

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«БЕЛГОРОДСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»**
(Н И У « Б е л Г У »)

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ
МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ

ЦМК Сестринского дела

**СЕСТРИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ В РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С
ОСТЕОАРТРОЗОМ**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051505
Горобенко Дмитрия Алексеевича**

Научный руководитель:
преподаватель
Коровянская С.И.

Рецензент:
главная медицинская сестра
ОГБУЗ «Борисовская ЦРБ»
Климова Е.Н.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОАРТРОЗА	6
1.1. Анатомо-физиологические особенности сустава на примере коленного	7
1.2. Клиническая картина остеоартроза.....	9
1.3. Особые формы остеоартроза и его диагностика.....	10
1.4. Лечение и сестринский уход и профилактика остеоартроза	12
ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ	26
2.1. Методика проведения исследования.....	26
2.1. Результаты собственного исследования	26
2.3. Рекомендации медработникам, участвующим в организации реабилитационных мероприятий при остеоартрозе	39
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

Остеоартроз - одно из самых распространенных заболеваний суставов человека.

Заболевания опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани во всем мире являются одной из наиболее распространенных патологий современного общества. Остеоартроз занимает первое место среди поражений суставов (до 80%).

Актуальность нашего исследования обусловлена тем, что в последние годы число пациентов с остеоартрозом в молодом трудоспособном возрасте растет. «При этом увеличивается количество инвалидов, по РФ составляет 21, 3 на 10 000 жителей старше 16 лет. Остеоартроз является одной из частых причин временной или полной нетрудоспособности, которые являются социально значимыми. Затрагиваются как потребности безопасности, так и социальные потребности. Без специальных лечебно-профилактических мер заболевание развивается стабильно. Однако эффективные методы лечения и комплекс реабилитационных мероприятий позволяют остановить развитие остеоартроза» [1].

Смысл проводимого при написании данной работы исследования, «заключается в том, чтобы рассмотреть причины возникновения и долгосрочный прогноз для пациентов с остеоартрозом, с целью повышения осведомленности людей и предотвращения увеличения инвалидности, но это может быть достигнуто только через реабилитационные меры.

В процессе реабилитации достаточно большой объем мероприятий, проводят медицинские сестры. В рамках осуществления сестринского процесса они предоставляют пациентам непосредственный уход, выступают в роли «учителя», «советника», «адвоката». К сожалению, вопрос об особенностях сестринского процесса при деформирующем артрозе изучен недостаточно, что делает работу ещё более актуальной» [8, с.116].

Цель исследования:

Изучить спектр сестринских технологий при реабилитации пациентов с остеоартрозом для использования в организации сестринского ухода.

Объект исследования: пациенты с остеоартрозом.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинской сестры при остеоартрозе.

Задачи исследования:

1. Проанализировать литературные источники по реабилитации пациентов при остеоартрозе, изучить теоретические аспекты возникновения данной патологии;

2. Провести анкетирование пациентов с остеоартрозом, выявив факторы риска, проблемы при организации ухода и самоухода при данной патологии;

3. По результатам проведенного исследования разработать рекомендации медицинским работникам, участвующим в организации реабилитационных мероприятий при остеоартрозе.

Методы исследования:

- Научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме
- Организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- Социологический: анкетирование, интервьюирование;
- Биографический (анализ анамнестических сведений, изучение медицинской документации);
- Психодиагностический (беседа);
- Эмпирический наблюдение, дополнительные методы исследования;
- Статистический - обработка информационного материала

Практическая значимость данного исследования состоит в разработке конкретных рекомендаций пациентам по уходу и самоуходу, а так же медицинским работникам по организации и осуществлении сестринского ухода при остеоартрозе.

База исследования: ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа г. Белгорода».

Время исследования: 2018 - 2019 год.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРОБЛЕМЫ ОСТЕОАРТРОЗА

«Остеоартроз - это дегенеративно-дистрофическое заболевание, связанное с разрушением хрящевой ткани суставных поверхностей, характеризующееся постоянным прогрессирующим течением, развитием компенсаторных реакций в виде костных около - или внутриартикулярных разрастаний, проявляющееся нарушением функции сустава и болевым синдромом.

Этиология первичного остеоартроза окончательно не выяснена. В возникновении заболевания имеет значение ряд факторов, в частности, длительные механические перегрузки определенных суставов, их постоянная микротравматизация, некоторые эндокринные заболевания (активность соматотропного гормона, снижение функции щитовидной железы, половых желез), наследственная предрасположенность, ожирение, нарушения обмена веществ и сосудистые поражения.

А также такие важные факторы как:

- 1) возрастные особенности, пол;
- 2) дефицит микроэлементов;
- 3) дисплазии костей и суставов;
- 4) воспалительные заболевания суставов;
- 5) гипотермия;
- 6) частые травмы;
- 7) профессиональный вред (спорт);
- 8) хирургические вмешательства на суставах;
- 9) влияние химических веществ;
- 10) наследственная предрасположенность.

Ведущими в патогенезе артроза являются, дегенерации и уничтожение суставной хрящевой поверхности хряща, которая развиваются вследствие

несоответствия между механической нагрузкой на суставную поверхность сустава и его способностью противостоять этой нагрузке».

«Изменение суставного хряща может быть обусловлено как врожденными, так и приобретенными внутренними и внешними факторами. Морфологические изменения в суставном хряще проявляются, прежде всего, его мутностью, сухостью, шероховатостью, упругостью и потерей эластичности. Затем происходит его разволокнение, растрескивание, изъязвление с обнажением подлежащей кости и отделением в суставную полость хрящевых фрагментов. В результате повышается коэффициент трения между суставными поверхностями, хрящ теряет свои свойства амортизатора, уменьшающего давление на подлежащую кость, формируется зона субхондрального остеосклероза.

При остеоартрозе в суставах происходит ранняя и быстрая дегенерация хряща, сопровождающаяся изменениями окружающих тканей. По периферии суставных поверхностей образуются костные шипы, разрастается синовиальная оболочка сустава, ее ворсины могут отрываться, что приводит к образованию «суставных мышей». Иногда кусочки омертвевшего хряща вызывают реактивный синовит, который проявляется болью и болезненным отеком сустава, заставляя проконсультироваться с врачом. Если в суставной полости имеются «суставные мыши», то может возникнуть внезапная боль, а иногда и суставный блок» [2].

1.1. Анатомо-физиологические особенности сустава на примере коленного

«Коленный сустав представляет собой сочетание цилиндрического (по типу дверной петли) и эллипсоидного (вращающегося) суставов. Благодаря блоковидной части колена человек может ходить, садиться, вставать.

В разгибании сустава участвуют: квадрицепс, или четырёхглавая мышца бедра. В сгибании сустава участвуют: двуглавая (мышца нейтрализатор), полупоперечная, полусухожильная. Мышцы помощники: портняжная, тонкая, подколенная, икроножная. Все эти мышцы располагаются по задней поверхности ноги. За вращение сустава кнутри отвечают: подколенная, полусухожильная, полуперепончатая, тонкая, портняжная и медиальная головка икроножной мышцы. За вращение голени кнаружи отвечает: двуглавая мышца и латеральная головка икроножной мышцы. Без данных мышц не возможна нормальная работа суставов. Бедренная, подколенная, передняя большеберцовая артерии и глубокая артерия бедра предназначены для кровоснабжения элементов коленного сустава. Бедренная артерия проходит между медиальной широкой мышцей (часть основного сгибателя бедра)- четырёхглавой мышцей с одной стороны и большой и длинной приводящими мышцами - с другой. Через приводящий канал, образованный этими мышцами, бедренная артерия входит в подколенную ямку, где переходит в подколенную артерию. Она в свою очередь под сухожильной дугой камбаловидной мышцы переходит на голень и разделяется на переднюю и заднюю большеберцовые артерии. Передняя большеберцовая артерия отходит от подколенной артерии у нижнего края подколенной мышцы и через отверстие в межкостной мембране проникает в переднюю область голени к мышцам голени. А так же, глубокая артерия бедра бедренной артерии идет вниз к мышцам задней и латеральной области бедра. Следовательно, одним из важных источников кровоснабжения сустава проходят через основные крупные мышцы бедра и голени[5].

