

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

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ
В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТА ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ
КОНЕЧНОСТЕЙ**

Дипломная работа студентки

очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051503
Очатовской Ольги Олеговны

Научный руководитель
преподаватель Кривенко Т.М.

Рецензент
Врач-травматолог
ОГБУЗ «Городская больница № 2
г. Белгорода» Терехов Н. М.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ О ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	6
1.1. История вопроса.....	6
1.2. Переломы и их классификация.....	8
1.3. Переломы нижних конечностей, их классификация, причины и клинические проявления	11
1.4. Первая медицинская помощь, транспортировка, лечение и сестринский уход при переломах нижних конечностей.....	17
1.5. Период реабилитации после переломов	28
ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ	31
2.1. Методика исследования.....	31
2.2. Результаты исследования	32
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
ПРЕДЛОЖЕНИЯ	43
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ	44
ПРИЛОЖЕНИЕ	45

ВВЕДЕНИЕ

Перелом – это повреждение кости с нарушением ее целостности. Переломы на сегодняшний день составляют 46,7% всех травм. Переломы нижних конечностей 56,3% от всех переломов. В зависимости от плотности населения, интенсивности движения автодорожного транспорта, характеристики и насыщенности промышленных предприятий и других факторов, эти цифры меняются. Повышенный травматизм ведет к снижению качества жизни, здоровья и трудоспособности населения.

Актуальность данной темы обусловлена тем, что число пострадавших от переломов нижних конечностей в силу различных обстоятельств растет с каждым годом все больше и больше. Статистика показывает, что за последние 5 лет количество травм нижних конечностей возросло почти в 2 раза. Южные города России занимают первое место по переломам нижних конечностей, и Белгород, конечно не исключение. Всего за 4 года инвалидизация населения после переломов нижних конечностей города Белгорода с 17% увеличилась до 29%. Это говорит о недостаточной профилактической, лечебно-диагностической и реабилитационной деятельности как врачей, так и медицинских сестер.

Медицинские сестры на много больше контактируют с травмированными пациентами. Поэтому задача среднего медицинского персонала стоит в том, чтобы уделить каждому пациенту достаточно времени для консультаций по уходу за травмированной конечностью, по диетическому питанию, которое способствует скорейшему восстановлению целостности костной ткани, и для проведения реабилитационных мероприятий с пациентами для нормального дальнейшего функционирования конечности.

Объект исследования: проблемы пациентов с переломами нижних конечностей.

Предмет исследования: профессиональная деятельность медицинских сестер в решении потенциальных проблем пациентов при переломах нижних конечностей.

Цель работы: исследование и анализ роли среднего медицинского персонала в решении проблем пациентов при переломах нижних конечностей.

Задачи:

1. Провести анализ литературных источников по данной проблеме.
2. Изучить историю травматологии.
3. Изучить первую медицинскую помощь, транспортировку, лечение и сестринский уход при переломах нижних конечностей.
4. Определить влияние профессиональной деятельности медицинской сестры в решении проблем пациента.
5. Провести исследование среди пациентов с травмами нижних конечностей на базе ОГБУЗ «Городская больница №2» г. Белгорода и проанализировать удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой медицинскими сестрами.
6. Проанализировать профессиональную деятельность медицинских сестер в решении проблем пациентов при переломах нижних конечностей.

Методы исследования:

- научно - теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
- организационный (сравнительный, комплексный) метод;
- социологические (анкетирование, интервьюирование);
- статистические – статическая обработка информационного массива.

Теоретическая значимость: изучение истории вопроса, анализ классификации переломов нижних конечностей, изучение первой медицинской помощи, транспортировки, лечения и сестринского ухода при переломах нижних конечностей в целях оказания необходимой квалифицированной сестринской помощи.

Практическая значимость: был изучен процесс восстановления для пациентов с переломами нижних конечностей с использованием сестринского

ухода и проведена оценка удовлетворенности пациентов оказанием медицинской помощи сестринским персоналом на базе травматологического отделения ОГБУЗ «Городская клиническая больница № 2» г. Белгород.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЙ ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ О ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

1.1. История вопроса

Ортопедия как специальность является разделом хирургии. Этот термин происходит от двух греческих слов: *ortos*, что означает прямое, правильное, истинное и *paideia* - образование (от *pauros* - ребенок).

В 1890 г. в С.-Петербурге общество «Синий крест» (попечение о бедных и больных детях) открыло приют для калеченых детей и паралитиков сначала под непосредственным наблюдением Г. И. Турнера, а с 1904 г. при постоянной его консультативной помощи. С 1931 г. приют был реорганизован в «Институт восстановления трудоспособности физически дефективных детей имени Г. И. Турнера». До конца своей жизни (1941) Г. И. Турнер был бессменным руководителем этого института. Из основных работ Г. И. Турнера по ортопедии надо отметить усовершенствование им гипсовой техники. Много нового внес Г. И. Турнер в лечение застарелых переломов надколенника, туберкулезного спондилита, маршевых переломов стопы, а также в изучение различных аномалий позвоночника и поясничных болей, особенно при спондилолистезах.

В 20-х годах в Советском Союзе открылся ряд кафедр ортопедии и травматологии, а также несколько институтов ортопедии и травматологии. К 1941 г. в нашей стране функционировало 9 научно-исследовательских травматологических и ортопедических институтов, 20 кафедр ортопедии и 7 кафедр травматологии и ортопедии при институтах усовершенствования врачей [11, с. 33].

Рост ортопедии как специальности иллюстрирует рост специалистов-ортопедов. До Великой Октябрьской социалистической революции в нашей стране было всего 20 врачей-ортопедов, а перед Отечественной войной 1941—1945 гг. насчитывалось уже более 1000 врачей, в том числе 20 профессоров и 30 доцентов.

В 1926 г. на I Украинском съезде хирургов было решено ходатайствовать об организации специального журнала по ортопедии. Большую инициативу в этом деле проявил М. И. Ситенко, и первый номер журнала «Ортопедия и травматология» вышел в мае 1927 г. под его редакцией [1, с. 137].

Нельзя не отметить значение XXII Всесоюзного съезда хирургов (1932) в выделении травматологии в обособленную отрасль хирургии, которая объединила ортопедию и травматологию. Председатель съезда проф. Н. Н. Бурденко отметил возросшее значение этой науки. В 30-е годы организуются научные общества ортопедов и травматологов, проводятся съезды ортопедов (I съезд травматологов Украины в 1936 г. в Харькове, II съезд—в 1939 г. в Киеве) и ряд специальных конференций, рассматривающих актуальные вопросы ортопедии и лечения переломов. Таким образом, к началу Великой Отечественной войны была проведена большая работа по оформлению ортопедии и травматологии в самостоятельную специальность.

Каждая война является «травматической эпидемией» и роль травматологов во время войны трудно переоценить. Во время Великой Отечественной войны наша травматология оказалась на высоте, помогая возвращению в строй огромного числа раненых бойцов. Несмотря на большую загруженность специалистов-ортопедов непосредственным оказанием помощи пострадавшим, в это время продолжают разрабатываться важные проблемы: учение об огнестрельных ранах, огнестрельные ранения суставов и конечностей, шок, ожоги, отморожения и другие [4, с. 121].

После Великой Отечественной войны первоочередной задачей стали долечивание раненых и организация протезно-ортопедической службы. Сразу же было основано Всесоюзное научно-медицинское общество травматологов-ортопедов. Открытые в различных городах Советского Союза институты травматологии, ортопедии и восстановительной хирургии, призванные быть центрами методического руководства, быстро включились в работу. Многие задачи решались также на организованных кафедрах травматологии и ортопедии институтов усовершенствования врачей. Разрабатываются проблемы

протезирования ж протезостроения, вопросы костной пластики, борьбы с травматизмом, регенерации костной ткани, остеосинтеза, лечения врожденной костной патологии и др. С 1955 г. после перерыва на период войны вновь стал выходить журнал «Ортопедия, травматология и протезирование».

В нашем беспокойном мире, где продолжают локальные конфликты и возникают новые очаги боевых действий, где не снижается частота и тяжесть дорожно-транспортных происшествий и производственных аварий, где происходят крупномасштабные аварии, катастрофы и стихийные бедствия, травмы продолжают уносить и калечить многие жизни [12, с. 140].

В настоящее время наука и практическое здравоохранение претерпевают коренную перестройку, и крайне важно не разрушить рациональные, оправдавшие себя в течение многих лет формы организации специализированной медицинской помощи больным с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы.

1.2. Переломы и их классификация

Переломы - это патологическое состояние, при котором деформация кости происходит под действием повреждающего фактора, который по прочности сильнее, чем костная ткань. Травмы чаще встречаются в детском и пожилом возрасте, что связано с анатомическими и физиологическими особенностями организма. У детей кости более эластичны и менее прочны, чем у взрослых. Это делает скелет уязвимым для травмирующих факторов. Высокий риск образования переломов у детей связан с подвижностью ребенка и плохим развитием навыков самосохранения. В пожилом возрасте из-за возрастных изменений соли кальция вымываются из костей, что приводит к остеопорозу и снижению прочности скелета. Нарушение мозгового кровообращения, приводящее к ухудшению равновесия и головокружению, вызывает дисбаланс походки и частые падения. У молодых людей риск деформации кости связан с сезонностью (лед), профессиональной

деятельностью (интенсивные физические нагрузки) и спортом (профессиональные спортсмены).

Классификация переломов была создана для упрощения диагностики, определения тактики лечения и прогноза заболевания. Травмы отличаются этиологией (причина возникновения), формой дефекта кости, смещением отломков, образованием отломков и другими факторами. По причине возникновения различают переломы патологические, которые возникают при воздействии травмирующего фактора незначительной повреждающей силы на патологически измененные кости с низкой прочностью, и травматические, возникающие при воздействии интенсивного травмирующего фактора на здоровые кости с достаточной степенью прочности [5, с. 212].

Согласно сообщению фрагментов кости, с окружающей средой, возникают переломы открытые, которые сопровождаются повреждением наружного покрова, и закрытые, то есть не сопровождающиеся повреждением наружного покрова.

Открытые дефекты кости могут быть первичными и вторичными. Первичные характеризуются образованием раны при воздействии травматического фактора. Вторичные появляются после момента травмы в результате прорезывания кожи острыми краями костей, если пациент не доставлен должным образом в отделение неотложной помощи, или если кость не удалось вправить во время лечения. Закрытые переломы бывают неполные (формируются по типу трещины без смещения отломков кости), полные (характеризуются полным отделением концов кости и смещением в разные стороны), единичные (травма одной кости), множественные (травма нескольких костей), сочетанные (возникновение костного дефекта в результате влияния различных негативных факторов, таких как механических, радиационных, химических), комбинированные (травмы скелета сочетаются повреждением висцеральных органов) [9, с. 56]. Неполные переломы возникают из-за воздействия незначительной травматической силы. Чаще всего такие дефекты встречаются у детей, чьи кости покрыты толстой и эластичной надкостницей.

