

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ НИЖЕГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ
«НИЖЕГОРОДСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ»

Специальность 34.02.01 Сестринское дело

ВЫПУСКНАЯ КВАЛИФИКАЦИОННАЯ РАБОТА

Тема: «Проблемы пациента с шейным остеохондрозом и реализация программы сестринских вмешательств по решению проблем пациента в условиях ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г. Дзержинска»

Выполнила

студентка группы Д- 41

Гуляева Татьяна Сергеевна

Научный руководитель

Макарова Ирина Николаевна

Оценка ВКР _____

г. Нижний Новгород

2022 год

ПЕРЕЧЕНЬ УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ДАД - диастолическое артериальное давление

КГ - контрольная группа

ЛГ - лечебная гимнастика

ЛФК - лечебная физическая культура

ОДА - опорно-двигательный аппарат

ОРУ - общеразвивающие упражнения

САД - систолическое артериальное давление

ЧД - частота дыхания

ШОП - шейный отдел позвоночника

ЭГ - экспериментальная группа

Содержание

Введение.....	5
Глава 1. Теоретическая часть.....	6
1.1 Этиология и патогенез шейного остеохондроза.....	6
1.2 Классификация шейного остеохондроза	13
1.3 Клинические проявления шейного остеохондроза	13
1.4 Осложнения шейного остеохондроза	15
1.5 Диагностика шейного остеохондроза	16
1.6 Лечение шейного остеохондроза	18
1.7 Профилактика шейного остеохондроза	23
1.8 Реабилитация больных.....	25
1.9. Перечень (банк) настоящих и потенциальных проблем пациента с шейным остеохондрозом	27
1.10. Программа сестринских вмешательств при решении настоящих проблем пациента с шейным остеохондрозом	28
1.11. Программа сестринских вмешательств при решении потенциальных проблем пациента шейным остеохондрозом	32
Глава 2. Практическая часть.....	35
2.1. Характеристика кардиологического отделения ГБУЗ НО БСМП.....	35
2.2. Сестринское обследование пациента	37
2.3. Реализация программ сестринских вмешательств при решении проблем пациента	46
Заключение.....	65
Список литературы.....	68
Приложения.....	70

Введение

Актуальность исследования. Шейный остеохондроз является наиболее распространенной патологией опорно-двигательного аппарата. Около 30% мужчин и 40% женщин страдает различными формами данного заболевания. Ежегодный прирост заболевания достигает 3%, что и определяет социальную значимость проблемы. В нашей стране, по самым приблизительным оценкам, данной патологией страдает 30 млн. человек, в некоторых случаях у пациентов развиваются осложненные формы, сопровождающиеся инвалидизацией.

В современном мире в связи с изменившимися условиями жизни остеохондрозом болеют от 40 до 80% жителей земного шара. Около 10% больных становятся инвалидами. Женщины болеют чаще, чем мужчины, но у мужчин чаще возникают тяжелые осложнения в течении заболевания, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями и тяжелым физическим трудом.

С каждым годом количество больных увеличивается, причем отмечается «омоложение» остеохондроза - в последние годы он является не редкостью даже в 12-15-ти летнем возрасте. (*Приложение 1 Рис.1*)

Объект дипломной работы – профессиональная деятельность палатной медицинской сестры хирургического отделения ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г.Дзержинска».

Предмет исследования – процесс выявления и динамической оценки проблем пациента с шейным остеохондрозом.

Цель исследования– разработать и реализовать программу сестринских вмешательств для пациента с шейным остеохондрозом в качестве палатной медицинской сестры хирургического отделения ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г.Дзержинска».

Гипотеза – исследование заключается в предположении о том, что своевременная диагностика и тщательно подобранная терапия может существенно улучшить качество жизни больных с шейным остеохондрозом тем самым повышает качество и эффективность сестринской помощи.

Задачи:

- обобщить и систематизировать знания о заболевании, состоянии;
- дать характеристику медицинской организации, отделения, рабочего места;
- провести сестринское обследование, выявить проблемы, разработать и реализовать программу сестринских вмешательств с оформлением документации;
- оценить роли медсестры в реализации программы сестринских вмешательств.

Теоретическая значимость: Подробное раскрытие темы данной дипломной работы позволит применить теоретические данные, полученные в ходе исследования в дальнейшей профессиональной деятельности выпускников. Материалы исследования могут применяться в качестве учебного пособия для студентов.

Практическая значимость: Изучение материала по теме выпускной квалификационной работы позволит подробно изучать настоящие и потенциальные проблемы пациента с шейным остеохондрозом, а также ознакомиться с особенностью ухода за пациентом.

Структура работы: выпускная квалификационная работа состоит из введения, двух глав, списка литературы 20 источников, приложений 9, рисунков 6, таблиц 2, общим объемом 84 страницы.

Глава 1. Теоретические аспекты проблем пациента с шейным остеохондрозом по данным современной литературы.

1.1 Этиология и патогенез шейного остеохондроза.

Остеохондроз позвоночника - это одна из тяжелых форм дегенеративно-дистрофического поражения позвоночника, в основе которого лежит первоначальная дегенерация пульпозного ядра межпозвоночного диска с последующим развитием реактивных изменений в телах смежных позвонков, межпозвоночных суставах и связочном аппарате [9].

Дистрофические явления в области шейного отдела позвоночника связаны с вертикальным расположением скелета и специфическим распределением статических и динамических нагрузок, которые во многом зависят от преобладающей позы и степени развития скелетной мускулатуры. Одним из ведущих факторов, ведущий к возникновению и развитию остеохондроза, является малоподвижный образ жизни, длительное пребывание туловища и его частей в физиологически неудобных положениях: многочасовое сидение за письменным столом, за рулем автомобиля, за компьютером и т.д.

При этом кровоснабжение и трофика тканей межпозвоночных дисков и связок позвоночника почти в 30 раз хуже, чем при активном двигательном режиме.

Благодаря малоподвижному образу жизни, из всех мышечных групп, постоянную нагрузку несут лишь мышцы туловища и шеи, которые своим небольшим, но постоянным статическим напряжением сохраняют и поддерживают рабочие позы. При нарастании утомления мышц туловища и шеи, их амортизационную функцию берут на себя структуры позвоночника.

При этом в нем развиваются вторичные дегенеративные изменения, в первую очередь в межпозвоночных дисках. Остеохондроз может развиваться также и у людей, занимающихся тяжелым физическим трудом, и у спортсменов (в основном у гребцов, борцов, штангистов, приверженцев атлетической и спортивной гимнастики). Значительные постоянные нагрузки на позвоночный столб также приводят к деструктивным и дегенеративным изменениям в ткани межпозвоночных дисков.

По современным представлениям, остеохондроз относится к группе полиэтиологических, но монопатогенетических заболеваний. Это хроническое системное поражение соединительной (хрящевой) ткани, развивающееся на фоне существующей врожденной или приобретенной функциональной (преимущественно метаболической) ее недостаточности.

Основные причины:

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

Факторы риска.

Дегенеративные изменения позвоночника происходят вследствие:

- избыточной статической или динамической нагрузки на позвоночник (например, поднятие тяжестей);
- наследственной предрасположенности;
- подтвержденных травм позвоночника в прошлом.[2]

Существует ряд теорий, объясняющих причину остеохондроза позвоночника.

Инфекционная теория.

Причиной поражения корешков считали различные острые и хронические инфекции (грипп, туберкулез, сифилис), а иногда «простуду» (имея в виду ревматизм). Однако при тщательном патологоанатомическом исследовании корешков и других структур никогда не удавалось выявить изменения, характерные для инфекционного процесса [22]. Для инфекционного поражения нервной системы характерны диффузные полирадикулярные изменения. При обычных радикулитах в 80 - 90% случаев поражается всего один корешок, причем болевой синдром нередко проявляется молниеносно.

Сторонники ревматоидной теории отождествляют процессы, проходящие в суставах при ревматоидных артритах, с процессами, протекающими в межпозвоночных суставах. Действительно, гистологические исследования показали, что в пораженных дисках происходит дезорганизация коллагеновой ткани, сопровождаемая накоплением кислых мукополисахаридов, что весьма характерно для коллагенозов [20].

Аутоиммунная теория.

Ряд авторов пытаются объяснить этиологию и патогенез остеохондроза проявлением аутоиммунных изменений в организме. Ими было обнаружено, что в крови больных остеохондрозом циркулируют специфически взаимодействующие с антигенами ткани диска антитела, титр которых в среднем составлял 1:32. Одно это уже указывает на то, что остеохондроз сопровождается выраженными изменениями иммунологической реактивности. Однако остается неясным, является ли иммунологический

компонент пусковым, то есть, принадлежит ли ему основная роль в этиологии заболевания или он сопровождает развитие болезни [4].

Травматическая теория.

Травма позвоночника может носить как этиологический, так и провоцирующий характер. По данным Stary (1984), травматический фактор в этиологии остеохондроза составляет 85%. Причем на долю хронических перегрузок позвоночника и профессионального микротравматизма приходится основная группа больных. Шейный остеохондроз развивается у лиц сидячей профессии (кассиры, швеи, секретари, водители и т.д.). Данный контингент людей совершает в быту и на производстве частые, рывковые большей или меньшей амплитуды движения руками, что вызывает микротравматизацию в местах прикрепления мышц к костным выступам рук и плечевого пояса и тем самым способствует развитию остеохондроза. В ряде работ подчеркивается роль травмы головы и верхней конечности в развитии рассматриваемой патологии [13].

Инволюционная теория.

Существует предположение, что причиной заболеваний межпозвоночных дисков является их преждевременное старение и изношенность. Недостаточное питание, происходящее путем диффузии, а также большая нагрузка на диски из-за вертикального положения постепенно ведут к процессам старения, которые в норме наблюдаются уже к 50 годам и во многом обусловлены обезвоживанием диска (количество воды, содержащейся в диске, уменьшается примерно на 22%), что приводит к снижению тургора ядра и эластичности диска. Развиваются остеопороз, краевые остеофиты, уменьшается высота наиболее нагружаемых отделов тел позвонков (старческий кифоз) и т.д. [20].

Мышечная теория.

Некоторые авторы считают поражение мышечной системы одной из причин остеохондроза, объясняя болевой синдром постоянным напряжением мускулатуры. Существенную роль также играют недостаточность и слабость

мышц вследствие врожденной гипотонии, воспаление мышц и связок и нетренированность мышечной системы [10].

Эндокринная и обменная теория.

До сих пор еще никто не доказал, что эндокринные и обменные процессы имеют значение в возникновении остеохондроза. Рассуждения об «отложении солей в позвоночнике», бытующие в широкой практике, не обоснованы. Биохимические исследования крови (в частности на содержание кальция и фосфора), не выявили отклонений от нормы. Наблюдающийся нередко у тучных людей остеохондроз нельзя объяснить эндокринными факторами. Чрезмерная масса тела при ожирении ведет к постоянной перегрузке в межпозвонковых дисках и как статический фактор может способствовать развитию остеохондроза [20].

Теория наследственности.

Согласно этой теории, остеохондроз расценивают как болезнь наследственного предрасположения, придавая значение наследственно обусловленным биохимическим, гормональным, нервно-мышечным и иммунологическим нарушениям. При этом важную роль отводят биохимическим факторам, определяющим развитие дегенерации пульпозного ядра, гормональным процессам, играющим роль в развитии спондилеза и оссифицирующих процессов в связках и дисках позвоночника. Г.С. Юмашев и М.Е. Фурман считают, что остеохондроз по наследству не передается. Однако врожденная недостаточность позвоночника, например множественные внутрителовые узлы Шморля, при неблагоприятных условиях (ранние перегрузки, в том числе и спортивные) приводит к тому, что остеохондроз начинает клинически проявляться уже к 20-25 годам [20].

Патогенез шейного остеохондроза.

