**ОГЛАВЛЕНИЕ**

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

1.ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИГРОМЫ СУСТАВОВ……………………5

 1.1.Определение, этиология и классификация гигромы суставов…………...5

 1.2.Клиническая картина гигромы суставов…………………………………..8

2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИГРОМОЙ СУСТАВА…………………………………………………..…….12

##  2.1.Диагностика и принципы лечения гигромы суставов……….……….....12

 2.2.Сестринский уход за пациентами с гигромой суставов……………...…16

ЗАКЛЮЧЕНИЕ………………………………………………………………….19

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ…………………………....21

**ВВЕДЕНИЕ**

**Актуальность темы.** Важность ухода за больными с острой гнойной хирургической инфекцией, обусловливается тем, что количество пациентов с данной патологией имеет тенденцию к росту, достигая 35 - 40% от всего контингента хирургических поликлиник и стационаров. Как следствие, увеличиваются затраты на лечение больных, что обнажает не только лечебную, но и социальную значимость рассматриваемой животрепещущей проблемы.

Гигрома – опухолевидное образование, возникающее вследствие дегенеративно-дистрофического процесса, протекающего в синовиальной оболочке суставной капсулы или сухожильном влагалище. Гигрома представляет собой округлое образование до 4-5, а иногда даже 7 см в диаметре, малоподвижное, спаянное с окружающими структурами. Гигромы могут локализоваться в области суставов или сухожилий, также встречаются внутрикостные. В области суставов иногда встречаются гигромы, соедненные с полостью сустава посредством капсульной ножки. Данное заболевание составляет до 60% обращений в клинику по поводу опухолевидных образований.

Гигромы являются распространенной патологией на кисти (в области суставов пальцев, лучезапястном) локтевых, их обнаруживают и в области коленного сустава. По своей сущности они относятся к кистам, возникающим из суставной капсулы или влагалищ сухожилий. В статье описаны принципы патогенеза, клинической картины заболевания, диагностики, консервативного и оперативного лечения гигром. Оперативное лечение современных методов демонстрирует хороший функциональный результат в отдаленном послеоперационном периоде, который составляет от трёх месяцев и более. Изучение выбора оперативной тактики и наблюдение пациентов после оперативных вмешательств позволит пациенту сократить сроки временной нетрудоспособности и прогнозировать результат лечения.

Гнойные процессы кисти и пальцев - одно из самых распространенных в амбулаторной практике заболеваний. Статистика разных лет показывает, что заметной тенденцией к снижению заболеваемости не наблюдается. По - прежнему, тысячи больных страдают разными формами гнойного воспаления кисти и пальцев. Достижения медицины последних лет значительно улучшили исходы, крайне редки стали летальные случаи, сократилось количество калечащих операций, улучшились функциональные результаты комплексного лечения. Клиническая картина гнойных заболеваний кисти, как и любого другого воспалительного процесса, складывается из известных общих и местных признаков: отёк, гиперемия, боль, повышение температуры и нарушение функции органа. По статистике Чаще панарицием болеют лица, выполняющие работу, связанную с возможностью травмирования рук, загрязнением их смазочными материалами, раздражающими кожу веществами (грузчики, слесари, трактористы, рабочие ткацкой промышленности).

**Цель исследования:** изучение роли медицинской сестры в уходе за пациентами с гигромой суставов.

**Объект исследования:** пациенты с гигромой суставов.

**Предмет исследования:** роль медицинской сестры в уходе за пациентами с гигромой суставов.

**Задачи исследования:**

1. Изучить определение, этиология и классификация гигромы суставов.
2. Рассмотреть клиническую картину гигромы суставов.

## Раскрыть диагностику и принципы лечения гигромы суставов.

1. Охарактеризовать сестринский уход за пациентами с гигромой суставов.

В процессе исследования использовались такие общенаучные **методы**

как анализ научной литературы и данные интернет-ресурса.

