

FRI-2G.104-1-HC-04

NURSE LIKE A PART OF MULTIFUNCTIONAL TEAM TAKING CARE OF PATIENTS WITH MULTIPLE SCLEROSIS ¹⁴

Teodora Gaytandzhieva

UMBAL "Medika" Ruse OOD,
Senior nurse in a department of nerve diseases
Phon.: +359898682002
E-mail: tedigay@abv.bg

Tatyana Balcheva

UMBAL "Medika" Ruse OOD,
Nurse in a department of nerve diseases
Phon.: +359897393361
E-mail: tatyana.balcheva@gmail.com

***Abstract:** Multiple sclerosis (MS) is a demyelinating disease. This damage disrupts the ability of parts of the nervous system to communicate, resulting in a range of signs and symptoms, including physical and mental problems. Symptoms can include blindness in one eye, muscle weakness, decreased muscle tone, abnormal sensation, or trouble with coordination. The nurse is a part of multifunctional team taking care of patients with multiple sclerosis. Emotional support, prevention of complications, skin care and pain control are part of the tasks the team has to deal with.*

***Keywords:** Multiple sclerosis, disease, demyelinating disease, nurse, multifunctional team.*

ВЪВЕДЕНИЕ

Мултиплена склероза е заболяване, което е описано за пръв път от д-р Джийн Шарко през 1868 година. Още от това време клиничните и патологичните характеристики описани от него: интенционен тремор, сакадирана реч и нистагъм се обединяват под общото название „Триадата на Шарко“. След проведена аутопсия, той идентифицира зони с втвърдени плаки и нарича болестта sclerosis in plaques (Shotekov, P., 2010).

Мултиплената склероза е тежко заболяване. Тя поражда предимно млади хора на възраст между 20 и 40 години. Като аутоимунно заболяване с прогресиращ и пристъпно-ремитентен характер, Мултиплената склероза за сега няма адекватно медикаментозно лечение, което да обърне процеса на демиелинизация.

Всеки ден по 7 души в света заболяват от МС и приблизително 2.5 милиона страдат от нея. В най-голяма степен болестта засяга жени от европейска раса и хората от умерените климатични зони. Всяка година у нас се разболяват от коварната болест средно 80 души.

Статистически, България е в средната рисковата зона на заболяемост от Множествена склероза- между 5 и 30 човека на 100 000 население. По неофициални данни болните от МС в България са 5000. Известно е, че броят на диагностицираните с МС непрекъснато нараства. По последни данни те се увеличават с около 200 човека на година, като най-младият е 10 годишен. Първите симптоми се появяват в млада възраст, като по-често боледуват жените, като съотношението е от 2:1 до 3:1. Статистиката не важи обаче за човека с поставена диагноза: Множествена склероза. При него тя е 100% и трябва да се научи да се справя със симптомите и да ги управлява с помощта на мултидисциплинарен екип специалисти (Partridge C., 2002).

¹⁴ Докладът е представен на пленарната сесия на 27 октомври 2017г. с оригинално заглавие на български език: СЕСТРАТА КАТО ЧАСТ ОТ МУЛТИДИСЦИПЛИНАРНИЯ ЕКИП, ОБГРИЖВАЩ ПАЦИЕНТИ С МНОЖЕСТВЕНА СКЛЕРОЗА

ИЗЛОЖЕНИЕ

Етиологията на МС остава неизяснена. Поради увеличаващите се случаи и постепенното предвиждане на болестта сред етноси, които преди не са боледували, се водят усилен проучвания, с цел да се изясни произхода на това коварно заболяване.

Появата на първите симптоми на МС е около 30 годишна възраст. Клиничното протичане се характеризира с пръснатата увреда на различни неврологични симптоми. Симптомите могат да се появят изолирано или в комбинация (30 до 50% от случаите) (Shotekov, P., 2010).

Симптомите се разделят в следните групи:

1. Сензорни - пълна анестезия обикновено не се наблюдава, но може да има зони с нарушение на усета. По-обичайна е промяната в усета като: парестезии, изтръпване на лице, тяло или крайник. Дълбоката сетивност също може да бъде нарушена.

2. Болка - над 80% процента от пациентите изпитват болка, като 55% от тях изпитват клинично значима болка. Почти половината от тях преживяват хронична болка.

