Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение
Самарской области
«Сызранский медико-гуманитарный колледж»

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

(дипломная работа)

Тема: «Изучение и анализ роли медицинской сестры в реабилитации пациентов с остеохондрозом в условиях стационара»

ИСПОЛНИТЕЛЬ:
студент IV курса специальности 34.02.01
Сестринское дело
ДОПУСТИТЬ К ЗАЩИТЕ:

Руководитель	_____ (подпись)	Петрова Марина Сергеевна
Нормоконтролер	_____ (подпись)	Минеева Юлия Юрьевна
Нормоконтролер	_____ (подпись)	Новоженина Светлана Александровна
Заместитель директора по учебной работе	_____ (подпись)	Куликова Наталья Афанасьевна

г.о. Сызрань, 2022г.

Содержание

Введение.....3

Глава 1. Теоретические основ Остеохондроза.....9

1.1 Определение “Остеохондроз”.Этиология.Патогенез.....9

1.2 .Клиническая картинка.....11

1.3 Классификация.....12

1.3.1 Крестцовый остеохондроз.....13

1.3.2 Поясничный остеохондроз.....16

1.3.3 Грудной остеохондроз.....23

1.3.4 Шейный остеохондроз.....28

1.4 Осложнения.....33

1.5 Диагностика.....33

1.6 Лечение.....35

1.7 Профилактика.....38

Глава 2. Роль медицинской сестры в реабилитации пациента с остеохондрозом (Практическая часть).....39

2.1 Составление для пациента индивидуальной реабилитационной программы с позиции сестринского ухода.....39

2.2 Сестринский процесс: уход за больными при остеохондрозе.....56

2.3 Роль медицинской сестры в реабилитации пациента с остеохондрозом в условиях стационара.....60

2.5 Заключение.....63

2.6 Список используемой литературы.....65

2.7 Приложения.....67

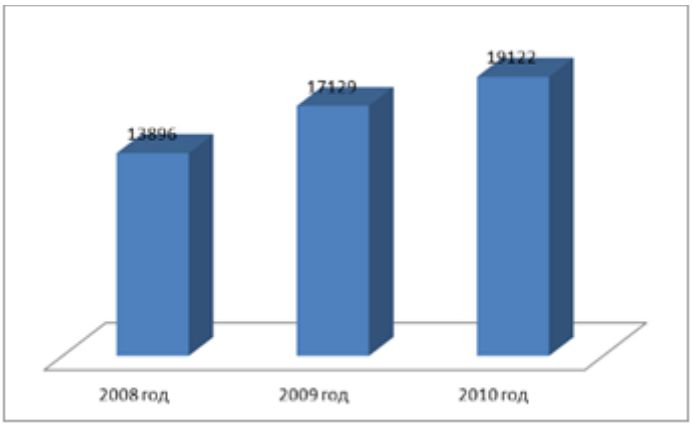
Введение

Актуальность проблемы.

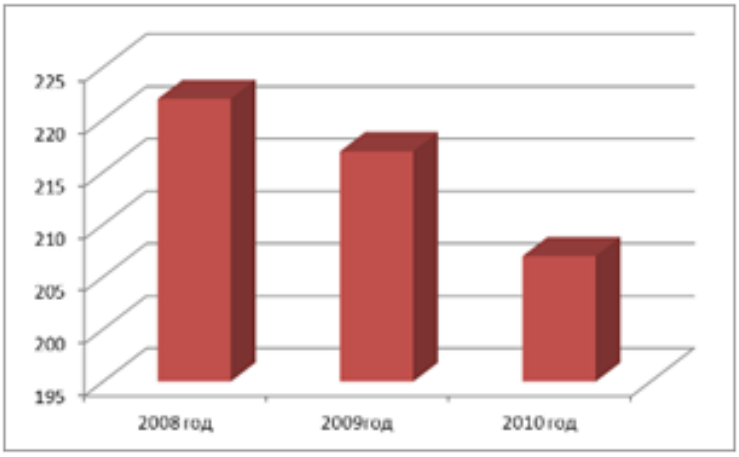
Остеохондроз является одной из актуальных проблем здоровья среди населения всего земного шара. В медицинском сообществе определяют, как хроническое заболевание позвоночника, в возникновении которого одну из ведущих ролей играют дегенеративно-дистрофические изменения в его структуре. Первые признаки могут уже диагностироваться в 20-30 лет, с возрастом развиваются уже более серьезные повреждения.

Согласно медицинской статистике заболеваемость остеохондрозом растет год за годом. По оценкам различных специалистов до 85% взрослого населения России сталкивается с данным заболеванием. Данные показывают, что 45% пациентов из общего числа находятся на инвалидности по данному заболеванию.

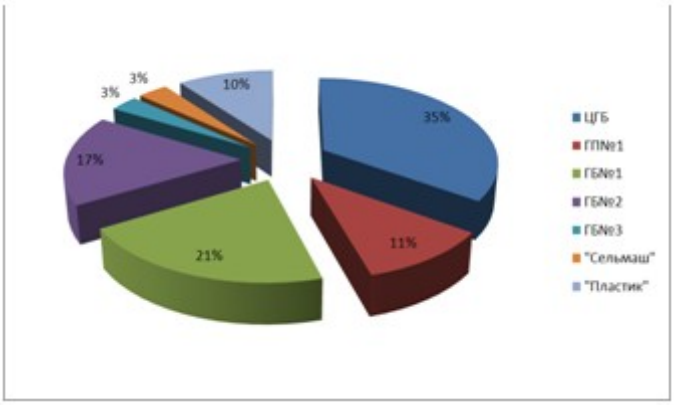
Анализ статистических данных показывает, что отмечается рост заболеваемости остеохондрозом позвоночника по г. о. Сызрань за период 2008 - 2010 годы. Если в 2008 году всего по Сызрани было зарегистрировано 13896 случаев заболевания, то в 2009 данный показатель вырос на 18,8%, а в 2010 году лиц, страдающих остеохондрозом позвоночника, стало еще на 11,6% больше.



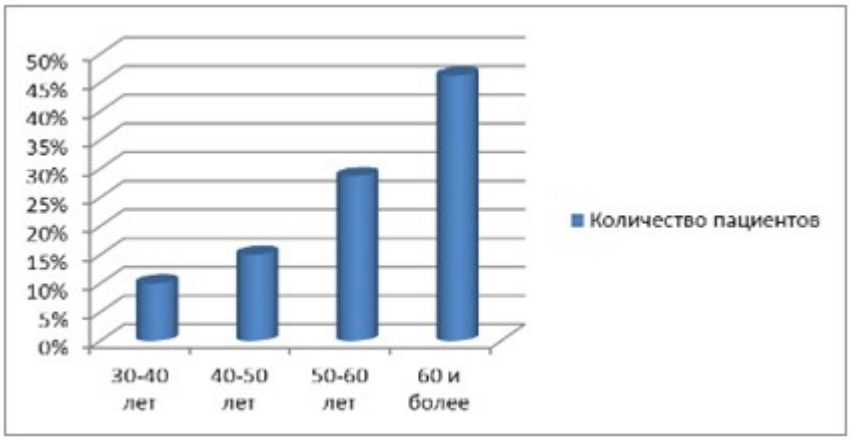
Однако, несмотря на рост заболеваемости остеохондрозом позвоночника, количество пациентов, поставленных на диспансерный учет, с каждым годом уменьшается.



Анализ заболеваемости по территориальному признаку показал, что наибольшее количество пациентов с остеохондрозом позвоночника обращается за медицинской помощью в ГБУЗ СО “Сызранская ЦГБ”, а меньше всего - в МСЧ ОАО «Пластик» и ООО МСЧ «Сельмаш». Возможно, это связано с тем, что к данным ЛПУ прикреплено меньшее количество населения, преобладающая часть которого является трудоспособным.



Статистический анализ показал, что около половины всех случаев заболевания было зарегистрировано в самой старшей группе пациентов - от 60 лет и более (46,2%). Среди них более половины составляли мужчины. На втором месте была следующая возрастная группа - лица от 50 до 60 лет, которая составила около трети от числа всех пациентов, причем 65% из них составляли женщины. На возрастные группы от 40 до 50 лет и от 30 до 40 лет приходится наименьшее количество пациентов - 15% и 10% соответственно.



В первую очередь опасность остеохондроза для трудоспособного населения заключается в его осложнениях, если вовремя не выявить

заболевания и не оказать своевременное лечение. Одним из наиболее опасных последствий остеохондроза является спинальный инсульт. Даже при своевременном медицинском вмешательстве острое нарушение кровообращения в спинном мозге может привести к опасным осложнениям в будущем. При обширном поражении возможна полная потеря болевой и температурной чувствительности в областях тела. Нередко спинальный инсульт становится причиной утраты трудоспособности: например, музыканты или массажисты, утратившие тактильную чувствительность, уже не могут нормально работать. Двигательные расстройства характеризуются парезом (значительное снижение мышечной силы, вялость) и со временем приводят к атрофии мышц.

По данным ВОЗ, каждый пятый человек земного шара после 30 лет страдает от сильных болей в спине, а остеохондроз поражает от 40 до 90% всего населения земного шара.

В большинстве случаев остеохондроз поражает поясничный отдел позвоночника, так как на него приходится основная часть всей нагрузки, оказываемой на позвоночник, реже поражаются шейный и грудной отделы.

Чаще всего данное заболевание развивается в позвоночнике и может возникнуть в любом его отделе: шейном, грудном или поясничном. Деформация позвонков оказывает влияние на нервные корешки спинного мозга и нарушает кровообращение и обменные процессы в позвоночнике.

Остеохондроз принято считать болезнью старшего возраста, хотя в последнее время заболевание все чаще встречается и у молодых людей. Причиной развития остеохондроза позвоночника становятся процессы, которые связаны с естественным старением организма. У людей после 50 лет ткани позвоночника начинают «изнашиваться» и терять свои функции. В результате дегенеративных процессов в межпозвоночных дисках происходит деформация позвонков. На них начинают образовываться костные наросты, которые нарушают гибкость позвоночника и оказывают негативное влияние на нервные стволы и кровеносные сосуды.

В большинстве случаев остеохондроз поражает поясничный отдел позвоночника, так как на него приходиться основная часть всей нагрузки, оказываемой на позвоночник, реже поражаются шейный и грудной отделы. Позвоночник человека составляет 33-34 позвонка, соединенных между собой межпозвоночными дисками, которые выполняют определенные функции (амортизирующую, соединительную и обеспечивают подвижность позвоночника).

Межпозвоночный диск состоит из студенистого ядра, фиброзного кольца и покрывающего сверху и снизу гиалинового хряща. При нарушении кровообращения позвоночника происходит постепенное усыхание и снижение высоты диска, что приводит к потере его прочности, эластичности и упругости.

Под воздействием нагрузки на позвоночник происходит смещение студенистого ядра в сторону повреждения (образуется выпячивание). При полном разрыве фиброзного кольца образовывается межпозвоночная грыжа, что сопровождается сильными болями в спине. Появившееся выпячивание или грыжа приводят к смещению позвонков и сдавлению нервных корешков и сосудов.

Проблема остеохондроза позвоночника стала одной из самых распространенных в неврологии. Социальная значимость остеохондроза позвоночника связана с тем, что данное заболевание поражает лиц трудоспособного возраста и требует больших финансовых затрат для проведения лечения и реабилитации. Таким образом, высокий процент заболеваемости и ранняя инвалидизация трудоспособного населения определили просветительскую работу по профилактике остеохондроза позвоночника как основную задачу профилактической службы

Так как остеохондроз занимает второе место после острых респираторных заболеваний и гриппа, что приносит значительный экономический ущерб. Поэтому изучение данной проблемы становится важной социальной задачей.

Цель: Изучить роль медицинской сестры в реабилитации пациентов с остеохондрозом в условиях стационара - “Центр восстановления суставов и позвоночника”.

Для достижения цели были поставлены следующие

Задачи: 1. Изучить понятие “Остеохондроз ”, причины, виды, стадии, факторы риска, осложнения, диагностика, лечение, профилактика.

