата стопу приподнимают, а упражнение делают на весу).

3. Медленно отводят больную ногу в сторону, слегка приподняв ее. Затем возвращают в исходную позицию.

4. Сгибают ногу в колене, медленно подтягивая пятку к ягодицам.

5. Под колени подкладывают валик, не менее 20 см в диаметре. Во время выполнения упражнения ноги выпрямляют, не отнимая коленей от валика.

**Упражнения для ног из положения лежа на 4-5 сутки (при отсутствии противопоказаний):**

1. Лежа на спине, «перешагивать» правой ногой через туловище. Зафиксироваться в таком положении на 20-30 секунд. Вернутся в начальную позицию. Повторить упражнение с другой ногой.

2. Лежа на спине, согните ноги в коленях, делая упор на стопы. Соедините ноги и делайте наклоны их в правую, а затем в левую сторону.

3. Лежа на спине, обхватите колено руками и потяните его к груди. Повторяйте движение с каждой ногой.

4. Маршировка из положения лежа на месте.

**Обучение стоянию и ходьбе после инсульта**

Сначала нужно обучить больного стоять возле кровати. При этом нужно, имея опору, переносить центр тяжести попеременно – на паретичной и здоровой ногах. Затем, обучить больного ходить на месте, по комнате с посторонней помощью, с помощью специальных опор, либо опорой на надежные предметы. Обязательно обучить больного ходьбе по лестнице.

**Артикуляционная гимнастика:**

Упражнения для языка (лопаточка, прямой, трубочка, верхнее положение, чашечка) и динамические (часы, цоканье, верх-вниз, зажимы, по всей длине зажимы)

Тренинг речевых функций:

1. Автоматизированная речь (дни недели, месяцы, времена года, счет от 1 до 100 и обратно).

2. Фонематический слух. «Повторяй за мной: б-п, з-с, ба-па, да-та-да, дочка-точка, коза-роса и т.д.

3. Речевая артикуляция и кинетика. Б-м, д-л-н, слон-стол-стон, мечь-печь, половник-полковник и т.д.

4. Понимание логико-грамматических конструкций.

5. Построение самостоятельного речевого высказывания.

### **Когнитивная реабилитация:**

Полисенсорная (аудиальная, визуальная, кинестетическая) афферентация (ароматерапия, музыкотерапия, скульптуротерапия, арттерапия, анималотерапия),

Нейрокогнитивный тренинг,

Компьютерные программы по стимуляции когнитивных функций

### **Физиотерапевтические методы**

Патогенетически направленные физиотерапевтические мероприятия:

• Коррекция нарушений гемодинамики, микроциркуляции и метаболических процессов в ЦНС.

• Стимуляция гармонизирующих и тормозных процессов в ЦНС.

• Нормализация АД.

• Усиление афферентной импульсации.

• Восстановление чувствительности.

*Методы физиотерапии, направленные на коррекцию нарушений гемодинамики, микроциркуляции и метаболических процессов в ЦНС*

• Электромагнитотерапия низкой частоты и интенсивности (ЭМТ).

• Магнитолазеротерапия (МЛТ).

• Переменная магнитотерапия.

*Методы физиотерапии, направленные на стимуляцию гармонизирующих и тормозных процессов в ЦНС:*

• Электрофорез седативных лекарственных средств;

• Транскраниальная микрополяризация головного мозга (ТКМП);

• ЭМТ;

• Лекарственный электрофорез.

*Методы физиотерапии, направленные на нормализацию АД*

• Гальванизация.

- Электрофорез лекарственных средств (спазмолитические, вазоактивные и другие).

- Низкочастотная магнитотерапия.

*Методы физиотерапии, направленные на усиление афферентной импульсации*

- Низкочастотная вибротерапия.

- Прессотерапия.

*Методы физиотерапии, направленные на восстановление чувствительности:*

- Микротоки.

- Дарсонвализация (паретичных конечностей – по 3-5мин.).

**Симптоматически направленные физиотерапевтические мероприятия**

- Обезболивание.

- Миорелаксация.

- Нейромиостимуляция.

- Восстановление мочеиспускания.

*Методы физиотерапии, направленные на уменьшение болевого синдрома:*

- Локальная криотерапия.

- Электрофорез по местным методикам (анестетики, спазмолитики).

*Миорелаксирующие физиотерапевтические методы:*

- Теплолечение (парафин, озокерит, сухое тепло).

- Вибротерапия (10-30гц).

- Низкочастотная магнитотерапия.

*Нейромиостимулирующие физиотерапевтические методы:*

- Дифференцированный ручной и вибромассаж рефлексогенных зон и здоровых конечностей,

- Импульсная магнитотерапия.

