

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

**РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ В
ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫЙ ПЕРИОД**

Дипломная работа студента

**очной формы обучения
специальности 34.02.01 Сестринское дело
4 курса группы 03051506
Веретельниковой Анфисы Евгеньевны**

Научный руководитель:
Преподаватель Линиченко С.А.

Рецензент:
старшая медицинская сестра ОГБУЗ
«Городская поликлиника г. Белгорода»,
поликлиническое отделение №2
Хвостова В.А.

БЕЛГОРОД 2019

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	3
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫЙ ПЕРИОД.....	6
1.1. Переломы голени, виды переломов, осложнения.....	6
1.2. Реабилитация при переломе голени в постиммобилизационный период	11
ГЛАВА 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ В ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫЙ ПЕРИОД	17
2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская больница №2»	17
2.2. Анализ статистических данных группы пациентов, проходящие реабилитационные мероприятия в постиммобилизационный период	19
2.3. Анализ действий по реабилитации пациентов при переломе голени в постиммобилизационный период.....	21
2.4. Роль медицинской сестры при реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период	36
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	41
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.....	43
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	44

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность данного исследования предопределена необходимостью всестороннего анализа процесса реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период. Значимость реабилитации в этот период неоспорима, так как невыполнение необходимых действий могут привести к дальнейшему протеканию неполноценной жизни человека, к осложнениям, рецидивам и инвалидности.

Травматизм костей голени наносит значительный экономический ущерб обществу, так как, большинство больных находятся в активном, трудоспособном возрасте.

Практика показывает, что все пациенты с повреждениями или переломами нуждаются в реабилитации.

Реабилитация в постиммобилизационном периоде начинается сразу после снятия гипсовой повязки или вытяжения. На данном этапе у пациентов уже определенным образом сформировалась костная мозоль. Однако имеется ряд проблем, которые нужно будет преодолеть. После снятия гипса у большинства пациентов сила мышц отклонена от нормы, а также нарушено движение в суставах. На данном этапе реабилитация направлена на дальнейшую нормализацию всех двигательных процессов в области травмы. Комплекс реабилитационных компонентов направлен на то, чтобы окончательно сформировать костную мозоль, свести к норме объем движений в суставе, восстановить осанку и ликвидировать атрофию мышц.

Лучше, если реабилитацией будет заниматься профессиональный специалист. Реабилитация после перелома является очень важным этапом на пути к выздоровлению пациента и может занять довольно длительный срок. Но без массажа, физиотерапии и ЛФК при переломах голени невозможно полностью восстановиться и вернуться к активному образу жизни. Как долго и с какой интенсивности проводить процедуры, зависит от степени тяжести повреждения.

И здесь немало важную роль играет медицинская сестра, которая обычно имеет дополнительное образование в области массажа, либо инструктора ЛФК.

На этапе реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период медицинская сестра принимает непосредственное участие в поддержании и восстановлении всех функций и здоровья пациента. Ей необходимо подобрать индивидуальный подход ко всем пациентам, строго выполняя назначения врача по реабилитации.

Цель исследования: выявление роли медицинской сестры в реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период.

Задачи исследования:

- На основе теоретического изучения литературных источников, выявить особенности переломов костей голени.
- Осуществить теоретический анализ реабилитации при переломах голени в постиммобилизационный период.
- Провести анкетирование пациентов с переломами голени ОГБУЗ Городской больницы №2, на основании которого выделить особенности сестринского процесса в реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период.
- Определить роль медицинской сестры в реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период.

Объект исследования: пациенты с переломами голени (70 человек).

Предмет исследования: реабилитация пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период.

При написании ВКР были использованы следующие методы научного исследования:

- Научно-теоретический анализ медицинской литературы по исследуемой теме.

- Эмпирический: анализ, статистическая обработка данных, анкетирование, наблюдение.

- Метод обработки и интерпретации данных.

Практическая значимость исследования заключается в определении сестринского процесса в реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период.

Структура работы: дипломная работа по объему занимает 43 страницы. Включает введение, две главы, шесть параграфов, заключение, список используемых источников и литературы, приложения. Работа дополнена таблицами и диаграммами.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ РЕАБИЛИТАЦИИ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ КОСТЕЙ ГОЛЕНИ В ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

1.1. Переломы голени, виды переломов, осложнения

Опорно-двигательный аппарат является частью костно-мышечной системы. Повреждения нижних конечностей является одной из часто встречаемых проблем в нашем обществе. Нижние конечности играют неоспоримую роль в организме человека, так как выполняют функцию передвижения.

«Голень представляет собой часть ноги от коленного до голеностопного сустава. Перелом голени – достаточно распространенная травма, как у взрослых, так и у детей» [1, с. 15].

«Перелом голени – это нарушение целостности любого участка костей, образующая данную часть ноги. Так как, голень человека состоит из двух костей – малой и большой берцовых, при таком переломе грозит перелом либо какой-то одной из этих костей, либо сразу обеих костей голени» [3, с. 26].

В процессе изучения медицинской литературы можем сказать, что при переломах голени, чаще подвергаются риску большеберцовые кости с сохранением малоберцовой.

Степень тяжести переломов голени различная. Все зависит от того, какая часть кости подверглась травмированию, как расположены костные отломки, повреждены мягкие ткани или нет, имеются ли повреждения суставов и кровеносных сосудов. В связи с чем, степень тяжести каждого перелома всегда оценивается индивидуально, на основании выше перечисленных признаков.

Основной причиной переломов голени является воздействие большой силы, направленное на небольшой участок кости. Кость не выдерживает давления и ломается. Нами выяснено, что наиболее часто это возникает при

падении на ногу, согнутую или зафиксированную в неудобном положении. Реже перелом возникает при прямом и очень сильном воздействии на ногу, например, падении тяжести, ударе и т.д. [7, с. 47].

В настоящее время существует несколько классификаций переломов голени, основанных на различных критериях и характеристиках. Мы приведем, как пример, следующую классификацию [6, с. 83].

1. Приобретенные переломы костей голени делятся на 2 вида:

1) травматические (под воздействием механических факторов нарушается целостность нормальной кости голени);

2) патологические (перелом голени происходит, вследствие, предшествующих патологических изменений в кости (злокачественные опухоли; туберкулез; остеомиелит).

2. Переломы голени делятся, в зависимости от того, повреждена кожа на месте перелома кости или нет:

1) открытый – этот перелом голени часто бывает со смещением обломков кости, которые нарушают целостность окружающих тканей, в итоге образуется открытая рана. При этом виде перелома присутствует кровотечение, которое может угрожать жизни пострадавшего, а кроме того велика вероятность развития травматического шока;

2) закрытый – это переломы, при которых кожа остается целой, а мышцы повреждаются минимально, вследствие чего отломки кости остаются в толще тканей.

3. Единичные и множественные переломы голени. Зависят от количества образованных костных отломков переломы голени подразделяются на единичные и множественные:

1) При единичном переломе кости голени целостность нарушается в одном месте. И в этом месте имеется два свободных конца сломанной кости (отломка);

2) При множественных переломах целостность кости голени нарушается в нескольких местах.

4. Прямые, косые и спиралевидные переломы. Данные виды перелома зависят от характера линии перелома:

- 1) Если кость сломалась ровно поперек, то это прямой перелом;
- 2) Если кость сломана по диагонали, то это косой перелом;
- 3) Если линия напоминает спираль, то это, соответственно, спиральный перелом.

5. Ровные и оскольчатые переломы. Характеристикой здесь является форма края отломка:

- 1) Ровные переломы имеют одинаковую линию разлома, которая будто аккуратно подпилена;
- 2) Оскольчатые переломы представляют собой неровные сломы, образующие на сломе кости зубья различной формы и размера.

6. Переломы голени со смещением и без смещения. Они зависят от расположения костных отломков:

- 1) Переломы без смещения характеризуются нормальным положением отломков кости друг относительно друга. Если такие отломки просто совместить, то они образуют кость;
- 2) Переломы со смещением характеризуются изменением положения костных отломков друг относительно друга. Если такие отломки сопоставить друг с другом, то они не образуют нормальную кость. Предварительно нужно вернуть их в нормальное положение и только после этого сопоставлять. Смещение может быть ротационным, угловым и т.д.

7. Внесуставные и внутрисуставные переломы голени. Зависят от наличия повреждений коленного или голеностопного суставов. Если в перелом оказались вовлечены структуры сустава, то он называется внутрисуставным и считается тяжелым. Если сломана только голень, а суставы остались нетронутыми, то перелом называется внесуставным [4, с. 77].

8. Переломы одной или обеих костей голени, а также их верхней, средней и нижней трети. Кроме того, существует классификация переломов голени, основанная на том, какая именно часть кости оказалась

поврежденной. Для того, чтобы хорошо представлять себе данную классификацию, необходимо знать строение большой и малой берцовых костей. Итак, обе кости состоят из длинной основной части, которая на обоих концах переходит в округлые и широкие образования. Основная длинная часть кости, заключенная между двумя утолщенными концами, называется диафиз. Концевые утолщения называются эпифизами. Именно эпифизы берцовых костей участвуют в образовании коленного и голеностопного суставов. На проксимальном эпифизе имеется два выроста, называемых мыщелками, которые необходимы для образования коленного сустава и прикрепления связок [5, с. 92].

Что касается, признаков перелома кости голени – это объединение симптомов и клинических проявлений, которые позволяют диагноз перелома кости голени. Нередко при переломах повреждаются близлежащие мягкие ткани – мышцы, нервные стволы, надкостница, кровеносные сосуды [2, с. 55].

Абсолютные признаки перелома голени.

1) Патологическая подвижность. Конечность становится подвижной в том месте, где в норме она неподвижна, то есть там, где нет суставов. Тем не менее при неполных переломах голени из-за частичного сохранения целостности кости голени этот симптом может отсутствовать;

2) Костные отломки в ране. При осмотре раны видны отломки кости голени, торчащие из нее. Но это характерно только для открытого перелома голени, который сопровождается нарушением целостности кожного покрова и контактом кости с внешней средой;

3) Положение конечности. Конечность принимает неестественное положение;

4) Крепитация или костный хруст голени. Этот хруст слышно при попытке движения поврежденной конечности или при надавливании фонендоскопом [3, с. 98].

Относительные признаки перелома. Отек. Возникает в результате повреждения тканей в месте перелома голени.

1) Боль. Она возникает при нагрузке на поврежденную конечность. Особенно боль ощущается при осевой нагрузке. При переломе берцовых костей, боль ощущается при надавливании на пяточную кость.

2) Гематома. Возникает в результате внутреннего кровотечения. Но это не очень достоверный диагностический критерий, так как кровотечения могут быть при вывихах, ушибах, растяжениях.

Нарушение функции конечности. Этот симптом в различной степени отмечается при всех переломах. При некоторых он слабо выражен, а при переломах костей голени со смещением – обычно настолько резко, что попытки к движению вызывает резкие боли [1, с. 76].

Осложнения при переломах.

1) Температура. Повышение температуры тела возникает в результате всасывания крови, саморазрушения мягких тканей, разрушения костного мозга костей голени [2, с. 25].

2) Тромбоэмболия. Тромбоэмболия начинается в результате тромбоза вен конечностей, что вызывает тромбоэмболию легочной артерии. При таких видах переломов необходимо хирургическое вмешательство, назначение тромболитиков и антикоагулянтов.

