**ОГЛАВЛЕНИЕ**

ВВЕДЕНИЕ………………………………………………………………………..3

1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕЙ ТАЗА………..5

1.1.Анатомия костей таза……………………………………………………..…..5

1.2.Классификация переломов таза………………………………………….…..8

2.СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАВМАМИ ТАЗА…..…13

2.1.Алгоритм неотложной помощи и сестринский процесс при переломах костей таза………………………………………………………………………..13

2.2.Реабилитация пациентов с травмами таза………………………………….18

ЗАКЛЮЧЕНИЕ…………………………………………………………….……22

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ…………………………....24

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы-** одной из актуальных современных медицинских и социальных проблем являются повреждения позвоночника и таза, которые вследствие интенсивной урбанизации, роста механизации, скоростей средств передвижения, темпов и ритмов жизни из года в год увеличиваются во всех экономически развитых странах и по частоте, и по тяжести.

Достижения положительных результатов в лечении повреждений позвоночника и таза представляют собой большую проблему как в травматологии и ортопедии, так и в медицине в целом. Несмотря на современные достижения лечебно-диагностических технологий, анестезиолого-реанимационной службы, летальность при данной патологии остается высокой, без тенденции к снижению.

Повреждения позвоночника многообразны, и большая часть из них относится к числу наиболее тяжелых травм опорно-двигательной системы, надолго исключающих пострадавшего из привычных условий жизнедеятельности и нередко превращая его в инвалида, лишенного возможности трудиться по своей профессии. Переломы позвоночника составляют от 1,5 до 17% всех травм опорно-двигательного аппарата, до 3,3% при частоте 70,9 случаев на 100000 населения России. Среди пострадавших в автомобильных катастрофах повреждения позвоночника получают около 30%, из них более 38,3% пострадавших погибают непосредственно на месте катастрофы, либо на догоспитальном этапе, а 7,4% - будучи в условиях медицинского стационара.

Инвалидность у 43% пациентов сопровождается нейрорегуляторными, динамическими, двигательными, ортопедическими расстройствами, нарушениями функции тазовых органов. Риск смертности становится выше, когда возрастает уровень и тяжесть повреждения. В значительной мере зависит от наличия современной и качественной медицинской помощи.

Переломы костей таза составляют 3 % всех переломов скелета. Такие переломы и сопутствующие повреждения часто служат причиной гибели пострадавшего в автодорожной катастрофе. К счастью, смертность вследствие тупой травмы снижается. Подход к лечению таких пациентов в настоящее время является скорее активным, нежели консервативным. Большинство переломов таза наблюдается вследствие автодорожных происшествий (у пассажиров или пешеходов), но почти в 1/3 случаев причиной подобных переломов является падение (с небольшой или большой высоты) пожилых людей, а также несчастные случаи на производстве. В этой главе рассматриваются наиболее часто встречающиеся переломы таза и бедра, механизмы травмы, рентгенологическая оценка повреждений и их лечение.

Таким образом, важный характер приобретает сестринский уход в решении проблем пациента с повреждениями позвоночника и таза. Роль медицинской сестры в уходе за пациентами с повреждениями такого характера имеет немаловажное значение.

**Цель исследования:** изучение сестринского ухода при травмах таза.

**Объект исследования:** пациенты с травмами таза.

**Предмет изучения:** сестринский уход при травмах таза.

**Задачи исследования:**

1. Изучить анатомию костей таза.
2. Классифицировать переломы таза.
3. Рассмотреть алгоритм неотложной помощи и сестринский процесс при переломах костей таза.
4. Охарактеризовать реабилитацию пациентов с травмами таза.

**Методы исследования**: анализ научной литературы, классификация,

данные интернет-ресурса.

**Структура** работы состоит из введения, двух глав, заключения и

списка использованных источников.

**1. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПОВРЕЖДЕНИЙ КОСТЕ Й ТАЗА**

**1.1.Анатомия костей таза**

Основные функции таза - защита (внутренних органов от внешних механических воздействий), опора (нижних конечностей) и кроветворение. В состав таза входят безымянная кость, состоящая из подвздошной, седалищной и лонной костей, а также крестец и копчик. Подвздошно-гребешковая, или дугообразная, линия разделяет таз на верхний (или ложный таз, являющийся частью брюшной полости) и нижний (или истинный таз).

Тазовые структуры включают пять сочленений, обеспечивающих определенное движение в тазовом кольце. Некоторое движение возможно в пояснично-крестцовом, крестцово-подвздошном и крестцово-копчиковом сочленениях. Вертлужная впадина составляет основу ореховидного сустава, разделяемого на три части: седалищный отдел, или верхний купол (является главной поверхностью, испытывающей нагрузку); внутренняя стенка (продолжение верхней ветви лобковой кости; она довольно тонкая и легко ломается); задний отдел (происходит из достаточно крепкой седалищной кости).