Для ребенка характерны травмы типа «зеленой линии» - переломы костей без смещения отломков. К неполным дефектам относятся краевые и перфорированные трещины, трещины и трещины. Полное отслоение отломков развивается при воздействии значительной силы удара или образовании дефекта в областях костей с хорошо развитыми мышечными мышцами. Сокращение мышц приводит к смещению отломков в разные стороны вдоль траектории мышечных волокон. Перелом со смещением считается тяжелой травмой, требующей длительного лечения и периода восстановления. Открытое повреждение также входит в эту группу. Кроме того, они сопровождаются первичной инфекцией раны, что может привести к остеомиелиту и сепсису. Смещение фрагментов поврежденных костей вызывает развитие осложнений, связанных с повреждением мышечной ткани, нервов и сосудов. В результате возникают открытые и закрытые кровотечения, нарушение иннервации конечностей, паралич и снижение чувствительности. Повреждение мягких тканей и крупных кровеносных сосудов приводит к болевому и геморрагическому шоку, что усложняет лечение травмы и может привести к летальному исходу. Перелом без смещения обычно не приводит к нежелательным последствиям и в большинстве случаев имеет благоприятный исход [7, с. 23].

В зависимости от формы линии дефекта кости выделяют косые, поперечные, продольные, винтовые и оскольчатые переломы.

Оскольчатый перелом сопровождается образованием одного или нескольких костных осколков, которые полностью отделяются от кости и находятся в мягких тканях. Такие травмы требуют хирургического лечения и длительного периода реабилитации. Оскольчатый перелом с формированием множественных осколков принято называть раздробленным. Он вызывает значительный дефект поврежденной кости. Оскольчатые переломы могут быть мелко- и крупнооскольчатыми.

Дефекты с поперечным расположением линии излома относят к стабильным травмам с редким смещением костных отломков. Остальные виды

изломов приводят к смещению отломков за счет тяги мышц после травмы и входят в группу нестабильных переломов. Правильная транспортировка больного в травмпункт и адекватные методы лечения предупреждают развитие осложнений вследствие смещения костных отломков. Классификация переломов костей помогает выбрать правильную тактику лечения, предупредить развитие нежелательных последствий, прогнозировать длительность терапии и реабилитационного периода [3, с.194]. Постановка точного диагноза, согласно современной классификации, улучшает прогноз травмы.

1.3. Переломы нижних конечностей, их классификация, причины и клинические проявления

В анатомии для удобства нижние конечности разделены на несколько областей. К ним относятся бедро, колено, голень и стопа.

Бедро образует крупная трубчатая кость, также именуемая как «бедренная кость». К основным характеристикам бедренной кости относятся следующие качества: бедренная кость имеет изогнутую в переднем направлении цилиндрическую форму; расширяется в нижней части; в верхней области кости выделяется головка и шейка бедра, находящиеся под углом 130 градусов по отношению к основному телу кости; головка бедра служит для образования бедренного сустава и осуществления подвижности органа передвижения (шейка бедра считается уязвимой для повреждений областью); благодаря расширению нижней части, бедренная кость способна образовывать коленный сустав, вместе с коленной чашечкой и суставными связками. Большое количество мышц, которые выполняют двигательные функции органа, прикрепляются к бедренной кости. В том случае, когда мышцы и связки человека находятся в хорошем состоянии, риск травмы значительно снижается [8, с. 136].

Переломы бедра составляют около 6% всех переломов костей. Различают три основные группы переломов бедра: переломы верхней части бедра, диафизарные переломы и переломы нижней части бедра. В зависимости от места перелома бедра, он может проявляться как боль, ограничение подвижности бедра, укорочение и деформация поврежденной конечности. При открытом переломе возможна значительная кровопотеря. Основным способом диагностики переломов бедра является рентгенография. Для внутрисуставных переломов бедра проводится дополнительная МРТ сустава [3, с. 193].

Линия перелома бедра может проходить внутри сустава или находиться за его пределами. В первом случае перелом бедра называется внутрисуставным, во втором – внесуставным.

В травматологии выделяют следующие виды внутрисуставных переломов бедра: капитальный (линия перелома проходит в области головки бедра), субкапитальный (линия перелома расположена сразу под головкой), чрезшеечный (линия перелома расположена в области шейки, базисцервикальный (линия перелома расположена на границе перехода шейки в тело бедренной кости). Внесуставные переломы бедра в его верхней части расположены на уровне вертелов. Выделяют чрезвертельные и межвертельные переломы. При определенном механизме травмы (прямой удар или падение на область вертела) возможен отрыв большого вертела. Изолированный отрыв малого вертела встречается очень редко.

Переломы верхнего конца бедра, как правило, наблюдаются у пожилых людей. Чаще поражаются женщины. Остеопороз и снижение мышечного тонуса способствуют возникновению таких переломов бедра. Повышенная частота переломов шейки бедра у женщин обусловлена большей степенью остеопороза и определенными анатомическими особенностями женского организма. Угол между шейкой и телом костей у женщин острее, а шейка бедра тоньше и слабее [10, с.99].

У людей молодого и среднего возраста переломы бедра в его верхней части возникают в результате значительной травмы (в автомобильной аварии,

падения с высоты). У пожилых людей прямой удар или падение тазобедренного сустава может вызвать перелом бедра. В пожилом возрасте переломы бедра иногда возникают в результате обычного спотыкания, когда пациент, пытаясь остаться, резко переносит вес всего своего тела на ногу.

Пациент с переломом бедра обеспокоен болями в области бедра (если перелом шейки бедра, то боль также локализуется в области паха). При внутрисуставных переломах боль в покое слабая или умеренная, резко усиливается во время движений. Пальпация области перелома сопровождается тупой болезненностью в глубине тазобедренного сустава. В случае переломов вертено тазобедренного сустава боль усиливается при пальпации и малейшей попытке движения в тазобедренном суставе. Пациенты с переломами бедра менее мобильны, чем пациенты с переломами бедра и, в отличие от них, страдают от острых болей, поэтому их травма субъективно воспринимается как более тяжелая [4, с. 59].

Нога больного на стороне поражения повернута наружу. При переломах с вывихом больная нога короче здоровой. При поражении переломов укорочение конечностей может отсутствовать. Характерным признаком перелома верхней части бедра является «симптом прикрепленной пятки», при котором пациент в положении лежа не может поднять прямую ногу. Пораженные переломы часто проявляются сглаженными клиническими симптомами. Иногда пациенты могут свободно опираться на больную ногу. Фатальные переломы бедра сопровождаются более выраженным отеком и синяками в области травмы. При переломах шейки бедра отечность меньше, синяки обычно отсутствуют. Коленный сустав образован мыщелками бедренной кости; верхней поверхностью большеберцовой кости; надколенником (коленная чашечка). Сустав обладает большой подвижностью и активно участвует в двигательной работе скелета конечностей [7, с. 23].

Перелом коленной чашечки чаще всего возникает в результате прямой травмы: падения, удара по кости тупым или острым предметом. У детей и подростков, а также у лиц с воспалительным заболеванием суставов

(остеохондрит) может быть получен перелом надколенника с резким сокращением четырехглавой мышцы (механизм не прямой травмы). Косвенный механизм травмы наиболее распространен у танцоров и спортсменов. При резком сокращении туловища может возникнуть сильное сокращение четырехглавой мышцы, что вызвало перелом колена [5, с. 56].

Во время травмы возникает острая боль. Попытка изменить положение ноги или наступить на нее приводит к резкому усилению боли. Если целостность связок сохраняется, пациент может согнуть и разогнуть ногу, если связки повреждены, нога не сгибается и не разгибается. Вторым ярким симптомом перелома коленного сустава является быстрый отек. Повреждение кровеносных сосудов при травме вызывает скопление крови в суставной полости (гемартроз), отек ноги, движение при сгибании и разгибании становится невозможным (контрактура). Впоследствии отек самостоятельно исчезает или требуется пункция суставной полости при откачке скопившейся жидкости. Абсолютным признаком перелома ноги будет пальпация (пальпация) отломков или обнаружение повреждения на рентгенограмме [6, с. 90].

Если линия излома располагается в области голени, с помощью рентгенограммы можно определить какая именно из костей была повреждена. В отличие от зоны бедра, голень включает несколько костей: большеберцовая кость – крупный сегмент двигательного аппарата, характерной чертой кости является расширение в верхней части, в области образования коленного сустава с бедренной костью, тело кости представлено в виде призмы с тремя гранями, в нижней части кости находится суставная поверхность для взаимодействия с таранной костью стопы; малоберцовая кость – это тонкая латеральнорасположенная часть скелета голени, малоберцовая кость, в отличие от большеберцовой, имеет расширение в нижней области, но сужается в верхней части, также в верхней области кость имеет выраженную головку, с помощью которой происходит взаимодействие с большеберцовой костью, утолщение в нижней области образует сочленяющуюся поверхность с латеральной лодыжкой; соединения костей голени. Между большеберцовой и

малоберцовой костью голени существует межкостная перепонка и суставное сочленение в верхней области и синдесмоз в нижней части. Соединения между костями скелета голени малоподвижны. Также к костям крепится большое число мышц и связок, осуществляющих подвижность и стабильность двигательного аппарата.

Основной причиной переломов голени является воздействие большой силы, направленной на небольшой участок кости. Кость не выдерживает очень сильного давления и ломается. Чаще всего давление большой силы возникает при падении на ногу, согнутую или зафиксированную в неудобном положении, например, в лыжном ботинке, коньках, между какими-либо предметами и т.д. Реже перелом возникает при прямом и очень сильном воздействии на ногу, например, падении тяжелого предмета, ударе и так далее [8, с. 86].

Симптоматика переломов голени несколько отличается друг от друга в зависимости от локализации повреждения, однако имеются и общие клинические признаки. Так, при любой локализации перелома появляется сильная боль, отек и изменение окраски кожного покрова. При попытках пошевелить конечностью или ощупать ее можно услышать хруст костных отломков, трущихся друг о друга. Опереться на сломанную ногу невозможно. Также невозможно совершить какое-либо активное движение голенью. Внешне может быть видно укорочение или удлинение ноги, или осколки кости, торчащие из раны. Если сломанная кость травмировала малоберцовый нерв, то стопа начинает свисать и ее невозможно согнуть. Если отломки костей травмировали кровеносные сосуды, то кожа голени становится бледной или синюшной. Вышеперечисленные симптомы являются общими для всех переломов голени.

Стопа имеет наибольшее число сегментов из всех областей скелета нижних конечностей. Условно скелет разделяется на предплюсны (таранная, пяточная – задний отдел, ладьевидная, кубовидная и три клиновидные кости – передний отдел), плюсны (пять костей трубчатой формы, образуют свод стопы), фаланги пальцев (две фаланги у первого пальца, 2-5 пальцы имеют по

три фаланги). Скелет стопы хоть и имеет видоизмененную форму, но незначительно отличается от механизма кисти. Одной из таких особенностей является большая выраженность сесамовидной кости, образующей сводчатость стопы в передней части. Перелом костей ступни встречается реже остальных видов травм человеческого организма. Опасность такого вида повреждений состоит в том, что оно лишает возможности человека к нормальному передвижению на продолжительный срок, а может даже и навсегда. Повреждение стопы может возникнуть внезапно, оно не зависит от пола, образа жизни. Но существует категория людей, которые чаще других подвержены этому заболеванию. К данной категории можно отнести спортсменов, людей с патологией соединительной ткани, также пациенты с врожденными патологиями соединительной ткани, пациенты, страдающие остеопорозом [6, с.128].

