

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К АКТИВИЗАЦИИ ПАЦИЕНТОВ, ДЛИТЕЛЬНО НАХОДЯЩИХСЯ НА ПОСТЕЛЬНОМ РЕЖИМЕ

**Е.Н. Якушева<sup>1</sup>, И.В. Авдеева<sup>2</sup>, А.Н. Полторацкий<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Белгородская центральная районная больница,

<sup>2</sup>Городская больница №2, Белгород

<sup>3</sup>НИИ онкологии им. Петрова, Санкт-Петербург

**E-mail:** ekaterina\_medfak@mail.ru

**Представлены роль и задачи медсестры, осуществляющей уход за пациентами, длительно находящимися на постельном режиме.**

*Ключевые слова:* роль медсестры, активизация пациентов, уход, длительный постельный режим.



Активизация пациентов, длительно находящихся на постельном режиме, – весьма актуальная задача. Обездвиженность способствует развитию многих серьезных осложнений, которые сами по себе являются заболеваниями, способствующими инвалидизации.

Нередко вынужденное длительное пребывание в постели не связано с медицинскими показаниями, противоречит воле человека, является искусственным состоянием [5] (например, пребывание в постели вследствие перелома шейки бедра при отсутствии хирургического лечения).

Целью социально-экономических, медицинских, психологических и других мероприятий в отношении таких больных должно быть предупреждение развития патологических процессов, приводящих к стойкой утрате трудоспособности, социальной дезинтеграции человека. Поэтому наряду с медикаментозным сопровождением необходимы меры, способствующие социальной адаптации, и в этом главная роль отводится медсестре, так как именно она обеспечивает круглосуточное

наблюдение больного, выполняет назначения врача.

В условиях стационара медсестра практически постоянно находится в непосредственном контакте с пациентами, и от качества ее работы во многом зависит успех активизации.

В сестринском деле гармонично сочетаются творческий подход и научная обоснованность процедур, использование соответствующих пособий, бесед, умение защитить пациента от обуревающих его негативных мыслей и чувств [3]. Насколько медсестра способна пользоваться этими методами, зависит от ее квалификации, опыта, психологической подготовки, наличия профессионально значимых морально-нравственных качеств. Она должна быть отзывчивой, коммуникабельной, внимательной, решительной, проявлять терпение, поддерживать пациента.

Современные подходы к активизации пациентов, длительно находящихся в постели, предусматривают: обеспечение достоинства пациента; среды, максимально приближенной к обычной; максимально приближенного к обычному образу жизни; максимально возможной физической активности; моделирование жизненных функций (питание, туалет и т.д.) с целью максимального их приближения к физиологической норме.

### **Активизация пациентов при нарушениях функций сердечно-сосудистой системы**

Отсутствие даже минимальных нагрузок у людей, длительно пребывающих на постельном режиме, приводит к нарушению работы сердечно-сосудистой системы (застойные явления, прогрессирование сердечной недостаточности, сгущение крови, образование тромбов, снижение артериального давления – при вертикализации пациента).

Активизация заключается в постепенном переводе пациента в вертикальное положение, изменении положения тела в постели, обеспечении возвышенного положения нижних конечностей и их массажа, достаточного водного режима (30 мл/кг/сут при отсутствии противопоказаний), что снизит риск образования тромбов и частоту применения

эластичных бинтов. Если нет противопоказаний, необходимо применять гимнастику для ног. Особенно эффективны упражнения «Велосипед» – лежа на спине, надо поднять согнутые в коленях ноги под углом 90° и имитировать движения езды на велосипеде, а также «Ножницы» – в положении лежа вытянутые ноги приподнять на высоту 30–40 см и делать ими крестообразные движения; повторяют упражнение 20–25 раз.

При выполнении упражнений главное – не их количество и интенсивность, а регулярность. Должен соблюдаться строгий цикл: нагрузка и расслабление.

### **Активизация пациентов с нарушениями в дыхательной системе**

При длительном пребывании в положении лежа может прогрессировать дыхательная недостаточность, развиваться застойная пневмония, усилиться кислородное голодание.

Для профилактики осложнений такого рода необходима дыхательная гимнастика (активная и пассивная). Положительное действие оказывают надувание резиновых игрушек, воздушных шариков, перевод пациента в полугоризонтальное/вертикальное положение не менее 3–4 раз в день по 30–60 мин; при возможности используют неглубокий массаж грудной клетки; кормят пациента в положении сидя/полусидя или через зонд. Полезно пребывание на свежем воздухе (больных вывозят на кровати/коляске на улицу) [1]. Возможно применение дыхательной гимнастики по А.Н. Стрельниковой. Например, упражнение «Погончики»: исходное положение – лежа на спине, руки сжать в кулаки и разместить их на уровне талии; на вдохе резко выбросить руки вниз, разжать кулаки и растопырить пальцы; «погоны» – мышцы плеч, предплечья и кистей – в это время должны испытывать напряжение; 1-я серия – 8 вдохов-выдохов с 3–4-секундной паузой, всего 12 серий. Если у пациента травмирована (или парализована) рука, упражнение «Погончики» делают здоровой рукой, но больную тоже постепенно и осторожно разрабатывают (сначала – мысленно).

