

СРС на тему:

Особенности обследования травматологических больных.

Выполнили: студенты 425-группы ОМФ

Примерная схема обследования больного

1. *Выяснение жалоб*
2. *Сбор анамнеза*
3. *Настоящее состояние больного*
4. *Неинвазивные дополнительные методы исследования*
5. *Инвазивные дополнительные методы обследования*
6. *Лабораторная диагностика*



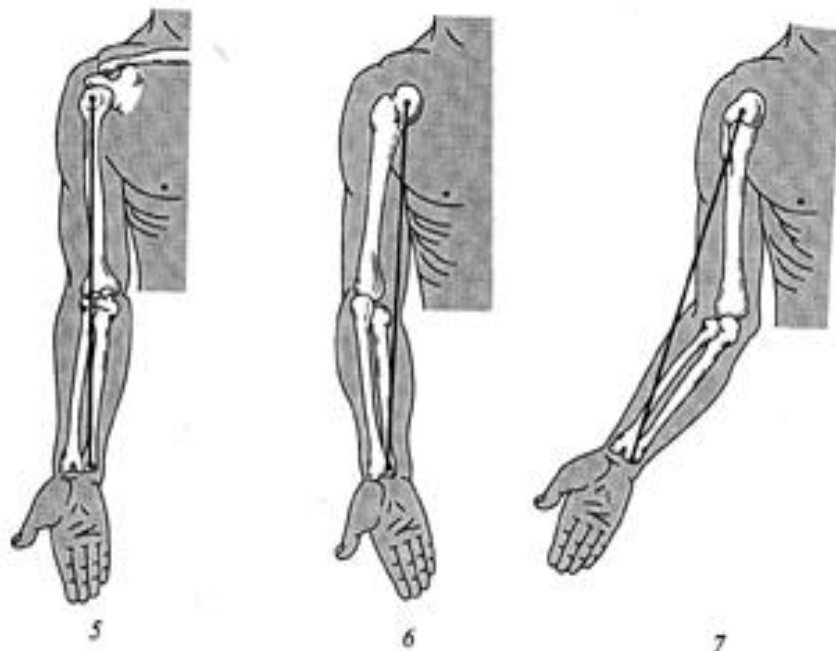
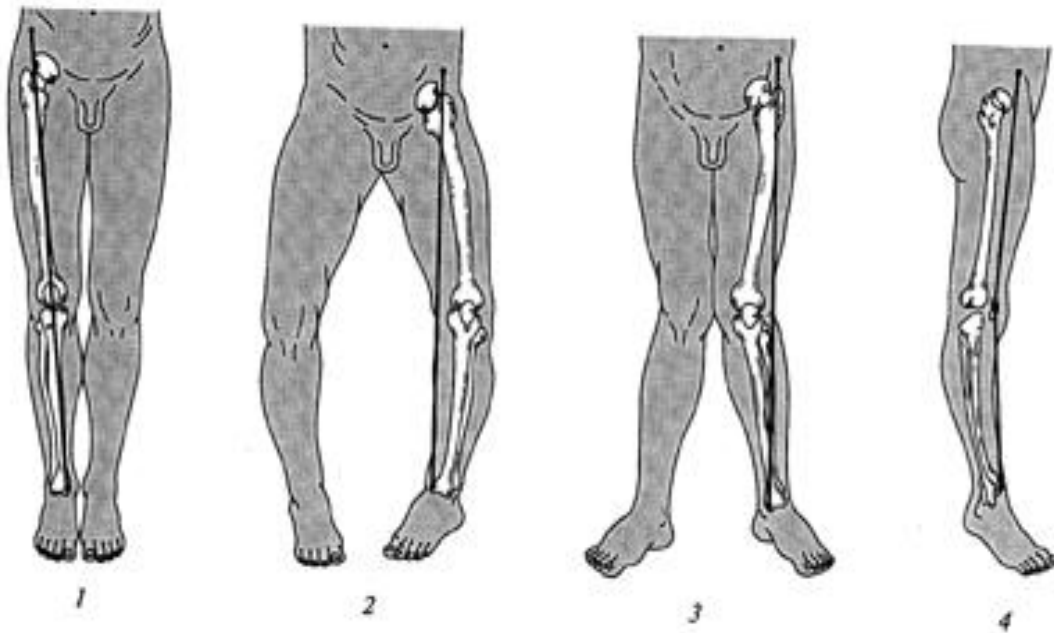
Общий осмотр

В начале осмотра следует отметить особенности поведения больного, его внешний вид, выражение лица, походку, телосложение, пропорции тела.



Детальный осмотр

При детальном осмотре можно выявить один из достоверных клинических признаков перелома – нарушение оси конечности или поврежденного сегмента. Для выявления этого симптома необходимо знать нормальную ось конечностей.