Перелом ладьевидной кости стопы способствует проявлению сильных болей при нагрузке на стопу. На тыльной стороне стопы появляются отеки, образуются кровоизлияния. Любая попытка сделать движение ногой и пальпацией области ладьевидной кости вызывает острую боль. Перелом кубовидной и клиновидной костей стопы сопровождается болезненными упушениями с давлением, пальпацией и естественными движениями стопы. Поврежденный участок начинает набухать. Перелом плюсневых костей стопы в одном месте сопровождается наличием сильного отека на задней части стопы и подошве. Когда ты чувствуешь боль. Если в нескольких местах сломаны плюсневые кости, отек будет распространяться по всей стопе. Возникнут кровоизлияния, и когда вы прощупываете место повреждения, возникает боль. Такая травма не позволит человеку опереться на ногу. При переломах фаланг пальцев ног будет возникать острая боль при попытке двигать ногой. Сломанный палец опухает, наблюдается синий цвет, под ногтем образуется гематома. Перелом пяточной кости стопы проявляется в сильных болях в пятке. Основание каблука расширяется. Появляется отек, который распространяется на ахиллово сухожилие [8, с. 199].

1.4. Первая медицинская помощь, транспортировка, лечение и сестринский уход при переломах нижних конечностей

Перед оказанием первой помощи при переломах конечностей необходимо учитывать основные симптомы, которые подтверждают, что сформировалось нарушение целостности кости. К ним относятся деформации конечностей, потеря двигательной функции, отеки и отеки в поврежденной области, характерный хруст при движении пораженной части тела, сильный болевой синдром. Если невозможно определить, есть ли перелом или другая травма, необходимо действовать в соответствии с правилами, применимыми к сломанной конечности [11, с. 101].

Оказание первой помощи при переломе бедренной кости заключается в следующем: прежде всего следует постараться успокоить пострадавшего. Безусловно, в настолько тяжелом состоянии человек от боли может кричать и плакать. Если больной не выказывает никаких эмоций, возможно, он испытывает болевой шок. Следующим этапом первой медицинской помощи является обезболивание – эффективный отпор травматическому шоку. Подойдут любые, даже самые слабые, анальгетики. Крайне желательно, если есть возможность, дать больному успокоительное (Корвалол, экстракт валерианы, Валокордин). Строго запрещено давать алкоголь в качестве обезболивающего, ведь не исключено, что человеку потребуется операционное вмешательство с применением наркоза [7, с. 269].

В ситуации открытого перелома (когда кожа разорвана и виднеется кость) нужно немедленно остановить наружное кровотечение. Руками дотрагиваться нельзя: легко занести инфекцию в организм. Необходимо наложить ткань или стерильную марлю и обернуть жгутом (выше места травмы) и повязкой. Не допускайте сильного пережимания жгутом травмированной конечности и чересчур долгого его ношения (не более, чем 1,5 часа): есть риск возникновения гангрены. Покалывание, пульсирующая боль и онемение говорят о том, что нужно сразу же ослабить жгут.

В ситуации закрытого перелома нужно выполнить транспортную иммобилизацию (другими словами, обездвиживание сломанной конечности с намерением зафиксировать отломки бедренных костей), чтобы избежать дополнительного травмирования сосудов и тканей, и повторного повреждения конечности. Иммобилизация осуществляется путем наложения шины на травмированную ногу. Если нет возможности использовать специальную медицинскую шину, следует самостоятельно изготовить таковую из подручных материалов (ветки, доски, картон, палки). Перед наложением шин на травмированную конечность рекомендуется подложить на ногу вату, ткань или марлю: это убережет от появления пролежней. Предварительно нужно с предельной осторожностью освободить человека от одежды (сначала это проделывается с поврежденной ногой, затем со здоровой). Если решено оставить больного в одежде, дополнительно подкладывать ничего не требуется. Наложение шин производится с внутренней и внешней стороны на два (или более) неповрежденных сустава, шины фиксируются марлей или бинтом. Лучший вариант – наложить ее на голеностопный, коленный и тазобедренный суставы [7, с. 301]. Важно убедиться, что шина держится крепко и надежно. При неосторожном движении или транспортировке пострадавшего, сдвиг ее чреват смещением кости. Для того чтобы снизить болевые ощущения при закрытом переломе, можно приложить обернутые марлей кусочки льда или другой имеющийся под рукой холодный предмет. Начинать транспортировку в ЛПУ нужно, убедившись, что сломанная нога надежно зафиксирована. Когда пациента отправляют в больницу самостоятельно, потребуется создать больному удобства, а перемещать человека следует на носилках. Если таковых поблизости не оказалось, допустимо использовать любую дверь, полотно с плоской поверхностью [5, с. 284].

Доврачебная помощь при переломе бедренной кости нацелена на предупреждение нарушений в системе сосудов, нервов, здоровых тканей, не вовлеченных в раневую область. Грамотные действия, выполненные до приезда врачей, помогут специалистам быстрее провести обследование, назначить

адекватное лечение пациенту. Лечебные мероприятия при переломе бедра зависят от вида повреждения. Травмы со смещением и большой кровопотерей требуют противошоковых мероприятий, переливания крови, оперативного вмешательства. При закрытых переломах на первый план выступает иммобилизация места повреждения. При переломах без смещения и образования осколков лечение заключается в обеспечении неподвижности места повреждения [9, с. 123]. При благоприятных обстоятельствах сращение кости проходит естественным путем. Параллельно проводят противовоспалительную медикаментозную терапию, назначают седативные средства и обезболивающие препараты. Фиксация поврежденных участков проводится при помощи оперативного вмешательства, когда фиксирующие приспособления вставляют непосредственно в кость (остеосинтез). Остеосинтез проводят при фиксации кости трехлопастным гвоздем, специальными пластинами или винтами. При образовании отломков проводят операцию остеопластику, когда пересаживается костная ткань своя (аутопластика) или донорская.

При переломе шейки бедра у пожилых пациентов целью лечения является сращение повреждения при обеспечении максимальной подвижности пациента. Это обусловлено тем, что ограничение подвижности пожилого человека быстро вызывает воспалительные процессы в дыхательной системе и нарушает кровообращение с образованием пролежней. 80% возрастных пациентов не переживают подобные травмы из-за развития осложнений.

Современным эффективным методом лечения является эндопротезирование – замена поврежденного сустава. Этот метод позволяет пациентам после 60 лет, когда процесс естественного сращения костей практически останавливается, восстановить качество жизни и сохранить способность к движению и самообслуживанию [2, с. 202]. Для того чтобы человек как можно скорее выздоровел, необходимо обеспечить поддержку организма питательными веществами, которые способствуют регенерации

поврежденных тканей. Для этого, в первую очередь, пересматривается питание больного.

Любые вредные продукты, алкоголь и газированные напитки исключаются из рациона, так как они не приносят необходимой пользы, а добавки препятствуют усвоению кальция и витаминов. Меню должно формироваться из легких белковых продуктов, молочных продуктов, каш, овощей и фруктов. В качестве питья рекомендованы компоты, морсы, чай. Достаточное количество воды также является профилактикой запоров. Рацион дополняется витаминно-минеральными комплексами [7, с. 68].

В первые недели после получения травмы человек испытывает сильный физический и психологический дискомфорт. Чтобы настроить его на выздоровление, необходимо компенсировать подобные недостатки за счет оказания полноценного ухода. В условиях стационара или дома все необходимые процедуры могут производиться как самостоятельно (т. е. родными и близкими пациента), так и специально обученным медперсоналом. На первых порах предпочтительнее обеспечить сестринский уход. В дальнейшем следует учитывать и пожелания самого больного. Некоторым людям неловко, когда за ними ухаживают чужие люди. Другие же чувствуют себя крайне смущенными и беспомощными, если уход производится близкими людьми [4, с. 240].

Вынужденное лежачее положение больного в первые недели лечения вызывает множество трудностей и потенциальных проблем пациента. К ним можно отнести возникновение отека на отдельных частях тела, застойные явления в легких с последующей пневмонией. Также возможен риск возникновения запоров и метеоризма. Для того чтобы травма не давала осложнений, связанных со смещением, конечность рекомендуется зафиксировать в одном положении с помощью мягких валиков и мешочков с песком. Под колено дополнительно подкладывается валик. Оптимальной позой является лежа на спине. Поворачивать можно только на здоровый бок на время проведения гигиенических процедур. Больную ногу запрещается задействовать

без основательных причин. Постель должна быть чистой и в меру жесткой. Это позволит избежать появления такой потенциальной проблемы, как пролежни. Слишком мягкий матрас не обеспечит надлежащую фиксацию тела, а чрезмерно жесткий будет способствовать образованию пролежней, опрелостей, дополнительного инфицирования ран [7, с. 67].

Очень важным аспектом является поддержание чистоты. Соблюдение норм гигиены позволяет избежать массы осложнений. Медицинская сестра должна ежедневно проводить гигиенические процедуры пациенту, особенно тщательно протирать места, склонные к образованию пролежней, а также кожные складки. Для отправления естественных нужд используются впитывающие пеленки, специальные подгузники или судно. Такое судно имеет особую форму, что позволяет избежать нагрузки на больную ногу при его использовании. Также медицинская сестра должна обрабатывать послеоперационные раны антисептиками и заживляющими мазями, своевременно менять повязки. При использовании спиц нельзя допускать их загрязнения, чтобы избежать инфицирования. Из-за сильнейшего удара, аварии или падения может возникнуть такая тяжелая форма травмы как перелом коленной чашечки со смещением костных обломков. Такой перелом бывает, как закрытым, так и открытым, во время которого острые осколки рвут мышцы, связки, сухожилия. Смещение костных обломков обычно происходит при горизонтальном переломе коленной чашечки, ведь при вертикальной линии повреждения тяга направлена снизу-вверх. Поскольку в результате перелома может появиться множество фрагментов кости, лечение производят только путем хирургического вмешательства, в ином случае возможно ненормальное срастание коленной кости, что в будущем может привести к нарушению двигательной функции сустава и инвалидности. Восстановление после перелома коленного сустава со смещением занимает несколько лет. Именно поэтому необходимо изначально оказать правильную и своевременную первую медицинскую помощь [8, с. 45].

Если травма колена произошла и предполагается перелом, нужно зафиксировать ногу с помощью шины или подручных средств, исключить нагрузку. Необходимо дать пострадавшему обезболивающее и доставить в лечебное учреждение. Вправлять сустав самостоятельно запрещается.

Перед наложением шины ногу оборачивают в мягкую ткань, чтобы не передавить сустав. Шину плотно закрепляют бинтами с обеих сторон бедра и стопы. Если случился открытый перелом, то нужно остановить кровотечение. Для этого выше колена накладывают жгут и фиксируют время — он должен находиться не более чем 45 минут. На рану накладывают стерильный бинт, чтобы не занести инфекцию. При поверхностных повреждениях сустав перевязывают бинтом и прикладывают холод не более чем на 30 минут [11, с. 289].

При необходимости назначаются лекарственные препараты. В дальнейшем проводятся реабилитационные процедуры для развития подвижности колена. В случае перелома без смещения или если расхождения обломков костей не превышает 3 мм, то назначается консервативное лечение. Оно включает в себя процедуры: проведение пункции в поврежденном месте для удаления скопившейся крови; наложение гипсовой повязки с использованием ватно-марлевого «бублика»; назначение УВЧ по истечении 4 дней; применение лекарственных средств. В дальнейшем, опираясь на состояние больного, сложность травмы, но не более чем через 7 дней, следует давать статистическую нагрузку мышцам. Через месяц гипсовая повязка снимается, и пациент может ходить, сначала с помощью костылей, а потом и самостоятельно [9, с. 195].

