

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ТАЗОБЕДРЕННОЙ ОБЛАСТИ

В.П. Бойков, проф., **А.В. Голенков**, проф.
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары
E-mail: golenkovav@inbox.ru

Описаны алгические синдромы тазобедренной области, которые встречаются в практике медсестры. Приводятся основные дифференциальные критерии перелома шейки бедра.

Ключевые слова: алгический синдром, тазобедренная область, медсестра, доврачебная помощь при переломах бедренной кости

Впервые возникший острый болевой синдром в зоне тазобедренного сустава и шейчно-вертельной области бедра в абсолютном большинстве случаев характерен для пожилых людей, особенно для женщин после 55 лет. К острому болевому синдрому могут приводить разные причины, среди которых на 1-м месте – травма, вызывающая перелом (гораздо реже – ушиб) шейчно-вертельной области бедра [8]. На возраст до 50 лет приходится только 15% подобных случаев [1–2]. Это, с одной стороны, обусловлено большей длительностью жизни женщин, а с другой тем, что у них остеопороз более гормонально-зависим.

Оправдался самый пессимистический прогноз на начало XXI века (Грегори, 1992) – удвоение частоты

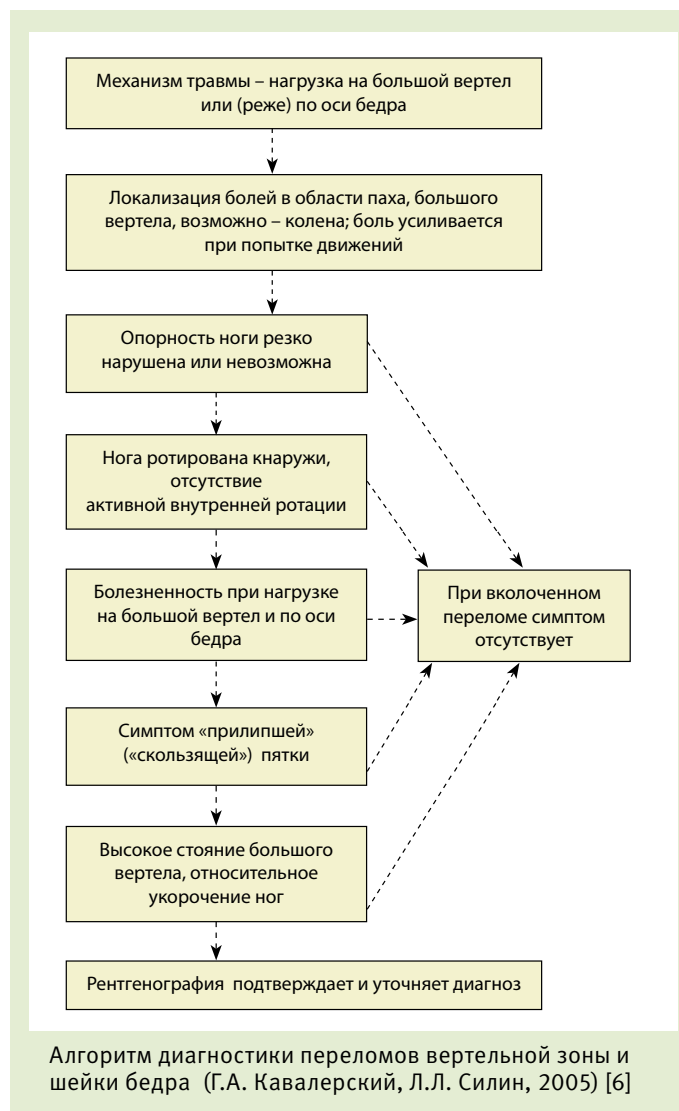
подобных травм. Согласно новому прогнозу, в 2050 г. их число на планете достигнет 6,3 млн [10], т.е. увеличится более чем в 3,5 раза (Насонова В.А., 2000). Эта закономерность подтверждается и в Чувашской Республике: за последние 15–20 лет число больных с переломами указанной локализации утроилось [9].

Гораздо реже встречаются боли вертеброневрологического характера (остеохондроз поясничного отдела позвоночника, межпозвонковая грыжа диска), еще реже – артралгии при коксартрозе, артрите или сакроилеите.