3) Жировая эмболия. При переломах длинных трубчатых костей голени и проникновении костного мозга в сосуды, в результате чего возникает жировая эмболия.

4) Психические расстройства. Предшественницей психических расстройств часто всего является бессонница.

5) Раневая инфекция. При огнестрельных и открытых переломах голени может быть раневая инфекция. Хирургическая инфекция может, делится на острую и хроническую раневую инфекцию.

6) Послетравматические гематомы при переломах костей голени. При внутрикожной гематоме образуется пузырь с геморрагической жидкостью.

7) Остеомиелит. Тяжелое осложнение, возникающее в результате воспаления костного мозга костей голени, костного вещества [4, с. 66].

1.2. Реабилитация при переломе голени в постиммобилизационный период

«Реабилитация – это восстановление здоровья, функционального состояния и трудоспособности, нарушенных травмами, болезнями или химическими, физическими, социальными факторами. Цель реабилитации – эффективное и раннее возвращение больных и инвалидов к трудовым и бытовым процессам, а также восстановление личностных свойств человека» [5, с. 101].

Понятие «реабилитация» в медицине впервые появилось в 1946 году и было применено в отношении больных туберкулезом. Широкое распространение реабилитация получила после Второй мировой войны, в связи с чем, стали появляться различные реабилитационные центры и службы [8, с. 42].

Цель реабилитации заключается в том, чтобы восстановить утраченные функции пациента, учитывая специфику полученной травмы.

«Медицинская реабилитация – комплекс медицинских, педагогических, психологических видов мероприятий, направленных на максимально возможное восстановление или компенсацию нарушенных, или полностью утраченных, в результате травмы или болезни, физиологических или психических функций организма человека» [7, с. 22].

Реабилитация пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период ставит перед собой следующие цели:

1. Устранение атрофических процессов в мышцах голени и бедра;
2. Нормализация кровообращения, эластичности мышц и их тонуса;
3. Возврат полноценной подвижности в голеностопном суставе и коленном;
4. Устранение признаков застойных явлений.

В ходе изученной литературы, можем сказать, что реабилитация при переломах голени в постимобилизационный период может включать в себя определенный перечень процедур и назначений.

Восстановление утраченных функций начинаются после снятия гипса, чтобы повысить эластичность мышц голени, усилить кровообращение в данном участке тела [5, с. 56].

Перед тем, как приступить к реабилитации голени, после снятия гипсовой повязки, осуществляется замер сантиметровой лентой окружности бедра и голени, как на травмированной ноге, так и на здоровой. Обычно разница в замерах составляет 2-3 сантиметра. Измеряется также и длина конечностей, это необходимо для оценки состояния опорно-двигательного аппарата в целом. Данная процедура позволяет проследить за асимметрией конечности в динамике [9, с. 108].

После снятия гипсовой повязки рекомендовано заниматься умеренной физической нагрузкой, выполнять гимнастические упражнения, рекомендован механотренажер. Также для реабилитации используют мази, которые имеют согревающий эффект и обладают противовоспалительным действием. Их компоненты увеличивают кровообращение в травмированной конечности [4, с. 82].

Использование средств физической культуры в реабилитационных целях имеют давнюю историю. В течение сотни лет реабилитация осуществлялась при помощи физических упражнений, лечебной гимнастики.

«Лечебная физическая культура является важной частью двигательного режима больного. Лечебная гимнастика в свою очередь ускоряет процессы регенерации тканей, нормализует дыхание, деятельность сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, психоэмоциональное состояние больного» [7, с. 132].

«Лечебная физкультура – метод, использующий средства физической культуры с лечебно-профилактической целью для предупреждения выздоровления больного и полноценного восстановления здоровья и предупреждения осложнений заболевания. Обычно она используется в сочетании

с другими терапевтическими средствами на фоне регламентированного режима и в соответствии с терапевтическими задачами» [6, с. 69].

Методика ЛФК при переломах голени в постиммобилизационный период имеет огромное значение в процессе реабилитации.

После снятия гипсовой повязки или вытяжения у больных уже образуется костная мозоль, но в большинстве случаев существует частичная атрофия мышц, их сила заметно снижена, ограничена амплитуда движения в суставах. Следовательно задача ЛФК будут заключаться в дальнейшей нормализации кровообращения и питания тканей в области травмы для окончательного формирования костной мозоли. Метод ЛФК должен будет помочь в ликвидации атрофии мышц и достижения нормального объема движений в суставах, ликвидации временных компенсаций, восстановления осанки [10, с. 27].

Лечебная физкультура включает в себя комплекс упражнений с небольшой нагрузкой, способствующий восстановлению мышечной структуры, нормализации кровообращения, устранению воспалительных и застойных явлений [9, с. 119].

В начале применения метода ЛФК назначают пассивные и активные упражнения, которые может показать медицинская сестра (инструктор ЛФК), имеющая дополнительную специализацию. На начальных этапах врачом назначается 10-15 процедур ЛФК, затем по показаниям реабилитацию данным методом могут продлить. После прохождения лечебной физкультуры в медицинском учреждении, пациент может самостоятельно в домашних условиях с определенной периодичностью и временными рамками (по рекомендации врача) выполнять показанные упражнения на протяжении 3-4 месяцев. В дополнении может быть рекомендовано санаторно-курортное лечение [2, с. 33].

При применении физических упражнений на начальном этапе следует учитывать, что первичная костная мозоль еще недостаточно прочна, а, следовательно, необходимо быть аккуратными в интенсивности выполнения упражнений. Не выполнение данной рекомендации может привести к рецидиву и осложнениям [11, с. 61].

В процессе дальнейшей реабилитации с применением метода лечебной физкультуры, по назначению врача, пациент может перейти к более сложным упражнениям. Допускаются занятия на механотренажере, велотренажере. Педальные движения необходимы в связи с тем, что при переломах голени страдает коленный, голеностопный и тазобедренный суставы. Также можно осуществлять подъем ног на спине, на боку, на животе.

Противопоказания к ЛФК: стойкий болевой синдром; опасность кровотечения, инородные тела вблизи крупных сосудов.

Массаж и растирания используются в качестве лечения и профилактики атрофии мышц, тугоподвижности суставов голени. На начальном этапе назначается классический массаж, в том числе массаж пояснично-крестцового отдела позвоночника, для того, чтобы улучшить кровоснабжение тканей конечности [5, с. 90].

В проведении лечебного массажа используется четыре основных массажных приема: поглаживание, растирание, разминание, вибрацию.

Противопоказания к массажу: выраженные общие и местные воспалительные реакции; гнойные процессы в тканях; аневризмы сосудов и кровотечения; острый остеомиелит; пороки сердца.

Массаж назначается не ранее, чем через 10 дней после снятия гипсовой повязки. Если приступить к массажу сразу после снятия гипса, может размягчиться костная мозоль.

Также существует такой метод реабилитации, как УВЧ-терапия – это прогревание травмированного участка поврежденной конечности. В ходе прогревания расширяются сосуды и ткани получают большее количество кислорода и питательных веществ.

Противопоказания: миалгия; невралгия; болезни женских половых органов; гастрит; холецистит; нарушение мозгового кровообращения; спазмы сосудов; гнойные воспалительные процессы; гайморит; бронхиальная астма, низкое артериальное давление, аритмия [4, с. 55].

Повторный курс УВЧ-терапии может быть проведен через 3 месяца по показаниям врача.

Метод магнитотерапии используется для стимуляции образования костной ткани, хороший эффект дает воздействие как постоянного, так и переменного магнитного поля. Эту процедуру разрешено проводить даже при наличии гипсовой повязки.

Однако данный метод имеет также ряд противопоказаний: лихорадка; инфаркт миокарда; тяжелое состояние; металлические конструкции в тканях; непереносимость лечебного фактора.

Следующий метод, применяемый при реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период – это облучение ультрафиолетом. Данный метод проводят, как вблизи места перелома, так и на здоровой конечности на симметричном участке. Противопоказания: гипертермия; легочный туберкулез в открытой форме; недостаточность печени или почек; злокачественные новообразования; остеомиелит; сепсис.

Метод электрофореза применяется для снятия боли. Может проводиться с использованием местных анестетиков, а также такими препаратами, как лидаза, для увеличения проницаемости тканей, улучшению тока жидкости между ними. Применяют электрофорез с хлористым кальцием, для повышения физиологической активности тканей. Данный метод практически не вызывает аллергических реакций.

Противопоказания метода электрофореза: гиперкальциемия; острые гнойные процессы; злокачественные и доброкачественные новообразования; патологии миокарда; эклампсия; токсикоз [7, с. 43].

Также может применяться парафинотерапия. Но, как и массаж назначается не ранее, чем через 10 дней после снятия гипсовой повязки, в связи с риском размягчения костной мозоли.

В процессе реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период рекомендуется соблюдать диету. В пищу

необходимо употреблять продукты с большим содержанием кальция, железа, фосфора, цинка, разных микроэлементов и витаминов.

В медицинском учреждении на протяжении всего периода реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационном периоде должен осуществляться контроль за режимом дня, режимом питания, двигательной активностью и проведением реабилитационных мероприятий.

Если все реабилитационные процедуры были осуществлены в полной мере и грамотно (по назначению врача), то восстановление травмированной конечности происходит достаточно быстро [6, с. 29].

Итак, при изучении литературных источников, мы выявили особенности переломов костей голени. Классификация переломов костей голени делится на несколько групп. Переломы костей голени делятся на: травматические или патологические. Вторая группа переломов костей голени делится, в зависимости повреждена кожа на месте перелома или не повреждена, то есть открытый перелом или закрытый. Третья группа делится, в зависимости от локализации перелома: эпифизарные, метафизарные и диафизарные переломы. Пятая группа будет подразделяться по механизму происхождения: переломы голени от скручивания; переломы голени от сгибания; переломы голени от сдавливания и отрывные переломы голени. И шестая группа делится, в зависимости от направления линии излома к длинной оси кости, то есть продольные переломы костей голени; поперечные переломы костей голени; винтообразные переломы костей голени; косые переломы костей голени.

Изучив теоретические сведения, мы можем сделать вывод, о том, что реабилитация при переломах голени очень важна. Так как нарушение целостности кости человека относится к серьезным повреждениям, требующим повышенного внимания. Неправильная реабилитация приводит к рецидивам и осложнениям, неправильному срастанию костной мозоли. А осложнения и рецидивы в свою очередь приводят к инвалидности, физической нетрудоспособности.

ГЛАВА 2. РЕАБИЛИТАЦИЯ ПРИ ПЕРЕЛОМАХ ГОЛЕНИ В ПОСТИММОБИЛИЗАЦИОННЫЙ ПЕРИОД

2.1. Организационная характеристика ОГБУЗ «Городская больница №2»

ОГБУЗ «Городская больница №2 г. Белгорода» одно из ведущих многопрофильных учреждений здравоохранения города Белгорода для оказания плановой и экстренной специализированной медицинской помощи взрослому населению. Оно включает в себя стационар на 1223 койки круглосуточного пребывания и 8 коек дневного пребывания (обслуживает 50000 населения г. Белгорода). В стационаре развернуто 22 специализированных отделения.

Приоритетными направлениями в развитии специализированной помощи являются такие виды как травматология и ортопедия.

Непрерывно совершенствуется материально-техническая база учреждения, приобретается новое лечебно-диагностическое оборудование, внедряются новейшие методики лечения больных.

