**Титульный лист)))**

Содержание:

Введение……………………………………………………………………………...3

**Глава 1.** **Компрессионный перелом позвоночника**

1.1. Основные причины, симптомы

1.2. Клиническая картина травмы и ее лечение

**Глава 2. Роль и основные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с травмами позвоночника**

2.1. Организация сестринского ухода за пациентами с травмами позвоночника

2.2. Этапы реабилитации пациентов с травмой позвоночника

Заключение……………………………………………………………………

Список литературы………………………………………………

**Введение**

Для позвоночника, который представляет собой один из важнейших внутренних органов нашего организма, любые нарушения нормального состояния вызывают ряд патологических изменений. Большая часть заболеваний позвоночника связано с нарушением физиологической функции межпозвоночных дисков, представляющих собой связующее звено, осуществляющее связь между позвонками.

Характерным заболеванием позвоночника является компрессия позвоночника или компрессионный перелом позвонков, вызванная непосредственными травмами позвоночника. Компрессионный перелом позвонков очень опасная и довольно частая травма, сопровождающая спортсменов и людей с повышенной физической активностью. Опасность заболевания заключается в возможном нарушении структуры спинного мозга человека, вызывая впоследствии радикулит или паралич.

Позвоночник человека, являясь в буквальном смысле становым хребтом опорно-двигательного аппарата, испытывает ежедневно огромные физические нагрузки. При интенсивных физических упражнениях, в процессе профессиональной деятельности или при травмах позвоночника, наибольшее негативное воздействие оказывается на межпозвоночные диски. Структура тканей и строение межпозвоночного диска делает их гибкими и эластичными, выполняя не только роль связующего звена между позвонками, но и отвечая за амортизацию, смягчение давления на позвонки, возникающего во время движений нашего тела.

Компрессия позвоночника происходит в результате слабости структурной ткани межпозвоночного диска, в результате чего теряется гибкость позвоночного столба. Травма, сопровождающаяся сильным физическим воздействием на позвонки, приводит к компрессионному перелому позвонков. Рассматривая этиологию заболеваний, следует обратить внимание на основные причины развития нарушений в структуре межпозвоночного диска и целостности позвоночного столба. Пациенты, которые обращаются к нам за помощью при проблемах с позвоночником, обычно перенесли травму области позвоночника, имеют специфические специальности или находятся в преклонном возрасте.

Травма позвоночника может привести к повреждению тканей межпозвоночного диска или стать причиной компрессии позвоночника.

Под влиянием различных факторов появляются дегенеративные изменения структуры ядра диска, нарушается целостность фиброзного кольца. Дегенеративные процессы приводят к смещению межпозвоночного диска, возникает отек тела диска. Последующее развитие патологии приводит к дальнейшей деградации и дистрофии структурных тканей диска. Выпячивание в позвоночный канал может достигать значительных масштабов.

Компрессия позвоночника, вызванная смещением межпозвоночного диска и последующим переломом позвонков в результате травмы, наоборот, отличается ярко выраженной симптоматикой. Опасность получить перелом позвонков повышается, если у пациента имеется остеопороз, хронический сифилис или человек является носителем туберкулезной палочки. Редко встречаются случаи возникновения компрессионного перелома позвоночника в результате поражения позвонков злокачественными новообразованиями. Наконец, предпосылкой к перелому позвонков становится заболевание на остеомиелит.

Травмы позвоночника являются сложнейшей проблемой в современной нейрохирургии, травматологии и нейрореабилитации. Высокая смертность, глубокая инвалидизация, непомерные финансовые затраты на лечение и реабилитацию пациентов, проблемы, связанные с уходом и социальным обеспечением пострадавших и их семей, придают этой проблеме большое социальное и экономическое значение. Позвоночный столб у человека является самым большим и не защищённым среди всех костей скелета, и причины травмы позвоночника самые разнообразные. Отсутствие проведения реабилитации после травмы позвоночника может обернуться для пациента длительным процессом самолечения, который часто заканчивается фатальными осложнениями.

Роль медицинской сестры при реабилитационно - восстановительных мероприятиях пациентов с травмой позвоночника переоценить невозможно, потребность пациентов в такой помощи велика.

