

СОДЕРЖАНИЕ

1. Учебная и воспитательная цель методических рекомендаций	4
2. Введение в предмет.....	5
3. Первичная медицинская ориентация при травмах.....	6
4. Диагностическое обследование травматологических и ортопедических больных	7
5. Ориентировочные параметры нормальных движений в суставах.....	16
6. Дополнительные методы диагностики	20
Заключение.....	25
Литература.....	25
Приложение. Схема оформления истории болезни травматологического и ортопедического больного	26

1. УЧЕБНАЯ И ВОСПИТАТЕЛЬНАЯ ЦЕЛЬ МЕТОДИЧЕСКИХ РЕКОМЕНДАЦИЙ

Обучить студентов основным методам обследования и обобщения полученных данных при постановке клинического диагноза у больных с повреждениями и заболеваниями органов опоры и движения.

Студент должен знать:

1. особенности выяснения жалоб и сбора анамнеза у травматологических и ортопедических больных.
2. на что обращать внимание при общем осмотре больных с повреждением и заболеванием опорно-двигательного аппарата.
3. принципы метрического измерения длины отдельных сегментов и суставов, а также верхних и нижних конечностей.
4. как определить форму и функцию конечностей и всего опорно-двигательного аппарата.
5. основные принципы и методы клинического, лабораторного, рентгенологического обследования, необходимые для постановки диагноза и лечения больных с повреждением органов опоры и движения.

Студент должен уметь:

1. выяснять жалобы и собирать анамнез у травматологических и ортопедических больных.
2. определять форму и функцию верхних и нижних конечностей.
3. определять ось, длину и окружность сегментов верхних и нижних конечностей.
4. пальпировать, перкутировать, аускультировать опорно-двигательный аппарат, определять мышечную силу сегментов конечностей и объем движений в суставах.
5. оценить проведенное специальное рентгенологическое и другое (клиническое, лабораторное, функциональное обследование).
6. пальпаторно определять особенности анатомического расположения и соотношения костей и их отростков, определять условные линии и специальные геометрические фигуры.

Учебные элементы

1. Выяснение жалоб и особенности сбора анамнеза у травматологических и ортопедических больных.

2. Метрические измерения верхней конечности: определить длину плеча, предплечья и всей верхней конечности, определить ось верхней конечности.

3. Определить объем движений в суставах верхней конечности (плечевом, локтевом, лучезапястном и суставах кисти).

4. Метрические измерения нижней конечности: определить ось нижней конечности; длину бедра и голени; окружность бедра и голени; объем движений в коленном, тазобедренном и голеностопном суставах.

5. Определить мышечную силу конечностей методом сравнения со здоровой конечностью ручным способом и динамометром.

6. Особенности рентгенологического исследования костей и суставов в травматологии и ортопедии.

2. ВВЕДЕНИЕ В ПРЕДМЕТ

Не требует доказательств то обстоятельство, что от качества обследования больных и достоверности диагностических заключений во многом зависит успех предполагаемого лечения. Поэтому совершенно правильно, когда занятия на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии начинаются с этого раздела – методики обследования травматологических и ортопедических больных. Этим целям служат настоящие рекомендации, которые, как хотят того авторы, могут оказаться полезным подспорьем в обучении студентов.

Приступая к этой работе, в первую очередь считаем необходимым особо отметить, что объем обследования пострадавших и больных находится в прямой зависимости не только от квалификации и подготовленности врача, но и от места и условий его работы, так как в одних случаях обследование может носить только характер **первичной медицинской ориентации**, приемлемой в основном на догоспитальных этапах травматологической службы, а в других – обеспечивать построение детализированного диагностического заключения, что при травмах возможно на этапах квалифицированной и специализированной помощи, а при пороках опорно-двигательного аппарата – в соответствующих профильных ортопедических учреждениях. Таким образом, если для травматологических больных возможны различные уровни оценки характера имеющейся у них патологии, то для ортопедических больных во всех случаях обследование должно завершаться полноценным и всеобъемлющим клиническим диагнозом.

3. ПЕРВИЧНАЯ МЕДИЦИНСКАЯ ОРИЕНТАЦИЯ ПРИ ТРАВМАХ

Под первичной медицинской ориентацией следует понимать первоначальную недетализированную оценку локализации и распространенности анатомических разрушений, а также тяжести общего состояния пострадавших людей при условии использования только простейших общедоступных приемов и средств – опроса, осмотра, пальпации и перкуссии.

Пользуясь методами первичной медицинской ориентации можно констатировать следующее:

1. **Анамнез болезни:** путем опроса пострадавшего, очевидцев либо сопровождающих лиц можно выяснить место, время, обстоятельства и механизм травмы, объем первой медицинской помощи.

2. **Локализация повреждений:** голова, шея, грудь, живот, нижние или верхние конечности, тазовая область, спина.

3. **Зрительно регистрирующиеся анатомические разрушения:** отрывы, размоложения, ранения, наружные кровотечения, выраженные деформации и пр.