Методы физиотерапии, направленные на восстановление мочеиспускания:

Задержка мочеиспускания:

- электростимуляцию мочевого пузыря СМТ или диадинамические токи (ДДТ).

*Формирование гиперрефлекторного мочевого пузыря:*

- СМТ-терапия;

- ДДТ (в режиме: 2 мин, 3 мин, 2 минуты);

- электрофорез (атропин, ношпа, папаверин);

- ультратонотерапия в тепловой дозировке;

- дарсонвализация короткой искрой;

- магнитотерапия;

- вибромассаж.

## **5. ПРОЦЕСС ВНЕШНЕЙ ОЦЕНКИ**

### **5.1 Вовлечение заинтересованных сторон**

Адаптированная для Республики Казахстан версия клинического сестринского руководства прошла оценку внешними экспертами, привлеченными с целью предоставления комментариев по содержанию, надежности и применимости в условиях РК. Сбор рецензий осуществлялся координационной группой по адаптации руководств. Группа рецензентов была представлена специалистами как сестринского дела, так и врачами, имеющими соответствующие знания и практический опыт и работающими с данной категорией пациентов. С целью обеспечения качества клиническое сестринское руководство было направлено на рецензирование в профессиональные ассоциации (ассоциация невропатологов РК, ассоциация специалистов сестринского дела «Парыз»)

### **5.2 Внешняя оценка и процесс консультирования, использование обратной связи:**

Оценка адаптированного руководства была проведена следующими экспертами:

1. Президент ОО «Ассоциации неврологов» д.м.н., профессор кафедры нервных болезней с курсом нейрохирургии НАО «КазНМУ им.С.Д.Асфендиярова» Е.С. Нургожаев.
2. Невролог, к.м.н., доцент, зав.кафедрой Неврологии АО «КазМУНО» г.Караганды А.Ш.Избасарова
3. Заместитель директора по Сестринскому делу ТОО «Целиноградская Дорожная больница» г.Нур-Султан Абдрахманова Р.У.
4. Главная медицинская сестра ГКП на ПХВ городская больница №1 г.Нур-Султан Закирова Ф.И.
5. Старшая медицинская сестра отделения Неврологии городской больницы №1 ГКП на ПХВ г.Нур-Султан Кабдыкова А.С.
6. Старшая медицинская сестра отделения Нейрореабилитации АО «НЦН» г. Нур-Султан Буранбаева М.М.
7. Старшая медицинская сестра инсультного центра городской больницы №1 ГКП на ПХВ г.Нур-Султан Молдабекова А.Ж.
8. Старшая медицинская сестра инсультного центра городской больницы №1 г. Караганды Семенова Н.Н.

### **5.3 Консультанты с дополнительными знаниями и опытом**

Процесс адаптации проходил при поддержке внешних консультантов из Финляндии, привлеченных в рамках Проекта социального медицинского страхования Казахстана-SHIP- Путешествие к лучшему здравоохранению, модернизация системы сестринского образования.

Тиина Эвелина Кивинен, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Лахти, Финляндия.

Мерья Мерасто, Msc, RN, эксперт по совершенствованию профессиональной среды для медицинских сестер, старший преподаватель, Университет прикладных наук Ювяскюля, Финляндия.

## **6. ВНЕДРЕНИЕ РУКОВОДСТВА**

### **6.1 Стратегия внедрения.**

Основные положения клинического сестринского руководства реализуются в повседневной клинической практике медицинской сестры.

Клиническое сестринское руководство предназначено для поддержки принятия информированного решения по уходу за пациентами. Цель разработки руководств повышение информированности всех медицинских сестер о национальных клинических сестринских рекомендациях и обеспечение возможности применения информации и рекомендаций, основанных на доказательных данных в своей клинической практике. На

основании клинических сестринских рекомендаций также будут подготовлены стандартные операционные процедуры (СОПы).

В Республике Казахстан также разрабатываются и проводятся национальные тренинги по клиническим сестринским руководствам. Подготовленные таким образом национальные тренеры организуют курсы для медсестер в своих областях. Обучение, включающее в себя теорию и практику, направлено на поддержку внедрения клинических сестринских руководств.

При внедрении клинического сестринского руководства необходимо учитывать факторы, способствующие внедрению и барьеры для успешного внедрения. Все заинтересованные стороны должны быть вовлечены в процесс внедрения руководств. Всемерная поддержка со стороны Министерства здравоохранения и местных исполнительных органов здравоохранения, со стороны руководства организаций здравоохранения, хороший обмен информацией и организация качественного обучения медсестер способствует внедрению клинических руководств. Потенциальными препятствиями для внедрения руководств являются, например, слабая управленческая поддержка или устоявшаяся практика, которая не позволяет медсестрам следовать рекомендациям в своей работе.

