

**ЛОКАЛЬНЫЕ    СТАТУСЫ**  
**наиболее часто встречающихся травматических**  
**повреждений (примеры написания в медицинской карте)**

Учебно – методическое пособие для  
врачей интернов и клинических ординаторов - травматологов.

**Панин А.Н.**  
**Потапова А.А.**

**Иваново. 2013.**

## **Предисловие.**

Первая неприятность, с которой сталкиваются начинающие травматологи – оформление истории болезни. И если с паспортной её частью и анамнезом всё более или менее ясно, то с описанием состояния больного возникают самые неожиданные сложности. С одной стороны хочется всё написать покороче и побыстрее (нет времени на писанину), с другой стороны необходимо подробно описать все имеющиеся повреждения и функциональные расстройства, дабы ни начальство, ни всяческие проверяющие органы и организации лишней раз не придрались и не трепали измотанные сложной и нудной работой нервы. Как же поступить молодому доктору, где взять образец краткого и ёмкого локального статуса?

Обычно обращаются к помощи старших и опытных коллег, что само по себе неплохо, и всё, собственно, на этом и держится. Здесь два недостатка – чрезмерная краткость и отсебятина, передающиеся из поколения в поколение.

Во многих больницах существуют «формализованные» истории болезни, в которых нужно подчеркнуть соответствующие графы и кое-что дописать – это второй хороший вариант, но «если что-то не так» в суде проходит плохо. И стоит это дорого – не каждое учреждение может себе позволить многотысячный тираж медкарты с дополнительными, удобными для врача листами. Компьютерный вариант – не лучше. Так что перед вами – чистая бумага, которую следует заполнить.

Можно обратиться к справочникам, учебникам и методическим пособиям по травматологии, весьма суховатым и пригодным только для сдачи экзаменов. Есть и многочисленные монографии, посвящённые различным вопросам травматологии с многословными, водянистыми и вязкими, как болото клиническими картинками. Слишком много времени требуется для того, чтобы вычленить из этой массы нужную информацию. И записать. Коротко и ясно.

Данное пособие представляет собой результат рысканья по травматологическим книгам, так сказать «выжимку» из описаний клинических картинок травм, сдобренную практическим опытом травматолога и личным опытом общения с различными проверяющими комиссиями, прокурорами и судьями.

Надеюсь, Доктор, что эта шпаргалка позволит Вам сэкономить свои силы и энергию для больного человека.

Панин. А.Н.

## **1.Вывихи.**

### **Закрытый неосложнённый подклювовидный вывих правого плеча:**

Правый плечевой сустав деформирован: контур сустава угловат – резко контурируется акромион, по наружной поверхности дельтовидной мышцы имеется западение. Положение плеча вынужденное, отведённое, больной поддерживает его здоровой рукой. Активные движения плечом невозможны, пассивные резко болезненны и ограничены. При попытке привести плечо возникает пружинящее сопротивление. Пальпаторно в области правого плечевого сустава – разлитая болезненность, суставная впадина пуста, головка плеча определяется под клювовидным отростком. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Закрытый задний (заднее – внутренний или заднее - наружный) вывих обеих костей предплечья:**

Область локтевого сустава деформирована. Отмечается значительная припухлость и кровоизлияние. Предплечье находится в положении неполного фиксированного сгибания и слегка пронировано. Ось предплечья смещена кнутри (или кнаружи) от оси плеча. Локтевой отросток резко выступает кзади. Сзади и снаружи выступает головка лучевой кости. Выше и впереди локтевого сгиба, больше кнутри, виден выступ – сместившийся вперёд дистальный эпифиз плеча. Окружность сустава на уровне локтевого сгиба и локтевого отростка увеличена по сравнению со здоровой рукой на ... см. Активные и пассивные движения невозможны. Определяется симптом пружинистого сопротивления. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Закрытый передний вывих обеих костей предплечья:**

Область локтевого сустава деформирована. Отмечается значительная припухлость и кровоизлияние. Предплечье находится в положении неполного фиксированного сгибания и слегка пронировано. Ось предплечья смещена кнутри (или кнаружи) от оси плеча. Предплечье кажется удлинённым. Под мышцами плеча определяется уступообразное западение, в локтевом сгибе – выступ. Окружность сустава на уровне локтевого сгиба и локтевого отростка увеличена по сравнению со здоровой рукой на ... см. Активные и пассивные движения невозможны. Определяется симптом пружинистого сопротивления. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Закрытый расходящийся вывих обеих костей предплечья:**

Область локтевого сустава деформирована. Отмечается значительная припухлость и кровоизлияние. Предплечье находится в положении неполного фиксированного сгибания и слегка пронировано.

Предплечье кажется укороченным. Локтевой сустав значительно расширен в поперечном и передне – заднем направлениях. Сзади и кнутри прощупывается локтевой отросток, спереди и кнаружи – головка лучевой кости. Активные и пассивные движения невозможны. Определяется симптом пружинистого сопротивления. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Закрытый изолированный вывих головки лучевой кости кпереди:**

В области локтевого сустава отмечается припухлость и кровоподтёк. Предплечье находится в положении неполного фиксированного сгибания и пронации. В области локтевого сгиба прощупывается головка локтевой кости. Движения в суставе болезненны и ограничены: пронация и супинация – умеренно, сгибание – резко. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Пронационный подвывих головки лучевой кости (у детей):**

Ребёнок оберегает руку, которая свисает вдоль туловища в положении некоторого сгибания и пронации. Пальпаторно – болезненность в области головки лучевой кости. Движения в локтевом суставе болезненны, умеренно ограничены, полная супинация предплечья невозможна. Активные движения кисти отсутствуют. Нарушения чувствительности на верхней конечности в настоящий момент определить невозможно из-за раннего возраста пациента; кисть тёплая, обычной окраски, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Закрытый тыльный вывих кисти:**

Положение кисти вынужденное в умеренном сгибании и супинации. В области лучезапястного сустава – припухлость, штыкообразная деформация. Движения кистью резко ограничены и болезненны. Определяется симптом пружинистого сопротивления. Отмечается снижение чувствительности и парестезии («ползание мурашек») в 1 – 2 – 3 пальцах кисти.

### **Закрытый перилунарный вывих кисти:**

В области лучезапястного сустава и запястья – припухлость. Запястье выглядит утолщенным в ладонно-тыльном направлении. Движения в лучезапястном суставе резко ограничены и болезненны. Пальцы кисти находятся в полусогнутом положении, сжатие их в кулак невозможно. Пальпаторно – резкая болезненность в области запястья. Отмечается снижение чувствительности и парестезии в 1 – 2 - 3 пальцах кисти.

### **Вывих 2 пястной кости:**

По тылу кисти – припухлость и кровоизлияние, штыкообразная деформация на уровне 2 пястно-запястного сустава с выстоянием основания 2 пястной кости к тылу. Движения 2 пальцем резко

ограничены, болезненны. Пальпаторно – болезненность основания 2 пястной кости.

### **Вывих средней фаланги 2 пальца тыльно:**

В области проксимального межфалангового сустава – припухлость, штыкообразная деформация: средняя фаланга смещена тыльно и согнута в ладонную сторону. Пальпаторно – резкая болезненность в обл. проксимального МФС. Активные движения в суставе невозможны, пассивные – в незначительном объёме, резко болезненны.

### **Закрытый вывих основной фаланги 1 пальца кисти:**

Основная фаланга находится под тупым углом (90 – 135 градусов) к пястной кости, дистальная фаланга согнута. В области 1 пястно-фалангового сустава – деформация, отёк, активные движения отсутствуют, пассивные – резко болезненны, определяется пружинистое сопротивление. С ладонной стороны прощупывается головка пястной кости.

### **Вывих акромиального конца ключицы:**

В области ключично-акромиального сочленения – припухлость, ступенькообразное выпячивание наружного конца ключицы. Пальпаторно определяется резкая разлитая болезненность ключично-акромиального сочленения, положительный симптом «клавиши».

