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.

В Российской Федерации ежегодно получают различного вида травмы около 12,3 млн. человек. Многие отечественные и зарубежные ученые обозначают современную травму качественно новым видом повреждения с присущими только ему специфическими изменениями и осложнениями во всех системах поврежденного организма.

Актуальность проблемы определяется тем, что травматические поражения опорно-двигательной системы нарушают локомоторные реакции. Подавляются биологические функции, усугубляется тяжесть сопутствующих заболеваний, декомпенсируются процессы, влияющие не только на качество жизни, но и на ее продолжительность.

Важным является определение в ранние сроки развитие осложнений, так как отсутствуют достоверные тесты их раннего появления. Достижения положительных результатов мы можем добиться при качественном сестринском уходе за пациентами с повреждениями позвоночника и таза.

Необходимо изучить эффективность сестринской помощи при повреждениях позвоночника и таза для профилактики осложнений.

Цель работы:

Целью нашей работы является улучшение результатов комплексного лечения больных с повреждениями позвоночника и таза при помощи адекватного сестринского ухода.

Для достижения заданной цели были поставлены следующие задачи:

. Изучение медицинской литературы по данной теме.

2. Составление алгоритма неотложной помощи при переломах позвоночника и костей таза.

3. Разработать комплекс мероприятий по реабилитации и уходу за пациентами с повреждениями позвоночника и таза.

Предмет исследования: сестринский уход за пациентами с повреждениями позвоночника и таза.

Объект исследования: пациенты с повреждениями позвоночника и костей таза.

Гипотеза исследования: Достижения положительных результатов мы можем добиться при качественном сестринском уходе за пациентами с повреждениями позвоночника и таза.

Методы:

. Библиографический метод.

. Статистический метод.

травма позвоночник таз перелом

. Обзор литературы

По сведениям разных авторов, повреждения позвоночника и костей таза составляют от 2 до 12% случаев травматических поражений опорно-двигательного аппарата. Среднестатистический портрет пострадавшего: пациенты до 45 лет. Травмы позвоночника и таза с одинаковой частотой наблюдаются как у мужчин, так и у женщин. У детей встречаются значительно реже, чем у взрослых.

Повреждения позвоночника и костей таза чаще всего происходят при особо сильных воздействиях: падение с высоты (в том числе травмы ныряльщиков), дорожно-транспортные катастрофы, обрушивание больших тяжестей (завалы в шахтах, обвал перекрытий крыши здания и т.п.). Во многих случаях по характеру повреждающего воздействия можно предсказать вид поражения. Виды травм позвоночника и таза разнообразны: от ушибов до тяжелых переломов с поражением спинного мозга, что определяет прогноз для жизни и дальнейшей работоспособности пострадавшего. Однако преимущественное большинство травм составляют тяжелые повреждения, поэтому поражения дают 50% инвалидности. Прогноз при травмах позвоночника и костей таза, сочетающихся с повреждением спинного мозга, всегда очень серьезный. Инвалидизация в таких случаях составляет 80-95% (по разным источникам). Треть пациентов с травмами погибает. Нередко такие пострадавшие гибнут на месте происшествия от остановки дыхания и кровообращения. Гибель пациентов в более отдаленный период после травмы вызвана гипостатической пневмонией вследствие нарушения вентиляции легких, урологическими проблемами и пролежнями с переходом в септическое состояние (заражение крови). Следует отметить, что последствия травм во многом определяются промежутком времени от повреждения до начала комплексного лечения. Кроме того, очень часто неумело оказанная первая помощь значительно усугубляет состояние пострадавшего. Лечение травм позвоночника и таза - сложное и длительное, часто необходимо участие нескольких специалистов (травматолог, нейрохирург, реабилитолог, средний медицинский персонал).