3. Нарушение в зрението - 80% от пациентите с МС имат някаква форма на увреждане на зрението.

4. Моторни нарушения, присъщи за увреждане на горния моторен неврон.

5. Слабост.

6. Спастичност - спастичността на крайниците се проявява в 75% от случаите. Тя може да е от лека, до много тежка, в зависимост от типа и прогресията на болестта, както и от мероприятията, които се провеждат, за нормализиране на мускулния тонус.

7. Координация и баланс - демиелинизацията в ЦНС предзвизква: атаксия, тремор, може да предизвика хипотония или слабост на трупа. Увреждането на малкия мозък може да доведе до вестибуларни нарушения. Пациентите могат да изпитат замаяност, вертиго, наусея и др. Симптомите се засилват при движение на глава или очи.

8. Походка и мобилност - походката обикновено е нарушена, поради абнормалния мускулен тон, лош баланс или координация.

9. Нарушена реч и преглъщане.

10. Когнитивни симптоми могат да се проявят при поне 50% от пациентите.

11. Депресия и емоционалност.

12. Проблеми с пикочния мехур, поради МС могат да доведат до влошена хигиена и инфекции на пикочните пътища и пикочния мехур.

13. Нарушена дефекация и контрол върху тазовото дъно - констипацио, инконтиненция и възможни възпаления и инфекции.

14. Нарушена сексуална функция - 91% от мъжете и 72% от жените (O'Sullivan S., Schmitz T., 2001).

Лечението на МС е продължително, сложно и не води до излекуване от болестта. Лечението на МС бива: медикаментозно, с преформирани и естествени физикални фактори, кинезитерапия, масаж, ерготерапия, психо-социално. Лечението на Мултиплената склероза се провежда от мултидисциплинарен екип: лекари специалисти, медицински сестри, рехабилитатори, ерготерапевти, психолози, социални работници, болногледачи. Целта на тези екипи е забавяне на прогресирането на МС, удължаване на ремисията между пристъпите, повишаване качеството и продължителността на живота (O'Sullivan S., Schmitz T., 2001).

Задачи на мултидисциплинарните екипи, работещи с пациенти с МС:

- повишаване на психо-емоционалния тонус на пациентите;
- профилактика на проблеми с чувствителността на кожата и зрителните нарушения;
- понижаване и нормализиране на мускулния тон;
- повишаване на силата на спастичните мускули и незасегнатите мускули;
- обучаване в ползване на адекватни помощни средства;
- изграждане на компенсаторни механизми при ежедневни дейности, ако болестта е напреднала много;

- понижаване на болката;
- съставяне на адекватна програма от упражнения и саморазтягания;
- подобряване на баланс, координация;
- подобряване на дихателната функция;
- грижа за кожата и декубитални рани, ако има такива (Jarrett L., Stevenson V., 2016).

Средства при решаване на различните задачи.

При МС проприоцепцията може да бъде нарушена. При дефицити в дълбоката сетивност, пациента започва да разчита повече на други сензорни системи като зрение. Както се спомена, зрението също може да е намалено или променено. Осветлението в дома трябва да е адекватно, за да се предотвратят падания. Важни и опасни предмети - ножове и други остри предмети, мебели, прагове, стълби и др. трябва да се оцветят в ясно различими от болния цветове. Понякога при наличие на двойно виждане, може да се слага превръзка на едното око, за да може болния да чете или да се придвижва, но това не трябва да става ежедневна практика за целия ден. При поставяне на превръзка се губи перспективата и виждането в дълбочина, което може да доведе до падания. Също така се отнема възможността ЦНС да се адаптира към двойното виждане. Използването на това помощно средство трябва да е умерено (Greenwood R. and team, 2002).

Нарушения усет за допир, повишената спастичност на скелетната мускулатура, може да доведе до понижена мобилност между различните тъканни слоеве при залежаване, заседяване и т.н. може да е предпоставка за формиране на декубитални рани.

Важно средство в борбата с декубиталните рани е консултацията и най-вече обучението на близките на болния и самия болен от специалист по здравни грижи за опасността от формирането на тези рани, както и за тяхната профилактика. Една такава консултация и отделено време за обучение на пациента и хората, които го обгрижват, може да понижи риска от поява на такива рани с над 50%.

