

ОСОБЛИВОСТІ МЕДСЕСТРИНСЬКОГО ДОГЛЯДУ ЗА ПАЦІЄНТАМИ З СПІНАЛЬНОЮ ПАТОЛОГІЄЮ

П. С. Гудак, В. Я. Горохівська

*Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського
Навчально-науковий інститут медсестринства
Тернопільська університетська лікарня*

У статті висвітлено особливості догляду за пацієнтами з ураженням спинного мозку в КЗ ТОР «Тернопільська університетська лікарня».

PECULIARITIES OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH SPINAL CORD PATHOLOGY

P. S. Hudak, V. Ya. Horohivska

*Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky
Educational and Scientific Institute of Nursing
Ternopil University Hospital*

The article adduces the peculiarities of care for patients with spinal cord lesions in Ternopil University Hospital.

Вступ. Пошкодження хребта належать до числа найбільш складних травм. Вони становлять 0,4–0,5 % усіх переломів кісток скелета. Значне число травмованих – молоді люди. 20–40 % закритих ушкоджень хребта ускладнюються пошкодженням спинного мозку різного ступеня тяжкості. Зберігається значний відсоток незадовільних результатом лікування. Інвалідність при ускладнених пошкодженнях хребта становить 95 %. Летальність у цій групі хворих – до 30 %.

Основна частина. На сьогодні у світі проживає близько 2,5 млн хворих, що перенесли хребтово-спинномозкову травму, а щорічно у світі реєструється близько 130 тис. випадків спинномозкових травм. Контингент спінальних хворих на 75 % складається з чоловіків працездатного віку. Близько 80 % хворих, які перенесли тяжку хребтово-спинномозкову травму, залишаються прикутими до інвалідного візка й потребують спеціалізованого догляду протягом усього життя. За період з 2005 по 2010 рр. у нейрохірургічному стаціонарі КЗ ТОР «Тернопільської уні-

верситетської лікарні» знаходилось 347 хворих. З них 47 – з ураженням хребта та нервових елементів спинномозкового каналу. Оперовано – 43 хворих.

Спінальні хворі – це складний контингент хворих з паралічами різного ступеня та важкості. Біль, нерухомість, залежність від сторонньої допомоги завдають хворому моральних і фізичних страждань. Досвідчена медична сестра вчасно і сумлінно виконає всі призначення лікаря, спрямує всю роботу на профілактику можливих ускладнень, проведе лікувальний масаж та лікувальну фізкультуру, створить приємний морально-психологічний клімат. Загальний догляд за хворими здійснюється під час денних, нічних, добових чергувань залежно від потреб пацієнта. Фізіотерапія (особливо лікувальна гімнастика) становить найбільш ефективний напрям ведення хворих із парезами кінцівок, вона спрямована на тренування рухів в паретичних кінцівках і запобігання контрактур. Дихальна гімнастика дозволяє попередити захворювання бронхо-легеневої системи.

Догляд за хворими включає здійснення лікувально-відновної терапії на всіх етапах медичної реабілітації. Організація догляду, перш за все, полягає в деонтологічних принципах, які забезпечують задовільний психоемоційний стан пацієнта. Теплий прийом хворого, поведінка медперсоналу, максимально швидке обстеження і призначення лікування, чітко визначення режиму поведінки, впевненість та оптимізм в діях лікарів та медичних сестер задовільно впливають на психологічний стан пацієнта. Міміка, жести, вираз обличчя та очей медперсоналу повинні бути адекватними та оптимістичними, оскільки хворий болісно реагує на нецирість, сторонні розмови.

Особливу увагу потрібно приділяти обережному транспортуванню пацієнтів в діагностичні кабінети для подальшого обстеження та при перевертанні у постелі, виключаючи згинання, розгинання та бокові зміщення хребта. Відомо, що вторинні зміщення можуть призвести до тяжких наслідків порушення спинного мозку.