Помимо лечебной базы, в больнице в полном объёме имеется современное диагностическое оборудование, в том числе магнитно-резонансный и компьютерный томографы, ангиограф, ультразвуковые и эндоскопические аппараты, рентгенологическое и лабораторное оборудование. Физиотерапевтическая служба является одним из самостоятельных отделений городской больницы №2, которое представлено двумя подразделениями: поликлиническим; стационарным (терапевтическим, хирургическим).

Физиотерапевтическое отделение (ФТО) включает в себя комплекс лечебных кабинетов, отвечающих объёму работы, санитарно-гигиеническим нормам и требованиям, установленных отраслевым стандартом (ОСТ 42-21-16-86).

В ФТО широко отпускаются электро-свето-теплотерапевтические процедуры. Вместе с традиционной физиотерапией применяются процедуры ультразвуковой, лазерной и магнитной терапии. В ФТО функционируют 6 массажных кабинетов, 3 зала лечебной физкультуры, где проводится комплексная реабилитация больных на I и II этапах реабилитации с травмами и заболеваниями ОДА и патологии ЦНС, ПНС.

Освоены и внедрены в практику сложные лечебные методики: электростимуляция и лазерная стимуляция; лазерно-магнитная терапия при травмах и заболеваниях опорно-двигательного аппарата и сосудистой патологии н/конечностей. Для разработки суставов нижних конечностей применяется серия аппаратов «Артомат».

Отделение функционирует с 11 ноября 1988 года. Заведующий отделением: Мухортов Александр Викторович.

Старшая медицинская сестра отделения: Митусова Людмила Александровна.

Старшая операционная сестра: Черенкова Юлия Викторовна.

Сестра-хозяйка: Быкова Алла Владимировна.

В отделении работает: 9 врачей ортопедов-травматологов, 3 из которых имеют высшую квалификационную категорию, 4 – вторую, 2 – без категории; 16 медицинских сестер, 11 из которых имеют высшую квалификационную категорию; 7 операционных медицинских сестер, высокой квалификации; 14 младших медицинских сестер.

В отделении выполняются практически все виды оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате. Врачи отделения специализировались в ведущих клиниках России, а также Швейцарии, Германии, Чехии, Венгрии, Бразилии. Постоянно участвуют в мастер-классах, конгрессах и симпозиумах.

С 1991 года, в отделении выполняются артроскопическая диагностика и реконструкции связочного аппарата коленного сустава, включая пластики передней и задней крестообразных связок, трансплантацию хряща сустава.

При пластике связочного аппарата коленного сустава применяются как собственные ткани, так и синтетические с использованием рассасывающегося (биodeградируемого) материала. Также в лечебный процесс активно внедряется методика лечебно-диагностической артроскопии плечевого сустава, позволяющая проводить санацию, субакромиальную декомпрессию и хирургическое лечение нестабильности сустава с использованием современных технологий.

В данный момент в отделении выполняются операции эндопротезирования тазобедренного и коленного суставов, а также голеностопного.

В настоящее время выполняется более 1000 плановых оперативных вмешательств в год, из них 150 артроскопических операций и более 50 операций эндопротезирования.

С недавнего времени в отделении выполняются операции малоинвазивного остеосинтеза с использованием электронно-оптического преобразователя (ЭОП), что позволяет через минимальный доступ, обеспечить надёжную фиксацию отломков, сократить сроки реабилитации и нетрудоспособности, а также уменьшить болевой синдром в послеоперационном периоде, ускорить заживление мягких тканей, уменьшить вероятность послеоперационных осложнений.

В отделении активно применяются различные методики реабилитации пациентов с повреждениями нижних конечностей.

2.2. Анализ статистических данных группы пациентов, проходящие реабилитационные мероприятия в постиммобилизационный период

Материалом для дипломной работы послужили истории болезней, которые были отобраны и проанализированы во время производственных практик, а так же преддипломной практики в Областном государственном

бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода».

В исследуемом материале было выявлено 6 возрастных групп пациентов с переломами костей голени. В таблице 1 показана статистика пациентов с переломами голени.

В 2016 году в Областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода» было зафиксировано 135 переломов костей голени. Первая группа представляет пострадавших от 18 до 25 лет – что составило 7%, вторая от 25 до 30 – 40%; третья от 30 до 35 - 12%; четвертая группа от 35 до 40 - составила 20% ; пятая группа от 40 до 45- составило 11 % и шестая группа - составила 10 %. Мы выяснили, что мужчины получают переломы костей голени чаще, чем женщины: процент пациентов женского пола, которые получили переломы, составил – 31%; мужской пол с переломами костей голени составил – 69%.

Таблица 1

Возраст пострадавших	Количество пациентов с переломами голени		
	за 2016 г.	за 2017 г.	за 2018 г.
18 до 25 лет	6 пациентов - 7 %	18 пациентов - 15 %	20 пациентов - 15 %
от 25 до 30	51 пациент - 40%	32 пациента - 26%	39 пациентов - 29%
от 30 до 35	13 пациентов - 12 %	24 пациента - 20 %	33 пациента - 24 %
от 35 до 40	18 пациентов - 20%	8 пациентов - 7%	19 пациентов - 14%
от 40 до 45	5 пациентов - 11%	17 пациентов - 14%	11 пациентов - 8%
От 45 и старше	10 пациентов - 10%	22 пациента - 18%	14 пациентов - 10%

В 2017 году в Областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода» было зафиксировано 121 переломов костей голени. Первая группа представляет от 18 до 25 лет – что составило 15% вторая от 25 до 30 – составило 26%; третья от 30 до 35 - 20%; четвертая группа от 35 до 40 - составило 7%; пятая группа от 40 до 45 - составило 14 % и шестая группа - составила 18 %. Статистические данные показали, что с переломами костей голени мужчин обратилось 64%, а женщин – 36 %.

В 2018 году в Областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода» было зафиксировано 136 переломов костей голени. Первая представляет от 18 до 25 лет – составило 15%, вторая от 25 до 30 – составило 29%; третья от 30 до 35 - 24%; четвертая группа от 35 до 40 - составило 14% ; пятая группа от 40 до 45- составило 8 % и шестая группа - составила 10 %. Процент пациентов женского пола, которые получили переломы составил – 40%; мужской пол с переломами костей голени составил – 60%.

Подведя итог исследования статистических данных по переломам голени в ОГБУЗ «Городская больница №2», мы можем сделать вывод, что переломы голени очень распространенная травма, которую чаще получают пациенты мужского пола. Также мы определили, что в ОГБУЗ «Городская больница №2» поступали пациенты с переломами голени, чаще из городской местности, так как больница не является областным медицинским учреждением. Возрастная группа пострадавших от 18 до 55 лет и старше. Перелом голени считается распространенной травмой и нуждается в правильно подобранной реабилитации.

2.3. Анализ действий по реабилитации пациентов при переломе голени в постиммобилизационный период

В современной реабилитации существует масса недостатков и проблем, которые действительно влияют на правильное восстановление после переломов голени. Правильно подобранная реабилитация и соответствующая помощь медицинского персонала должны помогать пациенту в восстановлении функций организма.

Одна из целей проводимого нами исследования заключалась в том, чтобы выявить наиболее характерные проблемы в реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период, а также определить

роль медицинской сестры в реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период.

Нами была разработана анкета, представленная в приложении 1, которая заполнялась методом опроса. Анкета включает в себя 3 блока вопросов, каждый из которых включает от 4 до 12 вопросов. В итоге каждый респондент ответил на 27 вопросов анкеты. Определенная группа вопросов требовала одного из ответов: да, нет; другие имели несколько вариантов ответа; отсутствуют вопросы, в которых респонденту предлагается самому вписать ответ. В конце каждого блока проводилась экспертная оценка.

Анкета включает следующие блоки:

1. Общие вопросы – определялся возраст, пол и местность проживания пациентов с переломами голени, обстоятельства получения травмы.

2. Комплекс мер по реабилитации при переломах голени в постиммобилизационный период – нами было выяснено, как осуществлялась реабилитация, какие методы реабилитации применялись, где проходила реабилитация, давались ли рекомендации пациентам специалистами медицинского учреждения.

3. Психологические факторы, способствующие успешной реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период – этот блок включал в себя вопросы о психологическом состоянии пациентов, о психологической поддержке родственников и медицинских сестер.

В ходе исследования, мы определили, что перелом голени является достаточно распространенной травмой. С годами число травмированных людей не становится меньше, а только возрастает. Следовательно, мы можем сделать вывод, что реабилитация крайне важна и играет главную роль в выздоровлении пациентов с данными повреждениями.

Материалом для исследования послужило анкетирование людей, которые получали переломы костей голени. Исследование проходило в

Областном государственном бюджетном учреждении здравоохранения «Городская больница №2 г. Белгорода». В нашем исследовании принимали участие 70 пациентов, возрастом от 18 до 55 и старше.

В первом блоке вопросов нами выяснено, что мужчины чаще получали переломы голени, чем женщины. Ранее в изученной медицинской литературе мы встречались с тем, что мужской пол подвержен большей вероятностью получения травмы.

Также исследование показало, что большинство пациентов с переломами голени проживают в городской местности, а, следовательно, в городе имеется больше факторов риска для получения травмы.

На рисунке 1 продемонстрированы обстоятельства, при которых, чаще были получены переломы костей голени.

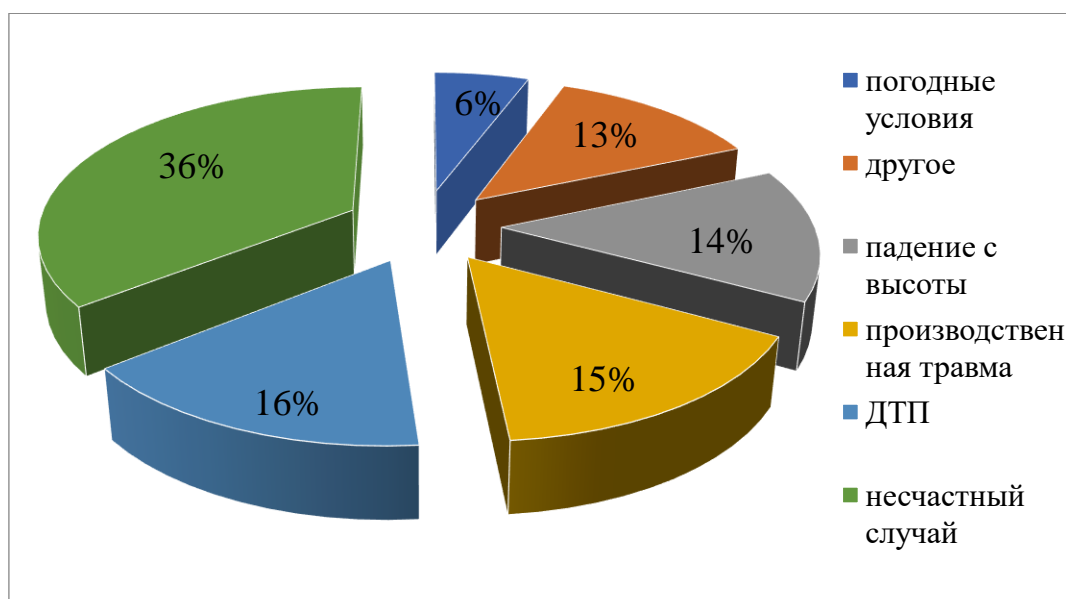


Рис. 1. Обстоятельства получения травмы

При расчетах мы выявили, что при ДТП получили переломы голени - 16% (11 пациентов); при несчастных случаях – 36% (25 пациентов); при падение с высоты – 14% (10 пациентов); при погодных условиях – 6% (4 пациента); на производстве пострадало – 15% (11 пациентов); при других обстоятельствах получили перелом костей голени – 13% (9 пациентов). Проанализировав вышесказанное, мы можем наблюдать за обстоятельствами

получения травмы - большинство пациентов получили травму при несчастном случае.