**Актуальность исследования** обусловлена тем, что на сегодняшний день по данным статистики, а также различных авторов научно-медицинских статей, повреждения позвоночника составляют от 5% до 15% всех случаев, связанных с повреждением опорно-двигательного аппарата. Еще, профессор, нейрохирург Леонтьев М. А. изучал травмы позвоночника.

**Цель исследования** выявить роль медицинской сестры в процессе реабилитации пациентов с компрессионным переломом позвоночника.

**Объект исследования** сестринский уход за пациентами с компрессионным переломом позвоночника.

**Гипотеза исследования**: сестринский процесс поможет восстановить нарушенную двигательную способность пациента с травмой позвоночника, повысит уровень его физической подготовленности и нормализует психоэмоциональное состояние, таким образом, улучшит качество жизни.

**Задачи исследования:**

* Изучить основные причины и симптомы компрессионного перелома позвоночника,
* Рассмотреть роль и основные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с травмами позвоночника
* Ознакомиться с сестринским процессом на стационарном этапе реабилитации пациентов с травмой позвоночника

**Методы исследования:**

* Теоретические: анализ литературы по проблеме исследования;

Курсовая работа изложена на 24 страницах машинописного текста, состоит из введения, 2 глав заключения, выводов, и списка литературы включает в себя 15 отечественных первоисточников. Работа иллюстрирована 2 рисунками.

**Глава 1. Компрессионный перелом позвоночника**

**1.1. Основные причины, симптомы**

Основным элементом строения человеческой опорно-двигательной системы служит позвоночник. На протяжении всей жизни он стойко выдерживает внешние нагрузки. Многие думают, что сломать позвоночник – значит остаться прикованным к постели на длительное время, а возможно и навсегда. Однако некоторые переломы, в том числе и компрессионный перелом позвоночника, для пострадавшего могут протекать практически незаметно. Позвоночный столб составляют костные образования - связанные хрящами позвонки. Именно перелом позвонков и является компрессионным переломом. Так как костные образования довольно малы, зачастую недуг имеет скрытую форму. Травмирование происходит при сильном сдавливании позвоночника, в результате чего пораженный позвонок становится клиновидным.[[1]](#footnote-1)

Такая травма может случиться в каждом отделе позвоночника. Но чаще всего происходит травмирование поясничного отдела. Причиной перелома может явиться недоразвитость позвоночника, что ведет при малейшем внешнем воздействии к риску повреждения позвонков. Люди, имеющие заболевания двигательного аппарата, к примеру, остеопороз, из-за слабой структуры костей рискуют травмировать позвоночник. Плотность костной массы при остеопорозе существенно снижается, в результате костные образования не могут переносить даже малые нагрузки. Резкие движения, в том числе наклоны, также могут спровоцировать перелом позвонков. И, разумеется, большая часть переломов случается в результате механических повреждений на фоне травмирующих ситуаций: падений, ударов и пр.

Каждый человек по-разному ощущает боль вследствие такой травмы, как компрессионный перелом позвоночника. Чаще всего такой перелом происходит после того, когда человек падает с высоты и приземляется на ягодицы, спину или прямые ноги. Позвонок (в сложных случаях несколько позвонков) смещается, чаще всего в грудном отделе, иногда в области поясницы. Человек не всегда чувствует боль. Резкие болевые ощущения, возникающие сразу после удара, потом проходят. Возможно, что человек, пережив первую боль, потом при ее отсутствии продолжает вести обычную жизнь, ходит и сидит, работает. Боль напоминает о себе, когда люди садятся за руль автомобиля или ездят на велосипеде. В остальном организм ведет себя так, словно перелома и нет.

Но компрессионный перелом позвоночника может напомнить о себе месяцы и даже годы спустя. На месте повреждения может образоваться костная мозоль, затем возникают дегенеративные изменения и боль возвращается.

Осложненный перелом не может не сказать о себе сильными болями. В тяжелых случаях возникает даже обездвиженность, нижняя часть туловища теряет чувствительность. Не осложненный перелом опасен тем, что симптомы проявляются не сразу. Какими могут быть симптомы компрессионного перелома позвоночника? Ниже перечислены наиболее характерные из них.

