

УДК 614.8:615.8:616.727.4

СЕСТРИНСКАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ НА ВСЕХ ЭТАПАХ КОМПЛЕКСНОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ ПАЦИЕНТОВ С ТРАВМАМИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА

Никитина Инесса Николаевна, студент, кафедра спортивной медицины, Российский государственный университет физической культуры, спорта, молодёжи и туризма

Аннотация

В статье рассмотрены аспекты сестринской деятельности в составе мультидисциплинарной реабилитационной команды на всех этапах комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава. Медсестра, ориентируясь на личностные качества пациента, подбирает соответствующие модели и методы работы. Это позволяет установить с пациентом доверительные отношения, способствует повышению мотивации пациента к самостоятельности и независимости, которой он обладал до травмы. В свою очередь, интерес пациента к самореабилитации даёт возможность медицинской сестре обеспечивать эффективное взаимодействие пациента с другими участниками мультидисциплинарной реабилитационной команды, усиливает его положительный настрой на выздоровление и дальнейшую самореабилитацию.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: травма, осведомлённость, мотивация, комплексная реабилитация, мультидисциплинарная реабилитационная команда, МДРК, шкала реабилитационной маршрутизации, ШРМ, визуально-аналоговая шкала, ВАШ, иммобилизация, проблемы пациента, модели сестринских вмешательств, положительные примеры, самореабилитация.

NURSING ACTIVITIES AT ALL STAGES OF COMPLEX REHABILITATION OF PATIENTS WITH WRIST JOINT INJURIES

Nikitina Inessa Nikolaevna, Student, Department of Sports Medicine, Federal State Budget Educational Institution of Higher Education "Russian State University of Physical Education, Sport, Youth and Tourism"

Abstract

In article the aspects of nursing activity as part of a multidisciplinary rehabilitation team at all stages of complex rehabilitation of patients with wrist joint injuries are considered. The nurse, focusing on the personal qualities of the patient, selects the appropriate models and methods of work. This allows you to establish a trusting relationship with the patient, helps to increase the patient's motivation for independence and independence, which he had before the injury. In turn, the patient's interest in independence and self-rehabilitation enables the nurse to ensure effective interaction of the patient with other members of the multidisciplinary rehabilitation team, strengthens his positive attitude to recovery and further self-rehabilitation.

KEYWORDS: trauma, awareness, motivation, complex rehabilitation, multidisciplinary rehabilitation team, rehabilitation routing scale, visual-analog scale, immobilization, patient problems, models of nursing interventions, positive examples, self-rehabilitation.

«Руки – это видимая часть мозга»

Иммануил Кант

Введение

Актуальность работы. По информации Росинфостата, в России 68% всех травм приходится на падения и удары о предметы, 22% составляют другие виды травм, половина из которых – это открытые раны, а другая часть на 24% состоит из переломов [30].

По оценке специалистов, до 85% травм происходит на улице, в быту или в школе, из них 13% составляют травмы локтя и предплечья. Среди них уделим внимание травмам лучевой кости в типичном месте, они случаются из-за:

- состояния дорожных покрытий и придомовых территорий,
- невнимательности и рискованных действия пострадавших,
- несоблюдение техники безопасности в быту и на производстве [30].

Следует отметить, что указанные травмы в значительной степени нарушают нормальную деятельность человека в производственных и бытовых актах. Несмотря на достаточно высокий уровень развития травматологической помощи (в т.ч. хирургической), часто пациенты не добиваются полного восстановления функций сустава. В связи с распространенностью и продолжительностью восстановительного периода после травм лучевой кости в типичном месте актуальной является комплексная реабилитация пациентов, травмировавших лучезапястный сустав. Весь комплекс реабилитации осуществляется мультидисциплинарной реабилитационной командой (МДРК) [4, 11]. Современные технологии сестринской деятельности способствуют повышению уровня осведомленности пациентов как о ходе течения заболевания, так и о способах и формах самореабилитации и реабилитации с момента получения травмы до дня возвращения к трудовой деятельности.

Объект исследования — процесс комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава.

Предмет исследования — деятельность медсестер в составе мультидисциплинарной бригады комплексной реабилитации.

Цель исследования — изучить влияние и разработать рекомендации по сестринской деятельности на всех этапах комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава.

Задачи исследования:

1. Изучить причины (ситуации) травматизации.
2. Выявить проблемы пациента и обосновать модели сестринской деятельности в комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава на каждом этапе реабилитации.
3. Проанализировать сестринскую деятельность в ходе реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава, её влияние на течение процесса восстановления пациента.
4. Разработать практические рекомендации по выполнению сестринских вмешательств в рамках реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава.

Гипотеза исследования – медицинская сестра обеспечивает интеграцию и совместную работу мультидисциплинарной бригады, включающей также пациента и его родственников, направленную на повышение качества жизни пациента.

Методы исследования:

- Теоретические методы исследования:
 - Анализ литературных источников.
 - Моделирование.
 - Обобщение.
- Эмпирические методы исследования:
 - Натурный эксперимент.
 - Наблюдение (непосредственное и опосредованное).
 - Опросные методы — беседа, интервью, анкетирование.

1. Проблема травматизма лучезапястного сустава

По мнению многих авторов, лучезапястный сустав – один из самых активных суставов в жизни человека [15,16,23]. Рука человека рассматривается ими как основной орган труда [16]. Руки нужны и в быту, и на производстве, и при выполнении любого акта самообслуживания. Без активных движений в лучезапястном суставе практически ничего невозможно сделать [15,23].

В многочисленных статьях разных авторов [19,20,23,24,28] отмечается, что со времен первых публикаций по травматологии, когда перелом луча в типичном месте считался простым, в настоящее время переломы дистального отдела лучевой кости описываются не только как сложные, но и часто как ведущие к длительной потере работоспособности, долгому восстановительному периоду, иногда к повторным операциям из-за несращения костей после перелома, инвалидизации [24].

С 01 февраля 2021 года затраты по отчислениям организаций на профилактику травматизма составляют — от 0,2% до 8,5% в зависимости от класса профессионального риска, присвоенного основному осуществляемому виду деятельности предприятия [7,8]. Трудовой кодекс РФ [3] гарантирует право работника на получение пособия по временной нетрудоспособности (ст. 183 ТК РФ), например, максимальная сумма оплаты больничного листа в 2021 году [7] за 1 день на больничном равнялась 2434,25 рублей. В 2022 году максимальное дневное пособие по больничному составляет уже 2572,60 рублей [8,9].