Во втором блоке вопросов «Комплекс мер по реабилитации при переломах голени в постиммобилизационный период» мы попытались выяснить, какие методы реабилитации применялись к исследуемой группе пациентов.

На рисунке 2 показано, где осуществлялась реабилитация пациентов. В вопрос были включены три показателя.

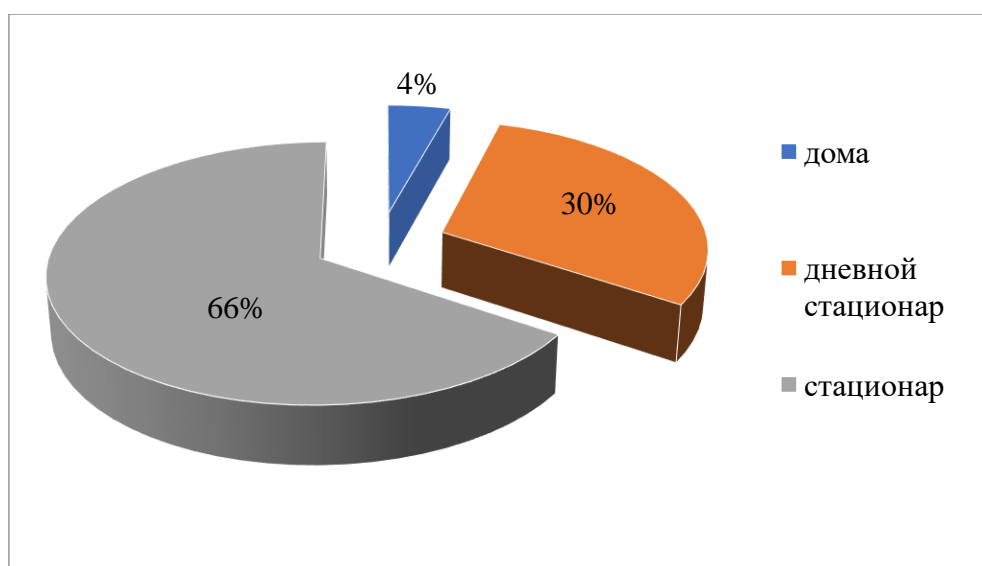


Рис. 2. Место осуществления реабилитации

В стационаре проходили лечение - 66% (46 пациентов); в дневном стационаре – 30% (21 пациент); на домашнем находилось – 4% (3 пациента). При анализе этой диаграммы, мы можем пронаблюдать, что чаще используется такая форма организации медицинской помощи, как медицинская помощь в стационаре. При реабилитации в стационаре, пациент находится под контролем у врачей. В стационаре еженедельно проводят анализы и постоянный осмотр пациента для наблюдения динамики улучшения или ухудшения состояния поврежденной конечности. В стационаре используют реабилитационные мероприятия, например ЛФК; массаж; механотренажер; УВЧ; электрофорез. У пациентов, которые

прибегли к прохождению реабилитации на дому, могут возникнуть следующие проблемы: незнание или неправильное выполнение лечебных гимнастических упражнений; затруднительность в самоуходе и осуществлении гигиенических процедур; несоблюдение правил диеты или правильного питания назначенного врачом.

На рисунке 3 показано, какому проценту пациентов проводились замеры длины и окружности нижней конечности при реабилитации в постиммобилизационный период. Диаграмма делится на 4 показателя: пациенты, которым осуществлялись замеры конечности до и после реабилитации, составили – 68% (48 пациентов); пациенты, которым не осуществлялись замеры конечности, составили – 10% (7 пациентов); пациенты, которым осуществлялись замеры конечности только до реабилитации, составили – 17% (12 пациентов); пациенты, которым осуществлялись замеры конечности только после реабилитации, составили – 5% (3 пациента).

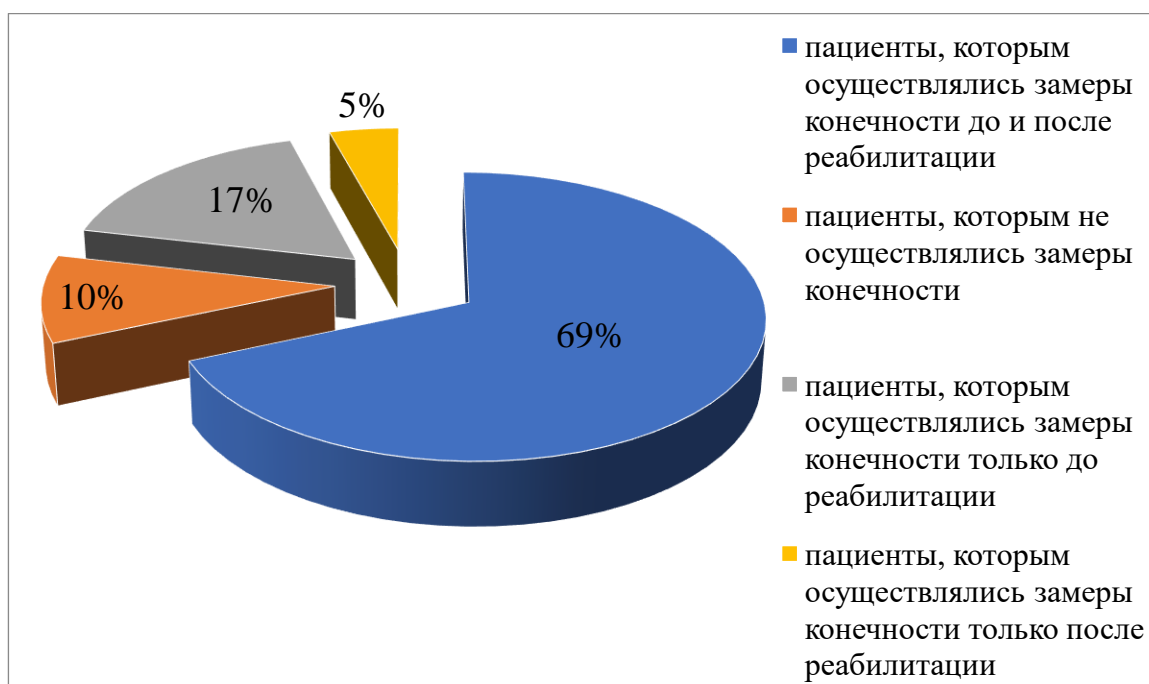


Рис. 3. Замеры конечности до и после реабилитации

По данным анкетирования, мы можем пронаблюдать, что замеры длины и окружности выполняются не все пациентам с переломами костей голени. Но измерения конечности при переломах – это очень ценный метод

дополнительной диагностики при реабилитации, так как точные измерения опознавательных точек помогают пронаблюдать за изменением длины и объема конечности в процессе реабилитации. Обнаружив, при анализе данных измерений укорочения или удлинения конечности приступают к постановке дальнейших лечебных и реабилитационных задач.

На рисунке 4 показано, какой вид реабилитации используют чаще. Массаж проходили -26% (17 пациентов) с переломами костей голени; ЛФК – 35% (23 пациента); УВЧ – 9% (6 пациентов); электрофорез – 12% (8 пациентов); механотренажер – 14% (9 пациентов); парафинотерапию проходило – 4% (2 пациента).

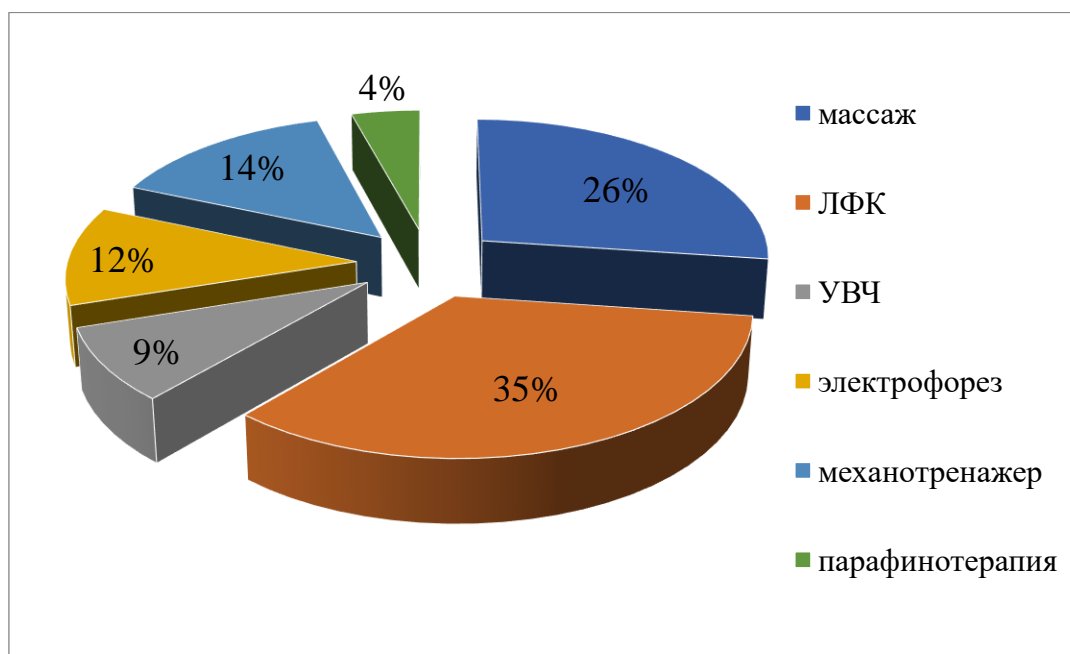


Рис. 4. Вид реабилитации

При анализе анкетирования, мы выяснили, что большинство пациентов проходили реабилитацию при помощи занятий ЛФК и массажа. Правильно подобранные упражнения ЛФК влияют на улучшение трофики конечности и предупреждение мышечной атрофии; на предупреждение нарушений функции суставов; на формирование костной мозоли; восстановление функции пораженной конечности. Так же этот вид реабилитации имеет следующие противопоказания: кровопотеря; шок; инфекция; повышенная температура; наличие инородных тел в ране. Такой вид реабилитации, как

массаж используется для устранения боли в области перелома; для рассасывания кровоизлияний в области перелома; способствует на улучшение трофики тканей поврежденной конечности; ускоряет процесс образования костной мозоли; для быстрого восстановления функций поврежденной конечности. Это вид имеет такие противопоказания, как хронический остеомиелит; инфекционные неспецифические заболевания суставов; гнойные процессы; новообразование костей и суставов.

На рисунке 5 представлено, какому проценту пациентов было выдано направление на процедуры массажа (опрос проведен среди тех пациентов, которые не имеют противопоказаний для данной процедуры). В процессе анализа данного вопроса, мы выявили, что не все пациенты при реабилитации после перелома голени получили направление на массаж.

