

# РАБОТА МЕДСЕСТРЫ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ОТДЕЛЕНИЯ ДЛЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ НАРУШЕНИЯМИ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ

**С.В. Димитриева**

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

**E-mail:** s.v.dimitrieva@gmail.com

**Представлены основные вопросы, которые ежедневно приходится решать медсестре при уходе за больными с острым нарушением мозгового кровообращения. Отражены методы профилактики пролежней, пневмоний, правила кормления, поведения медицинского персонала при психомоторном возбуждении пациента.**

**Ключевые слова:** инсульт, пролежни, уход, аспирация, пневмония, питание, гидратация, нарушение функций тазовых органов, недостаточность самоухода.

Инсульт – это острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), при котором снижается или полностью прекращается кровоснабжение определенного участка головного мозга, вследствие чего появляются очаговые и общемозговые симптомы [2, 3, 6]. Состояние пациентов на момент возникновения инсульта в большинстве случаев тяжелое или крайне тяжелое. Чаще всего такие больные нетранспортабельны, а следовательно, полностью зависимы от окружающих. Поэтому весь медицинский персонал играет важную роль в ведении таких пациентов, обеспечивая общение с ними, правильный уход, лечение, профилактику осложнений и обязательно обучая родственников больных основам этих действий [1, 4, 7]. От медсестер требуется высокий профессионализм.

Рассмотрим основные вопросы ухода, которые приходится решать медсестре в отделении для больных с ОНМК.

## **Уход за кожей, профилактика образования пролежней**

Длительное пребывание больных с ОНМК в лежачем положении при ненадлежащем уходе способствует образованию пролежней. Их развитие приводит к страданию пациента и возрастанию медицинских затрат, связанных с лечением пролежней. Адекватная их профилактика позволяет предупредить их возникновение у пациентов групп риска более чем в 80% случаев [5].

При поступлении пациента в стационар медсестра оценивает риск развития пролежней в течение 2 ч после поступления, используя шкалу Ватерлоу. При возникновении значительных изменений в состоянии пациента риск оценивается заново. У больных, находящихся в коме, оценка риска проводится ежедневно.

Наиболее часто пролежни локализуются в области лопаток, грудного отдела позвоночника, крестца, большого вертела бедренной кости, ягодиц, копчика, пяток [4]. Эти места необходимо осматривать ежедневно. Для профилактики возникновения пролежней важно поддерживать кожу в чистоте, всегда подмывать пациента после непроизвольного мочеиспускания и дефекации, избегая при этом сильного трения нежной кожи и используя преимущественно жидкие моющие средства. Важную роль играют обеспечение полноценного питания, достаточной гидратации пациента, смена положения каждые 2 ч, даже в ночное время. Меняя положение больного, желательно как можно дольше удерживать его в позициях без сдавления поврежденной кожи или мест с высоким риском развития пролежней. Постельное белье должно быть из натуральных тканей, необходимо контролировать образование заломов и складок в белье. При наличии риска возникновения пролежней используют противопролежневые матрасы разной высоты в зависимости от степени риска и массы тела пациента.

Если медсестра подозревает образование пролежней, она обязательно должна пригласить врача для осмотра больного. Лечение пролежней занимается лечащий врач совместно с хирургом. Срочная консультация хирурга необходима, если имеются признаки инфекции (лихорадка, появление отделяемого или неприятного запаха от пролежня) или гипертермия и покраснение окружающих кожных покровов.

## **Риск возникновения дыхательных расстройств**

В ведении больных с ОНМК, особенно нетранспортабельных, важную роль играет профилактика дыхательных расстройств. Прежде всего следует обеспечить проходимость верхних дыхательных

путей. Основные причины обструкции дыхательных путей – западение корня языка, аспирация рвотных масс и накопление мокроты в трахеобронхиальном дереве. Медсестра удаляет съемные зубные протезы (при их наличии), проводит регулярную санацию ротовой полости и верхних дыхательных путей (каждый час), при необходимости пользуясь медицинским электроотсосом, контролирует положение пациента и проведение пассивной дыхательной гимнастики. При наличии тяжелых дыхательных расстройств врачами устанавливается интубационная трубка или накладывается трахеостома.

Большую роль в профилактике развития пневмонии у больных с ОНМК играют частая смена положения и правильное позиционирование пациента. К главным принципам позиционирования относятся: максимально возможная симметричность частей тела; поддержка всех сегментов тела; бережное отношение к плечу на стороне пареза [6].

