**Введение**

Остеоартроз является наиболее распространенной формой суставной патологии, им болеет 10-12% населения. Так же самыми частыми заболеваниями опорно-двигательного аппарата*.* Им страдает не менее 20% населения земного шара. Заболевание обычно начинается в возрасте старше 40 лет. Рентгенологические признаки [остеоартроз](http://www.medmoon.ru/bolezni/bol102.html)а обнаруживают у 50% людей в возрасте 55 лет и у 80% людей старше 75 лет. [Остеоартроз](http://www.medmoon.ru/bolezni/bol102.html) коленного сустава (гонартроз) чаще развивается у женщин, а тазобедренного сустава (коксартроз) - у мужчин. До 50-летнего возраста распространенность остеоартроза в большинстве случаев выше у мужчин по сравнению с женщинами. После 50 лет остеоартроз коленных суставов, суставов кистей и стоп чаще наблюдается у женщин*.* Остеоартроз встречается у молодых лиц, может развиваться после травм суставов, воспалительных процессов, на фоне врожденной патологии опорно-двигательного аппарата.

Выбор темы «Деформирующий остеоартроз» обусловлен её актуальностью для практического здравоохранения.

Предмет изучения сестринский процесс при деформирующем остеоартрозе.

Объект исследования является сестринский процесс при деформирующем остеоартрозе.

Цель исследования, изучение сестринского процесса при деформирующем остеоартрозе.

Для достижения поставленной цели исследования необходимо изучить:

* этиологию и предрасполагающие факторы остеоартроза;
* клиническую картину и особенности диагностики;
* методы обследований и подготовку к ним;
* принципы лечения и профилактики остеоартроза;
* манипуляции, выполняемые медицинской сестрой;
* особенности сестринского процесса при деформирующем остеоартрозе.

Для достижения данной цели исследования необходимо проанализировать:

* два случая, иллюстрирующие тактику медицинской сестры при осуществлении сестринского процесса у пациентов с данной патологией;
* основные результаты обследования и лечения описываемых больных в стационаре необходимые для заполнения листа сестринских вмешательств.

Методы исследования:

* научно-теоретический анализ медицинской литературы по данной теме;
* эмпирический – наблюдение, дополнительные методы исследования: организационный, субъективный, объективный;
* биографический (анализ анемнестических сведений, изучение медицинской документации);
* психодиагностический (беседа).

Практическая значимость:

Подробное раскрытие материала по данной теме позволит повысить качество сестринской помощи

**1. Этиология**

Деформирующий остеоартроз является результатом действия механических и биологических факторов: травма; х**роническая микротравматизация хряща; операции на суставах; плоскостопие; возраст;** г**енетические факторы; воспаление; нарушение обмена веществ; ожирение; экология,** которые нарушают процессы образования клеток суставного хряща и субхондральной кости.

**1.1 Патогенез**

Деформирующий остеоартроз поражает все ткани синовиальных суставов. Заболевание проявляется морфологическими, биохимическими, молекулярными и биомеханическими изменениями в клетках и матриксе, которые приводят к размягчению, разволокнению, изъязвлению и уменьшению толщины суставного хряща, а также к остеосклерозу с резким утолщением и уплотнением кортикального слоя субхондральной кости, формированию остеофитов и развитию субхондральных кист.

**1.2 Классификация**

**Принято выделять первичный и вторичный остеоартроз.**

**Первичный (идиопатический)**

- если причина развития заболевания не установлена, то такой артроз принято называть первичным.

**Локализованный (< 3 суставов)**

* суставы кистей;
* суставы стоп;
* коленные суставы;
* тазобедренные суставы;
* позвоночник.

**Генерализованный (3 и более суставов)**

* с поражением дистальных и проксимальных межфаланговых суставов;
* с поражением крупных суставов.

**Вторичный остеоартроз**

- имеет явную причину: он развивается после травмы, при нарушениях метаболизма, эндокринных заболеваниях, как исход дегенеративно-некротического процесса. При этом поражаются преимущественно крупные суставы нижних конечностей (коленные и тазобедренные).

**Посттравматический**

* врожденные, приобретенные или эндемические заболевания;
* метаболические болезни;
* гемохроматоз;
* эндокринопатии;
* сахарный диабет;
* гипотиреоз.

