

ОСТРЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБЛАСТИ ЛОКТЕВОГО СУСТАВА

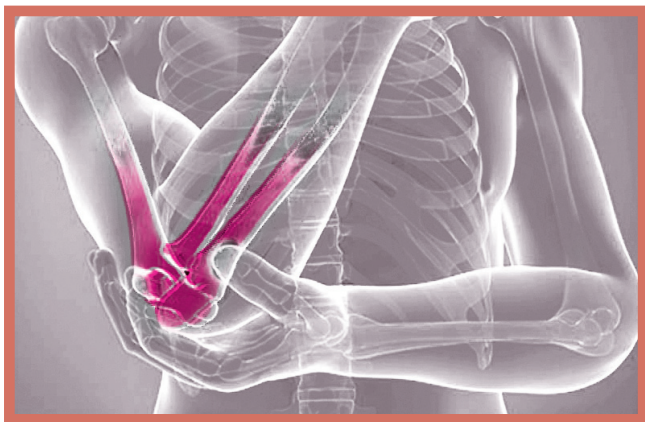
В.П. Бойков, докт. мед. наук, проф., **К.С. Чермаков**

Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова, Чебоксары

E-mail: vpboykov53@gmail.com

Описаны болевые синдромы при повреждениях и заболеваниях области локтевого сустава, встречающиеся в практике медсестры. Приведен алгоритм доврачебной помощи.

Ключевые слова: болевой синдром, область локтевого сустава, доврачебная помощь при травме и заболеваниях.



Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях локтевого сустава занимает 4-е место по распространенности после боли при заболеваниях тазобедренного, голеностопного и лучезапястного суставов. Травматические повреждения наиболее часты в детском и подростковом возрасте, преимущественно у мальчиков, очевидно, из-за склонности к более подвижному и рискованному поведению. У детей первых 4 лет жизни часто встречается передний подвывих головки лучевой кости при удержании ребенка от падения за кисть руки. Заболевания как причина болевого синдрома встречаются у молодых людей (спортсмены) или у пациентов от 40 лет и старше, чаще – у женщин. Это боли ортопедо-неврологического характера (имеется в виду известный синдром эпикондилеза – наружного или внутреннего). Причина вначале небольших, а спустя несколько недель – сильных и даже ночных болей – хроническая профессиональная физическая перегрузка (отжимание белья; работа молотком; игра в большой теннис – боли в зоне наружного надмыщелка плеча, в гольф – внутренний эпикондилез), на фоне функциональной перегрузки ниже-шейного отдела позво-

ночника и цервико-торакального перехода, что позже угрожает остеохондрозом. Значительно реже острые боли в области лучезапястного сустава бывают вызваны обострениями заболеваний суставов – артралгии при артрозе, артрите или полиартрите, особенно ревматоидном. К этой же группе относится локтевой бурсит – профессиональное хроническое заболевание, вызванное постоянным микротравматическим контактом локтевого отростка с твердой поверхностью (например, у шахтеров, шоферов).

Медсестра сталкивается с такими больными при посещении на дому. Кажется бы, доклиническая диагностика травматического повреждения локтевого сустава не должна вызывать затруднений, учитывая анамнез (падение на локоть). Однако такие затруднения более чем возможны из-за наличия возрастных когнитивных нарушений, когда пожилые пациенты не всегда способны адекватно подтвердить и тем более описать факт травмы. То же можно отметить и в случаях травм у детей, поскольку ребенок первых 3–5 лет жизни не всегда может описать случившееся с ним. Кроме того, иногда возникает своеобразная ситуация, когда ухаживающие за ребенком лица (няни, пожилые родственники – бабушки) могут быть инициаторами сокрытия случившегося; так, запущенные случаи часто выявляются после возвращения ребенка из деревни с каникул.

Разработанность проблемы. Острый болевой синдром в зоне локтевого сустава практически не описан в учебном пособии по сестринскому делу в травматологии, в котором имеются лишь общие данные об особенностях ухода при переломах конечностей, правилах гипсовой иммобилизации, а также минимальные сведения о проблемах ухода и реабилитации.