Важно помнить, что пациент с инсультом должен лежать на любом боку, но не на спине. Положение лежа на спине способствует ухудшению легочной вентиляции, особенно в нижних отделах, санации бронхиального дерева, способствует аспирации слюны. При любом положении больного голова должна находиться на одной линии с туловищем, паретичное плечо вынесено вперед, а стопа не должна упираться во что-либо, так как это способствует повышению тонуса разгибателей. Нельзя что-то класть на парализованную руку и ладонь в связи с возможным возникновением гипертонуса мышц конечности. Оптимальное положение – на боку (здоровом или больном) с приподнятым изголовьем. Угол между горизонтальной частью кровати и изголовьем (до 30°) должен приходиться на вертел тазобедренного сустава [6].

Кормить пациента с ОНМК нужно в положении сидя, со свешенными ногами. В ранние сроки после инсульта, когда больному еще нельзя сидеть, прием пищи возможен в положении лежа на спине с приподнятым изголовьем. При этом важно помнить, что угол подъема должен приходиться на ягодицы, а не на поясницу.

Сроки расширения двигательного режима больных с геморрагическим и ишемическим инсультом тяжелой степени индивидуальны. Пациенты с ишемическим инсультом, находящиеся в удовлетворительном состоянии или в состоянии средней тяжести, уже в 1-е сутки заболевания могут быть уложены на приподнятое изголовье на 15–30 мин 3 раза в день. На 3-и сутки от начала заболевания больного можно посадить на кровати со спущенными ногами. При этом следует обеспечить его полную поддержку (например, в виде подушек под спину и при необходимости – с боков), стопы

должны полностью стоять на полу. Продолжительность присаживаний увеличивают постепенно, начиная с 15 мин и доводя до 1 ч. Больные с транзиторными ишемическими атаками могут присаживаться уже в 1-е сутки заболевания.

### Особенности питания и гидратации

Недостаточное питание увеличивает риск неблагоприятного исхода у пациентов с ОНМК. Нарушения глотания (дисфагия) выявляется у 50% пациентов. 13% больных не могут быть посажены для приема пищи либо имеют те или иные формы нарушения сознания [7]. Поэтому недостаточные питание и употребление жидкости – значимая проблема при лечении таких пациентов.

Медсестра играет важную роль в оценке питания и гидратации у больных с инсультом. Всем поступившим больным проводится скрининговое тестирование функции глотания [8]. В зависимости от полученных результатов определяют дальнейшую тактику ведения пациентов.

При отсутствии возможности обеспечить адекватное энтеральное питание больного переводят на парентеральное питание с обязательной внутривенной инфузией растворов электролитов. Такие инфузии производятся только в крупные вены (профилактика возникновения флебитов). Из-за высокого риска инфицирования центральный венозный катетер, через который осуществляется парентеральное питание, не используется для введения других растворов и забора крови.

Однако при любой возможности необходимо перейти на энтеральное зондовое питание, которое является более безопасным, экономичным, полноценным и не нарушающим функциональной целостности кишечника [1]. Для энтерального питания чаще всего используют назогастральный зонд. Смена зонда в случае длительного использования осуществляется каждые 4 нед при регулярном уходе за полостью рта и носа. У пациентов с плохим прогнозом по дисфагии устанавливают гастростому. Кормление через зонд проводят при положении больного с приподнятыми головой и плечами, при отсутствии противопоказаний – в положении сидя со свешенными ногами. Энергетические потребности рассчитываются индивидуально (в среднем при нормальной массе тела – 30–35 ккал/кг, для восстановления массы тела – 35–40 ккал/кг). Потребность в жидкости определяют из расчета 30 мл/кг + 10% при повышении температуры тела сверх 37°C на каждый градус или в жаркую погоду. Питательные смеси («Берламин», «Нутринор», «Нутрен», «Нутризон») вводят шприцем или капельно 3–5 раз в сутки, начиная с 50 мл и доводят их максимально до 250 мл. Через зонд можно также вводить измельченные таблетированные формы препаратов.

Если пациент может глотать самостоятельно, но испытывает при этом затруднение, важно помнить следующие правила:

- кормить только в положении сидя, уделяя этому процессу достаточное время;
- наиболее безопасная поза – наклон головы вперед с поворотом в пораженную сторону в момент проглатывания;
- предпочтительнее пища мягкая, пюре средней густоты, йогурты, густой кисель, запеканки; эта пища достаточно жидкая, чтобы не жевать, но в то же время достаточно густая, чтобы сформировался пищевой комок;
- молоко, бананы, сироп и другие вязкие продукты могут стимулировать образование слизи, поэтому их прием нежелателен при затруднении глотания;
- исключают из рациона хлеб, печенье, орехи, жидкость обычной консистенции (вода, соки, чай) из-за высокого риска аспирации;
- пища должна поступать маленькими порциями (не более 1 ложки за раз) со здоровой стороны;
- не используйте соломинки для употребления жидкости, так как пациенты не всегда способны полностью обхватить их губами, а жидкость при этом может забрасываться далеко в рот, увеличивая риск аспирации;
- напитки следует предлагать отдельно от приема пищи – до или после него;
- после окончания кормления необходимо очистить ротовую полость от остатков пищи, которые могут быть аспирированы;
- в течение минимум 30 мин после кормления больной должен находиться в вертикальном положении.