От кровоснабжения околоуставных тканей (мышц, связок), а так же от состояния капиллярного кровотока, от которого зависит двигательная активность сустава, зависит интенсивность процессов обмена. Отсюда становится понятен смысл фразы: «Движение для сустава - это жизнь». Но только в случае здорового сустава» [5].

1.2. Клиническая картина остеоартроза

Основной клинический признак остеоартроза - боль в одном или нескольких суставах.

«В течении остеоартроза различают три стадии:

- 1) стадия характеризуется незначительными болями - без нарушения функции сустава;
- 2) стадия постоянные боли в суставах, нарушение их функции, грубый хруст при движении;
- 3) стадия, постоянные боли в суставах, их дисфункция.

В большинстве случаев она имеет механические свойства. Другими словами, она появляется под нагрузкой и исчезает в состоянии покоя. Боль может быть различной степени тяжести и варьируется в зависимости от чувствительности пациента к ней. Боль может быть локализована в соседней области либо иррадиировать в соседние с ним области[4].

Можно выделить четкую зависимость артрозных болей от нагрузки. Больные артрозом плохо себя чувствуют не утром, а вечером. Из-за поражения периартикулярных тканей пациенты могут ощущать также жесткость в суставе. Отек, как правило, выражен очень редко и может возникать только из-за скопления экссудата. Постоянное отекообразование происходит при наличии выраженных дегенеративно-дистрофических изменений сустава, периартрита или постоянного активного патогенетического фактора. В других случаях он появляется после длительной физической активности и исчезает после отдыха или приема противовоспалительных препаратов в течение 2-3 дней.

В зависимости от причин остеоартроза он может быть как первичным, так и вторичным. Чаще всего в основных формах встречается дистрофическое заболевание многих суставов одновременно, называемое полиартрозом. Как правило, такое заболевание развивается в пожилом возрасте или в старости под влиянием эндокринно-метаболических и климактерических заболеваний,

токсических воздействий и других причин, но оно может возникать и у молодых людей. Чаще всего полиартроз поражает конечности и позвоночник одновременно. Вторичный артроз может быть вызван разницей между нагрузкой на суставы и способностью хрящей сопротивляться ей. Такой артроз характеризуется эндокринным характером (гипотиреоз), неразвитостью врожденных суставов и нарушением развития хряща (болезнь Кашина Бека), включая травмы суставов, его хроническое воспаление (артрит), нарушения обмена веществ (подагра), (из-за избыточного веса тела, сокращения одной из ног, неправильной формы шин и т.д.) [1].

Такие механизмы развития артроза, как аллергический, иммунный и гормональный, пока еще недостаточно изучены. Если нарушен липидный, пуриновый и пигментный обмен, то патогенез заболевания имеет специфический характер. При этих заболеваниях происходит раннее развитие склероза кровеносных сосудов, а также дегенерация всех тканей сустава в результате соединения липидов и кристаллов мочевой кислоты непосредственно в хрящевых тканях. Рентгенологически это определяется явными дегенеративными изменениями-эпифиз-остеосклерозом и всасыванием суставной хряща. На ранних стадиях развития заболевания бороться с ним очень легко, поэтому практически любая боль в суставе, которую вы чувствуете, должна быть причиной для разговора с врачом» [3].

1.3. Особые формы остеоартроза и его диагностика

Выявлены следующие формы остеоартроза: коксартроз-самая частая и тяжелая форма остеоартроза, приводящая к инвалидности, клинически обычно пациент прихрамывает на больную ногу. Затем появляются и постепенно усиливаются боли в паховой области с иррадиацией в колено, хромота, ограничение ротации бедра кнутри и его отведения, позже – ограничение ротации бедра кнаружи и его приведение, сгибание и разгибание, развивается

атрофия мышц бедра и ягодицы, сгибательная контрактура, укорочение конечности, изменение походки и нарушение осанки.

Гонартроз – более благоприятное течение, чем у коксартроза, чаще встречается у женщин (при ожирении характерен первичный билатеральный остеоартроз). Клинически: боль с внутренней или передней стороны сустава при ходьбе, особенно по лестнице, проходящая в покое; суставная нестабильность, хруст при активных движениях, утренняя скованность в пределах 30 минут[7].

При остеоартрозе мелких суставов кистей – чаще поражаются дистальные (70%), чем проксимальные (30%) межфаланговые суставы и запястно-пястный сустав большого пальца, клинически характерны: наличие твердых узелков (за счет остеофитов) на боковых поверхностях дистальных интерфалангеальных суставов (узелки Гебердена) и на тыльно-боковой поверхности проксимальных межфаланговых суставов (узелки Бушара). В период формирования узелков ощущается жжение, покалывание, онемение, исчезающие после их образования: боль и скованность в мелких суставах кисти, ограничение движений, симптомы синовита (отечность, местная гиперемия, усиление боли).

Для подтверждения диагноза необходимо сделать:

1. Рентгенограмму суставов;
2. Исследование синовиальной жидкости;
3. Общий анализ крови.

Из других методов исследования - ультразвуковые и термографические исследования. Эти методы определяют воспаление в суставе, которое нельзя разглядеть при помощи рентгенограммы.

Магнитно-резонансная томография - исследование относительно новое. С его помощью можно увидеть общее состояние связочного аппарата, а также хряща послойно, а это помогает определить, какой именно участок поврежден[6].

1.4. Лечение и сестринский уход и профилактика остеоартроза

Лечение артроза - длительный процесс. Пациенты в основном лечатся в амбулаторных условиях. Основными факторами лечения и реабилитации являются: ограничение нагрузки, соблюдение ортопедического режима, лечебная физкультура. Медикаментозное лечение включает: нестероидные противовоспалительные препараты, дезагреганты, препараты, изменяющие структуру хряща, биогенные стимуляторы, препараты для улучшения местного кровообращения, гормоны, ингибиторы протеолитических ферментов.

Также для лечения используют протезы и ортезы. При наличии показаний к операции, методом лечения может быть эндопротезирование суставов. Самые эффективные, экономичные и недорогие физиотерапевтические методы лечения, занятия лечебной физкультурой, массаж. Важным этапом лечения остеоартроза является санаторно-курортное лечение. Медикаментозная терапия такого распространенного заболевания, как остеоартроз, в основном симптоматическая, часто сопровождается побочными эффектами, которые являются основой для поиска новых эффективных методов физиотерапии. Лечение - сложная задача и многие вопросы не решены полностью. Многие исследователи отмечают, что лечение должно быть комбинированным и сложным, включая различные лекарства и сложные факторы. Комплексное использование физических факторов значительно расширяет возможности терапевтического воздействия, оказывает целенаправленное воздействие на определенные системы организма в больших объемах[5].

Основные виды лечения деформирующего остеоартроза:

- лечебная физическая культура (ЛФК)
- лекарственная терапия
- интраартикулярная оксигенотерапия
- эндопротезирование суставов
- санаторно-курортное лечение

- хирургическое вмешательство
- механическая разгрузка сустава
- диета
- физиотерапевтические методы

Механическая разгрузка сустава является одним из самых важных моментов в лечении остеоартроза. К ней относятся рекомендации по снижению веса тела при ожирении, исключение длительного пребывания в фиксированной позе, длительное пребывание на ногах, длительная ходьба, повторяющиеся стереотипные движения, перенос большого веса, что приводит к механической перегрузке определенных поверхностей тех же суставов. На ранних стадиях артроза пациенты должны заниматься плаванием, в период обострения другая физическая активность противопоказана; на ранних стадиях заболевания пациенту рекомендуется ходить с ортезами, тростью, костылями, противопоказана любая нагрузка, в том числе плавание. При выраженных болях, в фазу обострения может быть назначен постельный и полупостельный режим. При этом для расслабления мышечно-связочного аппарата конечности придается среднефизиологическое положение.