Работодатели, со своей стороны, в полном объеме оплачивают больничные листы и стараются перестраивать работу внутри компании, решая кадровые вопросы по замене

заболевшего; ждут, что период восстановления пройдет максимально эффективно, и сотрудник, готовый к полноценной работе, вернется в строй. Объективно остается актуальной, как для работодателя, так и для самого сотрудника необходимость реабилитации, предполагающей полное восстановление функций руки. В этой ситуации следует обратить внимание на деятельность ведущих медицинских центров России. Так несколько лет назад в Центре хирургии верхней конечности ГKB №29 им. Баумана [29] началось внедрение новых технологий и оборудования и вскоре, как отмечало Агентство городских новостей «Москва», там впервые была проведена уникальная по сложности операция реставрации лучезапястного сустава после травмы в типичном месте. Вручая награды специалистам, выполнившим эту операцию, мэр Москвы отметил, что высочайшее мастерство хирургов в совокупности с уникальной техникой помогли пациенту не стать инвалидом. В настоящее время с помощью новых технологий врачи со всей страны не только получают новые навыки [22], но и могут закрепить их на симуляционной базе Центра ГKB №29 им. Н.Э. Баумана (рис. 1) [31].



Рис. 1. Заведующий отделением хирургии кисти ГKB №29 А.В. Афанасьев демонстрирует возможности современного артроскопического оборудования в мобильной лаборатории (фото: Павел Волков)

Несмотря на развитие высоких технологий в области травматологии, существует ряд известных проблем, которым следует уделить внимание. Так, даже в случае благоприятного течения травмы, рассматриваемый вид перелома предполагает иммобилизацию предплечья и кисти на срок от 6 до 8 недель [19,23], следовательно, перелом лучевой кости в типичном месте нарушает многие потребности человека, делает его зависимым, снижает самооценку – и существенно снижается качество жизни [13,14,23].

В результате иммобилизации травмированной руки не только лучезапястный сустав, но и вся конечность «выключается» из ежедневного ритма движений, что способствует перегрузке не только здоровой руки, но и противоположной стороны туловища [15,23].

Совершенно очевидно, что после снятия гипса из-за боли при ротации предплечья будет ограничена подвижность не только в лучезапястном, но и в локтевом и плечевом суставах травмированной руки [10,13,16,]. Однако, не так много людей нацелены быть 100%-здоровыми. Фраза: «А что ж тут поделаешь, как было уже не будет, нужно приспособиться жить как уж есть, не болит и хорошо» - это довольно частое утверждение получивших подобную травму [18,23] и современные врачи-травматологи и медсестры, входящие в состав мультидисциплинарной реабилитационной команды с этим не согласны [26,27,28,31,32].

Как оказалось, отсутствие интереса и самомотивации пациентов не связано со стоимостью услуг по реабилитации у специалистов:

- одна часть пациентов не осведомлена о возможностях, с помощью которых они могут значительно улучшить своё состояние как самостоятельно, так и с помощью специалистов в области реабилитации и физиотерапии [22,23];
- другая часть пациентов не хочет делать элементарные движения самостоятельно, без напоминаний, не хочет испытывать неудобства и болевые ощущения при работе с травмированной конечностью [23,25].

В связи с изложенным сделаем выводы:

1. Основная часть травм в области лучезапястного сустава происходит на улице или в помещении, дома, в учебном заведении или на производстве.
2. Травмы лучевой кости в типичном месте связаны либо с невнимательностью и рискованными действиями пострадавших, либо с состоянием дорожных или иных покрытий, либо с несоблюдением техники безопасности в быту и на производстве.
3. В зависимости от сложности и характера перелома можно прогнозировать как продолжительность, так и форму помощи при травме – репозиция в травмункте, операция по установке аппарата Илизарова в стационаре, первичная операция остеосинтеза или остеосинтез в комплексе посттравматических мер и другие.
4. В зависимости от степени осведомлённости пациента о возможности и формах реабилитации, его мотивации к выздоровлению и желание быть независимым от окружающих сроки реабилитации могут быть очень различны – от 1 – 1,5 месяцев до 1,5 – 2 и более лет.

2. Организация реабилитации при травмах лучезапястного сустава

Вне зависимости от того, где, когда и при каких обстоятельствах была получена травма лучевой кости в типичном месте – схема развития событий примерно следующая: самостоятельно или с чьей-либо помощью пострадавший вызывает неотложную медицинскую помощь и после оказания первой помощи на месте получения травмы бывает

передан в руки квалифицированных медиков неотложки. Именно с этого момента и начинается вся сестринская деятельность в комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава [23].

Согласно «Порядка организации медицинской реабилитации взрослых», утвержденного Приказом Минздрава от 31 июля 2020 № 788н (далее Порядок-788н) медсестра МДРК *1 этапа реабилитации* – медсестра скорой – визуально [4,13,14,17,18]:

- оценивает состояние травмированной конечности,
- по возможности, помогает пострадавшему освободить руку от перчаток (например, боксерских), варежек (зимой) и др.

- помогает пострадавшему, наложив транспортировочную шину,

- при наличии, прикладывает холод,

- оценивает физическое и эмоциональное состояние самого пациента, его адекватность при ответе на вопросы об обстоятельствах травмы:

- если пострадавший в момент получения травмы упал, убеждается, что он не получил сотрясения мозга;

- получив устное подтверждение как от него самого, так и от свидетелей (если имеются) обстоятельств произошедшего, что в момент падения не было удара головы пострадавшего о твердые поверхности: пола, лестниц и т.д.;

- продолжая задавать пострадавшему вопросы о его имени, фамилии, возрасте, месте жительства, убеждается, что человек ориентируется как во времени, так и в пространстве, может назвать текущую дату, день недели, примерное время, место и другие факты связанные с обстоятельствами травмы. При этом медсестра периодически просит подтвердить, что пострадавший сосредоточен не только на боли от травмы [20], но также контролирует себя в ситуации, что он адекватен в ответах на вопросы и эти факты подтверждают, например, документы о его личности, служебные и иные документы.

- по пути в травмпункт или больницу выясняет вопросы по переносимости лекарственных препаратов, аллергиях, наличии хронических заболеваний, чтобы по приезде в стационар можно было оперативно оказать весь объем срочной медицинской помощи, соблюдая принципы [13]: доступность – оперативность – своевременность – полнота – высокое качество – обеспечение беспрепятственной госпитализации – преемственность.