Лечение околоуставных переломов представляет собой сложную проблему травматологии и ортопедии. Принципы лечения включают анатомически точное сопоставление и фиксацию костных фрагментов, ранние движения коленного сустава. На современном этапе приоритетным направлением в лечении внесуставных переломов является оперативный метод.

Это способ фиксации конечностей стержневыми аппаратами для чрескостного остеосинтеза.

В сестринском уходе важно следить за положением конечности на лечебной шине при проведении скелетного вытяжения; надо следить, чтобы конечность не упиралась в спинку кровати, а груз не опускался на пол. Медицинская сестра должна постоянно следить за положением пациента, так как неправильное положение может привести к неправильному сращению перелома или параличу конечности, что может повлечь за собой такую потенциальную проблему как контрактура конечности. Перестилать постель и подавать судно нужно очень осторожно, чтобы не вызвать смещение отломков; проводить обработку кожи вокруг спиц и место введения спиц (профилактика остеомиелита). Места введения спицы обрабатываются спиртовыми антисептическими растворами, спицы протирают спиртом, вокруг спицы в местах введения кладут салфетки, смоченные спиртом [10, с. 23].

Первая помощь при переломе голени – это очень важный этап, который требует серьезного подхода к нему. При правильном оказании неотложной помощи можно облегчить предстоящее лечение и обезопасить пострадавшего от развития всевозможных последствий. Если произошел открытый перелом, необходимо остановить кровоизлияние и обеззаразить возникшую рану. Для того, чтобы остановить поток крови – накладывается жгут чуть выше уровня раненой области. В качестве жгута принято использовать различные подручные средства: платки, веревки, шарфы и ремни. На повязке отмечается точное время ее наложения, это делается для того, чтобы не передержать жгут и не спровоцировать омертвление конечности (оно происходит после часа использования). В случае, если кожа приобретает синий оттенок в области наложенного жгута – ослабьте повязку. После остановки кровотечения раненую поверхность необходимо обработать с помощью любых антисептических препаратов и наложить стерильную повязку или бинт, чтобы избежать дальнейшего попадания инфекции в рану. После проделанных вышеперечисленных манипуляций травмированную конечность необходимо

зафиксировать в одном правильном положении. Главное, что нужно запомнить – ни в коем случае не пытаться самостоятельно сопоставить смещенные фрагменты кости или удалить отломленные ее частички (в случае открытого перелома). Эти действия могут наоборот усугубить ситуацию.

Для иммобилизации ноги сначала необходимо положить пострадавшего в максимально удобную позу, свести к минимуму возможные движения и нагрузки на конечность. Далее для обездвиживания на ногу накладывається шина, которая должна удерживать ногу выше и ниже поврежденной области (чаще всего фиксируется нога от бедра и до стопы). В качестве фиксаторов можно использовать любые подручные средства, которые подходят по размеру и являются достаточно прочными (деревянные палки, доски и т.п.). Крепятся обездвиживающие предметы с помощью всевозможных окружающих вас предметов: веревок, тряпок, резинок, шарфов и т.д. В легких случаях переломов лечение заключается в том, что врач производит прочное сопоставление костных фрагментов (репозиция) и фиксирует поврежденную конечность в одном положении с помощью гипсовой повязки или других фиксирующих приспособлений. Период иммобилизации длится в зависимости от вида травмы и ее характера и назначается доктором индивидуально для каждого. Снятие гипса происходит после полного восстановления структуры кости. В случае, если травма произошла со значительным смещением, полным или неполным раздроблением кости или перелом открытого типа – проводят операцию под местной анестезией. Хирургическое вмешательство также заключается в репозиции костных отломков с помощью специальных металлических спиц, пластин и винтов. Если перелом многооскольчатый, то врачи удаляют фрагменты отломленной кости. После завершения операции нога также подвергается фиксации на назначенный доктором срок. Металлоконструкции удаляются после полной регенерации костной ткани. После того, как лечение будет завершено – врачом назначается начало реабилитационного периода, который поспособствует полному восстановлению двигательных функций конечности [3, с. 90].

Стопа – сложная и многокостная область опорно-двигательного аппарата. В результате травм, ударов, падений может произойти перелом ее косточек или суставов. Первая помощь при переломе стопы пострадавшему всегда должна быть быстрой и правильной [7, с. 76]. Переломы бывают закрытыми, открытыми, с повреждением мягких тканей, связок, сухожилий, нервных и кровеносных сосудов. Если произошел открытый перелом костей стопы, помощь необходимо осуществлять в соответствии со следующими правилами: при сохранении опасности последующего травматизма, пострадавшего переносят на некоторое расстояние от опасного места. Если кровь алая и пульсирует струей, то это артериальное кровотечение. Для его устранения накладывают жгут из веревки, ремня, галстука поверх одежды или куска ткани выше травмы. В данном случае – на бедре. К жгуту прикрепляют записку с указанием времени наложения жгута. Ослабляют жгут через 1-1,5 часа на несколько минут и записывают время в записке. При венозном кровотечении кровь будет «вишневой», а струя вялой. Накладывается давящая повязка на травму и ниже нее. Для обработки краев травмы разрезают одежду и используют зеленку, йод и перекись водорода. Рана прикрывается повязкой из стерильной марли. Снижают боли таблетками или инъекциями анальгина, Диклофенака или Пенталгина. Это поможет предотвратить травматический шок до приезда скорой помощи. Если есть возможность приложить к травме холод, тогда до наложения транспортной шины для этого используют лед или холодную воду в кульке на 15-20 минут. Это поможет снизить отечность и потерю крови. К поврежденной ноге прикрепляют шину с неповрежденной стороны, фиксируя вышележащий и нижележащий сустав [5, с. 69]. Шина накладывается по поверхности подошвы и голени сзади. Она должна захватывать кончики пальцев и верхнюю треть голени. Стопу фиксируют под углом 90° к голени. Для шины используют трубы, лыжные палки, доски, плотный картон, зонт и другие твердые предметы. Шина накладывается на одежду и плотно прибинтовывается к ноге. Мягкую ткань или вату подкладывают под выступы костей. Пострадавшего транспортируют в

травмпункт на носилках-волокушах лежа или сидя на импровизированном приспособлении или вызывают скорую помощь. При наличии в ране видимых костных отломков запрещается их вправлять и прятать в рану. Это еще больше сместит кости, усилит кровотечение и вызовет болевой шок.

Если же нет открытого перелома, тогда помощь при переломе голеностопа заключается в обеспечении покоя для травмированной ноги. С нее осторожно снимают обувь, не сдавливая отечную область. Затем прикладывают лед, подкладывая полотенце, на 20 минут и накладывают давящую повязку.

Пострадавшего удобно устраивают на постели и подкладывают под колено или под ахиллово сухожилие валик. При наличии температуры и боли применяют анальгетики. Первая помощь при переломе стопы без смещения и воспалении ахиллова сухожилия включает повязку из якорных полосок из эластичного лейкопластыря. Их накладывают при легком сгибании подошвы, но к голени стопу держат под углом 90°. Полоски должны быть на стопе и вокруг голени, чтобы ограничить ее тыльное сгибание. Под обе пятки подкладывают вату или бинт в виде подпяточника толщиной 0,6 см [6, с.95].

От выбора тактики лечения зависит конечный результат. Потому необходимо учитывать степень тяжести, локализацию перелома, наличие осколков, повреждение окружающих тканей. Неправильное сращение только добавляет работы хирургам, ухудшит результат выздоровления для самого пациента. В таких случаях без оперативного вмешательства не обойтись, да и оно не всегда способно вернуть полноценную активность в подобной ситуации. Если смещения отломков удалось избежать, это существенно приближает выздоровление. Основной метод лечения – иммобилизация, то есть обездвиживание травмированного участка при помощи гипсовой повязки. Для достижения максимального эффекта при переломе костей стопы гипс накладывают на два соседних сустава, примерно до средней трети голени. Чтобы обеспечить ноге покой, в первую неделю после перелома рекомендуется постельный режим, он позволит устранить отек, уменьшить боль, в дальнейшем использование костылей даст возможность передвигаться. От локализации

поврежденной кости, наличия смещения будет зависеть, сколько заживает перелом стопы. В большинстве случаев накладывается циркулярная гипсовая повязка, однако, при переломе без смещения врач может ограничиться лонгетой. При переломе таранной кости срок сращения составляет от 4-5 недель до 3 месяцев. Для быстрого восстановления функций уже с 3 недели необходимо снимать гипс, разминать ногу, выполняя вращательные движения в голеностопном суставе. Нагрузка дается постепенно, максимальна она к моменту полного сращения. Пяточная кость требует наложения гипса на 5-6 недель. Гипс накладывают от фаланг пальцев до колена, повязка или сразу циркулярная, или лангета, которая позднее, после того, как уйдет отек переводится в циркулярную. Примерный срок иммобилизации при переломах других косточек предплюсны – 4-5 недель с последующим использованием супинатора. При повреждении костей плюсны гипсовая лонгета накладывается на месяц.

Лечение переломов фаланг пальцев длится около месяца. Незначительные повреждения одной косточки не требуют наложения гипса, чаще это касается пятого пальца. Достаточно зафиксировать стопу с помощью биндажа и защитной обуви. Стоит отметить, что сроки сращения всегда условны и зависят от многих особенностей. Контроль всегда проводится при помощи рентгеновского снимка, КТ или МРТ, что дает врачу возможность сориентироваться, когда снимать гипс и как проводить дальнейшую реабилитацию [4, с. 209].

Если переломы костей стопы открытые, это усложняет лечение. Важную роль в такой ситуации играет антибактериальная терапия. Основная цель – избежать присоединения инфекции, нагноения раны. Поврежденный участок промывается растворами антисептиков, накладывается стерильная повязка. Как и при любом переломе, лечение имеет целью скорейшее восстановление нормальной анатомической структуры и функции стопы. При наличии выраженного отека или при нестабильном состоянии пациента проводится

консервативное лечение с иммобилизацией задней гипсовой лонгетой, при этом особого внимания требуют отек и повреждения мягких тканей [2, с. 201].

Из выше описанного можно сделать вывод, что переломы нижних конечностей, как правило, лечатся с помощью консервативных методов лечения, а именно наложения гипса. Но не редки и оперативные вмешательства при данных видах травм. В послеоперационном периоде пациенты нуждаются в более тщательном гигиеническом уходе. Следует помнить, что раны требуют ежедневной обработки с помощью антисептических средств, что служит профилактикой гнойных заболеваний кожи, подкожно-жировой клетчатки и костной ткани. Такая инфекция может стать еще одной потенциальной проблемой пациента. Но использование антисептиков, правильный и своевременный уход поможет решить данную потенциальную проблему.

1.5. Период реабилитации после переломов

После снятия гипса большинство пациентов, как правило, обнаруживают на месте травмы отек. Объяснением этому служит то, что в конечности нарушен естественный кровоток. Главная задача пациента и медицинской сестры устранить застойные явления. На начальном этапе помогут растирания, различные виды массажа, упражнения. Массаж помогает стимулировать движение крови и лимфы, укрепить стенки сосудов, разработать суставы. Хорошо помогают снять отеки и усилить кровоснабжение в больной конечности ванночки с морской солью, лекарственными травами и эфирными маслами. Их делают сначала каждый день, по мере улучшения – раз в 2-3 дня.