## **6.2. Предложения по внедрению**

Все медсестры могут следовать основанной на доказательствах информации и клиническим сестринским рекомендациям при уходе за пациентами, которые относятся к целевой группе. Участие в тренинге по клиническим сестринским рекомендациям будет способствовать внедрению клинических рекомендаций по уходу. Для стандартизации процесса внедрения, а также с целью обеспечения единообразного понимания стратегии внедрения следует разработать план внедрения.

## **7 РАЗРАБОТКА РУКОВОДСТВА**

### **7.1 Группа по разработке**

1. Киспаева Токжан Тохтаровна - профессор, д.м.н., НАО “Медицинский университет Караганды”, врач-невролог клинико-диагностического реабилитационного центра “Sanad”.

2. Жетмекова Жулдыз Турехановна – ассистент кафедры пропедевтики внутренних болезней ГМУ г. Семей.

3. Каирова Гулим Каиржановна-постовая медицинская сестра отделения нейрореабилитации АО « Национальный Центр Нейрохирургии» г. Нур-Султан

4. Муканова Светлан Жексеновна - академический бакалавр, старшая медицинская сестра ОАРИТ городская больница №1 г. Нур-Султан

### **7.2 Руководящая группа (члены группы, место их работы и должности)**

1. Умбетжанова Аягоз Таймысовна-магистр, ведущий эксперт отдела развития медицинского образования, РЦРЗ

2. Жунусова Динара Кайргельдиновна- к.м.н., доцент кафедры ОВП с курсом ДМ, НАО МУА

3. Аканов Амангали Балтабекович-к.м.н., руководитель отдела развития науки и медицинской этики, РЦРЗ

4. Бекбергенова Жанагуль Боранбаевна-магистр, ассистент кафедры ОВП с курсом ДМ, НАО МУА

### **7.3 Конфликт интересов**

Участники группы адаптации заявили об отсутствии конфликта интересов.

### **7.4 Финансирование и другие источники**

При адаптации данного руководства источников финансирования не было. Однако при адаптации данного руководства были затрачены интеллектуальные, временные и материально-технические ресурсы членов группы.

#### **7.5 Процесс обновления и рассмотрения**

Оригинальное руководство будет пересмотрено в 2024 г. Адаптированное руководство рекомендуется пересматривать и обновлять по мере появления новых доказательных данных, но не реже чем один раз в 5 лет.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. «Методологические рекомендации по адаптации международных клинических сестринских руководств» (методические рекомендации № 2), Эвелина Киивинен, Сиру Лехто, Астана, 2018
2. Акшулаков С.К., Адильбеков Е.Б., Ахметжанова З.Б., Медуханова С.Г. //Организация и состояние инсультной службы Республики Казахстан по итогам 2016 года.//Журнал «Неврология и нейрохирургия Казахстана», №1 (50), 2018
3. Evidence-Based Review of Stroke Rehabilitation London, Ontario, Canada© 2018 Designed by Earthlore Communications Hosted by Sockit Solutions
4. Одобренный Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27.12.2016 г. “Ишемический инсульт” Протокол № 18
5. A dynamic systems approach to bimanual coordination in stroke: implications for rehabilitation and research. Sleimen-Malkoun R., Temprado J.J., Berton E.//Medicina (Kaunas). 2010; 46(6): 374-81.
6. Berglund A., Svensson L., Sjostrand C. et al : Higher prehospital priority level of stroke improves thrombolysis frequency and time to stroke unit: the Hyper Acute STroke Alarm (HASTA) study. Stroke 2012;43(10):2666-70 Journal
7. De Luca A, Toni D, Lauria L et al : An emergency clinical pathway for stroke patients-- results of a cluster randomised trial (isrctn41456865).. BMC health services research 2009;9 14- Pubmed Journal
8. Khor MX, Bown A, Barrett A et al : Pre-hospital notification is associated with improved stroke thrombolysis timing.. The journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh 2015;45(3):190-5- Pubmed Journal
9. Kinematic features of rear-foot motion using anterior and posterior ankle-foot orthoses in stroke patients with hemiplegic gait. Chen C.C., Hong W.H., Wang C.M., Chen C.K., Wu K.P., Kang C.F., Tang S.F. //Arch. Phys. Med. Rehabil. 2010 Dec; 91(12): 1862-8.
10. McKinney JS, Mylavarapu K, Lane J et al : Hospital prenotification of stroke patients by emergency medical services improves stroke time targets.. Journal of stroke and cerebrovascular diseases : the official journal of National Stroke Association 2013;22(2):113-8- Pubmed Journal
11. Music therapy protocol development to enhance swallowing training for stroke patients with dysphagia. Kim S.J.// J. Music Ther. 2010 Summer; 47(2): 102-19
12. O'Brien W, Crimmins D, Donaldson W et al : FASTER (Face, Arm, Speech, Time, Emergency Response): experience of Central Coast Stroke Services implementation of a pre-hospital notification system for expedient management of acute stroke.. Journal of clinical neuroscience : official journal of the Neurosurgical Society of Australasia 2012;19(2):241-5- Pubmed Journal
13. Quain DA, Parsons MW, Loudfoot AR et al : Improving access to acute stroke therapies: a controlled trial of organised pre-hospital and emergency care.. The Medical journal of Australia 2008;189(8):429-33- Pubmed

