

# ОСОБЕННОСТИ УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ В СОСТОЯНИИ КОМЫ

М.С. Новикова, Н.А. Кощеева

Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова

E-mail: FVSO@mail.ru

**Представлен процесс сестринского ухода за пациентами в состоянии комы, дан анализ кадрового состава медсестер реанимационного отделения Кингисеппской районной больницы.**

**Ключевые слова:** больной в коме, сестринские исследования, кадровый состав, сестринский уход.

В настоящее время во всем мире активно изучают пациентов в состоянии комы, их проблемы, возможности, вероятность выздоровления и возвращения к нормальной жизни (1–3). Результаты сестринских исследований и примеры из сестринской практики показывают, что индивидуальный сестринский уход (1 медсестра – 1 пациент) за такими пациентами результативнее традиционных методов ухода. В отечественной литературе нет данных, опровергающих данный вывод.

Целью исследования явилось изучение возможностей совершенствования процесса сестринского ухода за пациентами в состоянии комы. В рамках исследования мы поставили перед собой несколько задач.

1. Проанализировать процесс сестринского ухода за пациентами в состоянии комы.

2. Оценить эффективность форм и методов ухода за пациентами в состоянии комы, использующихся в отделении реанимации и анестезиологии.

3. Определить роль медсестры в уходе за такими пациентами.

4. Предложить средства совершенствования сестринского процесса в отношении пациентов в коме.

Исследование проводилось в реанимационно-анестезиологическом отделении общего профиля Кингисеппской центральной районной больницы. Кингисеппская ЦРБ – муниципальное учреждение здравоохранения, оказывающее квалифицированную медицинскую помощь населению города Кингисепп и Кингисеппского района.

Реанимационно-анестезиологическое отделение общего профиля – одно из 15 отделений больницы. В нем – 6 коек для больных с разными видами патологии. Это – взрослые больные и дети с хирургическими, травматологическими, терапевтическими, гинекологическими, кардиологическими, неврологическими, инфекционными заболеваниями. Отделение реанимации и анестези-

## Данные о медсестринском персонале по результатам анкетирования

Показатель	Число медсестер	Показатель	Число медсестер
Возраст, годы:		Состояние здоровья:	
до 30	3	хорошее	6
30–40	3	удовлетворительное	3
40–50	1	неудовлетворительное	3
>55	5		
Семейное положение:		Вредные привычки:	
замужем	12	курение	2
		переедание	7
Число детей:		Стаж работы:	
1	7	< 3 лет	1
2	3	5 лет	2
3	2	15–20 лет	4
		> 20 лет	5
Жилищные условия:		Оценка стрессогенности работы:	
отдельная квартира	11	высокий уровень стресса	12
собственный дом	1		
Материальное положение:		Удовлетворение от работы:	
хорошее	3	получаю	7
удовлетворительное	9	не получаю	2
		не знаю	3
Зарботная плата:		Возможно ли улучшение сестринского ухода	
хорошая	8	на отделении:	
удовлетворительная	4	да	6
		нет	3
		не знаю	3

ологии оснащено оборудованием отечественного и импортного производства, достаточно обеспечено лекарственными средствами и расходным материалом. Оборот койки в реанимационном отделении Кингисеппской ЦРБ – 0,8; план оборота койки выполняется на 130–135%.

Анализ кадрового состава среднего медперсонала показал, что в основном медсестры – пенсионеры, которые в любой момент могут уволиться; у медсестер в возрасте до 30 лет – не менее 5 лет трудового стажа, и только 1 медсестра работает 1 год. Однако квалификация медсестер очень высока. При наличии 17,5 ставки медсестер-анестезисток штат укомплектован лишь на 68% процентов, а в период отпусков на 1 медсестру приходится 2 поста (см. таблицу).

Главными факторами, определяющими результат лечения, являются: тяжесть заболевания; обратимость патологических изменений; сопутствующие хронические заболевания; возраст. Выживаемость больных в отделении находится в обратной зависимости от тяжести заболевания и числа пораженных органов. Чаще всего в кому впадают больные с черепно-мозговой травмой (ЧМТ), острым нарушением мозгового кровообращения (ОНМК), сахарным диабетом (СД) и отравлениями различной этиологии. За период с 2005 по 2007 г. в отделении лечились 138 больных в состоянии комы (рис. 1), вышли из состояния комы 42 (30%) человека.