Хороший эффект производит растирание кедрового масла, прикосновение и поглаживание повышают тонус мышц, восстановление происходит быстрее. Второй этап реабилитации предполагает восстановление естественных функций поврежденной ноги после снятия гипса. После ванны и растирания начинают выполнять упражнения. Занятия помогут решить проблему снижения мышечной атрофии [6, с. 99].

На начальных этапах не менее важную роль играют независимые сестринские вмешательства. Медицинская сестра помогает пациентам разработать конечности с помощью пассивных упражнений, которые проводятся непосредственно в постели пациента. После восстановления циркуляции крови в мышцах необходимо приступить к восстановлению главной функции нижних конечностей - двигательной. Сюда можно отнести занятия лечебной физкультурой. Комплексный подход способствует быстрому восстановлению.

Реабилитация после перелома кости ноги продолжается до полного восстановления подвижности, отсутствия отеков и отсутствия болевого синдрома. Успешность ее зависит от целеустремленности пациента, правильно выбранного комплекса лечебных методов и сестринских вмешательств.

Итак, из первой главы можно сделать следующие **выводы**:

1. Переломы нижней конечности разной локализации несут весомый урон здоровью человека различного возраста;

2. В зависимости от тяжести травмы лечение может быть, как хирургическим, так и консервативным. К хирургическому лечению относится оперативное вмешательство открытое сопоставление (репозицию) костных отломков. Дополнительная фиксация отломков не является обязательным этапом операции и показана лишь в случаях абсолютного ненадежного сопоставления их;

3. Консервативный метод лечения при переломах нижних конечностей не предусматривает оперативного вмешательства. Если перелом не отягощен какими-либо осложнениями, то сращение кости производится с помощью наложения гипса;

4. Медицинская сестра должна оказывать пациенту как можно больше внимания, так как при травмах у пациента появляется дефицит ухода. Больному необходимо оказывать помощь в соблюдении личной гигиены, следить за рационом его питания, чтобы регулировать количество поступающего с едой кальция для укрепления костной ткани. Дефицит выше описанных

манипуляций со стороны медицинской сестры ведет к более долгому сращению костей, что влияет как на физическое здоровье пациента, так и на душевное состояние.

ГЛАВА 2. АНАЛИЗ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В РЕШЕНИИ ПРОБЛЕМ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

2.1. Методика исследования

Исследование проводилось в два этапа. На первом этапе информация была собрана и обработана. На втором этапе анализ данных проводился с последующей разработкой модели сестринского ухода во время лечения и реабилитации пациентов при переломах нижних конечностей.

Исследование производилось в отделении травматологии Областного государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Городская клиническая больница № 2 г. Белгорода».

На данный момент в травматологическом отделении пребывает 54 пациента. Из них 55% (30) пациентов пострадало от переломов нижних конечностей. 24% (13) пациентов пребывает в стационаре с переломами верхних конечностей. 21% (11) пациентов находятся на лечении иных травм и ранений (рис.1).

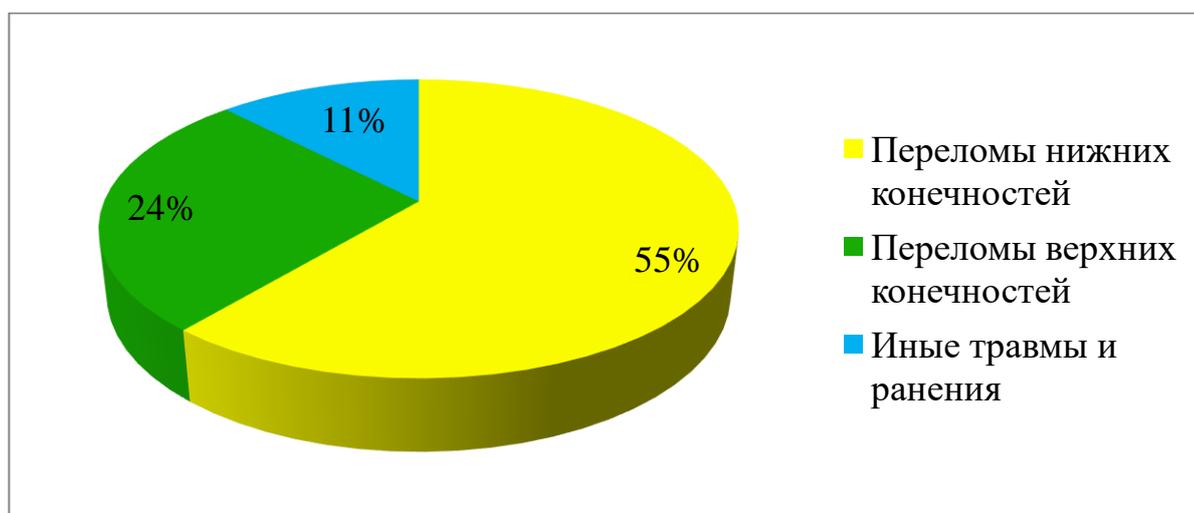


Рис.1. Травмы опорно-двигательного аппарата в отделении травматологии ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода»

На следующей диаграмме можно увидеть процентное соотношение пациентов с переломами нижних конечностей разной анатомической локализацией.

По этим данным можно сделать вывод, что распределение переломов пациентов по анатомической локализации примерно одинаковое (рис.2).

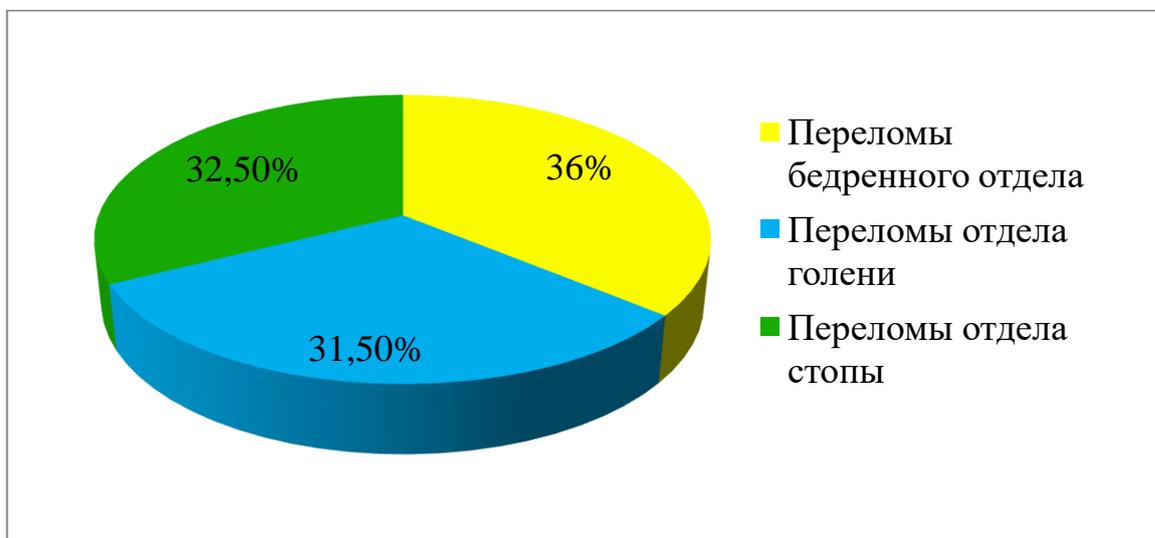


Рис. 2. Показатели распространенности переломов различных анатомических отделов нижней конечности

Так как количество пациентов с переломами бедренного отдела составили 36% , страдающие переломами отдела голени 31,5%, а переломами отдела стопы страдают 32,5% пациентов, можно сделать вывод, что переломы бедренного отдела не на много, но все же чаще встречаются среди взрослого населения.

2.2. Результаты исследования

С целью изучения профессиональной деятельности медсестры в решении проблем пациентов при переломах нижних конечностей были проведены исследования на базе ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода».

Была составлена анкета (Приложение 1), которая заполнена методом опроса. Анкета состоит из 14 вопросов, предназначенных для выяснения степени удовлетворенности пациентов медицинской помощью со стороны

медицинских сестер. В анкетировании приняли участие 30 пациентов травматологического отделения ОГБУЗ «Городская больница №2 города Белгорода».

В исследовании особое внимание было уделено удовлетворенности пациентов качеством сестринского ухода в процессе лечения. В прямом анкетировании участвовали 30 пациентов с травмами нижних конечностей.

Одним из критериев качества медицинской помощи является удовлетворенность характером и условиями труда специалистов сестринского дела. Использование комплексного подхода позволило выявить степень удовлетворенности пациентов оказанием сестринского ухода. Объем материала, обработка показателей и их последующий анализ позволяют ответить на вопросы, заданные в этом материале. Полученные данные обеспечивают обоснованность предложений по дальнейшему улучшению сестринского ухода для пациентов с травмами нижних конечностей.

Первый вопрос анкеты был о поле каждого анкетированного респондента. Это помогло выявить частоту травматизма среди мужчин и женщин (рис. 3). Наглядно видно, что большую часть больных составляют мужчины 58% (18) и 42% (12) составляют женщины.

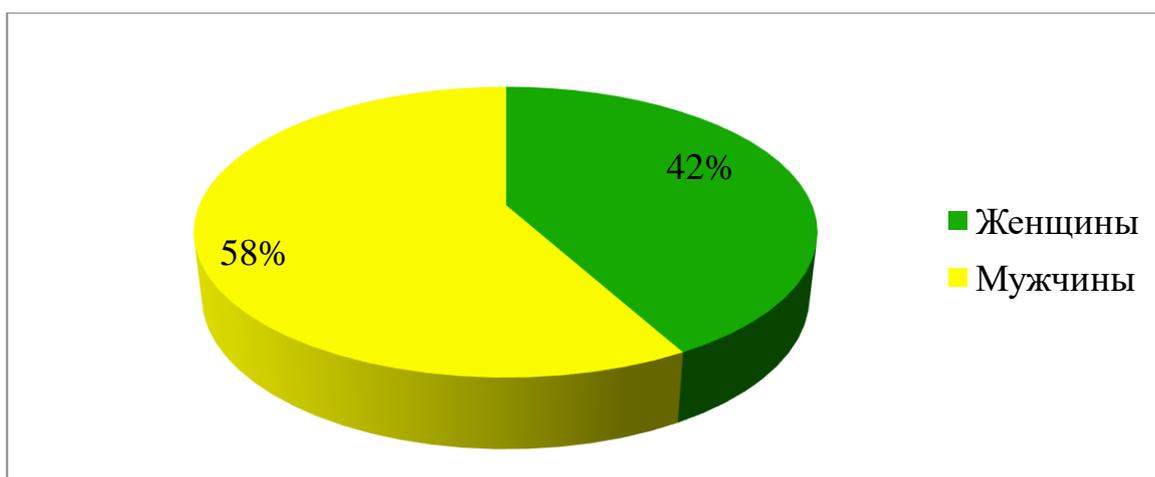


Рис. 3. Распределение по полу

Следующий вопрос предложил респондентам отнести себя к возрастной группе. При проведении исследования было выявлено, что наибольший процент людей (40%) – это пациенты 46 - 60 лет; 30% в возрасте старше 60 лет,

20% пациентов 31 - 45 лет и 10% в возрастной группе от 18 до 30 лет. То есть, перенесшие перелом люди чаще встречается в пожилом и среднем еще трудоспособном возрасте (рис.4).

