

ФГБОУ ВО ВолгГМУ

Кафедра хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов



Научно-исследовательская работа студента

«Особенности ухода за травматологическими больными»

Работу выполнила
студентка 1 курса 8 группы
Педиатрического факультета
Папенко Т.А.

Волгоград -2018

СОДЕРЖАНИЕ

1. ВВЕДЕНИЕ.....	3
2. ОСОБЕННОСТИ УХОДА.....	6
3. ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	11
4. СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	13

Введение

Травма, или повреждение, - это внезапное воздействие факторов внешней среды (механических, термических, химических и др.) на ткани, органы или организм в целом, приводящее к анатомо-физиологическим изменениям, сопровождающимся местной и общей реакцией организма.

Повреждения в зависимости от приложения силы делятся на прямые и непрямые. Они бывают

1. Изолированными - с повреждением одного анатомо-функционального образования опорно-двигательного аппарата;
2. Множественными - с повреждением двух и более анатомо-функциональных образований или повреждением сосудов и нервов в различных сегментах конечностей;
3. Сочетанными - повреждения внутренних органов в различных полостях с травмой опорно-двигательной системы –
4. Комбинированными - одновременное наличие у пострадавшего двух этиологически разнородных повреждений (например, перелом плечевой кости и ожоги тела).

Механический фактор может проявляться в виде давления, растяжения, разрыва, скручивающего момента приложения силы или противоудара. При этом сила воздействия внешнего фактора на ткани и органы прямо пропорциональна направлению (прямо или под углом), скорости и продолжительности воздействия, что приводит к различной степени тяжести травмы. К наиболее частым повреждениям относятся ушибы, раны, вывихи, переломы костей, отрывы конечностей, ожоги, отморожения, электротравмы и др.

К **ушибам** (*contusio*) относятся механические повреждения тканей или органов, чаще без нарушения целостности кожи. При этом разрушается подкожная жировая клетчатка и возникают кровоизлияния с нарушением артериального, венозного кровообращения и лимфотока. Возникают отек мягких тканей, повышение местной температуры, покраснение кожи (реактивная гиперемия). При ушибах в области конечностей с вовлечением мышц, сухожильно-связочного аппарата, суставов нарушается опорно-двигательная функция, при ушибах органов (сердца, легкого, головного мозга и др.) нарушаются функции, специфичные для этих органов. Тяжесть ушиба зависит от силы внешнего воздействия и локализации поврежденных тканей и органов.

Сдавление (*compressio*) - повреждение органов или тканей, вызванное давлением извне или со стороны соседних органов или тканей. Серьезную опасность для жизни представляет сдавление головного мозга (гематома, отек, опухоль), сердца (гемоперикард), легких (гемоторакс, пневмоторакс). В отдельную нозологическую группу выделено длительное сдавление мягких тканей конечностей, реже - туловища, при этом возникает синдром длительного сдавления (раздавливания), или краш-синдром. В его развитии основную роль игра-

ет травматический токсикоз, вызванный продуктами распада и нарушенного обмена сдавленных или размозженных мягких тканей.

Усугубляет тяжесть состояния пострадавших развитие острой почечной недостаточности.

Рана (*vulnus*) - любое нарушение целостности кожи или слизистых оболочек под влиянием внешнего механического воздействия или внутреннего воздействия - отломком кости. Различают поверхностные раны и глубокие - с повреждением крупных сосудов, нервов, внутренних органов.

Вывих (*luxatio*) - полное разъединение суставных концов костей, при подвывихе сохраняется частичное соприкосновение суставных поверхностей, но с деформацией контуров сустава и суставной щели (избыточное расширение, неравномерное сужение и т. д.). Различают переломовывих (внутрисуставной перелом вывихнутого конца кости) и вывих кости с внесуставным переломом. Вывихнутой считается дистально расположенная кость. Вывих считается свежим до 3 сут с момента травмы, несвежим - до 3 нед., застарелым - более 3 нед. По этиологическому признаку вывихи делят на травматические, привычные, врожденные и патологические. *Травматические* вывихи возникают чаще при непрямой травме с форсированным насильственным движением в суставе, превышающем амплитуду его нормальных движений. *Привычный* вывих возникает в основном в плечевом суставе после недолеченного или неправильно леченного первичного травматического вывиха. Повторные вывихи могут возникать с различной частотой вследствие минимальных внешних насильственных воздействий и даже обычных движений в суставе с большой амплитудой. *Врожденный* вывих формируется в результате дисплазии (недоразвития) сустава. Преимущественное поражение тазобедренного сустава было и остается серьезной ортопедической проблемой. *Патологический* вывих есть результат разрушения сустава каким-либо патологическим процессом (артроз, туберкулез, остеомиелит, опухоль).

