

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПАЦИЕНТАМИ С ТРАВМАМИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

И.А. Данилова

Российский научный центр «Восстановительная травматология и ортопедия» им. акад. Г.А. Илизарова, Курган
E-mail: postairiny@mail.ru

Представлены особенности ухода за пациентами с повреждениями бедренной кости, к которым применен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. Отмечена роль медсестры в организации реабилитационных мероприятий с учетом особенностей и специфики данного метода лечения.

Ключевые слова: травмы бедренной кости, методы лечения, сестринский уход.

Остеосинтез (древне-греч. ὀστέον – кость, σύνθεσις – сочленение, соединение) – хирургическая репозиция костных отломков с помощью фиксирующих конструкций, обеспечивающих длительное устранение их подвижности. В качестве фиксаторов обычно используют штифты, гвозди, шурупы, винты, спицы и т.д. из материалов, обладающих биологической, химической и физической инертностью. Один из наиболее эффективных способов лечения травматических повреждений бедренной кости – чрескостный остеосинтез, предложенный Г.А. Илизаровым в 1952 г. [2, 3]. Большинство врачей не оспаривают положительные качества метода, но отмечают один наиболее существенный

его недостаток – дискомфорт для пациента. В данном случае роль медсестры не ограничивается выполнением стандартных процедур сестринского ухода. Медсестра помогает пациенту адаптироваться к новым условиям, связанным с наличием аппарата внешней фиксации на бедре, дает необходимые разъяснения, что во многом обеспечивает эффективность лечения [4].

Целью работы было изучение особенностей ухода за пациентами с повреждениями бедренной кости, у которых применен чрескостный остеосинтез аппаратом Илизарова. Весь период курации можно разделить на 2 этапа: предоперационный и послеоперационный

Предоперационный период

После того как для пациента выбран данный метод лечения (чрескостный остеосинтез бедра), средний медперсонал должен дать пациенту рекомендации по некоторым особенностям неспецифической подготовки. В послеоперационном периоде привычную, повседневную одежду нельзя будет носить, поэтому больному необходимо отобрать из своего гардероба подходящую одежду и приспособить ее так, чтобы она стала более функциональной. Рекомендуется выбирать одежду свободного кроя, предпочтительнее из натуральных тканей. Это касается и нижнего белья, повседневной и верхней одежды. После того как врач подберет пациенту кольца по размеру бедра, станет известным диаметр конструкции и, следовательно, – параметры одежды в перешитом виде. Необходимо распустить штанину по боковому шву со стороны прооперированной ноги и надставить тканью для возмещения недостающего объема, затем по всему боковому шву пустить молнию или липкую ленту, чтобы конечность легко высвобождалась. Это касается и нижнего белья, только на боковой шов нашиваются пуговицы или завязки.

По этому же принципу шьется чехол для аппарата. Его предназначение – сохранить повязки в чистоте. Для этого берется отрезок ткани необходимой ширины и длины, по краю которого пускается молния (рис. 1).

Обувь тоже должна быть максимально функциональной, предпочтительно – кожаная, правильно подобранная по подъему и размеру, без шнурков, подошва не должна быть скользкой.

Перед операцией необходимо приобрести костыли (локтевые или подмышечные), удобные для конкретного пациента, либо ходунки. Костыли необходимо отрегулировать по высоте.



Рис. 1. Внешний вид чехла для аппарата Илизарова

За время нахождения пациента в операционной медицинский персонал трансформирует его кровать так, чтобы она стала функциональной и при этом не менее удобной. Для этого укладываются жесткие пуфики так, чтобы между ними был зазор необходимой длины со стороны оперируемой конечности (рис. 2).

Так как аппарат – железный и весит около 1,5–2,0 кг, на раму крепится прочная синтетическая веревка с крючками на концах, к которым можно прикрепить кольца аппарата, чтобы уменьшить его массу (она особенно ощущается в области колена), облегчить уход за пациентом после операции и ускорить процесс его привыкания к новому состоянию.