Основни точки, които трябва да се обяснят на пациентът и неговото семейство:

- да се посочат местата, където се формират декубитални рани;
- да се обясни, че причина за образуването им е лошата грижа;
- да се извършва ежедневна хигиена на кожата: подсушаване, талкиране, масаж;
- да се носят дрехи от естествени материали, които попиват влагата и „дишат“;
- да се обучат близките да различават и разпознават началните стадии на формиране на такива рани;
- редовно обръщане в леглото на 2-3 часа или ставане от инвалидния стол на 15-20 минути;
- да се обучат внимателно да трансферират болния от легло в инвалидна количка, без да се нарушава целостта на кожата;
- използване на рингове, специални антидекубитални матраци;
- при формиране на декубитални рани да се обърнат към лекар (Shotekov, P., 2010).

При формирана декубитална рана хигиената е от съществено значение.

Общоразвиващи упражнения за подобряване на циркулацията и активизиране на пациента в зависимост от мускулния тонус. Възможно е да се използва лек класически масаж около ръбовете на раната под формата на оточно поглаждане и леко разтриване. Всички тези мероприятия не трябва да повишават температурата на пациента.

Болката съпътства болните от Мултиплена склероза и нейното адресиране играе важна роля. Пациент страдащ от болка има ниско качество на живот, не може да изпълни различните упражнения и автостречинги, предписани му за изпълнение в домашна обстановка. Не може да се грижи сам за себе си, нито да изпълнява качествено поставените задачи на работното място/ или домакинство.

Можем да разделим болката на 4 групи:

1. Болка, причинена директно от МС.

2. Болка, причинена от симптомите на МС.
3. Болка, причинена от различни лекарства, които приема болния с МС.
4. Болка, независима от МС (O'Sullivan S., Schmitz T., 2001).

Важна роля във формирането на преживяването на болката играе емоционалното състояние на пациента (според Невроматричната теория за Болката на Мелзак). Нивото на грижа, създаване на чувство за независимост в дребни ежедневни задачи, позитивни и повишаващи емоционалното състояние команди по време на изпълняване на елементарни движения, извършване на нежен и нетравмиращ масаж, хидротерапия (вана) с индиферентна или хладка температура на водата, музикотерапия, релаксиращи автогенни техники, дори обикновен разговор от специалист, който да покрепи и насърчи пациента, а не да го плаши и да създава чувство за слабост и ранимост, могат да са от полза при преживяването на хроничната болка от пациенти с МС. Важна компонента от формирането на болката е също и лишаването на пациента от така нужния сън. Пациенти, преживяващи хронична болка, които не успяват да спят спокойно и достатъчно, преживяват болката по тежко и имат повишена субективна чувствителност към различните дразнителни фактори, които могат да накарат мозъка да формира усещането за болка (Partridge C., 2002).

Болката по същество е сложна и все още недобре разбрана. Мултиплената склероза, като заболяване, също е сложна и недобре изучена. Комбинацията МС+ Болка може наистина да е предизвикателна, но с подходяща подкрепа от страна на екипа, създаване на позитивно емоционално състояние и понижаване на страха. Мултидисциплинарният подход за адресиране на болката при МС е от съществено значение.

Препоръки за профилактика на МС:

1. Първична профилактика.

Поради неустановената етиология на заболяването не може да се назове конкретни профилактични мероприятия срещу МС. Хора с фамилна история на заболяването би следвало да ограничат стреса, да се подлагат на закалителни процедури, за да се предпазят от различни инфекциозни заболявания. Хигиената трябва да е на високо ниво, както и да се извършват редовни профилактични прегледи. Редно е да се провеждат Програми за информиране на обществото какво представлява болестта МС (Greenwood R. and team, 2002).

2. Вторична профилактика.

Ранното откриване на заболяването, диагностицирането и определяне на неговата форма са от особена важност. Социална и психологическа подкрепа за болния и за семейството му. Предоставяне на качествено обучение и адекватна информация на болния, това какво може да прави, в една позитивна светлина, за да не страда качеството му на живот. Насърчаване на болния да не се отказва от активна трудова дейност, при условие, че тя не го стресира и не води до прегряване. Осигуряване на адекватна тренировъчна програма, която да е проектирана индивидуално за нуждите и дефицитите на пациента. Редовно провеждане на амбулаторно и санаториално лечение, за да се забави заболяването и да се удължи периода на ремисия (Greenwood R. and team, 2002).