Таз обильно снабжен сосудами, что имеет важное значение при его переломе. Нервы, иннервирующие таз, выходят из поясничного и крестцового сплетений. Повреждение костей таза может вызвать нарушение иннервации на любом уровне - от нервных корешков до небольших периферических ветвей [1].

**Клиническая оценка**

Анамнез

Врач, оказывающий неотложную помощь лицам с серьезной травмой или множественными повреждениями, должен предполагать наличие тазовых переломов. У пациента с подозрением на перелом костей таза следует выяснить подробности несчастного случая с целью определения механизма повреждения, а также данные догоспитального обследования и лечения. Особо следует уточнить локализацию боли, отметить наличие позывов к мочеиспусканию, определить характер мочеиспуска-ния и дефекации в соответствии с последним приемом жидкой и твердой пищи. Кроме того, следует узнать о принимаемых пациентом медикаментах и о возможных аллергических проявлениях, а у женщин отметить срок последней менструации или наличие беременности.

Осмотр

Симптомы и признаки тазовых повреждений варьируют в зависимости от локализации боли и напряжения, нестабильности тазового кольца и наличия тяжелого шока. При обследовании таких пациентов врач должен сохранять высокую степень подозрительности. При осмотре следует отметить отек в области промежности и таза, кровоподтеки, разрывы и деформации, а также наличие гематомы над паховой связкой или под мошонкой (признак Destot). Необходимо также осмотреть задние отделы таза. При пальпации определяются неравномерность контуров костей и крепитация или подвижность крыльев подвздошных костей, а также ветвей лонных и седалищных костей. При ректальном исследовании возможна пальпация костных отломков или обширной гематомы, а также определение напряжения и болезненности по ходу линии перелома (признак Эрла). Таз сдавливают с боков к центру, лонное сочленение - спереди назад, крылья подвздошных костей - спереди назад. Сдавливают большие вертелы бедренных костей и определяют степень подвижности тазобедренных суставов. Определяемое при ректальном исследовании смещение предстательной железы кверху или кзади, а также повреждения прямой кишки указывают на интраперитонеальное и урологическое повреждение. Снижение тонуса анального сфинктера может свидетельствовать о повреждении нервов. Тщательно оценивается неврологический и сосудистый статус. Если обнаруживается перелом таза, то наличие интраабдоминальных, ретроперитонеальных, гинекологических и урологических повреждений следует предполагать до тех пор, пока не будет доказано их отсутствие [2].

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Диагноз** | **Обоснование для дифференциальной диагностики** | **Обследования** | **Критерии исключения диагноза** |
| Перелом лонной, седалищной, крестцовой костей | Боль в области таза | Обзорная рентгенография таза Компьютерная томография | Положителен симптом Ларрея Положителен симптом Вернея Нарушение костной структуры бедренной кости на рентгенограмме |
| Перелом проксимального отдела бедра | Боль в области тазобедренного сустава | Рентгенография тазобедренного сустава в двух проекциях Компьютерная томография | Боль усиливается при осевой нагрузке Нарушение костной структуры костей таза на рентгенограмме |
| Перелом поясничного отдела позвоночника | Боль в области поясницы и крестца | Рентгенография поясничного отдела позвоночника в двух проекциях | Боль в области остистых и поперечных отростков поясничных позвонков Нарушение костной структуры на рентгенограмме |

**Таблица 1-** **Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований**

**1.2. Классификация переломов таза**

Переломы подвздошной и седалищной костей составляют около 2/3 переломов тазовых костей, а переломы вертлужной впадины, копчика и крестца 1/3.

В зависимости от степени деструкции тазового кольца различают I,II,III и IV типы переломов тазовых костей.