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

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

Чаще всего отмечается поражение студенистого ядра и фиброзного кольца межпозвонкового диска. Механические нагрузки приводят к тому, что упругое фиброзное кольцо диска утрачивает эластичность и происходит его выпячивание. Затем сквозь трещины фиброзного кольца происходит выпадение участков студенистого ядра позвоночника, т.е. протрузию диска сменяет грыжа диска.[7]

В развитии остеохондроза выделяют две стадии.

Хондроз (дискоз) - I стадия, когда патологический процесс ограничивается диском (пульпозное ядро, фиброзное кольцо, гиалиновые пластинки и связочный аппарат). Многие исследователи отводят решающую роль отеку диска. Они полагают, отек диска является причиной обострения заболевания, с уменьшением отека наступает ремиссия. В то же время существует мнение, что начало заболевания и ремиссии связаны с перестройкой коллагена фиброзного кольца и связочного аппарата позвоночника. В ответ на первоначальное повреждение диска возникают иммунологические реакции. Каждое обострение сопровождается усилением образования коллагеновых волокон.

Остеохондроз - II стадия, характеризующаяся распространением процесса на тела смежных позвонков и межпозвонковые суставы [4].

Анализируя последовательность возникновения изменений в ткани межпозвонкового диска, А.И. Осна (1973) выделяет четыре периода развития остеохондроза, характеризующиеся определенными морфологическими и клиническими данными:

I период - внутридисковое перемещение пульпозного ядра, которое происходит в сторону задней продольной связки и раздражает заложенные в ней окончания синувентрального нерва;

II период - неустойчивость всего позвоночного сегмента (подвывихи, патологическая подвижность);

III период - полный разрыв фиброзного кольца, что часто вызывает различные неврологические нарушения;

IV период - распространение патологического процесса на другие элементы позвоночного сегмента.

Наиболее часто дегенеративные изменения наблюдаются в нижнешейном отделе позвоночника. Девятова М. В., анализируя причины и механизмы развития заболевания, выделила три основные степени нарушений, возникающих в позвоночном столбе как единой функционально целостной системе [8].

Изменения в активной части двигательного аппарата I степень - компенсаторное повышение мышечного тонуса; II степень - понижение тонуса мышц и сглаженность лордозов. Изменения в пассивной части двигательного аппарата III степень - дегенеративно-дистрофические изменения различной выраженности в дисках

Таким образом, патогенез остеохондроза позвоночника представляется следующим. Под влиянием различных экзо- и эндогенных этиологических факторов нарушается равновесие между процессами биосинтеза и разрушения важнейших функциональных компонентов (прежде всего гликозаминогликанов) межпозвонковых дисков.

Этиологические факторы, как правило, вызывают нарушения кровоснабжения и гипоксию.

Биохимические изменения в дисках нарушают их макромолекулярную архитектуру и являются пусковым механизмом аутоиммунных реакций, которые, в свою очередь, способствуют возникновению различных неврологических проявлений [1]

1.2 Классификация шейного остеохондроза.

Классификация по степени изменения межпозвонкового диска

- 0 стадия – нет изменений;
- 1 стадия – происходит внутридисковое перемещение ядра больше, чем в норме, что приводит к растяжению или сжиманию фиброзного кольца.
- 2 стадия - возникают трещины фиброзного кольца и нестабильность пораженного сегмента
- 3 стадия - наблюдается полный разрыв диска с выпадением грыжи, воспалительным процессом с возможным сдавливанием нервов и сосудов.
- 4 стадия - имеет дистрофическое поражение прочих составляющих межпозвонкового диска с присоединением спондилеза, спондилоартроза и других компенсаторных изменений.

1.3 Клиническая картина шейного остеохондроза.

Основной симптом остеохондроза — это болевой миофасциальный синдром, то есть болезненный спазм мышц, следствием которого становится мышечная дисфункция.

Говоря о причинах возникновения болевого синдрома, выделяют боль, которая вызвана патологией структур позвоночника (иначе, вертеброгенные болевые синдромы), или боль иного происхождения (невертеброгенная боль). От того, какой вид боли выявлен, зависит выбор методики лечения.

Стадии шейного остеохондроза и их симптомы

Различают 4 основные стадии патологического процесса:

- 1-я стадия – выражается легким дискомфортом и перенапряжением мышц в больной области, хрящевые диски теряют свою стабильность;
- 2-я стадия – появляется локальная болезненность, особенно при движениях головой. Межпозвоночные диски деформируются, начинает разрушаться фиброзное кольцо, расстояние между позвонками сокращается;
- 3-я стадия – боль усиливается и становится постоянной, движения – ограниченными. Повороты головы могут провоцировать приступы

головокружения, тошноту, нарушение кровоснабжения мозга приводит к общей вялости, быстрой утомляемости, нарушению концентрации внимания, хрящевая ткань истончается, позвонки смыкаются, фиброзное кольцо полностью разрушается с появлением риска межпозвонковой грыжи;

- 4-я стадия – болевой синдром полностью обездвиживает область шеи; кровообращение мозга нарушено и требует постоянной медикаментозной поддержки; позвонки начинают срастаться. На первых стадиях остеохондроз протекает бессимптомно. По мере развития заболевания, отличительной особенностью становится наличие болезненных или дискомфортных ощущений в области головы, шеи и груди, реже – верхних конечностей.

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

Позвоночный синдром:

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

Сердечный синдром:

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

Корешковый синдром:

- онемение языка, плеч, пальцев рук, затылочной области;
- трудности с глотанием;
- неприятные ощущения в области между лопатками;

- головная боль в области затылка и лба.

Синдром позвоночной артерии:

- необоснованные скачки артериального давления;
- головокружение, вплоть до потери сознания;
- шум в ушах, ощущение ваты в голове;
- временная односторонняя слепота, «мушки» в глазах;
- периодические приступы тошноты, особенно при движении головой;
- головные боли – преимущественно в области затылка, а также мигрени;
- сонливость, снижение работоспособности, памяти, концентрации внимания, депрессия.

1. 4 Осложнения остеохондроза шейного отдела.

Остеохондроз становится причиной нарушения работы важнейших структур: кровеносных сосудов и нервов. Без лечения заболевание может привести к следующим осложнениям:

- ишемический инсульт;
- потеря чувствительности или двигательной функции руки;
- затруднения глотания;
- нарушение работы щитовидной железы;
- потеря или значительное снижение остроты зрения.

Кроме того, поражение межпозвонковых дисков и суставов приводит к значительному ограничению подвижности шеи.

1. 5 Диагностика шейного остеохондроза.

Диагностика остеохондроза включает в себя несколько этапов:

Сбор анамнеза.

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

Кроме того, при постановке диагноза важным моментом является выяснение истории заболевания: появление неприятных ощущений и

скованности; выявление вероятных причин их возникновения; собираются сведения о проведенном ранее лечении и его эффективности; собирается информация о последнем обострении и характере его протекания.

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

Физикальное обследование.

Во время физиологического осмотра производится оценка положения тела пациента, его походки и движений; кожных покровов (на предмет покраснений, сыпи, шелушения), производится сравнение симметричных участков тела здоровой стороны и болезненной; производится определение объема движений (наклоны, круговые движения туловища, объем вращательных движений в разных отделах позвоночника); прощупывается болезненный участок для определения температуры кожи, наличия спазмов в мышцах, отеков, болезненных уплотнений; пальпация глубоких и поверхностных слоев мышц позволяет оценить состояние мышечной системы (тонус мышц, увеличение или уменьшение их объема); с помощью постукивания специальным молоточком или пальцем определяется зона иррадиации боли; с помощью покалывания иголочкой определяется болевая чувствительность; в конце проводится ряд специальных приемов, чтобы выяснить симптомы корешкового натяжения.

Инструментальная диагностика.

Рентгенография. Для лучшей информативности производится исследование каждого отдела позвоночника по отдельности. Выполняется в двух косых проекциях и в двух взаимно перпендикулярных плоскостях (прямой и боковой). В некоторых случаях могут назначить функциональную рентгенограмму, когда больной находится в положении сгибания, разгибания или боковых наклонов. По особым показаниям для получения более качественного результата исследование проводят с введением контрастного

вещества в позвоночный канал, в сонную или позвоночную артерию, в поврежденный межпозвоночный диск или в позвоночник: ангиография, дискография, миелография, пневмомиеелография.

Основными рентгенологическими признаками остеохондроза считают:

- патологическую подвижность позвонков;
- смещение их тел;
- обызвествление диска (отложение солей);
- равномерное сужение межпозвонковой щели в поясничном и шейном отделах, а в грудном отделе сужение клиновидное;
- образование остеофитов (краевых разрастаний);
- образование на границе с пораженным диском уплотнения (краевого склероза).

Компьютерная томография (КТ) — это целенаправленные снимки одного или двух сегментов позвоночника. С помощью этого метода можно рассмотреть тела позвонков, сосуды, связки и мягкие ткани, а также определить сдавление нервных окончаний, разрывы контуров межпозвоночного диска, высоту диска, изменения в твердой мозговой оболочке, краевые разрастания, нестабильность позвонков. Компьютерную томографию проводят после рентгенологического исследования, чтобы уточнить состояние определенного межпозвоночного диска.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) основана на том, что применяются электромагнитные волны, которые создают сигнал, характерный для каждой ткани. Он обрабатывается на компьютере и переводится в графическое изображение. С помощью этого метода можно четко рассмотреть сосуды, нервные отростки и межпозвоночные диски без вредного воздействия ионизирующего излучения на организм.

1.6 Лечение шейного остеохондроза.

Медкаментозное лечение

Фармакологические препараты используются для устранения симптомов шейного остеохондроза, в том числе за счет улучшения

кровообращения и частичной регенерации межпозвоночных дисков. Ввиду отсутствия характерных признаков на начальном этапе пациенты обращаются к вертебрологу или неврологу с патологией 2 и даже 3 степени тяжести. Нередко у них выявляются уже развившиеся осложнения — межпозвоночная грыжа, протрузия, синдром позвоночной артерии. Поэтому в терапевтические схемы врачи включают не только анальгетики, но и средства для улучшения иннервации, расслабления скелетной мускулатуры, восстановления трофики.

НПВС.

При остеохондрозе 2-3 рентгенологической стадии пациенты жалуются на острые, пронизывающие боли, возникающие при наклонах или поворотах головы. В таких случаях им назначаются нестероидные противовоспалительные средства. При сильных болях практикуется внутримышечное введение растворов — Ортофена, Мелоксикама, Ксефокама, Вольтарена, Кеторолака. Препараты оказывают не только анальгетическое, но и противовоспалительное, противоотечное действие. Это особенно актуально при травмировании сместившимся диском или остеофитом мягких тканей шеи.

Если боли не слишком интенсивные, возникают время от времени, то применяются НПВС в таблетках или капсулах:

- Нимесулид;
- Кеторолак;
- Диклофенак;
- Целекоксиб;
- Эторикоксиб.

Гормоны.

Если даже внутримышечное введение НПВС не оказало должного обезболивающего действия, то применяются гормональные средства — Метилпреднизолон, Триамцинолон, Дипроспан, Флостерон, Дексаметазон. Для глюкокортикостероидов характерна выраженная анальгетическая,

противовоспалительная, антиэкссудативная активность. Гормональные препараты используются обычно для медикаментозных блокад в сочетании с анестетиками Лидокаином, Новокаином. Такой способ введения лекарственных средств обеспечивает сохранность обезболивающего эффекта в течение нескольких дней, а иногда и недель.

Но глюкокортикостероиды не предназначены для частого применения. Они токсичны для внутренних органов, повреждают хрящи, кости, связочно-сухожильный аппарат. Гормональные средства оказывают и иммуносупрессивное действие, что отрицательно влияет на состояние иммунитета.

Анестетики.

Наиболее часто в терапии шейного остеохондроза для медикаментозных блокад используются анестетики Лидокаин и Новокаин (Прокаин). Для последнего характерно выраженное обезболивающее действие и широкий спектр применения. Новокаин в лечении дегенеративно-дистрофических патологий назначается для блокады периферических нервов и нервных узлов. Именно ущемление спинномозговых корешков остеофитов или грыжевым выпячиванием становится причиной острых болей.