2. Проанализировать статистику остеохондроза в России, Самарской области г. Сызрань

3. Выявить роль медицинской сестры в реабилитации пациентов с остеохондрозом в условиях стационара

Глава 1. Теоретические основы Остеохондроза

1.1 **Остеохондроз** — это хроническое заболевание, при котором происходят дегенеративные изменения позвонков и находящихся между ними межпозвонковых дисков.

Этиология.

Остеохондроз является одним из процессов старения организма. Раньше или позже в межпозвонковом диске возникают атрофические изменения, однако травмы, заболевания и различные перегрузки позвоночника способствуют более раннему возникновению остеохондроза.

Чаще всего остеохондроз возникает в шейном и поясничном отделе позвоночника.

Главной причиной возникновения остеохондроза является постоянная перегрузка позвоночно-двигательного сегмента, состоящего из двух соседних позвонков с расположенным между ними межпозвонковым диском. Причинами такой перегрузки может быть нарушение осанки, сидение в неправильной позе или ходьба с неровным позвоночным столбом который также вызывает дополнительную нагрузку на диски, связки и мышцы позвоночника. Процесс может усугубляться из-за особенностей строения позвоночника и недостаточности трофики его тканей, обусловленных наследственными факторами. Чаще всего пороки в строении встречаются в шейном отделе и приводят к сосудистым нарушениям и раннему появлению признаков остеохондроза шейного отдела позвоночника.

Причиной возникновения остеохондроза поясничного отдела чаще связан с его перегрузкой при наклонах и подъемах тяжести. Здоровый межпозвоночный диск может выдерживать значительные нагрузки благодаря гидрофильности находящегося в его центре пульпозного ядра. Ядро содержит большое количество воды, а жидкости, как известно, мало сжимаемы. Разрыв здорового межпозвонкового диска может произойти при силе сдавления более 500 кг, в то время как измененный в результате остеохондроза диск

разрывается при силе сдавления в 200 кг. Нагрузку в 200 кг испытывает поясничный отдел позвоночника человека вес которого 70 кг, когда он удерживает 15-ти килограммовый груз в положении наклона туловища вперед на 200.

Такое большое давление обусловлено малой величиной пульпозного ядра. При увеличении наклона до 700 нагрузка на межпозвонковые диски составит 489 кг. Поэтому нередко первые клинические проявления остеохондроза поясничного отдела позвоночника появляются во время или после подъема тяжестей, выполнения работы по дому или огороду и тп.

Патогенез

В основе развития остеохондроза лежит ряд патофизиологических механизмов. Заболевание развивается в результате дистрофических процессов, которые берут начало в достаточно раннем возрасте, а также асептического воспаления, дистонии, спазма.

При возникновении изменений корешка межпозвонкового диска в начале происходит повреждение оболочки вокруг нервных волокон (демиелинизация), потом наблюдаются повреждения отростков нервных клеток (аксонопатия), местное снижение кровообращения (ишемия) и далее — венозный застой. Совокупность этих процессов усугубляет ситуацию, и если отсутствует своевременное лечение, это ведет к возникновению периферической или центральной сенситизация.[5]

Чаще всего отмечается поражение студенистого ядра и фиброзного кольца межпозвонкового диска. Механические нагрузки приводят к тому, что упругое фиброзное кольцо диска утрачивает эластичность и происходит его выпячивание. Затем сквозь трещины фиброзного кольца происходит выпадение участков студенистого ядра позвоночника, т.е. протрузию диска сменяет грыжа диска.

Грыжей межпозвоночного диска называется солидное образование, которое сохранаяет связь с телом межпозвонкового диска, но иногда

происходит выпадение ее фрагментов в позвоночный канал (секвестрация диска).

1.2 **Клиническая картинка остеохондроза**

Симптомы рассматриваемого заболевания проявляются в зависимости от степени повреждения сосудов, нервных окончаний и возможной деформации позвоночника. Так признаки остеохондроза условно делятся на три группы.

В перечне статических симптомов значится нарушенная осанка, обусловленная изменением формы позвонков, а именно кифоз, сколиоз, лордоз. Подвижность иногда ограничивается, больной не может повернуть голову или выпрямиться.

1. Неврологические симптомы — это признаки, полученные в результате повреждения нервных окончаний. Пациенты жалуются на онемение некоторых частей спины, ограничение подвижности конечностей из-за недостаточной интенсивности сокращения мышц. К этому списку относятся и боли, слабые на начальных стадиях и сильные на поздних этапах. К неврологическим симптомам относятся и другие признаки остеохондроза:
   - Наличие мурашек;
   - Ощущение покалывания;
   - Нарушение чувствительности поверхности кожи.
2. К признакам остеохондроза со стороны сосудистой системы относятся последствия двух процессов: сдавливания вен и изменения тонуса симпатической нервной системы. Вены и артерии зажимаются деформированными позвонками и отростками, что чаще всего происходит в зоне шеи. Если больного беспокоит именно шейный остеохондроз, симптомы похожи на картину гипоксии. Тогда признаки шейного остеохондроза таковы: тошнота и головокружение из-за недостатка кровообращения в области внутреннего уха. В это же время патологическое повышение тонуса

симпатической системы приводит к долгому спазму периферических сосудов, результатом которого становится хроническая ишемия внутренних органов

3. Трофические признаки выражаются в снижении уровня питания тканей. Это симптомы, видимые на поверхности кожи: язвы, изменение оттенка и тому подобное. По сути, трофический ряд признаков позвоночного остеохондроза представляет собой сочетание факторов неврологического сосудистого происхождения.

Защемление сосудов, вызванное деформацией позвонков, часто приводит к развитию вегето-сосудистой дистонии, в перечень проявлений которой входят:

- Перепады АД;
- Головные боли;
- Тошнота и позывы к рвоте;
- Одышка;
- Смены озноба жаром и обратно;
- Бессонница;
- Упадок сил;
- Метеочувствительность.

В запущенных случаях возможны обмороки.

1.3 Классификация остеохондроза

Классификация остеохондроза по локализации включает в себя четыре вида:

- Крестцовый
- Поясничный
- Грудной
- Шейный
- Классификация по степени изменения межпозвонковых дисков

По степени поражения межпозвоночных дисков различаются четыре стадии заболевания, которые основаны на рентгенографических исследованиях:

- **Нулевая.** При нулевой степени видимых поражений в позвоночном столбе не наблюдается.
- **Первая.** Внутренние разрывы дисков без внешних изменений.
- **Вторая.** Диск заметно изменяется без наружных повреждений.
- **Третья.** Межпозвоночный диск сильно поражается. При этом трещины распространяются на внутреннюю поверхность, а сам диск выдавливается из позвонков.

Классификация по клиническим проявлениям

Этот вид классификации основан на клинических исследованиях пациента. Он имеет четыре стадии:

- **1 стадия.** Позвоночник продолжает функционировать, как обычно, однако человек чувствует незначительную боль в месте локализации заболевания.
- **2 стадия.** Начинаются защемления нервов, протрузия, подвывих позвонков, при этом боль становится сильнее.
- **3 стадия.** Боль усиливается, происходит деформация позвоночника, появляется грыжа позвонковых дисков.
- **4 стадия.** Позвоночник теряет подвижность, боль возникает при любом движении, больной ходит с большим трудом.

1.3.1 Крестцовый остеохондроз

- **это** заболевание позвоночника, локализующееся в **крестцовом** отделе.

Этиология:

1.Проведение много времени в сидячем положении.

Например постоянные поездки в авто, офисная сидячая работа и постоянное сидение перед телевизором. При сидячем положении постоянная нагрузка приходится на мышцы, сгибающие спину,как следствие, это

приводит к уменьшению их тонуса - одной из важных причин развития остеохондроза.

2.Наследственность – также весьма значимый фактор при возникновении остеохондрозов.

3.Тяжелый физический труд, например переноска тяжестей – также способствует возникновению остеохондроза, так как отражается на связочном аппарате позвоночника и спинных мышцах.

Клиническая картинка:

Основные жалобы поступает на боли в пояснице и крестце. При этом наблюдается снижение температуры нижних конечностей и уменьшение их чувствительности. Иногда, при крестцовом остеохондрозе, возникает так называемая «корешковая боль», то есть своего рода «прострел» в ноге больного от самого бедра до кончиков пальцев стопы.

Помимо выше указанных симптомов крестцового остеохондроза, у многих больных развиваются различные нарушения двигательных функций, то есть парезы некоторых групп мышц, находящихся в области голени, и со стороны.

При обследовании также выявляются и такие известные симптомы крестцового остеохондроза:

- когда поднимется выпрямленная нога больного, то со стороны поражения происходит усиление боли в поясничной области, в ягодицах, а также на задней поверхности бедра – то есть симптом Ласега;
- при резком наклоне головы больного вперед, боли в ноге и пояснице усиливаются – симптом Нери;
- в момент принятия сидячего положения из лежащего на спине, нога, со стороны поражения недугом, испытывает рефлекс сгибания, то есть симптом Бехтерева;

- при кашле, чихании или ином другом натуживании возникает усиливающаяся боль в поясничной области спины – так называемый симптом Дежерина;
- при осмотре наблюдается, со стороны поражения недугом, эффект сглаживания складки на ягодице складки – симптом Бонне.

поражения недугом может отсутствовать рефлекс Ахилла.

Диагностика

Так как каждая стадия развития крестцового остеохондроза обладает присущими именно ей характерными особенностями, то для установления диагноза крестцового остеохондроза и определения его стадии необходимым является проведение магниторезонансного обследования позвоночника больного или проведение его рентгенографии. Такая диагностика крестцового остеохондроза позволит специалистам правильно установить его стадию развития и назначить верное лечение

Лечение

Лечение крестцового остеохондроза в первую очередь проводится традиционными консервативными методами, хотя для его лечения возможно и использование оперативного вмешательства.

Консервативное медикаментозное лечение заключается в использовании обезболивающих нестероидных противовоспалительных средств, как-то например, диклофенака. Препараты которого применяются как в виде инъекций или таблеток, так и в виде мазей. Использование последних не является особо эффективным, но даёт хороший массажный эффект в момент нанесения таковых на поверхность кожи. Кроме того, при особо выраженном болевом синдроме у пациента, используются и лекарственные блокады, с целью недопущения возникновения резких болевых импульсов.

Для усиления эффекта от медикаментозного лечения крестцового остеохондроза, в комплексе с ним будет применяться лечебная магнитотерапия, в частности специализированного отечественного лечебного

прибора АЛМАГ-01. Хорошие результаты даёт также и использование ЛФК, массажей и мануальной терапии.

А вот хирургическое лечение крестцового остеохондроза проводится лишь только в случае развития каудального синдрома, радикулоишемии или при возникновении сложных грыж в межпозвонковом диске.

Профилактика

Полностью избавиться от заболевания крестцовым остеохондрозом – практически невозможно. Развития современной медицины может помочь лишь не допустить осложнений этого заболевания.

В качестве рекомендации для профилактики остеохондроза, нужно знать правильное и неправильное положение тела при выполнении определённых видов работ – физической нагрузке на позвоночник. Чтобы проводить профилактику крестцового остеохондроза позвоночника, надо уже смолоду начинать заботиться о его нормальном состоянии. Для этого нужно почаще, хотя бы повисеть на перекладине, этим самым Вы снимаете нагрузку с позвоночника и помогаете ему расслабиться.

Так как соон составляет треть нашей жизни, то важно, чтобы даже и во сне позвоночник находился в правильном положении. Поэтому лучшее положение тела для сна – лёжа на спине. Желательно, чтобы и само спальное место не имело различных неровностей и изгибов.

Также следует правильно питаться, насыщенными молочными и морепродуктами, а также бобовыми, поможет контролировать обмен веществ в организме.

1.3.2 **Поясничный остеохондроз**

- это деформация позвоночника в области поясницы. Заболевание поражает межпозвоночные диски, хрящевые ткани, спинномозговые корешки и нервные волокна и вызывает боль в спине.

