

# НАБЛЮДЕНИЕ И УХОД ЗА БОЛЬНЫМИ С ПЕРЕЛОМАМИ ШЕЙКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

В.П. Бойков, проф., О.Г. Лихутина, А.В. Голенков, проф.  
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

**Представлен опыт внедрения технологии сестринского процесса при переломах шейки бедра. Обсуждаются проблемы пациентов, сестринские диагнозы и мероприятия 5 этапов сестринского наблюдения и ухода.**

**Ключевые слова:** перелом шейки бедренной кости, сестринский процесс.

Перелом шейки бедра (ПШБ) в 90% случаев происходит у пожилых людей, среди которых большинство – женщины старше 65 лет (4–12). По статистическим данным разных стран, на долю ПШБ приходится более 6% переломов костей. Таким пациентам требуются длительный уход и пристальное внимание медсестры в стационаре и последующий уход дома. Необходимость длительного постельного режима, многомесячного лечения и высокая смертность (от 20 до 40% и более) придают проблеме особую значимость.

Несмотря на эффективное хирургическое лечение, около 30% женщин с ПШБ нужны постоянный уход и помощь (1–3). Среди лиц старше 65 лет после ПШБ число способных самостоятельно передвигаться уменьшается с 73 до 15%, одеваться – с 84 до 48%, подниматься по лестнице – с 62 до 8% (9). Прогнозируется стремительный рост числа случаев ПШБ: чуть ли не удвоение числа подобных травм в течение ближайшего десятилетия. В странах Европы ежегодно регистрируется около 70 тыс. ПШБ. По прогнозам, в США к 2040 г. лица старше 65 лет составят 22% населения, а число больных с такими переломами достигнет 500 тыс. в год (4). Подобная закономерность характерна и для Чувашской Республики, в которой за последние 15–20 лет число больных с ПШБ утроилось (6).

При анализе литературы может сложиться впечатление о недостаточном внимании к проблеме организации сестринского процесса в травматологии. Однако конкретных разработок, касающихся больных с ПШБ, практически не встречается. Так, в учебном пособии по сестринскому делу в травматологии (2) описаны особенности ухода при переломах конечностей, правила наложения гипса, скелетного вытяжения, но нет данных об этапности сестринского процесса при ПШБ. Только в общих чертах рассматривают этот вопрос Н.В. Барыкина, О.В.Чернова (1), Л.Ф. Иванова, Г.Ф. Егорова (3). В приказе от 17.04.2002 г. №123 отражен весь уход за пациентами с риском развития пролежней (одна из основных проблем лечения и реабилитации пациентов с ПШБ) (10).

Таким образом, стратегию и тактику сестринского наблюдения и уход за больными с ПШБ нельзя считать достаточно разработанными.

В травматологическом отделении №2 Городской клинической больницы Чебоксар за период 2007–2008 гг. разработан сестринский процесс при ПШБ на основе модели, предложенной В. Хендерсон и одобренной Европейским региональным бюро ВОЗ. Согласно этим рекомендациям, цель медсестры – помочь человеку в удовлетворении его 14 основных потребностей по А. Маслоу от низших (физиологических) до высших (психосоциальных).

На 1-м этапе сестринского процесса оценивались конкретные потребности больных с ПШБ. При сборе информации возникали трудности, так как большинство пациентов были пожилого и старческого возраста, преимущественно – женщины старше 55 лет. У некоторых из них обнаруживались нарушения памяти и интеллекта, выражающиеся в ухудшении способности к концентрации внимания; больные не могли вспомнить отдельные имена, названия, даты. Для ряда пациентов были характерны тревожность, двигательное беспокойство, быстрая, бессвязная речь, что затрудняло получение информации. Медсестра настойчиво, деликатно и терпеливо вступает в таких случаях в вербальный контакт с пациентом, снижает тревожность и концентрирует его внимание. Многие пациенты являлись одиночками, нуждались в постоянном уходе и психологической поддержке. В дооперационном периоде больные находились на скелетном вытяжении. У части неоперабельных пациентов применяли гипсовый деротационный «сапожок». Больные пожилого и старческого возраста тяжело переносят длительное пребывание в постели. Поэтому в настоящее время при подобных переломах широко применяют оперативное лечение. После операции больному разрешают ходить с помощью костылей, вначале без нагрузки, а через 2 мес – с частичной нагрузкой на больную ногу (4–6).