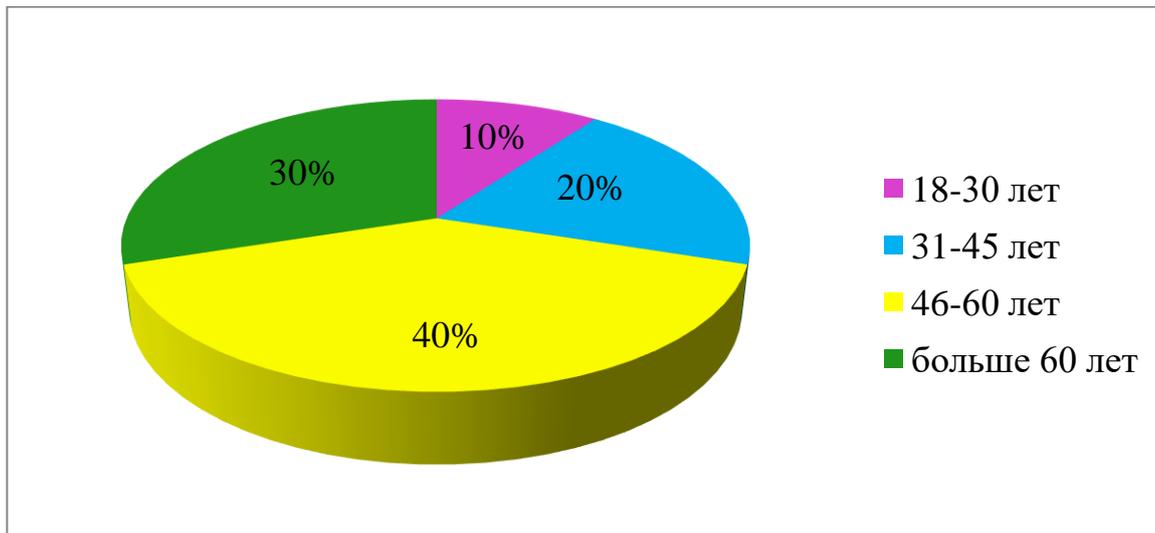


Рис. 4. Распределение по возрасту

Ответы на вопрос «Нуждаетесь ли Вы в сестринском уходе?» можно увидеть на следующей диаграмме (рис.5). Большая часть пациентов лишь частично нуждается в сестринском уходе. 34% не нуждаются вовсе в сестринском уходе. Только 28% нуждаются в сестринской помощи.

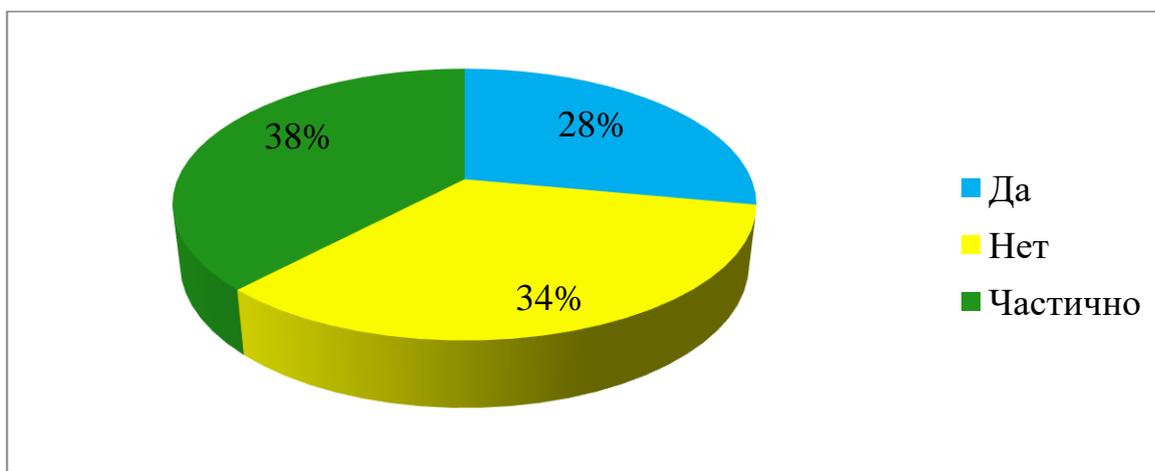


Рис. 5. Нуждаются ли пациенты в сестринском уходе

Обеспеченность пациентов сестринским уходом можно увидеть на следующей диаграмме (рис.6), 53% пациентов в полном объеме получают сестринский уход. 21% получает уход частично, 26% не получает сестринского ухода совсем.

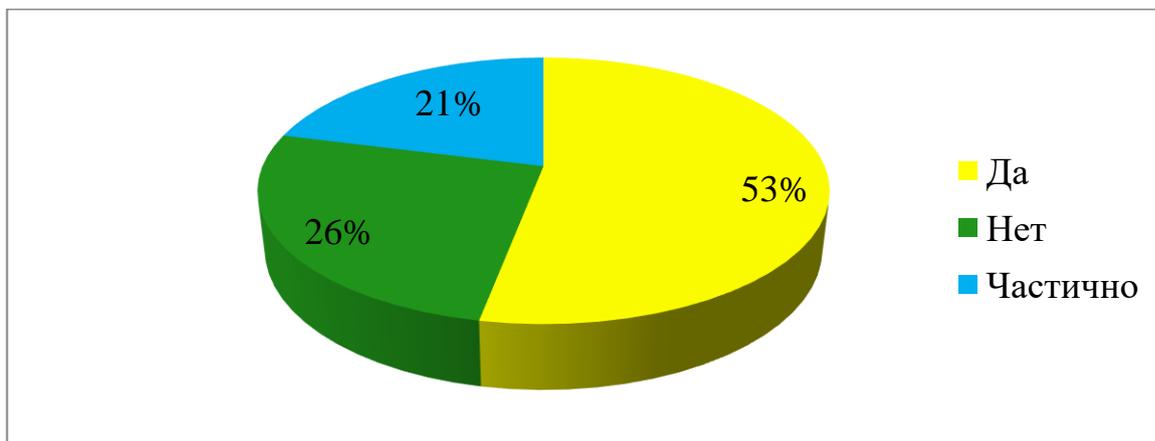


Рис.6. Обеспечены ли пациенты достаточным сестринским уходом

Удовлетворенность оказанием сестринскими услугами пациентов представлена на следующей диаграмме (рис.7). 49% удовлетворены оказываемым сестринским уходом, 33% пациентов не удовлетворены сестринским уходом, 18% частично удовлетворены оказанной сестринской помощью.

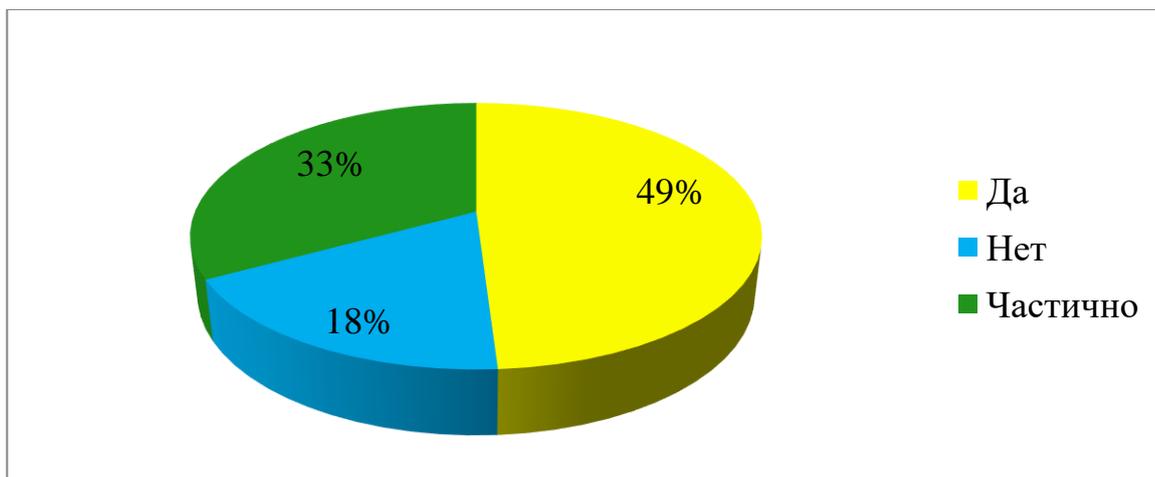


Рис. 7. Удовлетворенность пациентов в оказанном сестринском уходе

Ответы на вопрос «Нуждаетесь ли Вы сестринской консультативной помощи?» распределились следующим образом (рис. 8): 56% пациентов нуждаются в сестринских консультациях, 14% пациентов абсолютно не нуждаются в консультативной помощи медицинских сестер, и лишь 30% пациентов частично нуждаются в консультации медицинских сестер.

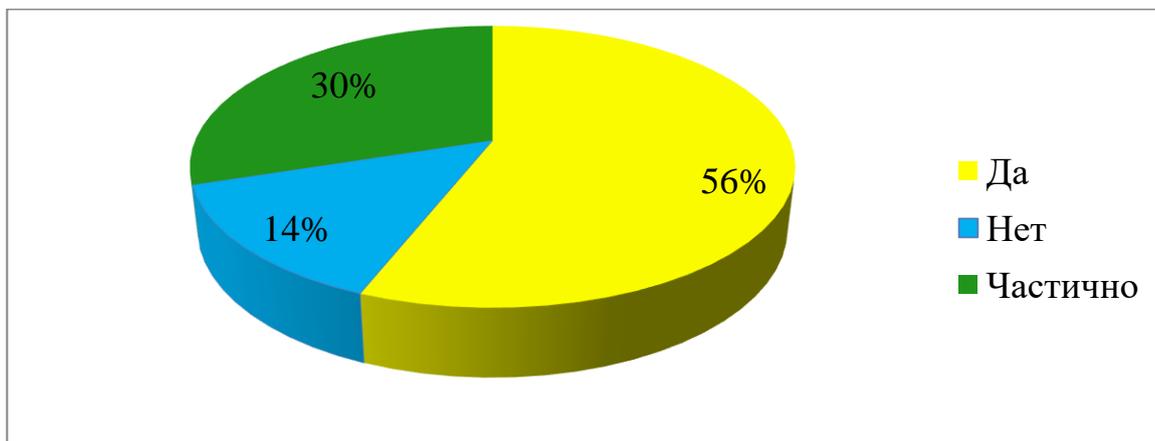


Рис. 8. Нуждаются ли пациенты в сестринской консультативной помощи

Распределение ответов на вопрос об оказании медицинской помощи медицинскими сестрами в проведении гигиенических процедур можно увидеть на следующей диаграмме (рис. 9). 28% не получают должной помощи от медицинских сестер, 29% получают ее частично, 43% в полном объеме получают помощь медицинских сестер в поведении гигиенических процедур.