Этиология

Главная причина заболевания — неправильное распределение нагрузки на опорно-двигательный аппарат. Такое происходит при хождении на высоких каблуках, ношении сумки на одну сторону, при неудобной позе во сне или на сидячей работе. В группе риска находятся пожилые люди, беременные, только родившие, профессиональные спортсмены и офисные работники.

Другие причины поясничного остеохондроза:

1. травмы, ушибы, переломы рук, ног, позвоночника
2. повреждения органов опорно-двигательного аппарата
3. болезни ЖКТ, провоцирующие дефицит полезных веществ
4. нарушения кровотока в позвоночном столбе
5. напряжение тела при длительных нагрузках
6. искривление осанки
7. дефицит кальция и кислорода
8. лишний вес
9. вредные привычки

Клиническая картинка:

Заболевание может достаточно долго протекать бессимптомно, а затем начинать проявляться незначительным дискомфортом в области поясницы, постепенно набирающим силу. Но в отдельных случаях остеохондроз поясничного отдела начинает остро, сразу же провоцируя мощный болевой синдром. В большинстве случаев признаки патологии впервые проявляются после 35 лет.

Боль в пояснице – основной признак болезни. Она может быть разной по характеру и быть как ноющей и тупой, так и острой, постоянной или эпизодической. Но в основном для патологии, особенно на ранних стадиях развития, характерно чередование периодов обострения и ремиссии, причем спровоцировать очередное ухудшение самочувствия может как

переохлаждение или подъем тяжелого предмета, так и неудачное, резкое движение.

Боли нередко сопровождаются ощущением онемения и напряжением мышц спины. Они усиливаются при физических нагрузках, резких движения, подъеме тяжестей, наклонах и даже кашле и чихании.

Диагностика

При возникновении признаков остеохондроза поясничного отдела позвоночника необходимо обратиться к неврологу или вертебрологу. В первую очередь врач собирает анамнез, что заключается в выяснении характера жалоб, особенностей болей, условий их возникновения и уменьшения, особенностей трудовой жизни человека и т. д.

Вторым этапом диагностики, проводимым в рамках первой консультации врача, является физикальный осмотр. В ходе него доктор оценивает состояние кожных покровов, осанку, глубину физиологических изгибов позвоночника, наличие его искривления и т. д. Обязательно оценивается состояние окружающих позвоночник мышц, называемых паравертебральными, так как они нередко болезненны и чрезмерно напряжены, что является рефлекторной реакцией организма на воспаление и дискогенную боль.

Уже на основании полученных во время осмотра и опроса больного данных невролог может заподозрить наличие остеохондроза поясничного отдела позвоночника. Но чтобы исключить возможные сопутствующие патологии, а также подтвердить диагноз и точно установить уровень поражения, степень выраженности дегенеративно-дистрофических изменений в межпозвонковом диске и вовлеченность костных структур, обязательно проводятся лабораторные и инструментальные методы диагностики.

Лабораторная диагностика

- ОАК;
- ОАМ;
- анализ крови на уровень сахара;
- биохимический анализ крови.
- **Инструментальная диагностика**

Всем пациентам с подозрением на остеохондроз поясничного отдела показано проведение:

- **Рентгена поясничного отдела позвоночника в двух проекциях** – позволяет определить строение костных структур, обнаружить аномалии, образовавшиеся остеофиты, изменения в фасеточных суставах и пр.;
- **КТ** – позволяет обнаружить изменения в костных структурах на более ранних этапах развития, чем рентген, а также выявить косвенные признаки остеохондроза;
- **МРТ** – лучший метод диагностики патологических изменений в хрящевых образованиях и других мягкотканых структурах, дающий возможность обнаружить малейшие изменения в межпозвоночных дисках, связках, кровеносных сосудах, спинном мозге и предельно точно оценить степень их тяжести и потенциальные риски.

Лечение

При диагностировании остеохондроза, как правило, изначально всем пациентам назначается консервативная терапия при условии отсутствия выраженного и прогрессирующего неврологического дефицита. Но ее характер подбирается строго индивидуально.

Поскольку заболевание является хроническим, а регенерационные возможности межпозвонковых дисков крайне ограничены, особенно при выраженных дегенеративно-дистрофических изменениях, основными задачами терапии являются остановка их дальнейшего прогрессирования и устранение беспокоящих больного симптомов. Поэтому лечение всегда носит комплексный характер и включает:

- медикаментозную терапию;
- мануальную терапию;
- физиотерапию;
- ЛФК.

В остром периоде пациентам показано ограничить физическую активность или даже придерживаться постельного режима в течение 1—2 дней. Это будет способствовать расслаблению мышц и снижению давления внутри диска. При необходимости длительно сидеть, ходить или выполнять физическую работу стоит надевать стабилизирующий поясничный корсет.

После окончания острого периода и в период ремиссии заболевания, наоборот, важно как можно больше двигаться, но соблюдая осторожность и исключая повышенные нагрузки на поясницу. Больным потребуется приобрести навыки правильного сидения, подъема предметов с пола, переноса тяжестей, так как все это влияет на течение патологии. Важно избегать наклонов и резких движений, поднимать что-либо с пола или низких поверхностей, предварительно согнув ноги в коленях, а не нагибаясь. Сидеть стоит только с прямой спиной на стуле, хорошо поддерживающим спину. Кроме того, при сидячей работе важно регулярно делать перерывы на короткую разминку. Важно избегать падений, прыжков, быстрого бега и переохлаждений.

Медикаментозная терапия

Основными компонентами медикаментозной терапии являются индивидуально подобранные препараты из группы НПВС. При их выборе врач учитывает не только выраженность болевого синдрома и особенности течения воспалительного процесса, но и характер сопутствующих заболеваний, особенно органов ЖКТ, так как НПВС при длительном применении способны отрицательно сказываться на состоянии их слизистых оболочек и

провоцировать обострение различных патологий органов пищеварительной системы.

Применять НПВС необходимо при острых болях в пояснице, причем сразу же после их возникновения. Желательно в 1—2 день. В зависимости от тяжести состояния больного они могут вводиться внутримышечно, в виде ректальных суппозиториев, местных средств и в пероральных формах. Длительность приема не должна превышать 2 недель. В дальнейшем индивидуально подобранный препарат принимают по требованию, но стараясь избегать частого применения.

Также пациентам назначаются препараты следующих групп:

- миорелаксанты – способствуют расслаблению чрезмерно перенапряженных мышц и тем самым уменьшению болей в пояснице;
- хондропротекторы – улучшают течение процессов метаболизма в межпозвоночном диске (особенно эффективны при начале применения на самых ранних этапах развития остеохондроза поясничного отдела);
- витамины группы В – способствуют улучшению нервной проводимости;
- антидепрессанты и анксиолитики – используются при длительно текущем остеохондрозе, приведшим к возникновению депрессии, хронической усталости и других психологических нарушений.

Мануальная терапия

Мануальная терапия позволяет не только повысить качество кровообращения в области воздействия, но и существенно уменьшить выраженность и длительность сохранения болей при остеохондрозе. Она эффективно снимает мышечное напряжение и позволяет устранить функциональные блоки, что заметно увеличивает подвижность в пораженном ПДС.

Также посредством грамотно проведенной мануальной терапии удается не только увеличить расстояние между позвонками, вернуть в их анатомически правильное положение, но и высвободить сжатые нервные корешки. В результаты боли быстро устраняются и исчезают неврологические нарушения. Также это снижает вероятность развития осложнений и возникновения нарушений в работе внутренних органов.

Дополнительными положительными свойствами мануальной терапии является улучшение настроения, укрепление иммунитета, активизация естественных механизмов восстановления организма и повышение работоспособности. Обычно уже после 1-го сеанса наблюдается заметное улучшение самочувствия, а в дальнейшем эффект становится все более выраженным. Как правило, курс состоит из 8—15 сеансов, причем важно пройти его до конца даже при полной нормализации самочувствия, так как это позволит надежно закрепить достигнутый результат и избежать наступления повторного обострения в ближайшее время.

Физиотерапия

После стихания острого воспаления показано проведение курсов физиотерапевтических процедур, способствующих не только уменьшению болей, но и улучшению микроциркуляции, питания и течения репаративных процессов в области протекания дегенеративно-дистрофических изменений. Чаще всего пациентам назначаются:

- электрофорез с введением лекарственных средств;
- электронейромиостимуляция;
- ультразвуковая терапия;
- лазеротерапия;
- магнитотерапия;
- УВЧ.

ЛФК

После устранения острой боли обязательно программа лечения дополняется ЛФК. Ее основными задачами является вытяжение позвоночника и расслабление спазмированных мышц поясницы. Также лечебная гимнастика помогает укрепить мышечный корсет, создать надежную поддержку для позвоночника и улучшить осанку. В ходе этого неизбежно происходит активизация кровообращения и улучшение метаболических процессов, что благотворно сказывается на питании дисков.

Для каждого больного комплекс упражнений подбирается индивидуально в соответствии со степенью дегенеративно-дистрофических изменений, уровнем физического развития пациента, характером сопутствующих нарушений, возраста и других факторов. Изначально рекомендуется заниматься под руководством опытного инструктора по ЛФК, который поможет не только правильно подобрать нагрузку и вид упражнений, но и освоить методику их выполнения. В дальнейшем допускается заниматься дома. Но при этом важно ежедневно уделять ЛФК достаточное количество времени, избегать спешки при выполнении упражнений и резких движений, а при ухудшении состояния – немедленно обращаться к лечащему врачу.

1.3.3 **Грудной остеохондроз**

- заболевание хронического типа. Оно характеризуется дистрофическими изменениями хрящей между позвонками. При этом высота позвоночных дисков уменьшается, межреберные нервные окончания сдавливаются.

Этиология

Причины грудного остеохондроза – это следствие низкой физической активности, травм спины, тяжелых физических нагрузок, нарушений обмена веществ, избыточного веса, плохого иммунитета, частых простуд, инфекций, курения, стресса. У женщин, помимо прочего, развитие заболевания могут спровоцировать хождение на высоких каблуках и вынашивание ребенка.

Кроме этого, причинами грудного остеохондроза являются:

- плохо распределенная нагрузка на межпозвоночные диски;
- дегенеративные изменения в тканях межпозвонкового диска;
- отсутствие минимальной физической активности;
- сколиоз;
- постоянное неправильное положение позвоночника в положении сидя.

Клиническая картинка

Грудной остеохондроз развивается постепенно, сначала ничем себя не проявляя. Именно в таком его течении и заключается его опасность. Слабые боли и дискомфорт в спине человек принимает за банальную мышечную усталость после тяжелого рабочего дня, работы по дому или в саду и не обращается за медицинской помощью. Поэтому обычно у пациентов диагностируется патология 2-3 степени тяжести, с трудом поддающаяся консервативному лечению.

В самом начале

В период обострения патология может проявляться болями между лопатками, возникающими при наклонах, поворотах корпуса. Объем движений снижен, присутствуют многие специфические признаки рецидива.

Боль в груди

При остеохондрозе первыми появляются боли в груди. Они нечетко локализованы, могут отдавать в руки, в область ключицы, ребра. Боли в сердце выражены сильно или умеренно, напоминают приступ стенокардии, не устраняются приемом нитроглицерина. Иногда они похожи на ощущения, возникающие при обострении холецистита, панкреатита. Но в отличие от поражений поджелудочной железы или желчного пузыря боли не сопровождаются повышенным газообразованием, изжогой, вздутием живота.

Чувство сдавливания в груди

Боли между лопатками изредка сопровождаются ощущением нехватки воздуха при вдохе. Человек ожидаемо пугается, не понимая причин такого состояния. В первую очередь нужно не паниковать, а присесть и измерить пульс. Если полученное значение не превышает 100 ударов в минуту, то вероятность нарушения работы легких или сердца крайне низка.