Следует отметить, что по Порядку-788н *медицинская реабилитация проходит в три этапа* и на всех этапах осуществляется соответствующей мультидисциплинарной

реабилитационной командой, состав бригады и другие аспекты работы прописаны в приложениях к указанному документу.

Первый этап медицинской реабилитации необходимо осуществлять с специализированных, в том числе оснащенных высокотехнологичным оборудованием, медицинских стационарах соответствующего профиля. Мероприятия должны быть начаты в острейшие и острые периоды – в случае травмы лучезапястного сустава – в течение 72 часов начинает работу МДРК, сформированная из числа специалистов отделения ранней медицинской реабилитации.

Второй этап медицинской реабилитации при оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи осуществляется в стационарных условиях в отделении медицинской реабилитации пациентов с нарушением функции периферической нервной системы и костно-мышечной системы, в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях. Восстановление пациентов на этом этапе должны проходить ежедневно, не менее 3 часов и начаты в острый и ранний восстановительный периоды (п.17 Порядка-788н, приложения N 6-12).

В соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации (ШРМ) медицинской сестрой, входящей в МДРК каждого этапа реабилитации, производится оценка состояния уровня независимости пациента, его способности к самообслуживанию и описание состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности, в том числе производится визуальная оценка боли, которую испытывает пациент в покое и при движении, по шкале ВАШ¹, с целью его дальнейшей выписки из стационара. Пациенту выдается выписка из медицинской карты стационарного больного, в которой указываются клинический диагноз заболевания (состояния), реабилитационный диагноз (перечень кодов по МКФ), сведения о реабилитационном потенциале, ИПМР², факторы риска проведения реабилитационных мероприятий, следующий этап медицинской реабилитации с учетом показателей ШРМ.

Третий этап медицинской реабилитации осуществляется при оказании первичной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях и (или) в условиях дневного стационара (амбулаторное отделение медицинской реабилитации, отделение медицинской реабилитации дневного стационара), в том числе в центрах медицинской реабилитации, санаторно-курортных организациях, не реже, чем один раз каждые 48 часов, продолжительностью не менее 3 часов.

¹ ВАШ – тестовая визуально-аналоговая шкала оценки боли, для пациента

² ИПМР – индивидуальный план медицинской реабилитации

В условиях антиковидных мер [5,6] профильные больницы и Центры хирургии верхней конечности продолжают оказывать помощь плановым и срочным пациентам [27].

3. Сестринская деятельность в реабилитации

Выше рассмотрен процесс реабилитации в целом. Отметим, что именно в момент доврачебной помощи уже начинается деятельность по комплексной реабилитации травмы лучезапястного сустава сперва самим пациентом [4,23]:

- он не пытается опираться на травмированную конечность и не усугубляет тем самым ситуацию,
- он максимально сам или с помощью (прося помощи у очевидцев, если они есть) старается зафиксировать травмированную руку, инстинктивно прижимая её к себе здоровой рукой,
- просит очевидцев использовать элементы своего костюма, чтобы облегчить положение травмированной руки и улучшить иммобилизацию (человек часто действует интуитивно верно именно в стрессовой ситуации).

Затем медсестрой скорой помощи, далее медсестрой приёмного покоя, палатной медсестрой – каждая из них совместно с пациентом вносит свой вклад в дальнейший благополучный исход травмы. Каждая из них на своём рабочем месте входит в состав МДРК и выполняет свои профессиональные обязанности, соблюдая основной принцип «не навреди!» [4,12,13,14].

Как было отмечено выше, следующий этап сестринской деятельности в комплексной реабилитации пациентов с травмами лучезапястного сустава стационарный [10,15].

В момент травмы (рис.2) человек оказывается в мгновенно-измененной ситуации, к которой он никак не мог быть готов ни физически, ни морально. Резкая боль, выброс адреналина на фоне шокового состояния, срыв всех планов как на текущий день, так и на неопределенное время.



Рис. 2. Момент травмы³

³ Фото: электронный ресурс <https://www.vsyako.net/archives/177284?amp=1>

С одной стороны, у пациента есть слабая надежда, что это не перелом, всё ни так страшно, с другой стороны, человек понимает, что ситуация вышла из-под контроля и теперь всё происходящее с ним зависит от действий других людей.

Пострадавший в первые минуты после травмы вдруг осознаёт, что потерял контроль над своей жизнью не только в данный момент, но и не сможет контролировать многие процессы в ближайшем будущем.

В случае, если пострадавший доставлен в стационар и ему проведена, например, операция по установке аппарата Илизарова [28] (рис. 3) для возвращения осколков лучезапястного сустава в правильное положение - пациент сталкивается со множеством страхов и непонятностей - что? что же будет дальше? В этой ситуации спокойная беседа палатной медсестры жизненно необходима. Она обязательно объяснит и покажет пациенту не только как ухаживать за аппаратом Илизарова и обеспечит первичный уход, если пациент не может это делать сам, но и объяснить, что многие акты самообслуживания ему могут быть сложны для выполнения или недоступны какое-то время [4].