Цель данной работы – разработать критерии доврачебной диагностики причин острого болевого синдрома в зоне локтевого сустава, оказания адекватной доврачебной помощи и направления к специалистам (см. таблицу). Для достижения данной цели определены следующие задачи:

- определить основные причины и разновидности кубиталгий;

Особенности клиники различных форм болевого синдрома, их диагностика и алгоритм действий медсестры

Показатель	Перелом	Подвывих головки лучевой кости	Эпикондилез	Заболевания сустава (артроз, артрит, бурсит)
Характер боли	В первые дни – сильные в месте перелома, стихают только через 1–2 нед; полностью проходят через 4–6 нед (у детей все сроки уменьшены примерно вдвое)	Вначале боли сильные, в течение 10–15 мин ослабевают, но полностью не проходят	При обострениях – сильные боли в зоне наружной или внутренней области сустава	Обострения на фоне длительно существующих хронических болей разной интенсивности
Наличие травмы и ее механизм	Есть; типично падение на согнутый локоть	Есть; типично удержание ребенка от падения поднятием за кисть	Отсутствует	Отсутствует
Влияние обычной нагрузки и фактор физической перегрузки	Отсутствует	Отсутствует	Есть; не является основным, но перегрузка часто переводит хроническую боль в острую	Есть; нагрузка, а тем более перегрузка обычно переводят хроническую боль в острую
Наличие профпатологии	Отсутствует	Отсутствует	Есть; прачки, садовники, спортсмены (теннис, гольф)	Чаще нет; лишь при бурсите имеется зависимость от профессии (шахтеры, водители)
Наличие отека	Есть, выраженный	Есть, небольшой по передне-наружному отделу сустава и чуть ниже	Чаще нет; иногда – небольшая припухлость	Чаще есть
Деформация сустава	Чаще есть	Отсутствует	Отсутствует	Чаще есть в виде общего увеличения в объеме при артрозе или артрите
Функциональный исход (в домашних условиях)	Неблагоприятный, чаще – срастание в неправильном положении	Сомнительный; длительное сохранение подвывиха может вызвать стойкую контрактуру сустава, но нередки случаи самопроизвольного вправления головки сустава	Уменьшение болей до уровня умеренных хронических через 7–10 дней покоя	Чаще без специального лечения неблагоприятный, заболевание прогрессирует
Алгоритм действий медсестры	Вызов бригады скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологический пункт	Вызов бригады скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологический пункт	Направление на прием к ортопеду после временной иммобилизации сустава тугой повязкой	Направление на прием к врачу-терапевту (с дальнейшим уточнением диагноза и направлением к ревматологу, ортопеду или хирургу)

- описать основные особенности клиники форм данного острого болевого синдрома;
- разработать сестринскую дифференциальную диагностику у этих больных;
- составить поэтапный план действий медсестры на догоспитальном этапе.

Таблица отражает основные дифференциальные критерии острого болевого синдрома в зоне локтевого сустава и алгоритм действий медсестры. Наличие травмы является главным дифференциальным признаком, однако медсестре необходимо помнить, что ряд пациентов – лица пожилого возраста с когнитивными нарушениями, что искажает информацию. Похожая ситуация возникает при травмах, полученных маленькими детьми. Возможны случаи преднамеренного сокрытия травмы у ребенка со стороны ухаживающего персонала. Это касается и такой своеобразной си-

туации, когда происходит подвывих головки лучевой кости при удержании ребенка от падения или поднятии за кисть рывком вверх, когда он уже упал. Поэтому медсестра должна обязательно стараться собрать анамнез возникновения болевого синдрома, опрашивая не только ухаживающих лиц, но и родственников, свидетелей травмы и т.д. При переломах в области локтевого сустава визуально определяются деформация, отек значительный. При вывихе деформация дополняется болезненным пружинистым сопротивлением предплечья. При подвывихе головки лучевой кости кпереди у маленьких детей ручка выпрямлена, кисть пронирована, при попытке сгибания в локтевом суставе боли резко усиливаются и ощущается пружинистое сопротивление. Отек по передне-наружному краю сустава бывает небольшим, часто незаметным. Нередко ребенок не может точно указать

локализацию болей или указывает на нижнюю часть предплечья и кисть (отраженная боль).

Надо также иметь в виду, что при переломах составляющих сустав костей без смещения или с незначительным смещением деформаций не бывает, а отек незначительный. Клиническая картина будет напоминать таковую при ушибе. Однако умеренные боли сохраняются и после 7–10 дней, а затем от небольшого воздействия, например при попытке осуществить движения в суставе, может наступить смещение и появиться деформация с резким усилением болевого синдрома. Поэтому в случае травмы в зоне локтевого сустава более оправдана гипердиагностика с направлением пациента в травмпункт, чем повторный осмотр на дому через несколько дней. Именно поэтому мы не рекомендуем медсестре заниматься дифференциальной диагностикой перелома и ушиба, вывиха или растяжения связок. Аналогичную рекомендацию мы давали и при рассмотрении болевых синдромов других локализаций, области плечевого сустава, голеностопного и лучезапястного сустава (Бойков В.П. и соавт, 2011–2015).