Другие симптомы

Постепенно симптоматика остеохондроза усугубляется расстройством чувствительности. Появляются ощущения онемения, покалывания, ползания мурашек. Время от времени возникают состояния, напоминающие панические атаки. Для них характерны страх, учащение сердцебиений, избыточное потоотделение, холодная испарина

Диагностика

Невролог выставляет первичный диагноз на основании жалоб пациента, данных анамнеза. При внешнем осмотре он обнаруживает в области грудного отдела точки, при надавливании на которые возникает боль. Проведение функциональных тестов позволяет оценить сохранность рефлексов, выявить расстройства чувствительности.

Из инструментальных методов наиболее информативна рентгенография. Но для детального изучения позвоночного сегмента может быть проведены КТ, МРТ. Для исключения заболеваний сердечно-сосудистой системы пациентам назначается ЭКГ.

Лечение

В терапии грудного остеохондроза используются препараты различных клинико-фармакологических групп. На начальном этапе обычно применяются средства для парентерального введения, быстро оказывающие лечебное действие. Спустя несколько дней инъекционные растворы заменяют более безопасными таблетками, мазями, пластырями.

Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС)

НПВС обладают выраженным анальгетическим, противовоспалительным, противоотечным действием. Купировать острую боль позволяет внутримышечное введение растворов. Для устранения слабых дискомфортных ощущений между лопатками применяются средства для локального нанесения. А с умеренными болями хорошо справляются НПВС для приема внутрь.

Миорелаксанты

Для устранения мышечных спазмов, возникающих в ответ на сильную боль, используются миорелаксанты Сирдалуд, Баклосан (Баклофен). Чаще всего лечение грудного остеохондроза начинается с внутримышечного введения Мидокалма.

Хондропротекторы

При патологии 1 степени тяжести курсовой прием хондропротекторов способствует восстановлению поврежденных дисков. В остальных случаях они назначаются для улучшения обмена веществ в пораженном сегменте позвоночника, профилактики прогрессирования заболевания.

Препараты витаминов группы В

Их применение способствует усилению кровотока, улучшению работы периферической нервной системы, восстановлению трофики и иннервации. Комплекс витаминов группы В оказывает благоприятное воздействие на дегенеративные заболевания нервов и двигательного аппарата.

Лечебная физкультура

При грудном остеохондрозе 1 степени ежедневные занятия лечебной физкультурой позволяют обходиться без использования препаратов.

Выздоровление происходит за счет укрепления мышц, улучшения кровоснабжения тканей питательными веществами.

Физиотерапевтическое лечение

В лечении грудного остеохондроза используются магнитотерапия, лазеротерапия, УВЧ-терапия, синусоидальные токи, ударно-волновая терапия аппликации с парафином и озокеритом. При обострениях проводятся электрофорез, ультрафонофорез с глюкокортикостероидами, анестетиками, витаминами группы В.

Массаж

Массаж, выполняемый специалистом, способствует устранению болезненности между лопатками, расслаблению спазмированной скелетной мускулатуры.

При остеохондрозе терапевтически эффективны все виды массажа — классический, вакуумный, акупунктурный, соединительнотканный. В домашних условиях самомассаж удобно выполнять с помощью деревянного или электрического массажера с длинной рукояткой

Иглорефлексотерапия

Иглорефлексотерапия — метод лечения патологии установкой игл в биоактивные точки на теле человека. Они тонкие, короткие, поэтому при прокалывании кожи изредка возникают только слабые дискомфортные ощущения. Но даже такого воздействия достаточно для выработки в организме веществ с обезболивающим и противовоспалительным действием.

Профилактика

Прогноз благоприятный при своевременном обнаружении заболевания, проведении грамотного, комплексного лечения. Если развились осложнения грудного остеохондроза, то только соблюдение всех врачебных рекомендаций позволит достичь устойчивой ремиссии.

В качестве профилактики патологии неврологи рекомендуют исключить из привычного образа жизни провоцирующие ее факторы. Это лишний вес,

низкая двигательная активность, дефицит витаминов и микроэлементов, чрезмерные нагрузки на позвоночник.

1.3.4 **Шейный остеохондроз**

- это хроническое дистрофическое заболевание, при котором происходит истончение дисков, расположенных между позвонками с последующим замещением их костной тканью.

Этиология

Дистрофические явления в области шейного отдела позвоночника связаны с вертикальным расположением скелета и специфическим распределением статических и динамических нагрузок, которые во многом зависят от преобладающей позы и степени развития скелетной мускулатуры.

Основные причины:

1.недостаток движения – то, что не развивается – деградирует: мышцы слабеют, ткани разрушаются; 2.неправильные статичные позы – мышечные зажимы ведут к нарушению кровообращения с последующей дистрофией тканей; 3.недостаток питания или несбалансированный рацион – организм должен получать все необходимое для строительства и обновления костных и хрящевых структур скелета, поддержания мышечного тонуса; 4.ожирение, избыточная масса тела, ношение тяжестей – повышается нагрузка на структуры скелета; 5.постоянное нервное напряжение и нервные стрессы; 6.переохлаждения шейной области – «застудили», «надуло» – провоцирует скрытые воспалительные процессы; 7.наличие аутоиммунных заболеваний с вовлечением хрящевой ткани приводит к ее преждевременному разрушению; 8.эндокринные патологии сбивают минеральный обмен, снижают усвояемость кальция, кремния, фосфора и других элементов костно-хрящевой ткани 9.травмы шейной области; 10. Врожденные аномалии позвоночника и прилегающих мышц.

Клиническая картинка

На первых стадиях остеохондроз протекает бессимптомно. По мере развития заболевания, отличительной особенностью становится наличие

болезненных или дискомфортных ощущений в области головы, шеи и груди, реже – верхних конечностей.

Все возможные симптомы можно условно отнести к 4 типам синдромов: сердечный, позвоночный, корешковый (нервный) и синдром позвоночной артерии (с нарушением кровообращения).

Позвоночный синдром:

- хруст в шее при поворотах/наклонах головой;
- по мере прогресса заболевания возникают болезненность и затрудненность движения;
- морфологические нарушения структуры в теле позвонка и межпозвонковом пространстве (видны на рентгене).

Сердечный синдром:

- одышка, слабость;
- ощущение неполного вдоха, нехватки воздуха;
- спонтанные явления со стороны сердечно-сосудистой системы – стенокардия, загрудинные боли, жжение;

Корешковый синдром:

- онемение языка, плеч, пальцев рук, затылочной области;
- трудности с глотанием;
- неприятные ощущения в области между лопатками;
- головная боль в области затылка и лба.

Синдром позвоночной артерии:

- необоснованные скачки артериального давления;
- головокружение, вплоть до потери сознания;
- шум в ушах, ощущение ваты в голове;
- временная односторонняя слепота, «мушки» в глазах;
- периодические приступы тошноты, особенно при движении головой;

- головные боли – преимущественно в области затылка, а также мигрени;
- сонливость, снижение работоспособности, памяти, концентрации внимания, депрессия.

Диагностика

Постановку диагноза «остеохондроз шейного позвонка» затрудняют низкая специфичность симптомов и большое разнообразие их проявлений. В процессе обследования потребуется консультация невролога, хирурга, ортопеда, кардиолога.

Проводится физикальный осмотр у врача с опросом пациента. Основная диагностическая нагрузка лежит на инструментальных и лабораторных методах исследования.

Инструментальная диагностика:

- рентгенография шейного отдела; на начальной стадии процесса более информативной будет МРТ шейного отдела – она обеспечит качественную визуализацию твердых и мягких тканей – покажет состояние межпозвоночных дисков, наличие остеофитов, деформаций, повреждений нервных корешков и кровеносных сосудов; оценит состояние связок, мышц, костной ткани;
- Узи показывает динамическое состояние мягких тканей;
- допплерография сосудов шеи поможет оценить гемодинамику и степень повреждения кровеносных сосудов (в частности, состояние позвоночной артерии);
- контрастная миелография – поможет при подозрении на ущемление нервных отростков;
- ЭКГ и эхокардиографию сердца используют при дифференциальной диагностике кардиального синдрома с сердечно-сосудистыми заболеваниями.

Лечение

Комплекс лечебных мероприятий формируют с учетом стадии заболевания (острая, хроническая), степени повреждения и причин развития патологии. Используют консервативное лечение, оперативное вмешательство, смешанный подход.

Консервативное воздействие

Представляет собой постепенное восстановление или компенсацию повреждений на фоне симптоматического лечения. Включает медикаментозную терапию, физиопроцедуры, методы ЛФК и массажа.

Медикаментозное лечение:

- обезболивающие средства – преимущественно гели и мази местного воздействия; в тяжелых случаях – общие обезболивающие в виде таблеток;
- противовоспалительные препараты – НПВС, а также кортикостероиды (краткий курс по необходимости);
- лекарства для улучшения микроциркуляции и кровообращения в целом;
- хондропротекторы – средства для защиты и восстановления хрящевой ткани;
- миорелаксанты – для устранения мышечных зажимов и спазмов;
- витаминные и микроэлементные комплексы – необходимы для питания и поддержки тканей строительными элементами.

Лечебная гимнастика улучшает питание хрящевых и костных тканей.за счет восстановления кровоснабжения в поврежденном участке. Во избежание осложнений рекомендуется использовать метод изометрических движений, когда вместо реальных поворотов и наклонов головой, которые могут повредить, применяют их имитацию.

Самомассаж позволяет снизить интенсивность местных реакций и снять мышечные зажимы во время статической работы. Правила выполнения:

- область воздействия – затылок, задняя и боковые поверхности шеи;
- проводите процедуру в сидячем положении;
- движения следует выполнять по направлению от позвоночника;
- задействуйте только подушечки пальцев;
- избегайте давления на воспаленные участки;
- выполняйте движения плавно – резкие надавливания могут навредить

Физиопроцедуры характерны для стационарного лечения и санаторно-курортной реабилитации.

- электрофорез – прогревает зону, улучшает микроциркуляцию, используется для более глубокого проникновения препаратов местного действия;
- магнитотерапия;
- амплипульс;
- УВЧ.

Профилактика

Самое эффективное лечение – предупреждение заболевания. В этом вам поможет профилактика. Достаточно выполнять несколько базовых рекомендаций:

- откорректируйте свою осанку,
- создайте удобное рабочее место;
- во время сидячей работы делайте перерывы на «физкультминутку»;
- включите в свой рацион питания продукты, богатые кальцием, магнием, фосфором, кремнием – рыбу, орехи, семена, бобовые культуры,

молочные продукты, свежие овощи, фрукты; ограничьте потребление соли, сладкого, мучных и острых блюд;

- для сна и отдыха используйте ортопедические матрас и подушку;
- займитесь несиловым видом спорта – предпочтение лучше отдать плаванию.

Даже если вы не в состоянии учесть все требования, умеренные физические нагрузки, правильное питание и внимательное отношение к своей осанке способны значительно сократить риск развития патологии.

1.4 **Осложнения**

Без своевременного лечения остеохондроз спины приводит к серьёзным осложнениям: радикулит, протрузии межпозвоночного диска, межпозвоночной грыже. Грыжа в любом отделе позвоночника может повредить спинной мозг и вызвать паралич отдельных частей тела.

Со временем к остеохондрозу могут присоединиться гипертония и гипотония, вегетососудистая дистония. Повышается риск приступа инфаркта и инсульта.

Тяжёлыми последствиями грудного остеохондроза являются межреберная невралгия, проблемы с сердцем, желудком, кишечником, печенью, почками и поджелудочной железой.

Поясничный остеохондроз может привести к ишиасу — воспалению седалищного нерва. При этом у человека сильно болит нога и поясница. Болезнь часто вызывает хроническое воспаление органов малого таза. У женщин это приводит к бесплодию, у мужчин — к импотенции.

Самым опасным осложнением шейного остеохондроза является сдавливание позвоночных артерий. Они на треть обеспечивают питание головного мозга. Нарушение кровоснабжения этой зоны может вызвать проблемы с сердечно-сосудистой и дыхательной системами, слухом, зрением, координацией.

1.5 **Диагностика**

Диагностика остеохондроза включает в себя несколько этапов:

1. Сбор анамнеза. На этом этапе изучаются жалобы пациента и история заболевания. В беседе с пациентом выясняется, где в основном локализуются неприятные ощущения, их интенсивность, продолжительность, факторы, провоцирующие усиление болевых ощущений и способствующие облегчению боли..