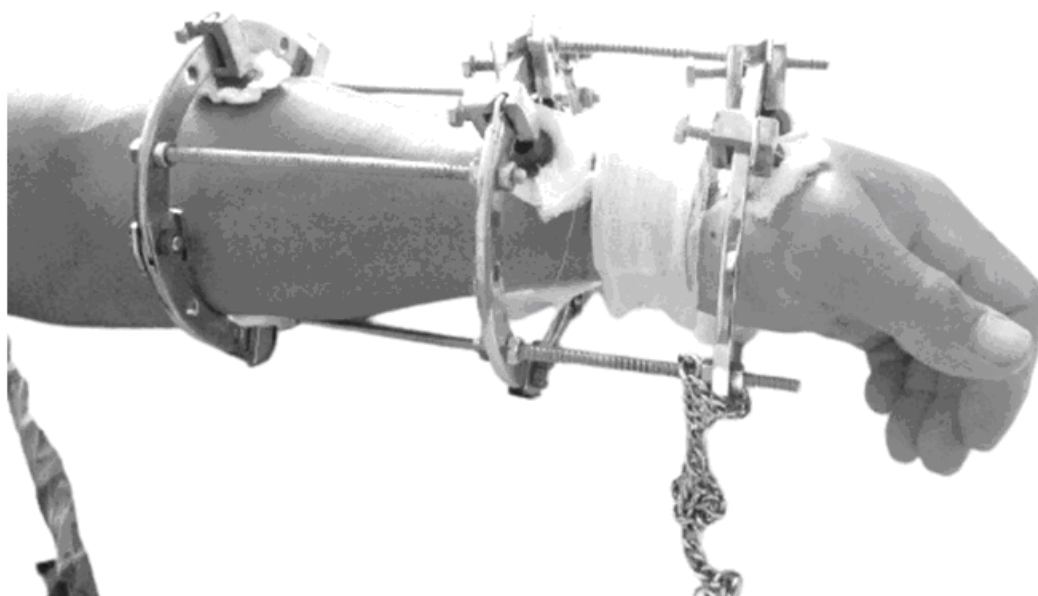


Рис. 3. Аппарат Илизарова установлен на руке пациента⁴

Медсестра, в зависимости от готовности пациента к сотрудничеству [33] в процессе восстановления и начальной самореабилитации после операции, расскажет ему о положительных примерах (возможно, такие есть среди соседей по палате или найдется подходящая история из обширной практики отделения, где пациент находится), приведёт

⁴ Фото: электронный ресурс: <https://med-atlas.ru/sustavy/artrodez-sustavov-neobhodimost-ili-vyinuzhdennaya-mera.html>

примеры успешных сложных случаев, подскажет, что и как лучше делать в сложившейся ситуации, допустим, противоположной рукой (если травмирована ведущая).

Да, с точки зрения эмоционально-моральной нагрузки на медсестру – это довольно тяжелая ситуация для психологического комфорта в работе – а в пересчёте на сезонное количество пациентов травматологических стационаров – медперсоналу не всегда легко поддерживать положительный настрой и оптимизм [13].

Следует подчеркнуть, что именно от уровня доверительности во взаимодействии с медсёстрами довольно успешно складывается восстановительно-реабилитационный период у пациента в стационаре буквально в первые часы после операции. В таких разговорах пациент (часто с удивлением) делает открытие, что он не одинок в новой для себя ситуации, что такие или похожие вопросы:

- как умыться;
- решить вопрос с туалетом;
- как одеться;
- как причесаться;
- как покушать;
- и многие другие

решались и до него [14] и будут решаться после того, как он выпишется из больницы и начнется другой, поликлинический, а далее, если есть необходимость, санаторно-курортный этап его восстановительно-реабилитационного периода [4,15]. У некоторых пациентов после выписки из стационара через не слишком продолжительное время начинается второй операционный период, а это вторая доза боли, страха, повторная реабилитация. Однако, у них уже есть свой опыт пребывания в больнице, поэтому у многих присутствует вера в благополучный исход и восстановление в бытовой и профессиональной сфере. В этом вопросе роль медсестёр сложно переоценить.

Не секрет, что много людей просто не знают, что руку после травмы надо разрабатывать практически сразу после наложения гипса в травмпункте, или операции остеосинтеза, или установки аппарата Илизарова в стационаре; особенно, если есть детский опыт переломов и установка – а, вроде вырос, да не работает что-то, как в другой руке, да привык, а ладно – и т.д. Иногда, услышав от медсестры, что нужно шевелить пальцами, пациент может возмутиться – мне больно! не хочу! как было не будет! – но, соблюдая все каноны и алгоритмы сестринской деятельности, медсёстры всех отделений выполняют свой долг, мотивируя пациента быть здоровым.

В наш непростой период посещение в стационарах запрещены, рекомендованы специальные режимы и места для встреч [5,6]. Да, родственники (у кого они есть) приезжают, и, если у пациента позволяет состояние, он сам, а иногда и с помощью медперсонала, может спуститься на первый этаж, чтобы увидеться с близкими. Сложно переоценить реабилитационный и мотивационный момент таких встреч, особенно, если медработник присутствует и может в соответствии с ч. 5 ст. 19, ст. 22 Закона «Об основах охраны здоровья» помочь пациенту и родственникам разъяснениями по ситуации, настроить их на позитив исхода болезни, снабдив по рекомендации лечащего врача, например, имеющимися в стационаре материалами о реабилитационном центре в лечебном комплексе, где находится пациент или, по их просьбе, информацией о подобных центрах по месту жительства (ч. 2 ст. 24 Конституции РФ)[1].

Рассмотренное выше доказывает, насколько бесценна роль медсестёр всех медицинских учреждений – от бригады скорой помощи, кабинета травматолога травмпункта, до палатной медсестры стационара, медсестры кабинета реабилитации поликлиники, медсестер санаторно-курортного комплекса в плане мотивации, просвещения и обучения не только пациента, но и его родственников (если таковые имеются) способам и методам возвращения возможности бытовой независимости и личного самообслуживания.

4. Реабилитация как сестринский процесс

Поскольку реабилитация является комплексной деятельностью, направленной на повышение качества жизни пациента, прежде всего, в части обеспечения его самостоятельности в удовлетворении базовых потребностей, справедливо рассматривать деятельность медицинской сестры в ней с позиции сестринского процесса [12]. Соблюдая принципы [13]: доступность; – оперативность; – своевременность; – полнота; – высокое качество; – обеспечение беспрепятственной госпитализации; – преемственность, медсестра, входящая в соответствующую МДРК на каждом этапе медицинской реабилитации, оценивает не только состояние пациента с травмой лучезапястного сустава, но и его эмоциональный настрой и готовность к сотрудничеству в реабилитации после травмы; она понимает, что до травмы человек вёл привычный образ жизни, был либо хозяином своего положения и решал все вопросы самостоятельно – для таких пациентов все формы принятия помощи от других людей, в том числе, от медперсонала, психологически сложны, но эти пациенты активнее занимаются моторикой, выполняют назначения, стремясь как можно быстрее вернуться к привычному образу жизни, к независимости.