Основные принципы лечения травмы позвоночника и таза: своевременность и адекватность первой помощи, соблюдение всех правил при транспортировке пострадавших в специализированное отделение, длительный уход с участием среднего медицинского персонала и последующие повторные курсы реабилитации. При оказании первой помощи многое зависит от своевременной диагностики травмы. Всегда следует помнить, что в случае автомобильных катастроф, падений с высоты, обвалов зданий и т.п., необходимо учитывать возможность повреждения. При транспортировке пострадавших необходимо предпринимать все меры предосторожности, чтобы не усилить повреждения. Таких пациентов нельзя перевозить в сидячем положении. Пострадавшего укладывают на щит. При этом для профилактики пролежней используют надувной матрас, голову дополнительно иммобилизуют при помощи специальных приспособлений (шины, воротник-головодержатель и т.п.) или подручных средств (мешочки с песком).

В зависимости от вида травмы лечение на госпитальном этапе может быть консервативным или хирургическим. При относительно легких стабильных травмах показан постельный режим, массаж, тепловые процедуры. В более тяжелых случаях консервативное лечение состоит в закрытом исправлении деформаций (одномоментные вправления или вытяжение) с последующей иммобилизацией (специальные воротники и корсеты). Открытое хирургическое устранение деформации снимает компрессию спинного мозга и способствует восстановлению нормального кровообращения на пораженном участке. Поэтому нарастающие симптомы поражения спинного мозга, свидетельствующие о его сдавлении, всегда являются показанием к срочному оперативному вмешательству. К хирургическим методам прибегают также в случаях, когда консервативное лечение неэффективно. Такие операции направлены на реконструкцию поврежденных сегментов позвоночника и таза. В постоперационный период применяют иммобилизацию, при показаниях - вытяжение. Пострадавших с признаками травмы спинного мозга госпитализируют в отделение интенсивной терапии. В дальнейшем таких больных курируют травматолог, нейрохирург и реабилитолог, уход за такими пациентами осуществляет средний медицинский персонал отделений хирургического профиля.

. Участие медицинской сестры в обследовании позвоночника

Осмотр проводиться в горизонтальном положении (лежа на животе) или в положении стоя, перед этим необходимо раздеть пациента. Опознавательной точкой является выступающий остистый отросток 7 шейного позвонка. Медицинская сестра обращает внимание на:- грубые деформации - искривление позвоночника: кпереди (лордоз), кзади (кифоз), боковое (сколиоз); состояние длинных мышц спины (напряжение); отека вдоль длинных мышц.

Пальпация проводится медицинской сестрой путем легкого надавливания согнутым пальцем на остистые отростки позвоночников. Это позволяет выявить локализацию травмы. Локальную болезненность выявляют при осевой нагрузке путем давления на голову, надплечья или быстрого опускания на пятки после подъема стоп на носки. При подозрении на перелом осевая нагрузка выполняется только в положении лежа.

Подвижность позвоночника определяется путем разгибания, сгибания, вращения, наклонов в стороны. Медицинская сестра должна обратить внимание на позы и движения пациента. При болезненных ощущениях в позвоночнике больной сидит, опираясь о край стула, кровати. При нормальной функции позвоночника для поднятия предмета с пола человек равномерно и свободно разгибается и сгибается. При поражении позвонков - приседает, опираясь руками о бедра. Запрещается проверять активные движения у пострадавших с тяжелыми травмами позвоночника.

Медицинская сестра готовит пациентов к специальным диагностическим методам исследования позвоночника: рентгенологическим, сканированию (УЗИ, КТ, МР)

. Сестринская помощь при травмах позвоночника и спинного мозга

Закрытые травмы.

Переломы остистых остростков позвонков - встречаются чаще в шейном отделе. Причина - прямой удар сзади. Приоритетные проблемы пациента: локализованная боль, усиливающаяся при пальпации травмированного отростка; отек; сглаживание спинной борозды; крепитация; ограничение движений.

Переломы поперечных отростков позвонков - встречаются чаще в поясничном отделе. Причины: внезапное перенапряжение мышц спины, прямой удар в поясничную область.

Приоритетные проблемы пациента: локальная боль на поврежденной стороне на 2-3 пальца от средней линии спины; усиление боли при движении туловища, особенно при сгибании в здоровую сторону; больной не может приподнять выпрямленную ногу на стороне повреждения, но если ее пассивно поднять, то пациент удержит конечность (симптом<<прилипшей пятки>>).