**Структура работы:** курсовая работа состоит из введения, двух глав заключения и списка использованной литературы.

**1.ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ГИГРОМЫ СУСТАВОВ**

**1.1.Определение, этиология и классификация гигромы суставов**

Гигрома – это доброкачественная кистозная опухоль, которая образуется из поверхностных оболочек сустава и представляет собой четко отграниченную капсулу, заполненную вязкой серозной жидкостью. Содержимое кисты – жидкость со слизью, белками и фибрином, что определяет ее желеобразное состояние. Размер образования колеблется от небольшой горошины до габаритов грецкого ореха и даже крупнее. Форма образования чаще всего округлая или вытянутая. Основание гигромы плотно связано с подлежащими тканями, а остальные поверхности подвижны и не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой. Кожа над гигромой свободно смещается.

Предполагается, что первопричиной развития такой кисты является перерождение клеток соединительной ткани. При этом существует два вида клеток: веретенообразные – образуют капсулу, сферические – наполняются жидкостью, которая при повреждении стенок сухожильного футляра выливается в межклеточное пространство близлежащих тканей.

По данным научной литературы ганглии и гигромы по своей сущности относятся к кистам, возникающим из суставной капсулы или влагалищ сухожилий, а также могут быть совершенно обособленными, например, на концевых фалангах пальцев, рядом с сухожильными растяжениями.

Они особенно являются распространенной патологией на кисти, где составляют около 40-50% всех опухолевидных образований. Наиболее крупными они бывают рядом с коленным суставом, где имеются многочисленные сумки и завороты, общим числом более тридцати. Одна из известных по задней поверхности коленного сустава носит название киста Беккера. Это как раз наиболее напряжённые по своей функции суставы [1].

На протяжении последних десятилетий остаются также неразрешенными вопросы патогенеза. Но доказано, что основным звеном в патогенезе развития гигром следует считать альтерацию сухожильно-связочного аппарата в области коленного или лучезапястного сустава, что приводит к регионарному усилению микроциркуляции, усилению хемотаксиса лейкоцитов и фагоцитов, и к повышенному выбросу супероксида и перекиси во внеклеточное пространство, в результатае резко увеличиваются процессы свободнорадикальной деструкции соединительной ткани, возникает деградация коллагена, деполимеризация гиалуроновой кислоты, снижение вязкости синовиальной жидкости и, как результат этого, формируется полость – гигрома.

В полости ганглия находится синовиальная жидкость, представляющая собой серозное или слизистое, по мере концентрации желатиноподобное содержимое, которое сложно аспирировать.

При проведении рентгенографии с контрастным веществом позволило ряду авторов установить возможность прохождения контраста из сустава в полость гигромы у большинства пациентов, тогда как введение контраста в гигрому почти у всех пациентов не сопровождалось его попаданием в полость сустава.

Характерный возраст пациентов от 10 до 45 лет, причем 3/4 таких больных являются женщинами. Локализуются гигромы кисти преимущественно на тыле (70%), 21% – на ладонной поверхности кистевого сустава, 8% – по ходу сухожилий сгибателей пальцев. Реже встречаются в области коленного сустава, лодыжек, тыла стопы [5].

Большая часть ганглиев и гигром возникает непосредственно или вскоре после травмы (у 20-25% больных), а также вследствие определенных видах профессиональных или бытовых хронических перегрузок (у 15-20%). Характерно, что у молодых людей, занимающихся спортом, гигромы нередки, как следствие хронического бурсита или тендовагинита в местах подвергающихся постоянной травматизации. Больные обращаются не только из-за болей в покое, при движениях, функциональных нагрузках, что бывает у 1/3 больных, но так же и из-за неудобств по соображениям эстетического порядка [10].

Причины развития патологии до конца не выяснены. В [травматологии и ортопедии](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/traumatology/) предполагается, что гигрома возникает под действием нескольких факторов. Установлено, что такие образования чаще появляются у кровных родственников, то есть, имеет место наследственная предрасположенность. Чуть более, чем в 30% случаев, возникновению гигромы предшествует однократная травма. Многие исследователи считают, что существует связь между развитием гигромы и повторной травматизацией или постоянной высокой нагрузкой на сустав или сухожилие.