Местнораздражающие средства

Мази, гели, бальзамы с согревающим и местнораздражающим действием очень часто назначаются для лечения шейного остеохондроза, но только при отсутствии воспаления мягких тканей. В их состав могут входить камфора, ментол, скипидар, экстракт красного жгучего перца, никобоксил, нонивамид, змеиный или пчелиный яд. Эти ингредиенты раздражают чувствительные нервные окончания, расположенные в подкожной клетчатке, устраняя болезненные ощущения. Какие мази или гели может назначить вертебролог:

- Капсикам;
- Финалгон;

- Эфкамон;
- Випросал;
- Апизартрон.

Такие средства оказывают сосудорасширяющее действие, сопровождающееся интенсивным, длительным ощущением тепла. А за счет улучшения кровоснабжения тканей питательными веществами происходит их ускоренное восстановление.

Препараты для улучшения микроциркуляции крови

Средства для улучшения кровообращения применяются в терапии остеохондрозов любой локализации. Но именно при шейной патологии они чаще востребованы. В этом отделе позвоночника нередко происходит сдавление артерии, по которой в головной мозг поступают питательные вещества, кислород. Восстановить кровоснабжение помогают следующие препараты:

- Ксантинола никотинат, улучшающий микроциркуляцию, оксигенацию, питание хрящевых тканей и всех отделов головного мозга;
- Пентоксифиллин (Трентал), уменьшающий вязкость крови и агрегацию тромбоцитов, эритроцитов, улучшающий реологические свойства крови (текучесть);
- Эуфиллин, снижающий напряжение сосудистых стенок, способствующий расширению периферических сосудов.

Часто используются для улучшения микроциркуляции препараты с тиоктовой кислотой — Берлитион, Октолипен, Тиогамма. Они оказывают сосудорасширяющее действие, восстанавливают функционирование спинномозговых корешков, улучшают трофику и иннервацию.

Витамины.

Для улучшения самочувствия человека, укрепления защитных сил организма, восполнения запасов необходимых для регенерации тканей веществ пациентам назначаются сбалансированные комплексы витаминов и

микроэлементов. Это Супрадин, Витрум, Центрум, Селмевит, Мульти tabs. Достаточно ежедневно принимать по одной таблетке любого препарата, чтобы устранить возникший дефицит.

Но чаще применяются в терапии шейного остеохондроза препараты с витаминами группы В — Комбилипен, Мильгамма. В состав инъекционных растворов, помимо пиридоксина, тиамин, цианокобаламина, входит анестетик Лидокаин. Также могут быть назначены витамины группы В в таблетках — Нейромультивит, Пентовит. Их курсовое использование помогает улучшить передачу нервных импульсов, стимулировать естественные механизмы, направленные на восстановление.

Хондропротекторы.

Это единственная группа препаратов, которые применяются для патогенетического лечения шейного остеохондроза. На начальном этапе развития патологии хондропротекторы используются для частичного восстановления межпозвоночных дисков. Такой эффект обусловлен способностью хондроитина и глюкозамина стимулировать синтез протеогликанов, повышать продукцию гиалуроновой кислоты, активировать все функции хрящевых клеток (хондроцитов), подавлять их преждевременное разрушение.

Назначаются хондропротекторы и пациентам с остеохондрозом 2, 3 степени тяжести. На этой стадии хрящевые ткани уже не подлежат регенерации. Но прием препаратов в дозах до 800 мг препятствует дальнейшим деструктивно-дегенеративным изменениям. Длительность терапевтического курса — от 3 месяцев. После использования средств в течение 2 недель проявляется их выраженное противовоспалительное и обезболивающее действие. (См. Приложение 6 Табл.1)

Хирургическое вмешательство

Показаниями к хирургическому вмешательству становятся неэффективность консервативного лечения, а также возникшие осложнения шейного остеохондроза, например, дискогенная миелопатия, синдром

позвоночной артерии, корешковый синдром. Для декомпрессии спинного мозга, кровеносных сосудов, спинномозговых корешков проводятся следующие операции:

- ламинэктомия;
- ламинотомия;
- фораминомия;
- фасетэктомия;
- дискэктомия. В процессе хирургического вмешательства могут иссекаться костные фрагменты, связки, удаляться полностью или частично межпозвонковые диски. При некрупном грыжевом выпячивании часто проводится лазерная вапоризация дискового ядра.

Мануальная терапия.

Мануальный терапевт всегда подготавливает пациента к предстоящим манипуляциям, начиная сеанс с расслабляющего массажа. Затем с помощью плавных движений он растягивает мышцы, устраняет их избыточное напряжение. В результате исчезают мышечные спазмы, провоцирующие усиление боли при защемлении спинномозговых корешков. Устраняется сдавление позвоночной артерии, а вместе с ним неврологическая симптоматика. Мануальный терапевт при необходимости вправляет шейные позвонки. Это может сопровождаться хрустом, треском, щелчками, нарастанием выраженности болезненных ощущений.

Один из способов избежать хирургического вмешательства — вытяжение (тракция) позвоночника для увеличения расстояния между телами позвонков, поврежденными дисками. Процедура проводится на специальных столах мануальным терапевтом. Но наибольшей популярностью пользуется подводное вытяжение в ваннах или бассейнах.

Иглоукалывание.

Это один из видов рефлексотерапии, рекомендуемый пациентам для восстановления подвижности шейных позвоночных структур, улучшения кровообращения. При проведении сеанса используются очень тонкие иглы

различной длины, изготовленные из стали, серебра, золота. Они устанавливаются в биологически активные точки, локализованные не только на задней поверхности шеи, но и области спины, плеч, предплечий. [7.3.17]

1.7 Реабилитация при остеохондрозе шейного отдела позвоночника.

Остеохондроз представляет собой дегенеративно-дистрофическое поражение всех структур позвоночника. Это хроническое заболевание на поздних стадиях сопровождается стойким болевым синдромом, длительным мышечным спазмом и нарушением функций позвоночника. Остеохондроз считается самой распространенной болезнью опорно-двигательной системы.

По некоторым данным, этим заболеванием страдает около 70 % всего человечества. Проблема остеохондроза сегодня актуальна еще и потому, что эта болезнь с каждым годом поражает все больше молодых людей трудоспособного возраста.

Цели и задачи реабилитации при шейном остеохондрозе.

Острая боль, которая появляется в связи с дегенеративными изменениями межпозвоночных дисков, заставляет пациента занимать вынужденную позу. Пациент с остеохондрозом шейного отдела позвоночника избегает активных поворотов и наклонов головой. Боль может иррадиировать в область лопатки, плечевого сустава, предплечье и кисть. Нередко шейный остеохондроз проявляется головной болью и головокружением, шумом в ушах, зрительными нарушениями. Физическая активность человека значительно снижается, ограничиваются его трудовые и социальные возможности.

К основным целям реабилитации относят:

- Устранение боли.
- Восстановление подвижности пораженного отдела.
- Стабилизация позвоночника за счет укрепления мышц.
- Формирование правильного двигательного стереотипа для профилактики повторных повреждений.

Для каждого из больных с шейным остеохондрозом разрабатывается индивидуальная реабилитационная программа с учетом тяжести патологического процесса и характера симптоматики.

К основным направлениям реабилитационного процесса при остеохондрозе шейного отдела позвоночника относятся:

Медикаментозная терапия

Для лечения остеохондроза шейного отдела позвоночника в остром периоде используют новокаиновые и лидокаиновые блокады, инъекции кортикостероидов. Эффективны также комбинации НПВС, спазмолитиков и витаминов группы В.

ЛФК

К задачам лечебной физкультуры относится восстановление амплитуды движений, снижение боли в шее и верхних конечностях, укрепление ослабленных мышц, профилактика вестибулярных нарушений. Упражнения комплекса ЛФК подбираются врачом и инструктором для каждого из пациентов с учетом текущих задач курса реабилитации. Всем больным остеохондрозом показано выполнение дыхательного комплекса. Любые упражнения ЛФК выполняются в воротнике Шанца под контролем опытного инструктора.

Физиотерапия

Чаще всего применяется электрофорез с помещением активного электрода в области затылка. Также пациентам с шейным остеохондрозом проводятся сеансы фототерапии.

Лечебный массаж

Сеансы проводят с целью восстановления функциональной активности, снижения интенсивности боли, улучшения кровоснабжения позвоночника.

При остеохондрозе шейного отдела позвоночника используют классический и расслабляющий точечный массаж, направленный на лестничные мышцы, надплечья, руки.

Остеопатия. Специалист производит коррекцию патологических изменений при помощи мануального воздействия. Эффективным остеопатическим методом лечения шейного остеохондроза является тракция (вытяжение позвоночника), которая выполняется на специальном столе с наклоном.

Мероприятия по реабилитации – ЛФК, массаж, физиотерапия –имеют разные двигательные режимы. В подостром периоде заболевания назначаются занятия щадящего и восстановительного характера, а во время ремиссии – тренирующего.

1.8 Профилактика шейного остеохондроза.

Профилактика проводится с целью:

избежать осложнений и предотвратить развитие патологии удастся, соблюдая следующие рекомендации:

- ежедневно заниматься физической культурой, например, плаванием;
- есть больше продуктов с содержанием кальция и магния;
- при сидячей работе раз в час выполнять гимнастику шеи;
- использовать ортопедическую подушку для сна;
- ежедневно принимать горячий душ;
- избегать переохлаждений;
- отказаться от алкогольных напитков, курения и наркотиков;
- не заниматься бодибилдингом;
- избегать интенсивных физических нагрузок;
- при переноске тяжести использовать защитный корсет для позвоночника;
- контролировать осанку;
- проходить профилактические осмотры.[5]

Прогноз заболевания

В запущенных случаях шейный остеохондроз может привести к стойкому ограничению физической активности, серьезным неврологическим расстройствам. Однако при условии комплексного лечения и правильно

подобранной программы реабилитации заболевание имеет благоприятный прогноз.

Остеохондроз шейного отдела позвоночника лучше всего поддается коррекции на начальной стадии формирования. В запущенных случаях заболевания может произойти сдавление корешков спинномозговых нервов и спинного мозга. Симптомами этого тяжелого осложнения является утрата подвижности и нарушение чувствительности рук, а в самых серьезных случаях – паралич всего тела (тетрапарез). Для предотвращения подобных последствий зачастую приходится прибегать к выполнению нейрохирургической операции. Поэтому обращаться за медицинской помощью следует как можно раньше. Даже слабая боль в шее периодического характера служит поводом для записи к врачу.

1.9. Перечень (банк) настоящих и потенциальных проблем пациента с шейным остеохондрозом.

После проведенного обследования у пациентов с шейным остеохондрозом можно выявить ряд настоящих и потенциальных проблем, связанных с нарушением удовлетворения основных жизненно важных потребностей.

Настоящие проблемы пациента с шейным остеохондрозом

- Головокружение
- Тошнота
- Покалывание в пальцах
- Тугоподвижность в шейном отделе
- Боль в затылке в шейной и воротниковой зоне

Потенциальные проблемы пациента с шейным остеохондрозом

- Риск развития вегето - сосудистой дистонии
- Риск развития скачков артериального давления
- Риск развития потеря или значительное снижение остроты зрения
- Риск развития церебрально - сосудистой недостаточности
- Риск развития ишемического инсульта

1.10. Программа сестринских вмешательств в решении настоящих проблем
пациента с шейным остеохондрозом.