4. **Функция внешнего дыхания:**

- внешнее дыхание не нарушено – ровное, ритмичное дыхание в пределах 30 экскурсий в 1 минуту, при отсутствии цианоза и выраженных хрипов;

- острая дыхательная недостаточность – крайне беспокойное поведение пострадавшего, частота дыхательных движений свыше 30 в 1 минуту, дыхание поверхностное, иногда аритмичное. В акте дыхания активно участвуют крылья носа, набухают вены шеи, на вдохе втягиваются межреберные промежутки, кожные покровы приобретают бледно-цианотичный оттенок либо отмечается акроцианоз. Мышцы шеи напряжены. Холодный пот. При присоединении отека легких – шумное, хриплое дыхание;

- остановка дыхания – отсутствие дыхательных движений груди и передней брюшной стенки.

5. **Функция кровообращения:**

- функция кровообращения не нарушена – удовлетворительные показатели пульса на периферических артериях, нормальное для данного возраста артериальное давление;

- травматический шок (компенсированный или декомпенсированный), острая массивная кровопотеря, коллапс;

- остановка сердечной деятельности – отсутствие сердечного толчка и сердечных тонов.

6. Сознание:

- сознание сохранено – реакция на внешние раздражители адекватная;
- сознание спутано – реакция на внешние раздражители неадекватная;
- сознание утрачено, видимая реакция на внешние раздражители отсутствует.

В первом и втором случаях дополнительно отмечается быстрота реакции на внешние раздражители – реакция нормальная, обычная, ускоренная или замедленная.

Очевидно, что для построения всеобъемлющего диагноза данных, первичной медицинской ориентации недостаточно, но для организации медицинской помощи, вплоть до первой врачебной помощи, в принципе может оказаться вполне достаточно.

4. ДИАГНОСТИЧЕСКОЕ ОБЛЕДОВАНИЕ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКИХ И ОРТОПЕДИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

При диагностическом обследовании используются те же клинические приемы и средства, но с более углубленной их трактовкой. В необходимых случаях результаты клинического обследования дополняются лабораторными рентгенологическими, радионуклидными, микроскопическими, бактериологическими и прочими данными.

Все вместе взятое может позволить четко выяснить анамнез жизни и болезни, характер анатомических, функциональных и косметических потерь. Причем диагностическое заключение может строиться на результатах однократного обследования, а иногда при изучении больного в динамике. При этом каждое последующее обследование должно углублять знания врача о данном больном, о его недуге, симптомах доминирующих и сопутствующих, первичных и вторичных.

Опрос

Опрос больных должен осуществляться в двух направлениях:

- выяснение жалоб (причины обращения или доставки);
- анамнез болезни. Перечень вопросов для травматологических больных приведен выше. При врожденной патологии и ортопедических заболеваниях следует выяснить время и характер начала заболевания, его развитие, продолжительность, возможную цикличность.

У всех больных выявляются сопутствующие заболевания, возможные контакты с инфекционными больными, проводимое ранее лечение.

При опросе особое внимание уделяется болевому компоненту заболевания – боль постоянная или проявляющаяся (усиливающаяся) при пальпации либо движениях, тупая или острая, ноющая или резкая, приводящая или не приводящая к функциональным потерям, и, естественно, ее локализация и распространенность.

Общий осмотр

При общем осмотре пострадавших следует обращать внимание на их положение, степень активности, выражение лица, цвет кожных покровов, реакцию на внешние раздражители и ее адекватность. Дополнительными признаками в этих случаях могут служить наружные кровотечения из ран, носовых и слуховых ходов, отрыжка, икота, рвота, следы крови и рвотных масс на одежде. После общего осмотра исследующий переходит к **осмотру локальному**, результатом которого должно быть обстоятельное описание участков анатомических разрушений – ран, ушибов, кровоизлияний, лимфостаза, деформаций и др.

Поскольку органы опоры и движения являются единой, анатомо-физиологической системой, осмотр ортопедических больных также должен носить общий и последовательный характер.

В целом, говоря об осмотре травматологических или ортопедических больных, следует придерживаться следующих правил:

1. Перед осмотром больной должен быть полностью раздет.
2. Осмотр независимо от жалоб и собственных предположений, следует проводить последовательно во всех областях и сегментах.
3. Исследование при осмотре должно быть сравнительным, т. е. проводиться путем сопоставления симметричных анатомических областей (сегментов).
4. При осмотре обращать внимание на:
 - рост больного и пропорциональность его тела;
 - оси конечностей;
 - позицию больных в покое и при движениях;
 - степень активности;
 - объем и характер движений при ходьбе, различных движениях туловища и конечностей;
 - наличие свищей, свежих и старых рубцов, состояние и цвет кожных покровов, припухлости, деформации.

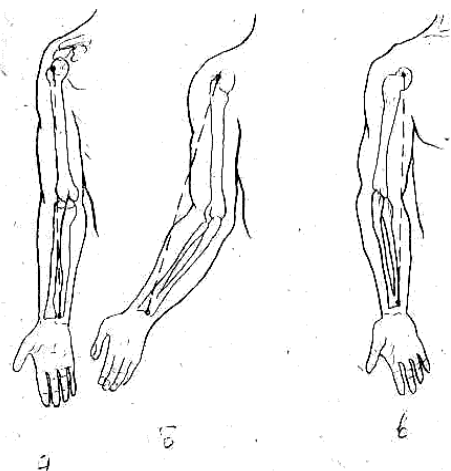


Рис. 1. Прохождение оси верхней конечности. а) нормальная ось; б) отведение предплечья; в) приведение предплечья;

