

Роль медицинской сестры в лечении врожденных скелетно-мышечных деформаций нижних конечностей

Е.В. Баранникова¹, И.Ю. Круглов^{1,2}

¹СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины» Минздрава России, Санкт-Петербург.

²ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Санкт-Петербург

e-mail: lenabarannikova85@yandex.ru, dr.gkruglov@gmail.com

Информация об авторах

1. Баранникова Елена Владимировна, старшая медицинская сестра городского центра амбулаторной хирургии и травматологии. СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины» Минздрава России, Санкт-Петербург, lenabarannikova85@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4136-7127>

2. Круглов Игорь Юрьевич, врач травматолог-ортопед, младший научный сотрудник НИЛ хирургии врожденной и наследственной патологии. ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, Федеральный Специализированный Перинатальный Центр, Институт перинатологии и педиатрии, СПб ГБУЗ «Детская городская больница №2 святой Марии Магдалины» Минздрава России, Санкт-Петербург, dr.gkruglov@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-1234-1390>

Резюме

В статье представлены данные о наиболее часто встречающихся скелетно-мышечных деформациях нижних конечностей новорожденных детей. Описаны правила ухода, а также роль медицинской сестры в ходе лечения.

Ключевые слова: новорожденные, врожденная косолапость, уход за новорожденными, врожденные деформации, медицинская сестра в перинатологии.

Для цитирования: Баранникова Е. В., Круглов И. Ю. Роль медицинской сестры в лечении врожденных скелетно-мышечных деформаций нижних конечностей Медицинская сестра, 2020; 6 (22): 30–33. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-06-06>

The nurse's role for congenital musculoskeletal deformities of the lower extremities)

E.V. Barannikova¹, I.Y. Kruglov^{1,2}

¹«St. Mary's Children's Hospital №2» under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg.

²«Almazov National Medical Research Centre» Federal Specialized Perinatal Center, Institute of Perinatology and Pediatrics under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg.

Information about the authors

1. Elena V. Barannikova, The head of nurse of city center for outpatient surgery and traumatology, «St. Mary's Children's Hospital №2» under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, lenabarannikova85@yandex.ru, <https://orcid.org/0000-0003-4136-7127>

2. Igor Y. Kruglov, MD, paediatric orthopaedic surgeon, junior researcher of Research Laboratory of congenital and hereditary pathology surgery, «Almazov National Medical Research Centre» Federal Specialized Perinatal Center, Institute of Perinatology and Pediatrics under the Ministry of Health of the Russian Federation, SBHI «St. Mary's Children's Hospital №2» under the Ministry of Health of the Russian Federation, Saint-Petersburg, dr.kruglov@yahoo.com, <https://orcid.org/0000-0003-1234-1390>

Abstract

This article presents data on the most common musculoskeletal deformities of the lower extremities of newborn children. The rules of care are described, as well as the role of the nurse during treatment.

Key words: newborns, congenital clubfoot, newborn care, congenital deformity, the nurse in perinatology.

For citation Barannikova E.V., Kruglov I.Y. The nurse's role for congenital musculoskeletal deformities of the lower extremities. 2020; 6 (22): 30–33. DOI: <https://doi.org/10.29296/25879979-2020-06-06>

В настоящее время наличие врожденных деформаций нижних конечностей у новорожденных детей продолжает оставаться одной из самых распространенных патологий скелетно-мышечной системы. Наиболее часто встречаются такие патологии как: врожденная косолапость (частота встречаемости примерно 3-5 на 1000 живых новорожденных) [1] Рис. 1, врожденное приведение передних отделов стоп (частота встречаемости 1–2 на 1000 живых новорожденных) [2] Рис. 2, врожденное вертикальное положение таранной кости (частота встречаемости примерно 1 на 10000



Рис. 1. Врожденная косолапость



Рис. 2. Врожденное приведение переднего отдела стопы



Рис. 3. Вертикальное положение таранной кости



Рис. 4. Пяточно-вальгусная стопа



Рис. 5. Дисплазия тазобедренных суставов

живых новорожденных) [3] Рис. 3, врожденная пяточно-вальгусная деформация стопы (встречается у 30 % новорожденных) [4] Рис. 4, дисплазия тазобедренных суставов [5] Рис. 5 и другие.