Проблема	Независимые сестринские вмешательства	Зависимые сестринские вмешательства
Головокружение.	<p>1.Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического состояния пациента).</p> <p>Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2.Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела, артериальное давление).</p> <p>3.Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты,</p> <p>Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4.Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5. Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным головным концом.</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных препаратов, по назначению врача.</p>
Тошнота.	<p>1.Обеспечение лечебно - охранительного режима. Наблюдение за состоянием</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных</p>

	<p>пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического состояния пациента).</p> <p>Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела, артериальное давление).</p> <p>3. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4. Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5. Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным положением нижней конечности</p> <p>8. При тошноте, поставить тазик обеспечить пациента полотенцем (салфеткой) и жидкостью для полоскания рта. Придерживать при рвоте голову пациента, положив ему ладонь на лоб.</p> <p>9. После рвоты дать пациенту прополоскать</p>	<p>препаратов, по назначению врача.</p>
--	--	---

	<p>рот водой, лицо вытереть полотенцем.</p> <p>10. Наблюдать за количеством, цветом и характером рвотных масс, оставить их в тазу до прихода врача</p> <p>11. Наблюдать за состоянием пациента, поддерживать для него обстановку уединения и поддержания достоинства</p>	
Покальвание в пальцах	<p>1. Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического состояния пациента).</p> <p>Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела, артериальное давление).</p> <p>3. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4. Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5. Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным положением нижней</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных препаратов, по назначению врача.</p>

	конечности	
Тугоподвижность в шейном отделе.	<p>1.Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического состояния пациента). Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2.Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела, артериальное давление).</p> <p>3.Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4.Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5. Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным положением нижней конечности</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных препаратов, по назначению врача.</p> <p>Провести психологическую беседу с пациентом о сущности заболевания, обеспечить информационным материалом</p>
Боль в затылке в шейной и воротниковой зоне.	<p>1.Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных препаратов, по назначению врача.</p>

	<p>состояния пациента).</p> <p>Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2.Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела, артериальное давление).</p> <p>3.Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты,</p> <p>Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4.Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5.Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным положением нижней конечности.</p>	<p>Провести психологическую беседу с пациентом о сущности заболевания, обеспечить информационным материалом.</p>
<p>Боль в затылке в шейной и воротниковой зоне.</p>	<p>1.Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Обеспечить пациенту постельный, режим двигательной активности (в зависимости от физического состояния пациента).</p> <p>Обеспечить пациенту физический и психический покой.</p> <p>2.Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями (пульсом, АД, ЧДД, температура, масса тела,</p>	<p>Обеспечить приём лекарственных препаратов, по назначению врача.</p> <p>Провести психологическую беседу с пациентом о сущности заболевания, обеспечить информационным</p>

	<p>артериальное давление).</p> <p>3. Обеспечение доступа свежего воздуха путем проветривания палаты, Обеспечить пациенту удобное положение в постели.</p> <p>4. Провести беседу с пациентом и его родственниками о причинах и факторах заболевания.</p> <p>5. Ознакомится с принципами лечения и объяснить суть проблемы.</p> <p>6. Обеспечить в палате больному доброжелательную, спокойную обстановку, обеспечить психологическую поддержку пациенту.</p> <p>7. Больным в раннем периоде заболевания назначается постельный режим с возвышенным положением нижней конечности.</p>	<p>материалом.</p>
--	---	--------------------

1.11. Программа сестринских вмешательств в решении потенциальных проблем пациента с шейным остеохондрозом.

Проблема	Независимые сестринские вмешательства	Зависимые сестринские вмешательства
<p>Риск развития вегето-сосудистой дистонии;</p>	<p>Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p> <p>Своевременное выявление наиболее вероятных неотложных состояний при данном заболевании,</p>	<p>Обеспечить приём препаратов, по назначению врача</p> <p>Обеспечить подготовку пациента к дополнительной функциональной диагностике.</p>

	оказание неотложной доврачебной помощи при их возникновении (перечислить наиболее вероятные).	
.Риск развития скачков артериального давления.	Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями. Своевременное выявление наиболее вероятных неотложных состояний при данном заболевании, оказание неотложной доврачебной помощи при их возникновении (перечислить наиболее вероятные). Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями	Обеспечить приём препаратов, по назначению врача. Обеспечить подготовку пациента к дополнительной функциональной диагностике.
Риск развития потеря или значительное снижение остроты зрения.	Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями. Своевременное выявление наиболее вероятных неотложных состояний при данном заболевании, оказание неотложной доврачебной помощи при их возникновении (перечислить наиболее вероятные). Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения	Обеспечить приём препаратов, по назначению врача. Обеспечить подготовку пациента к дополнительной функциональной диагностике.

	<p>привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p>	
<p>Риск развития церебрально - сосудистой недостаточности.</p>	<p>Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p> <p>Своевременное выявление наиболее вероятных неотложных состояний при данном заболевании, оказание неотложной доврачебной помощи при их возникновении (перечислить наиболее вероятные). Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p>	<p>Обеспечить приём препаратов, по назначению врача</p> <p>Обеспечить подготовку пациента к дополнительной функциональной диагностике</p>
<p>Риск развития ишемического инсульта.</p>	<p>Обеспечение лечебно-охранительного режима. Наблюдение за состоянием пациента. Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о правилах приема лекарственных препаратов. Обучение пациента методам профилактики. Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p> <p>Своевременное выявление наиболее вероятных неотложных состояний при данном заболевании, оказание неотложной доврачебной помощи при их возникновении (перечислить наиболее вероятные). Проведение беседы о необходимости соблюдения назначенной диеты и изменения привычного режима питания; о</p>	<p>Обеспечить приём препаратов, по назначению врача</p> <p>Обеспечить подготовку пациента к дополнительной функциональной диагностике</p>

	<p>правилах приема лекарственных препаратов.</p> <p>Обучение пациента методам профилактики.</p> <p>Наблюдение за внешним видом пациента, за его основными показателями</p>	
--	--	--

1.12. Выводы и обоснования современной точки зрения по решению проблем пациента с шейным остеохондрозом.

В ходе анализа литературных источников была более углубленно изучена информация об этиологии и патогенезе заболевания шейного остеохондроза, её клинических проявлениях и возможных осложнениях, также были подробно разобраны принципы лечения и профилактики. Основные аспекты, нашли своё отражение в данной работе.

На основании полученных данных были описаны настоящие и потенциальные проблемы пациентов, а также была разработана программа сестринских вмешательств для решения данных проблем.

Проведённое исследование позволяет сделать вывод, о том, что шейный остеохондроз– это прогрессирующее заболевание, но достижения современной медицины (подбор комбинации лекарств) и правильно организованный сестринский уход за пациентом дают оптимистические перспективы для снижения рисков различных тяжелых осложнений этого заболевания и улучшают качество жизни пациентов.

Глава 2. Практическая часть.

2.1. Характеристика ГБУЗНО «г. Дзержинска», 1-ое хирургическое отделение. Больница скорой медицинской помощи в городе Дзержинск является уникальным медицинским учреждением, оказывающим специализированную и высокотехнологичную медицинскую помощь населению.

На сегодняшний день ГБУЗ НО «Больница скорой медицинской помощи г. Дзержинска» – многопрофильное учреждение здравоохранения,

где ежегодно возвращают к полноценной жизни десятки тысяч людей. Первым главным врачом был Федор Рябинин. К 1958 г. кол-во коек составляло уже 340. Был пущен в эксплуатацию хирургический корпус, где развернулось общехирургическое, урологическое и травматологическое отделения. Начала работать поликлиника, в которой разместилось онкологическое отделение.

Длительное время больницу возглавлял Кочуев Николай Федорович, именно при нем к ней была присоединена городская станция скорой медицинской помощи, а само учреждение получило в 1970 году статус больницы скорой медицинской помощи.

Развивая неотложную помощь, Николай Кочуев создал первую в Дзержинске специализированную реанимационную бригаду в составе одного врача и двух фельдшеров. Постепенно обновлялся и автопарк. Машины оснащались радиостанциями, дыхательной, наркозной и диагностической аппаратурой.

Одновременно развивалось и все БСМП, становясь многопрофильным медицинским учреждением с крепкой материальной базой и высококвалифицированными кадрами.

В 1988 году главным врачом БСМП стал Алексей Федорович Малышев. Учитывая специфику учреждения, Алексей Федорович занялся в первую очередь совершенствованием скорой и неотложной медицинской помощи на догоспитальном этапе. Число бригад скорой помощи увеличилось до 20. Создана эффективная экстренная дежурная служба по профилям всех отделений с круглосуточной эндоскопической, рентгенологической и лабораторной диагностикой.

В течение последних 5 лет больница являлась участницей федеральных проектов:

2006-2007 гг. – национальный проект «Здоровье» - ССиНМП получило 27 автомобилей, в т.ч. один реанимобиль;

2008 г. – создание отделения хронического гемодиализа с трехсменным режимом работы на 10 аппаратов;

2009 г. – федеральная программа «Профилактика ДТП на федеральных трассах» - создание травматологического центра II уровня, приобретение КТ;

2011-2012 гг. - программа модернизации здравоохранения – кардинальное переоснащение больницы диагностическим и лечебным оборудованием, капитальный ремонт лечебных корпусов.

В лечебном учреждении трудится творческий коллектив, способный решать поставленные перед ним задачи по охране здоровья жителей города, включая высокотехнологичную помощь.

Работа ГБУЗ НО «БСМП» строится на основании нормативно – правовой документации, основными представителями которой являются:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 05.12.2017) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации".
2. Федеральный Закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения».
3. Федеральный закон от 12.04.2010 N 61-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об обращении лекарственных средств".
4. СанПин 2.1.7.2790-10 «Санитарно-эпидемиологические требования к обращению с медицинскими отходами».
5. ОСТ 42-21-85 «Стерилизация и дезинфекция изделий медицинского назначения, методы, средства, режимы».

2.2. Сестринское обследование пациента с шейным остеохондрозом.

Дата и время поступления 20.04.2022 в 10.00

Дата и время выписки 30.04.2022 в 12.00

Отделение 1-ое хирургическое

Вид транспортировки: на каталке, на кресле, может идти (подчеркнуть)

Группа крови II Резус-принадлежность (+)

Побочное действие лекарственных препаратов
(непереносимость) отсутствует

ФИО X

Пол M возраст 39 лет

Постоянное место
жительства г. Дзержинск, ул. Суворова, д. 2 кв. 11

Место работы (учебы), профессия или
должность Програмист

Кем направлен пациент Поликлиника № 1

Врачебный диагноз: основной: Полисегментарный остеохондроз с преимущественно дегенеративно-дистрофическими изменениями в шейном отделе. Боль в шейном отделе острая, распространяется в левую лопатку, левой плечо, руку, усиливается при движениях головы.

Боль в шейном отделе острая, распространяется в левую лопатку, левой плечо, руку, усиливается при движениях головы. Невозможность повернуть голову, затруднение в поднятии рук. Снижение мышечной силы в левой руке. Также, жалуется на головную боль, длительную, давящего характера. Сопутствующий: гипертония 1 стадии, сколиоз позвоночника.

Возможность общения с пациентом (подчеркнуть)

а. речь – сохранена, нарушена, отсутствует

б. слух – сохранен, нарушен, отсутствует

в. Зрение – сохранено, нарушено, отсутствует

Источник информации (подчеркнуть)

А. сам пациент

Б. родственники

В. соседи

Г. медперсонал

Д. медицинская документация

Субъективное обследование

Жалобы Таблица 2.1

На начало курации 20.04.2022г	На окончание курации 30..04.2022г
Со слов пациента за неделю до заболевания, беспокоили головные боли, нарушение зрения (мушки перед глазами), иногда сопутствовала тошнота, головокружения. В связи с нарастающими головными болями, стало сопровождать чувство скованности в шейном отделе, обратилась в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен на госпитализацию врачом поликлиники.	Основные – улучшение состояния. Основные симптомы не беспокоят пациента. Сохраняется беспокойство о возникновение болевых ощущений.
Дополнительные –нет	Дополнительные–нет

Анамнез болезни:

Когда и как заболел: считает себя больным с 2018 года, когда впервые стали возникать головные боли, чувство тяжести в шейном отделе, внимание вначале не обращал. Дискомфорт убирал с помощью медикаментов. Обращался в поликлинику по месту жительства, было прописано лечение, на какое - то время лечение приносило положительные результаты. Болезнь связывает с работой на компьютере. В последний месяц отмечается ухудшение состояния, выражающееся в усилении болей и чувство скованности в шейном отделе. Обратился к участковому терапевту, был направлен на стационарное лечение. Данное обострение связывает с условиями труда.