\* Сильная и резкая боль во время удара.

\* Дыхание на несколько секунд словно «перехватывает» в тот момент, когда происходит удар.

\* Трудно поворачиваться и наклоняться.

\* Трудно сидеть или ходить.

\* Даже небольшая нагрузка вызывает боль.

\* Возникновение кифоза (сутулость). Происходит искривление позвоночника.

\* Онемение конечностей и их слабость.

\* Опоясывающие боли в области поясницы.

Самая распространенная причина – это травмы, профессиональные или бытовые. Затем заболевание остеопорозом, когда неловкое движение приводит к падению, дома или на улице, вследствие чего человек получает переломы. Таким травмам подвержены пожилые люди. Тяжелые случаи переломов позвоночника могут быть спровоцированы заболеваниями щитовидной железы, ослабляющими кости организма, и опухолями, чаще всего онкологическими, поражающими позвонки.

Часть позвоночника цилиндрической формы называется его телом. Именно там, в теле позвонков, происходят повреждения и смещения вследствие удара. Остистые части позвонка могут серьезно травмировать спинной мозг в случае, если происходит компрессионный перелом позвоночника, сдавливая или вовсе прерывая его. В грудном отделе повреждение спинного мозга происходит очень редко. Чаще всего обездвиженность случается при перерыве спинного мозга в области поясницы, если невралгические изменения нарушают работу органов, находящихся ниже места перелома.

Вследствие травмы может произойти сотрясение спинного мозга, его ушиб. Спинной мозг может быть сдавлен или поврежден мелкими осколками. Последствием травмы является инсульт в спинном мозге или повреждение мелких сосудов и, как следствие, многочисленные кровоизлияния. Ушиб, сдавление, сотрясение или кровоизлияние характеризуются спинальным шоком сразу после травмы, временными задержками в мочеиспускании и дефекации, которые проходят. Выздоровление происходит путем применения консервативного лечения.

При травме позвоночника до приезда бригады "Скорой помощи" человека следует уложить на твердую наклонную поверхность и приложить к области повреждения холодный компресс. Любая другая самодеятельность должна быть исключена. Врач назначит терапию, исходя из степени тяжести перелома. Так, если диагностирован перелом 1 или 2 степени, применяется консервативное лечение. Оно включает прием обезболивающих медикаментов, ношение какое-то время корсета с целью фиксации в естественном положении позвоночника, массаж, физиотерапию, лечебную физкультуру.

При переломе 3 степени, характеризующемся повреждением окончаний нервов спинного мозга, требуется хирургическое лечение. Оно проводится путем вертебропластики (введения в тело позвонка специального средства, предотвращающего его разрушение) или кифопластики (коррекции положения и формы поврежденного позвонка).

При отсутствии своевременной помощи такой перелом может привести к значительной деформации позвоночного столба, что повлечет серьезное повреждение спинного мозга. А это чревато параличом. В случае разрушения межпозвонковых дисков и сдавленности корней нервов развиваются посттравматические остеохондрозы и радикулиты. При правильном лечении практически все пациенты полностью восстанавливаются за достаточно короткий срок.[[2]](#footnote-2)

**1.2. Клиническая картина травмы и ее лечение**

Клиническая картина такой травмы весьма специфична, поэтому выявить перелом травматолог сможет достаточно быстро. Самое первое возникающее ощущение после получения травмы – это, конечно же, боль. Причем локализоваться она может не только в спине, но и в конечностях (верхних или нижних). Резкой боли вы наверняка не почувствуете, обычно она нарастает постепенно. Затем болевой синдром может и вовсе исчезнуть, его сменит недомогание, характеризующееся головокружением и сильной слабостью. Если компрессионный перелом позвоночника имеет тяжелую степень, спинномозговая система повреждается. Это ведет к ухудшению симптомов.