Абсолютными противопоказаниями для применения дыхательных упражнений являются грубые нарушения функций сердечно-сосудистой системы, артериальное давление с тенденцией к падению, сердечные аритмии, сопровождающиеся тяжелой сердечной недостаточностью.

### **Активизация пациентов с заболеваниями желудочно-кишечного тракта**

Отсутствие активных движений при длительном пребывании в постели приводит к снижению тонуса желудочно-кишечного тракта, особенно толстой

кишки, что ведет к запорам. Распространенность запоров среди лиц старше 60 лет – от 30 до 60%; у пациентов с ограничением физической активности она достигает 80% [7]. Лежачие пациенты вынуждены совершать дефекацию в необычном и трудном положении, часто – в присутствии посторонних лиц, что способствует подавлению позывов на дефекацию. Некоторые произвольно задерживают дефекацию, так как стесняются обратиться за помощью к посторонним, и развивается каловая интоксикация. Через несколько месяцев лежания желудочно-кишечный тракт становится очень восприимчивым к изменениям диеты и к инфекции, т.е. у таких людей быстрее возникают нарушения пищеварения, так называемый синдром мальнутриции, ускоряющий наступление старческого одряхления, при котором многократно увеличивается зависимость пожилого человека от посторонней помощи, развиваются другие гериатрические синдромы, прежде всего – синдромы падений, нарушений походки, гипомобильности [8].

Необходимо создать комфортные условия для осуществления акта дефекации в положении сидя. Согласно мнениям экспертов, пациенты, длительно находящиеся на постельном режиме, нуждаются в рационе с высоким содержанием пищевых волокон, в приеме достаточного количества воды. Хороших результатов удается достичь у лиц, получающих не менее 30 г клетчатки в сутки [9]. Насыщать рацион дополнительной клетчаткой необходимо постепенно, чтобы не провоцировать избыточное газообразование. Безопасная скорость повышения содержания пищевых волокон в рационе пожилого больного – 5 г в неделю [10]. Необходимы также ежедневный массаж живота и выполнение комплекса упражнений для профилактики запоров: а) согнуть ноги в коленях и суставах таза, подтянуть к животу, через несколько минут опустить; б) максимально надуть живот, затем расслабить; в) втянуть живот, сохранять это положение несколько секунд, затем расслабиться.

### **Активизация пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата**

Отсутствие двигательной активности у пациентов, длительно сохраняющих положение лежа, ведет к снижению мышечной массы (саркопении), которое может составлять при полной неподвижности до 3% общей мышечной массы в сутки. Это означает, что чуть больше чем через месяц постоянной неподвижности у человека произойдет полная атрофия мышц, и он, даже если появится такая возможность, без посторонней помощи двигаться уже не сможет.

Неподвижный образ жизни, вынужденное длительное пребывание в постели способствуют бы-

строй потере костной массы, что значительно повышает риск переломов [4]. Снижение мышечной активности влечет за собой ограничение подвижности суставов, в результате чего возникают контрактуры. Для предупреждения развития перечисленных состояний следует принять такие меры:

- как можно раньше начать занятия гимнастикой в виде активных и пассивных упражнений, затрагивающих по возможности все суставы и мышцы, особенно те, которые находятся в малоподвижном состоянии;
- обеспечить максимально возможную активность с введением элементов силовой гимнастики;
- при параличе мышц или иммобилизации конечности гипсовой повязкой обеспечить конечности правильное положение (соответствующее среднему физиологическому);
- принять меры к уменьшению боли в суставах и прилегающих к ним частях конечности;
- для профилактики контрактур суставов кисти можно применить специальный конус, обшитый мягкой тканью.

Следует помнить, что необходимо избегать грубых насильственных пассивных движений, вызывающих боль и рефлекторный мышечный спазм.

#### **Активизация пациентов с нарушениями функций мочевыделительной системы: инконтиненцией (недержание) и задержкой мочи**

При длительном пребывании в горизонтальном положении моча дольше задерживается в лоханке, что способствует развитию инфекционного процесса, а затем – и образованию камней в почках и нарушению оттока мочи. Причинами задержки мочи могут быть также заболевания центральной нервной системы (опухоли головного и спинного мозга, травматические повреждения спинного мозга, истерия, последствия инсультов) и заболевания мочеполовых органов (аденома, рак, абсцесс, атрофия, простатит, опухоли и др.). При задержке мочи необходима катетеризация мочевого пузыря. Другая проблема лиц, длительно пребывающих на постельном режиме, – недержание мочи, одна из причин которого – слабость мускулатуры тазового дна.