**1.3 Патологическая анатомия**

Хрящ из прочного, эластичного, глянцевитого и голубого превращается в сухой, желтый, тусклый с шероховатой поверхностью. На ранней стадии в местах максимальной нагрузки образуются локальные зоны размягчения хряща, на более поздних стадиях происходит фрагментация, растрескивание хряща, изъязвление с обнажением подлежащей кости и отделением фрагментов, которые поступают в полость сустава в виде детрита. Местами хрящ обызвествляется. Костные суставные поверхности, лишенные амортизации хрящевой тканью, испытывают большую и неравномерную механическую нагрузку. Компенсаторно изменяется кривизна суставных поверхностей, и образуются краевые костно-хрящевые разрастания - остеофиты. Эти компенсаторные изменения, обеспечивают увеличение площади соприкосновения, уменьшают давление на суставной хрящ, но вместе с тем ограничивают амплитуду движений в суставе и способствуют развитию контрактур. Костное вещество разряжается, появляются участки ишемии, некроза с образованием округлых дефектов - кист. Развивается реактивный синовит, капсула утолщается, присоединяется атрофия близлежащих мышц от бездействия вследствие болей при движении в пораженных суставах. Исход артроза — полное разрушение сустава с формированием [анкилоза](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%90%D0%BD%D0%BA%D0%B8%D0%BB%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1) — полной неподвижности сустава или [неоартроза](http://ru.wikipedia.org/w/index.php?title=%D0%9D%D0%B5%D0%BE%D0%B0%D1%80%D1%82%D1%80%D0%BE%D0%B7&action=edit&redlink=1) с неестественной подвижностью. Это сопровождается тяжелым нарушением функции конечности. Изменения при артрозе носят необратимый характер

## 1.4 Клиническая картина

Основные признаки клинической картины деформирующего остеоартроза - это болезненные точки и плотные утолщения по краю суставной щели, крепитация, умеренные признаки воспаления, ограниченные болезненные движения, ощущения напряженности в суставе, нестабильность.

Основными клиническими проявлениями деформирующего остеоартроза являются:

* боль;
* деформация;
* припухлость суставов;
* тугоподвижность сустава.

Боль в суставе наиболее частый и выраженный симптом при остеоартрозе, носит неоднородный характер. Причинами ее могут быть деструктивные процессы в хрящевых и субхондральных структурах, нарушения микроциркуляции, фиброз капсулы сустава, воспалительный процесс в мягких околосуставных тканях, спазм близлежащих мышц и реактивный синовит. В целом для заболевания характерен механический ритм болей — возникновение боли под влиянием дневной физической нагрузки и стихание за период ночного отдыха, что связано со снижением амортизационных способностей хряща и костных подхрящевых структур к нагрузкам. При этом происходит прогибание костных балок в сторону спонгиозной кости.

**Припухлость суставов на ранней стадии заболевания припухлость суставов обычно выражена слабо и сохраняется недолгое время. Возникая при больших нагрузках, после отдыха или приема противовоспалительных лекарственных средств, она проходит.**

По течению остеоартроз подразделяют на медленнопрогрессирующий и быстропрогрессирующий. Клиническое течение остеоартроза характеризуется волнообразностью, когда короткие периоды обострения сменяются спонтанной ремиссией. Выраженная припухлость и локальное повышение температуры над суставами не характерны, однако могут возникать при развитии вторичного синовита

Клинические критерии, позволяющие поставить диагноз «деформирующий остеоартроз»:

* боль в суставах, возникающая в конце дня и/или в первой половине ночи, а также после механической нагрузки, уменьшающаяся в покое;
* наличие деформации сустава за счет костных разрастаний;
* усиление и удлинение утренней скованности;
* нарушение функции - сгибания и разгибания в суставе пальпаторные боли вокруг сустава;
* потепление кожных покровов над суставом.

**1.5 Диагностика**

Диагностика деформирующего остеоартроза начинается с внешнего осмотра пораженного сустава, его пальпации, измерения объема движений в нем. Затем проводятся лабораторные и инструментальные методы обследования.

К инструментальным методам диагностики деформирующего остеоартроза относятся:

* рентгенография;
* сонография (УЗИ);
* магнитно-резонансная томография (МРТ);
* артроскопия;
* анализ крови;
* анализ синовиальной жидкости;

В России распространена рентгенологическая классификация остеоартроза по стадиям развития, разработанная Н. С. Коссинской:

- остеоартроз в I стадии характеризуется главным образом краевыми костными разрастаниями при незначительном сужении суставной щели;

- во II стадии она сужена более отчетливо, возникает субхондральный остеосклероз;

- резкое сужение суставной щели в III стадии остеоартроза сопровождаетсяуплощением суставных поверхностей и развитием кистовидных образований;

Рентгенодиагностика остеоартроза

Рентгенологическим симптомом являются краевые костные разрастания - остеофиты - следствие активной пролиферации периферических отделов суставного хряща. Они проявляются вначале заострением краев суставных поверхностей, а затем, нарастая, образуют массивные костные шипы и губы. Краевые остеофиты, как правило, раньше обнаруживаются со стороны суставных впадин. Сужение суставной щели свидетельствует о значительных изменениях суставных хрящей. Суставная щель может стать клиновидной, суживаясь с одной стороны и нередко расширяясь при этом с противоположной, что указывает на недостаточность связочного аппарата и нестабильность сустава.

