

«Проблемы ухода за пациентом с переломами при длительной иммобилизации»

Выполнила: студентка группы
Ф-31 Харьковская Елена

Перелом кости - полное или частичное нарушение целостности кости при нагрузке, превышающей прочность травмируемого участка скелета. Переломы могут возникать как вследствие травмы, так и в результате различных заболеваний, сопровождающихся изменениями в прочностных характеристиках костной

Тяжесть состояния при переломах обусловлена размерами повреждённых костей и их количеством. Также больные после таких травм медленно восстанавливаются, выздоровление может занять несколько месяцев, поэтому проблема лечения переломов всегда являлась значимой, как для отдельного индивида, так и для социума.

Квалифицированная их диагностика и лечение, в том числе умелый уход, являются залогом решения проблем, связанных с уменьшением числа осложнений, летальных исходов, времени нетрудоспособности и с сокращением затрат на обслуживание. Тем самым приобретается не просто медицинская, но и социальная значимость рассматриваемых в данной курсовой работе.

Так по статистике, составленной для определения стратификации воздействия факторов вызывающих недееспособность (временную или переход на инвалидность) населения России, определили, что переломы (закрытые, открытые, сочетанные) занимают 42,7% (на основании обращения в ЛПУ за специализированной помощью) [6]. В процентном соотношении: 87,3% приходится на закрытые переломы, 11,9% приходится на открытые переломы и 0,8% на сочетанные (см. Приложение 1).

В связи с высоким риском травматизации, возник смысл разработки эффективных методов лечения и ведения пациентов с данной патологией. Современная [хирургия](#) позволила восстанавливать анатомическую структуру костей при сложных, вколоченных, многооскольчатых переломах, переломах, неправильно сросшихся, без восстановления нормального положения кости, и многих других видах травм.

Также велико значение создания комфортных условий для ухода за пациентами, т.к. переломы подразумевают длительное ограничение движения пациента (при серьезности перелома или его зависимости от хронического заболевания, возможен переход на инвалидность, вплоть до недееспособности).

В связи с высоким риском травматизации, возник смысл разработки эффективных методов лечения и ведения пациентов с данной патологией. Современная [хирургия](#) позволила восстанавливать анатомическую структуру костей при сложных, вколоченных, многооскольчатых переломах, переломах, неправильно сросшихся, без восстановления нормального положения кости, и многих других видах травм. Также велико значение создания комфортных условий для ухода за пациентами, т.к. переломы подразумевают длительное ограничение движения пациента (при серьезности перелома или его зависимости от хронического заболевания, возможен переход на инвалидность, вплоть до недееспособности).

Так я выдвинула гипотезу: «Создание условия для полноценной и скорейшей реабилитации, предотвратят возникновение проблем появляющихся при уходе за пациентом с переломами при длительной иммобилизации».

Целью моей работы является изучение проблем ухода за пациентами при длительной иммобилизации и разработка методов их предотвращения.

Для выполнения своей цели, я работала над следующими задачами:

1. Изучение основных аспектов в диагностике и целесообразном подборе методики лечения переломов.
2. Техники лечебной иммобилизации и их особенности применения.
3. Осложнения возникающие при длительной иммобилизации и методы их предотвращения.
4. Анализ особенностей ухода за больными при переломе позвоночника.

На основании проанализированных данных и эталонов общего ухода за пациентами хирургического профиля с ограниченной двигательной активностью, я обнаружила закономерность, что в проведение комплексного лечения в период реабилитации включающего разработку суставов, применение массажа, механотерапии, физиотерапии и ЛФК для восстановления функции конечности, приобретает главенствующее значение в реабилитации пациента. С первых же дней лечения проводят раннюю функциональную терапию, которая заключается в активном сокращении мышц сломанной конечности с помощью осторожного проведения общей лечебной физкультуры.

Гигиеническая гимнастика направлена на повышение общего тонуса больного. При этом улучшается кровообращение работающей мускулатуры, правильное дыхание стимулирует легочное кровообращение, усиливая потребление кислорода и выделение углекислого газа. Гимнастические движения улучшают общее самочувствие больного и рефлекторно стимулируют локальные репаративные процессы. Гимнастику обычно проводят утром после сна. Предварительно проветривают помещение.

Упражнения начинают с движений в конечностях, постепенно вовлекая в работу все группы мышц здоровых и по возможности больных рук и ног. В комплекс включают движения, которые сопровождаются равномерным и глубоким дыханием.

Упражнения выполняют энергично и одновременно в спокойном темпе с достаточными промежутками для отдыха и свободного дыхания.