Переломом (*fractura ossis*) называется повреждение кости с нарушением ее целостности. Большинство переломов возникают под воздействием механической силы, превышающей прочность нормальной кости. Реже перелом происходит от незначительных усилий (от веса конечности, тела) и считается патологическим (в области опухоли, кисты, воспалительного процесса). Чаще переломы бывают закрытыми, реже (1:10) - открытыми (область перелома сообщается с раной). Если рана возникла от внешнего насилия, то перелом считается первично-открытым. Если кожа перфорирована отломком (осколком) кости изнутри, то перелом считается вторично-открытым. Это деление имеет принципиальное значение, так как при первично-открытом переломе разрушения мягких тканей и микробная агрессия могут существенно повлиять на хирургическую тактику и метод лечения перелома.

Травматологические больные – пациенты, получившие различные повреждения опорно-двигательного аппарата (костей, мышц, суставов, связок, сухожилий).

Особенности ухода

Значительная часть травматологических больных длительное время находится на постельном режиме. Необходимость соблюдать постельный режим угнетающе действует на психику больного, может привести к тяжелым психологическим состояниям.

Задача сестры - установить полноценный контакт с больным и суметь нейтрализовать эти состояния, поддерживая в нем чувство оптимизма, помочь больному привыкнуть к своему положению, осознать его необходимость и мобилизовать силы на борьбу с недугом.

Вынужденное положение больного приводит также к тяжелым физическим последствиям. Одним из осложнений являются застойные явления в легких, которые связаны с ограничением экскурсий грудной клетки. Они могут привести к застойным пневмониям. Чтобы предупредить это осложнение, больным необходимо заниматься дыхательной гимнастикой.

Простейшие приемы дыхательной гимнастики - глубокий вдох через нос, некоторая задержка дыхания и постепенный выдох через рот. Дыхательную гимнастику можно усиливать движениями рук, если они не повреждены: на вдохе руки поднимают вверх, на выдохе опускают. Долгое лежание приводит к атрофии мышц, ухудшению деятельности желудочно-кишечного тракта и других органов. Чтобы избежать этих явлений, нужно проводить лечебную гимнастику с первых дней после травмы. Активные движения поврежденной конечности предупреждают атрофию мышц, остеопороз костей, сморщивание связочного аппарата. Они улучшают кровообращение и лимфообращение, ускоряют процесс костеобразования. Если конечность иммобилизована, необходимо, не меняя ее положение, производить активное сокращение и расслабление мышц.

Лечебная физкультура нормализует процессы возбуждения и торможения в коре головного мозга, улучшает обмен веществ, кровообращение, дыхание, способствует улучшению психического состояния больного, так как дает ему возможность проявить активные усилия, направленные на преодоление тяжелого состояния.

Противопоказанием к лечебной физкультуре может быть:

- тяжелое общее состояние больного
- высокая температура, острый воспалительный процесс.

Для разработки движений в суставах, помимо общих лечебных упражнений, назначают мезанотерапию, которая проводится при помощи специальных аппаратов.

Важную роль в лечении травматологических больных играют физиотерапевтические мероприятия. Они способствуют уменьшению болей, отечности. Ускоряют образование костной мозоли.

В этих же целях применяют массаж, который выполняется в направлении от периферии к центру так, чтобы больной не испытывал боли. Массаж

противопоказан в раннем периоде раны, а также при наличии инфекции (фурункулез, дерматит, экзема).

Уход за больными с гипсовой повязкой.

Особенно внимательного наблюдения требуют больные в первые сутки после наложения повязки. Если повязка слишком тугая, у больного появляется боль в конечностях, цианоз, увеличивается отек, онемение пальцев. В этом случае необходимо разрезать повязку и временно укрепить ее бинтом. Нужно следить за тем, чтобы повязка не загрязнялась во время мочеиспускания и дефекации.

Уход за больными при лечении переломов вытяжением.