Переломы тел позвонков - встречаются в грудино-поясничном отделе: Tx1-Txn; Li-Ln. Причины: падение с высоты на ноги, ягодицы, голову или при резком сгибании под действием большого груза (падающее бревно, стена и др.). Чаще возникают компрессионные (клиновидные) переломы, а также оскольчатые и компрессионно-оскольчатые.

Проблемы пациента определяются локализацией перелома. Приоритетные проблемы при повреждении шейных позвонков: боль в месте повреждения, усиливающаяся при сгибании; вытягивание шеи («гусиная шея») или поддерживание головы руками для уменьшения нагрузки на поврежденный позвонок. Приоритетные проблемы при повреждении грудных и поясничных позвонков: опоясывающая боль; боль при пальпации остистого отростка поврежденного позвонка; болезненность в месте перелома при осевой нагрузки; напряжение мышц спины (симптом «вожжей»); сглаженность физиологических изгибов позвоночника; временная задержка мочеиспускания и дефекации. Потенциальные проблемы пациента: риск развития спинального шока; нарушение чувствительности; двигательных расстройств (парезы, параличи); стойкие нарушения мочеиспускания и дефекации. Эти проблемы связаны со сдавлением (гематома, костные отломки) или повреждением (при переломовывихах) спинного мозга.

К открытым травмам относятся травмы с повреждением кожи и слизистых. Встречаются колото резаные раны при ударе острым предметом (кинжал, финский нож, заточка) в область шейного или верхнегрудного отдела позвоночника. При этом, как правило, повреждается спинной мозг. Приоритетные проблемы пациента: мгновенный паралич конечностей ниже уровня ранения,полная потеря всех видов чувствительности, задержка мочи и кала. Потенциальные проблемы пациента: возникновение пролежней, цистита, пиелонефрита, уросепсиса.

. Алгоритм неотложной помощи при травмах позвоночника

.Остановить кровотечение, наложить асептическую повязку при открытых повреждениях.

. Обеспечить проходимость верхних дыхательных путей, особенно при повреждениях шейного отдела.

. Обезболить ненаркотическими и наркотическими анальгетиками. Запрещается введение наркотических анальгетиков при повреждениях шейного отдела из за опасности угнетения дыхательного центра.

.Переложить пострадавшего осторожно по команде, поддерживая голову, на носилки со щитом в строго горизонтальном положении на спине. При переломе шейного отдела наложить воротник типа Шанца или шину Крамера. При переломе копчика уложить на мягкие носилки на живот.

.Провести простейшие противошоковые мероприятия. При повреждении спинного мозга согревание грелками проводить осторожно из-за опасности возникновения ожога.

. Во время транспортировки измерять пульс, АД, ЧДД, контролировать проходимость верхних дыхательных путей.

. Госпитализировать пострадавшего в нейрохирургическое отделение.

Участие медицинской сестры в уходе за пациентами с травмами позвоночника.

При переломах остистых и поперечных отростков позвонков медицинская сестра обеспечивает пациентам постельный режим в течении 3-4 недель, помогает врачу в проведении новокаиновых блокад, контролирует выполнение назначений: массаж, ЛФК, физиотерапия.

Одним из методов ухода компрессионных переломов тел позвонков является вытяжение собственным весом. Для этого медицинская сестра готовит функциональную кровать: головной конец кровати приподнимается на 40-50 см, на сетку укладывается деревянный щит, поверх щита - матрас, лучше волосяной; застилается и закрепляется постельное белье, под голову- плоская подушка. Пациента укладывают на кровать. Вытяжение осуществляют с помощью лямок (кожаные, полотняные, ватно-марлевые) через подмышечные впадины при переломах нижне-грудных и поясничных позвонков; или петлей Глиссона, клеммами, введенными в кости черепа, при переломах шейных и верхне-грудных позвонков. Больной лежит на спине, под остистые отростки на уровне перелома подкладывают мешочки с просом или льняным семенем. Три - четыре раза в день медсестра переворачивает пациента на живот. Наряду с вытяжением и реклинацией применяются ЛФК и массаж мышц спины и живота. Этот функциональный метод позволяет создать хороший «мышечный корсет». Через 2-2,5 месяца у пациента вырабатывается правильная осанка, он может стоять, ходить и выписывается на амбулаторное лечение. Трудоспособность восстанавливается через год.