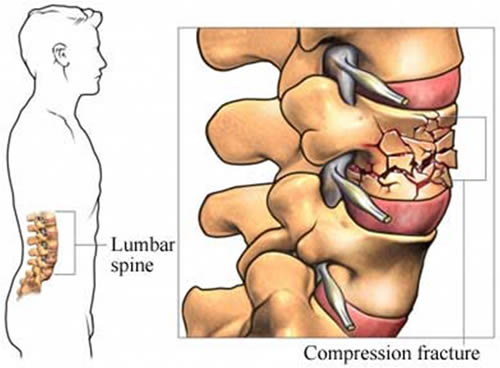
Компрессия позвоночника благодаря иной динамике развития патологии, имеет легкую и тяжелую форму. При незначительных травмах компрессионный перелом может не затрагивать спинной мозг, поэтому симптомы заболевания не достаточно яркие и лечение протекает быстро и эффективно. Тяжелые травмы позвоночника, способные вызвать поражение спинного мозга нередко возникает паралич определенных частей тела пациента. Проявления патологии и симптоматика зависят в данном случае от места повреждения и характера травмы.

Компрессия позвоночника представляют собой довольно частые заболевания, с которыми приходится сталкиваться большей части социально активного населения планеты. По наблюдениям наших специалистов, оба заболевания имеют характерные признаки и проявления, позволяющие быстро и точно определить стадию патологии или форму заболевания.

Процесс деформации и дегенеративных изменений, происходящих в межпозвоночном диске, часто происходит скрытно, не выказывая абсолютно никаких проявлений. На второй стадии заболевания, когда выпячивание достигло критических размеров, происходит контакт патологии с нервными корешками. С этого момента можно наблюдать появление первых тревожных сигналов о наличии проблемы с позвоночником. В процессе жизнедеятельности ситуация сама не исчезнет, наоборот, проблему ухудшается с каждым днем, давая о себе знать все ярче и сильнее. Симптоматика заболевания в данном случае имеет вегетативный характер

В ситуации с компрессионным переломом позвонков симптомы выглядят иным образом. Физическая травма вызывает целый ряд проявлений, доставляющих пациенту особые неудобства и физические страдания. Компрессия позвоночника может вызвать у больного трудности с дыханием или временную остановку дыхания. При переломе позвонка поясничного отдела у пациента возникает проблема с изменением положения тела. Болевые ощущения в области поврежденного позвоночника имеют неясную четкость и интенсивность. Состояние пациента часто нарушается проявлениями неврологического характера, вызванными повреждениями спинного мозга.[[3]](#footnote-3)

Компрессионный перелом позвоночника выглядит следующим образом (рисунок 1.)



**Рисунок № 1. Компрессионный перелом позвоночника**

Лечение проводится только в стационаре. В период выздоровления необходимо делать лечебную гимнастику, которая помогает при самых тяжелых случаях травм позвоночника, придерживаться диеты, содержащей больше магния и кальция. Нужно есть больше орехов, зеленых овощей, молока и молочных продуктов, хлеба с отрубями, делать настои шиповника, тысячелистника, крапивы. Можно использовать в ходе лечения мумие, смешивая с розовым маслом и втирая в место повреждения.

**Глава 2. Роль и основные обязанности медицинской сестры при уходе за пациентами с травмами позвоночника**

**2.1. Организация сестринского ухода за пациентами с травмами позвоночника**

Должность медсестры многогранна. Это главная организационно-лечебная единица на всех самых ответственных уровнях и участках восстановительного процесса. Ее деятельность прямо направлена и ориентирована, зависит от специализации медицинского заведения, характера трафика поступления больных, специфики, особенностей и локализации патологий.

На этапе диагностики, например, важность участия медицинской сестры в постановке расширенного диагноза («диктатора» качественной реабилитации) с указанием причинно-следственной связи, диагноза по уходу за пациентом, расстановки приоритетов медицинского обслуживания, организации всего сестринского процесса, обсуждении реанимационных мер, возможных осложнений и своевременных коррекционных средств – очевидна.

На прочих этапах значение задач медсестры возрастает еще больше, ведь главные средства реабилитационного воздействия:

— лечебная физическая культура;

— лечебный массаж;

— физиотерапевтические процедуры зачастую выполняются только медсестрами или же методистами, при их надзоре и контроле.