Магнитно-резонансная томография (МРТ)

МРТ основана на физических свойствах тканей давать томографическое изображение после помещения их в сильное магнитное поле. Это самая новая методика исследования. К ее достоинствам следует отнести неинвазивность, широкое поле изображения, возможность получения срезов на любом интересующем врача уровне. Мышцы, жир, жидкость, сухожилия, связки и хрящи хорошо видны и дифференцируются друг от друга на магнитно-резонансных изображениях. Специфичность МРТ весьма велика: она позволяет обнаружить не только патологию тканей опорно-двигательного аппарата, но и заболевания примыкающих органов, таких как артерии, которые могут имитировать заболевания суставов. Таким образом, МРТ превосходит по информативности все другие методы, особенно в случае неясных симптомов.

Сонография (УЗИ)

Сонография позволяет определить размер суставного хряща, количество внутрисуставной жидкости, наличие остеофитов, гипертрофированные синовиальные складки, размер и локализацию "суставной мыши".

Артроскопия

Это эндоскопический метод диагностики и лечения заболеваний и травм коленного сустава. Для этого путем использования маленького разреза над суставом в его полость вводится специальный инструмент, который соединен с монитором. Это позволяет врачу увидеть все происходящие изменения в суставе и провести необходимые манипуляции, не прибегая к разрезам и вскрытиям сустава.

**Для лабораторной диагностики деформирующего остеоартроза** проводят анализ крови и синовиальной жидкости. В крови отмечается нормальный уровень СОЭ и отсутствие ревматоидного фактора. Эти данные позволяют исключить воспалительную природу заболевания суставов и являются косвенным подтверждением диагноза остеоартроза.

Синовиальную жидкость для исследования получают при пункции или артроскопии пораженного сустава. Для деформирующего остеоартроза характерным являются следующие показатели анализа синовиальной жидкости: высокая вязкость, содержание лейкоцитов менее 2000 в 1 мкл, нейтрофилов менее 25%.

**1.6 Лечение**

Общим принципом лечения деформирующего остеоартроза является ограничение нагрузки на пораженные суставы. Выбор методов лечения зависит от стадии заболевания. Пациенты лечатся главным образом амбулаторно.

**Основные типы лечения деформирующего остеоартроза:**

* лечебная физическая культура (ЛФК)
* медикаментозная терапия
* внутрисуставная оксигенотерапия
* эндопротезирование суставов
* санаторно-курортное лечение
* оперативное вмешательство
* механическая разгрузка сустава
* диета
* **физиотерапевтические методы**

**Механическая разгрузка сустава** – один из самых важных моментов при лечении остеоартроза. Сюда входит рекомендации по снижению веса тела при ожирении, исключение длительного пребывания в фиксированной позе, долгого стояния на ногах, длительной ходьбы, повторяющихся стереотипных движений, переноса больших тяжестей, что ведет к механической перегрузке определенных поверхностей одних и тех же суставов. В начальных стадиях артроза больным надо заниматься плаванием, другие виды физической нагрузки, особенно в периоде обострения противопоказаны; в далеко зашедших стадиях заболевания пациенту рекомендуется ортезы, ходить с тростью, костылями, противопоказаны любые нагрузки включая и плавание. При выраженных болях, в фазу обострения может быть назначен постельный и полупостельный режим. При этом для расслабления мышечно-связочного аппарата конечности придается среднефизиологическое положение.

**Диета -** к полезным продуктам следует отнести [холодец](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B5%D1%86) или [хаш](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A5%D0%B0%D1%88). При варке хрящей, говяжьих и свиных ножек, ушей и костей [коллаген](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BB%D0%BB%D0%B0%D0%B3%D0%B5%D0%BD), обеспечивающий их прочность, переходит в бульон. Вещества, образующиеся при расщеплении [желатина](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%96%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D1%82%D0%B8%D0%BD), обеспечивают многие жизненно важные функции организма: сохраняют слизистую желудка, улучшают память, препятствуют склеиванию тромбоцитов. А это в свою очередь снижает риск развития острого нарушения кровообращения, замедляет старение. При остеоартрозе рекомендуют также продукты, богатые кальцием (молочнокислая диета) и витаминами группы B и C, лечебное [голодание](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%93%D0%BE%D0%BB%D0%BE%D0%B4%D0%B0%D0%BD%D0%B8%D0%B5). Прием [алкоголя](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%BB%D0%BA%D0%BE%D0%B3%D0%BE%D0%BB%D1%8C) традиционно и обосновано считают провоцирующим фактором, вызывающим усиление суставной и мышечной боли при остеоартрозе.

