

Оборудование



При проведении процедуры медсестры должны руководствоваться протоколом лечебного учреждения

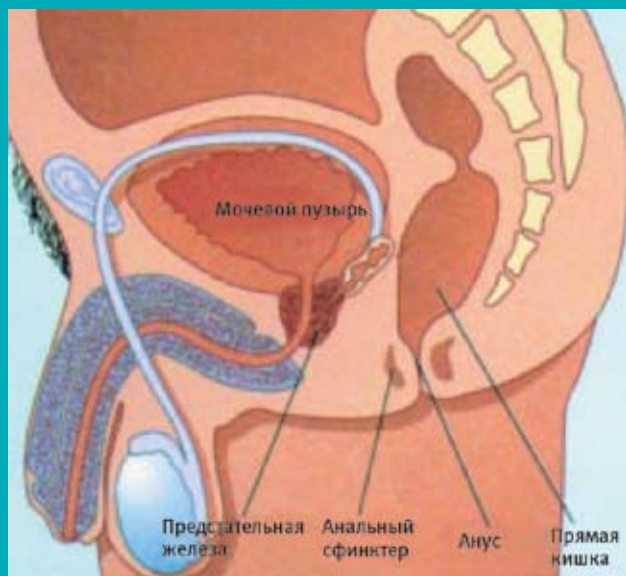
Ректальное пальцевое обследование проводится для:

- оценки функции анального сфинктера, его тонуса и чувствительности;
- выявления наличия каловых масс, их количества и консистенции;
- стимуляции дефекации у пациентов, страдающих запорами с фекальной обструкцией прямой кишки;
- выявления необходимости в ректальном введении медикаментов и для оценки результатов такого лечения у пациентов, не способных общаться, или у лиц со сниженной чувствительностью

Меры предосторожности необходимы в случаях:

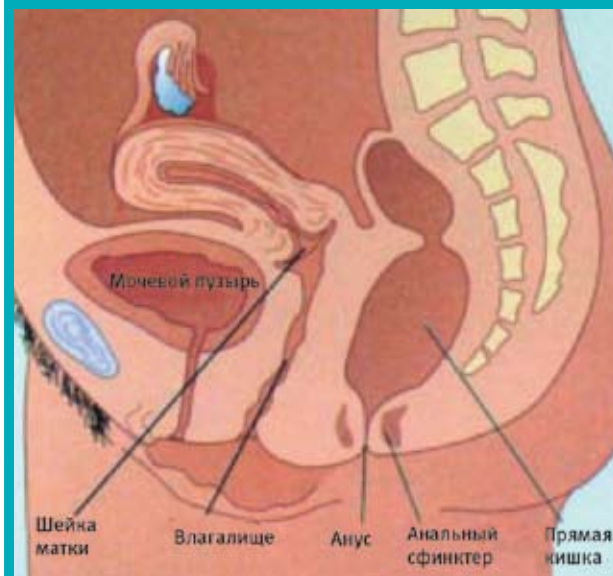
- острого воспалительного процесса в кишечнике;
- предшествовавшей лучевой терапии;
- болезненности при дефекации в области прямой кишки/ануса;
- предшествовавшего хирургического вмешательства или травмы в области прямой кишки/ануса;
- кишечного кровотечения, истончения тканей в области прямой кишки;
- изнасилования в анамнезе;
- спинальной неврологической симптоматики;
- аллергии на латекс

Анатомия (мужчина)



Поперечный разрез мужского таза

Анатомия (женщина)



Поперечный разрез женского таза

Разъяснение процедуры

Для получения согласия разъясните ход процедуры. Документируйте информированное согласие в соответствии с местными правилами

Подготовка

Застелите кушетку и предложите одеяло, обеспечьте уединенность. Попросите пациента раздеться ниже пояса для проведения обследования. Помогите ему принять положение на левом боку с согнутыми коленями

Мытье рук

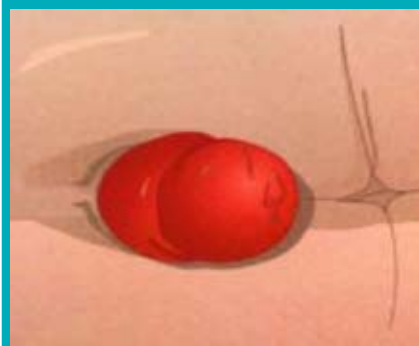
Вымойте и высушите руки, наденьте одноразовые перчатки