Особенно часто медсестра сталкивается с данной категорией больных при посещении на дому. Казалось бы, доклиническая диагностика в большинстве случаев не должна вызывать затруднений, учитывая анамнез. Однако на деле правильная доклиническая диагностика перелома является скорее исключением, поскольку недооценивается тяжесть травмирующей ситуации. Обычно больной просто падает на бок в домашних условиях с высоты собственного роста (часто – задев стопой за край ковра) [5, 9]; сам пострадавший, его родственники и нередко – средний медицинский работник считают, что такое падение способно вызвать только ушиб. Кроме того, для данного

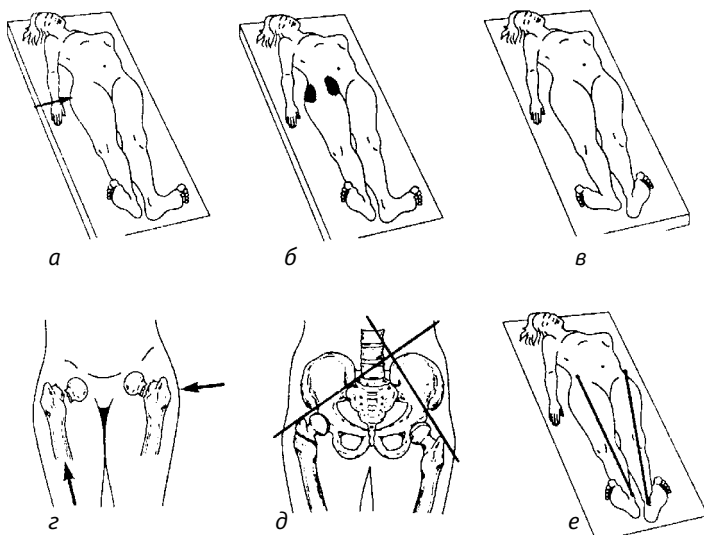
контингента характерны когнитивные нарушения, из-за чего некоторые пациенты не могут адекватно описать произошедшее и сам факт травмы становится неясным. В результате обычно больных госпитализируют поздно, через несколько дней или даже недель, ослабленными, нередко – с уже имеющимися осложнениями в виде пролежней, контрактур, застойных пневмоний, что негативно сказывается на исходе, так как большинство пациентов подлежат оперативному лечению [6]. Более того, больные могут получать лечение на дому как от медицинских работников, так и от так называемых целителей, тогда зона перелома нередко подвергается дополнительной травматизации. В подобных случаях больным требуется более длительный уход и особое внимание медсестры в стационаре и затем – на дому [4].

Анализ данных литературы свидетельствует о недостатке внимания к проблеме острого болевого синдрома в зоне тазобедренного сустава и шейно-вертельной области бедра. В учебном пособии по сестринскому делу в травматологии [3] описаны особенности ухода при переломах конечностей, приведены правила наложения гипса, скелетного вытяжения, но данных о клинической картине переломов шейно-вертельной области мало. В работах Л.Ф. Ивановой, Г.Ф. Егоровой (2006), Н.В. Барыкиной, О.В. Черновой (2008) данный раздел также освещен недостаточно. В приказе от 17.04.2002 г. № 123 (отраслевой стандарт РФ, по профилактике пролежней) отражен уход за пациентом с риском развития пролежней и акцентированы лечение и реабилитация при переломах шейно-вертельной области. В своей предыдущей работе [4] мы описали наблюдение и уход в рамках сестринского процесса за больными с переломами шейки бед-



Особенности клиники различных форм алгического синдрома, их диагностика и алгоритм действия медсестры