3. Третична профилактика.

Подбиране на подходящи помощни средства. Ограничаване на факторите водещи до влошаване на заболяването. Профилактика на вторично придобити заболявания. Индивидуална работа като се използват всички възможни средства за подобряване на неговото общо състояние. Изграждане на компенсаторни навици, обучаване в трансфериране от инвалиден стол в легло и обратно, а ако пациента не може сам, да се обучават негови близки или болногледачи. Недопускане на формиране на декубитални рани, застойни явления, инфекции на пикочен мехур и пикочни пътища, констипация. Извършване на ежедневни мероприятия за нормализиране на мускулния тонус, запазване и повишаване на обема на движение. Повишаване на психоемоционалния тонус на пациента. При проблеми с преглъщане и хранене, обучение на болногледачите и семейството. Обучаване в дихателни упражнения, които да предотвратят застойните процеси в белите дробове. Психосоциална подкрепа от страна на социален работник и психолог. От изключително значение е

разработването на различни стратегии, с които пациента да запази някакво ниво на независимост и самочувствие (Greenwood R. and team, 2002).

Множествената склероза е хронично, автоимунно заболяване на централната нервна система, което засяга хора в млада възраст. 75% от жертвите на болестта спират да работят, а половината от тях имат нужда от помощни средства /бастун, проходилка или инвалидна количка/ и това в рамките на 15 години след поставяне на диагнозата. Болестта предизвиква затруднено ходене, депресия, нарушено зрение, сексуална дисфункция. С около 10 години намалява продължителността на живота (Shotekov, P., 2010).

ИЗВОДИ

Множествената склероза е сериозно заболяване, което влошава качеството на живот на пациентите и медицинската сестра трябва да го познава в детайли, за да е в състояние да полага адекватни сестрински грижи и да заеме своето място в екипа.

Най-добър ефект се постига, когато се работи мултидисциплинарно (лекар, специалист по здравни грижи, кинезитерапевт, психолог, ерготерапевт, логопед, социален работник) със съдействието на семейството и при пълна яснота за затрудненията, които болният среща в домашната, професионалната среда и в обществото.

Упражняването на сестринската професия през последните години се основава именно на подхода, който позволява избора на философия, създава възможности за индивидуален подход към пациента, задължава медицинските сестри да провеждат разговори и обучения на пациентите, както и да вземат решения в сферата на грижите, което прави медицинската сестра незаменим и ценен участник в мултидисциплинарният екип.

REFERENCES

Beloev, Y., (2000). *Grizhi za bolnia i sestrinska tehnika*. Sofia: medicinsko izdatelstvo "Arso".
(**Оригинално заглавие:** Белоев Й. (2000) *Грижи за болния и сестринска техника*, София: Медицинско издателство „Арсо“)

Greenwood R. and team, (2002). *Handbook of neurological rehabilitation*, New York: "Psychology press"

Jarrett L., Stevenson V., (2016) *Spasticity management a practical multidisciplinary guide*, Oxon: "Informa Healthcare"

Oficialno izdanie na Sdruzhenie "Asociacia na dvigatelните narushenia i mnozhestvenata skleroza" i Bylgarska asociacia po klinichna EMG i evokirani potenciali (2014). *Dvigatelni narushenia, 7-40*. (**Оригинално заглавие:** Официално издание на Сдружение „Асоциация на двигателните нарушения и множествената склероза“ и Българска асоциация по клинична ЕМГ и евокирани потенциали (2014). *Двигателни нарушения*)

O'Sullivan S., Schmitz T., (2001). *Physical rehabilitation*, Philadelphia: "F.A. Davis company"

Partridge C., (2002). *Neurological Physiotherapy Bases of Evidence for Practice*, London: "Whurr publishers Ltd"

Shotekov, P., (2010). *Uchebnik po nevrologia, 278-288*, Sofia: medicinsko izdatelstvo "Arso"
(**Оригинално заглавие:** Шотеков П. (2010). *Учебник по неврология, 278-288*, София: Медицинско издателство „Арсо“)