В таких случаях используют памперсы или абсорбирующее белье для взрослых. Чтобы определить степень недержания мочи (легкая, средняя, тяжелая) и подобрать изделие медицинского назначения (ИМН) с подходящей степенью впитываемости, было разработано мобильное приложение SeniControl App, в котором задействован специальный алгоритм. При регулярном введении в приложение необходимых данных спустя 3 дня компь-

ютер выдает информацию о степени недержания мочи, рекомендуемых ИМН и оптимальном их количестве в сутки. Такой мобильный дневник микций копит информацию, полезную не только для выбора подходящего продукта (что часто является большой проблемой), но и для создания базы статистических данных, которые можно использовать для облегчения постановки или уточнения диагноза, планирования помощи и контроле расходов, связанных с покупкой соответствующих ИМН [6].

Профилактике недержания мочи способствуют упражнения Кегеля для мышц тазового дна и тренировка мочевого пузыря как 1-я линия подхода к лечению всех форм этой патологии. Эти меры могут существенно облегчить симптомы у пациентов, длительно пребывающих на постельном режиме, в том числе у пожилых людей, у которых многие годы были проблемы с мочевым пузырем.

Тренировать мочевой пузырь между актами мочеиспускания следует с помощью конкретных упражнений. Сначала мочатся часто, затем постепенно увеличивают интервалы до 3–4 ч. Установив примерный режим мочеиспускания, необходимо предложить больному мочеприемник, и, если получается мочиться самостоятельно, следует отказаться от памперсов.

#### **Активизация пациентов с нейротрофическими нарушениями**

Проблема профилактики и лечения пролежней и сегодня актуальна. Участки тела над костными выступами, которые соприкасаются с твердой поверхностью, наиболее подвержены образованию пролежней. Чаще всего они локализуются на крестце, седалищных буграх, лопатках, затылке, пятках и локтях, на бедрах в области большого вертела, коленях и лодыжках.

В решении проблемы пролежней наиболее важно повысить эффективность и совершенствовать методы их профилактики. Для успешности консервативного лечения необходимо переворачивать пациента в кровати через каждые 2 ч. Большое распространение получили средства снижения давления на тело и обеспечивающие прерывность его воздействия (специальные кровати, матрасы, подушки и прокладки, которые заполняются пеной, водой, гелем, воздухом или их комбинацией). Они способны равномерно распределять давление по площади тела, снижая давление на конкретные участки. Благодаря особой, специально разработанной форме они поддерживают оптимальное положение позвоночника, что очень важно для людей, длительно находящихся на постельном режиме. Местное лечение формирующейся пролежневой язвы вклю-

чает в себя тщательный туалет области измененной кожи. Необходимо осуществлять вертикализацию пациента (постепенный переход из горизонтального положения в вертикальное), что возможно благодаря ортопедической кровати или вертикализаторам.

Срок реабилитации у людей с заболеваниями нервной системы после длительного пребывания в постели увеличивается в 4–5 раз. Длительно лежащие больные часто страдают социальной «одичалостью», т.е. потерей навыков поведения в обществе, особенно это касается пожилых людей и лиц с проявлениями умственной отсталости, которая всегда на фоне обездвиженности склонна к прогрессированию. Общение с пациентом, находящимся в положении лежа всегда происходит «на разных уровнях»: пациент лежит, а тот, кто с ним общается либо сидит, либо стоит. Невозможность правильно воспринимать окружающее, отсутствие обычных раздражителей (солнечный свет, звуки природы, запахи, воздух и т.д.), невозможность видеть мир с вертикальной точки зрения, с высоты человеческого роста, усугубляют нарушения психики, что может выразиться в удушье, нехватке кислорода, синдроме замкнутого пространства. Нарушается нормальный суточный ритм, возникают бессонница, агрессия, появляются или усиливаются синдромы дезориентации в месте, времени, собственной личности и пространстве.

На данном этапе задача медсестры – смоделировать образ человека, максимально приближенный к его привычному, домашнему образу, сформировать открытую среду для общения с пациентом, создать ему условия для активной умственной, творческой деятельности. Девиз работы с лежачим больным – «От ухода – к активизации». Следуя этому девизу, для достижения цели необходимо использовать разные формы трудотерапии.

Трудотерапия способствует улучшению физического и психического состояния пациента. Она подбирается индивидуально в соответствии с потребностями пациента, с учетом его психического и физического состояния, возраста, увлечений, навыков и самочувствия. Главная ее задача – адаптация пациента к нормальной жизни, обретение им если не полной, то хотя бы частичной самостоятельности и максимальной независимости. Безусловно, пациент выполняет все действия в силу своих возможностей.

