

ОСТРЫЙ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И ОПАСНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПОВРЕЖДЕНИЯХ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

В.П. Бойков, докт. мед. наук, проф., **К.С. Чермаков**, канд. мед. наук
Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова
Российская Федерация, 428000, Чебоксары, Московский просп., д. 45
E-mail: office@chuvsu.ru

Описаны болевые синдромы при повреждениях грудной клетки, встречающиеся в практике медсестры, и их опасные осложнения. Приведен алгоритм доврачебной помощи.

Ключевые слова: болевой синдром, осложнения, область грудной клетки, доврачебная помощь при травме.

Для цитирования: Бойков В.П., Чермаков К.С. Острый болевой синдром и опасные осложнения при повреждениях грудной клетки. Медицинская сестра. 2019; 21 (2): 39–42.
<https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-10>

Повреждения грудной клетки представлены в основном переломами ребер, которые составляют 5–15% всех повреждений костей скелета. Переломы грудины, входящие в данную группу травм (код по МКБ-10), встречаются редко. Относящиеся к данной группе переломы грудного отдела позвоночника описаны нами ранее. Травматические повреждения грудной клетки наиболее часты у взрослых; нередко они встречаются у пожилых больных, а в детском и подростковом возрасте практически не встречаются, очевидно, из-за возрастной упругости и эластичности ребер.

Наиболее часто встречается бытовая травма. Медсестра сталкивается с данной категорией больных при посещении на дому. Казалось бы, клиническая диагностика травматического повреждения не должна вызывать затруднений, учитывая анамнез (обычно прямой механизм травмы – удар или падение, реже – не прямой – прижатие грудной клетки к стене или иному препятствию, например

бортом машины, сдающей назад). Однако затруднения диагностики весьма вероятны из-за наличия возрастных когнитивных нарушений: пожилые пациенты не могут адекватно подтвердить и тем более описать наличие травмы. То же можно отметить и при некоторых постоянно встречающихся бытовых травмах (например, насилие со стороны асоциальных родственников с целью завладения денежными средствами – пенсией). Они часто и бывают инициаторами сокрытия криминального эпизода).

Редко встречающиеся переломы грудины обычно возникают при ударе. Они опасны еще и из-за частого возникновения травматического инфаркта (ушиб сердца).

Острый травматический болевой синдром в области грудной клетки описан очень кратко в учебном пособии по сестринскому делу в травматологии, где приводятся лишь общие данные об особенностях ухода за больными с переломами ребер, а также минимальные сведения о проблемах ухода и реабилитации. Хуже всего, что отсутствуют четкие диагностические признаки и соответственно не описаны срочные действия медсестры, особенно в случае, хотя и относительно редкого, но смертельно опасного осложнения переломов ребер – развития клапанного пневмоторакса.

Цель работ – разработка критериев доврачебной диагностики актуального травматического острого болевого синдрома в области грудной клетки, адекватной доврачебной помощи и направления к специалистам. В связи с этим в задачи авторов входили:

- определить основные причины и разновидности болевых травматических синдромов грудной клетки;