В Кингисеппской ЦРБ не производится нейрохирургическое лечение больных с инсультом, а в состоянии комы они впадают при тяжелых органических поражениях головного мозга. Возраст и большое число сопутствующих заболеваний (гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, пиелонефрит) утяжеляют без того тяжелое течение болезни, что ведет к гибели больного.

Исходя из сказанного, наиболее перспективными в плане выздоровления и реабилитации представляются пациенты с ЧМТ. Были проанализированы истории болезни таких больных. Важный фактор – возраст пациентов. Как видно из рис. 2, 73% больных – люди моложе 40 лет, что значительно улучшает ситуацию, поскольку у них, как правило, нет сопутствующих заболевания в тяжелой форме.

У пациентов с ЧМТ отмечаются нарушение проходимости дыхательных путей, глотания, нарушение функции тазовых органов, нервно-трофические расстройства, нарушения терморегуляции, изменения психоэмоционального состояния.

Из 14 основных потребностей человека главные – дышать, есть, пить и выделять. Это потребности I ступени, так называемые потребности выживания. Даже их пациент в коме не в состоянии осуществлять самостоятельно, не говоря уже о потребностях II ступени, обеспечивающих безопасность и жизненные ценности: спать, быть чистым, поддерживать температуру тела на определен-

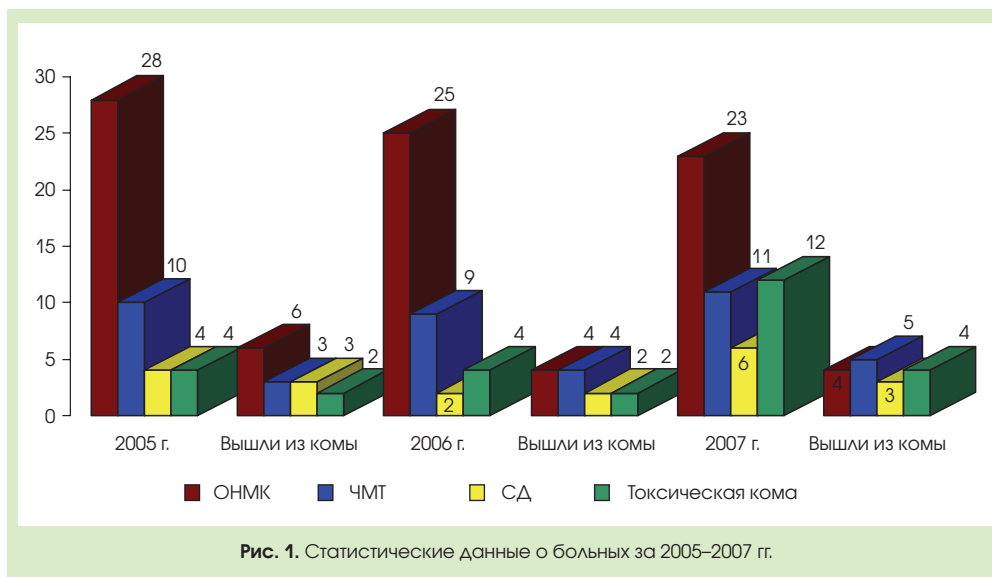


Рис. 1. Статистические данные о больных за 2005–2007 гг.

ном уровне, избегать опасности, двигаться, одеваться, общаться, учиться. Таким образом, пациент в коме полностью зависит от соответствующего стандарта неотложного ухода.

В нашем отделении уход за пациентами в коме, как и за всеми остальными, находится на достаточно высоком уровне. Практически всем больным, находящимся более 5 сут на искусственной вентиляции легких (ИВЛ), производится трахеостомия, что необходимо для качественной санации трахеобронхиального дерева (ТБД), стимуляции кашлевого рефлекса, предупреждения развития пролежней от эндотрахеальной трубки (4). Применяются все меры профилактики развития пневмонии: аспирация макроты с использованием только одноразовой посуды; постуральный дренаж; вибрационный массаж; антибактериальные фильтры на аппаратах ИВЛ; использование режима положительного давления конца выдоха (ПДКВ) при ИВЛ, и, разумеется, антибактериальная терапия. Указанные меры не позволяют развиваться внутрибольничным пневмониям, несмотря на ИВЛ, лежащее положение (застойная пневмония), общее ослабление организма, и способствуют благополучному разрешению всех пневмоний, выявленных у пациентов в коме.