Диета - к полезным продуктам следует отнести холодец или хаш. Хрящ превращается в коллагеновый бульон, который обеспечивает их прочность при варке говяжьих и свиных ножек, ушей и костей. Вещества, образующиеся при распаде желатина, обеспечивают множество важных функций организма: поддержание слизистой оболочки желудка, улучшение памяти, предотвращение склеивания тромбоцитов. Это, в свою очередь, снижает риск острых нарушений кровообращения, замедляет старение. При остеоартрозе рекомендуют также продукты, богатые кальцием (молочнокислая диета) и витаминами группы В и С, лечебное голодание. Употребление алкоголя традиционно и обосновано, является провокационным фактором, который вызывает усиление боли в суставах и мышцах при остеоартрозе[3].

Внутриартикулярная оксигенотерапия при недостатке кислорода усиливает гликолиз в соединительных тканях, в результате чего накапливаются

не окисленные продукты обмена: молоко, пирувые кислоты. При лечении артроза суставов для окисления требуется подача кислорода в соединительные ткани. Кроме того, кислород удлиняет совместную капсулу, а разгрузка создает «газовую» подушку. Способ состоит в том, чтобы ввести медицинский кислород в полость колена (5-6 мл) и суставы тазобедренного сустава (40-80 мл) между 10-20 днями. Он используется как самостоятельный метод лечения и в сочетании с хондропротекторами и кортикостероидами. Медицинская терапия артроза направлена на устранение болевого синдрома, снижение реактивного воспаления, нормализацию обменных процессов в суставных тканях. Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) обладают высоким обезболивающим и противовоспалительным действием. Наиболее хорошо зарекомендовал себя вольтарен в виду хорошей переносимости при применении Брьюфен, ибупрофен, обладает немного меньшей терапевтической активностью, особенно хорошо переносится пациентами пожилого возраста. Хорошо переносится и очень эффективен новый препарат - ксефокам. Можно успешно применять препараты других групп НПВП: фругалин, пироксикам, индометацин. Пациент должен быть направлен на рациональную диету, а также на прием лекарств, защищающих слизистую желудка. Альтернативой назначению НПВП является применение их в виде ректальных свечей и внутримышечных инъекций, но также сохраняется риск гастропатии. Длительное или постоянное использование НПВП нецелесообразно из-за увеличения риска развития осложнений, а также негативного воздействия ряда препаратов этой группы на метаболизм хряща. Поэтому эти препараты рекомендуются пациенту при обострении остеоартроза. Следует помнить, что уменьшение боли в суставах при приеме НПВП может привести к нарушению режима, повышению двигательной активности пациента.

Физиотерапевтическая терапия широко используется при артрозе, и уменьшают болевой синдром, мышечный спазм, воспалительные процессы, улучшают микроциркуляцию и благоприятно воздействуют на метаболические процессы в тканях сустава[7].

К ним относятся электромагнитные поля высоких и сверхвысоких частот (индуктотермия, дециметровая и сантиметровая волновая терапия), ультразвуковое воздействие, импульсные токи низкой частоты - синусоидальные модулированные и диадинамические, электрофорез лекарственных препаратов (анальгина, новокаина, димексида, лития), ультрафиолетовое облучение, электрическое поле УВЧ, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона. Тепловые процедуры, включая аппликации парафина, озокерита, иловой, торфяной грязи показаны при артрозе без синовита с болевым синдромом, пролиферативными явлениями, вазотрофическими расстройствами, контрактурами. При отсутствии синовита в I-II-й стадии заболевания эффективны морские, родоновые, сульфидные, йодобромные ванны. Синусоидальная модуляция и диадинамика, электрофорезные препараты (анальгин, новокаин, Димексидум, литий), ультрафиолетовое излучение, электрическое поле UHF, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона - это электромагнитные поля высокой и сверхвысокой частоты (индуктотермия, дециметровая и сантиметровая волновая терапия). Тепловые процедуры, в том числе парафин, озокерит, глина, торфяная глина, показаны при болевом синдроме, пролиферативных явлениях, вазотрофических заболеваниях, артрозе без синовита с контрактурами. При отсутствии синовита на I-II стадии заболевания.

«Лечебная физкультура - это восстановление подвижности и необходимой амплитуды движений в суставе, повышение мышечной силы и выносливости, аэробные упражнения - это основные цели упражнений. На этой основе собственно и располагаются все остальные методы восстановительного лечения. Многочисленные исследования показывают, что на благоприятный прогноз в лечении суставов влияет образование больного и уровень его интеллекта. Понимание того, что с больным суставом надо жить, работать, что с заболеванием надо считаться, должно привести к изменению образа жизни больного, в котором высокая двигательная активность должна разумно сочетаться со строгим режимом разгрузки сустава[6].

Мотивация к двигательной активности, здоровому образу жизни, воспитанию необходимых двигательных качеств, обучению пациента методам ЛФК для самостоятельного использования-все это является важнейшей задачей ЛФК в лечении артрозов. Дозировка нагрузки самая трудная задача ЛФК. С одной стороны достижение лечебного эффекта физической нагрузки при коротком воздействии просто невозможно, с другой стороны, перегрузка сустава, обострение болезни, необходимость постельного режима перечеркнет все усилия проделанной работы» [1].

Двигательный режим (эффективная, но безопасная нагрузка, при которой необходима дополнительная опора) и конкретные формы, средства и методы физических упражнений зависят от стадии заболевания, локализации, особенностей заболевания и определяются врачом индивидуально после осмотра и оценки функционального состояния пациента. В период ремиссии функции лечебной гимнастики: укрепляют группы мышц, связанные с присоединением, полностью восстанавливают или поддерживают амплитуду движений, достигнутую в суставе (в зависимости от стадии артроза); повышают физическую работоспособность пациента. Хорошо развитая мускулатура ног способствует разгрузке сустава пациента и повышает его устойчивость, поэтому должна проводиться лечебная гимнастика. Основные принципы лечебной физической культуры при остеоартрозе: неинтенсивные движения, осторожно и постепенно. Движения через боль противопоказаны. Когда боль усиливается во время физических упражнений, Физические упражнения прекращаются или меняются. Во время обострения необходим полноценный отдых пораженного сустав: ходьба заменяется отдыхом, при синовите дополнительно используется трость, нельзя долго стоять и ходить. Для разгрузки суставов рекомендуется плавать в бассейне. Может быть разрешен велосипед, желательно ограничить бег. Обувь должна быть с мягкой, с пружинящей подошвой.

Медицинская сестра может рекомендовать следующие мероприятия:

- Ходьба с опорой на трость.

- Мягкие стельки в обуви.
- Снижение массы тела.
- Ограничение физической активности.
- Оперативные ортопедические вмешательства.
- Применение биостимуляторов, витаминов и других геропротекторов.

Лечебная гимнастика назначается на начальной стадии процесса. Упражнения на дыхание и общее развитие в классах используются для непораженных суставов и групп мышц.

Для пораженной конечности рекомендуют активные с помощью или активные без помощи упражнения в облегченных условиях, выполняемые в исходных положениях лежа на спине, на боку. Специальные упражнения сменяются дыхательной и мышечной релаксацией. По мере снижения болевого синдрома и увеличения амплитуды движения в суставе, используются гимнастические предметы и упражнения в воде[2].

Дифференцированное применение физических упражнений в первую очередь зависит от локализации процесса. После снижения болевого синдрома назначается массаж. Для устранения гипертонуса необходимо массировать мышцы, окружающие пораженный сустав. В этой области массируются места, к которым прикрепляются сухожилия и суставные мешки. Время процедуры 10-15 минут; курс-12 процедур[2].

Упражнения при остеоартрозе проводят вначале в положении лежа, в дальнейшем - стоя. Применяют динамические упражнения с сопротивлением и статические упражнения, чередуя их с расслаблением. Можно использовать велотренажеры и механотерапевтические аппараты. Рекомендуется плавание. Диетотерапия

Пациентам рекомендуется белок в равных количествах из животных и растительных источников, обогащенный полиненасыщенными жирными кислотами «Омега-3» класса. Нормой углеводов в зависимости от возраста является снижение норм легко усваиваемых углеводов, снижение содержания натрия, достаточное количество витаминов, минералов. Антиоксидантный

комплекс витаминов (А, Е, С) следует вводить в рацион. Необходимо включать в рацион продукты сои, авокадо. Эти продукты уменьшают деструкция хряща. Эффект диетотерапии появляется через 2 месяца. Длительное лечение диетотерапией снижает боль, улучшает общее самочувствие[3].