Для диагностики также важно выяснить, в каких условиях пациент живет и работает, какой ведет образ жизни, какие вредные привычки имеет, какие перенес заболевания и травмы, немаловажным будет и учет наследственного фактора.

2. Во время физиологического осмотра производится оценка положения тела пациента, его походки и движений; кожных покровов (на предмет покраснений, сыпи, шелушения), производится сравнение симметричных участков тела здоровой стороны и болезненной; производится определение объема движений (наклоны, круговые движения туловища, объем вращательных движений в разных отделах позвоночника); прощупывается болезненный участок для определения температуры кожи, наличия спазмов в мышцах, отеков, болезненных уплотнений; пальпация глубоких и поверхностных слоев мышц позволяет оценить состояние мышечной системы (тонус мышц, увеличение или уменьшение их объема);

3. Рентгенография. Для лучшей информативности производится исследование каждого отдела позвоночника по отдельности. Выполняется в двух косых проекциях и в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (прямой и боковой)

4. Компьютерная томография (КТ) —С помощью этого метода можно рассмотреть тела позвонков, сосуды, связки и мягкие ткани, а также определить сдавление нервных окончаний, разрывы контуров

межпозвоночного диска, высоту диска, изменения в твердой мозговой оболочке, краевые разрастания, нестабильность позвонков.

5. Магнитно-резонансная томография (МРТ) с помощью этого метода можно четко рассмотреть сосуды, нервные отростки и межпозвоночные диски без вредного воздействия ионизирующего излучения на организм

1.6 **Лечение**

Основной принцип состоит в том, что нужно лечить не «остеохондроз», т.е. ренгенологические изменения в позвоночнике, а конкретную причину, вызвавшую боль и ограничение подвижности. Вылечится ли пациент полностью, зависит от причины заболевания.

Основные принципы лечения остехондроза включают несколько групп мер, которые в комплексе могут остановить развитие заболевания.

Общими рекомендациями для пациентов будут соблюдение режима (например, если есть острая интенсивная боль, возможен постельный режим); ограничение физической активности (избегать наклонов и вращений туловища, поднятия тяжестей, длительного пребывания в сидячем положении) и ношение специального корсета (несколько дней в острый период заболевания).

Немаловажным фактором успешного лечения является своевременное и адекватное купирование боли. Наибольшую эффективность в острый период дает инъекционное введение противовоспалительных препаратов, и далее возможен переход на таблетированные формы.

Препараты при остеохондрозе

Для предотвращения дальнейшего развития болезни в лечении применяются методы воздействия на мышечно-тонический компонент боли. В данном случае основными фармакологическими препаратами являются миорелаксанты, т.е препараты, купирующие спазмированные мышцы, методы

постизометрической релаксации (например, мануальной терапии или иглорефлексотерапии).

Уколы при остеохондрозе

Одним из наиболее эффективных средств быстрого купирования болевого синдрома остановки прогрессирования заболевания является местное инъекционное введение анестетиков и противовоспалительных препаратов (паравертебральные блокады). Данная процедура проводится только квалифицированным врачом, т.к. при инъекционном введении лечебного состава задействуются специальные триггерные точки в околопозвоночном пространстве).

Мази при остеохондрозе

Для снятия местного воспаления могут применяться аппликации с противовоспалительными средствами в форме мазей. Препараты для купирования боли назначаются лечащим врачом индивидуально в зависимости от характера и выраженности болевого синдрома.

Иглоукалывание при остеохондрозе

Иглоукалывание, или иглорефлексотерапия, будет полезна для лечения мышечно-тонического синдрома.

Физиотерапия

Физиотерапия (магнитотерапия, элетрофорез) обычно проводится каждый день или через день. Важно помнить, что у всех методов физиотерапевтического воздействия есть противопоказания, поэтому процедуры назначает врач индивидуально для каждого пациента.

Мануальная терапия и массаж

Мануальную терапию проводит врач-невролог по показаниям. Поскольку боль в спине может иметь разные причины, то в первую очередь врач учитывает результаты МРТ того отдела позвоночника, с которым будет работать. Перед сеансом мануальной терапии обязательно проводят массаж

мышц. Обычно требуется от 5 до 10 сеансов. В неделю проводят не более двух процедур. Эффективность оценивается после третьей процедуры.

Тракция (вытяжение) позвоночника

Тракция — это применение силы, которая вытягивает две соседние кости друг от друга, увеличивая расстояние между ними. Обзор, опубликованный в библиотеке Кокрейн (Cochrane), показал, что тракция в виде монотерапии или в сочетании с физиотерапией при лечении боли в нижней части спины не эффективнее, чем плацебо. Более того, побочные эффекты отмечались в семи из 32 исследований и включали: усиление боли, обострение неврологической симптоматики и необходимость последующего хирургического вмешательства

Хондропротекторы при остеохондрозе позвоночника

Единое мнение об эффективности хондопротекторов в медицинском сообществе отсутствует.

Самомассаж при остеохондрозе

При появлении болей в спине следует обратиться к неврологу, самомассаж малоэффективен.

Ортопедическая подушка и воротник при остеохондрозе

Вспомогательные средства могут сделать сон комфортнее, однако в большинстве случаев не устранят **причину боли в спине.**

ЛФК и упражнения при остеохондрозе

При обострении болей в спине следует ограничить физическую активность: избегать наклонов и вращений туловища, поднятия тяжестей. Комплекс упражнений подбирается врачом индивидуально для каждого пациента.

1.7 Профилактика

Как показывает практика, у большинства проявлений остеохондроза при правильно проведенной терапии происходит разрешение в течение 6 недель.

Однако неправильно подобранное лечение или самолечение может привести к тому, что болевой синдром перейдет в хроническую форму и будет способствовать отягощающим изменениям в позвоночнике в будущем.

При появлении болей в спине или конечностях прежде всего необходимо обратиться к квалифицированному специалисту для правильной постановки диагноза и назначения адекватного лечения.

Наиболее эффективным и действенным способом лечения большинства проявлений болей в спине является медикаментозная и инъекционная терапия, а также иглорефлексотерапия. Физиотерапия, в том числе лазеротерапия, массаж, спинальные манипуляции оказывают незначительный и нестойкий эффект, а в некоторых случаях могут быть и вовсе противопоказаны.

Современные методы лечения остеохондроза основаны на принципе преемственного лечения: то есть, быстрое и безопасное купирование эпизода острой боли с последующим включением профилактических методов. В целях профилактики возникновения и развития остеохондроза можно порекомендовать, прежде всего, снижение массы тела (при ожирении) и регулярную физическую активность.

Регулярные занятия с техникой динамической мышечной стабилизации (йога, пилатес в рамках аэробной нагрузки) составляет основу реабилитации и профилактики болей в спине, способствует повышению сил и выносливости мышц позвоночника.

Глава 2. Роль медицинской сестры в реабилитации пациента с остеохондрозом

2.1. Составление для пациента индивидуальной реабилитационной программы с позиции сестринского ухода.

Разработка программы

Для каждого пациента, перенесшего остеохондроз, а именно остеохондроз поясничного отдела позвоночника , необходимо составить индивидуальную лечебно-профилактическую программу.

Индивидуальная лечебно-профилактическая программа для пациента при оперативном лечении остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

Цель программы: поддержание и оптимизация уровня здоровья для сохранения качества жизни.

Ожидаемые результаты:

- улучшение и стабилизация общего состояния (стабилизация АД, нормализация стула, веса, дизурического синдрома, другое)
- нормализация клинико-биохимических показателей
- повышение уровня общей физической активности
- сохранение и восстановление трудовой активности
- снятие болевого синдрома.

Индивидуальная лечебно-профилактическая программа

пациента И.А.Р.в период реконвалисценции, после перенесенного оперативного лечения остеохондроза поясничного отдела.

I Информация о пациенте:

1. Паспортная часть.

Пациент И.А.Р.

Пол: муж

Возраст: 47 лет

Место работы –

Профессия - Токарь

2.Краткий анамнез болезни жизни

1) Жалобы(на момент курации) – боли в области поясницы , дефицит самоухода, нарушение санитарно-гигиенической потребности,потеря аппетита.

2) Длительность заболевания:

Считает себя больным с 06.04.2021г. Когда приблизительно в час дня, при поднятии тяжести появилась резкая боль в области поясницы, с иррадиацией по задне-наружной поверхности бедра. Сознание не терял, головной боли и рвоты не было. Бригаду скорой медицинской помощи вызвал в 15:00 06.04.2021 вследствие сильных болей, бригадой доставлен в отделение неврологии ГБУЗ СО «СЦГБ», где была проведена операция.

3)Эффект от лечения – до обращения в ЛПУ лечение проводилось

1) Наследсвтенность – не отягощенная

2) Вредных привычек не имеет

3) Условия жизни удовлетворительные. Питание регулярное, достаточное, разнообразное.

4) Производственные вредности – нет.

3.Общее состояние:средней тяжести

Вес 85 кг ЧСС 70 стул оформленный, ежедневный

Рост 187 см АД 125/85 частое безболезненное мочеиспускание , свободное

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Пигментация, сыпь, расчесы, кровоизлияния отсутствуют.

4.Настоящие проблемы пациента:

а) боль

б) дефицит самоухода,

в) нарушенные санитарно-гигиенической потребности,

в) бессоница,

г) потеря аппетита,

д) беспокойство по поводу исхода заболевания.

II Диспансеризация

Продолжительность диспансерного наблюдения зависит от эффективности проводимых лечебно-профилактических мероприятий, течения и исхода заболеваний. Поэтому по данному вопросу нельзя дать каких-либо конкретных указаний, так как срок диспансерного наблюдения является различным для каждого отдельного больного. Однако срок наблюдения за больными после произведенных операций по причине остеохондроза поясничного отдела позвоночника должен быть не менее 12 месяцев.

Схема диспансерного наблюдения при данном заболевании (мониторинг обследования).

- клинический анализ крови
- Анализ мочи
- Анализ крови
- Рентгенография поясничного отдела позвоночника
- КТ поясничного отдела позвоночника
- МРТ поясничного отдела позвоночника

III.Лекарственная реабилитация

Дозировка, кратность применения, регулярность, сезонность, длительность, схема лечения.

У больного клиника остеохондроза поясничного отдела позвоночника . Показано хирургическое вмешательство.

09.04.2021 г. назначено оперативное лечение – остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

07.04.2021г

10:00 Состояние средней степени тяжести, положение вынужденное, жалобы на момент осмотра на боли в области поясницы. Температура – 36,6; пульс – 70; АД – 120/80мм.рт.ст.. Диурез достаточный. Для купирования болей назначен:

Rp: Sol. Ketorolaci 3,0%-1ml

D.t.d №2 in amp.

1. S. внутримышечно 1 мл, повторить через 30 минут

ПРОГНОЗ.

Для жизни: благоприятный.

Для выздоровления: благоприятный при соблюдении режима и назначенной терапии.

Для трудоспособности: благоприятный при соблюдении режима и назначенной терапии.

Реабилитация включает в себя:

- массаж
- ЛФК
- медикаментозная терапия:
- Физиотерапия
- Психотерапия

IV. Питание

4.1 Принципы рационального питания при данной патологии .

Поступление энергии с пищей должно соответствовать потребностям организма. Например, женщина весом 65 кг должна потреблять в сутки не

менее 1800 ккал, мужчина с весом 75 кг не менее 2200 ккал. Даже придерживаясь режима полной неподвижности, снижать потребление калорий до 1500 и ниже в сутки нельзя, так как организм не получит достаточного количества белков, жиров, углеводов, минералов и начнется дистрофия тканей. Связки, сухожилия, кости, хрящевая ткань состоят из белка (коллагена). Только поступление с пищей обеспечивает восстановление разрушенного во время тренировок белка, так как, в отличие от жира и углеводов, белок в организме не накапливается. Поэтому, если с пищей поступает недостаточное его количество, мышцы и связки не имеют возможности полностью восстановиться.