Обследование перианальной области: (а)

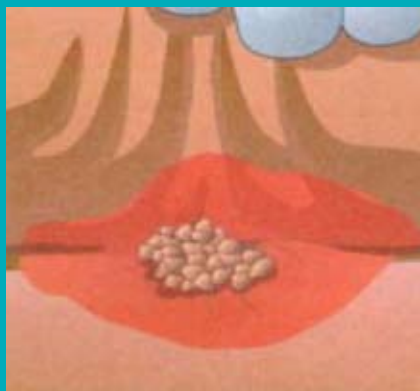
Обследуйте перианальную область на предмет болезненности / поврежденной кожи (признаки недержания кала или зуда). Выбухание может указывать на скопление каловых масс или абсцесс, а выделения, слизь, кровотечение, мелена – на злокачественные новообразования

(б)

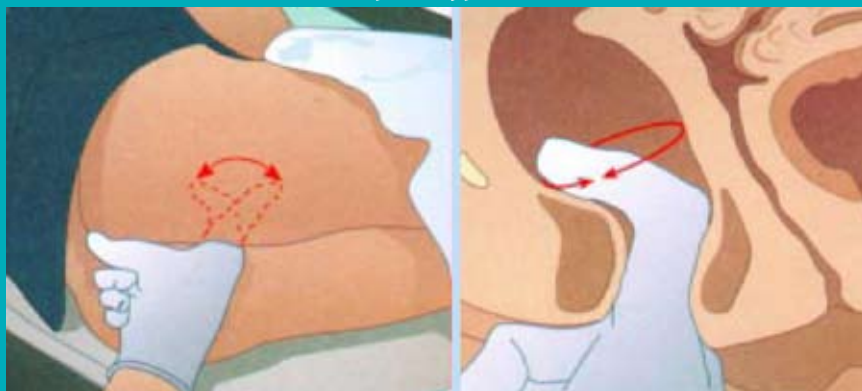
Обследуйте на предмет геморроя, признаком которого являются вздутые вены под слизистым слоем прямой кишки. Геморрой может быть наружным или внутренним. Беременность, хронические запоры и напряжение при дефекации – самые частые причины геморроя

(в)

Осмотрите на предмет ректального пролапса, оцените его степень, цвет, отечность и изъязвления. Ректальный пролапс возникает при ослаблении внутреннего сфинктера

(г)

При осмотре перианальной области могут быть выявлены небольшие образования в виде наростов, вызванных вирусами, а также острицы

Процедура

Увлажните указательный палец в перчатке при помощи геля (жидкий вазелин) и предупредите пациента о начале процедуры, затем введите палец в прямую кишку

БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ГОЛЕНОСТОПНОГО СУСТАВА И СТОПЫ

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

Описаны алгические синдромы при повреждениях и заболеваниях голеностопного сустава и стопы, которые встречаются в практике медсестры. Дан алгоритм доврачебной помощи и причины ухода за такими больными.

Ключевые слова: медсестра, болевой синдром, голеностопный сустав, стопа, доврачебная помощь.

Боль в голеностопном суставе и стопе ноги – симптом, занимающий по распространенности 2-е место после боли в области тазобедренного сустава [4]. Он может сопровождать огромное число различных повреждений и заболеваний. В нашей стране травматологи и ортопеды, занимающиеся этим вопросом, объединены в Русское общество хирургии стопы и голеностопного сустава (FFAS), что свидетельствует об актуальности проблемы, которой, однако, посвящено немного исследований [6]. В учебных пособиях по сестринскому делу имеется лишь упоминание о данной патологии [2, 3].

Чаще всего боли в голеностопном суставе бывают вызваны одной из двух причин: либо повреждением голеностопного сустава с последующим развитием де-

формирующего артроза, либо артритом [9]. Большое значение имеет правильная доклиническая диагностика в домашних условиях и оказание своевременной доврачебной помощи.

Весьма актуальны также выявление основных причин алгического синдрома области голеностопного сустава и стопы, разработка критериев доврачебной диагностики острого болевого синдрома, описание клиники разных форм алгического синдрома, проведение сестринской дифференциальной диагностики, разработка этапного плана действий медсестры на догоспитальном этапе.