Остеопатия при лечении заболевания

Методы остеопатии в комплексе с лечебной физкультурой и коррекцией питания пациента позволяют довольно эффективно лечить остеоартроз на любом этапе. Конечно, процент выздоровления во многом зависит от того, насколько рано обнаружена болезнь и начато лечение. Но даже на поздних этапах, когда явственными становятся деформации суставов и подвижность конечностей существенно ограничивается, квалифицированная помощь остеопата, который знает, как правильно лечить нарушения, позволяет добиваться хороших результатов, частично или полностью устраняет боль, изменения в суставе, восстанавливая амплитуду его движений.

В любом случае специалист решает, как лечить остеоартроз, исходя из причин его возникновения, характера заболевания и наличия осложнений. Обычно при этом применяются как непосредственно мануальные техники остеопатического воздействия, так и другие терапевтические и профилактические средства.

Для восстановления хрящевой ткани необходимо скорректировать диету, которая позволяет обеспечить организм всеми необходимыми веществами. Современные методы позволяют получать большое количество минералов и витаминов в виде фармакологических препаратов, но остеопатия продвигает другой подход. Организм пациента должен добиваться получения необходимых веществ и витаминов естественным образом — нормальной и здоровой пищей. В то же время использование вредных и «пустых» продуктов питания минимизируется для минимизации воздействия различных вредных факторов[4].

В качестве временных мер при лечении остеоартроза часто применяют временное ограничение сустава. Для этого используются различные

приспособления, корсеты, повязки, которые позволяют фиксировать конечность. Таким образом, исключается боль, которая препятствует тому, чтобы организм пациента был максимально чувствительным к остеопатическому воздействию.

Действие остеопата на первом этапе лечения направлено на прекращение симптомов боли и лечение болезни. Это достигается путем мануального воздействия на пораженную область. При этом специалист устраняет мышечные спазмы, которые могут привести к ущемлению нервных узлов, нарушению кровоснабжения сустава, его деформации[6].

Полностью избавив пациента от боли и ограничения движения сустава, специалист продолжит лечение, воздействуя на основные причины заболевания. Обычно это нарушения в работе систем кровоснабжения и обмена веществ. Мануальные воздействия остеопата направлены на устранение нарушений организма, вызванных неправильным положением костей скелета, мышц, из-за чего могут передавливаться различные участки кровеносной системы, кровь может застаиваться в мышцах, не обеспечивая должного снабжения суставов кислородом и питательными веществами. Как правило, после нескольких сеансов, которые устраняют нарушения в системе кровоснабжения остеопата, происходит значительное улучшение. Получив мощный толчок к восстановлению, организм человека начинает приспосабливаться к новым условиям. Поскольку лечение включает в себя диетическую коррекцию, суставные ткани начинают восстанавливаться, получая необходимые для этого вещества. Нормализуя систему кровоснабжения, остеопат обеспечивает доставку их в ткани, которые уже изменились и начали разрушаться. Хрящи, кости, связки, мембраны суставов начинают восстанавливаться. При этом увеличивается подвижность сустава.

Физические упражнения помогают вернуть подвижность и укрепить суставы на более поздних этапах лечения. Их комплекс подбирается специалистом на основе сложности и характера заболевания, области локализации поражений, общего состояния организма пациента.

В зависимости от степени заболевания лечение может быть очень длительным. Обычно сеансы варьируются от нескольких дней до нескольких недель, что необходимо для того, чтобы организм усвоил изменения, внесенные специалистом[1].

Как и большинство других заболеваний, остеоартроз легче предупредить, чем лечить. Практика показывает, что профилактические меры, направленные на укрепление хрящевой ткани и ее восстановление, значительно снижают риск заболевания, а при наличии, приостанавливают или полностью прекращают процесс заболевания.

Профилактические меры могут проводиться самостоятельно или под наблюдением специалиста — в зависимости от его рекомендаций. Они могут быть только профилактическими или реабилитационными — после лечения заболевания, а также вспомогательными в процессе его лечения. Остеопат может контролировать состояние суставов и изменять профилактические методы и образ жизни пациента, чтобы предотвратить возникновение заболевания и его повторение.

«Советы остеопата:

- Правильное питание. Это одна из основ правильного образа жизни, которая позволяет держать суставы здоровыми как можно дольше. Нормализация рациона позволяет не только снабжать организм всеми необходимыми веществами и витаминами, но и контролировать вес, избегая ожирения. Ведь избыточная нагрузка на суставы пациента может увеличиться в 4-5 раз, что приведет к их преждевременному износу. Если у больного возникают проблемы с весом, то при начале лечения или даже до появления заболевания, конечно же, в самом начале обязательно нужно решить. Специалисты отмечают необходимость употребления большого количества молочных продуктов, поскольку они сосредоточены на компоненты, необходимые организму, в том числе и на кальций. Кроме того, колбасу, кондитерские изделия и шоколад нужно полностью убрать из рациона, а также большое количество мучных изделий. Если соблюдаются все представленные

меры, то это позволяет не только снизить показатель массы тела, но и обогатить организм витаминными комплексами и микроэлементами. Ведь они необходимы для успешной борьбы с заболеванием[5].

- Физическая активность. В раннем периоде, когда лечение проводится, подвижность суставов обычно ограничена, хотя их физическая активность по-прежнему необходима, но на последующих этапах, когда подвижность частично или полностью восстановлена. Кроме того, умеренная физическая активность рекомендуется как эффективный профилактический метод, направленный на укрепление суставов и особенно хрящевой ткани. Упражнения могут быть разными-в зависимости от того, к какой группе суставов они направлены. В общем, упражнения нужно делать 40-50 минут в день, несколько раз в течение 10-15 минут. Вы всегда можете выполнять все упражнения, направленные на различные группы мышц, и вы можете комбинировать их в разных комбинациях — все по рекомендации специалиста.

- Ритм работы. Правильная нагрузка на суставы - одна из важных профилактических процедур. В процессе физической работы старайтесь придерживаться следующего ритма-15-20 минут нагрузки-5 минут отдыха. Возьмите удобное место для снижения нагрузки на скелет во время отдыха и «расслабления» суставов»[5].

- Водный баланс. Особенностью хрящевой ткани является то, что она поглощает и удерживает жидкость, которая частично попадает в хрящ в суставе, уменьшая трение. Во время физических упражнений организм человека должен полностью принять объем жидкости, необходимый для постоянной регидратации хрящей ткани, которая подвергается специфическому износу и разрыву.

- Ортопедические средства. Помогает правильно подобранная обувь и супинаторы для снижения нагрузки на коленные и тазобедренные суставы.

- Хондропротекторы. Это так называемые препараты и вещества, которые помогают укрепить и восстановить ткань хряща. Это может быть большое количество клетчатки, хрящевых лекарств и натуральных блюд. Особенно

разнообразны желе, варенье, холодец. Что касается медикаментов и пищевых добавок, то их использование должно быть очень осторожным и осуществляться только по назначению врача.

Независимо от того, насколько опасен остеоартроз, его лечение остеопатическими методами возможно практически на любом этапе заболевания и при комплексном подходе показывает высокую эффективность. Поэтому при первых признаках заболевания, а также при достижении возраста 45 лет, крайне важно регулярно обращаться к остеопатическому врачу, который точно знает, как лечить остеоартроз и как избежать его повторного появления.

Так же профилактика деформирующего остеоартроза состоит из ограничения перегрузок суставов, своевременного лечения травм (растяжений связок, ушибов), заболеваний костного аппарата (дисплазии, плоскостопия, сколиоза), регулярной гимнастики, поддержания оптимального веса тела» [7].

Комплексная реабилитация пациентов с остеоартрозом

«Проблема лечения и реабилитации населения Российской Федерации дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата остается нерешенной. На ранних стадиях заболевания производится медикаментозное лечение, в основном противовоспалительное, а затем и на последующих этапах — хирургическое лечение, это связано с тем, что дегенеративной патологией занимаются специалисты далекие от понимания роли биомеханических связей в здоровье опорно-двигательной системы. Практически повсеместно «симптоматическое» и «базовое» лечение опорно-двигательной системы в рамках ОМС не полностью восстанавливает функциональную активность и приводит к развитию дегенеративного процесса в долгосрочной перспективе. Формально назначенное лечение приводит к значительным и бессмысленным расходам бюджетных средств, повышает уверенность пациентов к эффективности только оперативных методов лечения. Существующее мнение, что наиболее распространенным и эффективным методом лечения деформирующего артроза является общее эндопротезирование пораженного сустава, что в еще большей степени повышает эту уверенность населения. На

сегодняшний день во всем мире накоплен огромный опыт артропластики и послеоперационных операций таких пациентов. Этот способ широко распространен и в России[3].