Классификация тазовых переломов

I. Переломы отдельных костей без нарушения целостности тазового кольца

Отрывные переломы

Передней верхней ости подвздошной кости

Передней нижней ости подвздошной кости

Седалищного бугра

Перелом лонной или седалищной кости

Перелом крыла подздошной кости (перелом Дювернея)

Перелом крестца

Перелом или вывих копчика

II. Односторонний разрыв тазового кольца

Перелом двух ипсилатеральных ветвей

Перелом вблизи симфиза или его подвывих

Перелом вблизи крестцово-подвздошного сочленения или его подвывих

III. Двусторонний разрыв тазового кольца

Двусторонние вертикальные переломы и (или) смещение лонной кости

Двусторонние вертикальные переломы и (или) смещение (перелом Мальгеня)

Тяжелые множественные переломы

IV. Переломы в области вертлужной впадины [3].

Без смещения

Со смещением

Интерпретация рентгенограмм может быть затруднена; для обнаружения перелома необходимы снимки в строго передне-задней проекции. Линия поперечного перелома определяется на уровне ниже крестцово-подвздошного сочленения; отмечается неравномерность, выпячивание или смещение под острым углом в области дорсальных крестцовых отверстий. Внимательно исследуются тело, и крылья подвздошной кости. На снимке в боковой проекции можно видеть смещение кпереди. Может наблюдаться повреждение корешков крестцовых нервов, особенно S1 и S2.

Переломы копчика. Такие переломы чаше наблюдаются у женщин и обычно возникают вследствие прямого воздействия силы и при падении на ягодицы. Симптомы и признаки включают боль, напряжение и отек, а также экхимозы в области нижней половины крестца. Боль может усиливаться в положении сидя или от напряжения при дефекации. При ректальном исследовании определяются болезненность и подвижность копчика.

Ценность рентгенологического исследования сомнительна, хотя переднезадние и боковые снимки при максимальном сгибании бедер могут зафиксировать перелом.

Переломы II типа

Переломы II типа представляют собой односторонний разрыв тазового кольца. Это стабильные переломы с небольшим смещением или без смещения, которые срастаются при соблюдении постельного режима. Однако примерно у 1/4пациентов с переломами II типа имеются значительные повреждения мягких тканей, внутренних органов (особенно мочеполовых) или геморрагия.

Перелом двух ипсилатеральных ветвей. Механизмом повреждения является прямая травма, однако силы, воздействующие через бедренную кость, также способны вызвать переломы. Деформация, экхимозы и гематомы определяются при пальпации, а боль и подвижность отломков - при компрессии таза. Сгибание, отведение, ротация кнаружи и разгибание бедра вызывают боль (тест Патрика, или признак Фабера). Рентгенограмма таза в переднезадней проекции обнаруживает переломы с минимальным смещением или без смещения.

Перелом лобковых костей вблизи симфиза или подвывих в этом сочленении. Механизмом повреждения лобкового симфиза обычно является прямое травматическое воздействие в переднезаднем направлении. Такие повреждения могут возникать во время или после родов. Симптомы и признаки включают сильную боль при небольшой наружной ротации нижних конечностей. Компрессия и пальпация вызывают боль вследствие смещения фрагментов. Кровоподтеки обычно отсутствуют [4].

На рентгенограмме выявляется перелом, подвывих или вывих. Подвывих может иметь место в сагиттальной или фронтальной плоскости. Вывих возникает при захождении за среднюю линию и при верхнезаднем или нижнепереднем смещении одной суставной поверхности по отношению к другой. Возможны сопутствующие повреждения мочеполовых органов и разрыв крестцово-подвздошного сочленения.

Переломы вблизи крестцово-подвздошного сочленения или подвывих в нем. Механизмом повреждения этого сочленения является прямое воздействие силы, направленной сзади или же сзади и сбоку. Симптомы и признаки - местная боль, возникновение боли при ходьбе, а также при сдавлении таза и проведении теста Патрика. Задняя верхняя ость подвздошной кости выступает в большей степени на поврежденной стороне.

Необходимы рентгенограммы костей таза, крестца и крестцово-подвздошного сочленения, которые могут обнаружить перелом, проходящий через поврежденные области крестца (первое и второе дорсальные отверстия) или подвздошную кость, смещение последней над крестцом или отсутствие обычной суставной полости. Кроме того, проводится тщательный поиск сопутствующих повреждений в передней части тазового кольца. КТ-сканирование во многих случаях более информативно.

Переломы III типа

Переломы III типа характеризуются двусторонним разрывом тазового кольца. Такие переломы нестабильны и часто сопровождаются повреждениями внутренних органов или мягких тканей и массивным кровоизлиянием.

Двусторонний вертикальный перелом или смещение лонной кости (переломы по типу травмы промежности при широко расставленных ногах). Механизмом повреждения при таком переломе является прямая травма лонной дуги или боковое сдавление таза. Симптомы и признаки: боль, деформация, кровоподтеки и припухлость. Перелом определяется на рентгенограмме в переднезадней проекции [5].

Лечение консервативное, однако, частота осложнений (включая повреждения мочеполовых путей и внутренних органов живота) высока.