Показатель	Перелом шейки и вертельной области бедра	Ушиб вертельной области и тазобедренного сустава	Остеохондроз поясничного отдела позвоночника
Характер боли	В первые дни – сильные в месте перелома, стихают только через 2-3 нед, но полностью не проходят	Умеренные боли в зоне ушиба, проходят в течение 5-6 дней	Сильные боли в пояснице, по задней поверхности ягодицы, бедра, голени; проходят постепенно, в течение 10-14 дней
Иррадиация	Нет	Нет	Есть, чаще – вниз по ноге
Гематома	Есть	Чаще нет, только небольшая припухлость	Нет
Положение пациента и конечности	Вынужденное лежания на спине, конечность укорочена, стопа ротирована кнаружи	Может ходить с небольшой хромотой	Вынужденное на спине, на боку или на животе, укорочения и ротации конечности нет
Функциональный исход (в домашних условиях)	Неблагоприятный, ходьба невозможна	Благоприятный, выздоровление через 7-10 дней	Благоприятный, клиническое выздоровление через 2-4 нед
Осложнения	Часто – застойная пневмония, пролежни, иногда травматический психоз	Нет	Редко – недержание мочи, пролежни
Алгоритм действий медсестры	Вызов бригады скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологическое отделение	Советы по уходу: местно – холод в первые сутки, сухое тепло с 3-х суток, мазевые растирания (кроме паховой области!) с 4-5 сут.	Обезболивающие и противовоспалительные в таблетированной форме или в порошках, покой. При отсутствии эффекта в течение 2-3 сут – госпитализация в неврологический стационар



Симптомы медиальных и латеральных переломов проксимального отдела бедра: а – механизм травмы: нагрузка на большой вертел; б – локализация болей в паху и в области большого вертела; в – нога ротирована кнаружи; г – болезненность при нагрузке по оси бедра и на большой вертел; д – линия Шумахера на стороне перелома проходит ниже пупка; е – относительное укорочение ноги на 2–3 см (Г.А. Кавалерский, Л.Л. Силин, 2005) [6]

ренной кости. Сестринская диагностика затрагивала стационарный этап помощи. При этом недостаточно освещенными оказались вопросы клиники острого периода, доврачебной диагностики и лечения болевого синдрома тазобедренной области.

Здесь мы поставили перед собой следующие цели: разработать критерии доврачебной диагностики острого болевого синдрома в зоне тазобедренного сустава и шейчно-вертельной области бедра; описать особенности клиники разных форм данного алгического синдрома; провести сестринскую дифференциальную диагностику у этих больных; разработать этапный план действий медсестры на догоспитальном этапе.

В таблице указаны основные дифференциальные критерии острого алгического синдрома тазобедренной области и алгоритм действий медсестры. Данных о наличии или отсутствии травмы, хотя это и является определяющим, в таблице нет, поскольку многие пациенты являются лицами пожилого возраста с когнитивными нарушениями и не могут дать адекватной информации. Однако медсестра должна обязательно стараться собрать анамнез возникновения болевого синдрома, опрашивая не только пациента, но и ухаживающих лиц, родственников и т.д.

Следует также иметь в виду, что при редко встречающихся вколоченных переломах шейки бедра клиническая картина напоминает таковую при ушибе (см. схему). Однако небольшие боли сохраняются и после 7–10 дней, вплоть до «расколачивания» перелома, которое наступает в среднем через 2 нед, когда усиливаются боли, укорачивается и ротируется кнаружи нога, пациент не может ходить. Поэтому обязателен повторный осмотр на дому через 7–10 дней, и

при сохраняющихся болях необходима госпитализация (см. рисунок).

Для острого болевого синдрома вертеброневрологического характера (пролапс, грыжа диска с корешковым синдромом), требующего госпитализации, характерен более молодой возраст (40–50 лет). В этих случаях нет нарушений памяти и интеллекта, поэтому отсутствие в анамнезе травмы значительно облегчает сестринскую диагностику. Внезапные обострения хронических заболеваний тазобедренного и крестцово-подвздошного суставов (коксоартроз, ревматоидный полиартрит, болезнь Бехтерева, сакроилеит) очень редки и составляют, скорее, исключение в общей палитре острых алгических синдромов тазобедренной области.

Таким образом, медсестре необходимо усвоить и помнить, что алгические синдромы тазобедренной области встречаются довольно часто, что связано с глобальным процессом старения населения. В основном страдают ими люди пожилого и старческого возраста. В структуре алгических синдромов преобладают переломы шейчно-вертельной области, произошедшие чаще в домашних условиях от незначительной травмы (падение на бок с высоты собственного роста). Это, с одной стороны, затрудняет процесс сестринской диагностики, особенно если учесть частое наличие когнитивных нарушений у больных, а с другой – драматизирует ситуацию из-за неизбежного развития тяжелых осложнений, вызванных обездвиживанием, если пострадавшие остались дома. Очевидно, что при малейшем сомнении в диагнозе, предпочтительна гипердиагностика с экстренным направлением пациента в дежурный травматологический стационар.