Тем не менее, даже при успешном проведении оперативного лечения опорно-двигательной системы, в силу организационных причин, большинство хирургических стационаров, занимающихся эндопротезированием, не имеют возможности для проведения полноценных послеоперационных реабилитационных мероприятий. Как правило, пациентам приходится самостоятельно восстанавливать функцию проблемного сустава, основанную только на общих рекомендациях лечащего врача при выписке» [6].

В связи с этим комплексные научные разработки по проблемам реабилитации, посвященные ведению пациентов после операций по артропластике крупных суставов, невелик спрос на поликлиническую практику, что, безусловно, влияет на результаты длительного эндопротезирования. Реабилитационные мероприятия, предлагаемые бюджетными лечебно-профилактическим учреждением, обычно ограничиваются физиотерапевтическими процедурами, курсом массажа и ограниченными физиотерапевтическими процедурами.

Реабилитация имеет огромное, можно сказать важнейшее, значение в дальнейшей жизни людей с дегенеративными заболеваниями опорно-двигательного аппарата.

С помощью реабилитационных мероприятий можно восстановить работоспособность пациента и вернуть его к прежнему активному образу жизни, а также избежать многих осложнений в геронтологической практике.

Самая большая группа дегенеративных заболеваний опорно-двигательного аппарата представлена остеоартрозом.

Основой реабилитационных мероприятий в процессе консервативного лечения и послеоперационного периода после артропластики являются комплексные программы. Они состоят из: массажа, терапевтической гимнастики, термической терапии, электротерапии, лазер, вакуумной

компрессорной терапии, трудотерапии и многих других вариантов. В то же время качество реабилитации обеспечивает успех не менее 50% успеха артропластики, длительность ремиссии и замедляет развитие заболевания при консервативном лечении[1].

Очень важным аспектом лечения является последующая реабилитация хронического болевого синдрома, особенно в геронтологической практике, обучение пациента действиям и навыкам в домашних условиях. У большинства пациентов наблюдаются постоянные морфологические изменения в структуре суставов, при этом становятся малодоступными, элементарные движения. Страх перед болью и её ожидание, контрактура или суставная гипермобильность затрудняют ходьбу, вращение в постели, сидение или вставание со стула и кровати. Такие пациенты нуждаются в групповом и индивидуальном обучении для восстановления повседневной двигательной активности.

Тем не менее, практика проведения школ здоровья для пациентов с остеоартрозом, к сожалению, не соответствовала нашим ожиданиям: обычно одни и те же пациенты приходят в классы, и не всегда те для которых школа действительно актуальна. Основными секретами успешной реабилитации являются умелое сочетание медицинских и реабилитационных мероприятий с использованием новых и классических методов, основанных на научно доказанных данных и реальном желании помочь пациенту. В настоящее время в крупных клиниках успешно внедряется метод ботокс-терапии — использование ботулинического токсина для устранения спастических поражений в остеоартрозе и озонотерапии путем инъекций в спазмированные и болезненные мышцы озона[2].

Все чаще с высоким эффектом в составе консервативного лечения и реабилитации остеоартроза используется гирудотерапия — лечение пиявками.

«Лечение патологии опорно-двигательной системы, в том числе дегенеративных заболеваний, предполагает последовательное проведение в начале комплексной консервативной терапии по принципу «от простого к

сложному» и в дальнейшем, по показаниям, хирургического вмешательства, причем в соответствии с тем же принципом: от малоинвазивного к реконструктивному.

Консервативное лечение косвенно становится первой, паллиативной, этапом хирургического лечения суставного синдрома, целью которого является в первую очередь устранение болевого синдрома и улучшение качества жизни пациента. Когда болевой синдром становится невыносимым, пациент решает обратиться к хирургическому методу лечения - эндопротезированию. Формальный подход к лечению суставного синдрома приводит к исключению из схем консервативного лечения реабилитационного периода в качестве независимого и очень важного элемента.

Общепринятый арсенал лекарств в остром и реабилитационном периодах состоит из анальгетиков (чаще всего ацетаминофена), селективных и неселективных пероральных нестероидных противовоспалительных средств, локального применения и капсацина (перец), интраартикулярных глюкокортикостероидов и гиалуроновой кислоты, глюкозамина и хондроитинсульфата.

Применяемые препараты не всегда безопасны, а их побочное действие может вызывать нарушение состояния «хрупкой» компенсации и привести к вторичным патологическим изменениям жизненно важных органов, особенно в пожилом и старческом возрасте» [9].

ГЛАВА 2. ПРАКТИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ СЕСТРИНСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРИ ОСТЕОАРТРОЗЕ

2.1. Методика проведения исследования

В исследовании принимали участие 43 пациента лет, ревматологического отделения ОГБУЗ «Белгородская областная клиническая больница Святителя Иоасафа г. Белгорода».

В исследовании была использована анкета с 21 вопросом закрытого и открытого типа для заполнения пациентами. Этот опрос проводится для выявления факторов риска при остеоартрозе. Пациентам было предложено, заполнить анкету (анонимно), внимательно ознакомиться с формулировкой вопросов, обвести или подчеркнуть вариант ответа, который полностью отражает их точку зрения. Анкеты использовались только в обобщенной форме. Содержание отдельных анкет не раскрывалось. Как отмечалось, мнения пациентов особенно ценны, поскольку данные, полученные в ходе анкетирования, определяют наиболее распространенные факторы риска бронхиальной астмы и определяют меры предосторожности.

Обработка результатов: проводилась по каждому вопросу анкеты.

2.1. Результаты собственного исследования

Целью настоящего исследования являлось выявление особенностей сестринского ухода при остеоартрозе, изучения факторов риска и клинических проявлений и основных мер профилактики при остеоартрозе. Для решения поставленных в исследовании задач методом анонимного анкетирования нами было проведено исследование и выявлены следующие результаты.

Анализ возрастного состава респондентов позволил выявить возрастные группы, наиболее подверженные развитию остеоартроза – это моложе 25 лет -

5%; от 26 до 35 лет –20%; от 36 до 45 лет –37%; от 46 до 55 лет –28%; и старше 55 лет –10% (Рис. 1)

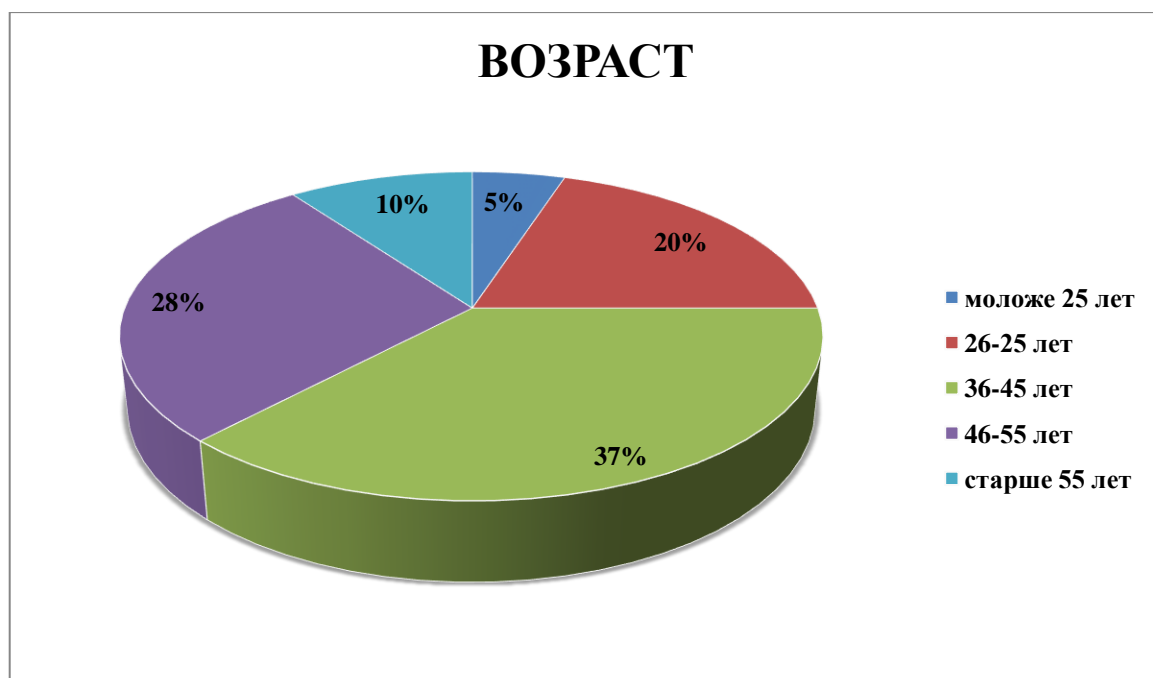


Рис. 1. Распределение по возрасту

Распределение по полу среди опрашиваемых пациентов: мужчины -13%; женщины –87% (Рис. 2)