### Способность к самоходу

Пациенты с ОНМК часто становятся полностью зависимыми от окружающих, что является серьезной проблемой. Для оценки степени зависимости применяется индекс Бартела, который определяется еженедельно и позволяет оценить эффективность ухода и реабилитации. В зависимости от полученных данных составляется план ухода за конкретным пациентом.

### Риск травматизации

Больные с ОНМК имеют неврологические симптомы (параличи, нарушение координации, зрительные расстройства, снижение когнитивных функций, эпилептические приступы), которые могут способствовать падениям. Для уменьшения риска возникновения травм у пациентов с инсультом применяются специальные вспомога-

тельные средства (трости, каталки, кресла), поручни в коридорах и санитарных кабинетах отделения. Необходимо следить, чтобы полы не были скользкими, обувь пациента – правильно подобранной; в домашних условиях следует убрать лишнюю мебель и ковры.

### Дезориентация и психомоторное возбуждение

Дезориентированные больные, особенно в состоянии психомоторного возбуждения, представляют опасность для себя, окружающих и медицинского персонала. Очень важно предвидеть возникновение острой психотической реакции (появление страха, злости, раздражительности, отталкивание, беспокойство, крики, ругань, швыряние предметами). Медсестра в таком случае должна быть спокойна, говорить медленно, попытаться напомнить пациенту, кто он и почему здесь находится, прислушиваться к словам пациента, стремясь поддерживать беседу, не делая внезапных движений, не угрожать пациенту и не обещать ему чего-либо. При необходимости надо позвать на помощь; при этом желательно находиться между пациентом и выходом, чтобы была возможность быстро покинуть палату. Физическое ограничение должно использоваться как крайняя мера и только – специально обученным персоналом.

### Нарушение функции тазовых органов

У пациентов с ОНМК часто выявляются нарушения тазовых функций. Больные могут не контролировать акт мочеиспускания (в этом случае применяются памперсы, впитывающие прокладки с сетчатыми трусами) либо возникает острая задержка мочи (необходима катетеризация мочевого пузыря).

Вследствие резкого ограничения двигательной активности, недостаточного употребления жидкости, неправильного питания, отсутствия приватной обстановки, невозможности поддержания правильной позы для дефекации у пациентов с инсультами часто возникают запоры: редкое опорожнение кишечника (реже 3 раз в неделю); необходимость сильного натуживания; «овечий» стул. При возникновении этой проблемы необходимо следить за достаточным употреблением жидкости (1,5–2 л в сутки). Самая эффективная мера профилактики запоров – ранняя активизация пациента. Для облегчения опорожнения кишечника важна правильная поза больного – спина прогнута, живот расслаблен, таз наклонен вперед, колени находятся чуть выше бедер, локти при возможности упираются в колени. Лекарственная терапия применяется при отсутствии эффекта от вышеперечисленных методов. Хороший эффект дают глицериновые свечи, гутталакс. Необходимо помнить, что

частое использование слабительных вызывает привыкание, что может привести к еще более тяжелому запору.

Медсестра оказывает неоценимую помощь пациентам с инсультами в решении не только медицинских, но и психологических, социально значимых проблем, способствуя быстрой адаптации больных и их родственников к возникшему состоянию.

#### Литература

1. Бахман А.Л. Искусственное питание. Справочное руководство по энтеральному и парентальному питанию. Пер. с англ. Под ред. А.Л. Костюченко. – М., СПб: БИНОМ: Невский диалект, 2001. – 190 с.
2. Верещагин Н.В., Суслина З.А., Пирадов М.А. Принципы диагностики и лечения больных с острыми нарушениями мозгового кровообращения. Методические рекомендации. – М., 2000. – 16 с.
3. Ермакова М.М., Голенков А.В. Что должна знать медсестра об инсульте // Медицинская сестра. –2013; 6: 7–11.

4. Мухина С.А., Тарновская И.И. Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела». – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 512 с.

5. Приложение к приказу Минздрава России от 17.04.02 № 123 «Об утверждении отраслевого стандарта “Протокол ведения больных. Пролезни”».

6. Тайсон С., Эшбурн Э., Джексон Д. Начните двигаться! Руководство по восстановлению двигательных функций после перенесенного инсульта. – СПб.: Политехника, 2001. – 88 с.

7. Фесенко В.В. Остеоартроз тазобедренных суставов и синдром гипомобильности у людей пожилого возраста // Врач. – 2014; 6: 33–5.