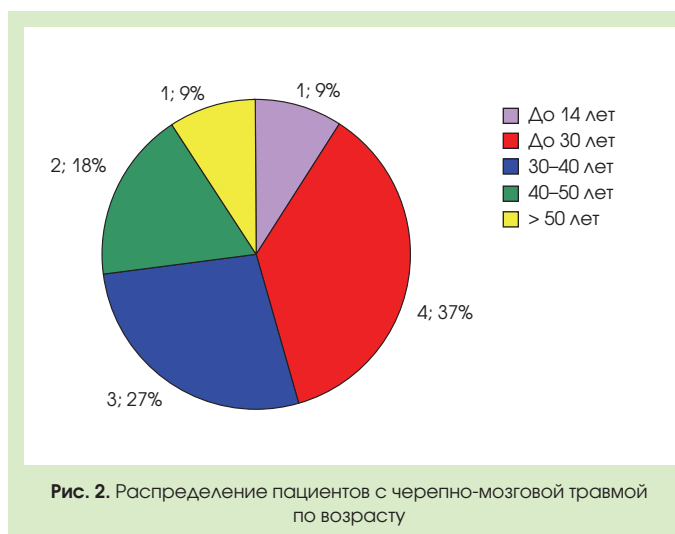


Рис. 2. Распределение пациентов с черепно-мозговой травмой по возрасту

Следующая потребность – питание. Оно также налажено по всем правилам. Кормление осуществляется через желудочный зонд, который устанавливается в соответствии с правилами и с соблюдением всех мер предосторожности. Пациентам непосредственно в желудок вводят специальные питательные смеси, которые производятся промышленным способом и специально предназначены для энтерального питания больных с расстройствами сознания и бульбарными нарушениями. Количество вводимой смеси рассчитывается с учетом индивидуальных потребностей пациента, массы и температуры его тела и калорийности питания. Кроме питательных смесей, больные получают через зонд соки, воду и лекарственные препараты в растворе.

Аналогично, с соблюдением всех правил асептики и антисептики, решается потребность выделительных функций. Реанимационное отделение в достаточном количестве оснащено разовыми катетерами Фалея, мочеприемниками, памперсами. Контролируются количество выделяемой мочи, наличие, качество и частота стула. К сожалению, несмотря на меры предосторожности, развиваются циститы и уретриты, что является серьезной проблемой для данной категории больных. В связи с этим по мере стабилизации состояния приходится отказываться от катетеров. Для мужчин используются кондомные мочеприемники, а для женщин – памперсы. Конечно, при этом гигиенические мероприятия проводятся еще тщательнее и чаще. В этих целях используются разного рода влажные гигиенические салфетки; дважды в день больных умывают и подмывают. Не менее 2 раз в сутки, а при необходимости и чаще обрабатываются глаза и полость рта.

Для данной категории пациентов важна стимуляция движения. Ее, как и все остальные проблемы, приходится решать среднему медицинскому персоналу. Массаж, периодическое изменение положения тела, придание физиологического положения конечностям – все это делают медсестры и санитарки. Реанимационное отделение располагает 2 противоположными матрасами и несколькими валиками разной формы, что немного облегчает нашу задачу. В больнице, к сожалению, практически не работает отделение ЛФК. Пассивный массаж выполняется для предотвращения застойной пневмонии только во время очередного перестилания постели и переворачивания больного и чаще – с помощью вибромассажера.

Пациенты в состоянии комы отличаются от всех прочих больных полным отсутствием возможностей самостоятельно удовлетворять свои потребности. Поэтому объем сестринской помощи очень велик.

Чтобы выяснить, может ли совершенствование сестринского процесса привести к улучшению результатов лечения, провели эксперимент. В рамках эксперимента был проведен отбор пациентов, разработан план сестринского ухода, оценено время, затрачиваемое медсестрой на манипуляции по уходу за пациентами в коме, опрошены родственники пациентов.

Хронометраж показал затраты времени на отдельные процедуры по уходу: смена постельного белья – 10 мин; уход за кожей, обтирание пациента влажными салфетками – 15 мин (дважды в день); подмывание – 7 мин (дважды в день или при необходимости чаще); уход за полостью рта – 10–12 мин (дважды в день или чаще при необходимости); организация энтерального пи-

тания – 7–10 мин 6 раз в день, если зонд уже стоит в желудке, 10–15 мин, если зонд нужно ставить; лаваж ТБД и аспирация мокроты – каждые 2 ч или при необходимости – чаще, по 6–8 мин; вибромассаж грудной клетки – 10 мин дважды в день; профилактика пролежней и обработка при их наличии – 10 мин (2 раза в день); изменение положения тела пациента каждые 2 ч – 2 мин.