**Внутрисуставная оксигенотерапия** в условиях кислородной недостаточности усиливается гликолиз в тканях сустава, в результате чего накапливаются недоокисленные продукты обмена: молочная, пировиноградные кислоты. Для их окисления требуется усиленная доставка кислорода в ткани сустава при лечении артроза суставов. Кроме того, кислород растягивает капсулу сустава и создает разгружающую «газовую» подушку. Методика заключается в 5—6 кратном введении медицинского кислорода в полость коленного (40 -80 мл.) и тазобедренного (10-20 мл.) суставов с интервалом 5-7 дней. Применяется как самостоятельный способ лечения, так и в сочетании с хондропротекторами и кортикостероидами.

**Медикаментозная терапия** артроза направлена на купирование болевого синдрома, уменьшение реактивного воспаления, нормализацию обменных процессов в тканях сустава.

Высоким аналгезирующим и противовоспалительным действием обладают **нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП).** Наиболее хорошо зарекомендовал себя вольтарен в виду хорошей переносимости при применении. Бруфен, ибупрофен, обладая несколько меньшей лечебной активностью, также хорошо переносится пациентами, особенно в пожилом возрасте. Хорошо переносится и высокоэффективна новый НПВП – ксефокам. С успехом можно применять препараты других групп НПВП: флугалин, пироксикам, индометацин. Больного необходимо сориентировать на рациональную диету, а также прием медикаментов, защищающих слизистую желудка. Альтернативой назначения НПВП, является применение их в виде ректальных свечей и внутримышечных инъекций, хотя при этом также сохраняется риск развития гастропатий. Длительное или постоянное применение НПВП нецелесообразно ввиду повышения риска развития осложнений, а также отрицательного влияния ряда препаратов этой группы на метаболизм хряща. Поэтому данные препараты рекомендуются больному на период обострения артроза. Необходимо помнить, что уменьшение суставной боли при приеме НПВП может побудить пациента к нарушению режима, увеличению двигательной активности.

**Внутрисуставное введение** **глюкокортикоидов (ГК).** Основным показанием для применения ГК является наличие синовита, причем перед введением ГК необходимо удалить синовиальную жидкость, тем самым уменьшив давление в суставе и предотвратив растяжение капсулы и связок. Местное назначение ГК является паллиативным методом лечения, и на протяжении одного года число внутрисуставных введений в один сустав не должно превышать четырех. Считается, что необходимость двукратного введения ГК в один сустав на протяжении 12 мес. свидетельствует о неэффективности проводимого лечения деформирующего остеоартроза и требует пересмотра всего плана ведения больного и коррекции медикаментозной терапии. В пересчете на кеналог доза ГК в зависимости от пораженного сустава колеблется от 20 мг для коленного сустава до 4 мг для проксимальных и дистальных межфаланговых суставов кисти. Эффективность ГК зависит от техники внутрисуставаного введения, выраженности синовита, размера сустава и типа препарата. Наименее эффективным ГК, обладающим при этом большими по сравнению с другими побочными реакциями, является гидрокортизон.

**Физиотерапевтические методы** лечения артроза широко применяются и уменьшают болевой синдром, мышечный спазм, воспалительные процессы, улучшают микроциркуляцию и благоприятно воздействуют на метаболические процессы в тканях сустава. К ним относятся электромагнитные поля высоких и сверхвысоких частот (индуктотермия, дециметровая и сантиметровая волновая терапия), ультразвуковое воздействие, импульсные токи низкой частоты - синусоидальные модулированные и диадинамические, электрофорез лекарственных препаратов (анальгина, новокаина, димексида, лития), ультрафиолетовое облучение, электрическое поле УВЧ, магнитотерапия, фонофорез гидрокортизона. Тепловые процедуры, включая аппликации парафина, озокерита, иловой, торфяной грязи показаны при артрозе без синовита с болевым синдромом, пролиферативными явлениями, вазотрофическими расстройствами, контрактурами. При отсутствиии синовита в I-II-й стадии заболевания эффективны морские, родоновые, сульфидные, йодобромные ванны.

[**Ударно-волновая терапия.**](http://www.sp-raduga.ru/Procedures/Procedures140.aspx) **В Швейцарии** был разработан уникальный метод лечения артроза коленного сустава, где применялся **метод ударно-волновой ультразвуковой терапии.**

[**Лазеротерапия**](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D0%B7%D0%B5%D1%80%D0%BE%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%B0%D0%BF%D0%B8%D1%8F)применяется как основной метод лечения (противовоспалительный, аналгезирующий, стимулирующий эффекты).