Рациональное питание больного активно способствует консолидации перелома. Назначают калорийную пищу, богатую белками (130-140 г, 60% - животного происхождения), витамином D, солями кальция (1-1,5 г), фосфора (1,5-2,2 г). В этой связи особо значимыми становятся молочные продукты (творог, сыр), яйца, рыба, рыбий жир, мясо. Для сбалансированности рациона в диете увеличивают содержание витаминов С, А и группы В. Указанным требованиям соответствует диета № 11. Пищу принимают 3- 4 раза в сутки в соответствии с распорядком данного лечебного учреждения. Пища должна иметь аппетитный вид и запах. При отсутствии аппетита у больного нужно проявить умение и терпение, чтобы уговорить его принять пищу.

В рацион питания таких больных включают высококалорийную пищу, богато содержащую белки, витамины и микроэлементы (Са: кунжут, мак, молоко, бобовые, шиповник, орехи; Si: цветная капуста, маслины, редис, репа). Пациенты чаще всего самостоятельно питаться не могут, и их приходится кормить. Для этого прикроватный столик пододвигают как можно ближе к головному концу кровати и кормят больного с ложки. Жидкую пищу дают через поильник.

Иммобилизация (лат. immobilis неподвижный) - создание неподвижности (покоя) какой-либо части тела при некоторых повреждениях (ушибах, ранах, вывихах и др.) и заболеваниях.

Лечебная иммобилизация требует применения специальных, иногда довольно сложных устройств (например, компрессионно-дистракционных аппаратов). Ее производят как в амбулаторных, так и в стационарных условиях [5].

Лечебную иммобилизацию чаще всего применяют для лечения переломов с целью создания неподвижности костных отломков до их сращения и образования костной мозоли, поэтому и долгосрочные осложнения возникают при применении лечебной иммобилизации (в отличие от транспортной иммобилизации).

Средства лечебной иммобилизации многообразны. В амбулаторной практике иммобилизацию нередко осуществляют с помощью гипсовых и мягкотканых повязок (например, при переломах без смещения или с незначительным смещением отломков). Одним из распространенных видов лечебной иммобилизации являются гипсовые повязки, кровати, корсеты и лонгеты.

Другим видом лечебной иммобилизации является [вытяжение](#), которое устраняет смещение костных фрагментов и фиксирует их в достигнутом положении на срок, необходимый для сращения перелома.

Разновидность лечебной иммобилизации - фиксация костных фрагментов различными металлическими или пластмассовыми конструкциями (спицами, винтами, штифтами, пластинами и др.), введенными внутрикостно или на костно.

К методам лечебной иммобилизации относится и быстро развивающийся метод компрессионно-дистракционного остеосинтеза.

Широкое применение в качестве лечебной иммобилизации имеют шины из различных пластических материалов (поливика, полиэтилена, вспененного полиэтилена и др.).

Так на основании проведенного исследования и анализа подобранной литературы по лечению и организации ухода за пациентами с переломами позвоночника, я выявила ряд особенностей при осуществлении ухода за пациентами в зависимости от уровня повреждения позвоночника (шейный, грудной, поясничный отдел) и от того, какая часть позвонка повреждена (тело, дужка, отростки). Наиболее тяжелым является перелом позвоночника в сочетании с травмой спинного мозга (осложненный перелом).

Так в большинстве случаев при переломе позвоночника больному предписывают строгий постельный режим. Пациента укладывают на кровать с деревянным щитом, головной ее конец приподнимают, под позвоночник на уровне перелома подкладывают мешочек с песком (реклинирующий валик), начальный этап по восстановлению мышечного тонуса, нарушенного травмой.

В более подробном варианте мною было рассмотрено лечение и уход за пациентом с переломом шейных позвонков.

Лечение при помощи скелетного вытяжения (переломы шейных позвонков со смещением):

При повреждении шейного отдела вытяжение осуществляют на петле Глиссона, которая представляет собой специальное приспособление в виде матерчатого ошейника, охватывающего шею, подбородочную и затылочную часть головы. К верхней части петли подвешивают груз, тягу к которому перебрасывают через блок.

Больного кладут на твердую кровать, вводят 1 мл 2% раствора Промедола для снятия болевых ощущений. Затем одевают петлю Глиссона на голову и осуществляют скелетное вытяжение.

При переломе тел шейных позвонков вследствие сгибания шеи под плечи больного подкладывают тонкий матрац, свободный конец петли Глиссона закрепляют к спинке кровати. Головной конец кровати приподнимают на 50 см, так что лежащий на ней человек расположен под наклоном. Скелетное вытяжение в данном случае происходит под весом его собственного тела. При переломе тел шейных позвонков вследствие разгибания петлю Глиссона накладывают так же, но под голову кладут подушку.

Скелетное вытяжение осуществляют 15 – 30 дней под контролем рентгенографии. Как только тела позвонков встали на свои места, скелетное вытяжение снимают, а на шею накладывают гипсовый корсет на 8 – 10 недель. В этот период важно соблюдение медицинским персоналом индивидуального плана ухода и организация поста наблюдения за пациентом и иммобилизирующим оборудованием.