В последнее время все больше врачей-ортопедов стали интересоваться данными проблемами и заниматься лечением выше перечисленных патологий. Основными манипуляциями в ходе консервативного лечения таких пациентов являются гипсовые коррекции, наложение различных шин. Основную роль в оказании помощи доктору-ортопеду в лечении таких заболеваний играет квалифицированная медицинская сестра с большим опытом работы. Участие медсестры в лечении пациентов является неотъемлемой частью лечебного процесса. Поскольку, данная группа пациентов является специфической (новорожденные с врожденными деформациями), медсестра должна обладать определенными навыками для манипуляций и ухода, а также уметь быстро находить контакт с ребенком и его родителями.

Рождение ребенка является большим событием для всех членов семьи, особенно, матери. Появление в семье ребенка с одной из этих патологий, особенно, видимых глазом, приводит мать



Рис. 6. Обработка подколенной ямки



Рис. 7. Гипсовая крошка по задней поверхности нижней конечности

в крайне нестабильное психическое состояние. Сразу после выписки из родильного дома такой ребенок попадает на прием к врачу-ортопеду за консультацией, где родителям объясняется суть данного заболевания, сроки и методы коррекции выявленной патологии и, как правило, после консультации начинается лечение. Даже после консультации с доктором мать пребывает в тяжелом психоэмоциональном состоянии, осознавая, что сейчас ее маленькому новорожденному ребенку наложат циркулярную гипсовую повязку. В этот момент огромную помощь врачу оказывает медицинская сестра. Она помогает расположить к себе мать, успокоить ее, вызвать доверительное отношение. Квалифицированная медсестра умеет правильно обращаться с новорожденным, успокоить ребенка, а маму правильно настроить на предстоящие лечебные манипуляции. Поскольку лечение новорожденных детей является специфическим и узким направлением, медсестра должна обладать большим опытом, умением, знаниями, необходимыми в работе с детьми неонатального периода и такими качествами как: сопереживание, сострадание, стрессоустойчивость.

Опытная и высоко квалифицированная медицинская сестра в лечении такой группы пациентов помогает создать не только гармоничные условия между доктором и родителями пациента, но также делает работу врача комфортной. В такой ситуации доктор не отвлекается на многочисленные вопросы матери, а также ее эмоциональную напряженность в ходе манипуляции, что позволяет полностью сосредоточиться на проблеме ребенка.

Любой специалист (доктор или медицинская сестра), занимающийся лечением грудных детей, должен помнить о том, что новорожденный — личность со своим нейросенсорным поведением, способностью видеть, чувствовать (боль, тепло, холод,

ощущать запахи и вкус, плакать счастливо и несчастливо) [6]. Помня обо всем этом, мы должны общаться с новорожденным как с личностью.

Лечение деформаций нижних конечностей на первом этапе является амбулаторной процедурой. Коррекцию деформации осуществляет врач с медицинской сестрой в специально оборудованном кабинете. Наложение циркулярных гипсовых повязок — один из наиболее ответственных этапов лечения ребенка. Перед началом манипуляций медсестра проверяет и подготавливает рабочее место. Она оценивает температуру в комнате, где будет проводиться манипуляция, т.к. нельзя забывать об угрозе гипотермии ребенка. Гипотермия является грозным состоянием. Для того, чтобы этого не допустить, нужно соблюдать концепцию «тепловой цепочки», которая представляет собой ряд взаимосвязанных процедур, снижающих вероятность гипотермии и способствующих хорошему самочувствию ребенка. Если выпадет какое-либо из звеньев этой цепи, то повышается вероятность нежелательного охлаждения новорожденного, что в свою очередь повлечет за собой плач и раздражение, которые будут мешать врачу проводить коррекцию деформации [6]. Роль медицинской сестры на этом этапе заключается не только в подготовке необходимого материала для наложения гипсовой повязки, но также в оптимальной фиксации конечности ребенка. Правильное положение конечности во время манипуляции способствует расслаблению мышц стопы и голени, а, следовательно, позволяет оптимально выполнить коррекцию стопы, снижая риск возникновения застойных явлений и отека конечности.

Медицинская сестра является хорошим психологом, который умеет успокоить и настроить маму на необходимую манипуляцию. Немало важно отметить роль родителей в данном процессе. Присутствие родителей, а особенно матери в кабинете во время манипуляции, дает свой положи-

тельный результат в ходе лечения. Необходимо объяснить, что беспокойство и плач малыша, это нормальное явление для данного процесса и ее большая задача заключается в том, чтобы успокоить ребенка. Для детей грудного возраста родители должны подготовить бутылочку с грудным молоком или смесью. Для детей старшего возраста бутылочка заменяется легкой едой или любимой игрушкой. Все эти приемы дают возможность отвлечь ребенка и сосредоточить внимание матери на волнующих вопросах. Медицинская сестра четко и доступно отвечает на все вопросы родителей в объеме своих компетенций.

