

В.А. Епифанов
А.В. Епифанов

СЕСТРИНСКАЯ ПОМОЩЬ ПРИ ПАТОЛОГИИ ОПОРНО- ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

УЧЕБНОЕ ПОСОБИЕ ДЛЯ МЕДИЦИНСКИХ УЧИЛИЩ И КОЛЛЕДЖЕЙ

Министерство образования и науки РФ

Рекомендовано ГБОУ ВПО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» в качестве учебного пособия для студентов образовательных учреждений среднего профессионального образования, обучающихся по направлению подготовки 040600 «Сестринское дело» по дисциплине «Сестринская помощь при патологии опорно-двигательного аппарата»

Регистрационный номер рецензии 029 от 03 февраля 2015 года
ФГАУ «Федеральный институт развития образования»



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2015

ОРГАНИЗАЦИЯ РАБОТЫ СРЕДНЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА

1.1. ПРОГРАММА РАЗВИТИЯ СЕСТРИНСКОГО ДЕЛА В РОССИИ

Деятельность сестринской службы осуществляется в определенных направлениях, разработанных и изложенных в программе развития сестринского дела в Российской Федерации, которая была составлена в соответствии с приказом Минздрава РФ от 31 декабря 1997 г. № 390 «О мерах по улучшению сестринского дела в Российской Федерации».

Средний сестринский персонал составляет основную часть работников здравоохранения. Осуществляемая реформа сестринского образования дала положительные результаты. В России с 1995 г. осуществляется подготовка медицинских сестер с высшим образованием. Необходимость в таких специалистах продиктована изменившимися, особенно за последнее десятилетие, условиями работы в лечебных учреждениях. Возникновение мощных многопрофильных и объединенных больниц с тысячными коллективами медицинских работников, а также оснащение новейшим оборудованием как для диагностики, так и для лечения больных потребовало качественно нового специалиста, имеющего не только высокую общую эрудицию, но и совершенно иной уровень профессиональной подготовки. Еще одной предпосылкой ускоренного развития именно сестринского образования является произошедший в последнее десятилетие рывок в развитии средств диагностики, связи и их миниатюризации. Также в последние годы наметилась

тенденция расширения прав средних медработников в деле предварительного доврачебного обследования больных — назначение (по согласованию с руководством лечебных учреждений) больным рутинного обследования и проведение его. Сестринское дело рассматривается как одна из главных составляющих здравоохранения. В него входит деятельность по укреплению здоровья, профилактике заболеваний, предоставлению психосоциальной помощи нуждающимся. Медицинские сестры оказывают медицинскую помощь в специальных здравоохранительных учреждениях, а также на дому.

Программа развития сестринского дела в Российской Федерации строится на следующих четких, определенных принципах.

- Принцип всеобщности. Медицинская помощь должна оказываться всем нуждающимся людям вне зависимости от их социальной принадлежности, пола, возраста, вероисповедания.
- Принцип доступности. Медицинская помощь должна быть доступна каждому человеку вне зависимости от места и района его проживания и других факторов.
- Принцип профилактики и своевременного укрепления здоровья каждого человека.
- Принцип эффективного использования трудовых, материальных и экономических ресурсов.
- Принцип обеспечения качественной медицинской сестринской помощи всему населению.
- Принцип привлечения населения к активному участию в решении вопросов здравоохранения.

1.2. СЕСТРИНСКИЙ ПРОЦЕСС И СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО В РАБОТЕ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ

В данный период медицинской сестре отводится определенная роль в диагностическом и лечебном процессе, уходе за пациентом с целью его выздоровления и реабилитации. Сестринское дело основано на «Кодексе поведения медицинских сестер», в котором выделены четыре главных направления их деятельности:

- 1) помощь в улучшении качества здоровья пациента;
- 2) профилактика заболеваний;
- 3) реабилитация после травм опорно-двигательного аппарата и заболеваний внутренних органов;
- 4) облегчение физических страданий.

Современная медицинская сестра — не просто помощник врача. Ее профессионализм, организация и практическое осуществление

обязанностей по лечению пострадавших согласно требованиям сестринского дела проявляются в квалифицированной помощи пациенту травматологического отделения. Участие медицинской сестры в восстановительном лечении пострадавшего не менее важно, чем участие в нем травматолога-ортопеда, так как конечный результат лечения зависит от квалификации медицинской сестры, пунктуальности выполнения всех назначений врача и грамотного ухода за пациентом с момента поступления его на лечение до выписки из стационара (поликлиники).