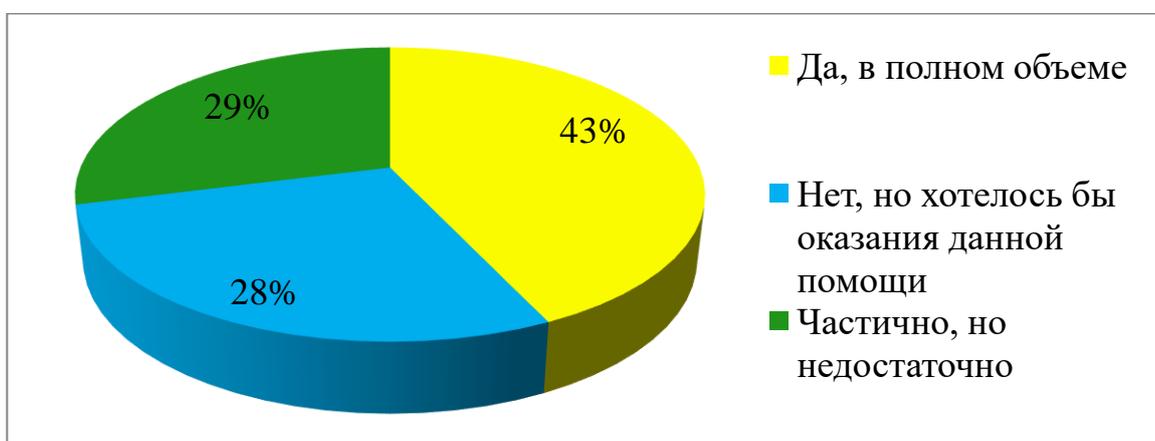


Рис.9. Оказание медицинскими сестрами помощи в проведении гигиенических процедур

На вопрос «Нуждаетесь ли Вы в консультации о рационе питания?» пациенты ответили следующим образом (рис.10): 37% нуждаются в рекомендациях по рациону питания, 32% не нуждаются в консультации о

рационе питания, 31% пациентов лишь частично нуждается в данных консультациях.

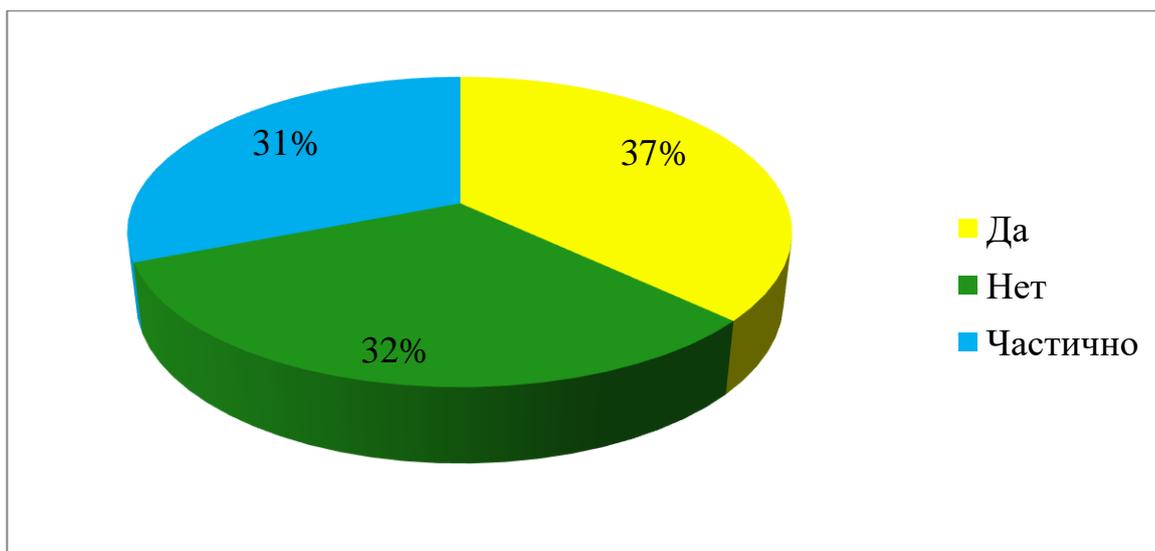


Рис. 10. Нуждаются ли пациенты в консультации о рационе питания

Ответы на вопрос «Консультировала ли Вас медицинская сестра о рационе питания, который бы помог скорейшему выздоровлению?» можно увидеть на следующей диаграмме (рис. 11). 46% пациентов в полном объеме получили консультации от медицинской сестры о лечебном питании, 39% пациентов не получили знаний о лечебном питании, но хотели бы узнать о нем, 15% частично получили базовые знания о рационе питания, который ускорит выздоровление.

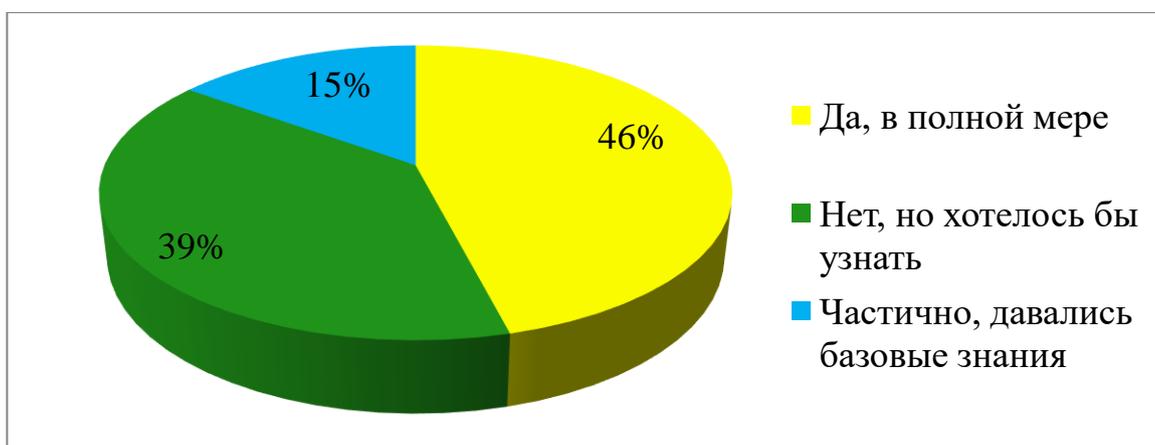


Рис. 11. Проводились ли консультации о рационе питания

На следующей диаграмме представлено распределение ответов пациентов на вопрос о том, объясняют медицинские сестры цель и ход каких-либо манипуляций пациенту перед проведением этих манипуляций (рис.12). 50% пациентов в полной мере получили информацию о ходе и цели медицинских вмешательств, 38% опрашиваемых лишь частично получили интересующую информацию от медицинских сестёр и никакой информации не получили 12% респондентов.

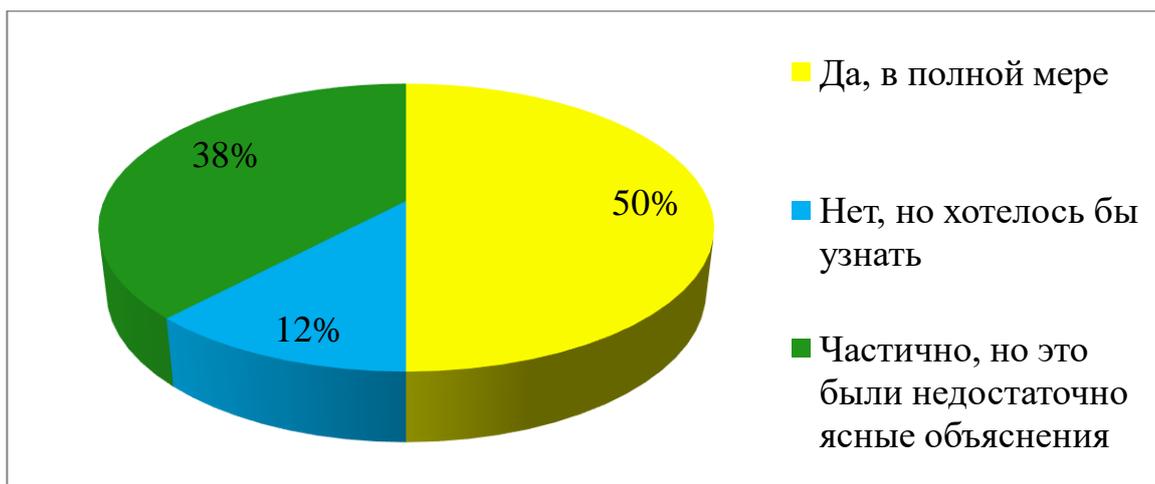


Рис. 12. Осведомленность пациентов в проводимых для них сестринских процедурах и манипуляциях

По данным опроса стало известно, что обучение самоуходу со стороны медицинской сестры в полном объёме получили лишь 12% пациентов. Не достаточное количество информации во время обучения отметили 39%. В свою очередь, никакой информации по самоуходу не получили 26% опрошенных, а 23% затруднились ответить на этот вопрос (рис.13).

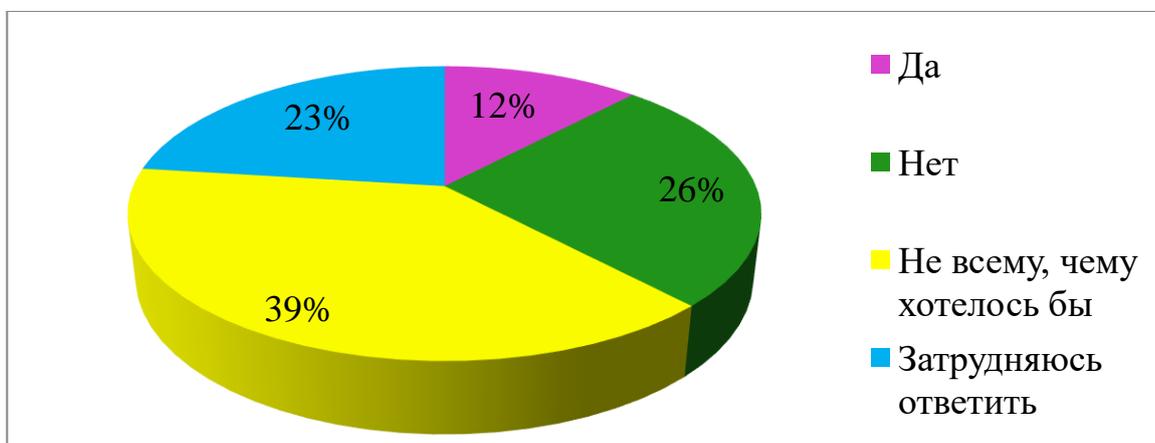


Рис. 13. Обучение самоуходу пациентов медицинской сестрой

В завершении анкетирования респондентам был предложен вопрос об общей удовлетворённости качеством, оказываемых им, медицинских услуг. Из приведенной ниже диаграммы можно понять, что 27% пациентов полностью удовлетворены качеством медицинского обслуживания. Оценку «хорошо» дали 18% респондентов. В какой-либо мере не удовлетворены работой медицинского персонала 22%, а пациентов которых полностью всё не устраивает всего 8% (рис. 14).