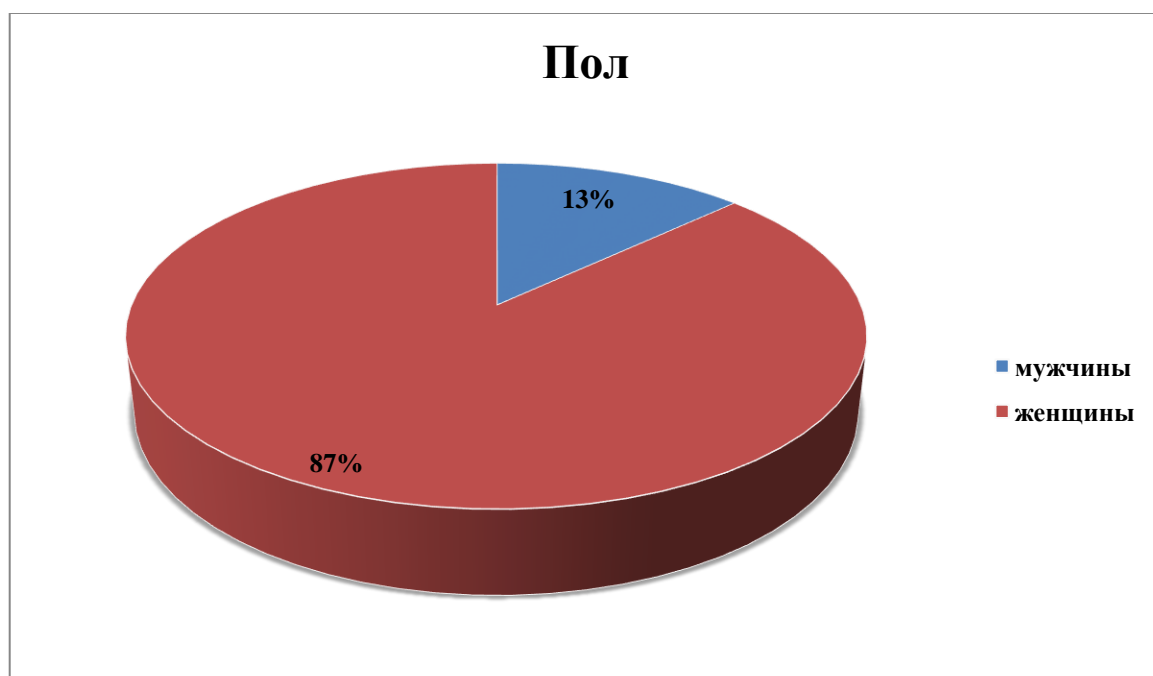


Рис. 2. Распределение по полу

По месту проживания респонденты разделились следующим образом: 61% респондентов проживают в городе, а 39% - в сельской местности (Рис.3).



Рис. 3. Место жительства

При выяснении условий жилья анкетированных выявлено, что в своей квартире проживает 43%, свой дом имеют -37%, а в общежитии или на съемной квартире проживает -20% (Рис. 4).



Рис. 4. Условия проживания

Наличие профессиональных вредностей отметили 37% респондентов, а 63% -отрицают их наличие в своей профессиональной деятельности (Рис.5).



Рис. 5. Наличие профессиональных вредностей

Наличие стресса отметили 40% опрошенных, 15% отметили его отсутствие, а 45% респондентов отметили наличие стресса «иногда» (Рис. 6).



Рис. 6. Наличие стресса

При анкетировании выявлено следующее отношение к вредным привычкам: курят -24%, не курят -66%; делают это «иногда» -10% (Рис.7).

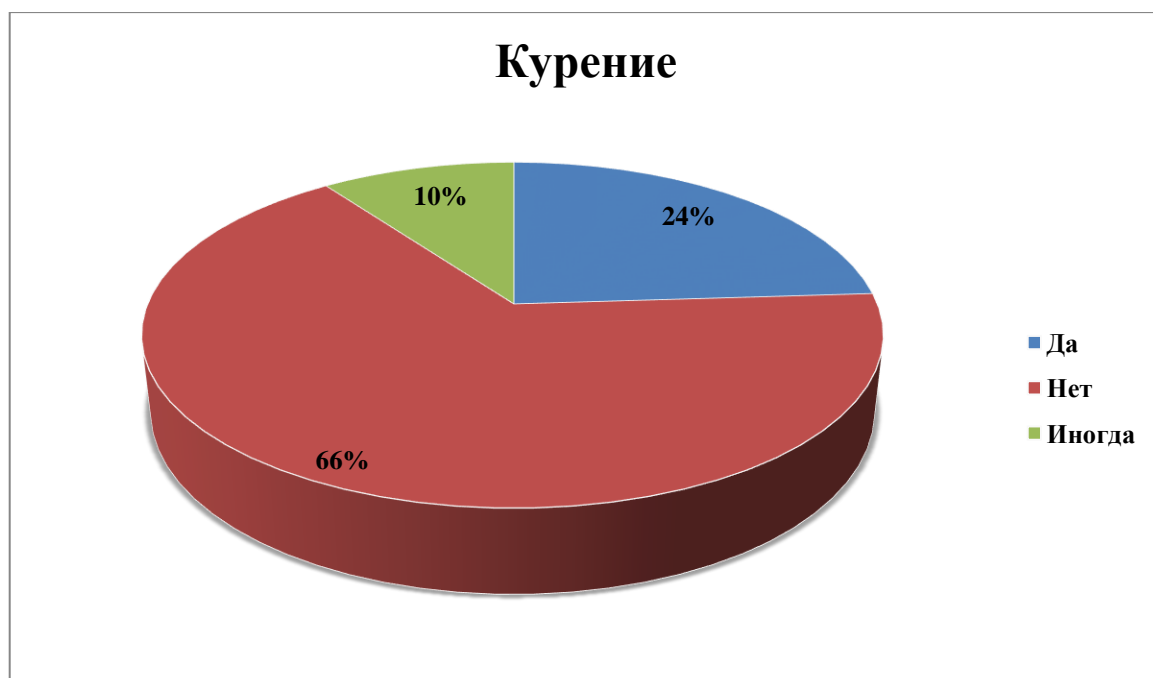


Рис. 7. Отношение к курению

Из опроса про отношение к вредным привычкам, таким, как употребление алкоголя выявлено, что алкоголь употребляют -47%, не употребляют -18%, и делают это «иногда» -35% (Рис. 8).