При лечении этим методом больной имеет гораздо больше возможностей для занятий лечебной физкультурой. Особое внимание при этом следует уделять выполнению активных движений здоровой конечностью, что способствует рефлекторному усилению кровообращения в поврежденной конечности и приводит к скорейшей консолидации перелома. С первых же дней после травмы рекомендуется активное сокращение мышц бедра, движение надколенника ("играть чашечкой"), надо производить движения в голеностопном суставе и межфаланговых суставах. Следует ежедневно осматривать зону введения спицы. Для профилактики нагноения рекомендуется вставлять пропитанные спиртом марлевые шарики между фиксаторами спицы и кожей. Если нагноение наступает, спицу удаляют и прибегают к другому методу лечения. Больной должен находиться на скелетном вытяжении не более 4 недель. По истечении этого срока накладывают гипсовую повязку.

Уход за больными при лечении оперативным методом.

В основе ухода - тот же принцип, что и при всяком оперативном вмешательстве: не допустить нагноения зоны оперативного вмешательства. Для этого необходимо тщательно следить за повязкой (при промокании ее кровью накладывают новую). С первых дней больному необходимо проводить лечебную гимнастику.

Уход за больными с повреждениями позвоночника.

Эти больные особенно нуждаются в заботливом и правильном уходе, который значительно повышает шансы на то, что впоследствии он встанет на ноги и сможет передвигаться, пользуясь ортопедическими аппаратами. Очень важно также, чтобы больной приобрел в больнице навыки самообслуживания, так как это значительно облегчит его адаптацию после выхода из больницы. При лечении переломов с помощью гипсового корсета, который накладывается на длительное время, следует ежедневно для

профилактики пролежней протирать кожу под корсетом камфорным маслом. Больные активно выполняют физические упражнения для верхних и нижних конечностей. При использовании метода функционального лечения, рассчитанного на создание "мышечного корсета", лечебная гимнастика приобретает особенно важную роль. В первые дни рекомендуются небольшие движения головой, верхними и нижними конечностями, дыхательная гимнастика. Через 7-10 дней больные выполняют небольшие движения головой, верхними и нижними конечностями с более сильным мышечным напряжением. На 18- 20-е сутки больной осторожно переворачивается на живот, затем принимает позу "ласточки", поднимая голову и конечности вверх, напрягая спинные мышцы. К концу второго месяца больной должен так выполнять это упражнение, чтобы упор был только на живот при поднятых голове, руках и ногах. Занятия нужно проводить по 5-10 минут, а в дальнейшем по 20-30 минут. Вставать разрешается через 2 месяца, но при этом больной не должен нагибаться. Садиться можно через 4 месяца. При осложненных переломах позвоночника следует уделять особенное внимание профилактике пролежней. Как правило, этих больных укладывают на резиновые матрасы или пользуются резиновыми кругами в чехле. Простыни и подстилки тщательно расправляют, фиксируя их к кровати за тесемки, чтобы не было складок. Под пятки и лопатки кладут ватно-марлевые подушечки в форме бублика, ежедневно перестилают постель, а мокрые подстилки сменяют по мере надобности. Следует регулярно производить перемену положения больного, которая заключается в перекладывании больного с живота на спину. У этой группы больных часто наблюдается расстройство мочеиспускания. Учитывая это, следует регулярно опорожнять мочевой пузырь больного (2 раза в сутки в течение 7-10 дней), строго соблюдая при этом правила асептики. При недержании мочи устанавливают катетер. Если имеются значительные повреждения спинного мозга, следует наложить цистостому. Необходимо регулярное промывание мочевого пузыря. Очистительные клизмы ставят 2-3 раза в неделю. При этом пользуются резиновым судном, подкладывая под поясницу валик, который препятствует провисанию позвоночника. Каловые завалы удаляются пальцевым способом. Следует также обратить особое внимание на профилактику легочных осложнений, так как больные с повреждением спинного мозга им очень подвержены. Чтобы предотвратить провисание стоп, их устанавливают под углом 90° с помощью упора. Чтобы предупредить контрактуры и порочное положение конечностей, используют съемные гипсовые лонгеты, проводят пассивные движения в суставах.

Уход за больными с повреждениями таза.