Теоретически гигрома может появиться в любом месте, где есть соединительная ткань. Однако на практике гигромы обычно возникают в области дистальных отделов конечностей. Первое место по распространенности занимают гигромы на тыльной поверхности лучезапястного сустава. Реже встречаются гигромы на ладонной поверхности лучезапястного сустава, на кисти и пальцах, а также на стопе и голеностопном суставе.

Кроме того, образование гигромы может быть объяснено наследственной предрасположенностью, а также являться следствием неправильно подобранной обуви.

Гигромы локализуются в области пальцев кисти, в области стопы, коленного или локтевого суставов, но наиболее частой локализацией (около 70%) является область лучезапястного сустава. Причина такой «избирательности» — каждодневная монотонная физическая нагрузка на упомянутые суставы и сухожилия у представителей определенных профессий. В группу риска входят:

* спортсмены (теннисисты, игроки в гольф, настольный теннис, бадминтон),
* музыканты (пианисты, скрипачи, виолончелисты),
* программисты,
* наборщики текста,
* массажисты, швеи, вышивальщицы и другие [15].

Гигрома распространена как среди детей, так и среди взрослых, но чаще всего наблюдается у людей в возрасте 20–45 лет. Это кистозное образование не может исчезнуть самостоятельно, без лечебных мероприятий. Однако следует отметить, что гигромы никогда не перерождаются в рак, так что прогноз весьма благоприятный.

**Классификация заболевания**

Гигромы могут быть однокамерными и многокамерными. Последние появляются в результате нескольких излияний серозной жидкости и нередко локализуются в одной или нескольких областях.

По строению гигромы делятся на следующие виды:

* изолированная гигрома – вылившаяся жидкость находится в замкнутом пространстве, не имеет соединительного «русла» с сухожильным влагалищем;
* соустье – образуется новая полость, жидкость которой свободно перемещается из нее в сухожильное влагалище и обратно;
* клапан – серозная жидкость полностью перемещается в новое место, поскольку сформировавшийся в тканях барьер, называемый клапаном, препятствует ее возвращению в опустевшее влагалище [20].

**1.2.Клиническая картина гигромы суставов**

В подавляющем большинстве случаев гигрома развивается медленно, бывает единичной, имеет диаметр не более 3 сантиметров, не вызывает боли и дискомфорта, поэтому ее замечают, когда она достигает достаточно внушительных размеров. Ранняя стадия заболевания характеризуется формированием небольшой кисты, возвышающейся над поверхностью кожи. Примерно в 35% случаев гигрома протекает бессимптомно. Достаточно редко, когда киста расположена под связкой, она может долгое время оставаться незамеченной. В таких случаях пациенты обращаются к врачу из-за боли и неприятных ощущений при сгибании сустава.

## Симптомы гигромы

Вначале в области сустава или сухожильного влагалища возникает небольшая локализованная опухоль, как правило, четко заметная под кожей. Обычно гигромы бывают одиночными, но в отдельных случаях наблюдается одновременное или почти одновременное возникновение нескольких гигром. Встречаются как совсем мягкие, эластичные, так и твердые опухолевидные образования. Во всех случаях гигрома четко отграничена. Ее основание плотно связано с подлежащими тканями, а остальные поверхности подвижны и не спаяны с кожей и подкожной клетчаткой. Кожа над гигромой свободно смещается.

При давлении на область гигромы возникает острая боль. В отсутствие давления симптомы могут различаться и зависят от размера опухоли и ее расположения (например, соседства с нервами). Возможны постоянные тупые боли, иррадиирующие боли или боли, появляющиеся только после интенсивной нагрузки. Примерно в 35% случаев гигрома протекает бессимптомно. Достаточно редко, когда гигрома расположена под связкой, она может долгое время оставаться незамеченной. В таких случаях пациенты обращаются к врачу из-за болей и неприятных ощущений при сгибании кисти или попытке обхватить рукой какой-то предмет.