Движения в плечевом суставе болезненны, умеренно ограничены, активное отведение плеча – до 70 градусов. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Вывих стернального конца ключицы (предгрудинный):**

Плечо несколько сдвинуто вперёд к средней линии, надплечье слегка укорочено, ключица расположена более косо сверху вниз и изнутри кнаружи. М. Sternocleidomastoideus натянута и выстоит под кожей. Пальпаторно определяется запустевшая суставная вырезка

грудины и выступающий под кожей стернальный конец ключицы. При движении плеча вывихнутый конец ключицы смещается. Движения в плечевом суставе болезненны, отведение плеча резко ограничено. Ограничены и болезненны движения головы, особенно запрокидывание назад. Нарушений чувствительности на верхней конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко. Экскурсия грудной клетки практически не ограничена, дыхание везикулярное, хрипов нет.

### **Вывихи бедра:**

#### **-задневерхний (подвздошный)**

На ногу не встаёт, лежит на спине. Нижняя конечность находится в вынужденном положении: слегка согнута, приведена и ротирована внутрь. Укорочение н/конечности 5 – 7 см. Большой вертел стоит высоко. Под пупартовой связкой – западение, а сзади и кверху от вертлужной впадины прощупывается сместившаяся головка бедра. Резко выражен лордоз поясничного отдела позвоночника. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Выявляется симптом пружинистого сопротивления. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. На стопе и голени в зоне иннервации седалищного нерва отмечается снижение чувствительности и парестезии.

#### **-задненижний (седалищный)**

На ногу не встаёт, лежит на спине. Нижняя конечность находится в вынужденном положении: резко согнута, приведена, ротирована внутрь, укорочена на 1 – 2 см. Большой вертел находится несколько выше розернелатоновской линии. Под пупартовой связкой определяется западение, а сзади и книзу от вертлужной впадины пальпируется выступающая сместившаяся головка бедра. В поясничном отделе выраженный лордоз. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Выявляется симптом пружинистого сопротивления. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **-передневерхний (надлонный)**

На ногу не встаёт, лежит на спине. Нижняя конечность находится в вынужденном положении: выпрямлена, слегка отведена и ротирована кнаружи. Укорочение н/конечности незначительное.

Под пупартовой связкой виден выступ и пальпируется головка бедра. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Выявляется симптом пружинистого сопротивления. Пульс на сосудах нижней конечности ослаблен, имеется синюшность кожных покровов.

#### **-передненижний (запирательный)**

На ногу не встаёт, лежит на спине. Нижняя конечность находится в вынужденном положении: согнута в коленном и тазобедренном суставах, отведена, ротирована кнаружи. Укорочение конечности незначительное. В области запирательного отверстия пальпируется головка бедра. Активные движения в тазобедренном суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Выявляется симптом пружинистого сопротивления. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Вывих голени (задненааружный):**

Нижняя конечность выпрямлена. В области коленного сустава – штыкообразная деформация. Переднезадний размер коленного сустава увеличен. Вертикальная ось бедра сдвинута вперёд и внутрь, ось голени – назад и кнаружи. Спереди определяется нависающий выступ мыщелков бедра, сзади и ниже – ступенчатый выступ. Конечность укорочена на ... см. Движения в коленном суставе полностью отсутствуют. Надколенник фиксирован. Кожные покровы голени бледно – синюшны. Пульсация сосудов голени снижена.

#### **Вывих надколенника (кнаружи):**

На ногу не встаёт. Н/конечность слегка согнута в коленном суставе и несколько ротирована кнаружи. На наружной стороне коленного сустава – выпуклость, в области сустава – отёк. Пальпаторно определяется разлитая болезненность сустава, смещённый кнаружи надколенник. Активные движения в коленном суставе невозможны, пассивные – в незначительных пределах, резко болезненны. Неврологических и сосудистых расстройств на голени и стопе не определяется.

#### **Подтаранный вывих стопы кнутри:**



На ногу не встаёт. В области стопы и голеностопного сустава – отёк, кровоизлияние. Стопа смещена внутрь в положении подошвенного сгибания, пяточная область супинирована, подошвенная поверхность ротирована внутрь, наружная лодыжка значительно выступает под натянутой кожей и под ней определяется западение. Перед наружной лодыжкой определяется головка таранной кости, а ладьевидная кость в виде выступа – кнутри от неё. Под внутренней лодыжкой выступает внутренний край пяточной кости. Пальпаторно – разлитая болезненность обл. голеностопного сустава и пяточной обл. Активные движения в голеностопном суставе и стопе невозможны, пассивные – в незначительном объёме, резко болезненны.

#### **Подтаранный вывих стопы кнаружи:**

На ногу не встаёт. Стопа смещена кнаружи и ротирована внутрь. Внутренняя лодыжка резко выступает кнутри, под ней – западение, а впереди – головка таранной кости. Под наружной лодыжкой выступают обращенные кверху наружные поверхности пяточной и кубовидной кости. Пальпаторно – разлитая болезненность обл. голеностопного сустава и пяточной обл. Активные движения в голеностопном суставе и стопе невозможны, пассивные – в незначительном объёме, резко болезненны.

#### **Вывих плюсневых костей (в суставе Лисфранка):**

Ходит хромая на ногу, без опоры на передний отдел стопы. По тылу стопы припухлость и кровоизлияние. Передний отдел стопы расширен в поперечном направлении. На тыле стопы – ступенькообразное выпячивание оснований плюсневых костей. Пальпаторно – резкая разлитая болезненность по тылу стопы.

#### **Вывих 1 пальца стопы (основной фаланги):**

В области 1 плюсне – фалангового сустава припухлость, деформация – основная фаланга смещена тыльно и под углом. Пальпаторно – резкая болезненность 1 ПФС. Активные движения в суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Ходит хромая на ногу.

#### **Вывих (или подвывих) 4 шейного позвонка:**

Положение головы – вынужденное: наклонена и смещена кпереди, повернута вправо (или влево). Больной удерживает голову и часть

шеи руками. Шея вытянута, мышцы шеи напряжены. Движения в шейном отделе резко ограничены и болезненны. Пальпаторно - локальная болезненность при надавливании на остистый отросток С4, осторожная нагрузка по оси позвоночника вызывает боль на этом же уровне. Неврологические нарушения - ...(описать, если есть).

### **Вывих нижней челюсти:**

Рот широко раскрыт, смыкание зубов невозможно. Отмечаются незначительные качательные движения нижней челюсти в стороны, жевание невозможно. Пальпаторно – болезненность и деформация в области нижнечелюстных суставов. Суставные головки челюсти пальпируются под скуловыми дугами с обеих сторон. Артикуляция нарушена.

## **2.Переломы.**

### **Общие принципы описания.**

Требуется описать:

- 1) Ось конечности (сохранена, нарушена – описать деформации).
- 2) Цвет кожных покровов, наличие кровоподтёков, трофических изменений, пузырей (фликтен), ран.
- 3) Выраженность отёка или наличие припухлости.
- 4) Положение конечности, нарушения функции; («поднимает – не поднимает, удерживает – не удерживает»), хромота и пр.
- 5) Локальную болезненность (где), нагрузка по оси.
- 6) Патологическую подвижность.
- 7) Пружинистую подвижность.
- 8) Крепитацию.
- 9) Окружности сегмента на разных уровнях.
- 10) Длину конечности, укорочение.
- 11) Амплитуду движений в смежных суставах.
- 12) Специфические симптомы.
- 13) Мышечную силу (нормальная или снижена).
- 14) Чувствительные расстройства.
- 15) Состояние периферических сосудов.
- 16) Прочее.