Деятельность медицинской сестры в процессе восстановительного лечения пострадавших имеет определенные направления и задачи:

- оказание первичной медико-санитарной помощи. Осуществление профилактических работ среди населения;
- оказание лечебной и диагностической помощи пациентам, высококвалифицированный уход за больными;
- оказание реабилитационной и медико-социальной помощи нуждающимся: хроническим больным, инвалидам, пожилым людям;
- обеспечение паллиативной помощи онкологическим больным.

Работа медицинской сестры в травматологическом отделении стационара или поликлиники проходит под контролем врача-травматолога на всех этапах проведения реабилитационных мероприятий. Медицинская сестра (массажист, методист лечебной физической культуры (ЛФК), медицинская сестра физиотерапевтического отделения) принимает активное участие в клинических обходах врачей-травматологов, в обсуждении программы лечения больного и оценке эффективности проведенного лечения.

В сестринском процессе выделяют и последовательно осуществляют пять этапов.

I этап сестринского процесса — обследование больного (пострадавшего).

При осмотре показателны определенные положения, из которых особое внимание медсестры должны привлекать пассивное или вынужденное положение. Пассивное положение характерно для тяжелых повреждений опорно-двигательного аппарата (ОДА) (может касаться всего тела или одной конечности). Вынужденное положение тела или какого-либо одного сегмента может быть обусловлено болью — в этом случае говорят о шадящей установке. После того как установлено положение тела пациента, переходят к осмотру кожных покровов и видимых слизистых оболочек. Медсестра должна обращать внимание не только на наличие кровоподтеков (их распространенность, окраска и т.д.), но и на сухость кожи (трофические изменения). Необходимо также обращать внимание на участки воспаления и их расположение на теле (например, флебиты, лимфангиты). Медсестра выявляет боль

(болевою реакцию) в зоне повреждения или явления дискомфорта в связи с наличием травмы или заболевания ОДА.

Осмотр пациента, исследование ЧСС, частоты дыхательных движений, измерение АД, температуры тела дают основание для предварительной оценки тяжести состояния.

Исследования суставов конечностей начинается с исследования суставов в покое, которое включает: визуальный осмотр кожных покровов области пораженного сустава, выявление припухлости (бурсит, синовит, узелки и др.), определение деформации и оценку положения конечности. Для подтверждения заболевания сустава выгибают и подробно исследуют то движение, которое поражается первым и в максимальной степени. Если оно оказывается нормальным, то другие движения в этом суставе можно не рассматривать. Такой компромисс между требованиями проводить исследование быстро и проводить его тщательно называют скрининг-осмотром. Пальпация и нагрузочные тесты наиболее часто поражаемых суставов завершают обследование пациента.

При осмотре нижних конечностей следует обратить внимание медсестры на атрофию и асимметрию мышц (особенно четырехглавых), деформацию (особенно вальгусную, варусную) коленных суставов, деформацию мелких суставов стопы и нарушению ее сводов.

Исследование позвоночного столба начинается в положении пациента стоя. При этом медсестра определяет конфигурацию и подвижность грудной клетки, физиологические изгибы позвоночника, его деформации (например, сколиотическая установка, нарушение осанки и др.), наклон таза (асимметрия тазового пояса), а также состояние кожных покровов. При исследовании пациента в движении следует обратить внимание на возможные ограничения, связанные с дискомфортом или болевыми ощущениями в области пораженных отделов позвоночника или таза. Движения позвоночника измеряют гониометром; дополнительные измерения проводятся с помощью теста Шобера—Отто или теста «пальцы кисти—пол».

При завершении осмотра медсестра оценивает состояние пациента, оформляет соответствующую документацию, проверяет наличие клинико-биохимических анализов.

II этап сестринского процесса — постановка сестринского диагноза.

После оценки состояния пациента медицинская сестра оформляет сестринский диагноз поступившему на лечение пациенту. Диагноз устанавливают на основании клинических признаков (например, характерная боль, локализация повреждения, гипотрофия мышц, нарушение функциональной способности кисти, порочная установка пораженной конечности и др.); он может быть дополнен анализом (совместно с травматологом!) рентгеновских снимков (в прямой и боковой проекциях) и лабораторными исследованиями.