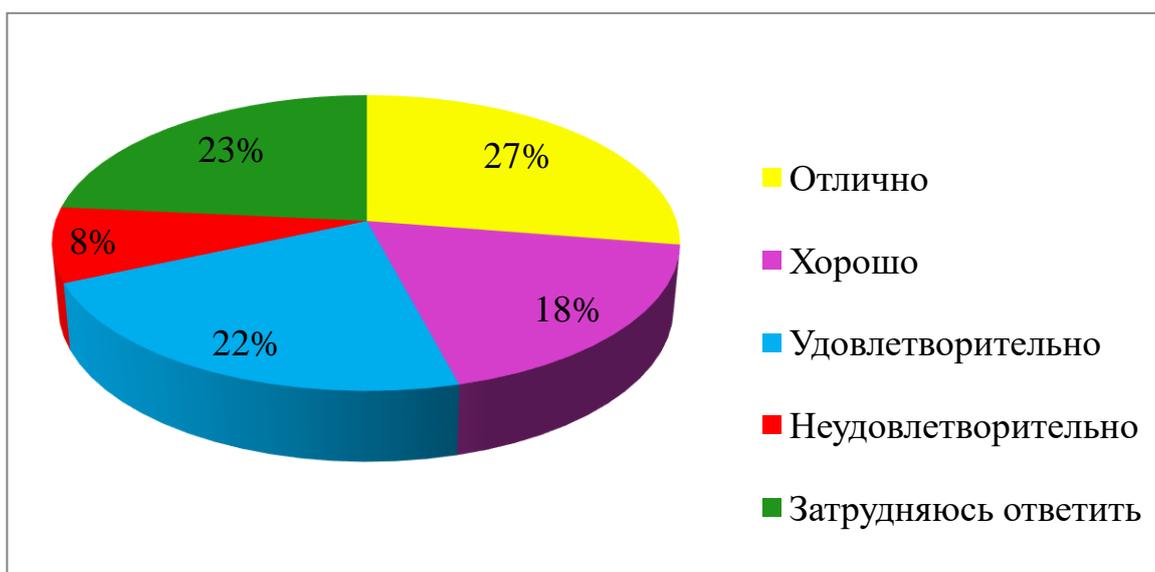


Рис. 14. Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинских услуг данного учреждения

Исходя из результатов проведенного анкетирования, можно сделать следующие **выводы**:

1. Большее количество пациентов с переломами нижних конечностей составили респонденты мужского пола;
2. Пациенты 45-60 лет страдают от переломов нижних конечностей чаще других возрастных категорий, так как это обусловлено возрастными факторами риска;
3. Среди пациентов установлен высокий процент удовлетворенных оказанием сестринского ухода, консультативной помощью, помощью в проведении гигиенических процедур;

4. Исследование также показало, что медицинские сестры не уделяют должного внимания рациону питания пациентов и не следят за приемом лекарств пациентами, что сказывается на скорости восстановления пациентов после травм нижних конечностей и соответственно на качество жизни;

5. Коэффициент удовлетворенных пациентов сестринским уходом превышает 50%, что положительно влияет на качество пребывания пациентов на лечении в стационаре.

Рекомендации для медицинских сестер:

1. Следует проводить как можно больше консультаций на тему диетотерапии и рациона питания для травматологических пациентов;

2. Не стоит забывать о важности обучения пациентов самоуходу, так как это помогает решить психологические проблемы пациента, связанные с беспомощностью;

3. Как можно чаще стоит уделять внимание гигиене пациентов, так как среди травматологических больных большее количество пожилых лежачих пациентов. Если не уделять должного внимания гигиене данной категории пациентов это чревато дополнительными проблемами связанных с состоянием здоровья, например, появление пролежней, опрелостей, инфицирования и тому подобное;

4. Следует больше уделять внимания своевременному принятию лекарственных препаратов пациентов, так как это позволяет ускорить восстановительные процессы;

5. Стоит помнить о том, что перед какой-либо процедурой или манипуляцией необходимо рассказывать пациенту ход и цель сестринских вмешательств, так как это морально готовит пациента к дальнейшей процедуре и повышает доверие пациента к медицинской сестре, что увеличивает качество пребывания пациента в стационаре на лечении.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Лечение и реабилитация пациентов, которые перенесли перелом нижней конечности, имеет значение, что ни у кого не вызывает сомнений. Общей чертой большинства хорошо документированных стратегий реабилитации пациентов с переломами является то, что реабилитация начинается на самой ранней стадии после самой травмы. Квалифицированный уход включает меры по удовлетворению потребностей пациента; попытки свести к минимуму физический и эмоциональный стресс; помимо сестринских услуг, направленных на снижение риска вторичных осложнений, таких как инфекции, пролежни, и депрессия.

В настоящее время для определения эффективности лечебных и реабилитационных мероприятий используется такой показатель, как «качество жизни» связанное со здоровьем, с заболеванием; характеризующий исход лечения при многих заболеваниях.

Показатель качества жизни имеет интегральный характер отражая физическое, психическое состояние пациента, а также уровень его жизнедеятельности и социальной активности. Повышенное внимание специалистов сестринского дела к оценке качества жизни связано с тем, что при таком подходе в наибольшей степени учитываются интересы больного. Имеющиеся убедительные данные свидетельствуют о том, что более совершенные стратегии сестринского ухода и реабилитации больных, перенесших травму нижней конечностей, могут способствовать сохранению качества жизни больных. Роль медицинской сестры в восстановлении нарушенных функций неопределима. Вышесказанное определило цель и задачи данного исследования.

Для правильного лечения травматологических пациентов необходим сбор информации, относящейся как к физическим, так и к психосоциальным аспектам. После оценки состояния пациента и записи полученной информации медицинская сестра обобщает ее, анализирует и делает определенные выводы.

Они и становятся теми проблемами, которые являются предметом сестринского ухода. При оценке эффективности сестринского ухода выполняются несколько функций: определяются, достигнуты ли поставленные цели, определяется эффективность сестринского вмешательства.

Таким образом, полученные результаты позволяют подтвердить поставленные цели и задачи и сделать следующие **выводы**:

1. Лечение переломов зависит от локализации травмы, медицинской сестре важно знать характер каждого перелома, чтобы оказывать пациентам высококвалифицированную помощь, знание классификации травм также позволяет лучше понимать специфику травмы и улучшить качество оказания помощи;

2. Правильно оказанная первая медицинская помощь, транспортировка и ранняя диагностика влияют на дальнейшие методы лечения и, следовательно, на скорость восстановления функций пострадавших конечностей пациентов;

3. Сестринский уход влияет на качество пребывания пациентов в стационаре, на восстановительные процессы после травм. Сестринские вмешательства такие как, помощь в проведении гигиенических процедур, обучение самоуходу, сестринские консультации, например, о рационе питания, правилах принятия лекарственных средств влияют на удовлетворенность пациентов качеством сестринской помощи в целом;

4. Четко поставленные цели медицинскими сестрами в лечении и реабилитации помогают решить проблемы пациентов с травмами нижних конечностей и ведут к успешному результату.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Так как необходимо как можно больше уделять времени проблемам пациентов при переломах нижних конечностей, а именно недостатку ухода за кожей, недостатку ухода за кожными покровами, личной гигиеной нужно сделать акцент на самообучении пациента. Самообучение пациентов и их родственников может проходить в разных формах, например, буклеты с информацией по уходу за кожными покровами и правилами гигиены, видеоролики, схемы с алгоритмами проведения гигиенических процедур, практические занятия.

Для ускорения восстановительных процессов костных тканей после перелома конечностей медицинская сестра должна объяснять пациентам, как важно контролировать своевременный прием лекарственных средств. Для этого можно использовать такой метод обучения, как лекция, во время которой медицинская сестра должна ярко акцентировать на важности приема лекарственных средств в целях скорейшего выздоровления.

Улучшить скорость восстановительных процессов поможет правильное питание и специальная диетотерапия. Здесь можно применить изобразительные средства обучения, например, рисунки, плакаты, фотографии, слайды, таблицы, диаграммы, схемы, графики, планы, карты.

Данные предложения для медицинских сестер помогут улучшить качество пребывания пациентов в стационаре на время лечения и ускорить восстановительные процессы после травм нижних конечностей.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Баиндурашвили, А. Г. Врожденные пороки развития костей [Текст]. - М.: Специальная литература 2016. - 305 с.
2. Батыгин, Г.Г. Руководство по эндопротезированию тазобедренных суставов [Текст]. - М.: Высшее Образование и Наука, 2016. - 485 с.
3. Белимготов, Б.Х. Анатомия костей. - М.: Гиппократ, 2015. - 456 с.
4. Дзахов, С. Д. Оперативные методы коррекции костей при переломах нижних конечностей[Текст]. - М.: Медицина, 2016. - 365 с.
5. Дубров, Я. Г. Внутрикостная фиксация металлическим стержнем при переломах длинных трубчатых костей [Текст]. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2017. - 196 с.
6. Епифанов, А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии [Текст]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 301 с.
7. Епифанов, В. А. Восстановительное лечение при заболеваниях и повреждениях нижних конечностей [Текст]. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 376 с.
8. Кавалерский, Г.М. Комбинированная термомеханическая травма [Текст]. - М.: Медицина, 2016. - 289 с.
9. Каплан, А. В. Закрытые повреждения костей и суставов [Текст]. - М.: Государственное издательство медицинской литературы, 2016. - 418 с.
10. Кондратьев, А. Н. Неотложная травматология / А.Н. Кондратьев. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 350 с.
11. Мовшович, И. А. Оперативная ортопедия [Текст]. - М.: Медицинское информационное агентство, 2018. - 448 с.
12. Насонова, Валентина Александровна Руководство по травматологии для медицинской службы гражданской обороны [Текст]. - М.: МЕДпресс-информ, 2016. - 350 с.

ПРИЛОЖЕНИЕ

АНКЕТА

Уважаемые респонденты! Данное анкетирование проводится с целью выяснения качества оказания медицинской помощи медицинскими сестрами.

Анкета заполняется анонимно. Внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и обведите или подчеркните вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. Данные анкетирования будут использованы только в обобщенном виде.

1. Укажите Ваш пол: мужской, женский.
2. Укажите Ваш возраст
 - А) 18-30 лет
 - Б) 31-45 лет
 - В) 46-60 лет
 - Г) больше 60 лет
3. Нуждаетесь ли Вы в сестринском уходе
 - А) да;
 - Б) нет;
 - В) частично.
4. Обеспечены ли Вы этим уходом
 - А) да;
 - Б) нет;
 - В) частично.
5. Удовлетворены ли Вы оказыванием сестринских услуг
 - А) да;
 - Б) нет;
 - В) частично.
6. Нуждаетесь ли Вы в сестринской консультативной помощи
 - А) да;
 - Б) нет;
 - В) частично.

7. Оказывала ли Вам медицинская сестра помощь в проведении гигиенических процедур

- А) да, в полном объеме;
- Б) нет, но хотелось бы оказания такой помощи;
- В) частично, но недостаточно.

8. Нуждаетесь ли Вы в консультации о рационе питания

- А) да;
- Б) нет;
- В) частично.

9. Консультировала ли Вас медицинская сестра о рационе питания, который бы помог скорейшему выздоровлению

- А) да, в полной мере;
- Б) нет, но хотелось бы узнать;
- В) частично, давались базовые знания.

10. Перед проведением различных процедур объясняла ли Вам медицинская сестра, с какой целью, каким образом будет проводиться процедура

- А) да, в полной мере;
- Б) нет, но хотелось бы узнать;
- В) частично, но этого было недостаточно ясные объяснения.

11. Обучала ли медсестра Вас самоуходу

- А) Да;
- Б) Нет;
- В) Не всему, чему бы хотелось;
- Г) Затрудняюсь ответить

12. Какую дополнительную информацию Вы бы хотели получить

Ваш ответ _____

13. Удовлетворены ли Вы качеством оказания медицинских услуг данного учреждения

- А) отлично;

- Б) хорошо;
- В) удовлетворительно;
- Г) неудовлетворительно;
- Д) Затрудняюсь ответить

14. Если Вы не удовлетворены или частично удовлетворены оказанием медицинских услуг, напишите причину Вашей оценки

Ваш ответ _____

Благодарим Вас за сотрудничество!