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

Вид травмы	Перелом ребер	Ушиб	Перелом ребер с клапанным пневмотораксом	Перелом грудины
Характер боли, динамика клинических проявлений	В первые дни – сильные боли, колющие в месте перелома, при дыхании и движениях, стихают только через 2–3 нед, полностью проходят через 6–8 нед	Вначале умеренные локальные, но не колющие; постепенно ослабевают; полностью проходят через 6–10 дней. Положительный симптом «пальца»	Вначале клиника, как при обычном переломе ребер (см. 1-й столбец). Затем, через несколько минут (или часов), появляются резкая слабость, одышка, боли отходят на второй план, характерен страх смерти. Резко учащается пульс (тахикардия), снижается артериальное давление	Боли локальные сильные, через 1–2 ч – умеренные в зоне травмы; усиливаются при движениях руками и дыхании; умеренная припухлость; в случае ушиба сердца боли иррадиируют в левую руку, слабость, снижение давления
Наличие вынужденного положения	Есть. Типично положение сидя (или полусидя). В положении лежа боли усиливаются	Чаще нет	Вначале – как при простом переломе ребер; затем из-за слабости больной вынужден лечь	Чаще пациент лежит на спине с расслабленными руками
Симптом кашлевого толчка, его длительность	Отмечается. Длится до 3–5 нед с постепенным убыванием интенсивности	Отмечается. В начале (1–2 ч) слабopоложительно, затем, к 6–10 дню, постепенно проходит	Отмечается. При развитии клиники клапанного пневмоторакса сохраняется, но отходит на второй план	Отмечается. Менее выражен, чем при переломе ребер, и проходит быстрее, через 2–3 нед
Симптом «пальца»	Отмечается	Нет	Отмечается	Отмечается
Наличие одышки	Есть; выраженная, болевая	Есть; небольшая, быстро, в течение 1–2 дней проходит	Есть; вначале выраженная, болевая, затем преимущественно – рефлекторная	Чаще нет, только поверхностное дыхание
Окончательный исход (в домашних условиях)	Благоприятный при переломе не более 2 ребер, наступает срастание	Благоприятный	Неблагоприятный. Больной погибает из-за рефлекторной остановки сердца, вызванной смещением средостения	Благоприятный. В случае ушиба сердца клиническое выздоровление усложняется и затягивается (травматический инфаркт)
Алгоритм действий медсестры	Дать обезболивающие средства, туго забинтовать грудную клетку эластичным бинтом; вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологический пункт	Дать обезболивающие средства, местно – холод в первые 24 ч; направить больного в травматологический пункт в плановом порядке, затем – лечение дома, полупостельный режим на 6–10 дней	Немедленная пункция плевральной (см. рисунок) полости и вызов скорой помощи с госпитализацией в травматологическое отделение	Дать обезболивающие средства, вызвать бригаду скорой медицинской помощи для доставки пациента в травматологический пункт

- описать основные особенности клиники форм данного острого болевого синдрома;
- разработать сестринскую дифференциальную диагностику у этих больных с особым вниманием к клиническим проявлениям тяжелого осложнения переломов ребер – клапанного пневмоторакса и перелома грудины – травматического инфаркта;
- составить этапный план действий медсестры на догоспитальном этапе (см. таблицу).

В таблице отражены основные дифференциальные критерии острого болевого синдрома в зоне грудной клетки и алгоритм действий медсестры. Наличие травмы – главный признак; однако медсестре необходимо помнить о пациентах – пожилых людях с когнитивными нарушениями, что может исказить информацию (такая ситуация воз-

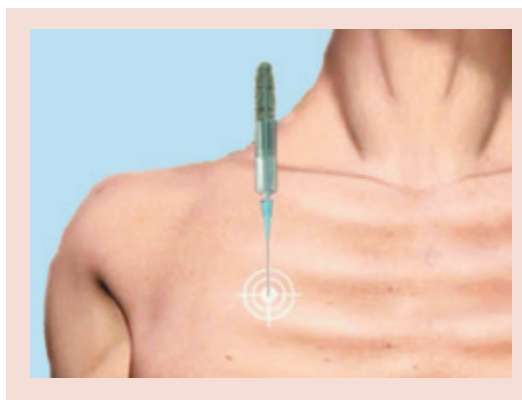
никает при травмах, полученных в бытовых условиях). Когда речь идет о пожилых пациентах, возможны случаи преднамеренного сокрытия травмы родственниками – виновниками нанесения повреждений с целью завладения денежными средствами (пенсия). Поэтому медсестра должна обязательно стараться собрать анамнез возникновения болевого синдрома, опрашивая не только родственников, но и ухаживающих лиц, а также свидетелей травмы и т.д. При переломах ребер в области грудной клетки визуально определяется уменьшенная экскурсия, дыхательные движения резко затруднены из-за болей в зоне перелома, кашлевые движения вызывают максимальную боль (симптом кашлевого толчка), отек мягких тканей незначителен. Интересен простой в исполнении дифференциальный тест – симптом «пальца». Надо попро-

силь пациента указать пальцем зону наибольшей болезненности. При переломе палец никогда не касается тканей грудной клетки, а при ушибах касается. При ушибах симптом кашлевого толчка в отличие ситуации перелома ребер вначале слабоположителен, а вскоре, через 6–10 дней, исчезает.

Диагностика редко встречающихся переломов грудины обычно затруднений не вызывает, но следует помнить о весьма вероятном осложнении – ушибе сердца с развитием травматического инфаркта; поэтому вызов скорой помощи с доставкой в травматологический пункт обязателен.