От организации, творческого подхода, реализации намеченных планов и задач, чуткого и внимательного отношения к пациенту прямо зависит результативность реабилитационных мер.[[4]](#footnote-4)

Медицинская сестра гораздо чаще контактирует с пациентами, дает больным все необходимое, является основным врачевателем, восстановителем на всем этапе реабилитации, оставляя в каждом человеке частичку себя и своей заботы. Медицинская сестра в реабилитологии – не просто какая-то должность, это образ жизни, особенно, если рассуждать о стационарных условиях.[[5]](#footnote-5)

На протяжении последних лет Ассоциация медицинских сестер России осуществляет политику содействия практическим инновациям и внедрению научно-обоснованных сестринских вмешательств. Год за годом размах этой деятельности расширяется, медицинские сестры с инициативой подхватывают начинания своих коллег и применяют их к новым категориям пациентов, достигая высочайших результатов – эффективного контроля боли, профилактики пролежней, раннего восстановления в послеоперационном периоде, сокращения сроков госпитализации, сокращения расходов на оказание помощи.

День за днем медицинские сестры, акушерки, фельдшеры на своих рабочих местах доказывают, что уверенные профессиональные знания и навыки, душевное тепло, внимание и забота способны оказывать существенное влияние на качество жизни пациентов, сохранять их социальную активность.[[6]](#footnote-6)

**2.2. Этапы реабилитации пациентов с травмой позвоночника**

Реабилитация после перелома позвоночника является частью лечения. Благодаря этому периоду пациент может вернуться к обычному жизненному темпу и полностью выздороветь. Конечно, прогноз зависит от характера и степени повреждения структур позвоночника, однако, главное значение имеет повреждение спинного мозга. Например, при легких травмах спинного мозга может наступить почти полное восстановление физического состояния. При более серьезных повреждениях спинного мозга или его анатомическом разрыве наступает частичная или полная утрата движений и чувствительности. Кроме того, нарушаются функции тазовых органов. В связи с этим, цели реабилитации различаются друг от друга.

*Выделяется три клинико-реабилитационные группы.*

В первую группу входят пациенты, у которых спинной мозг поврежден незначительно, а его функции нарушены мало или не затронуты вообще. В этом случае целью восстановительных мероприятий является практически полное восстановление нормальной жизнедеятельности. Необходимо купировать болевой синдром, устранить деформацию позвоночного канала, стабилизировать поврежденный участок и восстановить двигательную активность, функции органов, работоспособность, а также социальную и профессиональную деятельность. Сроки реабилитации в этом случае составляют от нескольких недель до восьми месяцев.

Ко второй группе относятся пациенты, которые перенесли тяжелую или среднетяжелую травму спинного мозга, а произошло это на уровне поясничного или нижнегрудного позвоночного отдела. В этом случае важно восстановить независимость в повседневном ритме жизни человека. К нему должна вернуться способность самому себя обслуживать и самостоятельно передвигаться. Скорее всего, получится вернуть возможность водить машину, восстановить трудоспособность или приобрести другую профессию. Срок восстановления не меньше года.[[7]](#footnote-7)

В третью группу входят больные, у которых спинной мозг поврежден также, как у второй группы пациентов, но произошло это на уровне верхнегрудного и шейного отделов. При этом целью реабилитация становится хотя бы частичное восстановление самообслуживания. Конкретные возможности человека зависят от уровня поражения. Например, если травма коснулась нижнешейного отдела уровня С7-С8, может вернуться способность самостоятельно принимать пищу, пересаживаться в кровать, раздеваться и одеваться и передвигаться в инвалидном кресле. Если произошла травма верхнегрудного отдела, сохраняются движения рук, причем можно вернуть их полную независимость в повседневной жизни.

Если речь идет о тяжелых травмах верхней области шейного позвоночного отдела, необходимо поддерживать жизнедеятельность аппаратом ИВЛ. Чтобы выполнять простые манипуляции, такие как перевертывание страницы или включение телевизора, нужно использовать электромеханические системы. Однако в последнее время появились возможности частичного восстановления даже у таких пациентов. Срок реабилитации составляет около двух лет.

***Физиотерапия***

Реабилитация включает в себя использование нескольких методов, одним из которых является физиотерапия. Обычно ее начинают использовать после шести или восьми недель после травмы.