В рамках первичной оценки медицинская сестра использует рассмотренную ранее шкалу ШРМ. В зависимости от того, на каком этапе медицинской реабилитации, согласно указанной шкале, после травмы находится пациент, медицинская сестра руководствуется конкретными моделями сестринского процесса⁵ [13]. Кроме того, немаловажны привычки пациента и его поведенческие, бытовые установки и особенности взаимодействия с другими людьми. Возможно, человек привык быть требовательным в плане того, чтобы другие проявляли о нем заботу, оказывали внимание, решали его вопросы в повседневной жизни. Такие пациенты на первом этапе реабилитации привычно принимают уход и заботу о своей персоне со стороны других людей, но могут быть излишне требовательными и капризными, могут мешать или не мешать медперсоналу, когда вопросы связаны с жизнеобеспечением – кормление, физиология, поправить постель и т.д. Однако, такой пациент становится сложным, не желает испытывать неудобства и боль на более поздних этапах реабилитации в больнице, когда необходимо его участие в процессе выздоровления – от движений пальцами сразу после операции на лучезапястном суставе до элементарного комплекса ЛФК в палате. Вот тогда медсестра включает творческий подход в плане привлечения родственников (если они есть) или увлечения и мотивации самого пациента [13,20,21].

Определяя приоритетные проблемы пациента при травмах лучезапястного сустава медсестра, будучи членом МДРК, ориентируется не только на Порядок-788н, Банк сестринских диагнозов, но и на обширную внутрибольничную практику. Истории из жизни пациентов отделения травматологии верхних конечности или хирургии кисти часто размещают на стендах в коридоре. Особенно, если это какие-то почти фантастические случаи, успешно прооперированные в данном лечебном учреждении⁶ [32]. Для пациентов с любым стилем жизни такие примеры всегда хорошая мотивация в реабилитации, в том числе и к моциону по коридору стационара с целью изучения стендов с расположенными на них историями. При этом у пациентов снижается чувство тревоги за исход восстановления руки, люди узнают о новых методах в кистевой хирургии, о возможностях реабилитационного периода вне стен стационара, упражнениях, приспособлениях и кистевых тренажерах [23], часто меньше обращают внимание на боль и сообщают об этом медсестре; начинают охотнее принимать участие в самообучении владения другой рукой (если травмирована ведущая) или

⁵ Модель Рой – про дефицит активности, Джонсон – о поведенческих реакциях на функциональный стресс, Орем – про дефицит самоухода, Хендерсон – о физиологических потребностях.

⁶ Отзывы о враче [Электронный ресурс] // ГКБ 29 им. Баумана – Режим доступа: <https://www.klinika29.ru/vrachi/afanasev-aleksey-valerevich>

сами обращаются за помощью к персоналу, если имеет место сложный комбинированный перелом рука-нога или обе руки [23].

Отметим, что повышение уровня уверенности пациента в благоприятном исходе заболевания, возможности возвращения на работу, снижение его эмоциональной неустойчивости напрямую связано с внутрибольничной атмосферой, в которой пребывает пациент, тем настроением, установками и мотивацией, которые берут свое начало в доверительных и конструктивных отношениях медсестра-пациент. Успех и скорость благоприятного течения медицинской реабилитации пациента напрямую зависит не только от профессионализма всех участников МДРК на 2 этапе реабилитации, но и от их человеческих качеств.

Медсестра настраивает пациента на выписку, мотивирует его к активной, но обоснованной и аккуратной с точки зрения безопасности самостоятельности. Она ежедневно проводит оценку состояния пациента в соответствии со шкалой реабилитационной маршрутизации и визуальную оценку болевого синдрома в движении и покое по ВАШ. При уровне значения по ШРМ в 3 балла – когда у пациента умеренно нарушено функционирование, как в случае с переломом лучезапястного сустава в типичном месте и соответствующее ограничение жизнедеятельности пациента имеет место быть – он может находиться, например, один в течение дня, но не может самостоятельно готовить себе пищу или не сможет, например, одеваться в холодное время года, чтобы выйти на улицу, так вот, если при этом пациент проживает один, то ему могут предложить задержаться в стационаре на 2-3 дня, чтобы чувствовать себя увереннее или пациент воспользуется этим временем, чтобы решить вопрос с бытом иным способом – если пациент не испытывает финансовых затруднений и может себе позволить пригласить обслуживающий персонал на небольшой срок, например, горничную или повара. В другом случае, когда у пациента более скромные финансовые возможности, его могут направить в дневной стационар для дальнейшей реабилитации по месту жительства или, как вариант, в санаторий – тогда состояние пациента может быть оценено в 2 балла по ШРМ – это ещё большая самостоятельность, независимость и свобода действий.

После выписки для пациента наступает третий этап реабилитации либо по месту жительства, амбулаторно – здесь может подключаться ЛФК и физиотерапия, либо, если травма сложная и требуется длительный период возвращения пациента к самообслуживанию к его реабилитации подключается комплексная мультидисциплинарная реабилитационная

команда дневного стационара или санаторно-курортного комплекса, где также значительно расширяются возможности успешной реабилитации.

Кроме выписки из истории болезни пациент получает комплекс рекомендаций не только в плане двигательной активности, но и в плане психологического комфорта. Еще на предыдущем этапе МДРК стационара акцентируется внимание пациента не на проблемах, а на успехах. Медсестра обращает внимание пациента на его достижения – сегодня одна мелочь получилась, завтра другая, а в общем и целом пациент понимает, что только от него самого зависит качество его реабилитации и время, которое займёт его возвращение к привычной жизни после травмы лучезапястного сустава [23].

5. Особенности реализации сестринских вмешательств при травмах лучезапястного сустава

Остановимся подробнее на реализации сестринских вмешательств с учётом конкретных моделей [13]. В реабилитационном сестринском процессе особое внимание следует уделить моделям:

- Д. Джонсон – поведенческая модель – реакция на функциональный стресс.

Медицинская сестра, опираясь на прошлый опыт пациента, его желание или нежелание принимать помощь, разводит внешние стрессоры и является неким облаком, которое мягко окружает пациента, выполняя за него недоступные манипуляции и тем самым снимая с пациента ответственность и нагрузку, оберегая его от болевого стресса и комплекса неполноценности из-за травмы. Минус в том, что пациент часто не мотивирован к сотрудничеству. Он принимает то, что делает самоотверженная медсестра.

- К. Рой – адаптационная модель - в случае травмы лучезапястного сустава источником проблемы является дефицит активности, причина – травма и, как отмечено ранее человек теряет привычные установки и ориентиры поведения.

Медицинская сестра предлагает варианты решения проблем (ведущая рука травмирована) – как действовать другой рукой, или две руки травмированы. Медицинская сестра выступает в роли, сравнимой с работой аниматора или организатора – она наглядно показывает пациенту, как действовать в конкретной ситуации, обеспечить компенсацию утраченных функций. В практике используются элементы игры и сказки как психолого-педагогические приёмы для мотивации. Подходит для пациентов, готовых включаться и действовать в новых условиях.