**Лечебная физкультура** проводится с щадящими механическими нагрузками на суставы (сидя, лежа) для снижения болевого мышечного спазма, повышения тонуса ослабленных групп мышц, усиления трофики пораженных суставов, улучшения функциональной способности больного. Аналогичные цели преследуются и при выполнении лечебного массажа, который должен также быть щадящим по отношению к пораженным суставам, избегать механического раздражения суставной капсулы, обратить особое внимание на работу с прилегающими к суставу мышцами.

**Хирургическое лечение** при артрозе чаще всего применяется при коксартрозе и гонартрозе. Используются паллиативные разгрузочные операции, меняющие силовые оси нагрузки в суставе, реконструктивные операции с удалением нежизнеспособных участков кости и хряща.

**Эндопротезирование** является кардинальной операцией лечения артроза. Использованные ранее цельнометаллические отечественные протезы вызывали осложнение - металлоз, то есть инфильтрацию окружающих мягких тканей металлической пылью, возникающей в результате постоянного трения металлических поверхностей протеза. Поэтому перспективны новые эндопротезы, в которых узел скольжения состоит из пары металл-полиэтилен.

**1.7 Профилактика деформирующего остеоартроза**

Даже в молодые годы следует следить за своими суставами и проводить профилактику остеоартроза. Не заниматься перегрузками этих частей тела. Если у вас уже имеется артроз коленных, тазобедренных или голеностопных суставов, вам необходимо не задерживаться долго в сидячем положении, поскольку это ухудшает приток крови к больным суставам. Не нужно много прыгать или бегать, приседать. Постарайтесь чередовать нагрузку на суставы с отдыхом. При отдыхе лучше всего лечь или сесть и вытянуть ноги, но не складывать ногу на ногу или поджимать ноги под себя.

При всем при этом при артрозе нужно заниматься спортом, но давать себе умеренные нагрузки. Занимайтесь плаванием. При таком виде спорта задействованы мышцы, а суставы не работают. Совершайте прогулки на велосипеде, но ездите по ровным дорогам. Тоже относиться и к бегу или ходьбе. Ходьба на лыжах – также снимает часть нагрузок с суставов.

**1.8 Прогноз при деформирующем остеоартрозе**

Заболевание может иметь довольно серьезные осложнения. Деформирующий остеоартроз приводит к полному разрушению пораженных суставов, к серьезным нарушениям функций конечностей, хромоте. Нередко остеоартроз становится причиной инвалидности и необходимости специального протезирования.

**1.9 Особенности сестринского процесса**

1-й этап - сестринское обследование пациента.

При расспросе пациента с анемиями медсестра выясняет все его жалобы

2-этап – диагностирование или определение проблем пациента.

После оценки состояния пациента, медсестра выявл пробл пац. При деформирующем остеоартрозе они могут быть следующими:

* боль;
* деформация;
* припухлость суставов;
* тугоподвижность сустава.

После оценки сестра решает вопрос об их приоритетности.

3-й этап – планирование сестринских вмешательств.

Медсестре необходимо ознакомить пациента со своей оценкой его состояния и потребности в уходе.

4-й этап – реализация плана сестринских вмешательств.

Сестринские вмешательства проводятся в сотрудничестве с другими медицинскими работниками. В этот период надо координировать действия медсестры с действиями пациента, других медработников, родственников, учитывая их планы и возможности.

5-й этап – оценка сестринских вмешательств.

Оценка сестринских вмешательств проводится постоянно. Эфективность сестринского ухода определяется после достижения поставленных целей.

Медсестра в сестринской истории болезни фиксирует мнение пациента об оказанной ему помощи, выполнение плана по уходу, эффективность сестринских вмешательств, побочные действия и неожиданные результаты при выполнении сестринских вмешательств.

**2. Манипуляции, выполняемые медицинской сестрой. Размещение пациента в постели**

Правильное размещение пациента в постели не только улучшает его самочувствие, но при некоторых заболеваниях предупреждает необратимое изменения, приводящие его к инвалидности. Когда пациент неподвижен частично или полностью, он не может самостоятельно занять удобное и необходимое положение. Более того, положение неподвижного человека надо менять каждые 2 ч.

**Смена постельного и нательного белья**

**Показания:** После санитарной обработки пациента и у тяжелобольных по мере загрязнения.

**Смена постельного белья**

**Оснащение:** Наволочки (2 туки),простынь, пододеяльник, клеенка, подкладная (пеленка), полотенце, рубашка, мешок для грязного белья, перчатки.

