

**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ
«КУБАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**



Кафедра хирургических болезней детского возраста

**ОБЩИЙ УХОД ЗА ДЕТЬМИ В ОРТОПЕДО-ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОМ ОТДЕЛЕНИИ. ОСОБЕННОСТИ
НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА ЗА БОЛЬНЫМИ ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ, НАХОДЯЩИХСЯ
НА СКЕЛЕТНОМ ВЫТЯЖЕНИИ, В ГИПСОВОЙ ПОВЯЗКЕ. ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ОБЯЗАННОСТИ
МЛАДШЕГО МЕДИЦИНСКОГО ПЕРСОНАЛА**

Отделение травматологии и ортопедии



Общий уход за детьми в ортопедо-травматологическом отделении



В ортопедо-травматологическом отделении проходят восстановительное лечение пациенты с дегенеративно-дистрофическими заболеваниями опорно-двигательного аппарата, последствиями травм, операций на костях и крупных суставах. Чаще это дети, которых госпитализируют в экстренном порядке с переломами костей или вывихами в суставах, тяжелобольные, которые требуют специального лечения и особенного досмотра. В большинстве случаев это лежащие больные, которые находятся на вытягивании, или с фиксированными гипсовыми повязками конечностями.

Уход за травматологическими больными имеет ряд особенностей. Персонал, который присматривает за этими больными, должен знать динамику патологического процесса, точно знать, какая кость повреждена, открыт перелом или закрытый, какое состояние сосудов и нервов конечности после травмы, нет ли нарушение кровообращения в конечности, какая операция проведена и под каким обезболиванием.

Детей с переломами позвоночного столба или таза кладут на щит (чаще деревянный), которым прикрывают сетку кровати. Он должен быть гладким, без щелей и трещин.

Перед использованием щит нужен продезинфицировать (облить кипятком, опрыснуть дезинфицирующим раствором или осыпать порошком). На щит кладут тонкий матрас и прикрывают его простыней, под которую иногда подстеливают клеенку. Поскольку такие больные длительное время лежат неподвижно, нужно следить за тем, чтобы не образовывались складки на простыне, которые жмут на кожу.

При переломе шейного отдела позвоночника осуществляют вытягивание за голову специальной петлей (Глиссона) из плотной ткани или кожи, ее крепят пряжками и ремешками к затылку и подбородку. К петле привязывают шнурок, который перебрасывают через блок, и к нему подвешивают груз. Для противовеса главный конец кровати несколько поднимают. На время кормления больного ребенка переднюю часть петли распускают, чтобы он мог пережевывать еду. При переломе бедренной или большеберцовой кости часто используют скелетное вытягивание. Конечность кладут на специальную шину в согнутом в бедренном и коленном суставах положении. В случае скелетного вытягивания пользуются спицей, проведенной в стерильных условиях через надвыростки бедренной кости или бугристость большеберцовой кости.

Одним из самых распространенных методов лечения при переломе костей есть наложение гипсовой повязки. Для этого используют гипс, который во время смешивания с водой превращается в массу, которая твердеет через 5—7 мин. Это свойство гипса используют для изготовления гипсовых бинтов, которыми иммобилизируют (обездвиживают) конечности.



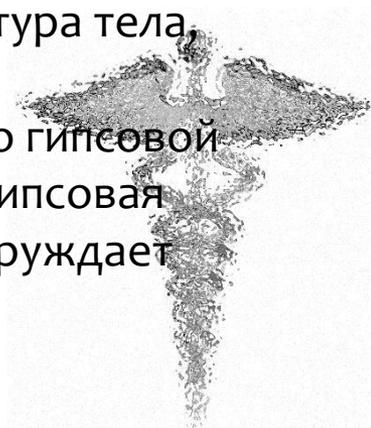
Перед наложением гипсовой повязки костные выступления защищают ватными прокладками. Нужно помнить, что со временем они могут сместиться и жать на мягкие ткани, вызывая боль, а со временем — и пролежни.

Особенного внимания требуют больные в первые часы после наложения гипсовой повязки, поскольку могут развиваться такие осложнения, как сжатие кровеносных сосудов и нервов. Туго наложенная повязка может повлечь пролежни, некроз тканей, вплоть до гангрены. Для предотвращения этих осложнений нужно внимательно прислушиваться к жалобам больного ребенка (боль в конечности, ощущение ползания муравьев, зябкость), наблюдать за пальцами, которые должны быть открытыми. Появление боли, побледнения пальцев или их синюшная окраска — сигнал о том, что нужно немедленно разрезать гипсовую повязку и устранить причину появления осложнения.

Конечность с наложенной на нее гипсовой повязкой должна быть немного поднятой, чтобы не было застойных явлений.

В случае открытых переломов и ран, на которые наложена окончатая гипсовая повязка, нужно следить за температурой тела, появлением боли в участке раны, картиной крови. Если на третьи-четвертые сутки повысилась температура тела, появилась боль, нужен контроль раны.

После оперативного вмешательства на кости и наложения после этого гипсовой повязки нужно следить, чтобы повязка не пропиталась кровью. Если гипсовая повязка в положении больного на спине сжимает грудную клетку и утрудняет дыхание, под нее подкладывают на уровне груди мешочки с песком.