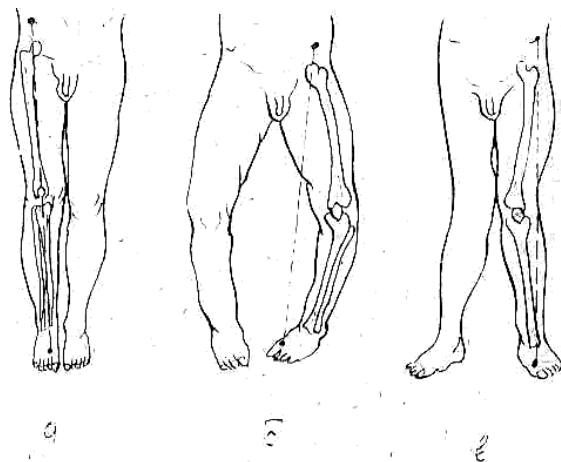


Рис. 2 Прохождение оси нижней конечности. а) нормальная ось нижней конечности; б) приведение коленного сустава; в) отведение коленного сустава.

Примечание: иллюстрации, приводимые в настоящем пособии, заимствованы из учебника «Травматология и ортопедия» (Г. С. Юмашев, 1977) и руководства «Исследование ортопедического больного» (В. О. Маркс, 1956).

Пальпация

Пальпация может осуществляться одной или двумя руками, всей ладонью или одним пальцем.

Посредством пальпации можно определить болевые точки или зоны, кожную температуру, эластичность кожи и подлежащих мягких тканей, тонус мышц, выраженность отеков и внутритканевых кровоизлияний, крепитацию костных отломков, подкожную или межмышечную эмфизему, нарушения конгруэнтности костей в суставах, поверхностную и глубокую чувствительность, состояние периферического кровообращения и пульса на периферических артериях, патологическую подвижность, контуры внутренних органов. В ортопедической практике, помимо сказанного, пальпаторным методом определяются соотношения отдельных костей и их выступов, определяются условные линии и геометрические фигуры (линии Розер-Нелатона, Шемакера и пр., треугольники Бриана, Гюттера и др.).

Перкуссия

Перкуссией чаще оценивается состояние естественных полостей организма, границы внутренних органов, скопления воздуха или крови, флюктуация, внутритканевые гематомы, скопления жидкостей или газа, местные и отдаленные болевые реакции.

Аускультация

Аускультация особенно ценна при определении проходимости дыхательных путей и функционального состояния легких и сердца, при измерении артериального давления и патологических шумов, перистальтики кишечника, а в ряде случаев и для определения целостности костной ткани (по степени проходимости перкуторного звука).

Метрическое измерение

Метрическое измерение осуществляется в основном с применением эластических измерительных лент, с ориентацией на соответствующие костные выступы.

Посредством метрических измерений можно определить разницу в длине конечностей, которая может быть обусловлена врожденными дефектами, заболеваниями, либо перенесенными в данное время или в прошлом травмами. Той же лентой определяется окружность конечностей так же естественно в сравнительном плане.

Некоторые специалисты к измерительным методам относят термометрию, количественную оценку пульса на периферических артериях, измерение артериального давления, взвешивание, определение размеров ран, рубцов и различных деформаций, что в целом принципиальных возражений не встречает.

Для определения длины конечностей и их отдельных сегментов необходимо ориентироваться на соответствующие костные выступы, четко определяющиеся при осмотре и пальпации.

Для верхних конечностей – лопаточный отросток, локтевой отросток, шиловидные отростки;

- длина кисти и пальцев – от кистевого сустава до конца II пальца – анатомическая, поsegmentарная длина;
- длина пальца – соответствует расстоянию от конца пальца до его основания;
- измерение ширины кисти производится между головками II и V-постных костей.

Для нижних конечностей – передняя верхняя ость подвздошной кости, большой вертел бедра, мыщелки бедра, лодыжки.

- **Длина стопы** – от конца пятки вдоль стопы до конца I пальца.
- **Высота стопы** – в положении больного стоя от тыльной поверхности ладьевидной кости (расположенной на поперечный палец дистальнее от сгиба голеностопного сустава, т. е. кпереди до пола.
- **Длина шеи** – расстояние от затылочного бугра до остистого отростка VII шейного позвонка, при этом больной должен держать голову ровно.

– **Длина туловища:**

Спереди – от края вырезки грудины до нижнего края лобкового сочленения;

Сзади – от остистого отростка VII шейного позвонка до верхушки копчика.

Посредством измерения длины верхней или нижней конечностей можно выявить важные для клиники явления:

- относительное или дислокационное укорочение – обусловлено нарушением нормальных анатомических соотношений в суставах, т. е. травматическими или патологическими вывихами с перемещением анатомических сегментов. Следует помнить, что при этой форме сравнительное поsegmentарное измерение конечностей различия не выявляет;
- истинное или анатомическое укорочение – выявляется при поsegmentарном измерении конечностей;
- кажущееся укорочение – связано с фиксированной патологической установкой конечности в одном или нескольких суставах. При этом поsegmentарные различия не выявляются.