Основная цель – выправить осанку, восстановить силу мышц, повысить подвижность и гибкость.

Физиотерапия хорошая и полезная процедура для восстановления. Если не произошло повреждения спинного мозга, применяют криотерапию, то есть лечение холодом, а также электростимуляцию. Эти методы часто используются для реабилитации спортсменов. Важным элементом является массаж. Основной целью массажа при переломе позвоночника является стимуляция кровообращения, регенерации и восстановление силы мышц. Сначала применяют щадящий массаж, постепенно увеличивают нагрузку на спинные мышцы.

***Массаж***

При переломах рекомендуется использовать несколько типов массажа – точечный, рефлекторный и классический. В первый период лечения задачей массажиста является выведение пациента из угнетенного состояния, которое связано с травмой. Также необходимо улучшить кровообращение и восстановить тонус мышц нижних конечностей. Обычно массаж начинает выполняться на второй день после того, как человек с травмой поступил в больницу.

Важно сочетать массаж с движениями пассивного характера, потому что они стимулируют работу определенных центров и уменьшают рефлекторную возбудимость. С помощью массажных движений можно предупредить суставную деформацию. Приемы применяются дозированным способом, так как нельзя допускать состояния возбуждения спастических мышц и болезненности.[[8]](#footnote-8)

Для восстановления используют точечный, рефлекторный и классический массаж

Приведем пример массажа после перелома в шейном отделе. Сначала пациент лежит на спине. Массаж делается плавно. Нельзя делать резкие движения. Сначала начинает массироваться грудная клетка. Крупные мышцы груди по несколько раз поглаживаются. Затем проводится легкое выжимание, разминание и опять поглаживание. Все эти действия проводятся по несколько раз. Комплекс повторяется тоже несколько раз. Межреберные промежутки массируются спиралевидным и прямолинейным растиранием, а через пять дней можно начинать делать кольцевое двойное разминание.

Нельзя пренебрегать массажем живота, так как он позволяет укрепить его мышцы и улучшить перистальтику. На бедрах выполняется поглаживание, выжимание, разминание. Заканчивается все поглаживанием. Курс повторяется несколько раз. Чтобы массировать голень, необходимо согнуть ногу в суставах. Массируется икроножная мышца путем поглаживания, выжимания и разминания. Известными приемами следует массировать предплечья. Сеанс выполняется два раза в сутки по пятнадцать минут.

Гидрокинезотерапия

Гидрокинезотерапия – это упражнения, выполняемые в воде, и плавание. Этот метод направлен на мобилизацию позвоночника и восстановление его силы. Показания к процедурам зависят от трех важных моментов:

возраст;

способ травматологического лечения;

характер перелома.

Водные процедуры и плавание направлены на мобилизацию и восстановление позвоночника. Гидрокинезотерапия широко применяется для реабилитации после травм у детей. Также этот метод используется для лечения пациентов в молодом возрасте, но очень редко для восстановления больных в старшем возрасте. Физические упражнения, выполняемые в воде, особенно полезны тем, у кого есть выраженные морфологические изменения, например, значительная компрессия позвоночника. Также упражнения применяются в случае повреждения спинного мозга и параличей, которые требуют длительного периода восстановления.

Пациенты, стоя в специальном лечебном бассейне, делают физические упражнения, занимаются плаванием и выполняют плавательные движения у бортика. Плавание, начатое в лечебном бассейне, может быть продолжено в спортивном или открытом водоеме.

Пребывание в воде с теплой температурой вместе с ЛФК помогает устранить боль в позвоночнике.

Наиболее широко гидрокинезотерапия используется в позднем периоде после травмы спинного мозга. Для того чтобы сохранить амплитуду движений, в воде выполняют пассивные упражнения. Конечно, все возможные упражнения сначала определяются специалистом в зависимости от характера и места травмы, а затем выполняются под его контролем.

***ЛФК***

ЛФК — это основной метод восстановления после травмы позвоночника. Если перелом неосложненный и не поврежден спинной мозг, уже в первые дни после травмы применяется кинезиотерапия. ЛФК очень благотворно влияет на все системы организма. Она тонизирует и стимулирует регенерацию, обмен веществ и укрепляет иммунитет человека. Кроме того, она позволяет избежать осложнений, которые связаны с длительным лежанием, и хорошо действует на кровоснабжение поврежденных мест. И, конечно, с помощью специальных упражнений можно восстановить функции позвоночника.