Вывод: на основании жалоб больного можно сказать, что в патологический процесс вовлечена опорно - двигательная система.

Анамнез жизни:

Профессиональный анамнез: трудовая жизнь с 22 лет.

Условия, в которых вырос и развивался: удовлетворительные.

Условия жизни: удовлетворительные. Питание не регулярное, умеренно калорийное, диету не соблюдает.

Перенесенные заболевания: в детстве перенес ОРЗ, ветряную оспу, эпидемический паротит.

Наследственность: наследственность не отягощена.

Вывод: на основании анамнеза жизни больного можно сказать, что в патологический процесс имеет хроническую форму заболевания.

Аллергологический анамнез: Таблица 2.2

Лекарственные в-ва	Продукты питания	Бытовые, хим. в-ва
отрицает	отрицает	отрицает

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты А, В, С, Д, Е; носительство HbSAg, малярию, ВИЧ-инфекцию –отрицает.

Гемотрансфузионный анамнез: отрицает.

Акушерско-гинекологический анамнез: родился доношенным, рос и развивался в соответствии с возрастом и полом.

Вредные привычки: не курит, употребление алкоголя умеренное.

Объективное обследование:

после проведенного объективного и субъективного обследования пациента Х, были проанализированы данные лабораторных и инструментальных методов исследования, результаты (на начало и конец курации) и выводы которых представлены в таблице (см. таблицу № 2.3).

Таблица № 2.3 Данные объективного обследования

На начало курации 20.04.22	На окончание курации 30.04.22
<i>Общее состояние</i>	
Удовлетворительное	<u>Удовлетворительное</u>
<u>Средней тяжести</u>	Средней тяжести

Тяжелое	Тяжелое
<i>Сознание</i>	
<u>Ясное</u> , спутанное, оглушение, сопор, кома	<u>Ясное</u> , спутанное, оглушение, сопор, кома

<i>Настроение, адекватность</i>	
<u>Беспокойный</u>	Нормальное
<i>Положение</i>	
активное	<u>активное</u>
пассивное	пассивное
<u>вынужденное</u> ,	вынужденное
<i>Тип конституции</i>	
<u>нормостеник</u>	<u>нормостеник</u>
астеник	астеник
гиперстеник	гиперстеник
<i>Рост</i>	
178 см	178 см
<i>Вес</i>	
79 кг.	77 кг.
Состояние кожи и слизистых	
<i>Цвет</i>	
Физиологическая окраска	<u>Физиологическая окраска</u>
Гиперемия	Гиперемия
<u>Бледность</u>	Бледность
Цианоз (диффузный, акроцианоз)	Цианоз (диффузный, акроцианоз)
Желтушность	Желтушность
<i>Влажность</i>	
Кожа сухая	В норме
<i>Тургор</i>	
Снижен	В норме
<i>Подкожно-жировой слой</i>	
Умеренно	Умеренно
<i>Лимфатические узлы</i>	
<u>Не пальпируются</u>	<u>Не пальпируются</u>

Увеличены (какие) Не увеличены Болезненные, безболезненные	Увеличены (какие) Не увеличены Болезненные, безболезненные
Дыхательная система	
<i>Форма грудной клетки, симметричность, участие в акте дыхания</i>	
Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания	Грудная клетка обычной формы, симметричная. Обе половины ее равномерно и активно участвуют в акте дыхания
<i>Дыхание – ритм, глубина</i>	
тип дыхания брюшной. ЧДД 18, ритмичное, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки,	тип дыхания брюшной. ЧДД 16 ритмичное, в акте дыхания участвуют обе половины грудной клетки
<i>Кашель (характер)</i>	
Отсутствует	Отсутствует

Продолжение таблицы 2.2.

<i>Мокрота (характер, количество, примеси)</i>	
<u>Отсутствует</u>	отсутствует
<i>Одышка, удушье (характер)</i>	
Экспираторная Инспираторная Смешанная Выражена очень незначительно	Экспираторная Инспираторная Смешанная <u>Отсутствует</u>
<i>Другие симптомы</i>	
Сердечно-сосудистая система	
<i>Пульс – ритм, напряжение, наполнение, симметричность, частота</i>	
тоны сердца ритмичные, ясные, удовлетворительного наполнения и напряжения на обеих руках, симметричный, 95	Тоны сердца ясные, ритмичные удовлетворительного наполнения и напряжения на обеих руках, симметричный, 95
<i>ЧСС</i>	
75 уд/мин, ритмичный, среднего напряжения, умеренного наполнения, симметричный на обеих руках.	70 уд/мин ритмичный, среднего напряжения, умеренного наполнения, симметричный на обеих руках.
<i>Дефицит пульса</i>	

—	—
<i>АД</i>	
Левая рука 145/90 Правая рука 140/90	Левая рука 135/90 Правая рука 130/90
<i>Отеки, локализация</i>	
Отсутствуют	Отсутствуют
<i>Желудочно-кишечный тракт</i>	
<i>Аппетит</i>	
Не изменен Повышен <u>Снижен</u> Отсутствует Извращение вкуса	<u>Не изменен</u> Повышен Снижен Отсутствует Извращение вкуса
<i>Глотание</i>	
<u>Нормальное</u> , затруднено	<u>Нормальное</u> , затруднено
<i>Язык</i>	
<u>Чистый</u> Обложен налетом (каким)	<u>Чистый</u> Обложен налетом (каким)
<i>Рвота, характер рвотных масс</i>	
—	—
<i>Стул</i>	
Оформленный Запор <u>Понос</u> Недержание <u>Примесь крови, слизи, гноя</u>	<u>Оформленный</u> Запор Понос Недержание Примесь крови, слизи, гноя

Продолжение таблицы 2.3.

Живот (форма, размер – асцит, «голова медузы», симметричность, участие в дыхании, болезненность при пальпации)

Живот: при поверхностной пальпации живот мягкий, При глубокой пальпации живота защитного напряжения мышц передней брюшной стенки нет. Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Ортнера, Мерфи, Мюсси-Георгиевского отрицательные.	Живот правильной формы, не вздут, участвует в дыхании, при пальпации безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет.
Мочевыделительная система	
<i>Мочеиспускание</i>	
<u>Свободное</u> Затруднено Болезненно Учащено Безболезненно	<u>Свободное</u> Затруднено Болезненно Учащено Безболезненно
<i>Цвет мочи, прозрачность, количество</i>	
<u>Обычный, соломенно-желтый, прозрачный.</u> Изменен – гематурия, цвет «пива», цвет «мясных помоев»	<u>Обычный, соломенно-желтый, прозрачный.</u> Изменен – гематурия, цвет «пива», цвет «мясных помоев»
Эндокринная система	
<i>Характер оволосения</i>	
<u>Мужской</u> <u>Женский</u>	<u>Мужской</u> <u>Женский.</u>
<i>Распределение подкожно-жировой клетчатки</i>	
<u>Равномерно</u>	<u>Равномерно</u>
<i>Конфигурация шеи, зоб</i>	
Щитовидная железа не увеличена. Подвижность при глотании сохранена.	Щитовидная железа не увеличена. Подвижность при глотании сохранена.
<i>Глазные симптомы – экзофтальм</i>	
Глазные щели симметричны	Глазные щели симметричны
<i>Другие симптомы</i>	

Цвет кожи – <u>бледный</u>	Цвет кожи – <u>бледно-розовый</u>
Стрии	Стрии
Акромегалия	Акромегалия
Гирсутизм	Гирсутизм
Гинекомастия	Гинекомастия
Пастозность	Пастозность
Мимика не нарушена	Мимика не нарушена
Нервная система	
<i>Сон, длительность</i>	
Нормальный	<u>Нормальный</u>
<u>Беспокойный</u>	Беспокойный
Бессонница	Бессонница
<i>Походка</i>	
Норма	<u>Норма</u>
<u>Изменена (как):</u> вынужденная, немного сутулая, плечи приподняты,	Изменена (как)

Продолжение таблицы 2.3.

<i>Тремор</i>	
Есть <u>нет</u>	Есть <u>нет</u>
<i>Симметричность лица</i>	
Лицо симметрично	Лицо симметрично
<i>Парезы, параличи (локализация)</i>	
<i>Сухожильные рефлексы</i>	
<u>Нормальные</u>	<u>Нормальные</u>
Патологические	Патологические

После проведённого объективного и субъективного обследования пациента Х, были проанализированы данные лабораторных и инструментальных методов исследования, результаты (на начало и конец курации) и выводы которых представлены в таблице (См. Таблицу 2.4.)

Таблица 2.4. Дополнительные методы обследования.

Исследования	На начало курации	На конец курации	Вывод
--------------	-------------------	------------------	-------

<p><i>Анализ крови общий</i></p> <p>Эрит-ты Лейкоциты Hb Цветной показатель Эозинофилы Лимфоциты Моноциты СОЭ</p>	<p>3,8 10¹²/л 9.4x10⁹ г/л 130 г/л 0,95 3 % 37 % 3 % 10 мм/ч</p>	<p>4.0 10¹²/л 8,2 x10⁹ г/л 132г/л 0,9 4 % 40 % 3 % 8 мм/ч</p>	<p>Улучшение показателей гемоглобина, в связи с улучшением дыхательной функции. Динамика положительная.</p>
<p><i>Анализ мочи общий</i></p>	<p>Лейкоциты 0-4 в поле зрения. цвет: соломенно-желтый. Удельный вес 1012 эритроциты свежие 0-2 в поле зрения эпителий плоский 1-3 в поле зрения</p>	<p>Лейкоциты 0-4 в поле зрения. цвет: соломенно-желтый. Удельный вес 1020 эритроциты свежие 0-2 в поле зрения эпителий плоский 1-3 в поле зрения</p>	<p>Без патологий</p>
<p><i>Анализ крови биохимический</i></p>	<p>Мочевина(моль/л) 10,9 Креатинин(мг %) 95 Холестерин общий(моль/л) 6,7 Билирубин(мкмоль/л) 10.88 АлАт (ед/л) 73 АсАт(ед/л) 61 ЛДГ (ед/л) 332</p>	<p>Мочевина(моль/л) 10,0 Креатинин(мг %) 60 Холестерин общий(моль/л) 5.5 Билирубин(мкмоль/л) 10.00 АлАт (ед/л) 65 АсАт(ед/л) 59 ЛДГ (ед/л) 330</p>	<p>Улучшение показателей</p>

ЭКГ	Синусовый ритм, ЭОС горизонтальная	–	Синусовый ритм, ЭОС – горизонтальная	ЭКГ в пределах возрастной нормы
-----	--	---	--	------------------------------------

Вывод: на основании полученных данных субъективного, объективного и дополнительного обследования пациента Х были выявлены настоящие (головокружение, головная боль, тугоподвижность в шейном отделе, дефицит знаний о заболевании) и потенциальные (риск развития вегето-сосудистой дистонии.) проблемы.

Я, Гуляева Татьяна Сергеевна, в период с 20 апреля по 2022 по 17 мая 2022 года проходил преддипломную практику на базе хирургическом отделении ГБУЗ НО «Больнице скорой медицинской помощи г.Дзержинска». Моя выпускная квалификационная работа посвящена остеохондрозу шейного отдела и проблемам пациента, возникающим при данном заболевании. В период прохождения практики я получила возможность наблюдать пациентов с шейным остеохондрозом, работать с их медицинскими картами, изучать методы лечения данных больных.

В ходе практики у меня сложилось ясное представление о сущности заболевания, этапах сестринского процесса при данном заболевании, проблемах пациента, возникающих в данном случае, и пути их решения (сестринских вмешательств).

2.3. Реализация программы сестринских вмешательств при решении проблем пациента с шейным остеохондрозом.

После выявления проблем была установлена их приоритетность настоящие (головокружение, головная боль, тугоподвижность в шейном отделе, дефицит знаний о заболевании) и потенциальные (риск развития вегето - сосудистой дистонии.) проблемы.