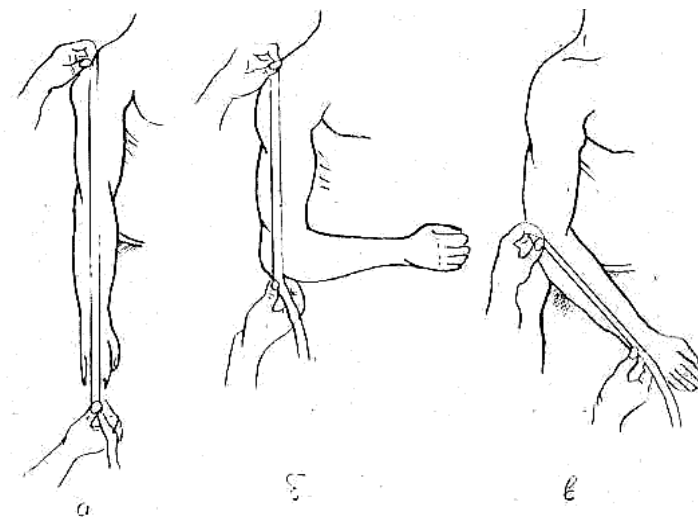


Рис. 3. а) Измерение длины верхней конечности; б) Измерение длины плеча; в) измерение длины предплечья.

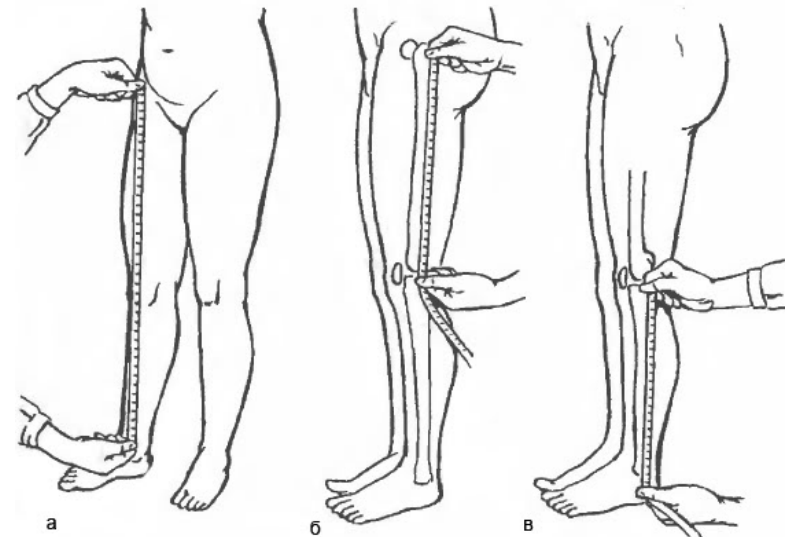


Рис 5. а) Измерение длины нижней конечности; б) Измерение длины бедра; в) Измерение длины голени

Относительное кажущееся и истинное укорочение может определяться в любом положении, а функциональное для нижних конечностей только стоя, при установке таза в строго горизонтальной позиции (контроль по передним верхним осям подвздошных костей). При этом установление расстояния от пола до пятки и будет величиной функционального укорочения.

Угловое измерение

Угловое измерение – определение объема движений в суставах с использованием специальных угломеров.

Посредством углового измерения изучаются два вида движений – активное, т. е. осуществляемое самим исследуемым и пассивное, выполняемое с помощью исследователя. В том и другом случае движения могут оцениваться как нормальные, т. е. свойственные для данного сустава, либо как патологические, совершаемые в необычных для данного сустава плоскостях и пределах.

Движение в суставах может изучаться во фронтальной плоскости (отведение и приведение), сагиттальной плоскости (сгибание и разгибание), а также вокруг продольной оси (наружная или внутренняя ротация).

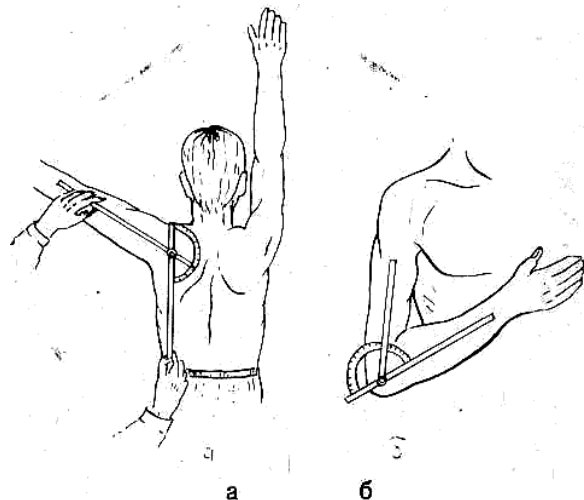


Рис. 5. а) Измерение угла отведения в плечевом суставе;
б) Измерение угла сгибания в локтевом суставе.

По результатам угловых измерений в сочетании с клиническими данными можно констатировать следующие варианты нормы или патологии:

1. Активные движения в исследуемом суставе в полном объеме ограничены (насколько и в какую сторону), утрачены; скорость этих движений. По этим показателям можно констатировать полное сохранение самостоятельных движений, развитие тугоподвижности, контрактуры либо анкилоза. При констатации указанных нарушений необходимо определение причины их возникновения.

2. Пассивные движения регистрируются по тем же параметрам, что позволяет отдифференцировать функциональные сдвиги от морфологических, выявить их истинную природу.

3. Патологические движения – неестественные движения в суставе с указанием их характера, величины и направления.