Кожа над гигромой может как оставаться неизмененной, так и грубеть, приобретать красноватый оттенок и шелушиться. После активных движений гигрома может немного увеличиваться, а затем в покое снова уменьшаться. Возможен как медленный, почти незаметный рост, так и быстрое увеличение. Обычно размер опухоли не превышает 3 см, однако в отдельных случаях гигромы достигают 6 см в диаметре. Самостоятельное рассасывание или самопроизвольное вскрытие невозможно. При этом гигромы никогда не перерождаются в рак, прогноз при них благоприятный [2].

### Гигрома распространена как среди детей, так и среди взрослых, но чаще всего наблюдается у людей в возрасте 20–45 лет. Это кистозное образование не может исчезнуть самостоятельно, без лечебных мероприятий. Однако следует отметить, что гигромы никогда не перерождаются в рак, так что прогноз весьма благоприятный.

### Отдельные виды гигром

**Гигромы в области лучезапястного сустава** обычно возникают на тыльной стороне, по боковой или передней поверхности, в области тыльной поперечной связки. Как правило, они хорошо заметны под кожей. При расположении под связкой опухолевидное образование иногда становится видимым только при сильном сгибании кисти. Большинство таких гигром протекает бессимптомно и лишь у некоторых пациентов возникает незначительная боль или неприятные ощущения при движениях. Реже гигромы появляются на ладонной поверхности лучезапястного сустава, почти в центре, чуть ближе к лучевой стороне (стороне большого пальца). По консистенции могут быть мягкими или плотноэластичными.

**На тыльной стороне пальцев** гигромы обычно возникают в основании дистальной фаланги или межфалангового сустава. Кожа над ними натягивается и истончается. Под кожей определяется небольшое плотное, округлое, безболезненное образование. Боли появляются только в отдельных случаях (например, при ушибе) [6].

**На ладонной стороне пальцев** гигромы образуются из сухожильных влагалищ сгибателей. Они крупнее гигром, расположенных на тыльной стороне, и нередко занимают одну или две фаланги. По мере роста гигрома начинает давить на многочисленные нервные волокна в тканях ладонной поверхности пальца и нервы, расположенные по его боковым поверхностям, поэтому при такой локализации часто наблюдаются сильные боли, по своему характеру напоминающие невралгию. Иногда при пальпации гигромы выявляется флюктуация. Реже гигромы возникают у основания пальцев. В этом отделе они мелкие, величиной с булавочную головку, болезненные при надавливании.

**В дистальной (удаленной от центра) части ладони гигромы** также возникают из сухожильных влагалищ сгибателей. Они отличаются небольшим размером и высокой плотностью, поэтому при осмотре их иногда путают с хрящевыми или костными образованиями. В покое обычно безболезненны. Боль появляется при попытке крепко обхватить твердый предмет, что может мешать профессиональной деятельности и доставлять неудобства в быту.

**На нижней конечности гигромы** обычно появляются в области стопы (на тыльной поверхности плюсны или пальцев) или на передне-наружной поверхности голеностопного сустава. Как правило, они безболезненны. Боли и воспаление могут возникать при натирании гигромы обувью. В отдельных случаях болевой синдром появляется из-за давления гигромы на расположенный поблизости нерв [11].

**2. РОЛЬ МЕДИЦИНСКОЙ СЕСТРЫ В УХОДЕ ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ГИГРОМОЙ СУСТАВА**

## 2.1.Диагностика и принципы лечения гигромы суставов

Обычно диагноз гигрома выставляется на основании анамнеза и характерных клинических проявлений. Для исключения костно-суставной патологии может быть назначена [рентгенография](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/X-ray-trauma/). В сомнительных случаях выполняют УЗИ, магнитно-резонансную томографию или пункцию гигромы. Ультразвуковое исследование дает возможность не только увидеть кисту, но и оценить ее структуру (однородная или наполненная жидкостью), определить, есть ли в стенке гигромы кровеносные сосуды и т. д. При подозрении на узловые образования пациента могут направить на магнитно-резонансную томографию. Данное исследование позволяет точно определить структуру стенки опухоли и ее содержимого.