Признаки перелома шейки бедра или переломов в этой области [6–8]

1. **Боль, которая концентрируется в паху.** Пострадавший жалуется на болезненность, деформацию и припухлость в области перелома. При попытке движения в больной ноге боль в месте перелома усиливается; это отмечается и при легком поколачивании по пятке больной ноги.

2. **Наружная ротация (неестественное положение поврежденной конечности).** Сломанная нога немного поворачивается кнаружи, что можно заметить по стопе.

3. **Относительное укорочение сломанной ноги примерно на 2–4 см.** Если ноги аккуратно выпрямить, одна нога всегда будет немного короче.

4. **«Прилипшая» пятка.** Пострадавший не может держать на весу выпрямленную ногу, пятка все время скользит по поверхности кровати, хотя другие движения в конечности возможны.

Первая медицинская помощь при переломе бедренной кости [6]

На догоспитальном этапе, если нет шокового состояния, от местной анестезии следует отказаться из-за недостаточно стерильных условий и, как правило, невыраженного болевого синдрома (либо надо

дать обезболивающий препарат в таблетированной форме). Остановить кровотечение, если оно возникло. Далее необходимо шинировать нижнюю конечность, обязательно добиться обездвиживания всех 3 крупных суставов — тазобедренного, коленного и голеностопного любыми подручными средствами (доской, длинными ветками и т.д.). Длинную шину накладывают по всей наружной поверхности тела поврежденной стороны — от ступни до подмышечной впадины, прибинтовать ее. В крайнем случае прибинтовывают поврежденную ногу к здоровой. При этом между коленями и лодыжками прокладывают мягкую ткань (включая одежду). Пострадавшего транспортируют в лежачем положении на носилках.

Литература

1. Азизов М.Ж., Алибеков М.М., Валиев Э.Ю. К вопросу о лечении вертельных переломов бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2000; 3: 56–59.
2. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии. – Ростов н/Д, 2008. – 460 с.
3. Балакшин Н.Н., Блинов С.А., Бурухина Е.И., Владимиров С.А. Сестринское дело в травматологии. – Ростов н/Д, 2006. – 320 с.
4. Бойков В.П., Лихутина О.Г., Голенков А.В. Наблюдение и уход за больными с переломами шейки бедренной кости // Мед. сестра. – 2009; 5: 3–6.
5. Бойков В.П., Меркулова Л.М., Лобов Л.Л. Малоинвазивный чрескожный способ остеосинтеза перело-

мов шеечно-вертельной области // Материалы Российской науч.-практич. конф. – Тула, 2003. – С. 89–90.

6. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л., Донченко С.В. и др. Дифференцированный подход к лечению переломов шейки бедренной кости у больных пожилого и старческого возраста // Мед. помощь. – 2005; 1: 27–30.

7. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л. Переломы бедра // Травматология и ортопедия: учебник для студ. высш. учеб. заведений /Под ред. Г.М. Кавалерского. – М.: Академия, 2005. – С. 309–326.

8. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травмы и заболевания нижней конечности. – М.: Гиппократ, 2006. – Т.3. – 1054 с.

9. Лобов Л.Л. Малоинвазивный способ остеосинтеза вертельных переломов бедренной кости. Автореф.... дис. канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2004. – 19 с.

10. Рубленик И.М. и др. Биологический остеосинтез при переломах вертельной области бедренной кости // Вестн. травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2003; 1: 38–41.

PAINFUL SYNDROME AT DAMAGES AND DISEASES OF COXOFEMORAL AREA

V.P.Bojkov, prof., A.V.Golenkov, prof.

The Chuvash state university of I.N.Ulyanov, Cheboksary

Painful syndromes of coxofemoral area which meet in practice of nurse are described.

Key words: *algid syndrome, the nurse, the pre-medical help at femur crises.*