14. Stroke: fresh insights into causes, prevention, and treatment. Hankey G.J.; INTERSTROKE Study and the EPITHET Trial. //Lancet Neurol. 2011 Jan; 10(1): 2-3.
15. Stroke: fresh insights into causes, prevention, and treatment. Hankey G.J.; INTERSTROKE Study and the EPITHET Trial. //Lancet Neurol. 2011 Jan; 10(1): 2-3. No abstract available.
16. Supporting smoking cessation: a guide for health professionals. Melbourne: The Royal Australian College of General Practitioners, 2011 [Updated July 2014]
17. Use of mental practice to improve upper-limb recovery after stroke: a systematic review. Nilsen D.M., Gillen G., Gordon A.M. //Am. J. Occup. Ther. 2010 Sep-Oct; 64(5): 695-708.
18. Barrett D.W., Gonzalez-Lima F. Transcranial infrared laser stimulation produces beneficial cognitive and emotional effects in humans. //Neuroscience. – 2013. - Jan 29;230:13-23.
19. Coelho F.G., Santos-Galduroz R.F., Gobbi S., Stella F. Systematized physical activity and cognitive performance in elderly with Alzheimer's dementia: a systematic review. //Rev. Bras. Psiquiatr. 2009, 31(2):163-170.
20. Low-level laser light therapy improves cognitive deficits and inhibits microglial activation after controlled cortical impact in mice. Khuman J., Zhang J., Park J. et al. //J. Neurotrauma. 2012 Jan 20;29(2):408-17.
21. Manenti R., Cotelli M., Robertson I.H., Miniussi C. Transcranial brain stimulation studies of episodic memory in young adults, elderly adults and individuals with memory dysfunction: a review. //Brain Stimul. 2012 Apr;5(2):103-9.
22. Mild cognitive impairment disease treated with electroacupuncture: a multi-center randomized controlled trial. Zhao L., Zhang F.W., Zhang H. et al. //Zhongguo Zhen Jiu. 2012 Sep;32(9):779-84..
23. Nonpharmacological therapies in Alzheimer's disease: a systematic review of efficacy. Olazarán J, Reisberg B, Clare L, et al. //Dement. Geriatr. Cogn. Disord. 2010, 30(2):161-178.
24. Non-pharmacological, multicomponent group therapy in patients with degenerative dementia: a 12-month randomized, controlled trial. Graessel E., Stemmer R., Eichenseer B. et al. //BMC Medicine. - 2011. - 9:129
25. Spector A., Orrell M., Woods B. Cognitive Stimulation Therapy (CST): effects on different areas of cognitive function for people with dementia. //Int J Geriatr Psychiatry 2010, 25(12):1253-1258.

## ПРИЛОЖЕНИЯ

### Приложение 1. Шкалы диагностики

Шкала Комы Глазго Тест-симптом	Колич ество баллов
1. Открывание глаз	4
Произвольное, спонтанное	3
На обращенную речь, в ответ на словесную инструкцию	2
На болевой стимул	1
Отсутствует	

<p>2. Двигательная реакция</p> <p>целенаправленная в ответ на словесные инструкции, выполняет команды 5</p> <p>целенаправлена на болевой раздражитель 4</p> <p>нецеленаправлена на болевой раздражитель 3</p> <p>тоническое сгибание на болевой раздражитель 2</p> <p>тоническое разгибание на болевой раздражитель 1</p> <p>отсутствует реакция в ответ на боль</p>	6
<p>3. Речь</p> <p>Ориентированная полная 5</p> <p>Спутанная, дезориентированная речь 4</p> <p>Непонятные, бессвязные слова 3</p> <p>Нечленораздельные звуки 2</p> <p>Отсутствует</p>	