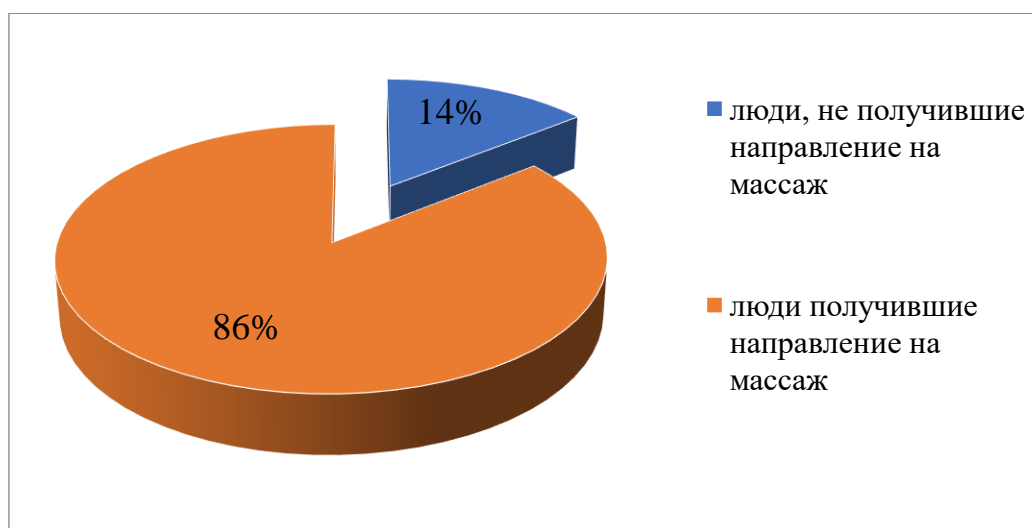


Рис. 5. Направление на массаж

Процент пациентов, которые получили направление на массаж, составил – 86% (60 пациентов); процент не получивших, составил - 14% (10 пациентов). Массаж играет немаловажную роль в реабилитации пациентов с переломами костей голени, и неизвестно по каким правилам реабилитации следовали врачи, исключая массаж в реабилитационном периоде пациентов с такими травмами. Мы можем предположить, что реабилитация с исключением массажа при переломе костей голени выполняется недобросовестно и некачественно. А это соответственно ведет к таким

последствиям, как: гипотрофии мышц; замедленное восстановление костной мозоли; тугая подвижность суставов; мышечные контрактуры. Можем сказать, что массаж при переломах костей голени противопоказан только при: открытых переломах; обострениях хронических болезней; лихорадочных состояниях; заболеваний кожных покровов; злокачественных новообразований; острого инфекционного процесса.

На рисунке 6 представлен, процент пациентов, которые проходили реабилитацию на дому, кому были разъяснены правила лечебной гимнастики и кому нет. Пациенты, которым были разъяснены правила лечебной гимнастики, составили – 87 % (61 пациент); а пациенты, которым не объяснили правила лечебной гимнастики, составили – 13% (9 пациентов).

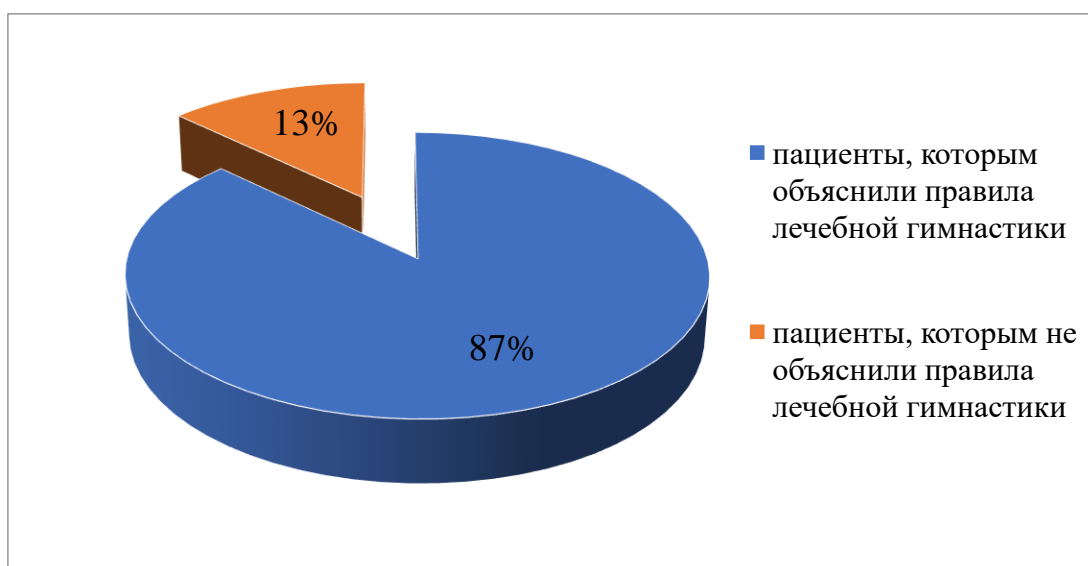


Рис. 6. Правила лечебной гимнастики

Если пациенту с переломами голени не объясняются правила лечебной гимнастики в постиммобилизационном периоде, то он не сможет выполнять упражнения дома, а если и будет выполнять, то это может привести к дополнительным травмам. При несоблюдении правил лечебной гимнастики, снижаются регенеративные процессы; происходит неправильное формирование и заживление костной ткани; снижение деятельности внутренних органов; неправильное восстановление конечности; ухудшается подвижность конечности и может произойти рецидив.

На рисунке 7 представлено, как долго осуществлялась реабилитация у пациентов с переломами костей голени.

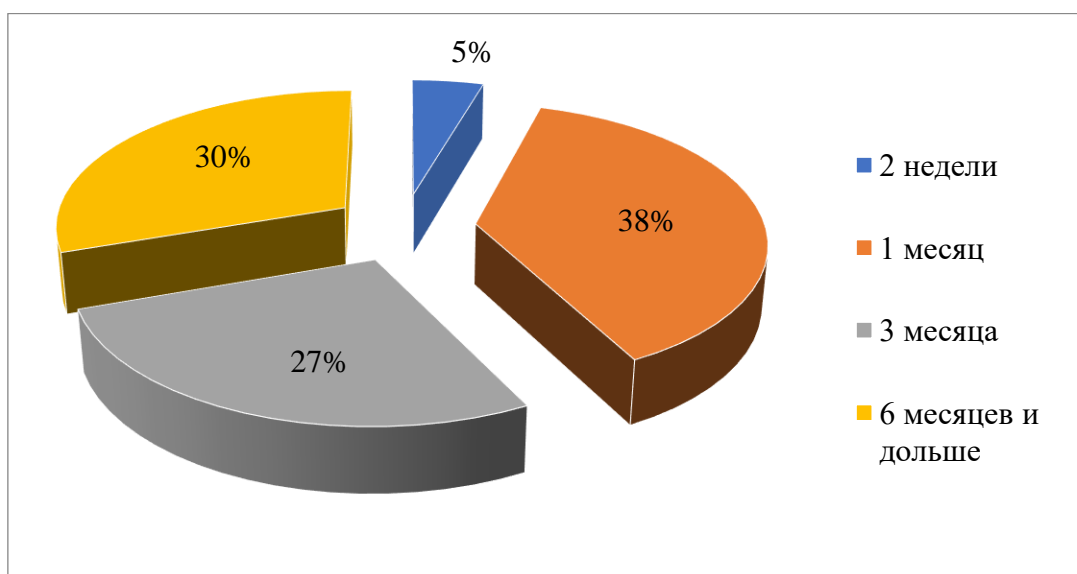


Рис. 7. Время осуществления реабилитации

Диаграмма делится на 4 показателя: пациенты, которые находились на реабилитации 2 недели, составили – 5% (3 пациента); пациенты, которые находились на реабилитации 1 месяц, составили – 38% (25 пациентов); пациенты, которые находились на реабилитации 3 месяца, составили – 27% (18 пациентов); пациенты, которые находились на реабилитации 6 месяцев и дольше, составили 30% (20 пациентов). Мы можем пронаблюдать, что большинство пациентов находилось на реабилитации 1 месяц. Период заживления перелома костей голени составляет 29 дней и более. Этот период можно разделить на: период повреждения, когда происходит нарушение кровообращения, которое может привести к дальнейшему ухудшению заживления перелома; затем проходит период регенерации костной структуры, когда окостеневают вновь образующиеся клетки; завершающий период – перестройка кости, когда происходит формирование костной мозоли, которая в свою очередь стабилизирует фрагменты поврежденной кости.

На рисунке 8 показан, процент пациентов, которые проходили реабилитацию в стационаре и мы можем выделить пациентов, которым осуществлялась помощь медицинской сестры в принятии гигиенических процедур и не осуществлялась.

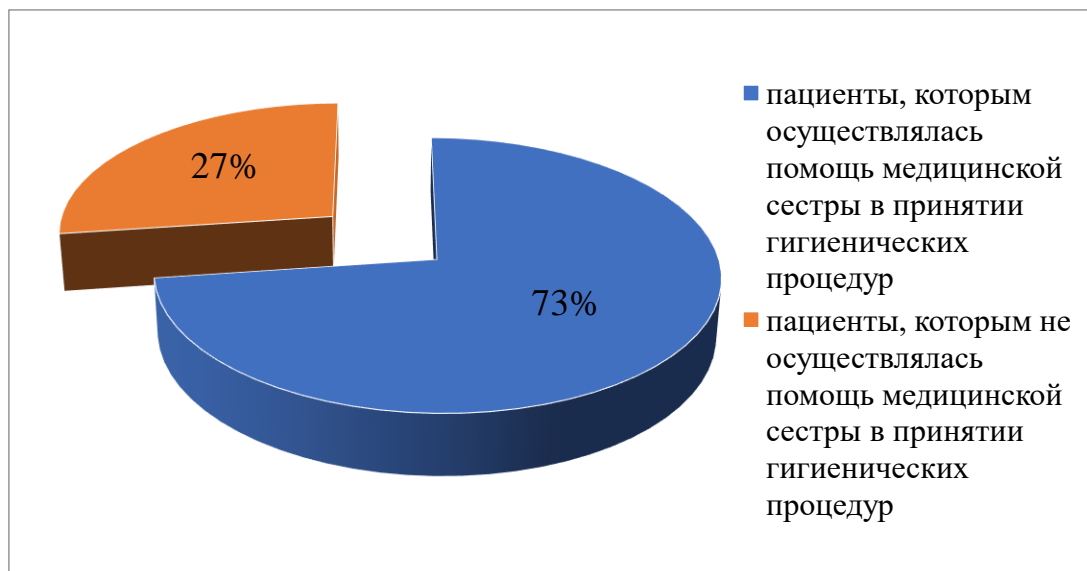


Рис. 8. Помощь медицинской сестры в принятии гигиенических процедур

Пациенты, которым осуществлялась помощь, составили – 73% (51 пациент), а пациенты, которым не осуществлялась помощь медицинской сестры в принятие гигиенических процедур, составили – 27% (19 пациентов). Пациенты сообщили, что не всем из них осуществлялась помощь медицинской сестры в принятии гигиенических процедур в постиммобилизационный период. Пациентам при переломах голени особенно тяжело осуществлять, гигиенические процедуры, особенно в первые дни после снятия гипсовой повязки. В этот период помощь медицинской сестры особенно нужна, так как долгое пребывание пациентов в одном положении способствуют возникновению атрофии мышц. При осуществлении гигиенических процедур закрывают кровать больного клеенкой, затем голову моют над тазиком, потом обмывают тело, здоровые руки и ногу. После мытья, пациента вытирают сухим полотенцем и убирают клеенку.