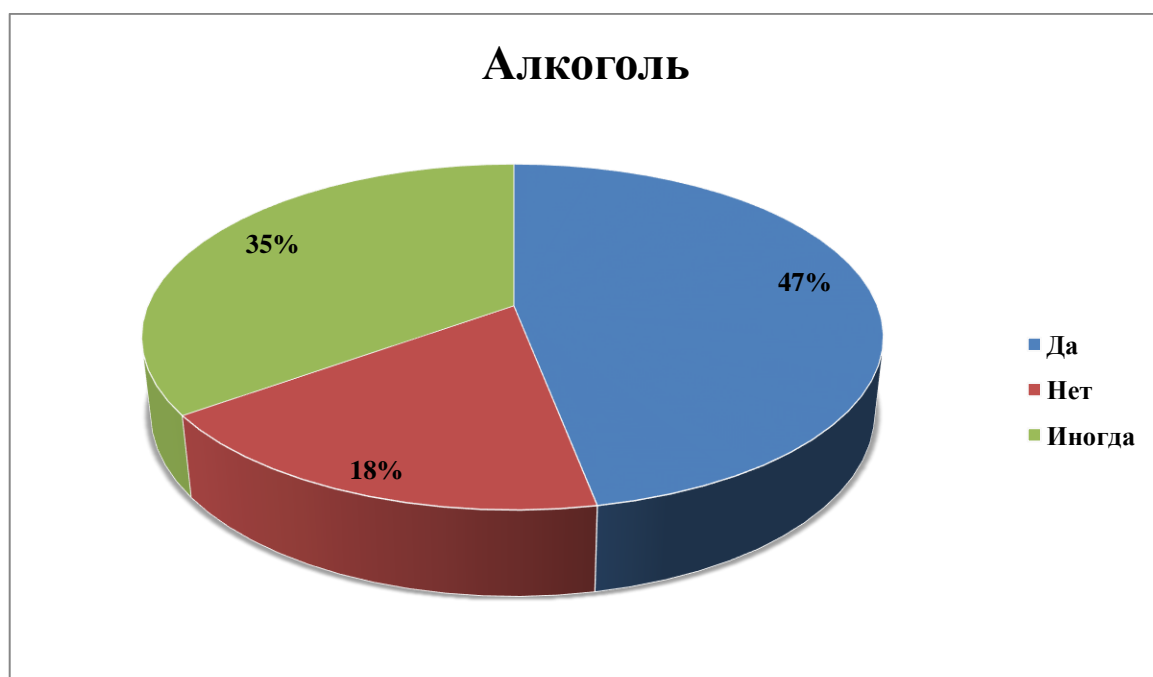


Рис. 8. Употребление алкоголя

Правильное распределение труда и отдыха: да –30%, нет –70% (Рис.9).



Рис. 9. Правильное распределение труда и отдыха

Наличие заболевания у прямых родственников отметили: да –55%, нет –45% (Рис. 10).



Рис. 10. Наличие заболевания у прямых родственников

Выявлена следующая частота возникновения приступов заземления: ежедневно –10%, раз в неделю –34%, 1-2 раза в месяц –55% (Рис. 11).



Рис. 11. Частота возникновения приступов заземления

Связь возникновения приступа с физической нагрузкой отметили 60% респондентов, отрицают этот факт –25%, а 15% опрошенных отметили «иногда» (Рис.12).



Рис. 12. Связь приступов с физическими нагрузками

Наступление приступа в связи с переменной погоды отмечают –30%, отрицают это 20%, а «иногда» отметили –50% (Рис. 13).



Рис. 13. Связь приступов с переменной погоды

Выявлено, что занятия ЛФК практикуют 20% опрошенных, не делают ее - 50%, и иногда делают дыхательную гимнастику -30% (Рис.14).

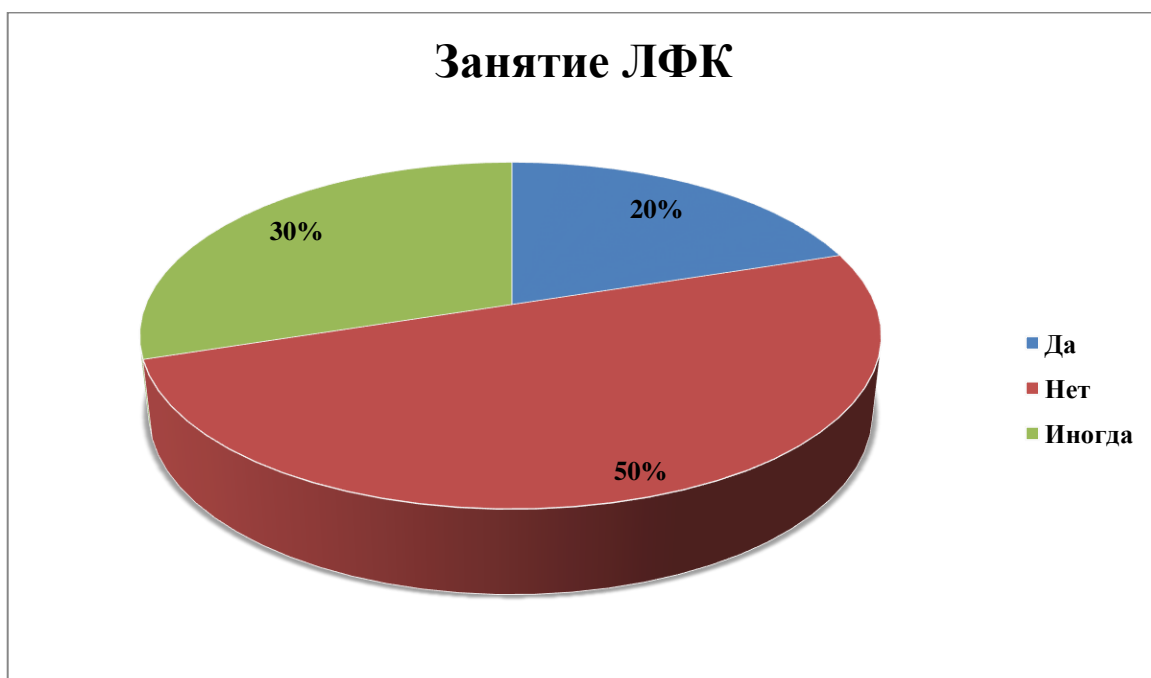


Рис. 14. Занятие лечебной физкультурой

Стационарное лечение во время обострения отрицают –25%, «да» отметили –75% опрошенных (Рис.15).



Рис. 15. Стационарное лечение во время обострения

Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения отметили –45%, не довольны организацией и осуществлением сестринского ухода –55% (Рис. 16).



Рис. 16. Удовлетворенность сестринским уходом

Амбулаторное лечение в условиях поликлиники или дома принимали 55% респондентов, отрицают это –45% (Рис. 17).



Рис. 17. Амбулаторное лечение

Выявлено, что профилактические занятия «Школы здоровья» посещали – 10%, не посещали –70%, делали это «иногда» –20% респондентов (Рис.18).



Рис. 18. Посещение «Школы здоровья»

Установлено, что в сидячем положении < 6 часов в день проводят – 40%, отрицают этот факт – 45%, утверждают «иногда» - 15% (Рис. 19).



Рис. 19. Проводит в сидячем положении > 6 часов в день

Достаточность информации о остеоартрозе из общедоступных источников: «да» отметили –90%; недостаточность общедоступной информации отметили –10% (Рис. 20).



Рис. 20. Достаточность информации о остеоартрозе

Необходимость дополнительной информации от медицинских работников о остеоартрозе отметили –40% респондентов; не достаточно информации отметили –10%; а необходимость в получении дополнительной информации от медицинских работников «иногда» отметили –50% опрошенных (Рис. 21).



Рис. 21. Необходимость дополнительной информации от медицинских работников

Рекомендации медработникам для улучшения их работы: быть внимательней к пациентам пожелали 35%, повышать квалификацию–20%, больше рассказывать про заболевания –5%, не дали ответа –40% опрошенных (Рис. 22).



Рис. 22. Рекомендации медицинским работникам

ВЫВОДЫ

Анализ литературных источников показал, что остеоартроз имеет различные клинические формы и имеет, различные факторы риска развития болезни. Ученые показали, что на развитие этого заболевания влияют два фактора: эндогенный (который вызывает склонность конкретного человека к этому заболеванию) и экзогенный - способствующий проявлению заболевания у людей, склонных к экзогенному, а также вызывающий возникновение обострения.

Эти факторы тесно связаны друг с другом. И в то же время у людей без такой склонности могут формироваться другие болезни. Эндогенные факторы риска развития остеоартроза включают в себя: наследственность, пол и наличие избыточного веса.