При переломах шейного отдела позвоночника через 4 недели пациенту прекращают вытяжение собственным весом и накладывают гипсовую повязку.

При компрессии более 1/3 высоты тела позвонка, осложненных переломах выполняется операция с использованием металлических конструкций или аутотрансплантантов. Это сокращает сроки постельного режима на 1-1,5 месяца и способствует восстановлению трудоспособности через 6-8 месяцев.

При сдавливании спинного мозга гематомой или костными отломками проводится декомпрессионная ламинэктомия. Медицинская сестра, готовя пациента к этой операции, помимо премедикации, вводит профилактические антибиотики по назначению врача.

Классификация травм таза.

Среди повреждений таза выделяют травмы мягких тканей, переломы костей, тазовых органов (мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки). Переломы костей могут быть без нарушения целостности и с нарушением целостности тазового кольца. Последние различаются в зависимости от плоскости сдавления. Сдавление тазового кольца в сагинальном направлении - двойные вертикальные переломы типа Мальгеня; спереди-вертикальный перелом переднего полукольца (обеих ветвей лонных костей и др.); сзади - вертикальный перелом заднего полукольца (крыло подвздошной кости, крестца). По количеству сломанных костей - изолированные и множественные переломы. Различают неосложненные переломы, без повреждения внутренних органов и осложненные - с повреждением внутренних органов.

5. Сестринская помощь при переломах костей таза

Причины возникновения этих травм: сдавление, падение с высоты, транспортные аварии. В пожилом возрасте переломы могут возникнуть при простом падении из-за повышенной ломкости костей. Частота летальных исходов при тяжелых и сочетанных травмах таза связана с массивными кровотечениями, которые обусловлены развитой системой артериальных сосудов, венозных сплетений, губчатым строением костей. В связи с этим у 3/4пострадавших с переломами тазовых костей возникает шок.

Приоритетные проблемы: локальная боль; болезненность при сдавлении таза; положение «лягушки» (ноги несколько разведены, ротированы кнаружи, согнуты в коленных суставах); активные движения конечностей ограничены. Кроме того, при переломах переднего полукольца к вышеперечисленным проблемам добавляются: пациент не может самостоятельно поднять вытянутую ногу со стороны повреждения (симптом «прилипшей пятки»). Проблемы пациента при повреждениях отдельных локализаций: дно вертлужной впадины - укорочение конечности; крестец и копчик - резкая боль в положении сидя и лежа на спине с иррадиацией в ягодицы, промежность; перелом лонных костей-гематома в паховой области; перелом седалищных костей - гематома в области промежности; перелом типа Мальгеня - асимметрия таза.

На догоспитальном этапе при переломе костей таза важнейшую роль играет транспортная иммобилизация. Для этого используют твердый щит, на которых пострадавший укладывается на спину в положении « лягушки». 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.

. Алгоритм неотложной помощи при переломах костей таза

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

Переложить пострадавшего по команде на носилки с учетом локализации и характера перелома;

жесткие носилки на спине в положении «лягушки» с валиком под коленные суставы;

жестокие носилки на спине с валиком под коленные суставы;

вакуумные носилки;

компрессирующий пневмокостюм.

. Провести простейшие противошоковые мероприятия с учетом внутрибрюшинных повреждений.

. Транспортировка в ЛПУ.

Участие медицинской сестры в уходе за пациентами с переломами таза.

Уход за пациентами начинается с обезболивания. При переломах костей таза применяется новокаиновая блокада по Школьникову А.Г.-Селиванову В.П. Медицинская сестра готовит длинную иглу (12-14см), 80-120мл, 0,25% раствора новокаина, если блокада односторонняя, обеспечивает асептику при выполнении манипуляции.