Двусторонний вертикальный перелом или смешение (перелом Мальгеня). Перелом Мальгеня включает переломы верхней и нижней ветвей лобковой кости или смешение симфиза в сочетании с переломом крестца или подвздошной кости либо смещением крестцово-подвздошного сочленения. Механизм повреждения спорный, но, вероятно, наиболее частой причиной является прямая травма в переднезаднем направлении.

Симптомы и признаки такого перелома - боль, крепитация, ушиб, отек и ограничение подвижности нижней конечности. Наблюдается смещение среднего фрагмента; боль и патологическая подвижность возникают при сдавлении таза. Ипсилатеральная нижняя конечность выглядит укороченной.

Для диагноза часто вполне достаточно получения передне-задних снимков, но могут потребоваться и рентгенограммы в других проекциях. При этом переломе часто наблюдаются все повреждения, сопутствующие травме таза. Восстановление крестцово-подвздошного сочленения является достаточно сложным и может привести к хроническим осложнениям.

Тяжелые множественные переломы таза. Механизм повреждения - воздействие чрезмерной силы на таз с разрывом наиболее слабых участков или передней арки связок, что приводит к перелому вдоль заднего кольца. Частота переломов крестца, по имеющимся данным, варьирует от 4 до 74 %. Повреждение обусловлено воздействием сил, возникающих при ротации, рычажной передаче и по другим механизмам.

Множественные переломы легко определяются при рентгенографии, однако переломы вертлужной впадины и крестца обнаружить трудно, так что может потребоваться рентгенограмма в специальной проекции или КТ-сканирование. Для распознавания перелома крестца необходимо сравнить расстояние между верхним и нижним краями крестцово-подвздошного сочленения (латеральный мыс крестца) с обеих сторон и срединной линией. Это расстояние должно быть одинаковым. Аналогичным образом следует измерить и сравнить отверстия крестца [6].

Возможные осложнения - повреждения мочеполовых органов, желудочно-кишечного тракта, сосудов и нервов. Лечение консервативное, но требуется адекватное восстановление подвздошной кости.

Переломы IV типа в области вертлужной впадины

Частота переломов IV типа повышается в связи с ростом числа автодорожных происшествий. Такие переломы часто наблюдаются с другими повреждениями таза. Различают 4 анатомических типа переломов (все они сочетаются с вывихом в тазобедренном суставе): задний; в подвздошно-седалищном соединении; поперечный; в подвздошно-лобковом соединении. Кроме того, возможны любые комбинации этих переломов.

Задний перелом. Механизм повреждения - прямая травма, полученная при согнутом состоянии коленного и тазобедренного суставов. Задний перелом вертлужной впадины с задним вывихом бедра легко определяется на переднезадних и боковых снимках. К осложнениям относятся повреждение седалищного нерва и переломы бедра.

Перелом подвздошно-седалищного соединения. Механизмом повреждения является воздействие силы, направленной кзади, на коленный сустав при отведенном и согнутом бедре. На рентгенограмме в прямой проекции выявляется медиальное смещение большого фрагмента кости при центральном вывихе головки бедра. Наиболее частое осложнение - повреждение седалищного нерва.

Поперечный перелом в области вертлужной впадины. Механизм повреждения - воздействие силы с латерально-медиальным направлением на большой вертел или заднепередним направлением на задний отдел таза при согнутом тазобедренном суставе. На рентгенограмме в прямой проекции отчетливо виден перелом с центральным вывихом бедра [7].

**2. СЕСТРИНСКИЙ УХОД ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАВМАМИ ТАЗА**

**2.1. Алгоритм неотложной помощи и сестринский процесс при переломах костей таза**

На до госпитальном этапе, при переломе костей таза, важнейшую роль играет транспортная иммобилизация. Для этого используют твердый щит, на которых пострадавший укладывается на спину в положении "лягушки" [8].

При множественных переломах и с нарушением целостности тазового кольца насильственное разведение ног вызывает резкую боль. В этих случаях используют жесткие носилки с валиком под колени, специально смоделированные шины Крамера, вакуумные иммобилизирующие носилки.

При переломах костей таза с массивным кровотечением применяются компрессирующие пневмокостюмы. Для обезбаливания лучше использовать кеталар в небольших (анальгетических) дозах или ингаляционный наркоз.

Обезболить (кеталар, наркотические анальгетики, наркотические - с большой осторожностью!)

1. Переложить пострадавшего по команде на носилки с учетом локализации и характера перелома; жесткие носилки на спине в положении "лягушки" с валиком под коленные суставы; вакуумные носилки; компрессирующий пневмокостюм.

2. Провести простейшие противошоковые мероприятия с учетом внутрибрюшинных повреждений.