- Д. Орем – модель дефицита самоухода – травма связана с потерей независимости – пациент мотивирован к выздоровлению в изменившихся условиях социальной жизни и

осуществляет самоуход; он активный участник и готов доверять другим людям, принимать уход и заботу о себе в случае необходимости вне зависимости от прошлого опыта; составляется план совместных действий медсестры, пациента, семьи пациента (если она есть); близкие пациента готовы обучаться, чтобы помогать и оказывать необходимую помощь.

- В. Хендерсон – дефицит удовлетворения физиологических потребностей.

Медицинская сестра с одной стороны – выполняет назначения врача, с другой – принимает решения по уходу за пациентом в момент времени, а также привлекает родственников (если есть) и санитарок. Важной особенностью модели является ежедневные совместные планирования действий с пациентом и устранение возникших внешних проблем; в этой модели пациент активно вовлечен в процесс самореабилитации, что ежедневно способствует скорейшему восстановлению его независимости.

Несмотря на многообразие моделей сестринского процесса и их комбинирование на разных этапах реабилитации, сестринские вмешательства осуществляются в различных формах, рассмотрению которых уделим особое внимание.

- *Видео для пациента*: запись уроков и диалогов с пациентом, чтобы он увидел со стороны собственный опыт и успехи; практика применения приспособлений для реабилитации – разъяснения для пациента и помощь для его близких.

- *Физические упражнения*: в данном случае не рассматриваются сложные упражнения на стационарном оборудовании в присутствии специалистов, здесь речь идет о приёмах самореабилитации травмированной руки: пассивные сгибания-разгибания пальцев, сгибания-разгибания травмированной руки в допустимых амплитудах с помощью здоровой в области локтевого и плечевого суставов, а также использование различных приспособлений и мягких мячиков разных диаметров для сохранения хватательных рефлексов – все эти несложные движения способствуют снижению отёчности, улучшают трофику тканей поврежденной конечности, помогают сохранить работоспособность мышц кисти, плеча и спины со стороны травмированной руки [23].

- *Мотивация к выздоровлению*: основная потребность человека – быть здоровым, самостоятельным, независимым – это те задачи, которые можно решить с помощью сочетания психологических приёмов и лечебной гимнастики (ЛГ, ЛФК) после травмы лучезапястного сустава – хорошее настроение, удовлетворение от занятий, видимый прогресс. Указанные элементы мотивации к выздоровлению направлены на решение следующих задач ЛФК [10,11]:

- Подготовка опорно-двигательного аппарата к предстоящей нагрузке.
- Улучшение трофики.

- Развитие подвижности в суставах верхних конечностей.
- Улучшение психоэмоционального состояния и позитивный настрой.

6. Технические средства самореабилитации пациента

На третьем этапе после выписки из стационара важную роль в реабилитации пациента играет самореабилитация [23]. Для подготовки к этому этапу медицинская сестра осуществляет обучение пациента, рассказывает о методиках самостоятельной реабилитационной работы, контроля. Кроме того, медицинская сестра должна обеспечить преемственность реабилитационного процесса, поскольку дальнейшая работа с пациентом будет осуществляться амбулаторно [4,13]. Таким образом, сестринские вмешательства будут направлены на обучение пациента и реализацию реабилитационного процесса в домашних условиях. В такой ситуации, необходимы технические средства реабилитации травмы лучезапястного сустава, которые возможно применять индивидуально в бытовых условиях:

- Для ускорения процесса самореабилитации могут быть предложены устройства (для применения в домашних условиях) [23]. Указанные приспособления в короткие сроки (около месяца после снятия гипса) помогут справиться с тугоподвижностью запястья, вернуть способность сгибать-разгибать сустав до «прямого» угла.
- Эффективными будут занятия со скалками, мячами разных диаметров и из разных материалов (рис. 4); позже, примерно через 3,5 – 4 недели после травмы – с эспандером, гимнастической палкой и упражнения на ручном велотренажере.
- Полезно активно-пассивное и пассивное вытяжения (для разворота большого пальца руки, ротации предплечья после травмы в анатомическое положение) не только с помощью домашних приспособлений, но и со свободными весами.
- Поможет самомассаж травмированной руки как с помощью здоровой руки, так и с помощью домашних массажёров. В ходе реабилитации можно чередовать общий массаж, «морские» ванны, занятия в воде и физиотерапия.



Рис. 4. Технические средства самореабилитации в бытовых условиях (фото: Инесса Никитина)

Следует отметить, что процесс восстановления - процесс ступенчатый: вчера – сегодня – завтра делаем какое-то одно движение, работаем в направлении на изменение амплитуды, но делаем его с помощью разных устройств, а затем, спустя день-два, как итог, фиксируем улучшение [13, 23].

Для закрепления результата на последующих этапах добавляются новые упражнения, особое внимание уделяется фиксации достижений, что мотивирует к продолжению занятий и полному выздоровлению. Как результат: улучшается качество жизни, снижается степень зависимости от окружающих в плане самоухода и решения бытовых вопросов, появляется уверенность в положительном исходе от занятий, повышается самооценка, реализуется возможность восстановления полной трудоспособности.

В процессе применения предложенных приспособлений и использования всех вышеперечисленных средств реабилитации за 1 – 1,5 месяца наиболее мотивированным и систематически выполняющим комплексы по самореабилитации пациентам удалось восстановить поврежденную конечность до 98-100% объема движений [23].

Из сказанного выше делаем вывод: благодаря применению предложенных выше устройств и перечисленных технических средств качество, объем и амплитуда движений в лучезапястном, локтевом, плечевом суставах, подвижность пальцев и кисти, ротация предплечья травмированной руки восстановлены в полном объеме – это положительно отразилось на качестве жизни, трудоспособности, самооценке. Продолжение процесса самореабилитации в формате фитнес– или пилатес–тренировок связано с высокой самодисциплиной пациентов, их желанием быть здоровыми, самостоятельными, независимыми.

Заключение

Таким образом, деятельность медицинской сестры в комплексной реабилитации пациентов после травм лучезапястного сустава представляет многоаспектной, включающей в себя с одной стороны, элементы сестринского процесса, с другой стороны, взаимодействие в МДРК, а также психологические и педагогические аспекты, связанные с мотивацией пациента к выздоровлению.