Для решения каждой проблемы были установлены цели и определён объём сестринских вмешательств, разрабатывающихся на основе назначений врача и индивидуальных особенностях пациента. При реализации

сестринских вмешательств ежедневно проводился анализ с оценкой полученных результатов. Отображение динамики и методов решения по каждой из проблем представлено в таблицах (См. *Таблицу 2.5, 2.6, 2.7, 2.8, 2.9*).

Выполняя программу сестринских вмешательств, осуществлялись мероприятия по уходу за пациентом и выполнению врачебных назначений с ежедневной оценкой динамики состояния. Реализация плана общего ухода представлена в таблице (См. *Таблицу 2.11*).

Введение лекарственных средств согласно назначению врача, с их подробным описанием представлено в таблице (См. *Таблицу 2.12*).

Результаты сестринского динамического наблюдения за пациентом в процессе курации представлены в приложении 2.

Карта сестринского ухода по приоритетной проблеме: головная боль.

Таблица

2.5

Дата	Сестринский диагноз	Цели		Планирование и сестринские вмешательства		Полученный результат и его оценка
		краткосрочные	долгосрочные	независимые	зависимые	
20.04.22	Головная боль	Головная боль у пациента пройдет через 3 дня.	К моменту выписки головная боль не будет беспокоить пациента.	1.Оценить тяжесть состояния и решить вопрос об оказании помощи; 2.Обеспечить возвышенное положение в постели ног. 3. Обеспечить поступление свежего воздуха в помещение; 4. Контролировать показатели гемодинамики; 5.Убедить пациента соблюдать режим и диету, предписанную врачом; 6.Провести беседу, о целесообразности отказа от вредных привычек; 7. Поддерживать и поощрять усилия пациента по изменению характера питания и режима. 8.Создать полный психический и	Своевременно выполнять назначения врача. Кетонал 50 мг 2 мл в\м 2 раза в день Но-шпа 40 мг по 1 тб 2 раза в день	Отмечается улучшение после приёма лекарственных средств.
21.04.22	Головная боль					
22.04.22	Головная боль					
23.04.22	Головная боль					
24.04.22	Головная боль					
25.04.22	Головная боль					
26.04.22						
27.04.22						
28.04.22						
29.04.22						
30.04.22						

				<p>физический покой.</p> <p>9.Применить приемы словесного внушения и отвлечения для снижения интенсивности боли.</p> <p>10.Обеспечить наблюдение за больным, осуществляя контроль за АД, ЧДД, пульсом, температурой тела.</p> <p>11.Строгое обеспечение предписанного двигательного режима. Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 3 при склонности к запорам.</p> <p>12.Обеспечить положение ног с приподнятым концом. 13.Обеспечить контроль за:</p> <p>передачами пациенту родственниками и близкими;</p> <ul style="list-style-type: none"> - физиологическими отправлениями пациента (частотой стула); - массой тела; - соблюдением пациентом диеты и 	
	Головная боль				Боль не беспокоит пациента,

				<p>режима питания;</p> <p>- приемом лекарственных препаратов.</p> <p>Подготовка к исследованию кала на копрограмму: напомнить пациенту о диете, назначенной врачом, переход на которую пациент должен осуществлять за 4-5 дней до исследования. В день исследования шпателем берется 5-15 г фекалий из разных мест (без примеси мочи).</p>		<p>самочувствие</p> <p>улучшилось. Цель достигнута.</p>
--	--	--	--	--	--	---

Дата 30.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Карта сестринского ухода по настоящей проблеме: головокружение.

Таблица

2.6

Дата	Сестринский диагноз	Цели		Планирование и сестринские вмешательства		Полученный результат и его оценка
		краткосрочные	Долгосрочные	Независимые	зависимые	
20.04.22	Головокружение.	Головокружение у пациента	К моменту выписки	1.Оценить тяжесть состояния и решить вопрос об оказании помощи;	Своевременно выполнять назначения	Отмечается улучшение после приёма
21.04.22	Головокружение.	пройдет через 3 дня.	головакружение не будет	2.Обеспечить возвышенное положение в постели;	врача.	

22.04.22	Головокружение.		беспокоить пациента.	3. Обеспечить поступление свежего воздуха в помещение;	Кортексин по 11 мг 1 раз в день	лекарственных средств.
23.04.22	Головокружение.			4. Контролировать показатели гемодинамики;	Актовегин 20 %.	
24.04.22	Головокружение.			5. Убедить пациента соблюдать режим и диету, предписанную врачом;	По 5 мл в\в на 5% р-ре глюкозы 1 раз в день.	
25.04.22	Головокружение.			6. Провести беседу, о целесообразности отказа от вредных привычек;		
26.04.22				7. Поддерживать и поощрять усилия пациента по изменению характера питания и режима.		
27.04.22				8. Создать полный психический и физический покой.		
28.04.22				9. Применить приемы словесного внушения и отвлечения для снижения интенсивности боли.		
29.04.22				10. Обеспечить наблюдение за больным, осуществляя контроль за АД, ЧДД, пульсом, температурой тела.		
30.04.22						

				<p>11.Строгое обеспечение предписанного двигательного режима Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 3 при склонности к запорам.</p> <p>12.Убедить пациента в необходимости отказа от курения и приема алкоголя.</p> <p>13.Обеспечить контроль за: передачами пациенту родственниками и близкими;</p> <ul style="list-style-type: none"> - физиологическими отправлениями пациента (частотой стула); - массой тела; - соблюдением пациентом диеты и режима питания; - приемом лекарственных препаратов. 		<p>Головокружение не беспокоит пациента, самочувствие улучшилось.</p> <p>Цель достигнута.</p>
--	--	--	--	---	--	---

Дата 30.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Карта сестринского ухода по настоящей проблеме: тугоподвижность в шейном отделе.

Таблица 2.7

Дата	Сестринский диагноз	Цели		Планирование и сестринские вмешательства		Полученный результат и его оценка
		краткосрочные	долгосрочные	Независимые	зависимые	
20.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.	Тугоподвижность в шейном отделе. Уйдет через 3 дня	К моменту выписки патология не будут беспокоить пациента.	1.Оценить тяжесть состояния и решить вопрос об оказании помощи; 2.Обеспечить возвышенное положение в постели; 3. Обеспечить поступление свежего воздуха в помещение; 4. Контролировать показатели гемодинамики; 5.Убедить пациента соблюдать режим и диету, предписанную врачом; 6.Провести беседу, о целесообразности отказа от вредных привычек; 7. Поддерживать и поощрять усилия	Своевременно выполнять назначения врача. Мидокалм 50 мг.По 1 тб 2 раза в день. Комбилепен 2 мл 1 раз в день в\м.	Отмечается улучшение после приёма лекарственных средств.
21.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.					
22.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.					
23.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.					
24.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.					
25.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.					

26.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.			пациента по изменению характера питания и режима.		средств.
27.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.			8.Создать полный психический и физический покой.		
28.04.22	Тугоподвижность в шейном отделе.			9.Применить приемы словесного внушения и отвлечения для снижения интенсивности боли.		Отмечается улучшение после приёма лекарственных средств.
29.04.22 30.04.22				10.Обеспечить наблюдение за больным, осуществляя контроль за АД, ЧДД, пульсом, температурой тела.		
				11.Строгое обеспечение предписанного двигательного режима		Отмечается улучшение после приёма лекарственных средств.
				Провести беседу с пациентом и его близкими о необходимости строго соблюдать режим питания и диету № 3 при склонности к запорам.		
				12.Убедить пациента в необходимости отказа от курения и приема алкоголя.		
				13.Обеспечить контроль за: передачами пациенту родственниками и близкими;		

				<ul style="list-style-type: none"> - физиологическими отправлениями пациента (частотой стула); - массой тела; - соблюдением пациентом диеты и режима питания; - приемом лекарственных препаратов. 		<p>Тугоподвижность больше не беспокоит пациента. Цель достигнута.</p>
--	--	--	--	---	--	---

Дата 30.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Карта сестринского ухода по настоящей проблеме: дефицит знаний о заболевании.

Таблица 2.8

Дата	Сестринский диагноз	Цели		Планирование и сестринские вмешательства		Полученный результат и его оценка
		краткосрочные	долгосрочные	независимые	зависимые	
20.04.22	Дефицит знаний о заболевании	Восполнить дефицит знаний	К моменту выписки	-провести беседу с родственниками и пациентом о	-Своевременно выполнять	Отмечается улучшение.

21.04.22		о заболевании в течение 3 дней.	дефицит знаний будет восполнен.	важности соблюдения назначенной диеты; -провести беседу с родственниками и пациентом о необходимости вести здоровый образ жизни; -обеспечить пациента брошюрами, памятками и журналами, связанными с заболеванием. - познакомить больного с другими пациентами, страдающими этим заболеванием. - обеспечить досуг пациента. - провести беседу с пациентом и его родственниками о заболевании и необходимости лечения.	назначения врача.	
22.04.22						
23.04.22						
25.04.22						
						Цель достигнута. Дефицит знаний о заболевании восполнен.

Дата 25.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Карта сестринского ухода по потенциальной проблеме: риск развития вегето - сосудистой дистонии.

Таблица

2.9

Дата	Сестринский диагноз	Цели		Планирование и сестринские вмешательства		Полученный результат и его оценка
		Краткосрочные	долгосрочные	независимые	зависимые	
20.04.22	Риск развития вегето-сосудистой дистонии	Предупредить развитие вегето-сосудистой дистонии.	Вегето - сосудист ой дистонии не возникнет на протяжении всего времени пребывания больного в стационаре.	Медсестра обеспечит: - оценить тяжесть состояния и решить вопрос об оказании экстренной помощи; - обеспечить удобное положение; - лечебно - охранительны й режим; - физический и психический покой; - обеспечить	Своевременно выполнять назначения врача.	.
21.04.22						
22.04.22						
23.04.22						
24.04.22						
25.04.22						
26.04.22						
27.04.22						
28.04.22						
29.04.22						
30.04.22						

				<p>поступление свежего воздуха в помещение;</p> <ul style="list-style-type: none"> - контроль показателей гемодинамики, дыхания, состояния кожных покровов; - следить за питьевым режимом и режимом питания; - подсчитывать АД, ЧДД, пульс; - следить за передачами от родственников; - провести беседу с родственниками и пациентом о важности соблюдения назначенной диеты; - соблюдение правил асептики и антисептики; - провести беседу с родственниками и 		<p>За время нахождения пациента в стационаре, риск развития вегето-сосудистой дистонии не наблюдалось</p> <p>Цель достигнута.</p>
--	--	--	--	---	--	---

				пациентом о необходимости соблюдения личной гигиены; - провести беседу с родственниками и пациентом о необходимости вести здоровый образ жизни;		
--	--	--	--	---	--	--

Дата 30.04 2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Реализация плана общего ухода за пациентом Таблица 2.10

Наименование процедуры	Сколько раз в сутки											
		20.04	21.04	22.04	23.04	24.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
1. Соблюдение санитарно-противоэпидемического и гигиенического режимов:												
- контроль за соблюдением гигиены палаты	2	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++
- проветривание	4	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++
- кварцевание	4	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++	++++

2.Контроль за соблюдением личной гигиены пациента.													
- смена постельного белья	1	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	-
- смена нательного белья	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
- санитарная обработка	1	+	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- ванна	1	+	-	-	-	+	-	-	+	-	-	-	-
3. Контроль режима двигательной активности пациента, назначенного врачом.	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
4. Контроль режима дня пациента, назначенного врачом.	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
5. Контроль за соблюдением пациентом назначенной врачом диеты.	3	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++
6. Контроль за содержанием и хранением продуктовых передач для пациента.	1	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
7. Ежедневное наблюдение за состоянием пациента и ведение:													

- карты сестринского ухода	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
- дневника медицинской сестры	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Дата 30.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Дневник медицинской сестры

Таблица 2.11

Фамилия Х Возраст 35 лет палата 7

Наименование лекарства и лечебных процедур	Доза	Сколько раз	20.04	21.04	22.04	23.04	24.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
Кортексин	11 мг	1 раз в день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Но-шпа	40 мг	2 раза в день	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	Отмена
Диклофенак	75 мг	1 раз в день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Отмена

Актовегин	10мг	1 раз в день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Отмена
Мидокалм	50 мг	2 раз в день	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	Отмена
Комбилепен	75мг	1 раза в день	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	Отмена
Кетонал	50 мг	2 раза в день	++	++	++	++	++	++	++	++	++	++	Отмена

Дата 30.04.2022 Подпись медсестры: Гуляева Т.С.