Разумеется, что наличие одного или нескольких этих факторов не обозначает, что такой человек обязательно заболеет остеоартрозом. Но при дополнительном влиянии провоцирующих внешних факторов вероятность заболеть у таких людей значительно возрастает.

Анализ возрастной структуры анкетированных позволил определить наиболее предрасположенные к развитию остеоартроза возрастные группы - это в основном пациенты от 36 до 45 лет –37%; от 46 до 55 лет –28%; в 60% случаев – женщины, проживающие в городе –37%, в своей квартире 56%;

Наличие профессиональных вредностей отметили 37% респондентов, а наличие стресса отметили 40%;

Выявлено следующее отношение к вредным привычкам: не курят – 66%; делают это «иногда» –10%; алкоголь употребляют –47%, и делают это «иногда» –35%;

Выявлена следующая частота возникновения приступов защемления: 1-2 раза в неделю – 56%; установлена связь возникновения приступа с физической нагрузкой у 60% респондентов, в связи с переменной погоды –30%;

Выявлено, что ЛФК не делают- 50%, стационарное лечение во время обострения проходили 25% опрошенных;

Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения отметили –45%, амбулаторное лечение в условиях поликлиники или дома было у 55% респондентов;

Выявлено, что профилактические занятия «Школы здоровья» не посещали –70%, делали это «иногда» –20% анкетированных;

Достаточность информации о остеоартрозе из общедоступных источников отметили –90%, необходимость дополнительной информации от медицинских работников о своем заболевании отметили –40% респондентов.

2.3. Рекомендации медработникам, участвующим в организации реабилитационных мероприятий при остеоартрозе

Подводя итоги нашего исследования можно дать следующие рекомендации наиболее предрасположенному к развитию остеоартроза

контингенту – это в основном пациенты от 36 до 55 лет, женщины, проживающие в городе, в своей квартире;

Рекомендовать устранить или уменьшить воздействие профессиональных вредностей и стресса;

Рекомендовать пациентам изменить свое отношение к вредным привычкам - полностью отказаться от курения и употребления алкоголя;

Рекомендовать пациентам дозировать физические нагрузки по своему самочувствию и погодным условиям, тем самым снижать частоту возникновения жалоб и осложнений при остеоартрозе;

Рекомендовать занятия ЛФК регулярное посещение «Школы здоровья»;

Медицинским работникам более широко информировать население о факторах риска развития остеоартроза через общедоступные источники информации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Изучив различные методы лечения и реабилитации пациентов с остеоартрозом, можно сделать вывод, что достижение оптимального результата в реабилитации возможно только при правильном и рациональном выборе реабилитационных средств в сочетании с разработанной программой.

1. В соответствии с этапами лечения необходимо последовательно решать медицинские проблемы.

2. Сочетание лечебных мероприятий с рациональным режимом разгрузки сустава и контролем массы тела, соответствующей организации труда и отдыха, как в период лечения, так и в течение всей жизни.

3. Регулярность санаторно-курортного лечения зависит от тяжести болевого синдрома 1 раз в 6-8 месяцев.

4. Гипокинезия, усиливает развитие деформирующего артроза. Поэтому гимнастика, бег по утрам, эмоциональные без травматизации суставов игры действуют благоприятно на обмен веществ суставного хряща.

Таким образом, зная, как устроен тазобедренный сустав, основные причины возникновения остеоартроза и как естественные факторы могут повлиять на развитие заболевания, пациенты могут предпринять профилактические меры для задержки или предотвращения нежелательных последствий в целом.

Все пациенты должны проводить повторные интенсивные, долгосрочные реабилитационные мероприятия. Для реализации реабилитационных программ требуется интеграция усилий многих специалистов: реабилитологов, хирургов, инструкторов физиотерапии, массажистов, психотерапевтов и т. д.

Большое значение для восстановления пациента, страдающего остеоартрозом, имеет образ жизни. Необходимо отрегулировать питание, разработать индивидуальные упражнения, обучить пациента методам самомассажа. Использование всех вышеперечисленных методов лечения,

включая мануальную терапию и массаж, позволяет пациенту вернуть радость свободного движения и вкус к жизни.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ

1. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2016 год [Электронный ресурс] : доклад Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31мая 2017// Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2015-god>
2. Фармакология [Электронный ресурс] : учебник / Р.Н. Аляутдин, Н.Г. Преферанский, Н.Г. Преферанская; Под ред. Р.Н. Аляутдина. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437179.html>
3. Нормальная физиология [Электронный ресурс]: учебник / под ред. Л. З. Теля, Н. А. Агаджаняна -М. : Литтерра, 2015. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785423501679.html>
4. Неотложная доврачебная медицинская помощь [Электронный ресурс] : учеб. пособие / Красильникова И. М., Моисеева Е. Г. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. -<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970433379.html>
5. Общий уход за больными в терапевтической клинике [Электронный ресурс] : учебное пособие / Ослопов В.Н., Богоявленская О.В. -3-е изд., испр. и доп. -М. :ГЭОТАР-Медиа,2013. - <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970425206.html>
6. Основные показатели деятельности медицинских организаций и состояния здоровья населения Белгородской области за 2015 год. / Редактор: к.м.н. Степчук М.А. : Департамент здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области Медицинский информационно-аналитический центр. – Белгород, 2016.

7. Основы сестринского дела : Алгоритмы манипуляций [Электронный ресурс] : учебное пособие / Н. В. Широкова и др. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439395.html>
8. Сестринский уход в терапии с курсом первичной медицинской [Электронный ресурс] / Э.В. Смолева; под ред. к.м.н. Б.В. Кабарухина -Ростов н/Д : Феникс, 2018. -(Среднее медицинское образование). -<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785222299975.html>
9. Теоретические основы сестринского дела [Электронный ресурс] : учебник / Мухина С. А., Тарновская И. И. -2-е изд., испр. и доп. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970439661.html>
10. Лечебная физическая культура и массаж [Электронный ресурс] : учебник / В. А. Епифанов. -2-е изд., перераб. и доп. -М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. -<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970437575.html>

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА**Выявление факторов риска при остеоартрозе.**

Данное анкетирование проводится для определения факторов риска при остеоартрозе. Ваше мнение особенно важно, поскольку полученные в ходе исследования данные позволят выявить наиболее распространенные факторы риска остеоартроза и определить мероприятия по их предотвращению.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно прочитайте формулировку вопросов и подчеркните или выделите вариант ответа, который полностью отражает ваше мнение. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенной форме. Содержание личных анкет не разглашается.

1. Возраст _____
2. Пол: а) муж; б) жен;
3. Место жительства: а) город; б) село;
4. Условия проживания: а) квартира; б) свой дом; в) съемная квартира.
5. Наличие профессиональных вредностей: а) да; б) нет.
6. Наличие стресса: а) да; б) нет; в) иногда
7. Вредные привычки: Курение: а) да; б) нет; в) иногда.
Алкоголь: а) да; б) нет; в) иногда.
8. Вы редко бываете на солнце (работаете в офисе, редко выходите из дома, работаете по ночам и спите днем)? а) да; б) нет.
9. Наличие у ваших прямых родственников остеоартроза: а) да, б) нет.
10. Частота возникновения приступов защемления: а) ежедневно, б) раз в неделю, в) 1-2 раза в месяц, редко.
11. Приступ связан с физической нагрузкой: а) да, б) нет, в) иногда.
12. Приступ связан с переменной погоды: а) да, б) нет, в) иногда.
13. Занятие ЛФК а) да, б) нет, в) иногда.
14. Стационарное лечение во время обострения: а) нет, б) да.
15. Удовлетворенность сестринским уходом во время стационарного лечения: а) да, б) нет.
16. Амбулаторное лечение: а) нет, б) да.
17. Посещение «Школы здоровья при остеоартрозе»: а) да; б) нет; в) иногда;
18. Вы проводите в сидячем состоянии много времени (>6 часов в день)? а) да; б) нет.
19. Достаточно ли информации о остеоартрозе из общедоступных источников: а) да; б) нет; в) иногда.
20. Необходимость дополнительной информации от медицинских работников о остеоартрозе? а) да; б) нет; в) иногда.
21. Рекомендации медработникам для улучшения их работы

Благодарим за сотрудничество!