**Подготовка к процедуре:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Наденьте перчатки.

**Выполнение процедуры:**

1. Скатайте чистую простыню по длине до половины и отложите в сторону.
2. Смените пододеяльник и отложите его в сторону.
3. Поднимите голову пациента и уберите из-под нее подушку, снимите наволочку.
4. Пододвиньте пациента к краю кровати, повернув его набок.
5. Скатайте грязную простынь по длине по направлению к пациенту, вместе с клеенкой и подкладной.
6. Расстелите чистую простыню на освободившейся части '' постели, вместе с истой клеенкой и подкладной.
7. Поверните пациента на спину, а затем на другой бок, чтобы он оказался на чистой простыне.
8. Уберите грязную простынь в мешок и расстелите чистую простынь и подкладную.
9. Подоткните края простыни под матрац.
10. Положите подушки под голову пациента.
11. Снимите перчатки, вымойте руки.

**Смена нательного белья**

1. Приподнимите верхнюю половину туловища пациента.
2. Скатайте грязную рубашку до Затылка и снимите ее через голову.
3. Освободите руки пациента.
4. Положите грязную рубашку в мешок.
5. Наденьте рукава чистой рубашки.
6. Перекиньте ее через голову,
7. Расправьте ее на пациенте.

Примечание: При смене рубашки пациенту с травмой правой руки:

1. Наденьте рукав рубашки на поврежденную руку.
2. Наденьте второй рукав рубашки на здоровую руку.
3. Помогите пациенту застегнуть пуговицы.
4. Вымойте руки.

**Проведение мероприятий по профилактике пролежней**

**Оснащение:** Перчатки, фартук, мыло, постельное белье, подкладной резиновый круг, помещенный в чехол, ватно-марлевые круги - 5 шт., раствор камфорного спирта 10 % или 0,5 % раствор нашатырного спирта, 1%-2 % спиртовой раствор танина, подушки, наполненные поролоном или губкой, полотенце.

**Подготовка к процедуре:**

1. Информируйте пациента о предстоящей манипуляции и ходе ее выполнения.
2. Вымойте руки.
3. Наденьте перчатки и фартук.
4. Осмотрите кожу пациента в местах возможного образования пролежней.

**Выполнение процедуры:**

1. Обмойте эти участки кожи теплой водой утром и вечером и по мере необходимости.
2. Протирайте их ватным тампоном, смоченным 10 % раствором камфорного спирта или 0,5 % раствором нашатырного спирта или 1%-2% спиртовым раствором танина. Протирая кожу, этим же тампоном делайте легкий массаж.
3. Следите, чтобы на простыне не было крошек, складок.
4. Меняйте немедленно мокрое или загрязненное белье.
5. Используйте подушки наполненные поролоном или губкой для уменьшения давления на кожу в местах соприкосновения пациента с кроватью (или под крестец и копчик подкладывайте резиновый круг, помещенный в чехол, а под пятки, локти, затылок - ватно-марлевые круги) или используйте противопролежневый матрац.

**Ш. Окончание процедуры:**

1. Снимите перчатки и фартук, обработайте их в соответствии с требованиями санэпидрежима.
2. Вымойте руки.

**Наблюдение из практики №1.**

Пациентка В., 40 лет, находится на лечении в ревматологическом отделении с диагнозом: деформирующем остеоартрозом, обострение, нарушение функции суставов 2-й степени, медленно прогрессирующее течение. При сестринском обследовании установлены жалобы на: боль в суставах кистей рук, отечность кистей, скованность по утрам, слабость, быструю утомляемость, ограничение движений в суставах.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Голеностопные суставы и суставы кистей отечны, увеличены в объеме, деформированы, горячие на ощупь, движение в них ограничено из – за болезненности. Температура тела 37,8оС, пульс 86 в минуту, удовлетворительных качеств. АД 130/90 мм РТ. Ст. пациентка обеспокоена своим состоянием, боится стать инвалидом.

**Проблемы пациента:**

Настоящие:

1. Боль в суставах
2. Утренняя скованность
3. Нарушение движений в суставах
4. Субфебрильная лихорадка
5. Дефицит самообслуживания
6. Беспокойство за исход заболевания

Потенциальные:

1. Высокий риск развития анкилоза суставов

Приоритетная:

1. Боль в суставах кистей рук

Краткосрочная цель:

1. Пациентка отметит уменьшение боли в суставах кистей рук к 7-му дню лечения.

Долгосрочная цель:

1. Пациентка отметит отсутствие боли в суставах к моменту выписки

**Сестринские вмешательства**

Оценка: пациентка отметила исчезновение болей через неделю лечения.