3. Транспортировка в ЛПУ.

**Сестринский процесс в уходе за пациентами с травмами позвоночника и костей таза.**

Повышение качества жизни пациента во многом зависит от грамотно составленного сестринского процесса (научно-обоснованная технология ухода в сестринском деле) путём решения возникающих у него проблем. Впервые термин был введён в США Лидией Холл в 1955 году [9].

Сестринский процесс состоит из 5 этапов:

1. Сестринское обследование и оценка состояния и потребностей пациента.

2. Сестринская диагностика (определение проблем пациента).

3. Определение целей и планирование ухода.

4. Реализация плана ухода.

5. Оценка эффективности сестринского вмешательства.

**Сестринское обследование и оценка состояния и потребностей пациента.**

В травматологии первый этап СП предусматривает обследование субъективными и объективными методами.

Медицинская сестра:

- выясняет жалобы больного,

- определяет общее состояние,

- осматривает травму,

- определяет, какие функции у больного нарушены,

- какова степень удовлетворения его физиологических потребностей.

Медицинская сестра оценивает:

- функции дыхания,

- кровообращения,

- питания и пищеварения,

- выделительную функцию,

- двигательную активность,

- возможность поддержания личной гигиены,

- способность самостоятельно одеться и раздеться,

- состояние сна,

- температурную реакцию,

- делает заключение о наличии проблем у пациента и необходимости профессионального ухода [10].

При повреждениях позвоночника и таза необходимо выделить сестринские вмешательства, такие как:

Подготовка постели больному. Пациентам с неосложнённым компрессионным переломом поясничных позвонков, проводят лечение при помощи гипсового корсета, большое внимание уделяют сохранению его на длительное время - примерно 2-2,5 месяца. Медицинская сестра ежедневно следит, чтобы корсет не вызывал пролежней и протирает кожу камфорным спиртом. При сопутствующем переломе костей таза, больных укладывают на кровать со щитом, под колени помещают валик ("положение лягушки"). Продолжительность постельного режима 3-4 недели. Сестра обязана следить за правильностью положения пациента. Кроме того, постель должна быть чистой, без складок и в натянутом положении с помощью тесёмок, привязанных к кровати [11].

Сохранение нужного положения в постели. Медицинская сестра должна строго контролировать соблюдение больным режима. Если пациент лежит на спине, то под коленные суставы подкладывают валики, чтобы придать среднефизиологическое положение, сохраняют "положение лягушки" и проводят регулярную смену положения такого пациента. Для предупреждения провисания стоп создаётся упор для них в ортопедическую подушку под прямым углом к оси голени.

Проведение профилактики осложнений. При уходе за пациентом следует уделять особенное внимание профилактике пролежней, так как он находится на длительном постельном режиме.

- Проводят частую смену положения пациента в постели.

- Под пятки и лопатки кладут ватно-марлевые подушечки в форме бублика, ежедневно перестилают постель, а мокрые подстилки сменяют по мере надобности, используют современные противопролежневые матрасы.

- Своевременно проводят смену нательного и постельного белья.

- Кожу на спине, верхних и нижних конечностях, а также в области затылка протирают камфорным спиртом до покраснения 2 - 3 раза в сутки.

При наличии пролежней производят их перевязку.

В отделении анестезиологии, реанимации и интенсивной медсестры ведут специальные противопролежневые карты сестринского ухода, что позволяет предупредить тяжелые осложнения.

Больные получают квалифицированный и своевременный сестринский уход. Медицинская сестра фиксирует в сестринской истории болезни вышеописанные мероприятия, проведённые ею самой и родственниками пациента, и проводит их оценку, делает выводы о реакции пациента на уход. В случае неэффективности проводимых методов профилактики, она проводит коррекцию плана сестринского ухода, чтобы установить причины ухудшения состояния или момент, когда никаких улучшений в состоянии пациента не наступило. Важно привлечь самого пациента, а также советоваться с коллегами относительно дальнейшего планирования ухода. Главное для медицинской сестры - установить причины, помешавшие достижению поставленной цели. После проведённой переоценки, анализа и коррекции плана сестринского ухода медицинская сестра осуществляет его за пациентом.

Учитывая, что возможно расстройство мочеиспускания, необходимо регулярно опорожнять мочевой пузырь, строго придерживаясь, правил асептики. При тяжелых переломах подвздошной кости, судно подкладывают втроем: двое приподнимают таз пациента, а третий подводит судно со стороны здоровой конечности.