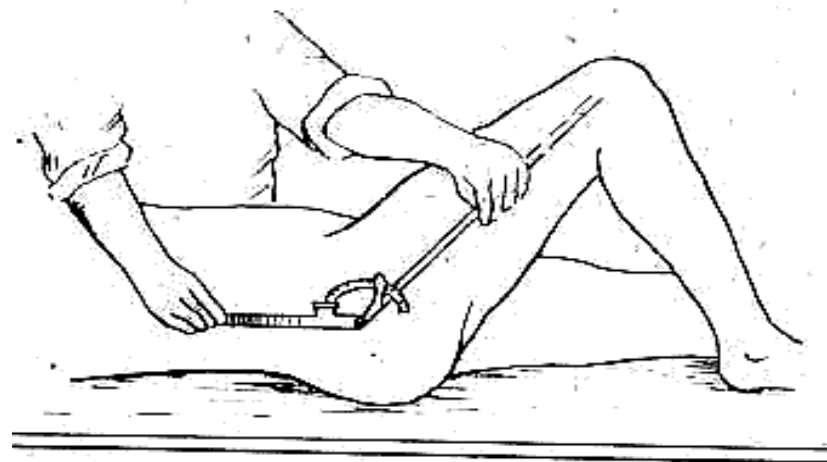


Рис. 6. Измерение подвижности в тазобедренном суставе.

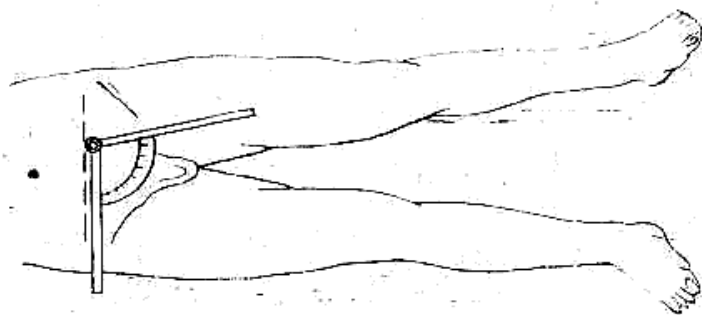


Рис. 7. Измерение величины отведения бедра.

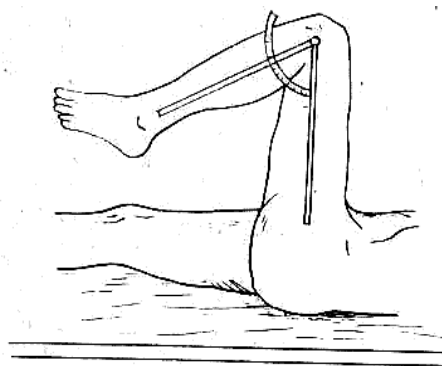


Рис. 8. Измерение угла сгибания в коленном суставе.

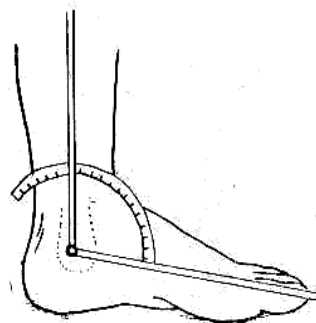


Рис. 9. Измерение подвижности стопы.

5. ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ ПАРАМЕТРЫ НОРМАЛЬНЫХ ДВИЖЕНИЙ В СУСТАВАХ

Сустав	Сгибание	Разгибание	Отведение	Приведение	Ротация наружная	Ротация внутренняя
	Показатели в градусах					
1	2	3	4	5	6	7
1. Плечевой	90	30	30	0	90	90
2. Локтевой	до 20	180				
3. Лучелоктевой					90	90
4. Лучезапястный	80	70	30	30		
5. Пястно-фалангеальные 2–5-го пальцев	120	0				
6. Межфалангеальные 2–5-го пальцев	120	0				
7. Пястно-фалангеальный 1-го пальца	50	0	70			
8. Межфалангеальный 1-го пальца	90	35				
9. Тазобедренный	до 120	15	40	40	45	40
10. Коленный	130	15				
11. Голеностопный	45	20	20	30		
12. Плюсне-фалангеальные	35	80				
Позвоночник:						
Шейный отдел		45 до 60	вправо 40	влево 30	до 80	
Грудной отдел	10	0	вправо 20	влево 20	30	30
Поясничный отдел	40	30	вправо 30	влево 40	30	30

Определение мышечной силы

Для определения мышечной силы можно пользоваться динамометрами либо путем определения степени сопротивления мышечным усилиям исследующего. В последнем случае можно пользоваться пятибалльной системой оценки:

- нормальная мышечная сила – 5 баллов (100%);
- незначительное понижение мышечной силы – 4 балла (75%);
- значительное снижение мышечной силы – 3 балла (50%);
- остаточная, слабо выраженная мышечная сила – 2 балла (25%);
- парез, паралич – 1 балл (менее 25%).

Как и все прочие измерения, определение мышечной силы должно проводиться по сравнению с противоположным симметричным анатомическим сегментом.

Изучение походки

В травматологической и особенно ортопедической практике изучение походки больных имеет особое значение для диагностики и последующего определения плана лечебных мероприятий. Как известно, походка людей может быть ненарушенной, нормальной и нарушенной, объединяемой под собирательным термином «хромота». Хромота по своей природе может быть функциональной либо иметь под собой органическую, морфологическую основу. Одной из причин хромоты является щажение больным соответствующей нижней конечности в силу болей, либо боязни их возникновения (щадящая, болевая хромота). У детей часто встречается так называемая, перемежающаяся хромота. При наружной ротации и отведении ноги, последняя оказывается как бы длиннее здоровой, чем и обуславливает нарушение походки. При положении стопы по типу «конской» – хромота с наклоном туловища вперед либо переразгибание (рекурвация) в коленном суставе.