**Наблюдение из практики №2**

Пациентка К., 55 лет, Жалобы при поступление: боли в коленных суставах, которые появляются при движении, при длительном сидении. Иногда боли усиливаются при переохлаждение и реагируют на перемену давления (магнитные бури). Отмечает наличие скованности утром, но она проходит примерно через 10-15 минут. Беспокоит хруст в суставах при движении. Отмечает некоторое ограничение движения в суставах. Считает себя больной около 10 лет. Связывает это с постоянным стоянием на ногах (учитель в младших классах). В начале беспокоили только боли в суставах, особого внимания не обращала, к врачам не обращалась. При сильных болях принимала диклофенак, боль снималась.

**Объективно:** общее состояние удовлетворительное. Отмечается деформация и дефигурация коленных суставов с обеих сторон. Припухлость коленных суставов. Некоторое ограничение движения в этих же суставах. Суставы на ощупь нормальной температуры. АД 140/80 мм рт ст. пульс 68 уд /мин.

**Проблемы пациента:**

Настоящие:

1. Боль в суставах
2. Утренняя скованность
3. Нарушение движений в суставах
4. Припухлость коленных суставов

Потенциальные:

1. Возможные побочные действия при приеме медикаментов
2. Сложности самообслуживания

Приоритетная:

1. Боли в суставах
2. Необходимость приема медикаментов
3. Ограничение физической нагрузки.

Краткосрочная цель:

1. К окончанию лечения в результате всех манипуляций добиться уменьшения болей, увеличения движений в суставе.

Долгосрочная цель:

1. Добиться стабилизации состояния в виде уменьшения болей, снижения приема анальгетиков

**Сестринские вмешательства**

Оценка: В результате выполненных манипуляций к концу лечения у пациентке уменьшились боли, увеличились движения в суставе - краткосрочные цели достигнуты.

Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнить лечебные процедуры, ясно и четко представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение деформирующего остеоартроза зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медсестры в своевременном и эффективном лечении.

**Заключение**

Познакомившись с литературой и, проанализировав практические случаи заболевания деформирующего остеоартроза, можно сделать следующие выводы: знания этиологии, клинической картины и особенности диагностики заболевания, методов обследования и лечения заболевания, профилактики, осложнений и манипуляций окажет медсестре необходимую помощь в осуществлении всех этапов сестринского процесса.

Медсестра должна знать все правила ухода за пациентами, умело и правильно выполнять лечебные процедуры, ясно и четко представлять действие лекарственных средств на организм больного. Лечение деформирующего остеоартроза зависит от тщательного и правильного ухода, соблюдения режима и диеты. В связи с этим возрастает роль медсестры в своевременном и эффективном лечении.

Очень важное значение имеет и профилактика деформирующего остеоартроза: медсестра обучает членов семьи организации режима, питания и рассказывает о профилактическом лечении пациента.

**Использованная литература**

1. Корягина Н.Ю., Широкова Н. В. – Организация специализированного сестринского ухода – М.: – ГЭОТАР – Медия, 2009. – 464 с.
2. Лычев В. Г., Карманов В. К. - Руководство по проведению практических занятий по предмету «Сестринское дело в терапии с курсом первичной медицинской помощи»: – учебное методическое пособие М.: – Форум инфра, 2010. – 384 с.
3. Лычев В. Г., Карманов В. К. - Основы сестринского дела в терапии – Ростов н/Д Феникс 2008 – 512 с.
4. Маколкин В.И., Овчаренко С.И., Семенков Н.Н - Сестринское дело в терапии – М.: - ООО Медицинское информационное агентство, 2008 . – 544 с.

**Приложение 1**

Сестринские вмешательства

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить психический и физический покой, диету №15
 | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах |
| 1. Придать удобное положение, положить подушки и валики под пораженные суставы
 | Для фиксации сустава и уменьшения боли |
| 1. Обеспечить проведение гигиенических мероприятий
 | Для профилактики травматизма |
| 1. Поставить согревающие компрессы
 | Для уменьшения воспаления суставов |
| 1. Обеспечить проведение ЛФК
 | Для улучшения функций суставов |
| 1. Контроль режима физической активности
 | Для уменьшения боли в суставах |
| 1. Обеспечить диету, богатую витамином С (овощи, фрукты, соки), и ограничить прием соли до 5 г/сут.
 | Для эффективного лечения |
| 1. Своевременно и правильно выполнять назначения врача
 | Для эффективного лечения |
| 1. Обеспечить контроль побочных эффектов лекарственной терапии
 | Для коррекции лечения по назначению врача |
| 1. Обеспечить контроль общего состояния пациентки, ЧДД, АД, пульс
 | Контроль состояния |
| 1. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям
 | Для правильного проведения исследований |