## **ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ**

### **Перелом средней трети ключицы справа:**

В области правого надплечья - припухлость и кровоподтёк, надключичная ямка сглажена. Надплечье укорочено и опущено. Туловище наклонено вправо, пациент поддерживает рукой правое предплечье и прижимает к туловищу. Пальпаторно определяется локальная болезненность средней трети ключицы, выступание костных отломков. При осмотре со спины: медиальный край лопатки отходит от грудной клетки. Движения в правом плечевом суставе резко ограничены и болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Перелом тела правой лопатки:**

В правой лопаточной области – припухлость и кровоподтёк. Пальпаторно – локальная болезненность тела лопатки, симптом осевой нагрузки положительный. Движения в плечевом суставе умеренно ограничены. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Перелом большого бугорка правой плечевой кости:**

Ось правого плеча не нарушена. В дельтовидной области припухлость, кровоподтёк. Плечо ротировано кнутри. Руку не поднимает, не удерживает, ротация плеча кнаружи ограничена, болезненна. Пальпаторно – резкая болезненность в области большого бугорка плечевой кости. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Перелом хирургической шейки правого плеча:**

В области правого плечевого сустава – значительная припухлость и кровоизлияние. Пальпаторно определяется локальная болезненность плечевой кости на уровне хирургической шейки, нагрузка по оси плеча вызывает боль на том же уровне. Активные

движения в плечевом суставе невозможны, пассивные – резко болезненны. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом средней трети диафиза правого плеча со смещением:**

В средней трети правого плеча – припухлость и кровоизлияние, ось плеча деформирована под углом открытым кнутри. Плечо укорочено на 1,5 см. Имеется патологическая подвижность плеча на уровне средней трети. Пальпаторно – локальная болезненность средней трети плечевой кости, осевая нагрузка болезненна. Движения в смежных суставах возможны, но вызывают боль в средней трети плеча. Нарушений чувствительности на правой руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом мышцелков плеча со смещением:**

В нижней трети плеча и области локтевого сустава – значительная припухлость, отёк. Треугольник Гютера асимметричен. Пальпаторно – резкая болезненность в области мышцелков плеча. Осевая нагрузка болезненна. Движения в локтевом суставе резко ограничены, болезненны, особенно резкая болезненность возникает при ротации предплечья. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом локтевого отростка со смещением:**

Рука выпрямлена, свисает, больной щадит её, придерживая здоровой рукой. В области локтевого сустава по задней поверхности определяется припухлость и кровоизлияние. При пальпации определяется локальная болезненность локтевого отростка. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активные движения в суставе отсутствуют: при отведении ротированного кнутри плеча до горизонтального уровня предплечье пассивно свисает, занимая вертикальное положение, сгибание и разгибание его невозможно. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, активные движения

кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом венечного отростка локтевой кости:**

На передней поверхности локтевого сустава имеется припухлость, пальпаторно – разлитая болезненность. Движения в локтевом суставе умеренно ограничены, болезненны, особенно сгибание. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом головки (или шейки) лучевой кости:**

На передней поверхности локтевого сустава имеется припухлость, пальпаторно – локальная болезненность головки лучевой кости. Активные и пассивные движения в суставе резко ограничены и болезненны, особенно супинация и пронация предплечья. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом диафизов обеих костей предплечья:**

В средней трети предплечья – припухлость и кровоизлияние, угловая деформация под тупым углом, открытым ладонно. Пальпация предплечья болезненна на всём протяжении, наиболее резко – в средней трети, выявляется подвижность костей предплечья. Нагрузка по оси резко болезненна. Функция предплечья резко нарушена: активная супинация невозможна, пассивные пронационно -супинационные движения резко болезненны. Головка лучевой кости не следует за вращательным движением предплечья. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Повреждение Монтеджи (перелом верхней – средней трети диафиза локтевой кости с вывихом головки лучевой кости):**

В верхней и средней трети предплечья значительная припухлость и кровоподтёк. Предплечье укорочено, задний его контур заметно искривлён. При пальпации определяется нарушение целостности гребня

и локальная болезненность локтевой кости в средней трети; резкая болезненность и смещение головки лучевой кости. Симптом пружинящего сопротивления положительный. Функция предплечья резко нарушена: активная супинация невозможна, пассивные пронационно - супинационные движения резко болезненны. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Повреждение Галеацци (перелом средней – нижней трети диафиза лучевой кости с вывихом головки локтевой кости):**

В нижней трети предплечья – значительная припухлость, кровоподтёк, угловая деформация под тупым углом, открытым тыльно. При пальпации определяется локальная болезненность средней – нижней трети лучевой кости с нарушением её оси, смещение головки локтевой кости в тыльно – локтевую сторону. Нагрузка по оси предплечья болезненна. Пронационные и супинационные движения предплечья невозможны. При надавливании на головку локтевой кости она легко вправляется и вновь выскальзывает при движениях предплечья. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Перелом нижней трети локтевой кости (изолированный):**

В нижней трети предплечья по локтевой стороне – припухлость и кровоизлияние. Пальпаторно определяется нарушение целостности гребня локтевой кости, локальная болезненность и патологическая подвижность отломков. Активные супинационно – пронационные и сгибательно – разгибательные движения в локтевом суставе и предплечье возможны, но резко ограничены. Нарушений чувствительности не отмечено, кисть тёплая, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

**Разгибательный перелом лучевой кости в типичном месте со смещением:**

Больной держит больное предплечье на ладони здоровой руки. В области лучезапястного сустава – припухлость, вилкообразная и штыкообразная деформация: кисть смещена к тылу и в лучевую

сторону. Пальпаторно – локальная болезненность дистального метафиза лучевой кости и шиловидного отростка локтевой. Активные и пассивные движения в лучезапястном суставе резко ограничены и болезненны. Пальцы кисти находятся в полусогнутом состоянии, движения их, особенно разгибание, значительно ограничены и болезненны. Нарушений чувствительности и сосудистых расстройств на кисти не отмечено.

#### **Перелом ладьевидной кости кисти:**

В области лучезапястного сустава – отёк, пальпаторно – локальная болезненность в области анатомической табакерки. Активные и пассивные движения кистью резко ограничены и болезненны, особенно болезненно разгибание. Нагрузка по оси на 1 и 2 пальцы болезненна. Нарушений чувствительности и сосудистых расстройств на кисти не отмечено.

#### **Перелом основания 1 пястной кости («перелом Беннета»):**

Положение 1 пальца – вынужденное, приведённое. В области 1 пястно-запястного сустава – припухлость, контуры анатомической табакерки сглажены. Пальпаторно определяется локальная болезненность основания 1 пястной кости и выступающий край сместившейся кости. При тракции за палец выпячивание исчезает, по прекращении вытяжения – появляется вновь. Нагрузка по оси 1 пальца болезненна. Активные и пассивные движения, особенно отведение и сопоставление 1 пальца, значительно ограничены и болезненны.

#### **Перелом диафиза 2 пястной кости:**

По тыльной поверхности кисти в области 2 пястной кости – припухлость, пальпаторно – костный выступ и локальная болезненность. 2 палец укорочен, нагрузка по его оси болезненна. Движения пальцем болезненны, значительно ограничены.

#### **Перелом средней фаланги пальца кисти:**

На пальце – разлитой отёк; в области средней фаланги – припухлость, пальпаторно – локальная болезненность. Нагрузка по оси пальца болезненна. Движения в межфаланговых суставах резко ограничены и болезненны.

## **НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ**

### **Отрыв передневерхней ости подвздошной кости:**

Ходит хромая на ногу, предпочитая ходить спиной вперёд (положительный симптом «заднего хода» Лозинского). В области передневерхней ости и ниже её – припухлость, и болезненность при пальпации. Выпрямленную ногу не поднимает и не удерживает. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

### **Краевой перелом крыла подвздошной кости:**

Ходит хромая. В области крыла подвздошной кости – припухлость, кровоподтёк, пальпаторно - локальная болезненность. Передняя брюшная стенка напряжена в нижних отделах на стороне травмы. Движения в тазобедренном суставе ограничены, болезненны. Боли резко усиливаются при активном сгибании и отведении конечности. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

### **Перелом лонной кости:**

Ходит на костылях без нагрузки на ногу (или - доставлен на носилках в вынужденном положении Волковича). В области лонной кости определяется припухлость, кровоподтёк, при пальпации – локальная болезненность, усиливающаяся при сдавлении таза в переднезаднем и боковом направлениях. Движения в тазобедренном суставе болезненны, ограничены: симптом «прилипшей пятки» и симптом «поворотов Габая» положительны. Дизурических расстройств больной не отмечает, мочеиспускание свободное, моча светлая, обычной окраски. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

### **Перелом костей таза с нарушением кольца:**



Больной доставлен на носилках в вынужденном положении: ноги слегка согнуты в коленных и тазобедренных суставах, бёдра разведены (положение «лягушки») – симптом Волковича положительный. Симптом «прилипшей пятки» резко положительный. В области промежности и (или) над паховой связкой – припухлость, пальпация в области лобка и седалищных бугров болезненна. Переднезаднее и боковое сдавление таза и попытка развести подвздошные кости в стороны резко болезненны. Передняя брюшная стенка напряжена в нижних отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Перистальтика кишечника выслушивается отчётливо. Моча (по катетеру) светлая, обычной окраски. Пульс на нижних конечностях не ослаблен. Чувствительных расстройств в области ягодиц и нижних конечностей в настоящий момент не определяется.