На рисунке 9 показано, какие препараты использовались при реабилитации пациентов с переломами костей голени.

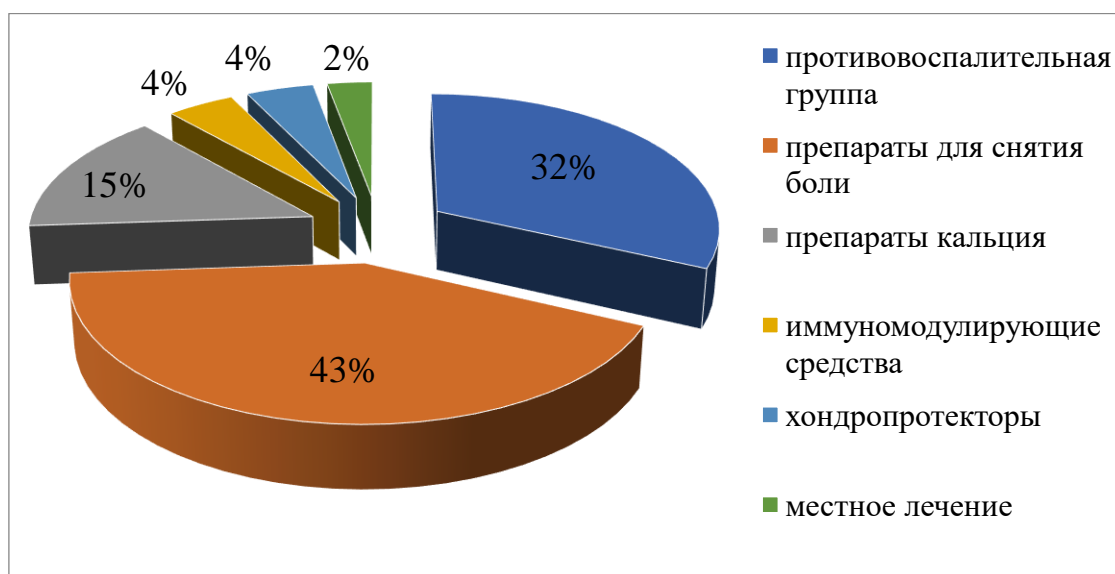


Рис. 9. Препараты, использующие при реабилитации

Пациенты, которые принимали противовоспалительную группу препаратов при реабилитации, составили – 32% (22 пациента); пациенты, которые принимали при реабилитации препараты для снятия боли, составили – 43% (29 пациентов); пациенты, которые принимали препараты кальция, составили – 15% (10 пациентов); пациенты, которые принимали иммуномодулирующие препараты, составили – 4% (3 пациента); пациенты, которые принимали хондропротекторы, составили – 4% (3 пациента); пациенты, которые принимали при реабилитации препараты для местного лечения, составили – 2% (2 пациента). Пациенты сообщили, что чаще всего использовали препараты для снятия боли из-за болезненности в месте перелома. Препараты при переломах назначают для ускоренного сращивания костей голени и их укрепления. Правильно назначенные препараты позволяют активизировать регенерационные процессы, что очень важно для пожилых и людей с дефицитом кальция. Правильно подобранные препараты обладают следующими терапевтическими действиями: заживление и регенерация костей голени; устранение болезненной симптоматики;

нормализация процессов кальциевого обмена; противовоспалительное действие. В реабилитации также применяют метод электрофореза со следующими препаратами: лидаза и хлористый кальций.

На рисунке 10 показан, процент пациентов с переломами голени, которые следовали рекомендациям по лечебному питанию.

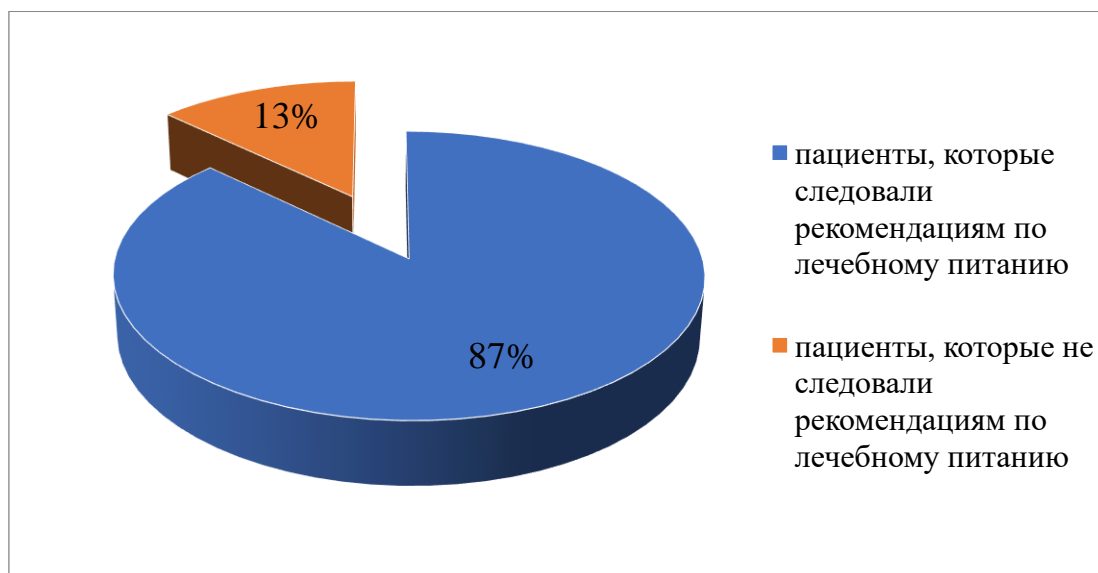


Рис. 10. Рекомендации по питанию

Пациенты, которые следовали рекомендациям, составили – 87% (61 пациент); а пациенты, которые не следовали рекомендациям по лечебному питанию, составили – 13% (9 пациентов). Пациентам с переломами костей голени нужно обязательно соблюдать диету, так как независимо от степени перелома, питание используют, как дополнительный метод для воссоздания архитектоники костной ткани. Врачи при переломах костей голени назначают пациентам дробное питание. Питаться пострадавший должен 4-5 раз в день – минимальными порциями, а между ними рекомендовано перекусывать. Особенности питания при переломах голени заключается в: отказ от алкоголя; употреблять продукты, с высоким содержанием кальция, фосфора, калия, магния; употреблять большое количество жиров животного происхождения; добавить в рацион овощи и фрукты с содержанием витамина D, С и В12; большое количество воды.

На рисунке 11 показан, процент пациентов, которые использовали вспомогательные средства для передвижения при реабилитации.

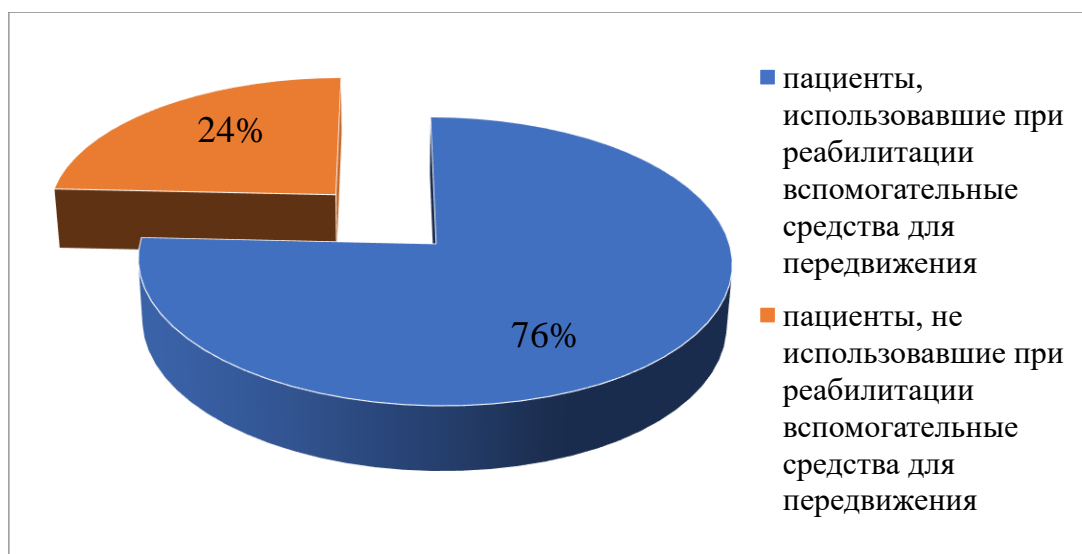


Рис. 11. Использование вспомогательных средств, для передвижения в постиммобилизационный период

Пациенты, которые использовали вспомогательные средства, составили – 76%, так же показано, что 24% не использовали вспомогательные средства при реабилитации. Этот процент рискует повредить сломанную конечность при передвижении без вспомогательных средств, а это ведет к рецидивам и осложнениям.

Подводя итог исследования по данному блоку, можем сказать, что реабилитационные мероприятия не идеальны и имеют недостатки. Это подтверждается тем, что комплекс упражнений ЛФК объясняется пациентам (пациенты проходящие реабилитацию на дому) неправильно или вообще не объясняется. Также направление на массаж были выданы не всем пациентам, но они не имели никаких противопоказаний к данному методу реабилитации.

В третьем блоке вопросов мы выяснили, осуществлялась ли психологическая поддержка пациента членами семьи и медицинским персоналом. Психологическая помощь пациенту необходима, потому что человек получивший травму может впасть в депрессивные состояния, чувствовать свою беспомощность, ненужность, его могут даже посещать страхи получения инвалидности.

На рисунке 12 показано, осуществлялась ли психологическая поддержка семьи пациенту с переломами голени. Пациентам, которым осуществлялась поддержка составили 63%, тем пациентам, которым психологическая поддержка семьи осуществлялась не в полной мере составили 27%, а пациентам, которым поддержка семьи не осуществлялась вообще составили 10 %.

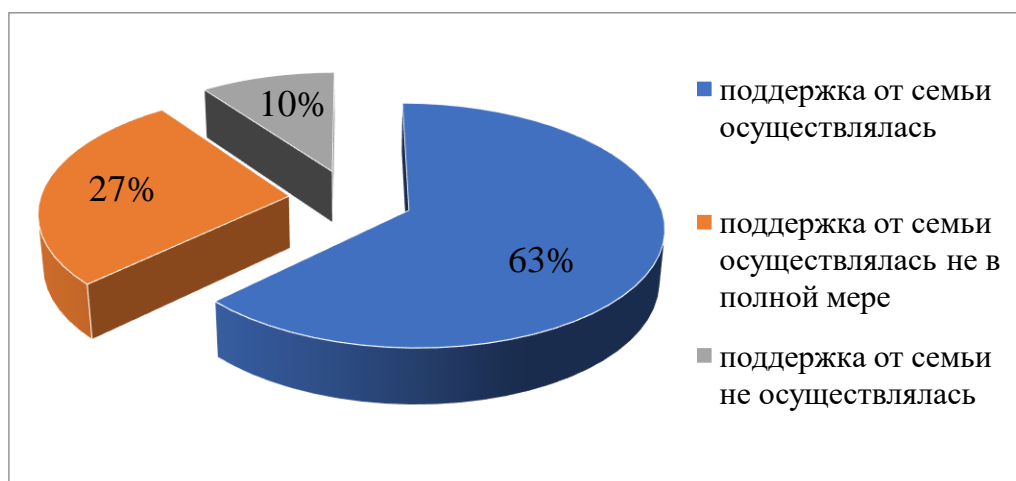


Рис. 12. Психологическая поддержка семьи больному

Пациентам, которым семья и родственники не оказывали психологическую помощь при реабилитации в постиммобилизационный период страдали депрессией, сензитивностью, апатией, тревогой, страхом стать инвалидом.