Таким образом, ежедневные мероприятия только по уходу занимают в общей сложности более 4 ч при условии, что состояние больного стабильно и не возникает внештатных ситуаций. Хронометрировали действия опытной медсестры с большим стажем работы и отличными практическими навыками. Надо сказать, что у малоопытной медсестры на подобные манипуляции уходит времени в 2–2,5 раза больше. Но еще ведь необходимо выполнять назначения врача, постоянно мониторировать все жизненно важные функции; кроме того, в отделении реанимации постоянно находится 5–6 тяжелых больных, требующих постоянного внимания.

Для проведения исследования были отобраны 4 пациента с ЧМТ, средний возраст которых составил 32 года. У них по медицинским показаниям была произведена трепанация черепа, удалена внутримозговая гематома. Основными задачами эксперимента были оценка эффективности применяемых в отделении форм и методов ухода за пациентами в состоянии комы и роли медсестры в их реабилитации. Для эксперимента были отобраны:

- пациентка П., 1985 г. рождения, студентка;
- пациент В., 1989 г. рождения, безработный;
- пациент С., 1955 г. рождения, безработный;
- пациент И., 1982 г. рождения, студент.

Все 4 находились в отделении более 10 сут с одинаковым диагнозом: ЧМТ. У пациентов И., П. и В. были также переломы бедренных костей. Им всем была произведена своевременная трепанация черепа, помощь оказывали в полном объеме. Срок наблюдения определялся общим состоянием пациентов и медицинскими показаниями: у пациентки П. он составил 30 сут, В. – 10 сут, С. – 45 сут, И. – 17 сут. Исходы при аналогичной клинике и одинаковом объеме медицинской помощи оказались различными. П. выжила, хотя сочетание ее травм было достаточно тяжелым и находилась она в реанимационном отделении 30 сут. В. умер через 10 дней, пациент И. вышел из состояния комы через 12 сут. С., несмотря на благоприятный прогноз, от комы так и не оправился, перейдя в вегетативное состояние. А.И. Левшанков (2006) описывает вегетативное состояние, или апаллический синдром, как восстановление бодрствования при полной утрате познавательных функций; в отличие от комы больной открывает глаза, но отсутствуют слежение, фиксация взгляда, речь, признаки психической жизни. При этом витальные функции стабилизируются (3). Говоря о полном объеме помощи, мы имеем в виду не только лечебные мероприятия, но и удовлетворение потребностей пациента.

Решение социально-экономических и юридических проблем, связанных с лечением пациентов в вегетативном состоянии, существенно затруднено даже в странах с развитой инфраструктурой реабилитации и социального обеспечения. В России же уход за такими больными – серьезная проблема, особенно с учетом все чаще встречающегося синдрома эмоционального выгорания у сотрудников реанимационных отделений (7, 8).

Удовлетворение жизненных потребностей больных в коме полностью зависит от медсестры и качества мероприятий, проводимых в рамках сестринского процесса. Но, поскольку медсестры очень загружены, проблемы пациентов, связанные с их психоэмоциональным состоянием, как правило, остаются нерешенными. Медсестры в реанимации очень часто не разговаривают с пациентами, даже находящимися в сознании, автоматически выполняя свою работу. Это объясняется и тем, что примерно 60–65% пациентов не имеют ни сил, ни желания общаться. Что касается пациентов в коме, то, с точки зрения большинства медсестер, общение с ними просто бессмысленно.

Чтобы оценить правильность подобной точки зрения, 2 из 12 работающих в отделении медсестер было предложено общаться с пациентами в коме, разговаривать с ними, объясняя свои действия, касающиеся их. Остальные должны были продолжать работать, не вдаваясь ни в какие объяснения (рис. 3).