Следует отметить, что медсестра имеет самую тесную связь с пациентом, она выбирает соответствующие модели и методы работы, позволяющие установить с пациентом доверительные отношения, способствовать его мотивации к самостоятельности и независимости, которой он обладал до травмы, что даёт возможность медицинской сестре

обеспечивать эффективное взаимодействие пациента с другими участниками мультидисциплинарной реабилитационной команды.

В случае реабилитации пациента с травмой лучезапястного сустава рассмотренные аспекты являются особенно важными, поскольку:

- это вид травмы один из самых распространённых;
- значительную роль на протяжении всего периода реабилитации играет самостоятельность, мотивацию к независимости постепенное возвращение к которой обеспечивает медсестра.

В ходе проведенного исследования были изучены причины в которых происходит основная часть травмы лучезапястного сустава в типичном месте:

- состояние дорожных покрытий и придомовых территорий,
- невнимательностью и рискованными действиями пострадавших,
- несоблюдение техники безопасности в быту и на производстве.

Наиболее распространенными проблемами пациента являются:

- невозможность выполнения привычных двигательных актов бытовых и производственных,
- низкая осведомленность о травме и принципах реабилитации,
- отсутствие веры в успех лечения и реабилитации.

Основные вмешательства медицинской сестры заключаются в:

- выполнение назначений и рекомендаций врача,
- обучении пациента и его родственников (если есть),
- мотивация и положительные примеры из жизни предыдущих успешно реабилитировавшихся пациентов,
- помощь в осуществлении базовых потребностей пациента,
- подготовка пациента к самореабилитации и самостоятельной жизни на уровне «до травматизации»,
- разработка и применение индивидуальных адаптированных моделей ЛФК при травмах лучезапястного сустава.

Применяя методики известных моделей сестринского процесса медсестра обоснованно и умело сочетает их в работе с каждым пациентом персонально:

Модель Д.Джонсон применяется медсестрой в части работы с поведенческой составляющей пациента.

Модель К.Рой используется как адаптационная модель в реабилитации к условиям изменившейся внешней среды.

Модель Д.Орем применяется медсестрой при сложных травмах (например, обе руки или рука-нога), когда пациент мотивирован, но испытывает дефицит самоухода, с привлечением третьих лиц – близкие, сиделки, горничные и другие.

Модель В.Хендерсон – медсестра вовлекает пациента в сотрудничество, и пациент не только привлекается к планированию собственного ухода, но и участвует в уходе за собой. В зависимости от тяжести травмы выбирается приемлемое сочетание моделей сестринской деятельности.

Таким образом, сестринская деятельность в реабилитации пациентов с травмой лучезапястного сустава в типичном месте – это не только применение глубоких профессиональных знаний, но и процесс творческий, разносторонний, требующий от медсестры педагогических и психологических качеств и подготовленности, эрудиции, смекалки и творческого подхода в работе, что, безусловно, подтверждает гипотезу исследования – медицинская сестра обеспечивает интеграцию и совместную работу мультидисциплинарной бригады, включающей также пациента и его родственников, направленную на повышение качества жизни пациента.

Литература

1. Конституция Российской Федерации на 2022 год. С последними изменениями на 2022 год — М.: Эксмо, 2022-32с.
2. Министерство здравоохранения РФ Приказ от 31 июля 2020 г. N 788н Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых -123с. [Электронный ресурс] // Минздрав РФ – Режим доступа: http://pravo-med.ru/upload/iblock/bcb/prikaz_minzdrava_rf_31_07_2020_n_788n.pdf
3. Трудовой Кодекс Российской Федерации на 2022 год [Электронный ресурс] // Бухсофт Бухгалтерская программа с экспертной поддержкой – Режим доступа: <https://www.buhsoft.ru/article/3779-tk-rf-s-izmeneniyami-na-2022-god>
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. N 788н "Об утверждении Порядка организации медицинской реабилитации взрослых" [Электронный ресурс] // Минздрав РФ – Режим доступа: <https://base.garant.ru/74681688/#friends>
5. Методические рекомендации по организации очных посещений граждан, проживающих (пребывающих) в стационарных организациях в условиях сохранения

- рисков распространения COVID-19 утв. Главным государственным санитарным врачом РФ 30.07.2021. // Методические рекомендации - Государственное санитарно-эпидемиологическое нормирование РФ - Методические рекомендации МР-3.1 / 2.1-0255-21[Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://www.rosпотребнадзор.ru/files/news2/2021/08/MP%200255-21%20очные%20посещения%20в%20стационарах.pdf>
6. <Письмо> Роспотребнадзора от 01.02.2021 N 02/1882-2021-24 О посещениях граждан, проживающих (пребывающих) в организациях, оказывающих услуги в стационарных условиях [Электронный ресурс] – Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_382636/
 7. Отчисления в фонды с заработной платы в 2021 году [Электронный ресурс] // Главбух. Электронный журнал (01.02.2021г.) – Режим доступа: <https://www.glavbukh.ru/art/99085-otchisleniya-v-fondy-s-zarabotnoy-platy-v-2021-godu>
 8. 10 важных нововведений 2022 года в части начисления и выплаты пособий (ВАЖНО! 21 декабря 2021) [Электронный ресурс]// ГАРАНТ – Режим доступа: <https://www.garant.ru/news/1509834/#:~:text=2434%2C25%20руб.%20С%20учетом%20лимита,80%20тыс.%20рублей%20в%20месяц>
 9. Как оплачивать больничный лист в 2021 – 2022 годах [Электронный ресурс] // КонсультантПлюс — Режим доступа <http://consultant29.ru/news/kak-oplachivaetsya-bolnichnyij-list-v-2021-2022-godax.html>
 10. Белая Н. А. Лечебная физкультура и массаж - М.: Советский спорт. – 2001. – 273с.
 11. Герман И. Физика организма человека –Пер.с англ- Долгопрудный: Интеллект, 2011. — 992 с.
 12. Козлова Л.В Основы реабилитации для медицинских колледжей : учеб. пособие / Л. В. Козлова, С. А . Козлов, Л. А . Семененко; под общ. ред. Б. В. Кабарухина. — Изд. 7-е. — Ростов н /Д : Феникс, 2012. — 475 с. : ил., с.175-178 — (Среднее профессиональное образование). [Электронный ресурс] – Режим доступа : <https://kingmed.info/media/book/4/3326.pdf>
 13. Мухина С.А., Тарновская И.И. Теоретические основы сестринского дела: учебник / С.А.Мухина, И.И.Тарновская. - 2-е изд., испр. и доп. – М.:ГЭОТАР-Медиа,2011 – 368с.:ил.
 14. Основы сестринского процесса: учебное пособие по ведению сестринского процесса и оформлению сестринской карты / Г.М. Давыдова, И.Я. Кириченко,О.Ю. Мезенцева,