Следует обратить особое внимание на профилактику застойных явлений в лёгких, с этой целью проводится дыхательная гимнастика, ингаляция кислорода, тщательный туалет носоглотки. Застойным явлениям подвержены органы желудочно-кишечного тракта. При опорожнении кишечника пользуются резиновым судном, подкладывая при этом под поясницу валик, препятствующий провисанию позвоночника. Медицинская сестра помогает пациенту в осуществлении гигиенических мероприятий по уходу за кожей, полости рта, за глазами, ушами, промежностью [12].

Снижение болевых ощущений: введение анальгетиков по назначению врача, холод, изменение положения тела.

Сестра осуществляет наблюдение за состоянием пациента, которое включает в себя:

- подготовку к диагностическим и лечебным процедурам;

- контроль за пульсом, артериальным давлением, температурой тела;

- контроль состояния гипсовых и мягких повязок;

- 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;

- своевременное выполнение врачебных назначений.

Оказание пациенту помощи во время приёма пищи и физиологических отправлений.

У пациентов с переломом позвоночника нарушается функция желудочно-кишечного тракта и сфинктеров. В результате возникает задержка каловых масс, газов, поэтому важно следить за функцией желудочно-кишечного тракта.

Необходимо:

- полоскать рот 3 - 4 раза в день раствором фурацилина 1:5000,

- протирать язык 2 - 3 раза в день марлевым шариком,

- смазывать губы, смоченным в воде ватным шариком.

Такие пациенты нуждаются в высококалорийном питании с богатым содержанием витаминов, микро-, макроэлементов. Жидкую пищу медсестра даёт через поильник. Во время кормления она следит за тем, чтобы на постель не попадали крошки, которые способствуют образованию пролежней [13].

Очистительные клизмы ставят 2-3 раза в неделю. При этом пользуются резиновым судном, подкладывая под поясницу валик, который препятствует провисанию позвоночника [20].

Каловые массы удаляются пальцевым способом. При параличе сфинктера мочеиспускания мочевого пузыря возникает расстройство мочеиспускания. Поэтому необходимо 2 раза в день в течение 7-10 дней проводить катетеризацию. При ее проведении необходимо соблюдать правила асептики во избежание инфицирования мочевого пузыря. Также с профилактической целью мочевой пузырь промывают раствором фурацилина. При недержании мочи устанавливают катетер.

Обучение пациентов и его родственников лечебной гимнастике, самомассажу. Современное понятие излечения - это возврат к активной профессиональной работе и общественной жизни. Таким образом, следует подчеркнуть, что цель современной медицины - это не только излечение больного как индивидуума, но и как члена общества [14].

**2.2.Реабилитация пациентов с травмами таза**

Медицинская - все лечебные мероприятия, направленные на восстановление здоровья пациента. Является основным периодом, в котором осуществляется психологическая подготовка пострадавшего, необходима адаптация такого пациента. Медицинская реабилитация пациента была начата сразу, как были проведены клинико-лабораторные обследования.

Социальная - включает многочисленные факторы такие, как воздействие на больного со стороны общества и государственных институтов с тем, чтобы помочь ему стать полноценным и активным членом общества.

Профессиональная - ставит целью вернуть пациента к труду, профессиональной деятельности.

Последнее десятилетия значение физкультуры в жизни человека возросло, т.к. сократилась доля физического труда и на производстве, и в быту, и одновременно усилилось воздействие на организм неблагоприятных факторов - загрязнения окружающей среды, нерационального питания, различных стрессов, гиподинамия [19].

С этой целью применяются физические факторы (лечебная физическая культура, массаж, плавание и физиотерапия), так как они способствуют интенсивным регенеративным процессам в позвоночнике и костей таза, предотвращают последствия длительной гиподинамии, укрепляют мышечный корсет, сохраняют нормальную подвижность позвоночного столба.

Физические упражнения воздействуют на весь организм в целом. Усиленная мышечная деятельность заставляет работать с дополнительной нагрузкой на сердце, лёгкие и другие органы и системы организма, что повышает функциональные возможности пациента с повреждениями позвоночника и таза, его сопротивляемость к неблагоприятным воздействиям внешней среды. Только регулярные занятия физическими упражнениями приносят положительный эффект в реабилитации таких пациентов.

Любое заболевание сопровождается нарушением функций и их компенсацией, поэтому так необходимы, физические упражнения, которые способствуют:

- усилению функциональной перестройки всех звеньев опорно-двигательного аппарата,

- улучшают процессы тканевого обмена,

- увеличивают работоспособность сердечной мышцы,

- совершенствуют функцию и строение внутренних органов,

- ускорению регенеративных процессов,

- насыщению крови кислородом, пластическими (строительными)

материалами, что ускоряет выздоровление [15].