Принцип ухода здесь тот же, что и при уходе за больными с переломами позвоночника. Больной должен с первых дней выполнять гимнастические упражнения и дыхательную гимнастику, ему показаны общий массаж и протирание кожи. При наличии цистомы для профилактики восходящей

инфекции следует периодически промывать мочевой пузырь слабыми растворами антисептиков. Необходимо также строго следить за функцией кишечника и мочеиспусканием. Больному подкладывают судно три санитарки: две осторожно за гамак приподнимают таз больного, а третья в это время подкладывает судно с той стороны, где на конечность наложено клеевое вытяжение. Уход за больными с хирургическими инфекциями. Роль медицинских сестер при лечении больных с хирургической инфекцией чрезвычайно велика. От них требуется поддержание идеальной чистоты в палатах, строжайшее соблюдение норм асептики, уход за больными, оказание активной помощи врачу. Следует помнить, что если в отделении имеется всего одна перевязочная для "гнойных" и "чистых" больных, больным с гнойными ранами следует назначать процедуры на конец рабочего дня. У больных следует поддерживать хорошее настроение, уверенность в положительном исходе заболевания. В случае с хирургической инфекцией особенно большое значение приобретает правильность и своевременность лечения. Маленький фурункул на лице может стать причиной смертельного исхода, но даже тяжелые формы сепсиса могут быть полностью вылечены правильно проводимыми лечебными мероприятиями. Уход за больными с гнойной инфекцией. Больные с фурункулами (за исключением лица) и панарициями обычно проходят лечение амбулаторно, с фурункулезом, абсцессами и флегмонами - в стационаре. При ведении этих больных необходимо строгое соблюдение правил асептики, хорошее проветривание помещения. Для повышения защитных сил организма больной должен получать высококалорийную, разнообразную и витаминизированную пищу. При уходе за больными сепсисом большое внимание следует уделять чистоте белья. Больного несколько раз в день переворачивают, все тело протирают. Для профилактики осложнений дыхательных путей пациенту нужно регулярно придавать полусидячее положение, проводить дыхательную гимнастику, учить отхаркивать мокроту. Больному также необходима тщательная обработка полости рта, так как высокая температура и обезвоживание организма приводят к нарушению работы желудочно-кишечного тракта. Для нормализации стула не реже, чем 1 раз в 2 суток больному ставят очистительную клизму или проводят другие мероприятия, направленные на улучшение перистальтики. Следует также обязательно определять суточный диурез. В период выздоровления большое значение приобретают усиленное питание, лечебная гимнастика, массаж мышц, вставание больного. Больные с газовой инфекцией нуждаются в таком же уходе, как и больные сепсисом. В палате нужно создать тихую и спокойную обстановку. Для борьбы с бессонницей назначают снотворные, успокаивающие, обезболивающие. Поскольку анаэробная инфекция легко передается другим больным, больной должен находиться в специальной изолированной палате. Медперсонал надевает стерильные халаты, в которых нельзя выходить к другим больным, пользуется перчатками, фартуками. Весь перевязочный материал обязательно сжигается, белье больных подлежит

автоклавированию. Инструменты, которые выделяют специально для этих больных, после каждой перевязки стерилизуют дробным кипячением или сухим жаром.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Первоочередной задачей ухода за травматологическими больными является обезболивание и профилактика шока и легочных осложнений. Пациентам необходим покой и постоянный контроль за их состоянием, выполнение всех врачебных назначений.

Чтобы правильно ухаживать за травматологическими больными, сестра должна знать десмургию, гипсовую технику, различные аппараты и приспособления, применяемые для лечения этих больных.

Проблемы пациентов:

- боль;
 - нарушение двигательной активности;
 - невозможность осуществлять самоход в полном объеме;
 - страх, тревога из-за травмы;
 - слабость при кровотечении;
- риск инфицирования при открытом переломе.

Основные задачи медицинской сестры в травматологическом отделении:

Наблюдение за состоянием пациента:

- подготовка к диагностическим и лечебным процедурам;
 - контроль за пульсом, АД, температурой тела; контроль состояния гипсовых и мягких повязок;
- следить за состоянием кровообращения в поврежденной конечности (при тугой повязке у больного появляется боль в конечности, увеличивается отек, цианоз и онемение пальцев; в этих случаях повязку необходимо переменить);
- 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. Медсестра должна постоянно следить за положением пациента, так как неправильное положение может привести к неправильному сращению перелома или параличу 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.

2. Профилактика пролежней:

- своевременная смена постельного и нательного белья; устранение складок на постели;

- смена положения в постели;

- протирание кожи камфорным спиртом;

- использование противопролежневых матрасов.

3. Профилактика пневмонии:

- дыхательная гимнастика.