#### **Перелом шейки бедра:**

На ногу не встаёт, доставлен на носилках. Положение конечности – вынужденное: ротирована кнаружи. Имеется укорочение на 2 – 4 см. Пальпаторно – разлитая болезненность области тазобедренного сустава, поколачивание по пятке выпрямленной ноги и по области большого вертела вызывает усиление болей. Ногу не поднимает и не удерживает, симптом «прилипшей пятки» положительный. Пассивная ротация конечности кнутри резко болезненна. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом большого вертела бедра (изолированный):**

Ходит хромая на ногу. В области большого вертела - припухлость, локальная болезненность при пальпации. Активное отведение бедра резко ограничено и болезненно. Пассивные движения бедра, особенно ротационные вызывают резкое усиление болей. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом диафиза бедра в верхней трети:**

На ногу не встаёт, доставлен на носилках. В верхней трети бедра определяется деформация в виде «галифе», значительная

припухлость. Конечность укорочена на 2 – 6 см, дистальные отделы ротированы кнаружи. Пальпаторно – локальная болезненность верхней трети бедра, патологическая подвижность диафиза, определяется конец одного из отломков. Нагрузка по оси бедра болезненна. Ногу не поднимает. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом надколенника со смещением:**

Ходит хромая на ногу (или на костылях). Коленный сустав расширен в объёме (окружность сустава на уровне верхнего полюса и середины надколенника увеличена на 2 – 3 см). На передней поверхности сустава над надколенником имеется деформация в виде углубления. Пальпаторно определяется локальная болезненность надколенника, контурирование, расхождение и патологическая подвижность его отломков. Поднять выпрямленную ногу не может. Пульс на сосудах нижней конечности не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом межмышцелкового возвышения большеберцовой кости со смещением:**

Контур коленного сустава сглажены, сустав расширен в объёме (окружность сустава на уровне верхнего полюса и середины надколенника увеличена на 2 – 3 см). Пальпаторно определяется разлитая болезненность сустава. Симптомы «баллотирования надколенника» и переднего (или заднего) «выдвижного ящика» положительны. Ходит хромая на ногу (или на костылях без опоры на больную ногу). Движения в коленном суставе умеренно ограничены и болезненны. Пульс на сосудах голени и стопы не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом внутреннего мыщелка большеберцовой кости:**

На ногу не встаёт – ходит на костылях. Ось нижней конечности нарушена: голень отклонена кнутри на 5 градусов. Верхняя часть голени расширена, сустав деформирован и увеличен в объёме (окружность сустава на уровне середины и нижнего полюса надколенника увеличена на 2 – 3 см). При пальпации определяется

баллотирование надколенника, и резкая болезненность верхней трети большеберцовой кости. Активные движения в коленном суставе резко ограничены – сгибание голени невозможно, попытка пассивно согнуть ногу в коленном суставе либо отвести голень кнутри или кнаружи – резко болезненна. Нагрузка по оси голени болезненна. Пульс на сосудах стопы не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

**Перелом верхней трети малоберцовой кости:**

Ось голени правильная. В верхней трети голени по наружной стороне определяется припухлость, пальпаторно – локальная болезненность малоберцовой кости. Сближающее давление на берцовые кости в средней трети голени вызывает боль в области верхней трети малоберцовой кости. Движения в коленном и голеностопном суставах не ограничены. Ходит хромая на ногу. Пульс на сосудах голени и стопы не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

**Перелом диафизов обеих костей средней трети голени:**

На ногу не встаёт, доставлен на носилках. Ось голени деформирована: дистальный отдел ротирован кнаружи, смещён в боковом и (или) переднезаднем направлении. Голень укорочена на 1 –2 см. В средней и нижней трети голени – припухлость, кожные покровы натянуты, бледны и лоснятся. При пальпации определяется локальная болезненность, и патологическая подвижность средней трети большеберцовой кости, ступенькообразная деформация и смещение её гребня. Осевая нагрузка на голень болезненна. Движения в коленном и голеностопном суставах резко болезненны, ограничены. Пульс на сосудах стопы не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

**Перелом наружной лодыжки правой голени:**

Ходит, хромая на правую ногу без опоры на наружный край стопы. Положение стопы – вынужденное эквинусное. По наружной стороне голеностопного сустава – припухлость и кровоизлияние. Пальпаторно - локальная болезненность наружной лодыжки, резко

усиливающаяся при движениях. Движения в голеностопном суставе резко ограничены и болезненны. Нарушений чувствительности и сосудистых расстройств на стопе не отмечается.

#### **Перелом лодыжек голени:**

В области голеностопного сустава имеется выраженная припухлость, увеличение сустава в объёме (на 1 –2 см по сравнению со здоровой ногой); кожные покровы напряжены, бледноваты; книзу от лодыжек – кровоподтёк багрово-фиолетового цвета. Положение стопы вынужденное эквинусное (+ при подвывихах - стопа смещена кзади или отклонена кнаружи или кнутри или др.). Пальпаторно – локальная болезненность обеих лодыжек. Движения в голеностопном суставе резко болезненны и ограничены. На ногу не встаёт: ходит на костылях без нагрузки на ногу (или – передвигается, прыгая на здоровой ноге). Пассивные боковые движения в голеностопном суставе и осевая нагрузка на голень резко болезненны. Сближающее давление на берцовые кости в области средней трети голени болезненно с иррадиацией боли в лодыжки. Пульс на сосудах стопы не ослаблен. Чувствительные расстройства в настоящий момент не определяются.

#### **Перелом пяточной кости:**

Ходит хромая на ногу с опорой на передний отдел стопы (или на костылях или передвигается, прыгая на здоровой ноге). Пяточная область расширена. Контур ахиллова сухожилия сглажен. Пятка пронижена. В подлодыжечной области – отёк и кровоизлияние. Продольный свод стопы уплощен. Пальпаторно - локальная болезненность пяточной кости. Давление на область пятки с подошвенной стороны болезненно. Активные движения в голеностопном суставе умеренно ограничены. Неврологические и сосудистые расстройства на стопе не определяются.

#### **Перелом основания 5 плюсневой кости:**

Ходит хромая на ногу, без опоры на наружный край стопы. В области основания 5 плюсневой кости определяется припухлость и кровоизлияние, пальпаторно – локальная болезненность, усиливающаяся при потягивании за 5 палец и осевой нагрузке.

Неврологические и сосудистые расстройства на стопе не определяются.

#### **Перелом основной фаланги 1 пальца стопы:**

На 1 пальце – отёк и кровоизлияние. Пальпаторно – локальная болезненность основной фаланги, нагрузка по оси пальца болезненна. Движения пальцем болезненны, ограничены. Ходит хромая.

### **ГРУДНАЯ КЛЕТКА**

#### **Неосложнённый перелом 8 ребра слева:**

Экскурия грудной клетки умеренно ограничена, глубокий вдох невозможен, при кашле резкая болезненность. При пальпации определяется локальная болезненность 8 ребра слева по задней аксиллярной линии. Нагрузка по осям грудной клетки болезненна в той же области. Подкожной эмфиземы не определяется. При аускультации: дыхание везикулярное, выслушивается во всех отделах лёгких, хрипов и шума трения плевры нет. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Симптом Пастернацкого отрицательный.