В ближайшие дни петлю Глиссона меняют на скелетное вытяжение за теменные бугры черепа. Фиксацию конструктивных элементов системы вытяжения выполняют таким образом, чтобы больной не касался ногами спинки кровати. Под действием силы тяжести тела происходит постепенное расслабление мускулатуры позвоночного столба, вправление вывихнутого позвонка (при вывихе) и увеличение расстояния между позвонками, освобождая тем самым спинной мозг и его корешки от сдавления. Также в полномочия медицинского персонала входит изменение положения согласно тактике лечения.

Лечение при помощи воротника применяют при переломах шейных позвонков без смещения. На шею накладывают высокий воротник сделанный из ватной подушки, сверху накладывают 2 гипсовых бинта. Такую повязку накладывают на 6 недель. Весь период лечения сопровождается лечебной гимнастикой, а после снятия воротника на 2 – 6 месяцев назначается лечебный массаж шейного отдела позвоночника.

Уход за больными включает обеспечение санитарно-гигиенических условий, помощь при физиологических отправлениях, своевременную смену нательного и постельного белья, надлежащий туалет промежности и половых органов (особенно у женщин в период менструации).

У больных с повреждением спинного мозга складывается исключительно оптимальное сочетание глубоких трофических нарушений, связанных с его травмой, и других факторов, способствующих развитию пролежней. Поэтому профилактика пролежней становится крайне трудной, но чрезвычайно важной задачей ухода. Для этого используют все возможные средства и способы. Также есть риск повреждения спинного мозга при осуществлении иммобилизации или ухода, поэтому в основе организации лечебной и реабилитационной деятельности важны профессионализм и внимательность.

Лечение включает: постельный режим, прием обезболивающих препаратов, использование корсетов. Первые 12 – 14 недель запрещены физические нагрузки. В обязанностях медицинского персонала контроль приема пациентом лекарственных препаратов, а также уход за иммобилизирующим оснащением (дезинфекция).

Каждый месяц выполняется контрольный рентген позвонков. Также важно, чтобы медицинский персонал заранее ознакомлял пациента с ходом лечения, также важна подготовка пациента к инструментальным методам исследования (рентгенография).

Реабилитация после перелома позвоночника – длительный процесс, требующий серьезного отношения, внутренних сил.

При компрессионных переломах позвоночника лечебная физкультура направлена на [4]:

- восстановление правильной оси и естественных изгибов позвоночника;
- укрепление мышц спины, а также других мышечных групп тела, возобновление нормальной подвижности и гибкости позвоночника;
- создание сильного мышечного корсета, способного удерживать позвоночник в нормальном положении.

Зачастую требуется около пяти месяцев занятий ЛФК для восстановления трудоспособности. Массаж при переломе позвоночника требуется уже с первого периода лечения. Используется классический, рефлекторный, точечный массаж. В совокупности с соблюдением диеты богатой остеосинтезирующими компонентами (для скорейшего восстановления костной ткани), создание благоприятной психологической обстановки важно для скорейшего выздоровления пациента.

Итак, важность начала ранней реабилитационной помощи выявлена на основании исследованных литературных и клинических данных.

Подводя итог настоящего исследования, необходимо отметить, что лечение переломов позвоночника является актуальной проблемой, т.к. осложнения возникающие при этой травме ограничивают возможности человека к полноценной жизни.

Известно, что без полноценной комплексной восстановительной терапии невозможно обеспечить желаемый функциональный исход лечения. Отдельная глава настоящего исследования посвящена реабилитационному периоду в лечении пациентов с переломами области коленного сустава. Деление всего восстановительного лечения на периоды, особенности его в каждом периоде реабилитации соответствует современным взглядам на состояние проблемы восстановительной терапии.

Детальный анализ результатов лечения пациентов с переломами шейных позвонков показал возможность поэтапно комбинировать различные методы лечебной иммобилизации, что привело к увеличению результативности проводимой терапии.

Дифференцированный подход к лечению каждого случая перелома шейных позвонков, технически правильное выполнение оперативных пособий и лечебных манипуляций, обеспечивающих восстановление анатомии шейных позвонков, проведение комплексной восстановительной терапии позволяет повысить реабилитационный потенциал пациентов и обеспечить достижение благоприятных исходов лечения и восстановление функции.

Проанализировав методики применения лечебной иммобилизации и общих лечебных назначений при переломах позвонков в шейном отделе, я пришла к выводу, что комбинируя различные функциональные методы лечебной иммобилизации с введением преждевременных мер профилактики долгосрочных осложнений, возможно полноценное и скорейшее выздоровление.

В рамках исследуемой работы, я разработала комплексную поэтапную памятку пациенту и его родственникам, по реабилитации с травмой позвоночника (см. Приложение 2).