#### WORK OF A NEUROLOGY UNIT NURSE FOR PATIENTS WITH ACUTE CEREBROVASCULAR ACCIDENT

S.V. Dimitrieva

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

**The paper describes the main points that a nurse comes up against every day when caring for a patient with acute cerebrovascular accident. It reflects preventive methods against bed sores, pneumonias, as well as feeding rules, and medical staff's behavior when caring for a patient with psychomotor agitation.**

*Key words: stroke, bed sores, care, aspiration, pneumonia, positioning, feeding, hydration, pelvic organ dysfunction, inadequate self-care.*

## ХРОНИКА

### Академия памяти «Мемини»

Задача проекта «Мемини», реализующегося в России с 2008 г., – дать как можно большему числу людей информацию о деменции – тяжелом заболевании пожилого возраста. Проект осуществляет также масштабную программу поддержки и помощи тем, кто с данной проблемой уже столкнулся. Несмотря на то, что на сегодня число больных с деменцией в России достигает около 1,5 млн человек (а это больше, чем число болеющих СПИДом), уровень знаний о заболевании, способах ее диагностики и профилактики невероятно низок. Симптомы деменции воспринимаются людьми как неизбежные признаки старения.

Проф. А. Боголепова (РНМУ им. Н.И. Пирогова), член Всероссийского общества неврологов, отмечает: «Защита больных с деменцией и поддержка их родственников выходит за рамки возможностей отдельной семьи. Старение страны (а деменция обычно развивается после 60 лет) превращает это расстройство в острую социальную проблему. К 2050 г., по самым консервативным прогнозам, каждому третьему россиянину будет более 60 лет. Новым поколениям все труднее справиться с этим бременем не только потому, что пожилых людей нужно кормить, платить им пенсию, но и потому что их нужно лечить. Для выхода из этой ситуации все общество должно осознать тяжесть последствий деменции, и представители самых разных социальных групп должны объединить свои усилия».

Очередным шагом, который поможет объединиться в борьбе с таким серьезным противником, как деменция, станет акция «Академия памяти Мемини». Ее организаторы создали передвижную диагностическую лабораторию для проведения скрининга пожилых людей на наличие признаков деменции. Акция пройдет в малых городах России, где зачастую организовать подобное тестирование силами местных специалистов не представляется возможным.

Говорит руководитель проекта «Мемини» докт. мед. наук А. Сонин: «Первый этап всероссийского скрининга пожилых людей мы провели в 2015 г., в нем приняли участие жители 17 городов-миллионников от Санкт-Петербурга до Хабаровска. Успех акции вдохновил нас на ее продолжение, однако в 2016 г. мы иначе расставляем приоритеты. В городах-миллионниках ситуация с выявлением деменции более благополучная: работают кабинеты

памяти, есть кафедры неврологии и психиатрии. Наша задача – охватить менее крупные города, где врачей либо меньше, либо никто не специализируется на когнитивных нарушениях».

В рамках «Академии памяти» будут работать детская площадка «Моя Бабушка-Яга», лекторий и специально разработанная мобильная квест-комната «Хранители памяти». Посетителем квест-комнаты сможет стать любой желающий. Интересный, развлекательный формат акции позволяет не только отдохнуть, но и получить основные знания о деменции. Согласно сценарию, решение головоломок и задач поможет вернуть самые ценные воспоминания бабушке, страдающей деменцией. Первыми посетителями квеста стали участники стартовой пресс-конференции проекта «Академия памяти Мемини». Первым городом, куда приедет «Академия памяти Мемини» станет Калуга, затем акция продолжится в Белгороде, Магнитогорске и еще ряде городов.

С 2009 г. работает сайт [www.memini.ru](http://www.memini.ru) – интернет-портал для людей, столкнувшихся с проблемой деменции. Наряду с возможностью неформального общения портал предоставляет возможность задать вопросы неврологу, психологу и юристу, изучить справочную информацию о деменции и правильном уходе за больными, пройти предварительные тесты, а также найти адрес специализированной клиники в своем городе. Ежемесячно портал посещают около 40 тыс пользователей. В 2015 г. количество посетителей составило 450 тыс. С 2010 г. начал выпуск бесплатной печатной газеты «MEMINI». На ее страницах размещаются наиболее важные и интересные материалы для людей, которые не всегда имеют необходимые знания и навыки для поиска информации в Интернете. Тираж издания – 70 000 экз. В рамках Проекта работают школы для родственников пациентов с деменцией, помогающие найти контакт со специалистами разных профилей (неврологами, психологами, юристами). В 2012 г. был реализован проект «SOS: деменция!», в 2013 г. издана книга необычных сказок «Моя Бабушка-Яга». В реализации проекта приняли участие известные актеры и телеведущие, журналисты и просто неравнодушные люди.

*Предоставлено информационным партнером проекта «Мемини»*