1) Регулярно необходимо употреблять молочные продукты (хотя бы 1 раз в день), которые являются ценным источником кальция.

2) Ограничить употребление кофе и соли, так как они способствуют выведению кальция из организма.

3) Варить супы на мясном бульоне, добавьте во время варки бульона немного уксуса, на вкусе это не отразится, зато будет способствовать выделению кальция из костей. В результате суп станет ценным источником кальция.

4) Отказать от вредных привычек (курение,алкоголь) так как они способствуют выведению кальция из организма.

5) Поливитаминные препараты и пищевые добавки с кальцием и другими минералами лучше подбирать вместе с врачом, так как слишком высокое количество кальция, как и передозировка витаминов, нежелательно.

Ежедневно взрослому человеку необходимо 700— 800 мг кальция.

При реабилитации остеохондроза рекомендуется увеличить в рационе количество кальция, который можно получить с отрубным хлебом, хурмой, зелеными овощами и травами, молочными продуктами (творог, сметана, молоко, кефир, простокваша).

Питание в первые сутки после хирургического вмешательства по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника включает жидкие,

протертые блюда: суп-пюре, разваренные каши, кисели. Никаких сладостей или продуктов, вызывающих повышенное газообразование (капуста, фасоль), больному, проходящему реабилитацию после операции, давать нельзя.

4.2. Расчетный метод определения суточной нормы калорий

Один из **способов расчета нормы калорий** - формула Харриса-Бенедикта. С ее помощью можно рассчитать базальную скорость метаболизма (basal metabolic rate, BMR), а именно количество **калорий** (энергии), необходимых для правильного функционирования организма: дыхания, работы ЖКТ, циркуляции крови, терморегуляции, работы нервной системы и др. Формула для мужчин: BMR = 88,36 + (13,4 × вес в кг) + (4,8 × рост в см) – (5,7 × возраст в годах).

Женщины:

BMR = 447.6 + (9.2 x вес, кг) + (3.1 x рост, см) – (4.3 x возраст, лет)

Минимальный уровень, норма калорий = BMR x 1.2

Низкий, норма калорий = BMR x 1.375

Средний, норма калорий = BMR x 1.55

Высокий, норма калорий = BMR x 1.725

Очень высокий, норма калорий = BMR x 1.9

4.3. Меню на неделю при остеохондрозе поясничного отдела позвоночника

Если привязываться к лечебным диетам, то наиболее подходящей при остеохондрозе позвоночника является Диета №15. Именно она обеспечивает усиленное питание, повышение защитных сил организма, усиление восстановительных процессов.

Понедельник

Завтрак: каша перловая с тыквой, чай с молоком.
Обед: суп с чечевицей и кроликом, ржаной тост, компот.

Полдник: стакан ряженки.
Ужин: тушеная брюссельская капуста, паровая котлета, отвар липы.

Вторник

Завтрак: манка на молоке, кусочки свежего абрикоса, чай.

Обед: вегетарианский борщ, гречка с отварными грибами, хлеб.

Полдник: запеченная груша.

Ужин: фаршированная рыба, микс из листьев салата и огурца, компот.

Среда

Завтрак: оладьи с медом, слабый черный чай.

Обед: гороховый суп, хлебные сухари, плов с мясом.

Полдник: компот с сушками.

Ужин: курица в сметане, кабачковая икра, чай из шиповника.

Четверг

Завтрак: омлет с томатами, тосты из отрубного хлеба, кофе с молоком.

Обед: бульон с лапшой и телятиной, пшенная каша с курагой.

Полдник: яблочный сок, нежареные орехи.

Ужин: фаршированный перец, немного сметаны, ромашковый чай.

Пятница

Завтрак: творожная запеканка с изюмом, чай.

Обед: свекольник, рис с овощами, овсяный хлеб.

Полдник: йогурт со свежей малиной.

Ужин: картофельное пюре с тефтелями, салат из свежих овощей.

Суббота

Завтрак: перловая каша с яблоком, хлеб с сыром, чай.

Обед: суп с фрикадельками и овощами, тушеная капуста.

Полдник: компот, галеты с семенами.

Ужин: отварной рис, рыба с овощами, фреш из груши и яблок.

Воскресенье

Завтрак: яйца всмятку, салат из свежих овощей с зеленью, тост, чай. Обед: грибной крем-суп, паровые котлеты с гречкой, хлеб.

Полдник: стакан кефира.

Ужин: телятина, тушеная со спаржевой фасолью, кисель.

4.4. Расчет калорий на один день.

Завтрак:

1. Каша перловая: 200 грамм

Белки – 3,1, Жиры – 0,4, Углеводы – 22,2, Ккалорий - 218

2.Чай: 200 мл

Белки - 20, Жиры – 5,1, Углеводы - 4, Ккалорий – 141

3. Молоко 3,2%: 50 мл

Белки – 3,2 , Жиры – 3,6, Углеводы – 4,8 , Ккалорий - 64

ИТОГО Завтрак: 200 г (Белки -26.3, Жиры – 9.1, Углеводы - 31, Ккал – 423)

Обед:

4.Суп с чечевицей: 200 грамм

Белки – 2.5, Жиры – 4.2, Углеводы – 5.2, Ккалорий – 135

5.Ржаной тост: 25 грамм

Белки – 9.5, Жиры – 3.4, Углеводы - 52, Ккалорий - 284

ИТОГО обед: 225 г (Белки - 12, Жиры – 7.6, Углеводы – 57.2, Ккал - 419)

Полдник:

6. Кефир (ацидофилин, простокваша, ряженка): 200 грамм
Белки - 4, Жиры - 6, Углеводы - 8, Ккалорий - 112

ИТОГО Обед: 200 г (Белки - 4, Жиры - 6, Углеводы - 8, Ккал - 112)

Ужин:

7. Тушеная брюссельская капуста,: 150 грамм
Белки – 9.5, Жиры – 3.4, Углеводы – 52.2, Ккалорий – 81.3
8. Паровая котлета: 150 грамм
Белки – 20.2, Жиры – 2.3, Углеводы – 1.7, Ккалорий – 107.4
9. Отвар липы: 150 мл
Белки - 0, Жиры - 0, Углеводы - 0, Ккалорий - 0

ИТОГО Ужин: 450 г (Белки – 29.7, Жиры – 5.7, Углеводы – 53.9, Ккал – 188.6)

V. Двигательная активность

а) Оценка работоспособности и физического состояния пациента.

Данные пациента для осуществления расчета:

1) Частота сердечных сокращений за 1 минуту в покое (ЧСС) - 70

2) Среднее артериальное давление (АДср.). 120/80

3)Возраст 47

4) Масса тела (в килограммах) 85

5) Рост (в сантиметрах) 187

Эти данные подставьте в формулу, по которой рассчитывается уровень физического состояния (УФС).

УФС = 700 – 3 * ЧСС – 2,5 * АДср. – 2,7 * возр. + 0,28 + вес / 350 – 2,6 * возр. + 0,21 * рост

Полученное число необходимо оценить по таблице:

УФС	мужчины	женщины
1 (низкий)	0,225—0,375	0,157—0,260
2 (ниже среднего)	0,376—0,525	0,261—0,365
3 (средний)	0,526—0,675	0,366—0,475
4 (выше среднего)	0,676—0,825	0,476—0,575
5 (высокий)	0,826 и более	0,576 и более

2.2 «Оздоровительная тренировка»

Лечебная физкультура (ЛФК) – обязательный элемент реабилитации. При начале занятий с первых стадий остеохондроза можно избежать периодов обострений, исключить прострелы, уменьшить интенсивность хронических болевых ощущений или полностью устранить их.

Упражнения во время реабилитации преследуют такие цели:

- Улучшение кровообращения.
- Восстановление подвижности суставных сочленений.
- Укрепление мышечного корсета.
- Профилактика застойных явлений.
- Восстановление двигательных функций после остеохондроза, нормализация работоспособности.

Людям у которых есть данная патология стоит следует воздерживаться от следующих действий:

- Подъем и перенос тяжестей, особенно на спине.
- Долговременный труд в согнутом положении (например, на земельном участке или при уборке помещения).
- Резкие, порывистые и неосторожные движения, сопровождающиеся хрустом в суставах и позвоночнике.

- Использование для ночного отдыха высокой или неудобной подушки. Это еще более опасно при шейном остеохондрозе.
- Сон на слишком мягких кровати (диване) и матрасе. Ложе у больных остеохондрозом должно быть достаточно жестким.
- Переедание. Масса тела выше нормы при остеохондрозе является значительно отягощающим течение заболевания фактором. Поэтому следует как можно быстрее сбросить лишний вес.
- Ношение неудобной обуви на высоких каблуках. Она не позволяет полноценно опираться на стопы, что усугубляет искривление позвоночника и приводит к развитию остеохондроза.

Физиотерапия

В первую очередь, физиотерапия может быть, как дополнением к терапии, так и являться основной формой лечения. Назначение физиотерапии при остеохондрозе необходимо для решения определенных проблем и достижения целей, к которым относят:

- уменьшение болевого синдрома;
- нормализация обменных процессов;
- улучшение кровообращения;
- приведение в норму двигательных функций;
- обеспечение тканей питанием, которое нужно для активизации регенерационных свойств;
- уменьшить количество потребляемых лекарственных препаратов;
- устранить очаг воспаления;

Комплекс упражнений ЛФК при остеохондрозе поясничногоотдела

Тринадцать упражнений ЛФК в период ремиссии

Лечебная гимнастика в подострый период поясничного остеохондроза постепенно включает в работу все большее число мышц. Упражнения для подострого периода лучше проводить на полу, на ковре.

1. Лечь на спину, ноги выпрямить. Поочередно сгибать и разгибать ноги в голени

2. *Скользя пяткой по постели, медленно подтянуть ее как можно ближе к ягодице, задержаться в этом положении на несколько секунд, медленно распрямить ногу. Повторить для другой ноги. Сделать по 8 повторений. Затем повторить упражнение, но двумя ногами одновременно.*

3. *Лечь на спину, руки вытянуты вдоль туловища, ноги прямые, вытянуты. Поочередно медленно поднимать выпрямленные руки вверх за голову на вдохе, на выдохе возвращаясь в исходное положение.*

4. Медленно отвести правую ногу в сторону. Повторить 8 раз. Поменять положение ног и повторить упражнение для левой ноги.

5. *Лечь на спину, левая нога согнута в колене и подтянута к животу, правая нога выпрямлена, лежит на коврике. Медленно приподнять правую ногу вверх. Поменять положение ног, повторить для левой ноги.*

6. *Лечь на спину, руки вытянуты вдоль туловища, ноги согнуты в коленях, ступни прижаты к коврику. С помощью мышц пресса и бедра медленно поднять таз вверх на входе, задержаться в этом положении несколько секунд, медленно вернуться в исходное положение на выдохе.*

7. *Лечь на спину, руки скрещены на груди, ноги согнуты в коленях, ступни прижаты к коврику. На выдохе медленно приподнять голову и плечи, напрягая мышцы пресса, на вдохе вернуться в исходное положение.*

8. *Лечь на спину, ноги прямые, вытянуты, руки вдоль туловища ладонями вниз. Вдохнуть, выдохнуть и напрячь ягодичные мышцы, удерживать напряжение 8–10 секунд. Расслабиться, сделать глубокий вдох.*

9. *Лечь на спину, ноги согнуть в коленях, ступни прижать к коврику. На выдохе медленно поднять обе ноги и подтянуть колени к груди, помочь себе руками при необходимости. Задержаться несколько секунд в этом положении, на вдохе медленно вернуться в исходное положение.*

10. *Встать на четвереньки на кровати. Медленно, скользя кистями по постели, сесть ягодицами на пятки. Вернуться в исходное положение.*

11. *Встать на четвереньки. Медленно разогнуть (отвести) левую ногу назад, удерживая равновесие, задержаться на 5 секунд в такой позе, вернуться в исходное положение. Повторить для другой ноги.*

12. *Лечь на живот, на валик, руки в стороны. Глубоко вдохнув, медленно приподнять голову и плечи над кроватью, задержаться в этом положении несколько секунд, опуститься в исходное положение и выдохнуть. При выполнении упражнения держать голову ровно, не запрокидывать назад, смотреть вперед!*

13. *Лечь на живот, на валик, подбородок опирается на руки. Глубоко вдохнуть, медленно приподнять ноги и таз над кроватью, задержаться в этом положении на несколько секунд, опуститься в исходное положение и выдохнуть. При выполнении шею не напрягать, голову назад не запрокидывать!*

VI. Режим труда и отдыха

С целью недопущения серьезных осложнений с позвоночником необходимо правильно организовать рабочее место:

- подбор стола высотой в пределах около 72 см;
- выбор удобного кресла, имеющего спинку, подлокотники, подъемно-поворотный механизм;
- обеспечение постановки ног на полу;
- установка клавиатуры ниже уровня локтей;
- расположение монитора, обеспечивающего направление взгляда в верхнюю часть экрана.