Повязка при этом поднимается, освобождая грудную клетку. В лечении травматических поражений костей важную роль играет лечебная физкультура, ее должны проводить уже с первых суток после начала вытягивания или наложения гипсовой повязки. Независимо от фиксации травмированных костей, нужно сокращать мышцы, делать движения в суставах, даже фиксированных гипсовой повязкой. Ранние движения предотвращают развитие тугоподвижности суставов, атрофии мышц после снятия скелетного вытягивания или гипсовой повязки. В этот период нужно назначить физиотерапевтические процедуры, лечебную гимнастику, массаж.

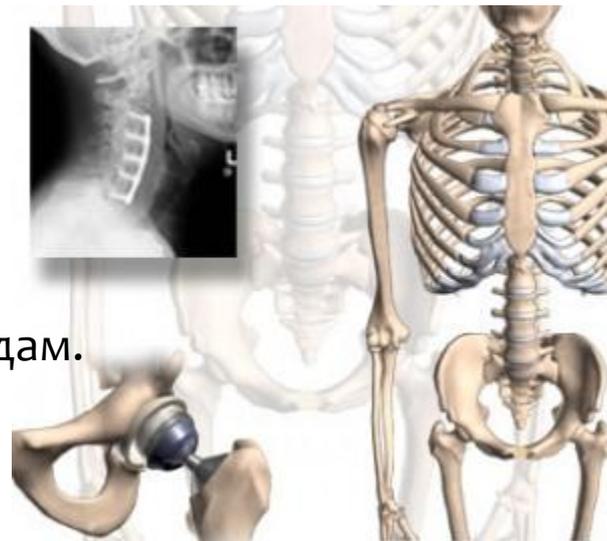


Особенности наблюдения и ухода за больным после хирургических вмешательств на скелетном вытяжении

После завершения хирургической операции пациента переводят в палату наблюдения, отделение интенсивной терапии или общую палату. Если больного оперировали под общим наркозом, необходим постоянный контроль за его состоянием до полного пробуждения.

Контролируют:

- - уровень сознания;
- - цвет кожных покровов;
- - температуру тела;
- - частоту пульса и дыхания;
- - уровень артериального давления;
- - наличие тошноты и рвоты;
- - болевые ощущения;
- - состояние раны и отделяемое по дренажам и зондам.



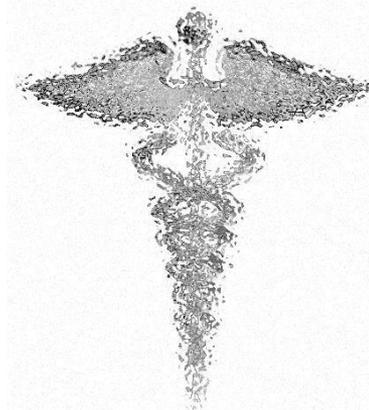
Уход за больными с гипсовой повязкой.

Особенно внимательного наблюдения требуют больные в первые сутки после наложения повязки. При неправильно наложенной гипсовой повязке может наступить сдавление сосудов, нарушение крово- и лимфообращения и даже омертвление конечности.

Для своевременного выявления этих осложнений необходимо регулярно осматривать состояние периферических отделов конечностей, пальцев. При этом обращается внимание:

- на цвет кожных покровов (бледность, синюшность),
- их температуру (похолодание),
- отечность,
- возможность самостоятельных движений,
- чувствительность,
- наличие или отсутствие болевых ощущений.

Обо всех замечаниях немедленно извещается врач, который принимает решение о разрезании, ослаблении повязки, раздвигании ее краев.



Уход за больными при лечении переломов вытяжением.

При лечении этим методом больной имеет гораздо больше возможностей для занятий лечебной физкультурой. Особое внимание при этом следует уделять выполнению активных движений здоровой конечностью, что способствует рефлекторному усилению кровообращения в поврежденной конечности и приводит к скорейшей консолидации перелома.

Следует ежедневно осматривать зону введения спицы. Для профилактики нагноения рекомендуется вставлять пропитанные спиртом марлевые шарики между фиксаторами спицы и кожей. Если нагноение наступает, спицу удаляют и прибегают к другому методу лечения. Больной должен находиться на скелетном вытяжении не более 4 недель. По истечении этого срока накладывают гипсовую повязку. Необходимо следить, чтобы не было отвисания стопы, т.к. в последующем возникшее положение подошвенного сгибания трудно исправить ("конская стопа"). Для этого стопа удерживается под углом 95° к оси голени специальной подошвой. Важно отметить, что все мероприятия по уходу должны быть согласованы с врачом и зачастую проводятся под его контролем и при его непосредственном участии, с тем, чтобы не наступило смещение отломков кости и не было нарушено правильное положение больной конечности.



Функциональные обязанности младшего медицинского персонала.

1. Палату убрать и проветрить.
2. Кровать (лучше функциональная с балканской рамой) застелить чистым бельем и согреть грелками.
3. Приложить грелки (37°C) к ногам больного через полотенце или пелёнку и проводить мониторинг за больным во избежание ожогов от грелки (так как больной может быть в бессознательном состоянии и не чувствовать боли).
4. На прикроватной тумбочке должны быть почкообразный тазик, поильник, устройство для дыхательной гимнастики, тупфер в стакане с водой для смачивания губ.
5. Под кроватью судно и мочеприёмник.
6. Должна быть доступна и исправна сигнальная аппаратура для вызова медперсонала.
7. При необходимости организована подача увлажненного кислорода.



Кровать пациента.