Выделяют следующие формы трудотерапии:

- эрготерапия – трудовая терапия; возможно выполнение разной работы – вышивание крестиком, вязание спицами, крючком;
- арт-терапия – пациенты могут продемонстрировать свои способности к изобразитель-

ному искусству (раскрасить рисунок, лепить из пластилина или глины);

- музыкотерапия – здесь возможны 2 формы: активная (пациенты поют, играют на инструментах) и пассивная (только слушают);
- кинезотерапия – терапия движением; используются простые упражнения – глубокие вдохи, повороты шеи, взмахи руками и ногами и пр.;
- книготерапия: активная (пациент сам читает), пассивная (ему читают); важен подбор литературы с учетом пола, вкуса, тяжести заболевания;
- хореотерапия, или терапия танцем – выполнение упражнений под музыку;
- людотерапия – игры и развлечения – разгадывание кроссвордов, головоломок, ребусов, игра в шашки, шахматы;
- лесотерапия – лесные прогулки;
- фильмотерапия – просмотр фильмов времен молодости пациента;
- кулинарный тренинг – пациент должен приготовить какое-то блюдо (намазать на хлеб масло, положить ветчину и т.д.);
- тренинг на чувство реальности – тренируют пространственно-временную ориентацию (выясняют сегодняшнюю дату; спрашивают пациента, где он находится, просят назвать адрес, имена ближайших родственников и степень родства; полезен совместный просмотр фотографий).

Необходимо также гигиеническое обучение.

В ходе общения следует инструктировать пациента и при необходимости помогать ему в выполнении заданий. Не стоит оставлять пациента одного; важно помнить, что выполняя задание вместо пациента, мы ускоряем этим потерю им должных навыков. Важно делать все для того, чтобы пациент мог дольше оставаться самостоятельным и благодаря этому чувствовать себя полноценным членом общества [2].

Таким образом, длительное пребывание пациентов на постельном режиме обуславливает развитие полиорганных нарушений, существенно ухудшает исход основного заболевания, способствуя инвалидизации, приводя к стойкой утрате трудоспособности, развитию социальной дезадаптации. Следует помнить об этом и пытаться организовать жизнь больных, обеспечивая их максимально возможную активизацию в пределах клинической разумности, сокращать сроки их пребывания на постельном режиме, используя раннюю мобилизацию. Это диктует необходимость создания четкого алгоритма активизации таких пациентов.

### Литература

1. Алашеев А.М. Полиневромиопатия критических состояний. А.М. Алашеев, А.А.Белкин. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2013; 7 (1): 12–20.
2. Вжос Е. Активизация пациента с деменцией в домашних условиях. *Форум*. 2016; 3 (11): 31–2.
3. Зеленцова Л.А. Роль медицинской сестры в мультидисциплинарной бригаде сосудистого центра. *Главная медицинская сестра*. 2012; 9: 33–8.
4. Кругляк Л. Остеопороз. Тихая эпидемия XXI века: пособие. С-Пб.: Крылов, 2009; 58.
5. Прощаев К.И. Проблема лежачих пациентов в стационарных социальных учреждениях. *Материалы IV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социальная геронтология»*. 2015; 128.
6. Хромински П. Инконтиненция и преодоление табу благодаря новым технологиям. *Форум*. 2016; 2 (10): 17–8.
7. Gallagher P. Constipation in old age. P. Gallagher, D. O'Mahony. *Best Pract Res Clin Gastroenterol*. 2009; 23 (6): 875–87.

8. Rosin A.J. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research. A.J. Rosin, Y. van Dijk. *J. Med. Ethics*. 2005; 31 (6): 355–9.

9. Voderholzer W. A. Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation. W. A. Voderholzer, W. Schatke, B. E. Muhldorfer. *Am. J. Gastroenterol*. 1997; 92 (1): 95–8.

10. Wasserman M. The Latin-American consensus on chronic constipation. M. Wasserman, C. Francisconi, K. Olden. *Gastroenterol Hepatol*. 2008; 31: 59–74.

### CURRENT APPROACHES TO MOBILIZATION OF LONG-TERM BED REST PATIENTS

E.N. Yakusheva<sup>1</sup>, I.V. Avdeeva<sup>2</sup>, A.N. Poltoratsky<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Belgorod Central District Hospital

<sup>2</sup>City Hospital Two, Belgorod

<sup>3</sup>Prof. N.N. Petrov Research Institute of Oncology, Saint Petersburg

**The paper sets out the role and tasks of nurses caring for long-term bed rest patients.**

**Key words:** a nurse's role, patient mobilization, long-term bed rest.