У большинства пациентов в дооперационном периоде, а также у тех, кому применяли деротационный «сапожок», отмечались боль в паху и ноге. Субъективно боль была обычно несильной, но постоянной, что вело к психологическому дискомфорту, нервному истощению и нарушению общения. Для уменьшения боли использовали обезболивающие средства; применяли также словесное внушение, старались чем-то отвлечь больных, придавали им удобное положение в постели, подкладывая подушки и валики под травмированную конечность.

**На 2-м этапе сестринского процесса** выявляли потребности пациента, определяли его проблемы, устанавливали факторы, явившиеся их причиной или способствовавшие их развитию. Исходя из этих данных, уточняли сильные стороны пациента, которые могут способствовать разрешению или предупреждению проблем (6, 12). Главными проблемами пациентов были: нарушение двигательной активности (у 100% больных), проблема физиологических отпавлений – у 84,6% женщин и 28,6% мужчин; неспособность самостоятельно одеваться-раздеваться – соответственно у 84,6 и 57,1%; несоблюдение правил личной гигиены – у 84,6 и 30,7%; неспособность следить за своим внешним видом – у 84,6 и 42,8%, принимать участие в играх, развлечениях и др. – у 84,6 и 42,8% соответственно. Другие проблемы распределились следующим образом: одышка – у 69,2% женщин и 28,6% мужчин; нарушение сна – соответственно у 46,1 и 30,7%; недостаточное общение с окружающими – у 46,1 и 30,7%; недостаток питания – у 38,5 и 14,3%. Информацию о своей болезни хотели получить 30,7% женщин и 14,3% мужчин. Невозможность отправлять религиозные обряды отмечали 30,7% женщин и 28,6% мужчин; температурный дискомфорт тела – соответственно 23 и 14,3%, неуважительное отношение со стороны медицинского персонала и окружающих – 23 и 14,3%.

Число неудовлетворенных потребностей в среднем на 1 больного у женщин составило 8,3, у мужчин – 5,1. Боль при движениях в тазобедренном суставе и ограничение физической активности отмечались у всех больных. Нарушение аппетита наблюдалось у 92,3% женщин и 42,8% мужчин, запор – у 92,3 и 42,8%, недержание мочи – у 92,3 и 28,6%, дефицит самообслуживания – у 92,3 и 57,1%, слабость – у 92,3 и 71,4%, риск возникновения пролежней – у 92,3 и 28,6% соответственно. Высокий риск инфекций, связанный с нарушением целостности кожи и слизистых, отмечался у 84,6% женщин и 28,6% мужчин; неумение стричь ногти на ногах – у 84,6 и 28,6%, страх за настоящее и будущее – у 84,6 и 71,4%, отсутствие адаптации к стрессу – у 84,6 и 42,8%, высокий риск падения – у 84,6 и 42,8%; риск неконтролируемого приема лекарств – у 84,6 и 42,8%, снижение умственной работоспособности – у 84,6 и 42,8%, отсутствие физиче-

ской активности – у 84,6 и 57,1%; развитие тугоподвижности суставов – у 84,6 и 14,3%; проблемы общения, связанные с потерей способности двигаться, – у 84,6 и 71,4%, безразличие к жизни – у 84,6 и 14,3%, безразличие к своему здоровью – у 84,6 и 28,6%, беспокойство из-за невозможности реализовать себя в семье в связи с болезнью – у 84,6 и 71,4%; дефицит организованного досуга – у 84,6 и 71,4%. Различия между полами обусловлены существенной разницей в возрасте. Женщины были намного старше и, как правило, получили переломы в домашних условиях, мужчины – преимущественно на производстве или в автомобильных авариях.

**На 3-м этапе сестринского процесса** осуществлялось планирование ухода вместе с пациентом. Для этого прежде всего устанавливалась цель ухода, отражающая намерение предупредить, устранить или ослабить проблемы (см. таблицу).