Чтобы снять напряжение с мышц, дать отдых глазам, нужно делать перерывы (через 30-40 минут), пройтись, выполнить несколько упражнений, позволяющих размять область шеи и спины, встать у стены, прижавшись к ней затылком, лопатками и ягодицами для выпрямления позвоночника. Если имеется возможность, полежать в течение 15-20 минут, вытянувшись как

струна в горизонтальном положении для снятия дискомфорта и усталости шейного отдела

- Если работа на ногах, необходимо периодически присаживаться, обеспечивая при этом прямое положение спины и нахождение стоп ног на полу.

VII. Профилактика

Профилактика остеохондроза заключается в том, чтобы избегать факторов, вызывающих дегенерацию структур позвоночника. Об этом надо помнить с детства - следить за осанкой, формировать здоровый образ жизни и регулярно заниматься физическими упражнениями. Чем более ответственно человек относится к своему здоровью, тем риск развития патологии в позвоночнике ниже.

Оптимальной профилактикой остеохондроза является коррекция веса и занятия гимнастикой. При начавшемся остеохондрозе снижение веса и выбор адекватных состоянию здоровья упражнений способствуют остановке заболевания или длительной ремиссии. Но не все виды спорта хороши для позвоночного столба, особенно, когда патологические процессы уже начались. Поэтому занятия гимнастикой или каким-либо видом спорта надо начинать только после консультации врача. Помимо физической нагрузки и сознательного питания есть еще несколько важных аспектов, о которых должен помнить каждый человек, чтобы сохранить позвоночник здоровым.

Занятия гимнастикой

В любом возрасте нельзя отказываться от физкультуры. Ежедневная элементарная зарядка по силам любому человеку. Но перед выбором вида спорта надо проконсультироваться со специалистом.

Адекватная нагрузка

Рассчитывайте нагрузку. Она должна быть регулярной, ее наращивание постепенной. Чрезмерная нагрузка приносит большой вред.

Посещение бассейна

Плавание – один из самых рекомендуемых видов спорта. Ортопеды советуют плавать разным стилем, в этом случае будут задействованы большие группы мускулов, но особенно полезно плавать на спине и на боку. Желательно как можно дольше скользить по воде между взмахами рук.

Режим питья

Чтобы межпозвоночные диски были упругими и эластичными, организм должен получать достаточное количество воды. Не стоит пить очень много, но 1-1,5 литра в день выпивать надо.

Организация рабочего места

Люди проводят много времени на работе. Офисные работники, компьютерщики, кассиры находятся в одном положении длительное время. Для позвоночника закрепощенная поза очень вредна!

Организация спального места

Позвоночник нуждается в отдыхе, идеальное время для него – сон. Но качественный сон может быть только на правильном матрасе, который принимает и поддерживает естественные изгибы позвоночника. Поэтому к выбору ортопедического матраса выдвигаются большие требования. То же самое относится и к подушкам, которое обеспечит оптимальное положение головы, чтобы не было застойных явлений во время сна.

7.1 Отказ от вредных привычек

Полноценное питание и отказ от вредных привычек уберегут от многих бед в будущем.

Даже небольшие дозы алкоголя снижают остеосинтез (образование новых клеток костной ткани) и нарушают усвоение кальция. Курение вызывает длительный спазм капилляров (мельчайших кровеносных сосудов), препятствуя поступлению минералов в кости, особенно в позвоночник.

Чрезмерное употребление кофе – он «помогает» вымывать кальций из костей и выводить его из организма через почки, отчего кости становятся хрупкими.

7.2 Специальные оздоровительные процедуры

Доказано, что люди, которые в течение дня занимаются сидячей работой более склонны к потере костной массы. Наиболее выраженная дистрофия отмечается у людей в пожилом возрасте. Поэтому регулярные физические упражнения можно считать эффективной профилактикой остеопороза. Различают 2 основных вида активности:

Упражнения с нагрузкой весом собственного тела: аэробика, гимнастика, бег, игровые виды спорта. Такие упражнения воздействуют на области, максимально подверженные заболеванию (позвоночник, бедро).

Занятия нужно проводить постоянно, нагрузку постепенно увеличивать. Рекомендовано преодолевать расстояние в 12 км в неделю за 3–4 раза.

Силовые упражнения: плавание, занятие на тренажерах, велосипедная езда.

7.3 Санаторно-курортное лечение

Как показывает практика, у большинства проявлений остеохондроза при правильно проведенной терапии происходит разрешение в течение 6 недель.

Пациенты, прошедшие весь комплекс реабилитационных мероприятий, быстрее восстанавливаются и возвращаются к прежнему

образу жизни. Огромную пользу может принести санаторно-курортное лечение.

Главная задача реабилитации после остеохондроза– полное восстановление нарушенных функций и уровня здоровья. Для эффективного восстановления требуется своевременный системный и комплексный подход. Реабилитация остеохондроза включает в себя лечебную физкультуру, специальные комплексы лечебной гимнастики, физиотерапевтические процедуры и массаж. Когда речь идет о восстановлении после остеохондроза, не стоит заниматься самолечением или следовать советам знакомых. Каждый метод лечения должен быть подобран квалифицированным специалистом, учитывающим все индивидуальные особенности. Только в таком случае дальнейшее восстановление после остеохондроза будет иметь положительный результат

Выводы:

1) Мы изучили медицинскую литературу по проблемам остеохондроза, в частности остеохондроза поясничного отдела позвоночника.

2) Проанализировали статистические данные, из которых выявили, что наибольшее количество (более половины всех случаев) чаще подвержены остеохондрозом мужчины

3) Изучили характеристику и классификацию остеохондроза. Остеохондроз чаще появляется у людей в возрасте от 20 до 45 лет, у мужчин чаще, чем у женщин.

4) Сформулировали мероприятия, направленные на оказание первой медицинской помощи и лечения остеохондроза, которые заключаются в необходимости обеспечить покой больного сегмента и скорейшей госпитализации в неврологическое отделение с целью диагностики и своевременного лечения.

5) Изучили особенности работы медицинской сестры при уходе за пациентом с отеохондрозом позвоночника, которые заключаются в

наблюдении за состоянием пациента, проведением профилактических мероприятий по предупреждению осложнений (пролежни, пневмония), снижением болевых ощущений, помощи в проведении гигиенических мероприятий, оказании помощи в восстановлении двигательной функции, проведении психологической работы с пациентом и его родственниками.

6) Разработали индивидуальную лечебно-профилактическую программу для пациента с переломом шейки бедра в посттравматическом периоде.

2.2 Сестринский процесс: уход за больными при остеохондрозе

Основные мероприятия по уходу включают:

- обеспечение и поддержание жизненно важных функций;
- адекватное питание;
- поддержание чистоты тела;
- обеспечение комфортного и безопасного положения пациента как в постели, так и вне ее;
- обеспечение нормального функционирования мочевого пузыря и кишечника;
- профилактику пролежней и контрактур.

Сложность организации ухода связана с наличием у пациента паралича, трофических нарушений, пролежней, контрактур, проблем, связанных с нарушениями питания, выделения, расстройствами речи (афазиями), когнитивными нарушениями, расстройствами пространственного восприятия и ряда других.

• **Уход за неврологическими пациентами** начинают с сестринского обследования, выявления проблем, определения приоритетности и планирования сестринского вмешательства. Данные обследования заносятся в

сестринский оценочный лист. Определяется роль близких в уходе за пациентом, разъясняется цель и определение срока достижения тех или иных положительных сдвигов в состоянии пациента. В первые дни пациент находится на строгом постельном режиме, что обусловлено тяжестью его состояния и опасностью развития осложнений. Оценку независимости пациента проводят по шкале Бартел.

• ***Уход при риске развития пролежней.*** Наиболее эффективный способ профилактики пролежней:

- частая смена положения тела (каждые 2 часа);
- правильное обустройство спального места: функциональная кровать, чистая, расправленная простыня без швов;
- использование противопролежневых матрасов (водные, воздушные и т. д.);
- смена нательного и постельного белья (при недержании мочи – несколько раз в день);
- смена положения тела с использованием подушек и валиков для придания пациенту удобного положения в постели;
- ежедневное мытье пациента в душе или в постели с использованием моющего средства (геля, шампуня) со спиртом, с последующим обтиранием сухим мягким полотенцем, пеленкой, обращая особое внимание на области крестца, копчика, лопаток, пяток, локтей, плечевых суставов, а также естественных складок (подмышечной области, под молочными железами у женщин, паховых областей).

• ***Уход при риске развития контрактур.*** Уменьшить мышечный спазм можно следующим образом:

- поддерживать комфортную температуру в помещении;
- поддерживать комфортное и безопасное положение пациента;
- выполнять несколько раз в день медленные пассивные движения в суставах пораженных конечностей;

- дыхательная гимнастика для профилактики застойных явлений в легких и с целью влияния на мышечный тонус в конечностях (при вдохе тонус повышается, при выдохе – снижается).
- для восстановления двигательных функций, профилактики контрактур и других осложнений проводится ЛФК:

1. способствует улучшению трофических функций конечностей; предупреждает развитие застойных явлений;
2. стимулирует самостоятельность;
3. повышает двигательную активность пациента;
4. укрепляет мотивацию на выздоровление.

• ***Гигиенические мероприятия***

- ежедневное умывание (не менее 2 раз в день, а при необходимости и чаще);
- мытье рук перед каждым приемом пищи;
- чистка зубов, полоскание полости рта, уход за зубными протезами;
- бритье для мужчин;
- причесывание волос (не реже 2 – 3 раз в день, а если необходимо – стрижку);
- стрижка ногтей;
- туалет глаз, ушей, носа;
- осуществление подмывания (не реже 2 раз в день, а при необходимости и чаще);
- смена постельного и нательного белья.

Все гигиенические мероприятия выполняются деликатно, в удобное для пациента время с соблюдением интимности.

• ***Организация кормления пациента*** с неврологическими расстройствами является ответственным и важным, поэтому его осуществляет медсестра. Кормление согласовано с лечащим врачом. Начинают:

- определение глотательного рефлекса, которое проводят в положении пациента сидя (во избежание аспирации).
- при сохранности глотательного рефлекса кормление осуществляют 5 – 6 раз в день малыми порциями.
- поить пациента следует достаточным количеством жидкости (не менее 1,5 л) для предотвращения обезвоживания и обеспечения нормальной работы почек и кишечника.
- в случае тяжелых расстройств функции глотания (дисфагия) для кормления используют различные питательные смеси, вводимые через постоянный назогастральный зонд. Если функция глотания не восстанавливается в течение нескольких дней, ставится вопрос о наложении гастростомы;
- при дисфагии логопед проводит гимнастику для глотки и гортани;
- применяется специальная методика кормления при приёме пищи при дисфагии.