Повреждения голеностопного сустава относятся к часто встречающимся (20–22%) травмам опорно-двигательного аппарата. Нередко они приводят к длительной утрате трудоспособности, а в ряде случаев – к инвалидизации пострадавших, причем порой – в молодом возрасте [5, 10]. В порядке убывания по частоте повреждения распределяются следующим образом: растяжение связок голеностопного сустава; переломы (наружной лодыжки, основания V плюсневой кости, обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости, фаланг пальцев стопы, плюсневых костей, пяточной кости); вывихи стопы. Причины травм – подвертывание стопы внутрь или наружу, падение с высоты на пятку, падение на стопу тяжелых предметов [8].

Таблица 1

Клинические симптомы в зависимости от вида повреждения

| Повреждения голеностопного сустава и стопы | Болевой синдром |
|---|--|
| Растяжение связок голеностопного сустава | Резкие боли в голеностопном суставе при подвертывании стопы внутрь, при пальпации под лодыжками |
| Перелом наружной лодыжки | При пальпации болезненность определяется не только ниже лодыжки, но и в области самой лодыжки |
| Перелом обеих лодыжек | Попытка движений в голеностопном суставе вызывает значительную боль; пальпация наружной и внутренней лодыжек выявляет боль в голеностопном суставе |
| Перелом пяточной кости | Встать на ногу больной не может из-за сильной боли в области пятки; нагрузка на пятку вызывает резкую боль |
| Перелом диафизов плюсневых костей | Отмечается резкая боль при нагрузке на передний отдел стопы и при пальпации |
| Вывих (переломовывих) в голеностопном суставе | Видимая деформация и сильная боль в области голеностопного сустава |

Выделим основные симптомы повреждения голеностопного сустава и стопы (табл. 1, 2, схема 1). Важно, чтобы медсестра не ограничивалась осмотром только поврежденной конечности. Вторая стопа также должна быть обнажена для сравнения с больной, иначе двусторонний отек стоп при некоторых заболеваниях может быть принят за травматический и т.д.

При растяжении связок голеностопного сустава быстро развиваются отек вследствие кровоизлияния (с внутренней или наружной стороны сустава), резкие боли в голеностопном суставе при супинации (подвертывание стопы внутрь). Пальпация под лодыжками

Особенности болевого синдрома при повреждениях голеностопного сустава и стопы, диагностика и алгоритм действий медсестры

| Признак | Перелом голеностопного сустава и суставов стопы | Ушиб и растяжение (или частичный или полный разрыв связок) | Артроз голеностопного сустава и суставов стопы |
|--|---|--|--|
| Характер боли | В первые дни – сильные в месте перелома, стихают только через 2–3 нед, но полностью не проходят | Умеренные боли в зоне травмы, проходят в течение 5–6 дней | Боли в суставе разной интенсивности, резко обостряются при начале ходьбы (стартовые боли); обострения сменяются через несколько дней уменьшением боли, но она редко исчезает совсем |
| Гематома и отек мягких тканей | Присутствуют | Гематомы чаще нет, только небольшая припухлость | Отсутствуют |
| Возможность самостоятельно ходить | Отсутствует из-за болей | Возможна с небольшой хромотой | Возможна с небольшой хромотой |
| Функциональный исход (в домашних условиях) | Неблагоприятный, ходьба невозможна | Благоприятный, выздоровление через 7–10 дней | Относительно благоприятный, но полного клинического выздоровления не наступает, боли медленно прогрессируют с промежутками улучшения |
| Осложнения | Чаще есть: срастание в неправильном положении через 6–12 нед, развитие артроза | Чаще нет, реже, при полном разрыве связок – развитие нестабильности сустава (подвертывание стопы) | Нет |
| Алгоритм действий медсестры | Вызов бригады «скорой медицинской помощи» для доставки пациента в травматологическое отделение | Советы по уходу: тугая восьмиобразная повязка эластичным бинтом на 1–3 нед, местно – холод в 1-е сутки, сухое тепло с 3-х суток; при сохранении боли и отека через 5–7 дней необходимо направить больного в травмпункт на рентгенографию | Обезболивающие и противовоспалительные препараты в таблетированной форме или в порошках, покой; при отсутствии эффекта в течение 2–3 сут – госпитализация в ортопедический стационар |

резко болезненна. Если одновременно с растяжением связок происходит перелом V плюсневой кости, определяется резкая боль при пальпации ее основания, т.е. по наружной поверхности средней трети стопы.

