

ОСТРЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ И ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОБЛАСТИ ЛУЧЕЗАПЯСТНОГО СУСТАВА

В.П. Бойков, проф., К.С. Чермаков, С.А. Караулов

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

E-mail: kafedratravma@rambler.ru

Описаны алгические синдромы при повреждениях и заболеваниях области лучезапястного сустава, которые встречаются в практике медсестры. Дан алгоритм доврачебной помощи.

Ключевые слова: болевой синдром, область лучезапястного сустава, доврачебная помощь при травме.



Острый болевой синдром при повреждениях и заболеваниях лучезапястного сустава занимает 3-е место по распространенности после острого болевого синдрома при повреждениях тазобедренного и голеностопного суставов. Чаще всего он встречается у женщин от 40 лет и старше. Причины развития острого болевого синдрома разнообразны, но на 1-м месте среди них стоит травма, которая в основном представлена так называемым переломом луча в типичном месте (околосуставной дистальный метаэпифизарный перелом), который встречается в 12% случаев всех переломов костей скелета и уступает по частоте только переломам голени. Характерно, что данное повреждение встречается почти исключительно у женщин (10:1), причем эта гендерная дифференциация сохраняется в любом возрастном диапазоне, хотя ожидаемо чаще страдают женщины в постменопаузальном возрасте, после 50 лет. Это, с одной стороны, обусловлено большей длительностью жизни женщин, а с другой – более активной у них гормонально-зависимой динамикой остеопороза. Что касается аб-

солютного преобладания среди таких больных представительниц женского пола фертильного возраста, то можно предположить, что сам механизм травмы – опора на кисть при падении – является эволюционно-детерминированной защитой плода.

Значительно реже, хотя и регулярно, встречаются боли ортопедо-неврологического характера. Имеются в виду известный синдром лучевого эпикондилеза (болезнь де Кервена) и тендовагинит в зоне дистальной части сухожилий предплечья. Этиологическая причина первого – профессиональная хроническая физическая перегрузка (отжимание белья, игра на клавишных инструментах, дойка, обрезание растений секатором, столярные работы и, особенно, резьба по дереву, игра в крокет) на фоне застарелого остеохондроза нижнешейного отдела позвоночника, а второго – однократная перегрузка мышечно-сухожильного комплекса передней части предплечья у дилетантов-любителей (земляные работы в саду, усиленная работа с эспандером или тем же секатором, ножницами т.д.). Еще реже острые боли в области лучезапястного сустава бывают вызваны обострениями заболеваний суставов – артралгии при артрозе, артрите или полиартрите, особенно – ревматоидном.

Медсестра нередко сталкивается с данной категорией больных при их посещении на дому, так как примерно половина пациентов – люди пожилого и старческого возраста. Казалось бы, доклиническая диагностика у большинства больных (перелом луча в типичном месте) не должны вызывать затруднений, учитывая анамнез (падение на кисть руки при падении), но при наличии возрастных или других когнитивных нарушений, вызванных заболеваниями центральной нервной системы (энцефалопатии разного генеза), пациенты не всегда могут адекватно подтвердить и тем более описать сам факт травмы.

Разработанность проблемы

Острый болевой синдром в зоне лучезапястного сустава в учебном пособии по сестринскому делу в травматологии практически не описан. Имеются лишь общие данные об особенностях ухода при переломах конечностей, правилах наложения гипса.