Рухові порушення внаслідок ураження спинного мозку є однією з найбільш частих причин інвалідності у хворих із захворюваннями центральної нервової системи. Серед рухових порушень переважають центральні парези і паралічі кінцівок, які зазвичай супроводжуються підвищенням м'язового тону за типом спастичності.

Основною метою нейрохірургічних втручань є проведення ранньої декомпресії спинного мозку та ефективної стабілізації пошкоджених сегментів хребта. Обрана лікувальна тактика для хворих з ХСМТ дала можливість швидко усувати нестерпні больові синдроми, швидко активізувати хворих, що в більшості випадків дозволила уникнути небезпечних для життя застійних явищ, таких, як трофічні пролежні, запальні процеси бронхо-легеневої та сечовидільної систем.

Періодичний біль у спині – це поширена проблема. Більшість випадків виникнення болю є результатом звичайних навантажень і розтягувань або дегенеративних змін, що з'являються з віком. Але іноді причиною болю може стати спінальна пухлина – злоякісне або доброякісне новоутворення, що розвивається в спинному мозку, в його оболонках або в кістках хребта.

Основними симптомами спінальної пухлини є:

- втрата чутливості або м'язова слабкість, особливо в ногах;
- труднощі при ходьбі, іноді призводять до падінь;
- знижена чутливість до болю, тепла і холоду;
- втрата функцій кишечника або сечового міхура;
- параліч, який може бути різної локалізації та ступеня тяжкості залежно того, де розташована пухлина і яку частину спинного мозку вона здавлює;
- сколіоз або інша спінальна деформація, що з'явилася внаслідок великої, але доброякісної пухлини.

У більшості органів доброякісні пухлини не становлять великої небезпеки. Але відносно спинного мозку, все може відбуватися по-іншому. Спінальна пухлина або будь-який різновид новоутворення може вражати нерви, що призводить до появи болю, неврологічних порушень, а іноді і до паралічу. Спінальна пухлина, злоякісна чи доброякісна, може загрожувати життю і викликати інвалідність. Однак досягнення в лікуванні спінальних пухлин пропонують варіанти лікування, що були раніше недоступні для пацієнтів з такими захворюваннями.

Висновки 1. Захворювання хребта належить до числа найбільш тяжких травм, яке може призвести до втрачення обсягу рухів, працездатності, інвалідизації хворого і навіть до летального результату.

2. У процесі професійної підготовки середнього медперсоналу необхідно акцентувати увагу на специфічні особливості клінічних симптомів у нейрохірургічних хворих, що в перспективі дасть змогу активніше задіювати медсестер та молодших спеціалістів до роботи в університетській клініці.

3. Урахування середнім медперсоналом особливостей клінічної симптоматики та її перебігу у хворих з ураженням спинномозкової системи дозволяє уникнути ускладнень, які у 4–6 % призводять до грубої клінічної декомпенсації, а також скоротити перед- та післяопераційний термін госпіталізації.

4. На рівні МОЗ розробити положення про міжрегіональні центри для реабілітації хворих із пошкодженням хребта та ураженням спинного мозку.

ЛІТЕРАТУРА

1. Локай Б. А. Стан та проблеми медсестринської освіти // Медсестринство. – № 1. – 2006. – 44с.
2. Цимбалюк В. І. Нейрохірургія. – Київ: «Медицина», 2008. – 60–62 с.
3. Штульман Д. Р., Левин О. С. Неврология. – Москва: "МЕДпресс-информ", 2008.
4. Meyer P. R. Jr., Cybulski G. R., Rusin J. J., Haak M. H. Spinal cord injury // Neurol. Clin. – 1991.
5. Епифанов В. А. Реабилитация больных с травмой позвоночника и спинного мозга. – М. : Медицина, 1988.
6. Бабиченко Е. И. Травматическая болезнь спинного мозга. Нейротравматология; под ред. А. Н. Коновалова, Л. Б. Лихтермана, А. А. Потапова. – М.: Вазар-Ферро, 1994.