Послеоперационный период

Весь послеоперационный период условно можно разделить на 2 этапа (ранний и поздний). Ранний – период от момента проведения операции до снятия швов, т.е. первые 10 дней; поздний – весь остальной период лечения до снятия аппарата. К особенностям раннего послеоперационного периода относятся: выработка навыков вертикализации, обучение ходьбе, перевязкам, бинтованию конечности эластичным бинтом. Преимущество рассматриваемого метода лечения состоит в том, что непродолжительное оперативное вмешательство (в среднем 2–2,5 ч) позволяет пациентам активизироваться уже на 2-е сутки после операции, начинать ходить с помощью костылей. Однако пациентам приходится учиться ранее привычным для них вещам: вставать с постели, садиться, выполнять гигиенические процедуры и т.д. В этот период важна роль медсестер, основная задача которых – объяснить, как выполнять эти несложные манипуляции. Например, больной, вставая, должен опираться на здоровую ногу. Важно, чтобы нога в аппарате находилась с краю (это учитывается еще на этапе поступления пациента в стационар при размещении его на свободную кровать). Первый подъем пациента с кровати должен обязательно происходить в присутствии медсестры, которая поддерживает оперированную конечность, плавно опуская ее до фиксации стопы на полу. Затем пациент опускает здоровую ногу и может встать, используя костыли или придерживаясь за «балканскую» раму. При этом пациенту необходимо объяснить весь процесс перехода в вертикальное положение. Когда пациент делает первые шаги, следует находиться рядом с ним,

так как от неумения правильно ходить после операции он может потерять равновесие. Процесс укладки в кровать выполняется по тому же принципу в обратном порядке.

Наличие чрескостно проведенных спиц обуславливает выполнение перевязок на протяжении всего времени лечения до момента снятия аппарата. Зачастую это вызывает затруднения, особенно у медсестер перевязочных кабинетов поликлиник, так как наложение повязки на конечность с аппаратом Илизарова имеет особенности. Места проведения спиц через кожный покров обрабатывают кожным антисептиком и укрывают стерильными салфетками в виде «штанишек» (рис. 3, а), которые затем прижимаются резиновыми дисками (рис. 3, б). Перевязка заканчивается наложением поверх «штанишек» специально приготовленного бинта. Для этого бинт складывают вдвое так, чтобы его ширина составляла 5 см, что обеспечивает удобство выполнения перевязки.

Особенности имеет и процедура эластической компрессии нижней конечности, что необходимо для профилактики тромбоэмболических осложнений*. В условиях аппарата Илизарова произвести полноценное бинтование нижних конечностей в полном объеме (от стопы до паха) бывает невозможно. Поэтому во время бинтования эластичным бинтом необходимо последовательно укладывать туры бинта, уменьшая давление по мере продвижения к верхней части бедра, перекрывая предыдущий виток на 2/3, и получая таким образом спираль. Медицинскому персоналу следует следить за тем, чтобы была закрыта вся нога, в том числе голеностопный и коленный суставы, для чего бинт за-

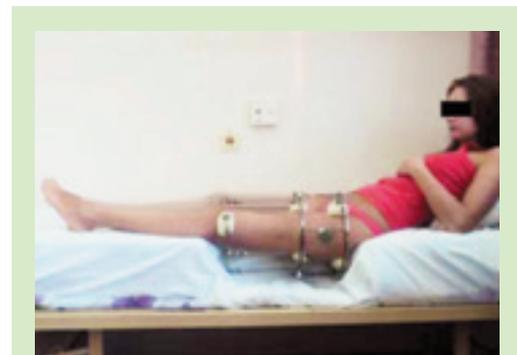


Рис. 2. Положение пациента на кровати с бедренной укладкой



Рис. 3. Этапы выполнения перевязки



Рис. 4. Этапы наложения эластичной повязки

водят под опоры аппарата Илизарова и проводят между ними. Данный прием позволяет выполнить адекватную эластичную компрессию мягких тканей нижней конечности. Важно отметить, что в нашем случае наиболее удобен бинт большей длины (ширина – около 8 см), которого хватило бы на всю поверхность ноги, так как по мере наложения туров объем рулона уменьшается и его легче завести под опоры аппарата (рис. 4).