Оценка применяемых средств.

Таблица 2.12

Название препарата (латинское)	Фармакологическая Группа	Фармакологическое действие	Кратность приема, доза	Способ введения	Побочные эффекты (симптомы) возможные и имеющиеся у больного
Диклофенак	НПВС	Воспалительные и дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата:	По 5 мл 1 раз в день	В/м	Со стороны крови и лимфатической системы: очень редко -

					тромбоцитопения, лейкопения, анемия (в т.ч. гемолитическая и апластическая анемия), агранулоцитоз. У пациента Х побочных действий препарата не наблюдалось.
Мидокалм	Миорелаксант центрального действия	Гипертонус и спазм поперечнополосатой мускулатуры, возникающие вследствие органических заболеваний центральной нервной системы (в т.ч. поражение пирамидных путей, рассеянный склероз, инсульт, миелопатия, энцефаломиелит), опорно-двигательного аппарата (в т.ч. спондилез, спондилоартроз, цервикальный и люмбальный	По 1 тб 2 раза в день	Перорально	Мышечная слабость, головная боль, артериальная гипотензия, тошнота, рвота, чувство дискомфорта в животе. Редко: аллергические реакции (кожная сыпь, в т.ч.

		синдромы, артрозы крупных суставов).			эритематозная, крапивница, кожный зуд, ангионевротический отек, анафилактический шок, одышка). У пациента X побочных действий препарата не наблюдалось
Но-шпа	Спазмолитический препарат миотропного действия	Дротаверин представляет собой производное изохинолина, которое проявляет мощное спазмолитическое действие на гладкую мускулатуру за счет ингибирования фермента фосфодиэстеразы (ФДЭ).	40 мг 1р день	Внутримышечно	Снижение АД, учащение сердцебиения, бессонница, головная боль. головокружение; запор, тошнота, реакции гиперчувствительности. У пациента X

					побочных действий препарата не наблюдалось
Кортексин	Ноотропное действие	ноотропное, нейропротекторное, антиоксидантное, тканеспецифическое.	По 1 флакону 1 раз в день	В/в	Понижение АД. У пациента Х побочных действий препарата не наблюдалось
Актовегин	Ноотропное действие	Снижает венозостаз, растяжимость вен и проницаемость капилляров, повышает тонус венозных стенок, улучшает микроциркуляцию и лимфатический дренаж. Повышает способность капилляров сохранять целостность стенок при механическом воздействии.	По 5 мл 1 раз в день	В/в	Диспепсическими расстройствами (тошнотой, диареей и т.д.), иногда возможны нейровегетативные нарушения (недомогание, головная боль, головокружение и т.д.) и нарушения со стороны подкожной клетчатки и кожи

					(крапивницы, высыпания на коже, зуд) У пациента X побочных действий препарата не наблюдалось
Комбилепен	Поливитаминовый	<i>В</i> комплексной терапии моно- и полинейропатий различного генеза: - дорсалгии; - плексопатий; - люмбоишиалгии; - корешкового синдрома, вызванного дегенеративными изменениями позвоночника. восполняющее дефицит витаминов группы В.	По 2 мл 1 раз в день	В\м	Со стороны иммунной системы: редко — аллергические реакции. <i>Со стороны нервной системы:</i> частота неизвестна, головок ружение, спутанность сознания. У пациента X побочных действий препарата не

					наблюдалось
Кетонал	НПВС	Обладает противовоспалительным, анальгезирующим и жаропонижающим действием.	По 2 мл в/м 2 раза в день	В\м	нарушения со стороны системы кроветворения и лимфатической системы редко: геморрагическая анемия; частота неизвестна: агранулоцитоз, тромбоцитопения, нарушение функции костного мозга. Нарушения со стороны иммунной системы частота неизвестна: анафилактические реакции (включая анафилактический шок). У пациента X

					побочных действий препарата не наблюдалось
--	--	--	--	--	--

2.4 Выводы в соответствии с полученными результатами по программе сестринских вмешательств у пациента с шейным остеохондрозом.

В ходе прохождения преддипломной практики была дана характеристика ГБУЗ НО «БСМП», проведена курация пациента Х.

При поступлении в стационар пациенту было проведено субъективное, объективное и дополнительное обследование, выявлены настоящие (головная боль, головокружение, тугоподвижность в шейном отделе, дефицит знаний о заболевании) и потенциальные проблемы (риск развития вегето-сосудистой дистонии). Для решения выявленных проблем была составлена и реализована программа сестринских вмешательств.

На фоне проведённого лечения и правильно организованного сестринского ухода удалось предупредить развитие ВСД, полностью улучшить состояние пациента, а также восполнить дефицит знаний о заболевании. После обучения пациента ему вручена памятка, для повторения изученной информации.

Пациент Х выписан из стационара с полным отсутствием всех жалоб.

Заключение

В настоящее время проблема лечения пациентов с шейным остеохондрозом является актуальной. Это связано с преимущественным возникновением заболеваний в работоспособном возрасте, частой инвалидизацией пациента.

Основным фактором, вызывающим развитие остеохондроза шейного отдела является хроническое эмоциональное напряжение, давление по межпозвоночные диски и нарушения метаболизма. Симптомы остеохондроза выражаются в наличии постоянных болей ноющего характера, локализующихся в поражённом отделе позвоночника. Нередко их спутником становится ощущение тяжести в голове и онемения верхних конечностей. Основными причинами снижения качества жизни у больных с остеохондрозом являются разного рода ограничения, прежде всего в физической и повседневной активности, трудоспособности. «В общем, качество жизни следует понимать как удовлетворенность индивида в физическом, социальном, психологическом и духовном плане. То есть условно благополучие во всех сферах жизнедеятельности, оцениваемое индивидом по совокупности своих субъективных переживаний, а, следовательно, не всегда отражающее его состояние по объективным критериям (наличие патологических симптомов, уровню дохода и др.), но в определённой мере зависящее от них».

В результате исследовательской работы были выполнены все поставленные задачи:

1. Изучены существующие литературные источники по проблеме качества жизни пациентов с данным заболеванием.
2. Изучена субъективная картина болезни, отношение к заболеванию и лечению у пациентов, страдающих остеохондрозом.

3. Изучено влияние социально-демографических факторов на эмоциональное состояние больных с шейным остеохондрозом и качество жизни.

4. Изучены психологические особенности больных с остеохондрозом

5. Даны рекомендации пациентам с остеохондрозом для повышения качества жизни.

Все задачи были выполнены, цель ВКР достигнута.

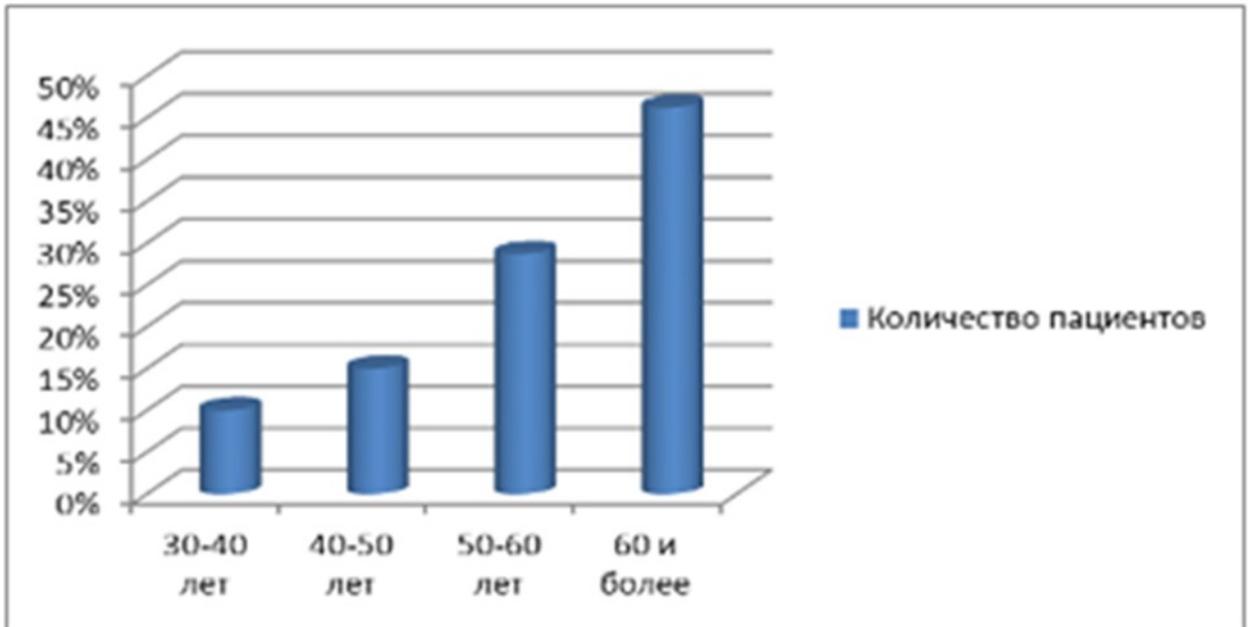
Список использованной литературы.

1. Акимов Г.А., Филимонов Н.А., Кранов М.Л. и др. Клинические синдромы шейного остеохондроза и его лечение / Военно-медицинский журнал. – 2017. – С.13-16.
2. Антонов И.П. Шейный остеохондроз: клиника, лечение и профилактика // Здоровоохранение Беларуси. – М.: Антидор, 2000. – 568 с.
3. Белая Н.А. Лечебный массаж. – М.: Советский спорт, 2001. - 300 с. 3.
4. Белоусова Т.П. Коррекция позвоночника. – Запорожье, 2016. – 184 с.
5. Блаженков, В. В. Маски остеохондроза / В.В. Блаженков. - М.: ТриадаХ, 2012. - 208 с.
6. Богачева Л.А. Современное состояние проблемы болей в спине (по материалам 8-го Всемирного конгресса, посвященного боли) // Неврологический журнал. – 2017– №.4. – С. 59–62.
7. Богачева Л.А., Ушаков Г.Н., Вахлаков А.Н. Амбулаторное лечение болей в спине. Сообщение I и II // Неврологический журнал. – 2018. – № 3. – С. 39–45.
8. Брегг П.С. Программа по оздоровлению позвоночника / Пер. с англ. – М.: Медицина, 2012. – 112 с.
9. Вейн А.М., Власов Н.А. Патогенез вегетативных нарушений при остеохондрозе позвоночника. В кн.: Проблемы патологии позвоночника. – М., 2012. – С. 56–63.
10. Веселовский В.П., Строков Е.С. Применение массажа в клинике вертеброгенных заболеваний нервной системы. – СПб.: СфераМ 2008. – 256 с.
11. Веселовский В.П. Практическая вертеброневрология и мануальная терапия. – Рига, 2011. – 425 с.