**Приложение 2**

Сестринские вмешательства

|  |  |
| --- | --- |
| Независимые сестринские вмешательства | Зависимые сестринские вмешательства |
| оказание помощи пациентке в самообслуживании (помочь адаптироваться к вынужденной обездвиженности) | взятия биологического материала (крови и мочи) для лабораторных исследований |
|  наблюдение за реакцией пациентки на лечение и уход, а также за адаптацией в условиях медицинской организации | своевременная раздача лекарственных средств, выполнение инъекций и вливаний |
| объяснить правила приема медикаментов и возможные побочные эффекты |  |

|  |  |
| --- | --- |
| План | Мотивация |
| 1. Обеспечить психический и физический покой, диету №15
 | Для уменьшения нагрузки и уменьшения болей в суставах |
| 1. Придать удобное положение, положить подушки и валики под пораженные суставы
 | Для фиксации сустава и уменьшения боли |
| 1. Обеспечить проведение гигиенических мероприятий
 | Для профилактики травматизма |
| 1. Поставить согревающие компрессы
 | Для уменьшения воспаления суставов |
| 1. Обеспечить проведение ЛФК
 | Для улучшения функций суставов |
| 1. Контроль режима физической активности
 | Для уменьшения боли в суставах |
| 1. Обеспечить диету, богатую витамином С (овощи, фрукты, соки), и ограничить прием соли до 5 г/сут.
 | Для эффективного лечения |
| 1. Своевременно и правильно выполнять назначения врача
 | Для эффективного лечения |
| 1. Обеспечить контроль побочных эффектов лекарственной терапии
 | Для коррекции лечения по назначению врача |
| 1. Обеспечить контроль общего состояния пациентки, ЧДД, АД, пульс
 | Контроль состояния |
| 1. Обеспечить подготовку к дополнительным исследованиям
 | Для правильного проведения исследований |

**Приложение 3**

Классификация препаратов, используемых для лечения остеартроза

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Характеристика группы | Препараты | Комментарии |
| Препараты, модифицирующие симптомы заболевания |
| Анальгетики | ПарацетамолТрамал | Оказывают эффект на симптомы остеоартроза без влияния на структурные изменения |
| Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП) |   | Регистрация таких препаратов требует доказательств подавления клинических симптомов без клинически значимого побочного действия на структурные изменения остеоартроза |
| Препараты, модифицирующие симптомы заболевания |
| Препараты, влияющие и на клинические симптомы и на структурные изменения | Хондроитин сульфатГлюкозамин сульфатПиаскледин 300Диацерин | Доказано уменьшение клинических симптомов и замедление рентгенологического прогрессирования остеоартроза |
| Препараты, влияющие только на структурные изменения | ДоксициклинБисфосфонатыИнгибиторы протеина RANKLИнгибиторы катепсина К | Доказано замедление рентгенологического прогрессировать остеоартроза, но без улучшения клинических симптомов болезни |

**Приложение 4**

**Перечень рекомендуемых блюд и продуктов диеты при деформирующем остеоартрозе**

* Хлеб пшеничный и ржаной, мучные изделия.
* Борщи, щи, свекольник, рассольник; молочные; овощные и крупяные супы на мясном, рыбном бульонах, отваре [грибов](http://edimka.ru/text/produkti/mushrooms) и овощей; фруктовые.
* Мясные и рыбные блюда различного кулинарного приготовления; сосиски, сардельки, вареные колбасы.
* [Молоко](http://edimka.ru/text/produkti/milk) и молочные продукты в натуральном виде и в блюдах. Обязательное включение кисломолочных напитков.
* [Яйца](http://edimka.ru/text/produkti/egg) в отварном виде и в блюдах.
* Блюда из различной крупы, макаронных изделий, бобовых.
* Овощи и фрукты в сыром виде и после тепловой обработки. Зелень. Фруктовые и овощные соки, отвар [шиповника](http://edimka.ru/text/produkti/wildrose) и пшеничных отрубей.
* Чай, кофе, [какао](http://edimka.ru/text/produkti/cacao).
* Масло сливочное, коровье топленое, растительные масла; ограниченно - маргарины.

**Приложение 5**

Уход за пациентом при деформирующем остеоартрозе

|  |  |
| --- | --- |
| Проблема пациента | Действие сестры |
| 1. боль в суставах
2. Ограничение физической активности
3. Необходимость пользоваться костылями или инвалидной коляской для передвижения
4. Выход на инвалидность
5. Сложности самообслуживания
6. Необходимость приема медикаментов
 | 1. Беседа с пациентом о необходимости соблюдения предписанного режима, в том числе приема медикаментов
2. Помощь пациенту при проведении физических упражнений (лечебной физкультуры)
 |