На рисунке 13 показано, осуществлялась ли психологическая поддержка пациенту медицинской сестры в период реабилитации в постиммобилизационный период. Пациенты, которым осуществлялась психологическая поддержка составили 43%, а те пациенты, которым не осуществлялась психологическая поддержка медицинской сестрой составили 57%.

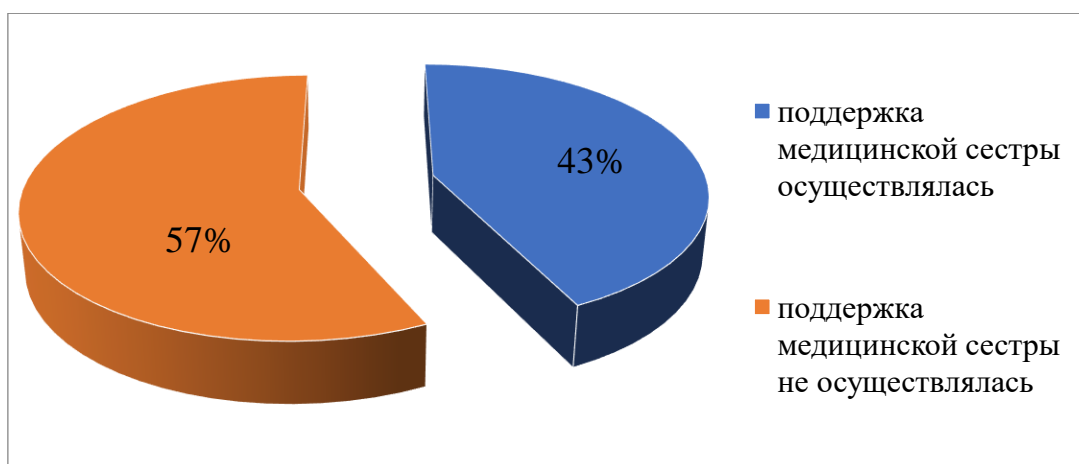


Рис. 13. Психологическая поддержка медицинской сестры больному

Мы можем сделать вывод, что медицинские сестры безответственно подходят к психологическому состоянию пациента, так как пациентам с переломами голени требуется психологическая поддержка. Они не должны уменьшать значимость эмоциональной поддержки для пациента. Медицинские сестры помочь пациенту и его близким поверить в положительный исход, не допустить, чтобы пациенты входили в депрессию, а поддерживать их на протяжении всего периода реабилитации.

При анализе действий по реабилитации пациентов при переломе голени в постиммобилизационный период, можно сделать вывод, о том, что реабилитация осуществляется не достаточно качественно. Пациенты не всегда довольны помощью медицинских сестер при реабилитации в постиммобилизационный период. Медицинские сестры не осуществляют достаточную помощь при передвижении пациентов с переломами костей голени, помощь при принятии гигиенических процедур. Также мы выявили, что замеры поврежденной конечности осуществляются не всем пациентам. Хотя замеры играют важную роль в отслеживании динамики выздоровления во время всего периода реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период.

Мы выяснили, что пациенты в ходе реабилитации чаще назначаются, такие мероприятия как: УВЧ-терапия, магнитотерапия, механотренажер, электрофорез, массаж, ЛФК. Но все же в современной реабилитации есть

свои недостатки, недочеты. Врачи и медицинские сестры подходят к реабилитации непосредственно.

Также мы выявили, что направление на массаж получили не все пациенты, хоть у них не присутствовали противопоказания на данный вид реабилитации. Массаж играет немаловажную роль в реабилитации, ведь после долгого нахождения поврежденной конечности в гипсовой повязки нарушается кровоток, происходит образование отека и атрофия мышц.

Проблемы реабилитации на данный момент еще заключаются и в следующем: не всегда ответственное отношение медицинских сестер к пациенту (например, отказ в помощи при передвижении пациента с переломами костей голени; не выполнение назначения врача по реабилитации, уходу и профилактике осложнений у пациентов; происходит снижение количества и качества реабилитационных мероприятий; медицинский персонал не проводит обучение и беседы пациентам с переломами голени по основам гигиены; не всегда оказывается психологическая поддержка пациентов и их родственников, а также медицинские сестры не всегда дают грамотные советы относительно диеты и двигательной активности.

Также мы попытались выяснить, осуществлялась ли психологическая поддержка пациентов с переломами костей голени от родственников и медицинского персонала в учреждении, где проходила реабилитация. Не все пациенты сообщили, о том, что получили поддержку от родственников, а от медицинского персонала психологическая поддержка не ощущалась.

2.4. Роль медицинской сестры при реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период

На основании проведенного исследования, мы можем сделать вывод, что в реабилитации при переломе голени, существуют определенные проблемы, которые необходимо исправлять и следовать нормам. Выделяют

три основных вида реабилитации – медицинскую, профессиональную и социальную. Для их реализации необходимы усилия специалистов различных профилей. Реабилитацию ведут специализированные врачи-реабилитологи, врачи-травматологи, медицинские сестры (инструкторы ЛФК, массажисты).

Нами было выяснено, что медицинские сестры, которые также участвуют в реабилитации при переломе костей голени, например, проводят физиопроцедуры, осуществляют занятия ЛФК, выполняют массаж, должны иметь дополнительное образование для проведения выше перечисленных процедур.

В процессе реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период решается ряд задач. В них входят повышение качества реабилитационных мероприятий, снижение сроков реабилитации, снижение потребности во врачебных кадрах.

Особо значимую роль отводят медицинской сестре в реабилитационном процессе. В реабилитационном процессе компетенции медицинской сестры должны включать в себя не только теоретические знания, но и практические навыки, которые будут способствовать скорейшему восстановлению пациентов после перенесенных травм. Необходимо отметить, что при различных видах реабилитации пациенту требуется помощь разных специалистов более узкого профиля.

Если речь идет о медицинской реабилитации, то общих знаний среднего медицинского работника будет недостаточно. Для эффективного решения проблемы, быстрого восстановительного процесса требуются более глубокие знания, которые можно приобрести в ходе прохождения курсов повышения квалификации.

Медицинские сестры должны чаще проводить с пациентами беседы о правильном питании, объяснить важность посещения всех назначенных врачом физиопроцедур, проводить беседы о здоровом образе жизни. При проведении лечебной гимнастики или ЛФК медицинская сестра обязана

разъяснить все требования при проведении упражнений. Подобными знаниями может обладать человек, который имеет второе профессиональное образование. К примеру, окончивший факультет физического воспитания.

В том случае, если больной потерял трудоспособность на длительный срок, то реабилитационный процесс требует особого подхода, направленного на оказание психологической помощи. Он предполагает проявление особой деликатности, повышенного внимания к пациенту, душевной теплоты. Наличие у медицинской сестры образования по специальности «психолог» ускорит процесс социальной реабилитации и повысит его эффективность. Профессиональная психологическая помощь очень важна в том случае, если последствия перенесенных травм принесли пациенту серьезные проблемы со здоровьем, и как следствие инвалидность.

Современная медицина не мыслима без высококлассных специалистов. Медицинская сестра – это многогранная личность. Не только активная, коммуникабельная, но и стрессоустойчивая, проявляющая в своей профессиональной работе выдержку и такт. Основой её деятельности должны быть как практические навыки и теоретическая подготовка в области сестринского дела, так и дополнительное профессиональное образование: психологическое, физкультурно-оздоровительное, медицинское с узким профилем (медицинский массаж, ЛФК). Деятельность медицинской сестры в реабилитационном процессе прямо направлена и ориентирована, зависит от специализации медицинского заведения, характера травмы у пациента, специфики и особенностей восстановительного процесса в постиммобилизационный период.

Роль медицинской сестры в реабилитации пациентов с переломами голени включает целый ряд действий:

1. Деятельность медицинской сестры в отношении пациентов с переломами голени, проходящих реабилитацию в постиммобилизационный период начинается с оценки его состояния. При получении полной информации о пациенте, медицинской сестре следует:

1) Иметь полное представление о пострадавшем до начала ухода за ним.

2) Вычислить возможность пациента к самоуходу.

3) Установить контакт с пациентом.

4) Заполнить документацию.

2. Оказывать пациенту постоянную психологическую помощь.

3. Помощь при передвижении больного после снятия гипсовой повязки.

4. Помощь при принятии гигиенических процедур пациентам.

5. Определение правильного режима двигательной активности пациентам с переломами костей голени.

6. Определение подходящего варианта при переломе голени варианта лечебного воздействия средствами ЛФК.

7. Помощь медицинской сестры в технических манипуляциях при выполнении ЛФК.

8. Объяснение упражнений при ЛФК и лечебной гимнастики.

9. Выполнять действия по профилактике рецидивов и осложнений.

10. Выполнение мероприятий по укреплению здоровья.

11. Помощь медицинской сестры в обучении использования вспомогательных средств для передвижения.

12. Консультирование пациентов и членов его семьи о дальнейшей реабилитации и уходе при переломе костей голени.

Бывают случаи, когда пациент по различным причинам не может осуществлять полный курс реабилитации в постиммобилизационный период в медицинском учреждении, и проходит реабилитацию в домашних условиях. И здесь медицинская сестра может дать рекомендации родственникам по уходу за пациентом, а пациенту рассказать о перечне возможных методов реабилитации (по назначению врача), разъяснить необходимость соблюдения назначений врача, техники безопасности во

время проведения реабилитационных методов, в частности, лечебной гимнастики и ЛФК.

В качестве рекомендаций нами была разработана памятка для пациентов и их родственников «Памятка для пациентов и их родственников по реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период на дому» (Приложение 2). По нашему мнению, данная памятка позволит пациентам и их близким избежать возможных осложнений после переломов в постиммобилизационный период и поспособствовать скорейшему выздоровлению.

На основании вышеизложенного материала, мы можем с уверенностью говорить о том, что медицинская сестра является одним из важнейших участников процесса реабилитации пациентов при переломах голени в постиммобилизационный период. Она находится в постоянном контакте с пациентом, сопровождает его на протяжении всего курса реабилитации, выполняет все назначения врача, создает благоприятный микроклимат в отделении, помогает общению и взаимопониманию среди пациентов. Правильно подобранные и выполненные методы реабилитации дают возможность пациенту вернуться к семейным и профессиональным обязанностям.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Переломы костей голени – это очень серьезная травма нижней конечности, которая требует правильно подобранного лечения, а затем и реабилитации. Пациент, проходящий реабилитацию в постиммобилизационный период, нуждается в активной помощи от врачей и медицинских сестер.

Подводя итог дипломной работы можно сказать, что рост процентов переломов костей голени за период 2016 – 2018 год только вырос. Как замечено практикой реабилитация переломов костей голени ведется врачами-травматологами, врачами-реабилитологами и средним медицинским персоналом в больничных и амбулаторных учреждениях.