**На 4-м этапе сестринского процесса** выполнялись действия по уходу за пациентом, запланированные на 3-м этапе. В процессе ухода наблюдали за реакциями пациента на каждое сестринское действие. Существует 3 категории вмешательств: 1) независимые – действия, которые выполняются в соответствии с профессиональными навыками медсестры, без согласования с врачом, например обучение навыкам самоухода, советы относительно питания, прогулок и т.д.; 2) зависимые – действия, назначенные врачом: инъекции, подготовка к диагностическим процедурам, предоперационная подготовка; 3) взаимозависимые действия, предусматривающие сотрудничество медсестры с врачом, родственниками больного. Ответственность медсестры при всех вмешательствах одинаково высока. Потребность пациента в помощи может быть временной (дефицит самоухода после операции), постоянной (при травмах), реабилитирующей (например, беседа с больным). Общение с больным играет огромную роль – это психологическая помощь, которая помогает пациенту подготовиться к операции, справиться с волнением, страхом. Если состояние пациента изменяется, план корректируют.

При реализации сестринского процесса возникло много трудностей. На 1 медсестру приходилось около 25 пациентов, на младшую медсестру – около 30 человек; при такой нагрузке она не всегда успевала вовремя обслужить пациентов.

**На 5-м этапе сестринского процесса** оцениваются результаты. При ПШБ поставленные цели достигались у половины пациентов. Они не достигались в краткосрочной перспективе у 15% больных, новые проблемы появлялись у 20% больных; долгосрочных целей достичь не удалось в 15% случаев. Так, при длительном постельном режиме

**Наиболее частые сестринские диагнозы и цели ухода при ПШБ**

Сестринский диагноз	Краткосрочная цель	Долгосрочная цель
Недержание мочи; пациент мочится в постель	Пациент к концу недели поймет, что при соответствующем лечении эти тягостные явления уменьшатся или пройдут	Подготовить пациента к жизни в обществе к моменту выписки
Запор, связанный с неправильным питанием и малоподвижностью, проявляющийся отсутствием регулярного стула	У пациента будет стул не реже 1 раза в 2 дня через 1 нед	Пациент к моменту выписки продемонстрирует знания о способах борьбы с запорами
Риск развития пролежней из-за дефицита самоухода и нарушения трофики тканей, проявляющегося гиперемией	Покраснение кожи исчезнет через 1 нед	К концу госпитализации пациент и его родственники продемонстрируют знания о мерах правильного ухода за кожей
Боль в тазобедренном суставе, связанная с ПШБ, проявляющаяся ограничением движений в суставе	Пациент отметит уменьшение болей к концу недели	Пациента не будут беспокоить боли в тазобедренном суставе к моменту выписки
Нарушение аппетита, связанное со стрессом и проявляющееся отказом от приема пищи	К концу недели пациент осознает важность полноценного питания для улучшения здоровья	К моменту выписки масса тела не уменьшится

нарушается регуляция тонуса сосудов. Это приводит к тому, что при изменении положения пациента, например, когда из положения лежа он переходит в положение полусидя или сидя, у него может резко снизиться артериальное давление. При попытке же встать возможен обморок (ортостатический коллапс). Возникли также проблемы с развитием контрактуры суставов. Одна из новых проблем – бессонница по ночам. Мысль о применении снотворных приходит очень быстро и нередко реализуется пациентом даже без совета с врачом. Но снотворные, как правило, не дают хорошего, глубокого сна. Человек, хоть и спит, но не отдыхает, делается «вялым», что, в свою очередь, приводит к раздражительности и далее – к депрессии. У 1 пациента возникла пневмония, чему в данном случае способствовал преклонный возраст больного с развитием старческой кахексии. Риск возникновения пневмонии можно значительно уменьшить, если проводить активные занятия дыхательной гимнастикой. Комплекс упражнений должен подобрать лечащий врач. Не всегда достигалась цель ликвидации запоров. Лежачие больные вынуждены совершать дефекацию в необычном положении, часто – в присутствии посторонних лиц, что способствует подавлению позыва на дефекацию. Некоторые больные произвольно задерживают дефекацию, так как стесняются обращаться за помощью к посторонним лицам. Это относится в ряде случаев и к недержанию мочи.

Долгосрочные цели не достигались из-за вынужденной выписки пациента вследствие противопоказаний к оперативному лечению, на что указывают и ряд исследователей (10, 12).