12. Гершбург, М. И. Кинезотерапия от боли в спине. Курс лечебной гимнастики для профилактики и лечения остеохондроза позвоночника / М.И. Гершбург, Г.А. Кузнецова. - М.: Эксмо, 2012. - 192 с. 56
13. Горяная Г.А. Избавьтесь от остеохондроза. – 2–е изд., доп. – К.: Лыбидь, 2014. – 78 с.
14. Григорьев, В. Ю. Жизнь без боли в спине. Лечение сколиоза, остеопороза, остеохондроза, межпозвонковой грыжи без операции / В.Ю. Григорьев. - М.: Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Белгород, Книжный клуб "Клуб семейного досуга". Харьков, 2015. - 384 с.
15. Девятова М.В. Лечебная физическая культура при остеохондрозе позвоночника и заболеваниях периферической нервной системы. – СПб.: Медицина, 2013. – 144 с.
16. Девятова М.В. Нет остеохондрозу. – СПб.: Комплект, 2018. – 144 с.
17. Демиденко Т.Д., Ермакова Н.Г. Основы реабилитации неврологических больных. – СПб: ООО «Изд-во ФОЛИАНТ», 2014. – 304 с.
18. Долженков А.В. Здоровье вашего позвоночника. – СПб.: Питер, 2010. – 192 с.
19. Дривотинов Б.В. Физическая реабилитация при неврологических проявлениях остеохондроза позвоночника: учеб. пособие. – Мн.: БГУФК, 2015. – 211 с.
20. Епифанов В.А. Лечебная физическая культура и массаж. – М.: ГЕОТАР – МЕД.2012. – 558с.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1 Рисунок 1 Статистика распространения заболевания.



Приложение 2 Рисунок 2 Этиология шейного остеохондроза.

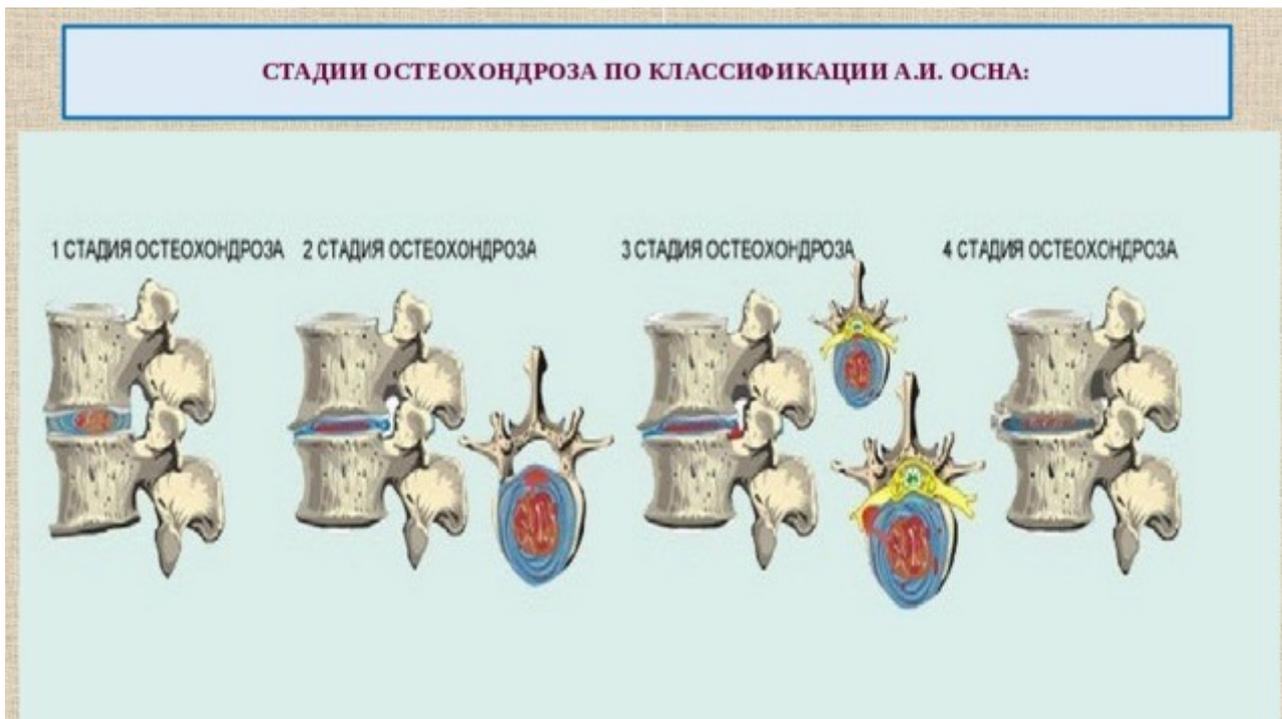
ЭТИОЛОГИЯ ОСТЕОХОНДРОЗА

- Микротравмы межпозвоночных дисков (поднятие тяжестей в наклоне, прыжки с высоты, длительно вынужденные позы(хирурги во время операции), вибрация)
- Переохлаждение
- Рефлекторные влияния из близлежащих больных органов
- Травмы позвоночника, в том числе спинно-мозговые пункции и эпидуральные анестезии
- ВОЗРАСТНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ

The figure contains several anatomical diagrams. At the top, two diagrams (a and б) show a vertebra from an external perspective. Diagram (a) shows a young person's vertebra with a clear intervertebral disc space. Diagram (б) shows an elderly person's vertebra with a significantly narrowed disc space and osteophyte growths (osteochondroses) on the vertebral bodies. Labels in Russian identify the 'intervertebral foramen', 'intervertebral disc', and 'intervertebral joint'. Below these are two diagrams of human posture: (a) shows a young person with a straight spine, and (б) shows an elderly person with a pronounced kyphotic curvature of the spine.

Рис. 19. Внешний вид тела позвонка у молодого (а) и пожилого (б) человека и результат возрастных изменений (в).

Приложение 3 Рисунок 3 Классификация.



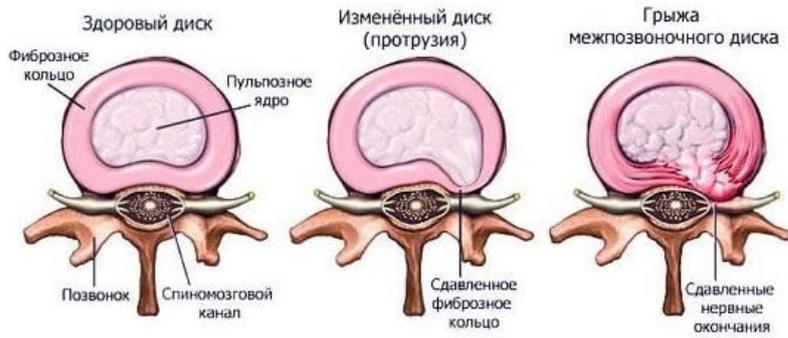
Приложение 4 Рисунок 4 Клиника

Клинические проявления при шейном остеохондрозе

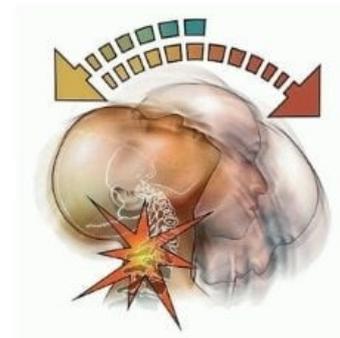


- Цервикалгия.
- Корешковый синдром
- Синдром плече-лопаточного периартрита
- Вертебробазилярный синдром
- Нередко эти признаки сочетаются с болями в руке или области сердца.
- Головные боли, головокружение.

Приложение 5 Рисунок 5 Осложнения



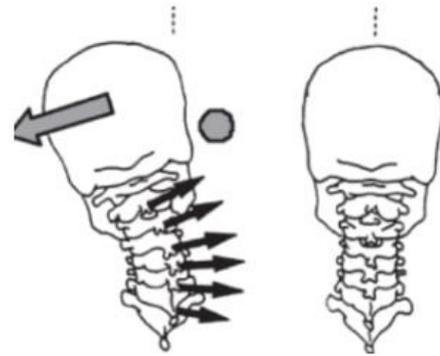
Протрузия и грыжа диска



Травмирование шеи



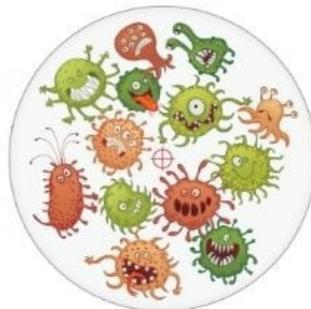
Заболевания позвоночника



Шейный сколиоз



Переохлаждение



Инфекции



Неудобные позы



Миозит

Приложение 6 Таблица 1 Лечение хондопротекторами.

Активные ингредиенты препаратов с хондопротекторной активностью для лечения шейного остеохондроза	Наименование лекарственных средств и биологически активных добавок
Глюкозамина сульфат или гидрохлорид	<u>Дона</u> , Артро Фокс, Глюкозамин-Максимум
Хондроитина сульфат	Хондрогард, Мукосат, <u>Хондроксид</u> , Структум
<u>Глюкозамин и хондроитин</u>	<u>Терафлекс</u> , Артра, Формула-С, <u>Глюкозамин-Хондроитин комплекс</u>
Компоненты растительного или животного происхождения	Пиаскледин, <u>Алфлутоп</u> , Румалон

Приложение 7 Рисунок 6 Профилактика

**ШЕЙНЫЙ ОСТЕОХОНДРОЗ
ОСНОВНЫЕ СИМПТОМЫ
ПРОФИЛАКТИКА**



Температурный лист

№ карты.....X.....

№ палаты.....X.....

ФИО пациента...X.....

Дата			20.04	21.04	22.04	23.04	24.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04										
День болезни			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
День пребывания в стационаре			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11										
П	АД	T ⁰	у		в		У		В		у		в		У		В		у		в		
			140	200	41																		
120	175	40																					
100	150	39																					
90	125	38																					
80	100	37																					
70	75	36																					
60	50	35																					
Дыхание			18	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18										
Вес			70	69	68	67,5	68	68	69	70	70	70	70										
Выпито жидкости			1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000										
Сут кол-во мочи			700	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700										
Стул			+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	+	-	
Ванна			+	-	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-

Приложение 9 – Лист динамического наблюдения

Дни наблюдения/дата	20.04	21.04	22.04	23.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
Диета (стол №)	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Кормление: Самостоятельное Требует помощи Искусственное	Сам	сам	Сам	Сам	сам	сам	сам	Сам	сам	сам
Режим: Строгий пост. Постельный П/пост. Палатный Свободный	Пост.	Пост.	Палат.							
Сознание: Ясное (Я) Спутанное (С)	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное	Ясное

Отсутствует (О)										
Положение: Активное Пассивное Вынужденное	Пассив	Пассив	Актив							

Дни наблюдения/дата	20.04	21.04	22.04	23.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
Двигательная активность: Самост. Требует помощи	Самост									
Настроение N	N	N	N	N	N	N	N	N	N	N
Сон: Нормальный	Наруш	Наруш	Норм							

Нарушенный										
Аппетит: Нормальный Нарушенный	Наруш	Норм								
Т тела °С	36,8	36,7	36,6	36,6	36,6	36,6	36,6	36,6	36,6	36,6
Дыхание: ЧДД Одышка Удушье	18	18	18	18	18	18	18	18	18	18
А/Д мм.рт.ст.	135/75	140/80	140/80	130/70	125/75	125/70	120/70	120/70	120/70	120/70
Пульс Уд. в 1 мин	74	78	78	76	72	72	70	70	70	70

Дни наблюдения/дата	20.04	21.04	22.04	23.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
Отеки	Нет									

(локализация)										
Кожа:	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух	Сух
Сухая	Бледная	бледная	бледная	Физиол.ок раска						
Влажная										
Цвет										
Сыпь										
Кашель:	Нет	нет	Нет	Нет	нет	нет	нет	нет	нет	нет
Сухой										
С мокротой										
Стул:	Оф	оф	Оф	Оф	оф	оф	оф	Оф	оф	оф
Жидкий										
Оформленный										
Запор										
Диурез, мл	700	700	700	700	700	700	700	700	700	700
Количество выпитой жидкости, мл	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000	1000
Масса тела, кг	70	70	70	70	70	70	70	70	70	70

Дни наблюдения/дата	20.04	21.04	22.04	23.04	25.04	26.04	27.04	28.04	29.04	30.04
Купание:										
Душ										
Ванна	+	-	-	-	-	-	+	-	-	-
Частичное										
Смена белья:										
Нательное	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Постельное	+	-	-	-	-	+	-	-	-	-

30.04.2022 Медсестра: Гуляева Т. С.