При переломе наружной лодыжки клиническая картина такая же, как при растяжении связок голеностопного сустава, но при пальпации болезненность определяется не только ниже лодыжки, но и в области самой лодыжки.

При переломе обеих лодыжек с подвывихом стопы сустав резко увеличен в объеме, попытка движений вызывает значительную боль. Стопа смещена кнаружи, кнутри или кзади в зависимости от вида подвывиха. Больные могут ощущать крепитацию (хруст) отломков. Пальпация наружной и внутренней лодыжек выявляет боль в голеностопном суставе, нередко определяется дефект между отломками кости.

При переломе пяточной кости пятка резко утолщена, при переломе со смещением уплощен также свод стопы. Встать на ногу больной не может из-за сильной боли в области пятки. Нагрузка осторожным поколачиванием на пятку вызывает резкую боль. Движения в голеностопном суставе ограничены из-за отека и боли в пятке, но возможны.

При переломе диафизов плюсневых костей образуются обширная гематома на тыле стопы («стопа, как подушка»), уплощение продольного свода стопы; отме-

чается резкая боль при нагрузке на передний отдел стопы и при пальпации.

При вывихе (переломовывихе) в голеностопном суставе отмечаются значительный отек, боль и деформация голеностопного сустава и пяточной области. Стопа повернута кнаружи или внутрь.

Артроз голеностопного сустава – серьезное заболевание опорно-двигательной системы, приводящее к снижению трудоспособности и возможной инвалидности. Этим термином обозначают также остеоартроз. В большинстве случаев артроз голеностопного сустава является следствием тяжелой травмы 1 или нескольких его анатомических составляющих – наружной и внутренней лодыжки, большеберцовой кости, таранной кости. В результате травмы поверхность костей, входящих в сустав, становится неровной, что приводит к нарушению скольжения суставных поверхностей и их дополнительной травматизации при движении.

Проявления артроза разнообразны: боли в голеностопном суставе и мышцах голени, опухание сустава, ограничение его подвижности, нарушение походки, ограничение ходьбы на длинные дистанции; характерны «стартовые боли», т.е. резкое усиление боли в голеностопном суставе при начале ходьбы; это – лишь неполный список страданий, которые испытывает пациент.

Отличить воспаление голеностопного сустава довольно просто. Артрит возникает, как правило, на фоне

Схема 1. Алгоритм дифференциальной диагностики переломов и повреждений связок голеностопного сустава

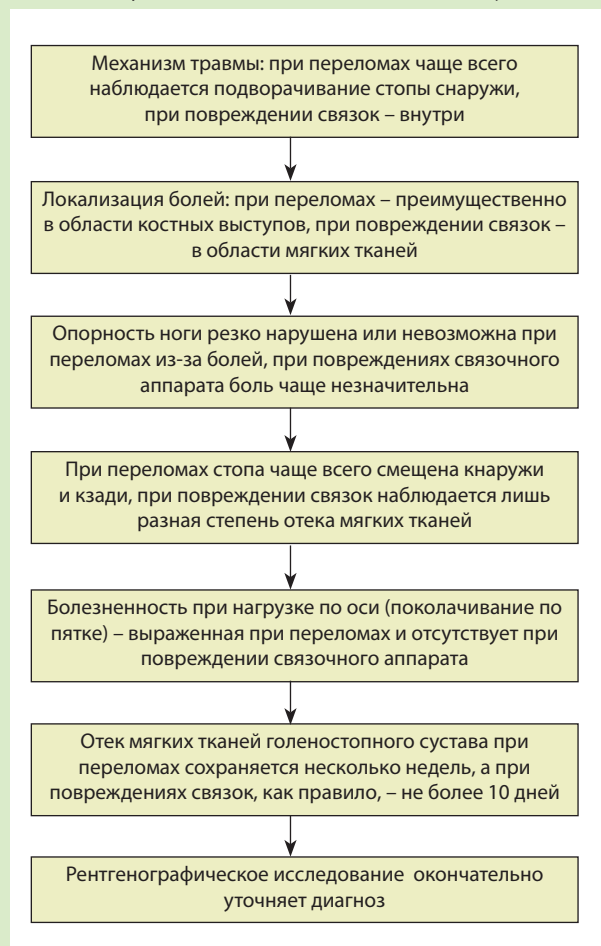
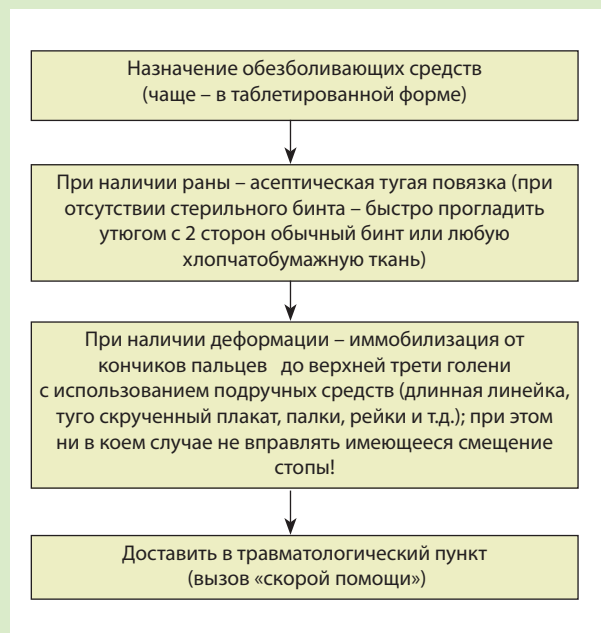