В позднем послеоперационном периоде, когда пациент уже адаптирован к аппарату Илизарова на бедре, сестринский уход сводится к контролю за гигиеническим состоянием аппарата и повязок на бедре.

В процессе остеосинтеза аппаратом Илизарова пациенты не имеют возможности привычным для них образом принимать ванну или душ, поэтому медицинский персонал должен объяснить особенности гигиенических процедур и на начальном этапе помочь больному. Чтобы не замочить салфетки на спицах аппарата, всю конструкцию лучше обернуть полиэтиленовой пленкой. Мыться следует стоя на полу, наклонив корпус над ванной; начинают с верхней части туловища, затем моют здоровую ногу, и только потом – область голени прооперированной конечности. Надо отметить, что кожа в области бедра, на которую наложен аппарат, обрабатывается протираем как в период перевязки, так и по мере необходимости (спиртосодержащими салфетками, спиртово-мыльным раствором).

В клинической практике, особенно в учреждениях амбулаторного типа, у пациентов с аппаратом Илизарова возникает много вопросов к сестринскому персоналу по методике выполнения простейших процедур. Основная задача медсестер – не только помочь пациентам в адаптации к новым ус-

ловиям, но и дать им все необходимые навыки [1]. Так как данная методика применяется не только в нашем Центре, но и по всей России и далеко за ее пределами, средний медицинский персонал хирургических и травматологических отделений должен знать особенности и нюансы метода, чтобы оказывать полноценный уход. В учебно-методической литературе нам не удалось найти каких-либо рекомендаций по уходу за пациентами, получающими лечение с помощью аппарата Илизарова. Эти навыки и знания, как правило, передаются устно от более

опытных медсестер медсестрам, начинающим трудовую деятельность. Лечение и уход за такими больными не представляет особых трудностей. Нужны лишь рациональная организация реабилитационных мероприятий и специальная подготовка среднего медицинского персонала с учетом особенностей и специфики данного метода лечения.

Литература

1. Губин А. В., Борзунов Д.Ю. Парадигма Илизарова // Гений ортопедии. – 2012; 4: 5–9.
2. Илизаров Г.А. Диплом №355 (СССР) Обще-биологическое свойство тканей отвечать на дозированное растяжение ростом и регенерацией (эффект Илизарова). – № ОТ. 11271; заявл. 23.04.89; опубл. 23.04.89, Бюл. № 15. 1 с. (Приоритет от 24.11.70).
3. Шевцов В.И., Макушин В.Д., Куфтырев Л.М. Дефекты костей нижней конечности. – М.: ИПП «Зауралье», 1996. – 504 с.
4. Tikhomirova T.V. Preoperative Preparation and Postoperative Care Of Patients Having Ilizarov Apparatus On. 1st international symposium on maxillofacial and orthopaedics Ilizarov distraction osteogenesis: Abstract book. Beldibi – Antalya, 29 march – 01 april, 2012. – P. 34.

SPECIFIC FEATURES OF NURSING CARE OF PATIENTS WITH FEMUR INJURIES AND THEIR SEQUELS IN THE USE OF ILIZAROV'S TRANSOSSEOUS OSTEOSYNTHESIS

I.A. Danilova

Acad. G.A. Ilizarov Russian Reparative Traumatology and Orthopedics Research Center, Kurgan

The paper describes the specific features of care of patients with femur injuries for which the Ilizarov transosseous osteosynthesis apparatus is used. It shows the role of a nurse in implementing rehabilitation measures in terms of the peculiarities and specificity of this treatment option.

Key words: femur injuries, treatment options, nursing care.

*Данилова И.А., медсестра. Удостоверение на рационализаторское предложение № 45/2012 «Способ профилактики тромбозных осложнений путем эластичного бинтования нижней конечности в условиях аппарата Илизарова».