Разные формы алгического синдрома, их диагностика и алгоритм действия медсестры

Показатель	Перелом лучевой кости в типичном месте	Лучевой эпикондилез	Тендовагинит	Заболевания самого сустава (артроз, артрит)
Характер боли	Сильные в первые дни в месте перелома, боли стихают только через 1–2 нед, полностью проходят через 4–6 нед	При обострениях боли сильные в зоне наружной области сустава и чуть выше (в проекции шиловидного отростка лучевой кости)	Сильные боли в нижней трети предплечья, передней или боковой поверхности лучезапястного сустава; они резко усиливаются при сгибании пальцев, возникают через несколько часов после физической перегрузки	Обострения на фоне длительно существующих хронических болей разной интенсивности
Наличие травмы и ее механизм	Типично падение с опорой на кисть (защита туловища)	Травма отсутствует	Травма отсутствует	Травма отсутствует
Обычная нагрузка и фактор физической перегрузки	Отсутствуют	Присутствуют, не являются основными, но перегрузка часто переводит хроническую боль в острую	Присутствуют; фактор физической перегрузки определяет все	Присутствуют; нагрузка, а тем более перегрузка обычно переводят хроническую боль в острую
Профпатология	Отсутствует	Присутствует; доярки, прачки, пианисты, садовники, спортсмены, резчики по дереву	Отсутствует	Отсутствует
Отек	Присутствует	Чаще отсутствует, иногда – небольшая припухлость	Небольшая припухлость	Чаще присутствует
Деформация сустава и в нижней трети предплечья	Чаще есть, типична штыкообразная, со смещением кисти к тылу и кнаружи	Отсутствует	Отсутствует	Чаще есть в виде общего увеличения в объеме при артрозе или артрите; типичное смещение кисти в лучевую сторону при ревматоидном артрите
Функциональный исход (в домашних условиях)	Неблагоприятный, чаще – срастание в неправильном положении	Уменьшение болей до уровня умеренных хронических через 7–10 дней покоя	Благоприятный, клиническое выздоровление через 7–10 дней в условиях покоя конечности	Чаще без специального лечения неблагоприятный, заболевание прогрессирует
Алгоритм действий медсестры	Вызов бригады скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологический пункт	Направление на прием к ортопеду-травматологу после временной иммобилизации сустава тугой повязкой	Временная иммобилизация тугой повязкой, местно – холод, затем – направление на прием к ортопеду-травматологу (в некоторых поликлиниках – к хирургу)	Направление на прием к врачу-терапевту (с дальнейшим уточнением диагноза и направлением к ревматологу, ортопеду или хирургу)

Минимальное внимание уделено проблеме ухода и реабилитации при данной патологии.

Нашей целью явилась разработка критериев доврачебной диагностики острого болевого синдрома в зоне лучезапястного сустава, включая нижний отдел предплечья, оказания адекватной доврачебной помощи и направления к специалистам, в связи с чем определены следующие задачи:

- описать основные особенности клиники форм данного острого болевого синдрома;
- разработать сестринскую дифференциальную диагностику у этих больных;

- составить этапный план действий медсестры на догоспитальном этапе.

В таблице указаны основные дифференциальные критерии острого алгического синдрома в зоне лучезапястного сустава и алгоритм действий медсестры. Наличие или отсутствие травмы является определяющим, однако медсестре надо помнить, что ряд пациентов – лица пожилого возраста с когнитивными нарушениями психики и информация может быть неточной. Поэтому медсестра обязательно должна стараться собрать анамнез возникновения болевого синдрома, опрашивая ухаживающих лиц, родственников, свидетелей травмы и т.д.

Следует также иметь в виду, что при нередко встречающихся переломах дистального эпиметафиза лучевой кости без смещения или с незначительным смещением типичной штыкообразной деформации не бывает. Клиническая картина будет напоминать таковую при ушибе. Однако небольшие боли сохраняются и после 7–10 дней, а затем от небольшого воздействия, например при попытке осуществить движения в суставе, может наступить смещение и появится классическая деформация с резким усилением болевого синдрома. Кроме того, при редко, но все же регулярно встречающихся переломах мелких костей запястья видимых деформаций, как правило, нет, а диагностика возможна только на госпитальном этапе с применением специальных дополнительных методов, например специальной укладки при выполнении рентгеновского снимка в случае перелома ладьевидной кости кисти.