### Шкала NIHSS (National Institute Health Stroke Scale)

Критерии оценки пациента	Количество баллов по шкале шкала NIHSS
<p>Исследование уровня сознания - уровня бодрствования (если исследование не возможно по причине интубации, языкового барьера - оценивается уровень реакций)</p>	<p>0 - в сознании, активно реагирует.</p> <p>1 - сомноленция, но можно разбудить при минимальном раздражении, выполняет команды, отвечает на вопросы.</p> <p>2 - сопор, требуется повторная стимуляция для поддержания активности или заторможен и требуется сильная и болезненная стимуляция для произведения нестереотипных движений.</p> <p>3 - кома, реагирует только рефлексорными действиями или не реагирует на раздражители.</p>
<p>Исследование уровня бодрствования - ответы на вопросы. Больного просят ответить на вопросы: "Какой сейчас месяц?", "Сколько Вам лет?" (если проведение исследования не возможно по причине интубации и др. - ставиться 1 балл)</p>	<p>0 - Правильные ответы на оба вопроса.</p> <p>1 - Правильный ответ на один вопрос.</p> <p>2 - Не ответил на оба вопроса.</p>
<p>Исследование уровня бодрствования - выполнение</p>	<p>0 - правильно выполнены обе команды.</p> <p>1 - правильно выполнена одна команда.</p>

команд Пациента просят совершить два действие - закрыть и открыть веки, сжать не парализованную руку или совершить движения стопой	2 - ни одна команда не выполнена правильно.
Движения глазами яблоками Пациента просят проследить за горизонтальным движением неврологического молоточка.	0 - норма. 1 - частичный паралич взора. 2 - тоническое отведение глаз или полный паралич взора, не преодолеваемый вызыванием окулоцефалических рефлексов.
Исследование полей зрения Просим пациента сказать сколько он видит пальцев, при этом пациент должен следить за движением пальцев	0 - норма. 1 - частичная гемианопсия. 2 - полная гемианопсия.
Определение функционального состояния лицевого нерва просим пациента показать зубы, совершить движения бровями, зажмуриться	0 - норма. 1 - минимальный паралич (асимметрия). 2 - частичный паралич - полный или почти полный паралич нижней группы мышц. 3 - полный паралич (отсутствие движений в верхней и нижней группах мышц).
Оценка двигательной функции верхних конечностей Пациента просят поднять и опустить руки на 45 градусов в положении лежа или на 90 градусов в положении сидя. В случае, если пациент не понимает команды - врач самостоятельно помещает руку в нужное положение. Данным тестом определяется мышечная сила. Баллы фиксируются для каждой руки отдельно	0 - конечности удерживаются в течение 10 сек. 1 - конечности удерживаются менее 10 сек. 2 - конечности не поднимаются или не сохраняют заданное положение, но производят некоторое сопротивление силе тяжести. 3 - конечности падают без сопротивления силе тяжести. 4- нет активных движений. 5 - невозможно проверить (конечность ампутирована, искусственный сустав)
Оценка двигательной функции нижних конечностей Поднимают паретичную ногу в положении лежа на 30 градусов продолжительностью - 5 секунд. Баллы фиксируются для каждой ноги отдельно	0 - ноги удерживаются в течение 5 сек. 1 - конечности удерживаются менее 5 сек. 2- конечности не поднимаются или не сохраняют поднятое положение, но производят некоторое сопротивление силе тяжести. 3 - конечности падают без сопротивления силе

	<p>тяжести.</p> <p>4- нет активных движений.</p> <p>5 - невозможно проверить (конечность ампутирована, искусственный сустав).</p>
<p>Оценка координации движений</p> <p>Данный тест выявляет атаксию, оценивая функцию мозжечка. Проводятся пальце-носовая проба и пяточно-коленная проба. Оценка нарушения координации производится с двух сторон.</p>	<p>0 - Атаксии нет.</p> <p>1 - Атаксия в одной конечности.</p> <p>2 - Атаксия в двух конечностях.</p> <p>UN - исследовать невозможно (указывается причина)</p>
<p>Проверка чувствительности</p> <p>исследуют пациента с помощью иголки, валика для проверки чувствительности</p>	<p>0 - норма.</p> <p>1 - легкие или средние нарушения чувствительности.</p> <p>2 - значительное или полное нарушение чувствительности</p>
<p>Выявление расстройства речи</p> <p>Пациента просят прочитать надписи на карточках для определения уровня нарушения речи</p>	<p>0 = Норма.</p> <p>1 = Легкая или умеренная дизартрия; некоторые звуки смазаны, понимание слов вызывает затруднения.</p> <p>2 = Тяжелая дизартрия; речь больного затруднена, или определяется мутизм.</p> <p>UN = исследовать невозможно (указать причину).</p>
<p>Выявления нарушения восприятия - гемиигнорирование или неглет</p>	<p>0 - Норма.</p> <p>1 - Выявлены признаки гемиигнорирования одного вида раздражителей (зрительных, сенсорных, слуховых).</p> <p>2 - Выявлены признаки гемиигнорирования более чем одного вида раздражителей; не узнает свою руку или воспринимает лишь половину пространства.</p>

### Стандартизированное скрининговое тестирование функции глотания

Прежде чем проводить тестирование- заполните этот лист ( в течение первых 24 часов после поступления пациента в отделение)

ФИО \_\_\_\_\_ Палата \_\_\_\_\_  
 № \_\_\_\_\_

1. Пациент бодрствует или может быть разбужен?  
Реагирует на обращение Да Нет

1. Может ли пациент быть посажен?  
Может ли сидя контролировать положение головы Да Нет

Если вы ответили Нет хотя бы на один вопрос остановитесь и  
**НЕ ПРИСТУПАЙТЕ К ТЕСТИРОВАНИЮ**

Производите повторные оценки каждые 24 часа. Обсудите вопросы питания и гидратации с врачами.