Именно поэтому реабилитационные мероприятия пациента после травмы начинают как можно раньше, а в дальнейшем, на завершающем этапе реабилитации физические упражнения обеспечивают необходимую адаптацию пострадавшего к бытовым и профессиональным нагрузкам.

Помочь выработать адекватное отношение к проблемам, которые невозможно решить. Пациент, с которым проводилось исследование, адекватно относится к полученной травме, но значительная часть больных с повреждениями позвоночника длительное время находятся 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.

Обеспечить безопасность в повседневной жизни пациента с переломом позвоночника и организовать досуг пациента. Цели ухода для каждой проблемы определяется вместе с пациентом [16].

**Реализация плана сестринских вмешательств**

При реализации сестринских вмешательств необходимо координировать действия медсестры с действиями других медицинских работников и пациента.

**Оценка сестринских вмешательств**

Определяется эффективность сестринского ухода после того, как будет установлено, что поставленные цели достигнуты. Медицинская сестра в историю болезни обязательно записывает заключение о реакции пациента на сестринский уход, мнение пациента о достижении цели, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств. Документирование сестринской работы повышает ответственность персонала за свои действия, что способствует реальному улучшению качества медицинской помощи.

Карта сестринской оценки состояния пациента - заполняется при проведении I этапа СП.

План сестринского ухода - составляется при осуществлении II и III этапов.

Протокол сестринской деятельности - заполняется при проведении IV и V этапов СП [18].

Документация всех этапов сестринского процесса осуществляется в сестринской карте наблюдения за состоянием здоровья пациента и известна как сестринская история болезни пациента, составной частью которой является карта сестринского ухода. В настоящее время только разрабатывается сестринская документация.

Таким образом, у пациентов, получивших повреждения позвоночника и таза в результате разных причин и факторов значительно улучшилось состояние, нормализировались жизненно-важные показатели и нервно-психический статус, стабилизировалась гемодинамика.

Все это подтверждает важность всех проводимых мероприятий: как лечебно-диагностических, так и профессионального сестринского ухода.

По прогнозам лечащих врачей, дальнейшее состояние пациентов не ухудшится, и при последующем получении современного квалифицированного лечения, диагностики, сестринского ухода и реабилитации наступит скорейшее выздоровление каждого пациента [17].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Проблема оказания сестринской помощи пациентам с переломами позвоночника и костей таза остается чрезвычайно актуальной.

Профессиональный сестринский уход в сочетании с реабилитационными мероприятиями, вмешательства, манипуляции, которые медицинская сестра осуществляет, имеют немаловажное значение в ведении таких пациентов. Проводимые мероприятия оказывают существенный положительный результат на стабилизацию и улучшение состояния пациентов.

Принципиальное значение приобретает своевременное, правильное оказание первой медицинской помощи и ранняя реабилитация, на фоне основного лечения и сестринского ухода. Мы описали алгоритмы первой помощи, виды реабилитации и ее методы, показали действие физических упражнений на организм в целом, подчеркивая, что только системные и регулярные занятия помогают достичь определённых результатов и положительную дальнейшую динамику пациента.

Обзор медицинской литературы и статистические показатели по теме, помогли нам утвердиться в необходимости сестринского ухода за пациентами с данной патологией и прийти к следующим выводам:

- При оказании доврачебной помощи при подозрении на травму позвоночника, особенно шейного отдела медицинская сестра должна грамотно раздеть пациента.

- Перекладывать пациента следует по команде, обязательно фиксировать голову. Во время транспортировки контролировать проходимость верхних дыхательных путей и состояние пациента.

- При подозрении на повреждение костей таза для обезболивания лучше использовать кеталар с целью профилактика шока. Очень внимательно следует выбирать способ иммобилизации с учетом локализации перелома костей таза и его характера.

Необходимо обратить внимание на проблемы пациента, вызванные повреждением внутренних органов.

- При уходе за пациентами с травмами позвоночника и таза медицинская сестра обеспечивает приготовление постели, осуществляет гигиенические мероприятия, особенно при нарушении мочеиспускания и дефекации.

- При функциональной терапии медицинская сестра контролирует объем и регулярность занятий ЛФК, чтобы своевременно создать "мышечный корсет".

- При лечении переломов с помощью гипсовых корсетов медицинская сестра выполняет все правила ухода за гипсовой повязкой.