При болях ортопедо-неврологического характера, обусловленных синдромами наружного или внутреннего эпикондилеза, характерен хронический и профессиональный характер заболевания при отсутствии травмы. Обострение болей при этом на определенном этапе в основном связано с еще более интенсивной нагрузкой. Это делает болевой синдром острым, пациент теряет трудоспособность. Более редкие, но не менее тягостные для пациента острые боли в области локтевого сустава бывают вызваны обострениями при заболеваниях суставов (артралгии при артрозе, артрите или полиартрите, чаще – ревматоидном). Травма и факт перегрузки отсутствуют, синдром проявляется в виде обострений; их нередко провоцирует изменение погодных условий (весенние и осенние обострения). Отдельного внимания заслуживает локтевой бурсит – профессиональное хроническое заболевание у лиц, чья работа связана с постоянным контактом локтевого отростка с твердой поверхностью (например, у шахтеров, шоферов). Иногда неизбежные обострения переходят в инфицирование бурсы и ситуация ухудшается, боли и отек усиливаются, возникает гиперемия, поднимается температура тела.

Таким образом, алгические синдромы в зоне локтевого сустава (кубиталгии) в практике медсестры встречаются нередко, что связано с активным использованием руки в жизнеобеспечении и профессиональной деятельности, а также с особенностями строения сустава у детей от 0 до 4 лет. В структуре болевых синдромов в равной степени представлены травматические повреждения (падение на локоть, удержание ребенка за кисть при падении) и хронические профессиональные заболевания (на-

ружный и внутренний эпикондилез, локтевой бурсит) в стадии обострения. При травме малейшее сомнение в диагнозе с учетом возможного перелома без смещения должно завершаться экстренным направлением пациента в дежурный травматологический стационар (оправданная гипердиагностика). Перед этим необходимо дать анальгетик, остановить кровотечение (если перелом открытый), наложить асептическую повязку (в домашних условиях достаточно быстро прогладить утюгом хлопчатобумажную ткань с двух сторон, произвести иммобилизацию подручными средствами – линейки, дощечка и т.д. – от кончиков пальцев до плечевого сустава). Болевые синдромы нетравматического генеза (наружный и внутренний эпикондилез, артриты, артрозы и локтевой бурсит) имеют анамнез хронического заболевания в фазе обострения; как правило, больные не нуждаются в экстренном направлении на госпитализацию. Показаны купирование болевого синдрома в домашних условиях путем приема анальгетиков, обеспечения покоя конечности (косыночная повязка) и направление к специалисту в поликлинику в плановом порядке.

Рекомендуемая литература

Барыкина Н.В., Чернова О.В. Сестринское дело в хирургии. Ростов н/Д, 2008; 460.

Балакшин Н.Н., Блинов С.А., Бурухина Е.И., Владимиров С.А. Сестринское дело в травматологии. Ростов н/Д., 2006; 320.

Бойков В.П., Лихутина О.Г., Голенков А.В. Наблюдение и уход за больными с переломами шейки бедренной кости. Медицинская сестра. 2009; 5: 3–6.

Бойков В.П., Голенков А.В. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях тазобедренной области. Медицинская сестра. 2011; 1: 48–51.

Бойков В.П., Голенков А.В., Караулов С.А., Чермаков С.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях голеностопного сустава и стопы. Медицинская сестра. 2013; 1: 28–30.

Бойков В.П., Чермаков К.С., Караулов С.А. Острый болевой синдром при повреждениях и заболеваниях области лучезапястного сустава. Медицинская сестра. 2015; 6: 14–7.

Зоря В.И., Бабовников А.В. Повреждения локтевого сустава: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 464.

Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008; 104–107, 344–55.

Миронов С.П., Бурмакова Г.М. Повреждения локтевого сустава при занятиях спортом. М.: Лесар-арт, 2000; 192.

Труфанов Г.Е., Пчелин И.Г., Федорова Н.С. Лучевая диагностика заболеваний и повреждений локтевого сустава. М.; СПб.: Питер, 2013; 272.

ACUTE PAIN SYNDROME IN ELBOW JOINT INJURIES AND DISEASES

Prof. V.P. Boikov; K.S. Chermakov

I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

The paper describes syndromes in elbow joint injuries and diseases, which are encountered in a nurse's practice. It also gives a first aid algorithm.

Key words: pain syndrome, elbow joint area, prehospital first aid for injury and diseases.