Поэтому в случае травмы в зоне лучезапястного сустава более оправдана гипердиагностика с направлением пациента в травматологический пункт, чем повторный осмотр на дому через несколько дней. Именно поэтому мы не рекомендуем медсестре, как при рассмотрении болевых синдромов других локализаций (шеечно-вертельной области и голеностопного сустава), заниматься на дому дифференциальной диагностикой перелома и ушиба или растяжения связок. Для болей ортопедо-неврологического характера (имеется в виду известный синдром лучевого эпикондилеза – болезнь де Кервена) характерны отсутствие травмы, хронический и профессиональный характер заболевания, острый болевой синдром при этом является обострением, т.е. неприятным и неизбежным этапом болезни. Тендовагинит в зоне дистальной части сухожилий предплечья – результат однократной перегрузки мышечно-сухожильного комплекса передней части предплечья у дилетантов-любителей (земляные работы в саду, усиленная работа с эспандером или секатором, ножницами т.д.). Характерны резкое усиление болей при сгибании-разгибании пальцев, припухлость по ходу сухожилий предплечья. Более редкие, но не менее тягостные для пациента острые боли в области лучезапястного сустава бывают вызваны обострениями при заболеваниях суставов – артралгии при артрозе, артрите или полиартрите, особенно – ревматоидном. Травма и факт перегрузки отсутствуют, синдром проявляется обострениями.

Вышеизложенное позволяет сделать выводы:

- алгические синдромы в зоне лучезапястного сустава в практике медсестры встречаются часто, что связано с активным использованием кисти и конечности в целом в жизнеобеспечении, профессиональной деятельности и защите при падении; в основном

пациенты – это женщины после 40 лет независимо от причины развития болевого синдрома;

- в структуре алгических синдромов преобладают переломы дистального конца лучевой кости, произошедшие чаще в уличных условиях при гололеде (падение на кисть – защита туловища); это, с одной стороны, облегчает процесс медсестринской диагностики, особенно учитывая частое наличие типичной штыкообразной деформации, но в случае когнитивных нарушений у более пожилых пациентах и при переломах без смещения затрудняет диагностику;
- очевидно, что при травме малейшее сомнение в диагнозе с учетом возможного перелома без смещения, а также при переломах мелких костей запястья 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, иммобилизовать повреждение подручными средствами (линейка, дощечка и т.д.) от кончиков пальцев до локтевого сустава;
- тендовагинит в зоне дистальной части сухожилий предплечья вызывается однократной перегрузкой мышечно-сухожильного комплекса передней части предплечья у дилетантов-любителей (земляные работы в саду, усиленная работа с эспандером или секатором, ножницами и т.д.) является относительно доброкачественным патологическим асептическим воспалением сухожильных влагалищ и проходит самостоятельно в течение 7–10 дней в условиях покоя; однако пациента следует направить в плановом порядке в поликлинику к травматологу-ортопеду (в ряде поликлиник – к хирургу); в домашних условиях необходимо дать таблетированное обезболивающее средство, наложить тугую бинтовую повязку, рекомендовать местно прикладывать холод;
- алгические синдромы нетравматического генеза (лучевой эпикондилез, артриты и артрозы) имеют анамнез хронического заболевания в фазе обострения; как правило, пациенты не нуждаются в экстренном направлении на госпитализацию; достаточно дать анальгетик, обеспечить покой и направить на прием к специалисту в плановом порядке.

Рекомендуемая литература

Анкин Л.Н., Анкин Н.Л. Практическая травматология. Европейские стандарты. – М.: Книга-плюс, 2002. – С. 367–377.

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

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

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 К.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях голеностопного сустава и стопы // Медицинская сестра. – 2013; 1: 28–30.

Кавалерский Г.М., Силин Л.Л., Гаркави А.В. Травматология и ортопедия. – М.: Академия, 2005. – С. 293–300.

Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология. Национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 407–423.

Мысикова Г.П. Технология «Сестринский процесс» на практике // Сестринское дело. – 2001; 6: 21–27.

Мыльникова И.С. Контроль деятельности среднего медицинского персонала в Российских ЛПУ // Главный врач. – 2004; 2: 10–16.

Обуховец Т.П., Склярова Т.А., Чернова О.В. Основы сестринского дела. – М., 2008. – 509 с.

Старцева И. Пять этапов сестринского ухода // Сестринское дело. – 2002; 3: 18–20.

Сергеева М.К., Иванова Л.Ф. Сестринский процесс в гериатрии. – Чебоксары, 2007. – 113 с.

ACUTE PAIN SYNDROME IN INJURIES AND DISEASES IN THE AREA OF THE WRIST JOINT

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

The paper describes algic syndromes in injuries and diseases in the area of the wrist joint, which are encountered in a nurse's practice. It also gives an algorithm for first aid.

Key words: pain syndrome, wrist joint area, first aid for injury.