- ***Уход при нарушении выделительных функций.***

- у пациентов с тяжелой неврологической патологией (инсульт) наблюдаются нарушения функции мочеиспускания;
- могут наблюдаться расстройства дефекации в виде задержки стула или недержания. При задержке для нормализации стула врач рекомендует в рацион продукты, содержащие клетчатку (свекла, чернослив, хлеб с отрубями), молочнокислые продукты, употреблять достаточное количество жидкости. Если диетой не удается достигнуть желаемого эффекта, по назначению врача применяют слабительные средства растительного происхождения, лекарственные препараты.

- ***Уход за пациентами с нарушением сна.***

- пациенты с неврологическими расстройствами жалуются на нарушение сна, которое проявляется в виде бессонницы или сонливости.

- нередко наблюдается извращение формулы сна, когда пациент днем спит, а ночью бодрствует, что создает дополнительные трудности при уходе.

Расстройства сна наиболее часты у пожилых пациентов, для них характерно позднее засыпание и раннее пробуждение. Для нормализации сна:

- проветривание помещения;
- калорийность и температура пищи;
- перестилание постели;
- прием пищи пациентом осуществлять не менее, чем за 4 ч. до отхода ко сну; пища не должна быть тяжелой, обильной;

2.3 Роль медицинской сестры в реабилитации пациента с остеохондрозом в условиях стационара

Основная **роль в реабилитации** отводится **медицинской сестре**, так как именно она обеспечивает круглосуточный надзор, выполняет назначения врача, то есть максимально вовлечена в процесс повседневного контакта с **больным**, и от качества ее работы во многом зависит успех **реабилитации**.

Методы реабилитации Сестринское дело в реабилитации включает:

- изучение и коррекцию ответных реакций человека на существующую или потенциальную проблему со здоровьем, связанную со снижением функциональных возможностей и изменением образа жизни.

Цели сестринского дела в реабилитации:

- • помочь пациенту справиться с инвалидностью или хронической болезнью путем поддержания функций;

- • восстановить или улучшить утраченные функции в процессе предоставления самоухода;
- • восстановить оптимальные социальные функции;
- • способствовать психологической адаптации;
- • предупредить осложнения, связанные с хроническими заболеваниями или инвалидностью.

Основными задачами реабилитации являются:

1. достижение максимально функционального уровня и независимости в пределах, ограниченных индивидуальностью; Это охватывает все сферы жизни:
   - физическую;
   - умственную;
   - социальную;
   - экономическую;
   - образовательную;
   - сексуальную.
2. помощь пациенту в приобретении и восстановлении навыков;
3. помощь пациенту в обеспечении самообслуживания;
4. помощь в достижении оптимального уровня здоровья и предотвращении осложнений;
5. помощь пациенту в достижении приемлемого качества жизни, что включает в себя:
   - поддержание достоинства;
   - поддержание уважения и самооценки;
   - поддержание личностных ценностей.
6. помощь пациенту реинтегрироваться в общество и функционировать в нем.

Медицинская сестра:

- устанавливает с пациентом и его семьей доверительные отношения, которые способствуют улучшению его состояния;

- определяет проблемы, находящиеся в компетенции сестринского ухода;
- обеспечивает соответственный сестринский уход;
- обучает пациента самоуходу, а членов семьи уходу за ним;
- помогает пациенту достигнуть наибольшей независимости;
- свою деятельность направляет на восстановление и поддержание функций, а также профилактику осложнений и дальнейших функциональных потерь;
- взаимодействует с другими специалистами из системы здравоохранения в обслуживании, планировании, оценке ухода за пациентом в реабилитационной программе.

Обязательными условиями адекватного ухода являются уважительное отношение к пациенту, внимание к его духовным потребностям. От правильно организованного ухода зависят степень восстановления утраченных функций и снижение процента инвалидизации.

2.5 Заключение

Остеохондроз позвоночника глобальная проблема для людей всего мира. Это одна из самых распространенных причин и обращения пациентов за врачебной помощью.

Основная тяжесть ухода за пациентом в посттравматическом периоде в условиях стационара ложится на медицинскую сестру. Она не только своевременно выполняет все врачебные назначения, но и ухаживает за ним, участвует в кормлении, следит за гигиеническим состоянием кожи и ротовой полости.

Своевременное внимание медсестры к выполнению пациентом необходимых элементов лечения и самообслуживания, становится первым шагом к выздоровлению.

Медицинская сестра должна уметь правильно построить сестринский процесс, руководствуясь не только назначениями врача, но и необходимостью удовлетворить нарушенные потребности пациента.

В процессе ухода медицинская сестра должна уметь выделять приоритетные проблемы и потребности пациента, определяет план действий, стратегию, направленную на удовлетворение нужд пациента с учетом особенностей травматологической патологии. Далее она оценивает эффективность проведенной работы, делает вывод о том, были ли осуществлены поставленные цели и задачи.

Для выполнения обязанностей медицинской сестры при работе с больными остеохондрозом в посттравматическом периоде необходим высокий профессионализм, так как ответственность, лежащая на медицинском работнике в данный период, очень велика.

Сложной и многоплановость задач, стоящих перед медицинской сестрой, высокие требования к ее деятельности обуславливают необходимость в постоянном профессиональном и личностном росте и самодисциплине. Роль медицинской сестры в успешном выздоровлении больного очень велика, и приводит к уменьшению сроков госпитализации и возможности выписки больного из стационара с рекомендацией посещения врача-невролога участковой службы.

Практическая значимость дипломной работы:

Материалы дипломной работы позволяют сделать следующие выводы:

Необходима более углубленная подготовка медицинских работников, сочетающая знание клинических особенностей, психологического состояния пациентов, по адаптации пациентов с их заболеваниями и профилактических мероприятий во время посттравматического периода.

Обучение пациента адекватному отношению к своему заболеванию.

Обучение навыкам помощи и самопомощи.

Получение информированности об особенностях течения посттравматического периода, современных методах профилактики.

Ориентирование на здоровый образ жизни.

Создана информационная база в виде Индивидуальной лечебно-профилактической программы для пациента неврологического отделения, находящегося в послеоперационном периоде.

Материалы дипломной работы могут быть использованы для самостоятельной работы обучающихся с целью углубления знаний относительно ухода за пациентом в посттравматическом периоде.

2.6 Список используемой литературы

1.Заболевания позвоночника/ Полный справочник/ Авдеев А. В., Вешкин А. К., Гладенин В. Ф - 2008 г.

2.Остеохондроз. Лучшие методы лечения/ О. Н. Родионова, Г. А. Никитина/ Вектор - 2007 г.

3.Реабилитационные физические упражнения, используемые при лечении поясничного отдела позвоночного столба/ Полубояров А. Т. и др. - М.,2005г.

4.Фищенко В.Я., Мартыненко В.С., Шаргородский В.С., Швец В.А. Консервативное лечение остеохондроза позвоночника. К., 1989, 167 с.

5.Хвисюк Н.И., Чикунов А.С. Профилактика остеохондроза. К., 1987. 35 с.

6.Юмашев Г.С., Ренкер К.Х. основы реабилитации. - М.: Медицина, 1973.

7. Юлия Попова. Остеохондроз. Самые эффективные методы лечения. – СПб.: Крылов, 2014. – 160 с.

8. Ирина Пигулевская. Побеждаем остеохондроз! Современные и народные способы лечения. – М.: Центрполиграф, 2011. – 128 с.

9. И.Н. Тумко. Лучшие методы лечения остеохондроза. – Харьков: Фолио, 2012. – 154 с.

10. Заболевания суставов.Что советуют врачи. – М.: Газетный мир, 2015. – 128 с.

11. Сергей Бубновский. Остеохондроз - не приговор!. – М.: Эксмо, 2017. – 192 с.

12. Т.А. Проценко. Остеохондроз. Как справиться с болью и правильно лечиться. – М.: Сова, Кладезь, АСТ, 2007. – 160 с.

13. Г.Е. Труфанов, Т.Е. Рамешвили. Лучевая диагностика травм головы и позвоночника. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 2007. – 200 с.

14. Анатолий Пахомов. Хатха йога. Корректный подход к позвоночнику (+ DVD-ROM). – М.: Ганга, 2010. – 352 с.

15. Сергей Бубновский. Грыжа позвоночника - не приговор!. – М.: Эксмо, 2010. – 192 с.

16. Савелий Кашницкий. Лечение позвоночника и суставов. – М.: Прайм-Еврознак, Астрель, 2012. – 96 с.

17. Анастасия Фадеева. Остеохондроз. Лечение и профилактика. – СПб.: Питер, 2012. – 128 с.

18. Ирина Пигулевская. Побеждаем остеохондроз! Современные и народные способы лечения. – М.: Центрполиграф, 2011. – 128 с.

19. Валентин Дикуль. Большая книга. Здоровый позвоночник. – М.: Эксмо, 2014. – 688 с.

20. В.Н. Самойленко. Остеохондроз. Современный взгляд на лечение и профилактику. – М.: ИГ "Весь", 2008. – 160 с.

2.7 Приложение



(Приложение 1)

- приложить ладонь правой руки к правой щеке. Наклонять голову вправо, пытаясь преодолеть сопротивление, стараясь слишком не напрягать мышцы шеи. Повторить упражнение 20-30 раз, а затем проделать то же самое с противоположной частью лица;
- сложить ладони одну на другую под подбородком. Пытаться опускать голову вниз, оказывая руками сопротивление. Выполнять упражнение 20-30 раз;

- переплести пальцы кистей на нижней части затылка и попытаться, преодолевая сопротивление рук, запрокинуть голову назад. Выполнить 15-20 подходов, прекратить при появлении боли любой интенсивности;
- в положении стоя приподнимать сначала одно, затем другое плечо. Повторить упражнение, приподнимая сразу оба плеча 20-30 раз;
- в положении сидя тянуть голову вверх, а затем пытаться вжать ее в плечи по 15-20 раз

Приложение



(Приложение 2)

- лечь на спину, медленно поднимать руки вверх. Скрестить их, пытаться приподнимать верхнюю часть корпуса. Напрягаться при этом

должен только плечевой пояс, а не шея. В начале тренировок достаточно делать 10 походов, по мере укрепления мышечного корсета — 20-30;

- лечь на живот, расслабиться, медленно потянуться. Не помогая себе руками, слегка прогнуться. При выполнении упражнения напрягаться должны мышцы нижней части спины. Прогибаясь, приподнять голову и руку. Повторять от 15 до 20 раз;
- встать на четвереньки, выгнуть спину на вдохе. Задержаться в такой позиции на 30 секунд. Затем выдохнуть и принять исходное положение. Сделать 20-25 подходов.
-

Приложение



(Приложение 3)

- лечь на спину, вытянуть руки вдоль тела, расслабиться. Медленно приподнимать сначала правую, затем левую ногу на 20-30 см над поверхностью пола, пытаясь задержать их 7 секунд в этом положении. Выполнять 30 раз;

- лежа на спине, согнуть ноги в коленях, а затем разводить их на максимально возможное расстояние, потом сводить. Сделать 20-25 подходов;
- лечь на живот, руки вытянуть вдоль тела ладонями вниз. Приподнимать сначала верхнюю часть тела, затем ноги. Не следует пытаться поднять их на большую высоту — достаточно 20 см. Повторить упражнение 20-30 раз;

- лечь на спину и согнуть одну ногу в колене. Приподнимать другую на 10-20 см над поверхностью пола. Стараться при выполнении упражнения напрягать ноги, а не нижнюю часть спины. Сделать по 20 подходов.

Приложение



(Приложение 6)

- При выполнении любой домашней или производственной работы старайтесь держать спину максимально выпрямленной

- При подъеме и переносе тяжестей позвоночник также держите прямо. Тяжелые предметы с пола или с земли поднимать только из положения сидя на корточках с прямой спиной, напрягая мышцы таза и ног. Держите ношу как можно ближе к туловищу, ни в коем случае не носите тяжесть на вытянутых руках. Ставя предмет на новое место, снова присядьте на корточки.
- Избегайте подъема груза в сочетании с резким поворотом туловища.
- После любой физической нагрузки на позвоночник необходимо сделать разгрузку: поднять руки над головой, вытянуть шею и подтянуться вверх. Повторить 6-10 раз.