Дифференциальная диагностика гигромы проводится с другими доброкачественными опухолями и опухолевидными образованиями мягких тканей ([липомами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/lipoma), [атеромами](https://www.krasotaimedicina.ru/diseases/zabolevanija_dermatologia/atheroma), эпителиальными травматическими кистами и т. д.) с учетом характерного места расположения, консистенции опухоли и жалоб больного. Гигромы в области ладони иногда приходится дифференцировать с костными и хрящевыми опухолями.

## Лечение гигромы проводится консервативным и хирургическими методами.

### Консервативное лечение

Лечением патологии занимаются [хирурги](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/surgeon/consultation) и [травматологи-ортопеды](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/consultation-traumatology/traumatologist). В прошлом гигрому пытались лечить раздавливанием или разминанием. Ряд врачей практиковали пункции, иногда – с одновременным введением энзимов или склерозирующих препаратов в полость гигромы. Применялось также физиолечение, [лечебные грязи](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/mud-therapy/), повязки с различными мазями и пр. Некоторые клиники используют перечисленные методики до сих пор, однако эффективность такой терапии нельзя назвать удовлетворительной [16].

### Хирургическое лечение

Процент рецидивов после консервативного лечения достигает 80-90%, в то время как после оперативного [удаления гигромы](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/excision-removal-traumatology/hygroma) рецидивируют всего в 8-20% случаев. Исходя из представленной статистики, единственным эффективным методом лечения на сегодняшний день является хирургическая операция. Показания для хирургического лечения:

* боль при движениях или в покое;
* ограничение объема движений в суставе;
* неэстетичный внешний вид;
* быстрый рост образования.

Особенно рекомендовано хирургическое вмешательство при быстром росте гигромы, поскольку иссечение крупного образования сопряжено с рядом трудностей. Гигромы нередко располагаются рядом с нервами, сосудами и связками. Из-за роста опухоли эти образования начинают смещаться, и ее выделение становится более трудоемким. Иногда хирургическое вмешательство выполняют в амбулаторных условиях. Однако во время операции возможно вскрытие сухожильного влагалища или сустава, поэтому пациентов лучше госпитализировать.

Операция обычно проводится под местным обезболиванием. Конечность обескровливают, накладывая резиновый жгут выше разреза. Обескровливание и введение анестетика в мягкие ткани вокруг гигромы позволяет четче обозначить границу между опухолевидным образованием и здоровыми тканями. При сложной локализации гигромы и образованиях большого размера возможно использование наркоза или проводниковой анестезии. В процессе операции очень важно выделить и иссечь гигрому так, чтобы в области разреза не осталось даже небольших участков измененной ткани. В противном случае гигрома может рецидивировать [3].

Опухолевидное образование иссекают, уделяя особое внимание его основанию. Внимательно осматривают окружающие ткани, при обнаружении выделяют и удаляют маленькие кисты. Полость промывают, ушивают и дренируют рану резиновым выпускником. На область раны накладывают давящую повязку. Конечность обычно фиксируют [гипсовой лонгетой](https://www.krasotaimedicina.ru/treatment/soft-fixation-bandages/). Иммобилизация особенно показана при больших гигромах в области суставов, а также при гигромах в области пальцев и кисти. Выпускник удаляют через 1-2 суток с момента операции. Швы снимают на 7-10 сутки [19].

В последние годы наряду с классической хирургической методикой иссечения гигромы многие клиники практикуют ее эндоскопическое удаление. Преимуществами данного способа лечения являются небольшой разрез, меньшая травматизация тканей и более быстрое восстановление после операции.

Операция по удалению гигромы всегда проходит в непосредственной близости к важным сухожилиям и суставам рук или ног. Поэтому врачи советуют соблюдать все меры предосторожности в период реабилитации.