Наиболее частым вариантом морфологической хромоты является разная длина конечностей, превышающая 2 см. При незначительной разнице она компенсируется наклоном таза в «большую» сторону и хромота не проявляется.

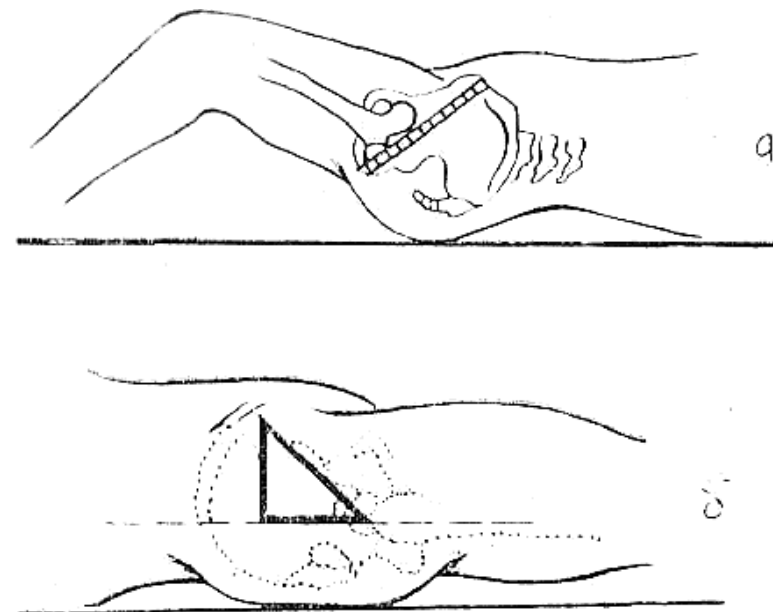


Рис. 11. а) Линия М. И. Куслика, на которой лежит вершина большого вертела бедра; б) Треугольник Бриана при нормальных отношениях в области тазобедренного сустава.

При характеристике характера походки пользуются пространственными определениями:

- подпрыгивающая походка – при удлинённой за счёт эквинусной позиции стопы;
- дугообразное отведение ноги – при анкилозе в коленном суставе;
- утиная походка – при вывихе бедер, уменьшении шейечно-диафизарного угла;
- паралитическая походка – при изолированных параличах мышц (чаще четырехглавой) либо выключении малоберцового нерва;
- спастическая походка – болезнь Литтля, повышение мышечного тонуса.

Исследование нижней конечности

При осмотре определяется форма, цвет кожных покровов, позиция. Пальпаторно выявляются костные выступы, локальная температура, эластичность тканей, болевые точки. Наиболее типичные ориентиры:

– линия Розер-Нелатона соединяет переднюю верхнюю ость подвздошной кости, большой вертел и седалищный бугор;

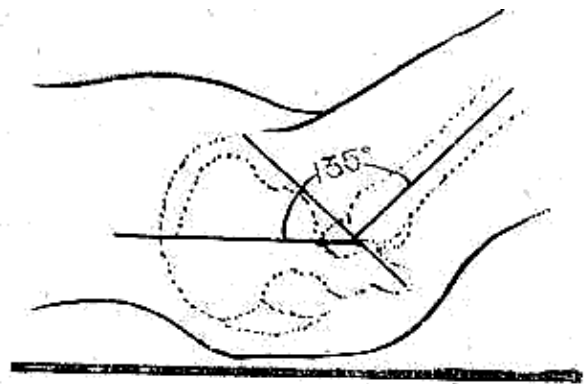


Рис. 10. Линия Розер-Нелатона, на которой в норме лежит вершина большого вертела бедра.

– линия Куслика соединяет переднюю верхнюю ость подвздошной кости, большой вертел и нижне-ягодичную складку;

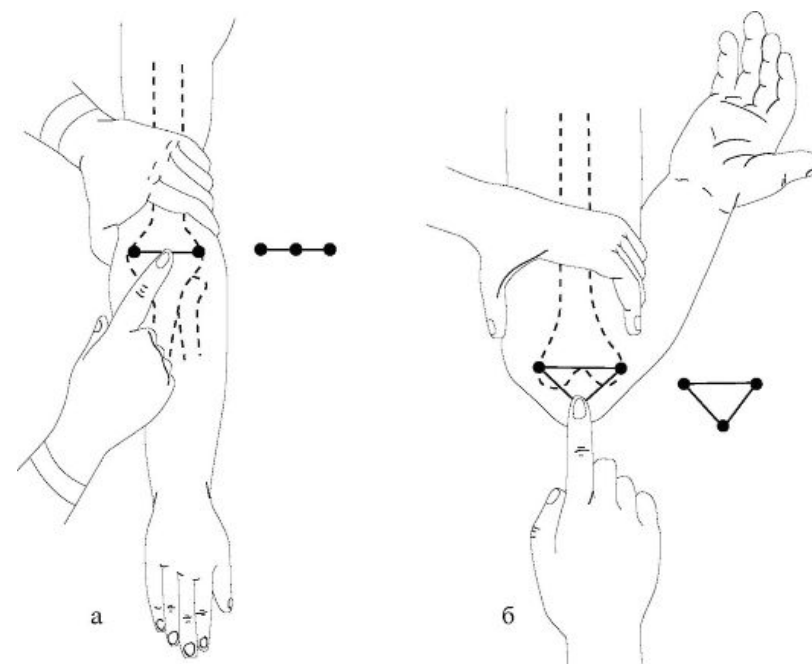
– треугольник Бриана соединяет большой вертел с передней верхней остью подвздошной кости, а прочие его стороны образуются за счет краниально проведенной через большой бугор линии и перпендикуляра к ней, идущего с передней верхней ости подвздошной кости. Форма треугольника зависит от уровня большого вертела, а при высоком его положении треугольник как бы разворачивается на 180° .