Пункция плевральной полости

Наиболее тяжелая и даже трагическая ситуация возникает при развитии клапанного пневмоторакса, когда воздух при вдохе попадает из легкого в плевральную полость через травматическое отверстие на висцеральном листке плевры, а обратно не выходит из-за образовавшегося внутреннего клапана – листка той же плевры. Вначале клиника соответствует таковой при переломе ребер, но постепенно на первый план выходит резкая слабость, больной вынужден лечь, чего никогда не происходит при неосложненном переломе ребер, когда больной не ложится из-за усиления болей в данном положении. При клапанном пневмотораксе болевой синдром сохраняется, но уходит на второй план. Характерна выраженная тахикардия, падает артериальное давление, типичен страх смерти, больной активно просит о помощи, затем сознание становится спутанным, нарастает одышка. При внешнем осмотре заметно увеличение одной половины грудной клетки. Финалом при отсутствии неотложной помощи является рефлекторная остановка сердца из-за перегиба дуги аорты вследствие смещения средостения, и больной погибает. Поэтому медсестре вменяется в обязанность при появлении подобной клинической картины у больного с переломом ребер немедленно произвести пункцию плевральной полости во втором–третьем межреберье по среднеключичной линии и перевести таким образом клапанный пневмоторакс в открытый. Эффект от произведенной в принципе простой манипуляции впечатляет – через образовавшееся отверстие со свистом выходит воздух и больной поистине оживает на глазах. При отсутствии медицинской иглы рекомендуется, не тратя драгоценного времени на ее поиски, проколоть грудную клетку любым острым предметом, например, маникюрными ножницами и затем развести бранши кончиком острого ножа и т.д.; в образовавшееся отверстие вставить импровизированную трубку, например шариковую ручку без стержня. Соблюдение правил асептики при этом (обработка



кожи и инструментов спиртосодержащими жидкостями) желательны, но принципиального значения не имеют. Только затем, в случае наличия помощников, параллельно вызывают скорую помощь и доставляют больного в травматологический или специализированный пульмонологический стационар хирургического профиля. Резюмируем сказанное:

- острые травматические болевые синдромы в зоне грудной клетки в практике медсестры встречаются нередко, что связано с высокой частотой травм, преимущественно бытового характера;
- в структуре болевых синдромов в равной степени представлены переломы (ребер и значительно реже – грудины) и ушибы;
- при травме с явными признаками перелома должна осуществляться первая медицинская сестринская помощь на дому (обезболивающие, тугое бинтование при переломе ребер) с последующим экстренным направлением пациента в дежурный травматологический пункт (вызов скорой помощи);
- при обнаружении признаков развития клапанного пневмоторакса следует немедленно пунктировать плевральную полость с последующим вызовом скорой помощи;
- пациентов с ушибами грудной клетки рекомендуется после оказания первой сестринской помощи и рекомендаций направить на прием в травматологический пункт в плановом порядке.

Рекомендуемая литература

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., Чермаков К.С. Болевой синдром при повреждениях и заболеваниях позвоночника. Медицинская сестра. 2018; 7: 46–9.

Волков В.Е, Волков С.В. Неотложная помощь при спонтанном пневмотораксе. Медицинская сестра. 2018; 7: 39–45.

Котельников Г.П., Миронов С.П. Травматология. Национальное руководство. М.: ГЭОТАР-МЕДИА, 2008; 313–9, 622–7.

Мысикова Г.П. Технология «Сестринский процесс» на практике. Сестринское дело. 2001; 6: 21–7.

Мыльникова И.С. Контроль деятельности среднего медицинского персонала в Российских ЛПУ. Главный врач. 2004; 2: 10–6.

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 AND DANGEROUS COMPLICATIONS IN CHEST INJURIES

Prof. V.P. Boikov, MD; K.S. Chermakov, Cand. Med. Sci.

I.N. Ulyanov Chuvash State University
45, Moskovsky Prospect, Cheboksary 428000,
Russian Federation

The paper describes pain syndromes in chest injuries, which occur in nursing practice, as well as their dangerous complications. It gives a first aid algorithm.

Key words: pain syndrome, complications, chest area, injury first aid.

For reference: Boikov V.P. Acute pain syndrome and dangerous complications in chest injuries. Meditsinskaya Sestra. 2019; 21(2): 39–42. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-02-10>