#### **Закрытый перелом 8 ребра слева, осложнённый гемопневмотораксом и подкожной эмфиземой:**

Кожные покровы бледные. Больной старается сидеть неподвижно, наклонившись вперёд, прижав руку к месту повреждения. Экскурия грудной клетки ограничена, особенно слева; дыхание учащено (ЧД = 25 в 1 мин), поверхностное, прерывистое. При пальпации определяется локальная болезненность 8 ребра слева по задней аксиллярной линии, припухлость и разлитой крепитирующий хруст под кожей (симптом «хруста снега»). Нагрузка по осям грудной клетки болезненна в той же области. При аускультации: дыхание в нижних отделах левого лёгкого не выслушивается, в верхних – резко ослаблено, слышны разнокалиберные хрипы и шум плеска. Перкуторно определяется притупление перкуторного звука ниже 8 ребра слева, в верхних

отделах – тимпанит. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Симптом Пастернацкого отрицательный.

### **Перелом грудины:**

Экскурсия грудной клетки ограничена, глубокий вдох невозможен. В средней трети грудины – припухлость, кровоподтёк, пальпаторно – локальная болезненность тела грудины. Аускультативно – тоны сердца ясные, ритмичные, дыхание в лёгких везикулярное, хрипов нет.

## **ПОЗВОНОЧНИК**

### **Компрессионный перелом тела С4 позвонка:**

Положение головы – вынужденное: наклонена и смещена кпереди. Больной удерживает голову и часть шеи руками. Шея вытянута, мышцы шеи напряжены (симптом «вожжей»). Движения в шейном отделе резко ограничены и болезненны. Пальпаторно - локальная болезненность при надавливании на остистый отросток С4, осторожная нагрузка по оси позвоночника вызывает боль на этом же уровне. Неврологические нарушения - ...(не определяются; описать, если есть парестезии, параличи, парезы).

### **Компрессионный перелом тела L2 позвонка:**

Доставлен на носилках, сидеть и стоять не может из-за боли. Движения в поясничном отделе позвоночника резко ограничены и болезненны. Поясничный лордоз сглажен. Пальпаторно определяется напряжение длинных мышц спины. Перкуссия остистого отростка L2 болезненна. Нагрузка по оси позвоночника болезненна в поясничном отделе. Чувствительных и двигательных расстройств на нижних конечностях не определяется.

### **Перелом поперечного отростка L2 позвонка справа:**

Ходит хромая на правую ногу. Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены, болезненны, особенно активные наклоны вправо и пассивные влево. В положении лёжа правую ногу не поднимает, симптом «прилипшей пятки» положителен (не всегда). Пальпаторно определяется напряжение длинных мышц спины справа на уровне поясничного отдела в виде «валика», разлитая болезненность паравертебральной области справа на уровне L2 позвонка. Нагрузка по оси позвоночника безболезненна.

Чувствительных и двигательных расстройств на нижних конечностях не определяется.

#### **Перелом остистого отростка L2 позвонка:**

Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены, болезненны, особенно при сгибании и разгибании позвоночника. В области остистого отростка L2 – припухлость, локальная болезненность. Нагрузка по оси позвоночника безболезненна. Чувствительных и двигательных расстройств на нижних конечностях не определяется.

#### **Сенильная спондилопатия L2 (нетравматический компрессионный перелом тела позвонка на фоне остеопороза и эндокринной патологии у пожилых лиц):**

Ходит с дополнительной опорой на костыли (или трость). Движения в поясничном отделе позвоночника ограничены и болезненны, особенно наклоны вперёд. Поясничный лордоз полностью сглажен. Остистый отросток L2 позвонка выступает кзади, нагрузка на него болезненна, межостистые промежутки увеличены. Нагрузка по оси позвоночника умеренно болезненна в поясничном отделе. Неврологические нарушения: имеются признаки стойкой люмбалгии, радикулопатии L2 – L3 корешков (стойкая боль в пояснице с иррадиацией в переднемедиальные отделы бедра; гипестезия передней поверхности бедра и колена, слабость четырёхглавой мышцы бедра, снижение коленного рефлекса, положительный симптом Вассермана).

#### **Перелом копчика:**

В области копчика определяется припухлость, кровоподтёк, пальпаторно при наружном обследовании – локальная болезненность копчика. Сидеть не может из-за резкого усиления боли в копчике. Per rectum: надавливание на каудальный (нижний) отдел копчика резко болезненно, кровянистых выделений из прямой кишки нет. Дизурических расстройств больной не отмечает, мочеиспускание свободное, моча светлая, обычной окраски. Нарушений чувствительности в области ягодиц не определяется.

### **3. ПОВРЕЖДЕНИЯ СВЯЗОК И МЫШЦ**

### **Посттравматический шейный миозит**

Деформаций в области шеи нет. Движения в шейном отделе позвоночника болезненны, умеренно ограничены. Пальпаторно определяется уплотнение, тяжесть и болезненность мышц шеи по заднее - наружной поверхности справа. Нагрузка на остистые отростки позвонков и по оси позвоночника безболезненна. Чувствительных расстройств не выявлено.

### **Повреждение капсульно - связочного аппарата поясничного отдела позвоночника**

Движения в поясничном отделе позвоночника болезненны, особенно разгибание. Пальпаторно – болезненность в межостистых промежутках и паравертебральной области на уровне L2 – L4. Нагрузка по оси позвоночника безболезненна. Чувствительных и двигательных расстройств на нижних конечностях не определяется.

### **Повреждение сумочно – связочного аппарата правого плечевого сустава:**

Ось конечности правильная. По переднее–наружной поверхности плечевого сустава – припухлость. Активные движения в суставе ограничены F: 60 – 0 – 0, пассивные в полном объёме, умеренно болезненны. При пальпации области плечевого сустава определяется разлитая болезненность. Нагрузка по оси плеча безболезненна. Нарушений чувствительности на в/конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Повреждение надостной мышцы (m. supraspinatus) справа**

Ось конечности правильная. Над остью правой лопатки - припухлость, болезненность при пальпации. Дельтовидная мышца сокращена. Активные движения в правом плечевом суставе ограничены: S 60-0-0, при отведении плеча поднимается лопатка. Пассивные движения – не ограничены. Нагрузка по оси плеча безболезненна. Нарушений чувствительности на в/конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.



### **Частичное повреждение двуглавой мышцы плеча:**

По передней поверхности плеча – припухлость, пальпаторно определяется разлитая болезненность и западение в области брюшка двуглавой мышцы. Сила её резко снижена. Нарушений чувствительности на руке не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Разрыв сухожилия длинной головки двуглавой мышцы плеча:**

При сгибании руки в плечевом суставе в области брюшка двуглавой мышцы появляется шарообразное вздутие. При пальпации определяется болезненность в межбугорковой борозде плеча. Сила m. biceps несколько снижена. Нарушений чувствительности на в/конечности не отмечено, кисть тёплая, активные движения кисти сохранены, пульсация на лучевой артерии определяется чётко.

### **Повреждение связок локтевого сустава.**

Ось конечности правильная. По внутренней поверхности локтевого сустава припухлость, пальпаторно – разлитая болезненность. Активные движения в суставе умеренно ограничены и болезненны. Чувствительных расстройств на кисти и предплечье не отмечается.

### **Повреждение связок лучезапястного сустава:**

В области лучезапястного сустава – припухлость, пальпаторно – разлитая болезненность. Активные движения в суставе умеренно ограничены и болезненны.

### **Повреждение связок межфалангового сустава пальца кисти:**

В области межфалангового сустава имеется припухлость и болезненность при пальпации. Активные движения в суставе умеренно ограничены и болезненны.

### **Закрытое повреждение (отрыв) сухожилия разгибателя пальца кисти на уровне проксимального межфалангового сустава:**

Ногтевая фаланга разогнута, средняя – в положении сгибания. В области проксимального межфалангового сустава – припухлость, болезненность при пальпации. Активное разгибание средней фаланги невозможно, пассивные движения в межфаланговых суставах пальца не ограничены.

**Закрытое повреждение (отрыв) сухожилия разгибателя пальца кисти на уровне дистального межфалангового сустава:**

Ногтевая фаланга – в положении сгибания, активное её разгибание невозможно. По тыльной стороне ДМФС (дистального межфалангового сустава) – припухлость, болезненность при пальпации. Пассивные движения в суставе не ограничены.