При отсутствии смещения отломков медсестра готовит постель для пациента: на кровать укладывается деревянный щит, под колени плотный валик для обеспечения положения «лягушки». Постельный режим 3-4 недели, трудоспособность восстанавливается через 2 месяца. При переломах вертлужной впадины со стороны повреждения накладывается скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Медицинская сестра готовит необходимый набор инструментов, а постель готовит, как для пациента, находящегося на скелетном вытяжении. Длительность вытяжения 1-1,5 месяца, трудоспособность восстанавливается через 8-12 месяцев.

При переломах с нарушением целостности тазового кольца, помимо скелетного вытяжения за бугристость большеберцовой кости, для сближения костных отломков таз помещается на специальный гамак, к шнурам которого подвешивается груз. На постельном режиме пациент находи 5-6 месяц, трудоспособность восстанавливается через 8-10 месяцев. Современный метод лечения переломов со смещением - остеосинтез с помощью аппаратной наружной фиксации отломков кости. Хирургическая коррекция проводится в первые три дня после травмы. Ее преимущества: лучшее восстановление анатомической формы и опорной функции таза; уменьшение инвалидизации; сокращение сроков постельного режима (до 1 недели); лечения и реабилитации пациента (4-8 месяцев).

Заключение

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

На основании выше изложенного, нами был составлен план реабилитации для пациентов с повреждениями позвоночника и костей таза.

Восстановление после травм позвоночника - процесс достаточно длительный. При травмах позвоночника и таза, не осложненных повреждением спинного мозга, показана ЛФК с первых дней травмы: сначала она состоит из упражнений для дыхательной гимнастики, со второй недели разрешают движения конечностями. Упражнения постепенно усложняют, ориентируясь на общее состояние больного. Кроме ЛФК при неосложненных травмах позвоночника и таза с успехом применяют массаж и тепловые процедуры. Реабилитация при повреждениях спинного мозга, дополняется электроимпульсной терапией, иглорефлексией. Медикаментозное лечение включает ряд препаратов, усиливающих процессы регенерации в нервной ткани (метилурацил), улучшающих кровообращение (кавинтон) и внутриклеточные процессы метаболизма (ноотропил). Для улучшения обмена веществ и ускорения восстановления после травмы также назначают анаболические гормоны и тканевую терапию (стекловидное тело и др.). Сегодня разрабатываются новые нейрохирургические методы (трансплантация эмбриональных тканей), усовершенствуются методики проведения операций, реконструирующих пораженный сегмент, проводятся клинические испытания новых лекарственных средств. С трудностями лечения, реабилитации и ухода после травм позвоночника связано появление новой отрасли медицины - вертебрологии. Развитие области имеет большое социальное значение, поскольку, по статистическим данным, травмы позвоночника и таза приводят к инвалидности наиболее активных слоев населения.

Список использованных источников

1. В. Дмитриева, А. Кошелев, А. Теплова Статья: “Уход за больными с повреждениями позвоночника и таза”. Журнал «Медицина» из раздела: Общая хирургия. М.: 2008г.

. Лебедев В.В., Охотский В.П., Каншин Н.Н. Неотложная помощь при сочетанных травматических повреждениях. М., Медицина, 2009г.

. Никитин Г.Д. Множественные переломы и сочетанные повреждения. Л., Медицина, 2010г.

. С.А. Бахшиева, Л.А. Мудрова. Пособие по уходу за хирургическими больными, Красноярск, 2009 г.

. Буянов М.М., Нестеренко Ю.А. Хирургия. - М.: Медицина, 2012г.

. Муратов С.Н. Хирургические болезни с уходом за больным. - М.: Медицина, 2008 г.

. Стецюк В.Г. Сестринское дело в хирургии. Учебное пособие для медицинских училищ и колледжей, М.: ГЭОТАР - МЕД 2006 г.

. Юденич В. В. Первая помощь при травмах. - М.: Медицина, 2007г.