4. Снижение болевых ощущений:

- введение анальгетиков по назначению врача;

- холод;

- изменение положения тела.

5. Помощь в проведении гигиенических мероприятий.

6. Помощь в восстановлении двигательной функции: лечебная физкультура (ЛФК). При длительном лежании наблюдается атрофия мышц. С целью профилактики необходимо проводить лечебную физкультуру с первых дней после травмы. Активные движения поврежденной конечности предупреждают атрофию мышц, остеопороз костей, улучшают кровообращение, ускоряют процесс костеобразования;

- массаж;

- физиотерапия.

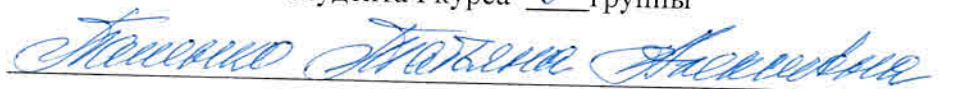
7. Психологическая работа с пациентом и его родственниками.

Список литературы

1. «Травматология и ортопедия». Авт. кол: Аверкиев В.А. и др.; Под ред.В.М. Шаповалова, А.И. Грицанова, А.Н.Ерохова, СПб.,
2. «Травматология и ортопедия» [Электронный ресурс]: учебник / [Н. В. Корнилов]; под ред. Н. В. Корнилова. - 3-е изд., доп. и перераб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 592 с.: ил.
3. «Основы сестринского дела» Мухина С.А, Тарановская И.И. Москва 2012
- 4.<https://studfiles.net/preview/5811269/>
- 5.http://appteka.ru/encik/encik_t/travmatologicheskie_bolnye.htm
6. Найман Е.Л. Уход за больными в хирургическом стационаре [Текст]: [учебное пособие]/Найман Е.Л., Андреев Д.А.-4-е специализированное издание, доп. и перераб.- Волгоград: [Городские вести], 2012 . – 189, [1]с.: ил. . – Библиогр. : с. 190.
7. Евсеев М.А. Уход за больными в хирургической клинике /Евсеев М.А. – М., 2010. – Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>
8. Михин И.В. Уход за хирургическими больными [Текст]: учебное пособие /Михин И.В., Косивцов О.А.; Минздрав РФ, ВолгГМУ. – Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2012. – 96с.:ил.
9. Кузнецов Н.А. Уход за хирургическими больными [Электронный ресурс]: руководство к практ. Занятиям /Кузнецов Н.А., Бронтвейн А.Т., Грицкова И.В., и др.; под ред. Н.А. Кузнецова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192с.: ил.- Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/>

Рецензия

на научно-исследовательскую работу, предусмотренную программой практики «Производственная практика по получению профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности (помощник младшего медицинского персонала, научно-исследовательская работа)» на кафедре хирургических болезней педиатрического и стоматологического факультетов по специальности 31.05.02 Педиатрия студента I курса Р группы



Работа выполнена на соответствующем требованиям программы практики методологическом уровне. Автором поставлена конкретная, достижимая к выполнению цель исследования. Задачи позволяют полностью достичь поставленной цели. Стиль изложения материала логичен. Автором проанализированы основные источники литературы по данной теме.

В ходе проведённого анализа недостатков не выявлено.

Все разделы логично и последовательно отражают все вопросы по решению задач, поставленных в работе.

Автор демонстрирует хорошее знание современного состояния изучаемой проблемы, последовательно изложены все разделы.

Обзор литературы основан на анализе основных литературных источников, отражает актуальные проблемы изучаемой области медицины.

Объем и глубина литературного обзора указывают на удовлетворительное знание автора об исследуемой проблеме.

Последовательность изложения соответствует поставленным задачам. В обсуждении результатов исследования подведены итоги работы, дан удовлетворительный анализ. Сформулированные выводы логично вытекают из имеющихся данных. Работа написана простым литературным языком, автор не использовал сложных синтаксических конструкций, материалы изложены связно и последовательно. В целом работа заслуживает положительной оценки.

Фактический материал достаточен для решения поставленных задач, статистически грамотно обработан и проанализирован.

Выводы соответствуют полученным результатам, логически вытекают из анализа представленного материала.

Работа представляет собой завершённое научное исследование.

Руководитель практики,
доцент кафедры хирургических
болезней педиатрического и
стоматологического факультетов, к.м.н.



В.А. Голуб