Работу выполняли в 2 этапа. Первый заключался в изучении и анализе литературных источников по теме дипломной работы.

На основе теоретического изучения литературных источников, мы выявили особенности переломов костей голени, классификацию, осложнения и признаки переломов.

Далее мы осуществили теоретический анализ понятия «реабилитация», рассмотрели методы реабилитации при переломах костей голени в постиммобилизационный период. На основании этого, можем сделать вывод, что реабилитация пациентов с переломами костей голени играет важную роль в восстановлении физической активности пострадавшего. Правильно подобранная реабилитация при переломах голени необходима так, как рецидивы и осложнения приводят к затруднениям в двигательной активности и инвалидности.

Второй этап заключался в анализе практических данных, на основе анализа работы ОГБУЗ Городская больница №2 за период 2016 – 2018 года. Также нами было проведено исследование, в котором приняли участие 70 пациентов (в число вошли пациенты проходящие реабилитацию и те, кто ее практически завершили), возраст пациентов составлял от 18 до 55 лет и старше.

В ходе проведенного анкетирования мы выявили, что реабилитация пациентов с переломами костей голени в постиммобилизационный период осуществляется не всегда на должном уровне. Это заключается в следующем: не всем пациентам (не имеющим противопоказаний) были выданы направления на массаж, не были разъяснены правила лечебной гимнастики на дому, не всегда оказывалась психологическая поддержка со стороны медицинского персонала. Инструкторы по ЛФК не всегда объясняют правила и упражнения пациентам, которые проходят реабилитацию на дому. В связи с чем, в качестве рекомендаций, нами была разработана памятка для пациентов и их родственников «Памятка для пациентов и их родственников по реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период на дому» (Приложение 2). Ведь, если пациент не будет следовать назначениям врача, рекомендациям по режиму дня, питанию, это может привести к последствиям и рецидивам.

При изучении материалов, бесед, исследования, мы выявили, что медицинская сестра является неотъемлемым участником процесса реабилитации в постиммобилизационный период, так как она находится в постоянном контакте с пациентом и оказывает всю необходимую помощь и назначения врача. Нами была определена ее роль в реабилитации пациентов при переломах костей голени в постиммобилизационный период. В обязанности медицинской сестры входит: осуществление помощи пациенту в принятии гигиенических процедур, помощь при передвижении, проведение с пациентом бесед о лечебном питании и диете. Медицинская сестра может осуществлять помощь в технических манипуляциях при выполнении ЛФК, массажа, только в том случае, если она имеет специальное образование для проведения данного вида реабилитации. Она должна иметь контакт со всеми пациентами, осуществлять психологическую поддержку так, как пациент с такими травмами может впасть в депрессивные состояния и чувствовать беспомощность.

При правильно подобранных методах реабилитации восстановление пациента проходит намного быстрее.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ И ЛИТЕРАТУРЫ.

1. Давлицарова, К.Е. Основы ухода за больными. Первая медицинская помощь [Текст] : учебное пособие. / К.Е. Давлицарова. – Москва : Инфа, 2014. – 386с.
2. Егиазаряна, К.А., Травматология и ортопедия [Текст] : учебник / К.Е. Егиазарян, И. В. Сиротина. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 576 с.
3. Елифанов, А.В., Реабилитация в травматологии и ортопедии [Текст] : учебник / А.В. Елифанов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 212 с.
4. Корнилов, Н. В., Травматология и ортопедия [Текст] : учебник/ Н.В. Корнилов. – М.: ГЭОТАР–Медиа, 2014. – 592 с.
5. Котельникова, Г. П., Травматология. Национальное руководство [Текст] : учебное пособие/ Г.П. Котельникова, С.П. Миронова. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2017. – 528 с.
6. Мухина, С. А., Практическое руководство к предмету «Основы сестринского дела» [Текст] : учебное пособие/ С.А. Мухина, И.И. Тарновская. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 576 с.
7. Островская, И.В., Основы сестринского дела [Текст] : учебник / И.В. Островская, Н.В. Широкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 320 с.
8. Петрова, Н. Г., Основы сестринского дела в реабилитации [Текст] : учебное пособие/ Н.Г. Петрова. – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2016. – 119 с.
9. Пузин, С.Н., Медико-социальная деятельность [Текст] : учебник / С.Н. Пузина, М.А. Рычкова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 416 с.
10. Семенова, О. П., Реабилитация посттравматических больных [Текст] : учебник/ О.П. Семенова. – Москва: СИНТЕГ, 2017. – 240 с.
11. Стельмашонок, В.А., Основы реабилитации, физиотерапии, массажа и лечебной физкультуры [Текст] : учебное пособие/ В.А. Стельмашонок, Н.В. Владимирова. – Минск: РИПО, 2015. - 328 с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

**Анкета «Реабилитация пациентов при переломах голени в
постиммобилизационный период»**

Уважаемые пациенты!

Данное исследование проводится с целью анализа действий по реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период в ОГБУЗ Городская больница №2.

Ваше мнение особо ценно, так как полученная и ходе исследования информация позволит выявить недостатки процесса реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период.

Заполняя анкету (анонимно), внимательно ознакомьтесь с формулировкой вопросов и отметьте вариант ответа, наиболее полно отражающий Вашу точку зрения. В некоторых вопросах возможны несколько вариантов ответа.

Благодарим Вас за сотрудничество!

I. Блок «Общие вопросы»

1. Ваш возраст?

А) 18-25 лет

Б) 25-35 лет

В) 35-45 лет

Г) 45-55 лет

Д) 55 и старше

2. Ваш пол?

А) женский

Б) мужской

3. Местность, в которой вы проживаете?

А) город

Б) поселок

В) село

Г) деревня

Д) пригород

Е) другое

4. При каких обстоятельствах вы получили травму?

- А) дорожно-транспортное происшествие
- Б) несчастный случай
- В) погодные условия
- Г) падение с высоты
- Д) производственная травма
- Е) другое

II. Блок «Комплекс мер по реабилитации при переломах голени в постиммобилизационный период»

1. Осуществлялась ли реабилитация конечности в постиммобилизационный период (после снятия гипса):

- А) Да
- Б) Нет

2. Если осуществлялась, то:

- А) в стационаре
- Б) на дому

3. Осуществлялись ли замеры окружности поврежденной конечности перед реабилитацией и после?

- А) да
- Б) нет

4. Какой из методов реабилитации применялся?

- А) массаж
- Б) лфк
- В) механотернажер
- Г) СКЛ
- Д) УВЧ
- Е) электрофорез
- Ж) парафинотерапия
- З) грязелечение
- И) другое

5. Получали ли Вы направление на массаж?

- А) да
- Б) нет

6. Посещали ли Вы массаж в медицинском учреждении?

- А) да
- Б) нет
- В) только до
- Г) только после

7. Выполняли ли вы лечебную гимнастику?
- А) да
 - Б) нет
8. Если применялся метод лфк. Инструктор лечебной гимнастики обучил вас комплексу упражнений, который вы бы могли выполнять дома?
- А) да
 - Б) нет
9. Если реабилитация осуществлялась на дому: объяснили ли вам правила лечебной гимнастики и научили ли вас выполнять ее дома?
- А) да
 - Б) нет
10. Если реабилитация проходила в стационаре: как долго осуществлялась реабилитация?
- А) несколько дней
 - Б) 2 недели
 - В) 1 месяц
 - Г) 3 месяца
 - Д) 6 месяцев и дольше
11. Осуществляла ли медицинская сестра помощь вам в принятии гигиенических процедур?
- А) да
 - Б) нет
12. Транспортировала ли вас медицинская сестра на процедуры?
- А) да
 - Б) нет
13. Принимали ли вы такие медикаменты, как препараты для снятия боли; противовоспалительную группу; иммуномодулирующие средства; препараты кальция (остеогенон); хондропротекторы; местное лечение?
- А) да
 - Б) нет
14. При переломе выполняли ли вы рекомендации по лечебному питанию и диете?
- А) да
 - Б) нет
 - В) не назначалось
15. Применяли ли вы вспомогательные средства для поддержки при ходьбе (костыли, коляска, ходунки)?
- А) да
 - Б) нет

16. Осуществлялось ли вами санитарно-курортное лечение?

А) да

Б) нет

17. После завершения реабилитационного периода вы повторно обращались в больницу?

А) да

Б) нет

18. Случались ли рецидивы? Какие?

А) да

Б) нет

19. Сейчас вы ведете полноценную жизнь?

А) да

Б) нет

III. Блок «Психологические факторы, способствующие успешной реабилитации пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период»

1. На сколько вы переживали, когда получили травму?

А) сильно переживал

Б) не особо переживал

В) вообще не переживал

2. Оказывалась ли психологическая поддержка в семье?

А) оказывалась

Б) не особо оказывалась

В) не оказывалась

3. Оказывалась ли психологическая поддержка в медицинском учреждении (во время реабилитации)?

А) оказывалась

Б) не достаточно

В) не оказывалась

4. Присутствовали ли страхи, когда Вы получили травму?

А) потерять работу

Б) получить инвалидность

В) потеря функции передвижения

Г) остаться без поддержки семьи

Д) страхи отсутствовали

5. Чаще пребывать на свежем воздухе.



6. Настраивать себя на благоприятный исход после реабилитации, чтобы избежать стресса и депрессии.



Уважаемые пациенты и их родственники!

Если вы действительно желаете, благополучного выздоровления себе, либо близкому Вам человеку, то придерживайтесь этих правил!



ПРИЛОЖЕНИЕ 2

Памятка для пациентов и их родственников

Реабилитация пациентов с переломами голени в постиммобилизационный период на дому



Составлена:
Веретельниковой Анфисой

Руководитель: Линиченко С.А.

БЕЛГОРОД 2019

Пациент с переломами костей голени в постиммобилизационный период требует к себе внимания и поддержки со стороны близких, так как даже после снятия гипсовой повязки, он не может выполнять, многие физические или бытовые действия.

Уход родственников за пациентом проходящим реабилитацию в постиммобилизационный период заключается в следующем:

1. Помощь в принятии гигиенических процедур.



2. Помощь пациенту в передвижении, если он не может передвигаться самостоятельно.

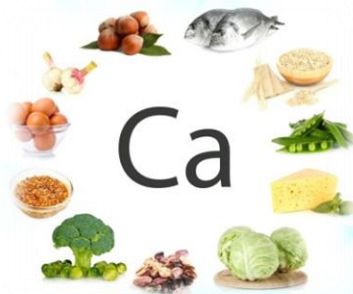


3. Контролировать и помогать пациенту в осуществлении назначенных упражнений ЛФК и лечебной гимнастики.



4. Оказывать психологическую поддержку.

5. Включить в рацион питания продукты с высоким содержанием кальция, магния, железа и фосфора.



6. Следить за выполнением назначений врача.

7. Осуществлять с пациентом прогулки на свежем воздухе.

Пациент, в свою очередь должен следовать следующим правилам:

1. Соблюдать технику безопасности при проведении упражнений по ЛФК и лечебной гимнастике.



2. Следовать назначениям врача.
3. Ходить с помощью вспомогательных средств (ходунки, коляска). Для того, чтобы предупредить осложнения и рецидивы после переломов голени.

4. Осуществлять прием пищи продуктов с высоким содержанием кальция, магния, железа и фосфора.