Больной И., 1982 г. рождения, включенный в эксперимент (диагноз: ЧМТ, перелом затылочной кости, перелом правого бедра), находился в коме в течение 12 сут. К сожалению, никаких положительных сдвигов в сознании пациента, связанных с действиями медсестер, не было замечено, но больной явно оживлялся, когда к нему пропускали мать и тетю. У последней он рос, она, по сути дела, была ему второй мамой. Тетя была настроена гораздо оптимистичнее расстроенной и постоянно плачущей матери. Она тормозила пациента, вспоминала смешные истории из его жизни, довольно громко говорила, стараясь привлечь его внимание, делала вид, что просто бундит его. И так повторялось из дня в день. Женщина приносила книжки больного, причем даже детские, но самые любимые, давала ему слушать нравящуюся ему музыку, ухаживая за ним, без остановки разговаривала с ним, давая парню понять, что ничего страшного не произошло. Постепенно ее оптимизм передался матери, она перестала плакать и тоже начала проявлять активность. Медсестры энергично им помогали. Надо сказать, что когда персонал видит заинтересованность родственников в выздоровлении их пациентов, отношения между медсестрами и больными становятся гораздо доверительнее и доброжелательнее, что, конечно же, не может не влиять положительно на состояние пациента. И действительно, состояние больного И. на глазах улучшалось. Через неделю после получения травмы в присутствии близких молодой человек впервые пошевелил пальцами рук. Это движение можно было принять за подергивание, но мать истолковала его иначе, что придало ей сил, и она стала намного активнее общаться с сыном; через 12 сут пациент вышел из состояния комы. И. вспомнил голоса 2 медсестер, общавшихся с ним, и относился к ним с особой благодарностью. Этот пациент находился в отделении реанимации еще 5 сут, за это время его состояние полностью стабилизировалось, была проведена операция остеосинтеза бедра, удале-



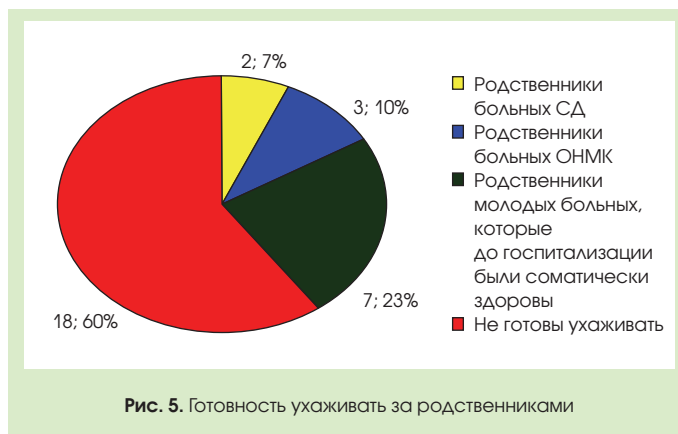
Рис. 3. Дизайн эксперимента

на поставленная ранее трахеостомическая трубка, были налажены отправления физиологических потребностей и питание. Затем больного перевели в травматологическое отделение, откуда он был выписан домой для дальнейшего восстановления.

В отделении реанимации и анестезиологии Кингсеппской ЦРБ принята тактика ведения больных в состоянии комы, позволяющая родственникам находиться рядом с больными столько, сколько они могут и хотят. Родственникам разрешено разговаривать с пациентами, ухаживать за ними, проводить совместно с медицинским персоналом гигиенические мероприятия, читать им и т.д. И часто больные с тяжелыми травмами черепа, осложненными сочетанными травмами, при, казалось бы, низких шансах на выживание, не говоря о выздоровлении, идут на поправку и приходят в сознание. В то же время, пациенты с благоприятным прогнозом после оперативного вмешательства, но без заботливых родственников, заинтересованных в их выздоровлении, медленно угасают, несмотря на проведение всех необходимых мероприятий по уходу.

Действительно, внимание и забота родственников имеют очень большое значение. Конечно, согласно модели сестринского дела, внедряемой в России, медсестры должны осуществлять уход за больными в полном объеме, не игнорируя и их психологических потребностей. Но ведь и обучение родственников уходу за близкими при условии их желания и возможностей – тоже составная часть сестринского процесса. Никакая, даже самая добрая, заботливая и опытная медсестра, не может дать пациенту такой теплоты и заботы, какую ему обеспечат родные. В связи с этим родственникам больных в состоянии комы были заданы следующие вопросы (проведение анкетирования представлялось неуместным и несколько официальным, оно могло обусловить неискренность ответов):

1. Знаете ли Вы что-нибудь о болезни Вашего родственника?
2. Хотите ли Вы узнать больше о проблемах Вашего родственника, возникших в связи с заболеванием?
3. Считаете ли Вы объем сестринской помощи достаточным?
4. Готовы ли Вы ухаживать за своим родственником?



Были опрошены 30 человек: 10 родственников больных ОНМК, 10 – больных с ЧМТ, 4 – с СД и 6 родственников алкоголиков и наркоманов.