Исследование верхней конечности

При исследовании верхней конечности, как и прочих анатомических областей следует учитывать условные и выраженные ориентиры:

– треугольник надплечья, образующийся между клювовидным

отростком, акромиальным отростком и выступающей частью большого бугра плечевой кости;



– линия Гюнтера соединяет внутренний и наружный надмыщелки и между ними локтевой отросток;

– линия Маркса соединяет надмыщелки и с продольной осью плеча в норме образует прямой угол, который изменяется при переломах в «больную» сторону.

6. ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ

Рентгенологический метод:

- Традиционная рентгенография;
- Электрорентгенография (ксерорадиография), флюорография;
- Томография;
- Рентгентелевизионное просвечивание;
- Фистулография;

- Артрография
- Ангиография;
- Рентгеновская компьютерная томография (КТ);
- Магнитно-резонансная томография (МРТ);
- Ультразвуковая диагностика;
- Радионуклидная диагностика;
- Электрофизиологические исследования.

Лабораторные исследования:

- Анализ крови;
- Анализ мочи;
- Биохимические анализы;
- Анализ жидкостей, полученных при пункции (спинно-мозговой или из сустава, абсцесса, инфильтрата, кости).

Первичное неврологическое обследование

Углубленное неврологическое обследование является прерогативой невропатологов, а на долю травматологов-ортопедов выделяется только функция первичного неврологического обследования, результатом которого должно явиться предположение о неврологической патологии и вынесение заключения о приглашении на консультацию специалиста невропатолога.

Первичное неврологическое заключение основывается на следующих показателях:

- сознание (сохранено, спутано, утрачено);
- состояние психики – ориентировка в месте и времени, контактность, оценка тяжести собственного состояния, способность логического мышления, оцениваемая по четкости изложения обстоятельств, механизма и причин травмы;
- речь (не нарушена, нарушена);
- активные движения головой и конечностями;
- пассивные движения головой и конечностями;
- физическая сила конечностей;
- менингеальные симптомы;
- сухожильные и глазные рефлексы;
- тактильная и глубокая чувствительность;
- патологические симптомы Бабинского, Оппенгейма, Росс-солимо и пр.;
- болевой синдром.

Для удобства проведения первичного неврологического обследования предлагаем нижеследующую рабочую таблицу:

Первичное неврологическое обследование

Простейшие клинические ориентиры	Варианты первичного заключения
Сознание	Сохранено, спутано, утрачено
Состояние психики	Ориентирован в месте и времени (да, нет) Контактен (да, нет) Оценка тяжести своего состояния (правильная, неправильная) Способность логического мышления (четкое или нечеткое изложение причин заболевания)
Речь	Нарушена, не нарушена
Активные движения	Без ограничений, ограничены, замедлены, отсутствуют
Пассивные движения	Без ограничений, ограничены, невозможны
Физическая сила	Оценивается в баллах (см. выше)
Менингеальные симптомы	Регистрируются, отсутствуют
Сухожильные и глазные рефлексы	Сохранены, живые, ослаблены, отсутствуют
Тактильная и глубокая чувствительность	Сохранены, понижены, усилены, отсутствуют
Патологические симптомы	Бабинского, Оппенгейма, Росс-солимо и пр.
Болевой синдром	Отсутствует, регистрируется больным: — боль постоянная или проявляющаяся (усиливающаяся) при пальпации либо движениях; — боль тупая или острая, ноющая или резкая; — боль приводящая или не приводящая к функциональным потерям

Обследование пострадавших с черепно-мозговой травмой

Вопросы – что, где, когда и как? (обстоятельства, время и механизм травмы);

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Боли? Тошноты? Рвоты? Сознание (анамнез)?

Осмотр – цвет кожных покровов, частота, ритмичность и глубина дыхательных движений груди, активность, положение в постели, ширина зрачков, их реакция на свет.

Неврологические данные – сознание, состояние психики, менингеальные знаки, сухожильные и глазные рефлексы, болевой синдром, ликворрея, кровотечение из ушей и носовых ходов.

Обследование пострадавших с торакальной травмой

Вопросы – что, где, когда и как случилось? (обстоятельства, время и механизм травмы);

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Одышка? Кашель? Затрудненное дыхание (на вдохе или выдохе)?

Мокрота? Ее характер? Кровохаркание? Боли?

Осмотр – цвет кожных покровов, форма грудной клетки, положение и поведение, частота, ритмичность дыхательных движений, их симметричность.

Пальпация – болевые точки, деформации, крепитация костных фрагментов, подкожная и межмышечная эмфизема.