В первую очередь после операции на шов накладывается стерильная повязка, она фиксируется эластичным бинтом, шиной или лангетом. Повязку необходимо менять каждый день.

Важно чтобы конечность была хорошо зафиксирована, для скорейшего заживания раны, а также предотвращения образования повторной гигромы.

Помните и о том, что послеоперационную рану необходимо ежедневно обрабатывать, для этого подойдут традиционные средства: зеленка, перекись водорода, специальные мази, ускоряющие заживления ран.

На период реабилитации врачи советуют ограничить физическую нагрузку на сустав. Однако существует комплекс упражнений, а также процедур, которые позволяют быстрее восстановиться. Специалисты рекомендуют посещать прогревания, ультразвуковую терапию и электрофорез [7].

Период реабилитации занимает до 10 дней, возможно эластичный бинт потребуется носить чуть дольше.

**Склеротерапия**

Склеротерапия проходит так же, как и пункция образования. Но после эвакуации содержимого гигромы и промывания ее полости внутрь вводят специальные ферментативные или склеротические вещества, под влиянием которых капсула образования склерозируется и спадается. В итоге, больше нет полости, в который набиралась бы жидкость.

Эффективность такого лечения выше, чем простая пункция. Но оно стоит дороже, так как склерозирующие вещества необходимо покупать дополнительно. Также не подходит при образованиях большого размера.

Блокада с ГКС. Это достаточно эффективный метод консервативного лечения, но возможность его применения ограничивается размерами образования – показан только при гигроме до 1 см в диаметре. Процедура аналогична предыдущим двум. После местного обезболивания гигрома прокалывается, ее содержимое извлекается, полость промывается. Далее внутрь капсулы вводят глюкокортикоидный препарат. Обычно используют Дипроспан. После этого пациенту назначается иммобилизационная повязка для лучезапястного сустава на 3-5 недель. За это время края капсулы слипаются, а полость зарастает рубцовой тканью. Метод раздавливания Сегодня данный метод лечения не используется в клинической практике, так как является очень болезненным, малоэффективным и не полностью безопасным для пациента. Но раздавить гигрому можно и случайно, а также сделать это по совету “хорошего соседа”. При раздавливании капсула образования разрывается, и все содержимое растекается между мягкими тканями руки. Обычно, кроме интенсивных болезненных ощущений, это не грозит ничем человеку, кроме рецидива в ближайшее время [12].

Но, если содержимое гигромы было инфицировано, то процесс уже без преград распространяется между здоровыми тканями руки и может привести к распространенным гнойным поражениям, например, флегмоне кисти.

Физиотерапевтические методы Физиотерапевтические методы могут применяться как самостоятельный вид лечения, так и в качестве дополнения к основному. Например, физиопроцедуры часто назначают на этапе восстановления посте хирургического удаления сухожильной кисты.

При не соблюдении рекомендаций врача, могут начаться такие осложнения как:

* инфицирование раны;
* формирование избыточной рубцовой ткани;
* повторное образование гигромы;
* нарушение работы сустава [17].

**2.2.Сестринский уход за пациентами с гигромой суставов**

## Медицинская сестра обязана хорошо знать и понимать клинические симптомы (в особенности ранние) поражения тканей и уметь быстро и эффективно оказывать первую помощь. При подозрении на заболевания, угрожающие жизни, необходимо срочно вызвать врача, при этом начать мероприятия по спасению и помощи пациенту. Если больной находиться в общей палате, то его необходимо перевести и изолировать в отдельной. Палата должна иметь достаточную вентиляцию, расположение в тихом месте, облицовку стен, позволяющие выдерживать химическую дезинфекцию.

## Строгое соблюдение санитарно-эпидемических норм при уходе за больным и при уборке палат, т.к возбудитель передается контактным путем.

## Весь уход и перевязки осуществляются в палате. Вход в палату строго в определенной одежде, обуви, в головном уборе, маске и перчатках. Перевязочный материал сжигается. Выписка пациента производиться исключительно после контрольных анализов [4].