- При осложненных переломах с повреждением спинного мозга, сестринский уход включает:

- профилактику пролежней (противопролежневый матрац, резиновые круги, ватно-марлевые бублики, регулярное переворачивание пациента и др.);

- профилактику контрактур и порочных положений в суставах нижних конечностей (съемные гипсовые лонгеты, упоры под стопы под углом 90, пассивные движения и массаж ног);

- регулярное опорожнение мочевого пузыря, а при недержании мочи его катетеризация;

- постановку очистительной клизмы (2-3 раза в неделю);

- профилактику пневмоний.

Так же сестра помогает восстановить больному нервно-психический статус, поддержать в нем чувство оптимизма, помочь адоптироваться к своему положению и мобилизовать силы на борьбу с недугом.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Азов С.Х. Методологические основы физиотерапии. Учебное пособие. / С.Х. Азов – Ставрополь.: 2019 – 85 с.
2. Анкин Л.Н. Травматология (Европейские стандарты) / Л.Н. Анкин, Н.Л. Анкин // М.: Медицина, 2019. – 402 с.
3. Ашмарин Ю.А. Травматология: Учебник для студентов факультета физической культуры пед. Институтов по специальности 03.03 «Физ. Культура» / Ю.А. Ашмарин, А.Н. Виноградов, З.Н. Вяткина и др.- М.: Просвещение 2019. – 312 с.
4. Боголюбов В.М. Физические факторы в профилактике, лечении и медицинской реабилитации. / В.М. Боголюбов. – М.: Медицина, 2020 – 376 с.
5. Боголюбов В.М. Медицинская реабилитация или восстановительная медицина? / В.М. Боголюбов // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2019. - №1. - с. 3-12.
6. Епифанов В.А. Медицинская реабилитация. / В.А. Епифанов - М.: Медресс-Информ, 2019. - 326 с.
7. Епифанов В.А. Роль и место лечебной физкультуры в медицинской реабилитации. / В.А. Епифанов, Т.Г. Кузбашева // Физиотерапия, бальнеология и реабилитация, 2019. - №6. - с. 3-5.
8. Коваленко В.А. Физическая культура: Учебное пособие / В.А. Коваленко – М.: АСВ, 2020 – 154 с.
9. Корж Н.А. Современные проблемы и перспективы развития организации медицинской реабилитации пациентов с травмами и заболеваниями опорно-двигательной системы **/**Н.А. Корж, Д.А. Яременко, Е.Г. Шевченко **//** Ортопедия, травматология и протезирование, 2019. - № 4. – с. 86–88
10. Корнилов Н.В. Актуальные вопросы организации травматолого-ортопедической помощи населению / Н.В. Корнилов, К.И. Шапиро // Травматология и ортопедия России, 2019. - № 2. - с. 35-38.
11. Краснов А. Ф. Травматология: справочник / А. Ф. Краснов, В.М. Аршин, В.В. Аршин. — Ростов н/Д .: Феникс, 2019. — 601 с.
12. Лещинский А.Ф. Комплексное использование лекарственных средств и физических лечебных факторов при различной патологии. / А.Ф. Лещинский, В.С. Улащик – Киев.: 2020 – 215 с.
13. Матвеева Л.П. Теория и методика физического воспитания: Учеб. для институтов физ. культуры / Под общ. ред. Матвеева Л.П. / Л.П. Матвеева, А.Д. Новикова — Т.1. Общие основы теории и методики физического воспитания. - М.: Физкультура и спорт, 2019. – 226 с.
14. Медицинская реабилитация. / Под ред. В.А. Епифанова. – М.: Медицина, 2019. – 448 с.
15. Медицинская реабилитация. Под ред. В.М. Боголюбова. – М.: МИА, 2019. – 336 с.
16. Миронов С.П. Влияние различных параметров экстракорпоральной ударно-волновой терапии на микрогемоциркуляцию в области локтевого сустава при тендопатиях. / С.П. Миронов, Г.М. Бурмакова, А.И. Крупаткин, С.А. Ефимочкин // Вестник травматологии и ортопедии имени Н.Н. Приорова – 2020. - № 1. – с. 33-40.
17. Миронов С.П. Состояние ортопедо-травматологической службы в Российской Федерации и перспективы внедрения инновационных технологий в травматологии и ортопедии / С.П. Миронов // Вестник травматологии и ортопедии. – 2020. – № 4. – с. 10–13
18. Михаэлис А.В. Медико-социальные аспекты реабилитации пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата на курорте Пятигорск. Автореф. дисс… канд. мед. наук. Воронеж, 2019 – 24 с.
19. Пархотик И.И. Физическая реабилитация при травмах верхних конечностей / И.И. Пархотик - Киев: Олимпийская литература, 2019. – 279с.
20. Попов А.И. Лечебная физическая культура. / А.И. Попов. – М.: МИП, 2019 – 146 с.