Отраслевой стандарт «Пролежни» на практике показал свою востребованность. Пациент получает разъяснения о профилактике пролежней, а также информацию о факторах риска развития пролежней, целях профилактических мероприятий, последствиях несоблюдения всей программы профилактики; ему предлагается план ухода в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Пролежни». Пациента извещают о необходимости соблюдать всю программу профилактики, регулярно менять положение в постели, выполнять дыхательные упражнения. Ему сообщают об исходе при отказе от выполнения плана ухода; он имеет возможность задать любые вопросы, касающиеся плана ухода, и получить на них ответы. Такую беседу проводит медсестра вместе с врачом, и больной расписывается в получении информации. Бывает, что пациент не всегда внимательно слушает и не до конца осознает тяжесть ситуации и возможные осложнения в силу преклонного возраста, тревожности, нарушений памяти и интеллекта. В этих случаях от медперсонала требуются настойчивость, повышенное внимание, дополнительные усилия.

Внедрение сестринского процесса в работу травматологического отделения обеспечивает:

- системность, тщательную продуманность и спланированность сестринского ухода при ПШБ;
- индивидуальность подхода, учет конкретной клинической, личностной и социальной ситуации пациента;
- возможность широкого использования стандартов профессиональной деятельности;

- активное участие пациента и его семьи в планировании и обеспечении ухода;
- эффективное использование времени и ресурсов медсестры, повышение ее компетентности, независимости, творческой активности.

Обязательное условие успешной реализации сестринского процесса в травматологическом отделении при лечении пациентов с ПШБ – перераспределение должностных обязанностей и введение в структуру сестринской службы новых должностей: сестры-консультанта, сестры-координатора и младшей медсестры. Это позволит изменить структуру деятельности палатной медсестры. Документация сестринского процесса должна соответствовать специфике травматологического отделения – тогда медсестра получит возможность зафиксировать у пациента дефицит самоухода и таким образом определит его реальную потребность в уходе. Необходимо проводить обучение младшего персонала в рамках сестринского процесса и шире привлекать его к общему уходу.

Мы убеждены, что именно внедрение сестринского процесса обеспечит дальнейшее развитие сестринского дела как науки, позволит ему оформиться в качестве самостоятельной профессии, будет способствовать качественному уходу за пациентами с ПШБ.

## Литература

1. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии. – Ростов-на-Дону, 2008. – 460 с.
2. Балакшин Н.Н., Блинов С.А., Бурухина Е.И. и др. Сестринское дело в травматологии. – Ростов-на-Дону, 2006. – 320 с.
3. Иванова Л.Ф., Егорова Г.Ф. Организация специализированного сестринского ухода. – Чебоксары, 2006. – 108 с.
4. Кавалерский Г.М., Силин Л.А., Донченко С.В. и др. Дифференцированный подход к лечению переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста // Медицинская помощь. – 2005; 1: 27–30.
5. Корнилова Н.В., Грязнухина Э.Г. Травмы и заболевания нижней конечности. – М.: Гиппократ, 2006. – Т. 3. – 1054 с.
6. Лобов Л.А. Малоинвазивный способ остеосинтеза вертлбных переломов бедренной кости. Автореф.... дис. ... канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2004. – 19 с.
7. Pederson S.J. et al. A comprehensive hip fracture program reduces complication rates and mortality // J. Am. Geriatr. Soc. – 2008; 56 (10): 1831–1838.
8. Simon P. et al. Femoral neck fractures in patients over 50 years old // Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot. – 2008; 94 (6): 108–132.
9. www.beka.ru/php/content.php.
10. www.doctor911.ru/advice1/uhod1/sheikal.
11. www.fanwal.narod.ru/prolejni.htm.
12. www.meduhod.ru/diseases/bedro.shtml.

## OBSERVATION AND CARE OF PATIENTS WITH FRACTURES OF THE FEMORAL NECK

Prof. V.P. Boikov, O.G. Likhutina, Prof. A.V. Golenkov  
I.N. Ulyanov Chuvash State University

The paper presents some experience in introducing a nursing technology in fractures of the femoral neck. The problems of patients, nursing diagnosis and five-step nursing observation and care measures are discussed.

**Key words:** fracture of the femoral neck, nursing process.