Медсестра должна иметь представление об инструментах, способах перевязки, соблюдение правил асептики, антисептики. В ее обязанности входит подготовка пациентов к различным видам обследования, экстренных оперативных вмешательств. От правильности проведенной процедуры к обследованию зависит качество лечения, скорость реконвалесценции и затяжки ран. Участие в диагностическом процессе медицинской сестры складывается из ее знаний об основных методах диагностики, лечения, хода операции по удалению и устранению поражающего фактора. Медицинская сестра должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к оперативному вмешательству, перевязки, выписке и пребывание пациента стационаре [18].

**Этапы ухода за пациентов с панарицием**

1. Осмотр.

При осмотре необходимо оценить характер, тяжесть и глубину поражения пальца. Медсестра при осмотре обращает внимание на цвет кожных покровов, наличие и характер отделяемого, наличие гипертермии.

2. Устанавливаются проблемы (сестринские диагнозы) по приоритету.

Проведя тщательное сестринское обследование, медсестра выявляет медицинские проблемы пациента, формирует сестринские диагнозы:

* плохой сон из-за постоянной подёргивающей боли;
* недостаток самообслуживания и ухода за собой;
* нестерпимые боли в области поражения;
* отеки (с чем связаны);
* страх перед угрозой потери пальца;

3. Планирование сестринских вмешательств.

* обеспечить пациенту грамотную иммобилизацию;
* объяснить необходимость лечения и возможные осложнения, в случае отказа от оперативного вмешательства;
* вызвать врача для осмотра и оценки тяжести глубины поражения;
* подготовит пациента к предстоящему хирургическому вмешательству (если оно необходимо);
* психологическая поддержка пациента [8].

Очень важно правильное понимание роли медсестры в уходе за больным. Кроме любви к своему делу и внимательного отношения к пациентам, она должна иметь соответствующие медицинские знания. Медсестра должна не только владеть техникой выполнений той или иной медицинской процедуры – сделать укол, поставить клизму, промыть трахеотомическую трубку, но и четко понимать механизм действия каждой процедуры на больного, знать показания и противопоказания для ее проведения.

Особенно важен этот момент при обслуживании медсестрой больного на дому. Медицинская сестра должна знать характерные особенности течения различных болезней, возможность возникновения патологических процессов. Кроме того, в ее задачи входит просветительская работа среди членов семьи в части правил ухода за больным, соблюдения требований гигиены, адаптации домашней обстановки к нуждам пациента [14].

**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**

Медицинская сестра гнойного хирургического отделения должна принимать непосредственное участие в подготовке пациентов к различным видам оперативного вмешательства вне зависимости от сложности, времени суток и т.д. Пациенты с гнойными заболеваниями кисти встречаются достаточно часто, в виду пренебрежения ухода за руками.

## Гнойные хирургические инфекции уничтожить невозможно, но их можно сократить до минимума или вовсе избежать. По статистике, 80% данного заболевания происходит по вине пациентов в несоблюдении правил личной гигиены, недостаточного ухода за собой или своими детьми, пренебрежение правилами санэпиднадзора и многими другими правилами.

## Исход заболевания или его течение полностью зависит не только от проведения успешной операции для пациента, но и в уходе за ним. Медицинская сестра обязана знать заболевание, ход лечения и операции, помогать и заботиться о пациенте, грамотно и доступно объяснять последствия заболевания и его осложнения, в случае отказа пациента от лечения. Проводить дезинфекцию и стерилизацию инструментов, во избежание ВБИ в лечебном учреждении, где она осуществляет свою профессиональную деятельность.

Таким образом, гигромы являются распространенными опухолевидными образованиями со специфическим клиническим течением. Результаты лечения с использованием известных консервативных и оперативных методик нередко заканчиваются рецидивами. В силу своей относительной простоты и малой травматичности и низким удельным весом осложнений, предложенная методика лечения гигром путем хронического дренирования полости в перспективе может оказаться хорошим подспорьем в арсенале хирурга стационара и поликлиники различного уровня.