Схема 2. Алгоритм действий медсестры при патронаже в домашних условиях больных с травмой голеностопного сустава и стопы (вне системы «скорой медицинской помощи»)



воспаления других суставов. Сам голеностопный сустав воспаляется и припухает обычно без предварительной травматизации, однако часто воспаление провоцируется физической нагрузкой и(или) переохлаждением. Боли в голеностопном суставе при артритах сильнее выражены в ночное время (примерно в 3–4 ч ночи), а днем при ходьбе они ощущаются, но меньше.

Оказывая доврачебную помощь больным с повреждениями голеностопного сустава и стопы, при выраженном болевом синдроме вводят обезболивающие препараты, останавливают кровотечение, если оно возникает [1, 7–9]. Затем проводят шинирование стопы лестничной шиной от коленного сустава до концев пальцев стопы. Шину располагают по задней поверхности голени и подошвенной поверхности стопы (схема 2).

Важно отметить, что среди населения очень распространена практика ручного «вправления» стопы, что совершенно недопустимо, бесполезно и даже чрезвычайно опасно, поскольку истинных вывихов в голеностопном суставе без сопутствующего перелома не бывает. Таким образом, например, легко перевести закрытый переломовывих в открытый.

Затем больного для оказания помощи доставляют в травматологический пункт. Госпитализации подлежат пострадавшие с переломами и(или) переломовывихами, их направляют в травматологическое отделение.

Литература

1. Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты. – М.: Книга – плюс, 2002. – С. 365, 376–377.
2. Балакшин Н.Н., Блинов С.А., Бурухина Е.И. и др. Сестринское дело в травматологии. – Ростов-на-Дону, 2006. – 320 с.
3. Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии. – Ростов на Дону, 2008. – 460 с.
4. Бойков В.П., Голеньков А.В. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях тазобедренной области // Медицинская сестра. – 2011; 1: 48-51.
5. Бойков В.П., Чермаков К.С. Оперативное лечение сложных переломов голеностопного сустава / Методические указания. – Чебоксары, 2011. – 16 с.
6. Ежов М.Ю. Стопа. Дегенеративно-дистрофические заболевания суставов стопы и голеностопного сустава. – Н.Новгород, 2011. – 336 с.
7. Кавалерский Г.М., Силин Л.Л. Травматология и ортопедия / Учебник для студ. высш. учеб. заведений / Под ред. Г.М. Кавалерского. – М.: Академия, 2005. – С. 367–384.
8. Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 407–423.
9. Краснов А.Ф., Мирошниченко В.Ф., Котельников Г.П. Переломы лодыжек. Травматология: учебник. – М., 1995. – С. 259–266.
10. Чермаков К.С. Малоинвазивный остеосинтез заднемаргинальных переломов дистального эпифиза большеберцовой кости: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук. – Н. Новгород, 2010. – 19 с.

PAIN SYNDROME IN JOINT AND FOOT LESIONS AND DISEASES

Prof. V.P. Boikov, K.S. Chermakov, Cand. Med. Sci.; S.A. Karaulov, Cand. Med. Sci.; Prof. A.V. Golenkov
I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper depicts algic syndromes in ankle joint and foot lesions and diseases, which are encountered in nursing practice.

Key words: nurse, pain syndrome, ankle joint and foot, premedical care.