**Повреждение капсульно – связочного аппарата правого тазобедренного сустава**

Ходит хромая на правую ногу. Ось конечности правильная. Пальпаторно – разлитая болезненность в паховой области и по задне-наружной поверхности тазобедренного сустава. Вытянутую ногу поднимает, удерживает. Движения в правом тазобедренном суставе болезненны, умеренно ограничены: S 0-0-90, F 20-0-0, R 30-0-30.

**Частичное повреждение внутренней боковой связки правого коленного сустава**

По внутренней поверхности сустава имеется припухлость, пальпаторно – разлитая болезненность. Окружности коленных суставов:

уровень измерения / сторона	левый	правый
на уровне верхнего полюса надколенника	41 см	41,5 см (+0,5)
на уровне середины надколенника	40 см	41 см (+1)
на уровне нижнего полюса надколенника	37 см	37 см

Активные движения в суставе умеренно ограничены S 0 – 0 – 100. Отмечается патологическое отклонение голени кнаружи до 10 - 15 градусов. Симптомы «выдвижного ящика» отрицательные. Ходит, хромая на правую ногу с дополнительной опорой на трость.

**Повреждение наружной боковой и передней крестообразной связок правого коленного сустава. Гемартроз.**

Правый коленный сустав увеличен в объёме, контуры сглажены. Окружности коленных суставов:

уровень измерения / сторона	левый	правый
1 см выше верхнего полюса надколенника	41 см	43,5 см (+2,5)
на уровне середины надколенника	40 см	41 см (+1)
на уровне нижнего полюса надколенника	37 см	37,5 см (+0,5)

Активные движения в суставе ограничены S 0 – 0 – 80. Отмечается патологическое отклонение голени кнутри на 10 – 15 градусов, положительный симптом «переднего выдвижного ящика», баллотирование надколенника, пальпаторно – разлитая болезненность по наружной поверхности сустава. Ходит хромая на правую ногу с дополнительной опорой на костыли.

### **Повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава. Блокада сустава. Гемартроз.**

Правая нижняя конечность несколько согнута, коленный сустав увеличен в объёме, контуры сглажены. Окружность коленных суставов:

уровень измерения / сторона	левый	правый
1 см выше верхнего полюса надколенника	41 см	43,5 см (+2,5)
на уровне середины надколенника	40 см	41 см (+1)
на уровне нижнего полюса надколенника	37 см	37,5 см (+0,5)

Активные движения в коленном суставе ограничены S 0 – 10 – 80, пассивное полное разгибание голени невозможно. Пальпаторно определяется болезненность по внутренней поверхности на уровне суставной щели, баллотирование надколенника. Симптомы Байкова, Бурхардта, Ланда положительные. Патологической подвижности голени нет, симптомы «выдвижного ящика» отрицательные. Ходит хромая на правую ногу, опираясь на передний отдел стопы, с дополнительной опорой на трость.

### **Повреждение связок правого голеностопного сустава:**

Ниже и спереди от правой наружной лодыжки – припухлость, пальпаторно – разлитая болезненность. При пальпации таранно-малоберцовой связки – локальная болезненность, усиливающаяся при супинации и подошвенном сгибании стопы. Пальпация наружной лодыжки выше её вершины на 1 - 2 см и по заднему её краю - безболезненная. Симптом иррадиации боли при сближающем давлении на берцовые кости отрицательный. Активные движения в голеностопном суставе умеренно ограничены и болезненны. Ходит хромая на правую ногу без опоры

на наружный край стопы. Неврологических и сосудистых расстройств на стопе не определяется.

#### **Повреждение связочного аппарата правой стопы.**

По тыльной поверхности и наружному краю стопы имеется припухлость, разлитая болезненность при пальпации. Движения в голеностопном и плюсне – фаланговых суставах умеренно ограничены и болезненны. Нагрузка по осям пальцев безболезненна. Ходит хромая на правую ногу.

#### **4. УШИБЫ И ССАДИНЫ.**

При описании ушибов и ссадин кроме локализации, размеров и формы повреждений следует обращать внимание на состояние и цвет ссадин, корочки и кровоподтёков, которые изменяются в зависимости от давности травмы.

*Свежая ссадина (до 6 часов) имеет розово-красный цвет и влажную западающую поверхность,*

*через 6 - 24 часа ссадина располагается на уровне кожи, покрыта корочкой желтовато – бурого или красновато– бурого цвета, вокруг имеется зона гиперемии до 1 см,*

*после 24 часов корочка имеет тёмно - бурый цвет и располагается выше уровня неповреждённой кожи;*

*с 3 – 5 суток до 7 – 10 дня идёт отслоение корочки по периферии;*

*после её отпадения (10 - 14 день) остается розоватое пятно.*

*Форма повреждения (ссадины) может быть линейной, дугообразной, округлой или неправильной. Отдельно выделяются царапины – ссадина линейной формы длиной до 0,3 см, незначительной ширины.*

*Свежий кровоподтёк (2 – 4 часа) имеет багрово – красный цвет,*

*через 10 – 12 часов приобретает сине – багровую окраску,*

*с 24 до 48 часов цвет становится сине – фиолетовым.*

*Со 2 – 3 суток до 5 – 6 суток появляется зеленоватое окрашивание по краям,*

*с 6 – 7 дня - присоединяется желтоватое.*

*На 7 – 10 день кровоподтёк трёхцветный: центр – сине-фиолетовый, середина – зеленоватого оттенка, по краям – жёлтого.*

*С 10 – 15 дня кровоподтёк исчезает. (Указаны усреднённые сроки.)*

*Первые часы после травмы видимых кровоподтёков может не быть. Местное увеличение объёма ткани без изменения цвета кожи в таких случаях описывается словом «припухлость». Не путайте припухлость с отёком (отёк – патофизиологический процесс, проявляющийся спустя несколько часов после травмы).*

**Ушиб м/тканей волосистой части головы, подкожная гематома.**

В правой теменной области имеется припухлость округлой формы 5х5 см, флюктуирующая в центре, болезненная при пальпации.

**Укушенные ссадины щеки (1е сутки - до 6 часов)**

В области левой щеки имеется кровоподтек в виде кольца (или овала) 4х5см багрово-красного цвета и 2 дугообразные ссадины по его внутреннему краю с розово-красной влажной поверхностью. Дуги открыты по отношению друг у другу «( )», ориентированы вертикально (или сверху вниз, слева направо). Пальпация мягких тканей щеки болезненна.\_

**Ушиб м/тканей и ссадины лица, параорбитальная гематома правого глаза (1е сутки, 6 -24 часа).**

Верхнее и нижнее веки OD отечны, сине-багрового цвета, размером 5х6см. Глазная щель сужена. На склере у наружного угла глаза имеется неправильной формы кровоизлияние красного цвета размерами 0,5х0,3 см. При надавливании на края правой глазницы отмечается небольшая болезненность. Зрение сохранено.

В правой скуловой области отмечается ссадина овальной формы размерами 4х3 см, покрытая желтовато - бурой корочкой на уровне кожи без отслойки краёв. Прилежащие ткани несколько отечны и болезненны при ощупывании.

**Сдавление мягких тканей и ссадины нижней трети предплечий (воздействие наручниками, 2 – 3 сутки)**

В области обоих лучезапястных суставов по внутренней и наружной боковым поверхностям имеются полосовидные ссадины ориентированные перпендикулярно оси предплечья, шириной 0,2 см, длиной 2,5 – 3 см, покрытые тёмно – бурой корочкой, расположенной выше уровня неповреждённой кожи; циркулярные прерывистые кровоподтёки шириной до 2 см сине – фиолетового цвета. Кисть умеренно отёчна. Захват ослаблен. Чувствительных выпадений нет.