Помимо четкого понимания и неукоснительного выполнения своих обязанностей, медсестра должна обладать таким важным качеством как наблюдательность. Способность медсестры вовремя заметить и сообщить доктору об изменениях в состоянии подопечного, например, появление одышки, пролежней, отеков, синюшности кожных покровов, замедление частоты пульса – залог правильного и плодотворного лечения.

При общении с больным человеком следует соблюдать самообладание, осторожность и такт. По роду своей деятельности медсестра зачастую ближе к пациенту, чем врач, поэтому именно на неё ложится задача успокоить и подбодрить подопечного, вселить в него надежду на эффективность проводимого лечения и скорейшее выздоровление.

**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ**

1. Артеменко Е.П. Совершенствование методики восстановления трудоспособности после переломов костей голени: Автореф.-Омск, 2020. - 23 с.
2. Бахрах И.И., Грец Г.Н. Организационные, методические и правовые основы физической реабилитации: Учебное пособие. - Смоленск: СГИФК, 2021. - 151 с.
3. Белая Н.А. Лечебная физкультура и массаж: Учебно-методическое пособие для медицинских работников. - М.: Советский спорт, 2019.
4. Большая медицинская энциклопедия. - М.: Астрель; АСТ, 2020. -735 с.
5. Булгакова Н.Ж. Оздоровительное, лечебное и адаптивное плавание: Учеб.пособие для студ.высш.учеб.заведений -М.:Академия, 2020. -227 с.
6. Валеев Н.М. Практикум по ЛФК: мет. разраб./Автореф.: Н.М.Валеев, Н.Е.Кудрявцев, А.Г. Шактрев.- М., 2019.-44 с.
7. Доленко Ф.Л. Берегите суставы. - М.: ФиС, 2020.
8. Евсеев С.П., Шапкова Л.В. Адаптивная физическая культура: Учебн. пособие.- М.:Советский спорт,2020.- 240с.
9. Епифанов В.А., Епифанов А. В. Реабилитация в травматологии. - М.:Гэотар-мед, 2019.
10. Епифанов В.А. ЛФК: Учебное пособие для вузов. - М.:Гэотар-мед, 2019.
11. Иваницкий М.Ф. Анатомия человека. - М.: ФиС,2020. - 463 с.
12. Краснов А.Ф., Аршин В.М., Цейтлин М.Д. Справочник по травматологии. - М.: Медицина, 2021. - 400 с.
13. Кукушкина Т.Н., Докиш Ю.М.,Чистякова Н.А. Руководство по реабилитации больных, частично утративших трудоспособность. - Л.: Медицина,2019. - 152 с.
14. ЛФК : Учеб. для студ. высш. учеб. заведений / С.Н.Попов, Н.М.Валеев, Т.С.Гарасева и др.; Под ред. С.Н.Попова. - М.- Издательский центр Академия, 2020.
15. Макарова Г.А. Система подготовки специалистов по физической реабилитации (физиотерапии) // Теория и практика физ. культуры. - 2020. - № 8. - С. 13-15.
16. Марков Л.Н. Физическая реабилитация спортсменов после оперативного лечения ахиллова сухожилия // Теория и практика физ. культуры. - 2021. - № 9.
17. Материально-техническое обеспечение адаптивной физической культуры Учебн. пособие./Под редакцией проф. Евсеева. - М.:Сов. спорт, 2020.- 152с.
18. Милюкова И.В., Евдокимова Т.А. Лечебная физкультура: Новейший справочник. Под ред. проф. Т.А.Евдокимовой М.: Изд-во Эксмо,2021.- 862 с.
19. Павлов С.Е. Восстановление в спорте. Теоретические и практические аспекты // Теория и практика физ. культуры. - 2020. - № 1. - С. 23-26.
20. Правосудов С.А. Учебник инструктора ЛФК, 2020.