На первом этапе ЛФК целью является формирование естественного корсета из мышц и их укрепление. Впоследствии восстанавливается позвоночная подвижность и гибкость, опорная функция, а к пациенту возвращается возможность переносить большие статические нагрузки. На первом этапе осевые нагрузки. ЛФК оказывает общеукрепляющее и тонизирующее действие. Применяются дыхательные упражнения. Также можно выполнять действия с руками и ногами. При этом пациент должен лежать, но нельзя отрывать от постели ноги. Чтобы не произошло отвисания стопы, нужно специальными упражнениями укреплять переднюю группу мышц голени.

На втором периоде ставится задача стимулировать регенерацию и кровообращение в месте повреждения. Это поможет перейти к активным занятиям. Нагрузка постепенно увеличивается, теперь нужно делать упражнения не только для ног и рук, но и для спинных мышц. Пациент может лежать на животе. Можно наклонять и поворачивать туловище, а также выполнять действия с утяжелителями. ЛФК - это основной метод восстановления после травмы позвоночника

Третий период характеризуется тем, что можно применять осевые нагрузки. В это время реабилитации восстанавливается нормальная подвижность. Рекомендуется регулярно гулять по дому, однако, высокие осевые нагрузки выполнять не нужно. Время интенсивных занятий увеличивается до 45 минут. Делаются они дважды в сутки на протяжении месяца, затем сокращаются до одного раза в день

Все вышеперечисленные методы назначаются и корректируются врачом. Именно они помогают человеку восстановиться, потому выполняются они регулярно и осторожно под наблюдением врача и медицинской сестры.[[9]](#footnote-9)

**Заключение**

Здоровье населения является самым ценным достижением общества, поэтому сохранение и укрепление его — важная задача, в выполнении которой должны принимать участие все без исключения.

Не последняя роль в выполнении этой задачи отведена нашему многочисленному, трудолюбивому и как мне кажется основному звену здравоохранения — медицинским сестрам. Долгие годы снижалась престижность работы медицинской сестры, ее социальный статус, в настоящее время в России проводится активная целенаправленная работа по возрождению сестринской профессии, ее значимости.

Причины отставания сестринского дела в России по сравнению с развитыми странами, по-моему, многообразны: традиционно сложившееся в нашей стране представление о медицинской сестре, как помощнице врача, выполняющей только вспомогательные медицинские функции; пренебрежение зарубежным опытом, недооценка научных принципов и подходов к управлению и организации работы сестринских кадров, их профессиональной подготовке. Однако изменения условий функционирования государственных структур, острота экономической ситуации в стране, происходящий переход к рыночным отношениям выдвигают новые подходы организации и методического обеспечения подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов отрасли, их практическое использование.

Зачастую именно медицинские сестры, оказываются рядом с больным в первые минуты ухудшения его состояния в условиях стационара, на дому при активных вызовах, оказывают первую доврачебную помощь, психологическую поддержку больных и их родственников.

Конечно же изменения в экономической и политической деятельности нашего государства существенно отразились на здравоохранении. Появляются новые формы взаимодействия между населением и его обслуживающим медицинским персоналом. Жесткие финансовые рамки обеспечения работников бюджетной сферы породили рыночные отношения и в медицине. Появилось платное обслуживание. Оказанная медицинская помощь выступает как товар, а спросом пользуется только товар высокого качества. Необходимость в высоком профессионализме медицинских работников, особенно медицинских сестер, повлекла за собой изменение первичной подготовки. В настоящее время сложилась многоуровневая система: базовая (медицинские училища), повышенная (колледжи) и высший уровень (факультеты высшего сестринского образования медицинских вузов).