На 3-й вопрос было получено 22 положительных ответа. 2 респондента ответили, что «ничего в этом не понимают», 5 человек – что медсестра, даже самая хорошая, не сможет ухаживать, как мать, и 1 оказался недовольным работой персонала (рис. 4).

На 4-й вопрос, к сожалению, утвердительно ответили только 12 человек: 7 – люди, чьи дети или близкие до госпитализации были молоды и здоровы соматически, 3 – родственники больных ОНМК, 2 – родственники больных СД. Остальные ссылались на занятость, страх, нежелание принимать какое бы то ни было участие в борьбе за жизнь и выздоровление своих близких (рис. 5).

Таким образом, в период пребывания в реанимации пациент воспринимается, скорее, как объект медицинского вмешательства; все общение медсестер с ним сводится к проведению медицинских процедур. Однако эксперимент показал, что такой пациент должен быть окружен самым пристальным вниманием; необходимо восполнять дефицит общения с ним, используя все средства воздействия, как вербальные (обращение по имени, разговоры, рассказы, объяснения), так и невербальные (массаж, ЛФК и пр.). Результаты эксперимента, вероятно, можно считать доказательством значимой роли медсестры в реабилитации пациентов в состоянии комы.

Исследование показало, что в отделении реанимации и анестезиологии есть возможность улучшить качество сестринского ухода. Очевидно, при полной укомплектованности штата среднего медперсонала эффективность ухода была бы значительно выше.

К сожалению, в отделении очень высок процент медсестер с синдромом эмоционального выгорания, что усложняет решение психоэмоциональных проблем пациентов в коме. Врач реаниматолог-анестезиолог К.М. Лебединский (2006) считает, что данным синдромом на разных стадиях его развития страдают 25–60% врачей и медсестер (6). Возможно, пребывание ближайших родственников больных в реанимационном отделении кажется неуместным, но надежда на улучшение состояния здоровья пациентов, позволяет идти на подобные меры. Медсестра в данном случае выступает в роли координатора действий родственников.

Таким образом, для улучшения качества сестринского ухода за пациентами в состоянии комы необходимо:

- укомплектовать штат медсестер;
- разъяснить медсестрам необходимость общения с пациентами в состоянии комы, как и с другими больными;
- обучить медсестер приемам координации действий родственников по уходу за их близкими.

#### Литература

1. Зильбер А.П. Клиническая физиология в анестезиологии и реаниматологии. – М.: Медицина, 1984. – 480 с.
2. Интенсивная терапия. Перевод с англ. доп. // Под ред. А.И. Мартынова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1998. – ISBN 5-88816-025-3. The ICU book // Paul L. Marino. – Philadelphia: Williams & Wilkins. – 640 с.
3. Ключко Н.П. К вопросу о ранней психологической реабилитации нейрохирургических больных. Режим доступа к изд.: [//www.psychology.ru/lomonosov/tesises/iq.htm](http://www.psychology.ru/lomonosov/tesises/iq.htm)
4. Лебединский К.М., Мазурок В.А., Решетова Т.В. Врач анестезиолог-реаниматолог: проблема психолого-педагогического обеспечения профессиональной деятельности. – М., 2006.
5. Левшанков А.И. Анестезиология и реаниматология. Учебник для средних медицинских учебных заведений. – СПб.: СпецЛит, 2006. – 847с.
6. Одерышева Е.Б. Синдром «эмоционального выгорания» и его профилактика в деятельности медицинского работника // Сестринское дело и высшее сестринское образование в XXI веке. Проблемы и перспективы: труды Международной науч.-практич. конф. – СПб., 2005.
7. Свиридов С.В. Санация трахеобронхиального дерева у больных в отделениях реанимации и интенсивной терапии // Медицинская сестра. – 2006; 3.
8. Скугаревская М.М. Синдром эмоционального выгорания // Медицинские новости. – 2002; 7: 3–9.
9. Туркина Н.В., Петрова А.И. Сестринский процесс в реабилитации пациента после инсульта // Медицинская сестра. – 2006; 4.

#### THE SPECIFIC FEATURES OF CARE OF PATIENTS IN COMA M.S. Novikova, N.A. Koshcheyeva

I.I. Mechnikov Saint Petersburg State Medical Academy

The paper outlines a process in the nursing care of patients in coma and analyzes the nursing staff composition in the intensive care unit of the Kingisepp district hospital.

**Key words:** a patient in coma, nursing studies, staff composition, nursing care.