**Ушиб и ссадины грудной клетки справа (4 – 6 сутки)**

Форма грудной клетки правильная, экскурсия умеренно ограничена – на глубоком вдохе усиливается боль в правой

половине. По передней аксиллярной линии справа на уровне 7 – 8 рёбер имеется ссадина 4х3 см. неопределённой формы, под тёмно – бурой корочкой с периферическим отслоением, кровоподтёк неправильной овальной формы 10х6 см сине – фиолетового цвета в центре с зеленоватым оттенком по периферии; пальпаторно определяется разлитая болезненность мягких тканей. Нагрузка по осям грудной клетки безболезненна. Аускультативно – дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

## 5. РАНЫ.

Раны должны быть описаны так, чтобы по описанию можно было составить о них полное и точное представление и в последующем определить механизм получения раны. В локальном статусе не надо ставить диагноз, а нужно описывать изменения. Нельзя, например, писать, что имеется огнестрельная или резаная рана, а нужно дать такое описание раны, чтобы по этому описанию можно было поставить диагноз огнестрельной, резаной раны и др.

При описании ран рекомендуется придерживаться следующего порядка:

- указывают точную локализацию раны,
- ее форму,
- размеры,
- дефекты ткани,
- края раны и их особенности (ровные, размозженные, осаднённые и др.);
- заполнение и загрязнение полости раны (зияет, заполнена сгустком крови, землёй и др.)
- состояние тканей в глубине раны (подкожная клетчатка, мышцы, кость);
- состояние кожи, окружающей рану (гематомы, припухлости, отек, загрязнение, изменение окраски, наложения, вкрапления, следы обработки медикаментами – йодом, зелёной, мазями и др.)
- наличие кровотечения, его характер и интенсивность;
- при несвежих ранах - подробно описать отделяемое раны (сукровичное, серозное, гнойное, консистенцию отделяемого).

- в последнее время в случаях насильственных (криминальных) травм принято схематично зарисовывать форму и расположение раны. Естественно, никто не будет от Вас требовать таланта Шишкина или Куинджи. Если у больницы есть возможность обеспечить врача простейшим цифровым фотоаппаратом и сфотографировать имеющиеся повреждения, судебные эксперты приходят в полный восторг, у них – это вообще норма работы.

### **Колото-резаная проникающая рана грудной клетки слева, открытый гемопневмоторакс.**

В области грудной клетки слева между 8 и 9 ребром по задней аксиллярной линии имеется рана неправильной веретенообразной формы размером 2,3х0,5 см. После сведения краёв рана имеет прямолинейную форму длиной 2,5 см. Края раны ровные, без осаднений и кровоподтёков. Правый конец раны П – образной формы 0,1 см, левый – в виде острого угла. Кожа вокруг раны без повреждений и загрязнений. Глубина раны по зонду – более 8 см. При разведении краёв раны из неё при дыхательных движениях вырывается воздух и кровь. Дыхание учащено, аускультативно - слева резко ослаблено, выслушиваются разнокалиберные хрипы.

### **Резаная рана предплечья**

В средней трети предплечья по передней поверхности имеется зияющая рана веретенообразной формы с ровными краями и острыми концами размером 4х1см., при сведении краёв – форма линейная. Длинник раны ориентирован перпендикулярно оси предплечья. Рана заполнена сгустком крови, при ревизии – стенки гладкие, глубина до 0,5 см, дно – в подкожножировой клетчатке. Кровотечение умеренное, венозное.

### **Резаная рана кисти**

На ладонной поверхности левой кисти во втором межпальцевом промежутке имеется линейная рана с ровными краями, острыми углами длиной 3 см с расхождением краев на 0,3 см. На дне раны видны перерезанные волокна мышц. Рана умеренно кровоточит. Движения в 1, 2, 3-ем пальцах умеренно ограничены и болезненны. Тыльная поверхность кисти несколько отечна. Поверхностная чувствительность пальцев кисти снижена, глубокая сохранена.

#### **Скальпированная рана пальца**

На 2 пальце правой кисти в области ногтевой фаланги по ладонной стороне имеется рана овальной формы размером 1,5 на 1 см с дефектом кожи и мягких тканей на глубину до 0,2 см. Края раны ровные. Кровотечение умеренное, венозное.

#### **Колотая рана и инородное тело**

На ладонной стороне правой кисти напротив 2 пальца имеется рана диаметром до 0,1 см, из которой выстоит часть рыболовного крючка.

#### **Колотая рана стопы**

На подошвенной стороне правой стопы напротив 2 пальца имеется точечная рана. Края сомкнуты, отделяемого нет. Вокруг раны – припухлость диаметром до 2х см. Пальпаторно – инородного тела под кожей не определяется.

#### **Пиленая рана бедра**

В нижней трети бедра по передневнутренней поверхности имеется рана продолговатой формы, с неровными мелкозубчатыми краями и острыми раздвоенными концами размером 8х2см, глубиной до 1,5 см., заполнена сгустком крови. Кровотечения на момент поступления нет. При ревизии: дно раны – в подкожножировой клетчатке. После удаления кровяного сгустка открылось обильное венозное кровотечение.

#### **Рубленая рана правого бедра**

На переднее - внутренней поверхности нижней трети правого бедра имеется зияющая рана неправильной веретенообразной формы, размерами 7,5х1 см. После сведения краёв рана принимает прямолинейную форму длиной 8 см. Края раны ровные,



осаднённые, кровоподтёчные, стенки относительно гладкие. Один конец раны П – образной формы шириной 0,4 см, второй – виде острого угла. Раневой канал имеет клиновидную форму и наибольшую глубину до 2,5 см у П – образного её конца, заканчивается в мышцах бедра. Направление раневого канала спереди назад и слева направо. Стенки раневого канала ровные, относительно гладкие. В мышцах вокруг раневого канала кровоизлияние неправильной овальной формы 6х2,5х2 см. Кровотечение умеренное, венозное.

### **Огнестрельная сквозная рана предплечья (выстрел с неблизкого расстояния)**

На передней поверхности средней трети правого предплечья имеется рана округлой формы с дефектом кожи в центре диаметром 0,4 см. Края раны ровные. По краям дефекта имеется циркулярный поясок осаднения шириной 0,2 см. В глубине раны разможенная, пропитанная кровью, подкожная жировая клетчатка. На тыльной стороне предплечья на границе средней и верхней трети – рана щелевидной формы размером 0,5 на 0,2 см, без дефекта ткани и ободков осаднения и загрязнения. При ревизии зондом выявлено, что раны имеют общий прямой раневой канал в мягких тканях длиной около 10 см.

### **Огнестрельная рана лба (выстрел с близкого расстояния)**

В центре лобной области имеется рана округлой формы с дефектом кожи в центре диаметром 0,5 см. Края раны относительно ровные. По краям дефекта циркулярный поясок осаднения шириной 0,2 см, на который накладывается поясок обтирания темно-серого цвета шириной 0,2—0,3 см. Рана заполнена темно-красным свертком крови. Вокруг раны на участке круглой формы имеются внедрившиеся в эпидермис до собственно кожи частицы пороховых зерен синевато-серого цвета и мелкие ссадины, равномерно расположенные по всей площади пораженного участка кожи.

### **Ушибленная рана волосистой части головы**

*При описании ушибленных ран сложной формы следует особо отметить:*

- 1. Форму раны (П-, Т-, У-, Х-образная, звёздчатой или другой формы).*
- 2. Размеры и глубину раны. Указывается либо длина сторон (лучей) раны, либо размер площади, занимаемой раной – это не принципиально. Но при этом весьма важно точно указать глубину раны. Ширину расхождения краёв раны при этом измерять вообще не нужно.*
- 3. Результат ревизии раны (имеется или нет нарушение целостности костей черепа).*

В левой теменной области имеется рана V-образной формы, длиной сторон 5 и 6 см, глубиной до 0,5 см, с отслойкой кожного лоскута, основанием 3 см, обращённым к затылку. Края раны неровные, осаднённые на 0,3 см, кровоподтёчные. Концы раны тупые. Дном раны является апоневроз. Повреждений костей черепа визуально не обнаружено. Кровотечение обильное, венозное.