В настоящее время специальность медицинской сестры «сестринское дело» приобретает все больший вес. Она существенно меняет роль медицинской сестры в системе здравоохранения и во взаимоотношениях с пациентами. В этой специальности главной формой деятельности является сестринский процесс. Понятие сестринского процесса значительно расширяет возможности участия медицинской сестры в оказании помощи и последующем лечении больного. Она выступает не простым исполнителем воли врача, как было раньше, а собирает анамнез, ставит предварительный диагноз и в дальнейшем постоянно следит за поведением больного, сообщает врачу обо всех изменениях, участвует в обходе больных врачом.

Медицинская сестра может самостоятельно вести наблюдение, лечение (вести сестринские истории болезни) определенных групп больных (например, в хосписах), а врача вызывать только для консультации. Кроме того, создаются и действуют общественные организации медицинских сестер, рассматривающие проблемы сестринского дела в системе здравоохранения, повышения престижа профессии, привлекающие членов Организации к научным исследованиям в области сестринского дела, проводящие конференции, семинары по актуальным проблемам в сестринском деле, защищающие юридические права медицинских сестер и т.д. И хотя в большинстве учреждений здравоохранения сложившиеся традиционные подходы к роли медицинской сестры в лечебно-диагностическом процессе пока отводят ей роль исполнителя предписаний врача, мне хотелось бы верить в то, что в процессе реформирования системы здравоохранения утвердится роль медицинской сестры в сторону увеличения ее профессиональной компетентности, будет повышаться профессиональный и социальный статус, а также престиж профессии, что будет способствовать закреплению специалистов в сестринском деле и в итоге — улучшению оказания медицинской помощи.

**Список литературы:**

1. Широкова Н. В. Травмотология; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2013. - 283 c.

2. Иванова В. Д. Ампутации. Операции на позвоночнике. Самара, 2011 г. 321 с.

3. Рубан Э. Д., Хирургия; Феникс - Москва, 2010. - 234 c.

4. Трубников В. Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного апарата. К., Здоровье, 1984.

5. под ред. В.В. Щедренка рец.: Н.П. Рябуха, Т.А. Скоромец: Малоинвазивная хирургия дегенеративных заболеваний позвоночника. - СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2011, 248 с.

6. Сестринское дело. Справочник; Феникс - Москва, 2012. - 210 c.

7. Барыкина Н. В., Чернова О. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум; Феникс - Москва, 2011. - 202 c.

8. Вебер В. Р., Чуваков Г. И., Лапотников В. А. Основы сестринского дела; Медицина - Москва, 2013. - 299 c.

9. Глухов А. А., Андреев А. А., Болотских В. И., Боев С. Н. Основы ухода за хирургическими больными; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2009. - 288 c.

10. Инновационные технологии в амбулаторной ортопедии, Сакс Л.А., 2015 г., 321 с.

1. Широкова Н. В. Травмотология; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2013. - 283 c. [↑](#footnote-ref-1)
2. Иванова В. Д. Ампутации. Операции на позвоночнике. Самара, 2011 г. 321 с. [↑](#footnote-ref-2)
3. Рубан Э. Д., Хирургия; Феникс - Москва, 2010. - 234 c. [↑](#footnote-ref-3)
4. Барыкина Н. В., Чернова О. В. Сестринское дело в хирургии. Практикум; Феникс - Москва, 2011. - 202 c. [↑](#footnote-ref-4)
5. Вебер В. Р., Чуваков Г. И., Лапотников В. А. Основы сестринского дела; Медицина - Москва, 2013. - 299 c. [↑](#footnote-ref-5)
6. Трубников В. Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного апарата. К., Здоровье, 1984. [↑](#footnote-ref-6)
7. Глухов А. А., Андреев А. А., Болотских В. И., Боев С. Н. Основы ухода за хирургическими больными; ГЭОТАР-Медиа - Москва, 2009. - 288 c.

   10. Инновационные технологии в амбулаторной ортопедии, Сакс Л.А., 2015 г., 321 с. [↑](#footnote-ref-7)
8. под ред. В.В. Щедренка рец.: Н.П. Рябуха, Т.А. Скоромец: Малоинвазивная хирургия дегенеративных заболеваний позвоночника. - СПб.: РНХИ им. проф. А.Л. Поленова, 2011, 248 с. [↑](#footnote-ref-8)
9. Сестринское дело. Справочник; Феникс - Москва, 2012. - 210 c. [↑](#footnote-ref-9)