Перкуссия – границы органов грудной полости, наличие в ней воздуха и крови.

Аускультация – дыхательные и сердечные шумы, тоны сердца, шум трения перикарда и плевры, артериальное давление.

Обследование пострадавших с абдоминальной травмой

Вопросы – что, где, когда и как случилось (обстоятельства, время и механизм травмы)?

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Тошноты? Рвоты? Боли? Расстройства дефекации? Расстройства мочеиспускания?

Осмотр – положение в постели, выражение лица, цвет кожных покровов и слизистых оболочек, форма живота, симметричность, участие в акте дыхания, следы травмы.

Пальпация – болевые точки, напряжение мышц передней брюшной стенки, границы паренхиматозных органов, симптом раздражения брюшины, инфильтраты.

Перкуссия – наличие свободной жидкости или газа в брюшной полости, границы внутренних органов.

Аускультация – перистальтика кишечника.

Обследование пострадавших с травмами тазовой области

Вопросы – что, где, когда и как случилось (обстоятельства, время и механизм травмы)?

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Боли? Функция мочеиспускания? Кровотечение из уретры?

Осмотр – следы ушибов, цвет кожных покровов, деформации, симптом «прилипшей пятки».

Пальпация – болевые точки, напряженность тканей.

Перкуссия – границы мочевого пузыря.

Обследование пострадавших с травмами позвоночника

Вопросы – что, где, когда и как случилось (обстоятельства, время и механизм травмы)?

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Движения в нижних конечностях? Функция мочеиспускания? Чувствительность? Боли?

Осмотр – правильность физиологических изгибов позвоночника, деформации, активные движения нижними конечностями (сгибание, разгибание, ротация), следы ушибов, цвет кожных покровов и видимых слизистых оболочек.

Пальпация – болевые точки, деформации, чувствительность, пульсация периферических сосудов, кожная температура, мышечное напряжение.

Неврологическая оценка – см. выше.

Обследование пострадавших с травмами конечностей

Вопросы – что, где, когда, как случилось (обстоятельства, время и механизм травмы)?

Объем первой медицинской помощи?

Жалобы? Расстройства движений? Расстройства чувствительности? Боли?

Осмотр – изменение оси и формы конечности, цвет кожных покровов, позиция, активные движения (сгибание, разгибание, ротация).

Пальпация – болевые точки, крепитация, патологическая подвижность, чувствительность, температура, напряженность тканей, пульсация периферических артерий, пассивные движения (сгибание, разгибание, ротация).

Измерение – длина по продольной оси, окружность, амплитуда движений.

Неврологическая оценка – см. выше.

Обследование пострадавших с тяжелой и жизнеопасной травмой

Обследование пострадавших (пораженных) с тяжелой и жизнеопасной травмой отличается от приведенных выше схем в первую очередь тем, что оно должно проводиться не до лечения, а в процессе его реализации. В этих ситуациях при обследовании пострадавших на первый план выносятся оценка функции внешнего дыхания, кровообращения и сознания, а затем уже, повторяем, на фоне проводимой патогенетической или симптоматической терапии осуществляется систематизированное детализированное обследование по наиболее подходящей для данного конкретного случая схеме, учитывающей локализацию повреждений.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Заканчивая изложение настоящих методических рекомендаций, считаем необходимым обратить внимание наших читателей на то обстоятельство, что обследование травматологических и ортопедических больных является сложным процессом сбора, накопления, систематизации и осмысливания значительной по объему информации по каждому конкретному больному. И поэтому во избежание допущения ошибок и неточностей, оно должно проводиться в строгой последовательности, по четко отработанной схеме, в которой главное место должны занимать описанные выше исследовательские задачи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Маркс В. О. Ортопедическая диагностика. Минск, 1978.
2. Юмашев Г. С. Травматология и ортопедия. М., 1977.
3. Миррахимов М. М., Рожинский М. М., Мирджалилов В. М. Клинические, рентгенологические и радионуклидные методы обследования костно-суставной системы при ревматоидном артрите. Фрунзе: «Кыргызстан», 1985.
4. Джумабеков С. А., Мирджалилов В. М., Иманалиев А. Б. Методы обследования в травматологии и ортопедии. Бишкек, 2008.
5. Ковалерский Г. М. Травматология и ортопедия. М., 2005.
6. Котельников Г. П. Руководство по травматологии и ортопедии в 4-х томах. М., 2010.

ПРИЛОЖЕНИЕ

СХЕМА ОФОРМЛЕНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ ТРАВМАТОЛОГИЧЕСКОГО И ОРТОПЕДИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО

Паспортная часть

1. Данные опроса больного (жалобы, причины обращения / доставки, анамнез болезни).
2. Данные общего осмотра.
3. Данные локального осмотра (результаты осмотра, пальпации, перкуссии, аускультации, метрических исследований, мышечной силы, первичного неврологического исследования).
4. Данные специальных исследований – лабораторных, радионуклидных, рентгенологических и пр.
5. Предварительный диагноз.
6. План лечения и дополнительного обследования.
7. Клинический диагноз.
8. Лист назначений и ежедневная оценка состояния больного, результатов лечения и выполнения лечебно-диагностических назначений.
9. При необходимости хирургического вмешательства – предоперационный эпикриз, запись анестезиолога, протокол операции, запись анестезиолога.
10. При выписке или переводе – эпикриз.