### **Ушибленная рана лобной области**

В правой половине лобной области на границе волосистой части головы имеется «П»-образная (при сведении краёв) рана с длиной сторон 3х2,5х2,7 см. В центре раны кожа отслоена в виде лоскута на участке 2,5х2 см. Края раны неровные, осаднённые на ширину до 0,3 см, кровоподтёчные. Концы раны тупые. От верхних углов отходят разрывы длиной 0,3 и 0,7 см, проникающие до подкожной основы. У основания лоскута – ссадина полосовидной формы 0,7х2,5 см. С учётом этой ссадины всё повреждение имеет прямоугольную форму 3х2,5 см. Правая и верхняя стенка раны скошены, левая – подрыта. Глубина раны – до апоневроза, между краями раны видны тканевые перемычки. Повреждений костей черепа при ревизии пальцем не выявлено. Окружающие кожные покровы не изменены. В подкожной основе вокруг раны – кровоизлияние тёмно-красного цвета, неправильной овальной формы, 6х5 см и толщиной 0,4 см. Кровотечение венозное, умеренное.

### **Множественные ушибленные раны правой теменно-височной области**

В правой теменно-височной области имеются три раны. Рана №1 - веретёнообразной формы размерами 6,5х0,8 см, глубиной до 0,7 см. При сведении краёв рана – прямолинейная, длиной 7 см. Концы раны закруглены, ориентированы на 3 и 9 часов условного

циферблата. Верхний край раны осаднён на 0,1 – 0,2 см. Верхняя стенка раны скошена, нижняя подрыта. В средней части рана проникает до кости, сама кость не повреждена. Кровотечение венозное, незначительное. Рана №2 – звёздчатой формы с тремя лучами, общие размеры раны 3,5х2 см. Края раны осаднены от 0,1 до 1,0 см. Концы раны острые. Передняя стенка – подрыта, задняя – скошена. Глубина – до 0,5 см. Кровотечение венозное, незначительное. Рана №3 – форма звёздчатая, трёхлучевая, размером 0,9х1,5 см. Края раны осаднены от 0,2 до 0,4 см. Глубина раны – до 0,5 см. Все раны имеют неровные, осаднённые, разможжённые, кровоподтёчные края, и тканевые перемины в области концов. В подкожной основе вокруг ран – кровоизлияния неправильной овальной формы размерами 7х3 см у раны №1 и 4х2,5 см у ран №2 и №3. Кожа вокруг ран (за пределами осаднения) не изменена.

### **Рваная рана лба**

В области лба справа имеется рана неправильной веретенообразной формы размером 10х4,5 см, глубиной до 0,4 см в центре. При сопоставлении краёв рана приобретает практически прямолинейную форму без дефекта ткани, длиной 11 см. Концы раны острые, края неровные, без осаднений. Кожа по краям раны неравномерно отслоена от подлежащих тканей на ширину до 0,3 см – по верхнему краю; 2 см – по нижнему краю. В образовавшемся «кармане» определяется сгусток крови. Стенки раны отвесные, неровные, с мелкими очаговыми кровоизлияниями. Между краями раны в области её концов имеются тканевые перемины. Дном раны является частично обнажённая поверхность лобной кости. Перелома костей черепа визуально не определяется. Вокруг раны на коже и в подлежащих тканях каких-либо повреждений не выявлено.

## **6. ЧЕРЕПНО-МОЗГОВЫЕ ТРАВМЫ.**

### **Сотрясение головного мозга. (Неврологический статус.)**

Сознание ясное. Пациент несколько заторможен, вялый. В месте и времени ориентирован. Лицо симметрично, язык прямо. Зрачки D = S, имеется горизонтальный нистагм в крайних отведениях. Сила и тонус мышц конечностей в норме, парезов и параличей нет. Сухожильные рефлексy с верхних и нижних конечностей оживлены. В позе Ромберга неустойчив. Пальценосовая проба: мимопопадание. Походка неровная. Патологические рефлексy, менингеальные знаки не определяются.

## **7. НЕКОТОРЫЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКИЕ НЕВРОПАТИИ.**

### **Невропатия лучевого нерва.**

Кисть свисает, 1й палец приведён ко 2-му пальцу, активное разгибание кисти и отведение 1 пальца невозможны. Пассивные движения в лучезапястном суставе не ограничены. Отмечается снижение чувствительности на 1 – 2, частично - на 3-ем пальцах и на тыле кисти.

### **Невропатия срединного нерва.**

Активное ладонное сгибание кисти и 1 – 2 – 3 пальцев, а также активное разгибание средних фаланг 2 – 3 пальцев невозможно. При сжимании кисти в кулак 1 и 2 пальцы не сгибаются. При прижатии кисти ладонью к столу «царапающие» движения 2м пальцем не удаются. Чувствительность на лучевой стороне ладони и на ладонной поверхности 1 – 2 – 3 пальцев снижена. (При длительном течении - выявляется гипотрофия мышц в области возвышения 1 пальца, вследствие чего он устанавливается в одной плоскости со 2-м пальцем, кисть приобретает форму «обезьяньей лапы»).

### **Невропатия локтевого нерва.**

Кисть приобретает форму «когтистой лапы»: основные фаланги пальцев – разогнуты, средние фаланги - согнуты, 5й палец – отведён. Активное сгибание 3 – 4 – 5 пальцев и их приведение затруднено. Пассивные движения в пястно-фаланговых и межфаланговых суставах не ограничены. Отмечается снижение чувствительности на локтевой стороне ладони, в области локтевой

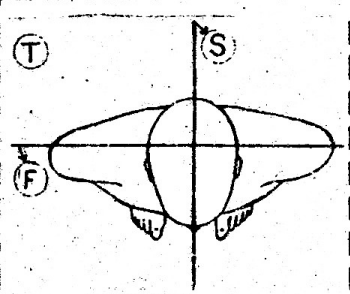
стороны 4 пальца и всего 5 пальца с ладонной стороны, а также на тыльной стороне 5 – 4 и половины 3-го пальца.

### **Невропатия малоберцового нерва.**

Ходит хромая, с высоким поднятием стопы. Стопа свисает, активное её разгибание невозможно. Пассивные движения в голеностопном суставе не ограничены. Отмечается снижение чувствительности в 1 межпальцевом промежутке стопы.

## **Приложение**

Таблица 1. Амплитуды движений в некоторых суставах в норме.

	<p><b>Плечевой пояс</b></p> <p>F: 20 - 0 - 10° (элевация - 20, депрессия - 10°)</p> <p>T: 20 - 0 - 20° (экстензия - 20, флексия - 20°)</p>
<p><b>Плечевой сустав (рис. 50 - 53)</b></p> <p>S: 50 - 0 - 180° (экстензия - 50, флексия - 180°)</p> <p>F: 180 - 0 - 0° (абдукция - 180, аддукция - 0°)</p> <p>R (F 0°): 65 - 0 - 70° (при приведенном плече F = 0°, наружная ротация 65°, внутренняя 70°)</p> <p>R (F 90°): 90 - 0 - 90° (при отведении плеча на 90° (F = 90°) наружная и внутренняя ротация по 90°)</p>	
<p><b>Локтевой сустав (рис. 48)</b></p> <p>S: 0 - 0 - 150° (экстензия - 0°, флексия - 150°)</p>	
<p><b>Кистевой сустав (рис. 46 - 47)</b></p> <p>S: 70 - 0 - 80° (экстензия - 70°, флексия - 80°)</p> <p>F: 25 - 0 - 55° (абдукция - 25°, аддукция - 55°)</p>	
<p><b>Луче-локтевые суставы (рис. 49)</b></p> <p>R: 90 - 0 - 90° (супинация - 90°, пронация - 90°)</p>	
<p><b>Тазобедренный сустав (рис. 54 - 56)</b></p> <p>S: 15 - 0 - 125° (экстензия - 15°, флексия - 125°)</p> <p>F: 40 - 0 - 10° (абдукция - 40°, аддукция - 10°)</p> <p>R (S=0°): 45 - 0 - 45° (наружная и внутренняя ротация по 45°)</p>	
<p><b>Коленный сустав (рис. 58)</b></p> <p>S: 0 - 0 - 130° (экстензия - 0°, флексия - 130°)</p>	
<p><b>Голеностопный сустав (рис. 57)</b></p> <p>S: 20 - 0 - 45° (экстензия - 20°, флексия - 45°)</p>	