3. Может ли пациент покашливать, если его попросить об этом? Да Нет

4. Может ли пациент проконтролировать слюну (вовремя проглатывать, не допускать истечение слюны изо рта)? Да Нет

5. Может ли пациент облизать губы? Да Нет

6. Может ли пациент свободно дышать? Да Нет

Если ответы на вопросы 3-6 Да- переходите к тестированию.

Если на любой из вопросов вы ответили Нет –обратитесь за консультацией к дневной медсестре.

7. Голос пациента влажный или хриплый: Да- обратитесь к дневной медсестре.

Нет- приступайте к

тестированию

Лист

заполнил: \_\_\_\_\_

Дата: «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_

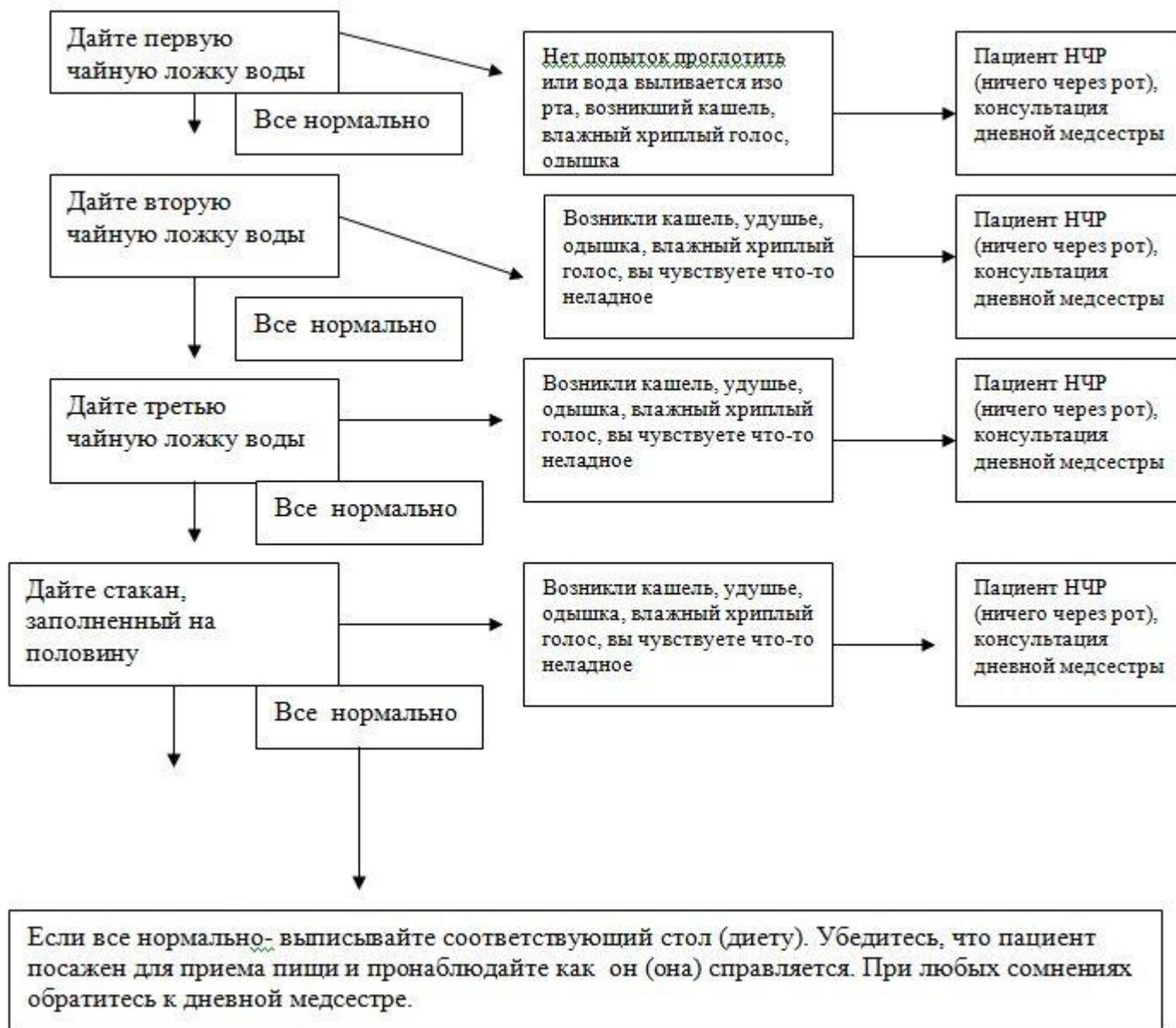
Время \_\_\_\_\_ чч \_\_\_\_\_ мин.