Перед наложением первой гипсовой повязки медсестра совместно с доктором осматривает кожные покровы ребенка. При помощи стерильной ватной палочки наносит раствор фукарцина в подколенную ямку, чтобы предупредить появление опрелостей под гипсовой повязкой (рис. 6).

После наложения гипсовой повязки ребенка отпускают домой сроком на 1 неделю, т.е. до момента наложения следующей корригирующей повязки. Медсестра должна объяснить и показать родителям как правильно ухаживать за новорожденным ребенком с гипсовой повязкой т.к. «новоиспеченная мать» не знает всех нюансов. Отсутствие этих знаний у медсестры и, как следствие, у матери вызовет много проблем: постоянное беспокойство и плач ребенка, раздражение кожи в местах контакта с краями гипсовой повязки, отек пальцев, а также различные нейроциркуляторные нарушения. После беседы с медсестрой и доктором у родителей не должно остаться вопросов и они, как правило, уходят домой с полным «арсеналом» необходимых знаний. Именно в это время важно создать спокойное эмоциональное состояние и должный уход.

На втором амбулаторном приеме после снятия гипсовой повязки медсестра показывает как правильно помыть ребенка. Необходимо следить за тем, чтобы ребенок не охлаждался, выполнять процедуры быстро, постоянно держать тело ребенка укрытым в ходе умывания ножек. Также, медсестра расскажет, на что следует обратить внимание в процессе туалета кожных покровов, т.к. в некоторых местах (паховая складка, подколенная ямка и т.д.) может остаться гипсовая крошка, которая в дальнейшем вызовет появление пролежней (рис. 7).

Кожа новорожденного ребенка нежная, часто склонна к раздражениям, поэтому требует особого внимания. Для того, чтобы избежать воспалительных явлений и других проблем, необходимо тщательно за ней ухаживать. Медсестра показывает как правильно увлажнить кожные покровы и обработать места опрелостей, чтобы не допу-

стить их ухудшения, т.к. ребенку предстоит наложение следующей корригирующей гипсовой повязки. В среднем наложение гипсовых повязок необходимо повторять 4-7 раз до достижения полной коррекции деформации. Более тяжелая деформация требует большего количества повязок с возможным последующим хирургическим лечением. После окончания консервативного лечения фиксация достигнутой коррекции выполняется отводящей шиной (брейсы), ношение которых длительное, как минимум до 4-5 лет. Именно на данном этапе лечения большую роль играет квалифицированная медицинская сестра. Незначительные ошибки и, как следствие, воспалительные явления могут остановить лечебный процесс до тех пор, пока кожные покровы восстанавливаются.

Раннее начало лечения, соблюдение всех рекомендаций и регулярное наблюдение у врача-ортопеда, в большинстве случаев дарит детям хорошее качество жизни, возможность свободно ходить, бегать и радоваться движениям своего тела.

Таким образом, работа врача-ортопеда в ходе лечения различных деформаций опорно-двигательного аппарата новорожденных детей не представляется возможной без участия опытной медицинской сестры.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Статья не имеет спонсорской поддержки.

The authors declare no conflict of interest.

The article is not sponsored.

Литература

1. Dobbs MB, Nunley R, Schoenecker PL. Long-term follow-up of patients with clubfeet treated with extensive soft-tissue release. *J Bone Joint Surg Am.* 2006;88(5):986-996. <https://doi.org/10.2106//JBJS.E.00114>.
2. Dietz F: Intoeing – fact, fiction and opinion. *Am Fam Physician* 1994, 50:1249–1259.
3. Jacobsen ST, Crawford AH (1983) Congenital vertical talus. *Pediatr Orthop* 3: 306–310. <https://doi.org/10.1097/01241398-198307000-00007>
4. Bo Larsen, I. Reimann & H. Becker-Andersen. Congenital Calcaneovalgus. *Acta orthop. Scand.* 45, 145-151, 1974 <https://doi.org/10.3109/17453677408989132>
5. Weinstein SL, Mubarak SJ, Wenger DR. Developmental hip dysplasia and dislocation: Part II. *Instr Course Lect* 2004; 53:531-542. <https://doi.org/10.2106/00004623-200310000-00025>
6. Шабалов Н. П. Неонатология: Учебн. пособие : В 2 т. / Н.П. Шабалов. — Т. I. — 3-е изд., испр. и доп. — М.: МЕДпресс-информ, 2004. 608 с.