- Т.В. Окунская, Л.В. Пахомова, Е.В. Рыбникова, Л.Л. Черных; под.ред. Е.В. Рыбниковой, Т.В. Окунской.— 3-е изд.: перераб. и доп. [Электронный ресурс] — Курск : ОБПОУ «КБМК», 2016. — 36 с., с. 6-7 – Режим доступа: <http://www.kurskmk.ru/sites/default/files/2016.pdf>
15. Попов С.Н. Физическая реабилитация. В 2 т. Т. 1 : учеб. для студ. учреждений высш. мед. проф. образования / [С. Н. Попов, О. В. Козырева, М.М.Малашенко и др.] ; под ред. С.Н.Попова. — М. : Издательский центр «Академия», 2013. — 288 с. — (Сер. Бакалавриат)
 16. Привес М.Г., Лысенков Н.К., Бушкович В.И. Анатомия Человека. - М.:Медицина, 1985. - 672с.
 17. Рубан Э. Д. Хирургия / Э. Д. Рубан. — Ростов н/Д : Феникс, 2018. — 569, с. : ил. — (Среднее медицинское образование)[530-536]
 18. Хулелидзе Н.Г. Сестринский уход в хирургии. Курс лекций : учебное пособие / Н.Г.Хулелидзе. – 3-е изд., стер. – Санкт-Петербург : Лань, 2021. – 360 с. : ил. – Текст непосредственный. [Электронный ресурс] – Режим доступа <https://7books.ru/n-khulelidze-sestrinskiy-ukhod-v-khirurgii-kurs-lekciy-978-5-8114-6641-2/>
 19. Ангарская Е. Г. Переломы лучевой кости в типичном месте [Электронный ресурс] // Сиб. мед. журн.(Иркутск) – 2007.№3 – С.106-109 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/perelomy-luchevoy-kosti-v-tipichnom-meste> (дата обращения: 28.12.2021).
 20. Балязин В. А.Боль – мультидисциплинарная проблема медицины [Электронный ресурс] // Статья - Главный врач № 2 (60) - 2018 - С. 6 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/bol-multidistsiplinarnaya-problema-meditsiny/viewer>
 21. Грачёв В.И., Маринкин И. О., Святенко И.Ю., Батырев В.В. Болевые синдромы и диагностика боли [Электронный ресурс] // Norwegian Journal of development of the International Science № 56/2021 – С. 50-67 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/bolevye-sindromy-i-diaagnostika-boli/viewer>
 22. Ланская Д.В., Бокий О.С. Таланты в здравоохранении: управление и качество медицинских услуг [Электронный ресурс]// Проблемы общества и экономики, основанных на знании: инновации и неоиндустриализация: сборник научных статей молодых исследователей: посвящается 100-летию ФГБОУ ВО «Кубанский государственный университет».- Краснодар: Кубанский государственный

- университет (Краснодар) - 2020 - С.4-14 – Режим доступа :
<https://elibrary.ru/item.asp?id=42944395&pff=1>
23. Никитина И.Н., Сердюков Л.Н. Технические средства самореабилитации при травме лучевой кости в области лучезапястного сустава [Электронный ресурс] // XIX Всероссийская научная конференция «Нейрокомпьютеры и их применение» Тезисы докладов.– М.:МГППУ – 2021 – С. 356-358 – Режим доступа:
http://www.it.mgppu.ru/upload/iblock/b41/2021_HK.pdf
24. Ходжанов И. Ю., Рахимов А. М., Косимов А. А. Сравнительный анализ результатов хирургического лечения несросшихся переломов и ложных суставов костей предплечья [Электронный ресурс] // Гений ортопедии. 2021. №2. С.199-208 – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/sravnitelnyy-analiz-rezultatov-hirurgicheskogo-lecheniya-nesrosshihsya-perelomov-i-lozhnyh-sustavov-kostey-predplechya>
25. Харченко Ю.А. Адекватная оценка боли - залог её успешного лечения [Электронный ресурс] //Universum : Медицина и фармакология : электрон. научн. журнал 2014 №4 (5) – Режим доступа: <https://cyberleninka.ru/article/n/adekvatnaya-otsenka-boli-zalog-eyo-uspeshnogo-lecheniya>
26. Хирурги показали современные методики [Электронный ресурс] // Telegra.ph - Вечерняя Москва (25.07.2019) – Режим доступа: <https://telegra.ph/Hirurgi-pokazali-sovremennye-metodiki-06-25>
27. Важная информация! [Электронный ресурс] // Клиника Мельникова – Режим доступа: <http://www.melnikovmd.ru>
28. Иванов П.Р. Аппарат и метод Илизарова. История и современное состояние вопроса [Электронный ресурс] // Мосгорздрав – Режим доступа:<https://mosgorzdrav.ru/uploads/imperavi/ru-RU/Аппарат%20и%20метод%20Илизарова.%20История%20и%20современное%20сост.pdf>
29. С.Собянин осмотрел отделение травматологии верхней конечности в ГКБ №29 [Электронный ресурс] // Агентство Городских Новостей МОСКВА – Режим доступа: <https://www.mskagency.ru/materials/2725644>
30. Статистика России и мира – информация и показатели [Электронный ресурс] //Росинфостат официальный сайт – Режим доступа: <https://rosinfostat.ru/#i>

31. Хирурги показали современные методики [Электронный ресурс] // Telegra.ph - Вечерняя Москва (25.07.2019) – Режим доступа: <https://telegra.ph/Hirurgi-pokazali-sovremennye-metodiki-06-25>
32. Отзывы о враче [Электронный ресурс] // ГКБ 29 им. Баумана – Режим доступа: <https://www.klinika29.ru/vrachi/afanasev-aleksey-valerevich>
33. <Презентация>Маленкова Н.Л. Психологические типы пациентов в зависимости от их отношения к болезни: практические рекомендации по взаимодействию [Электронный ресурс] // ГКБ № 52 – Режим доступа: <https://mos-medsestra.ru/doc/240417-1.pdf#:~:text=Тип%20отношения%20к%20болезни%20связан,меланхолический%2C%20апатический%2C%20неврастенический%2C%20эгоцентрический%2C%20паранойя%20льный>