Подпись \_\_\_\_\_.

## Скрининговое тестирование глотания

Пациент разбужен и посажен

Дата \_\_\_\_\_



## Индекс повседневной активности Бартела (F. Mahoney, D. Barthel, 1965)

Функция	Варианты ответа	балл
Прием пищи	Не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами	0

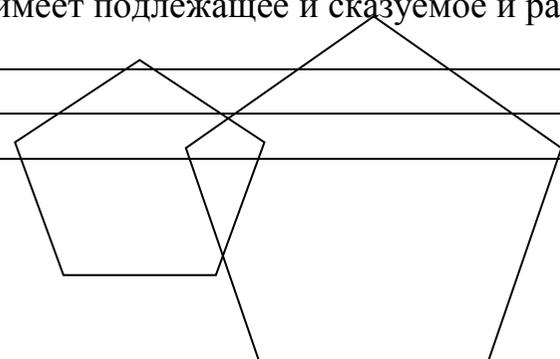
	Частично нуждаюсь в помощи, например, при разрезании пищи	
	Полностью зависим от окружающих (необходимо кормление с посторонней помощью)	
Персональный туалет (умывание, причёсывание, чистка зубов)	Не нуждаюсь в помощи	
	Нуждаюсь в помощи	
Одевание	не нуждаюсь в посторонней помощи	0
	частично нуждаюсь в помощи, например, при одевании обуви, застегивании пуговиц и т.д	
	полностью нуждаюсь в посторонней помощи	
Прием ванны	принимаю ванну без посторонней помощи	
	нуждаюсь в посторонней помощи	
Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация)	не нуждаюсь в помощи	0
	частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера)	0
	постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций	
Посещение туалета	не нуждаюсь в помощи	0
	частично нуждаюсь в помощи (удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и одевание брюк и т.д.)	
	нуждаюсь в использовании судна, утки	
Вставание с постели	не нуждаюсь в помощи	5
	нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке	0
	могу сесть в постели, но для того, чтобы встать, нужна существенная поддержка	
	не способен встать с постели даже с посторонней помощью	
Передвижение	могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м	5
	могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м	0

	могу передвигаться с помощью инвалидной коляски	
	не способен к передвижению	
Подъем по лестнице	не нуждаюсь в помощи	0
	нуждаюсь в наблюдении или поддержке	
	не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой	

**ПРИЛОЖЕНИЕ 2. Оценка когнитивной функции**  
**Шкала MMSE**

<b>MINI-MENTAL STATE EXAMINATION</b> ( <i>M. Folstein, J. De Pualo u соавт., 1982; D. Wade, 1992</i> )	
<b>Показатели</b>	<b>Оценка</b>
<b>Ориентация:</b>	
Назвать дату (год, месяц, число, день недели, время)	5
Назвать местонахождение (страна, город, улица, больница, отделение)	5
<b>Восприятие:</b>	
Проводящий обследование называет три слова (например, яблоко, стол, карандаш). Больного просят повторить эти три слова, каждый правильный ответ оценивается в один балл. Затем больного просят запомнить эти три слова (т.е. повторять до тех пор, пока не будут воспроизведены правильно)	3
<b>Внимание и счет:</b>	
Вычесть из 100 число 7, затем из остатка снова вычесть 7, и так 5 раз (100-7, 93-7, 86-7, 79-7, 72-7) (альтернативное задание – произнести слово из 5 букв – например, слово ПЕНАЛ, а затем по буквам "наоборот" Л А Н Е П)	5
<b>Память:</b>	
Припомнить 3 слова, заученных при выполнении второго задания	3
<b>Речь, чтение и письмо:</b>	
Назвать два предмета (например, карандаш и часы)	2
Повторить "никаких если", но или нет"	1
Трехэтапная команда (например, команда "поднимите указательный палец правой руки, дотроньтесь им до носа, затем до Вашего левого уха). За каждый правильно выполненный этап команды ставится 1 балл	3
Прочсть и выполнить написанное на листе бумаги задание следующего содержания: "Закройте глаза"	1
Написать предложение. Один балл ставится, если предложение имеет подлежащее и сказуемое и разумно по смысловому содержанию	1
Срисовать рисунок (два пересекающихся пятиугольника)	1
<b>Итого</b>	

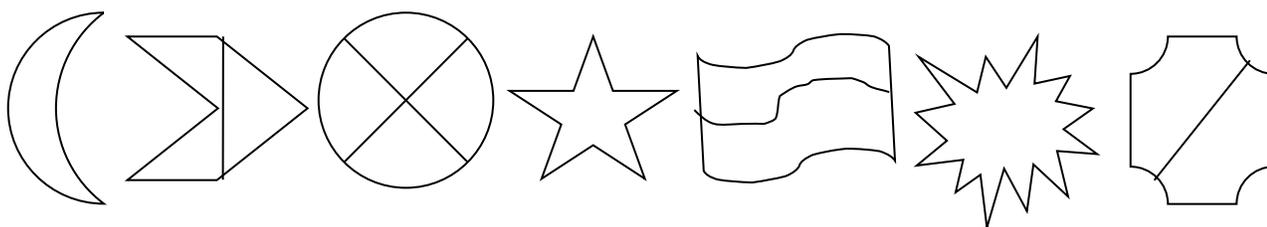
35



## Тест на слухо-речевую память

<b>Кривая памяти</b>	
1.	Дом, лес, стол, звон, ночь, игла, пирог, брат, крест, кот.
2.	Мяч, крик, сон, тень, флаг, свет, икра, топор, молот, сосна
<b>Фразы</b>	
1.	В саду за высоким забором росли яблоки.
2.	На опушке леса охотник убил волка.
3.	В Ташкенте было сильное землетрясение и много домов было разрушено.
4.	В Тушино был авиационный праздник и прыжки с парашютом.

## Тест на зрительную невербальную память

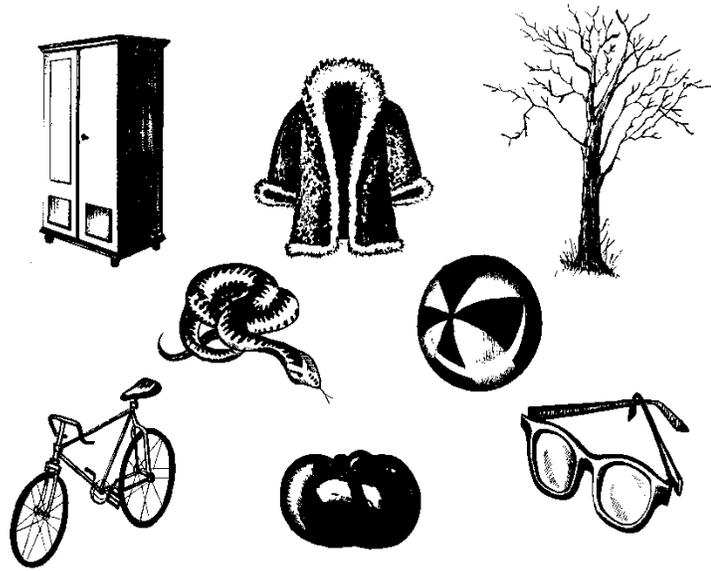


Тест на зрительную вербальную  
Рисунок 1

память



Рисунок 2



**Тест на внимание**

Таблица 1

21	11	1	19	24
2	20	18	5	10
4	13	25	16	7
17	6	14	9	12
22	3	8	15	23

Таблица 2

14	9	2	21	13
22	7	16	5	10
4	25	11	18	3
20	6	23	8	19
15	24	1	17	12

Таблица 3

2	13	1	8	20
17	6	25	7	11
22	18	3	15	19
10	5	12	24	16
14	23	4	9	21

**ПРИЛОЖЕНИЕ 3.**

**Информированное согласие**

**Пациент**  
**Я,** (ФИО **пациента** **печатными**  
**буквами)** \_\_\_\_\_

Получил всю информацию относительно данного метода лечения и получил удовлетворяющие меня ответы на все вопросы. Я даю добровольное согласие на проведение мне реабилитационных мероприятий. В случае возникновения осложнений претензий к медицинским работникам не имею.

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

Я подтверждаю, что объяснил все вышеуказанное пациенту и что пациент согласился на проведение реабилитационных мероприятий.

ФИО **медицинского** **работника** **печатными**  
**буквами** \_\_\_\_\_

Дата \_\_\_\_\_ Время \_\_\_\_\_ Подпись \_\_\_\_\_

**Уполномоченный законный представитель пациента (требуется только в том случае, если пациент физически не может подписать форму согласия и указать дату).**

**ФИО** \_\_\_\_\_ печатными  
буквами \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Дата** \_\_\_\_\_ **Время** \_\_\_\_\_ **Подпись** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_