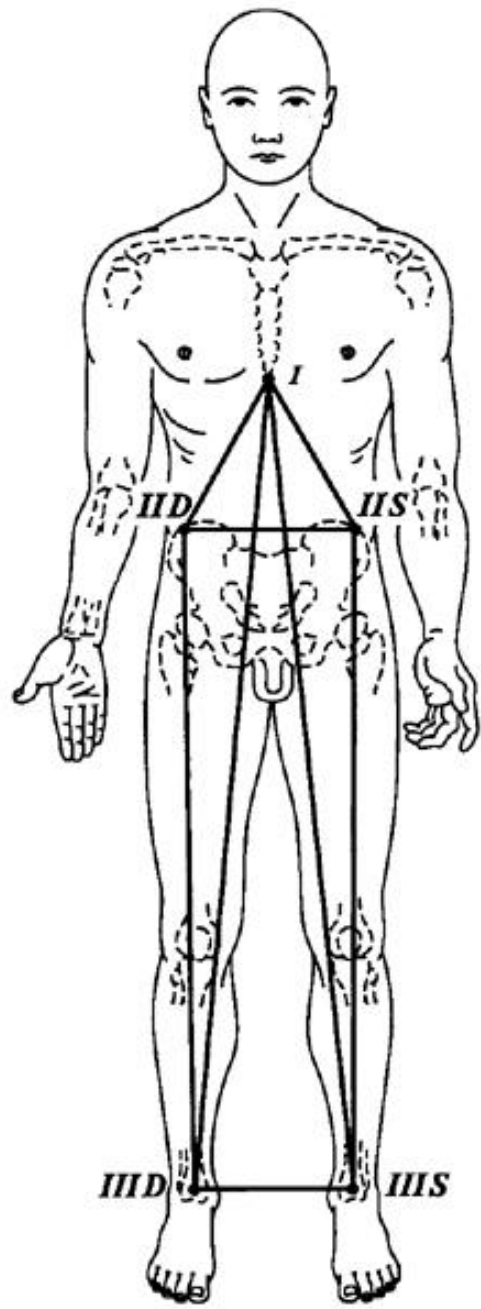
Деформации оси
нижней и верхней
конечностей:

1, 5 — норма;

2, 6 — варусная
деформация;

3, 7 — вальгусная
деформация;

4 — рекурвация



Симметрия туловища определяется с помощью пяти точек:

I — верхушка мечевидного отростка грудины;

II — передние верхние ости подвздошных костей справа (D) и слева (S);

III — верхушки внутренних лодыжек правой (D) и левой (S) голеней.

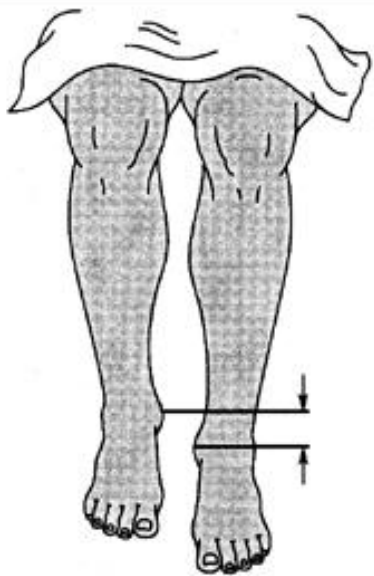
Соединенные между собой, эти точки образуют пятиугольник. При равенстве I-II и II-III правой и левой сторон точки II и III лежат на параллельных линиях, перпендикулярных оси тела, что свидетельствует о полной симметрии туловища и нижних конечностей. При изменении одной из линий возникает простая асимметрия. Асимметрия считается некомпенсированной, если расстояния I-III справа и слева не равны между собой

Пальпация

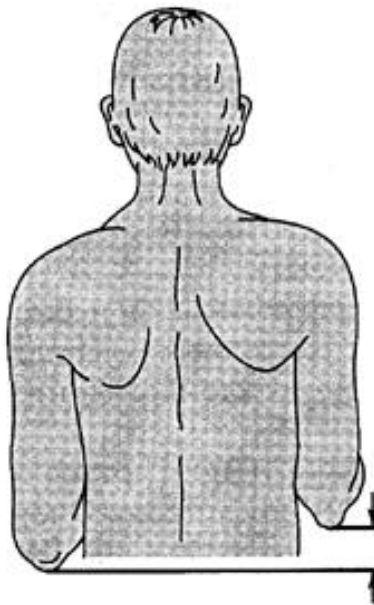


С помощью пальпации в ряде случаев можно определить наличие костных отломков под кожей, характер их смещения, наличие патологической подвижности, проконтролировать эффективность репозиции. Пальпация суставов и параартикулярных тканей позволяет определить наличие в суставе жидкости (гидрартроз), выявить изменение контуров сустава и взаимоотношений анатомических ориентиров.

Сопоставление длины сегментов конечностей.



а



б

а — голени;
б — плечи.

Измерение длины
конечностей:

а — относительной
длины верхней
конечности;

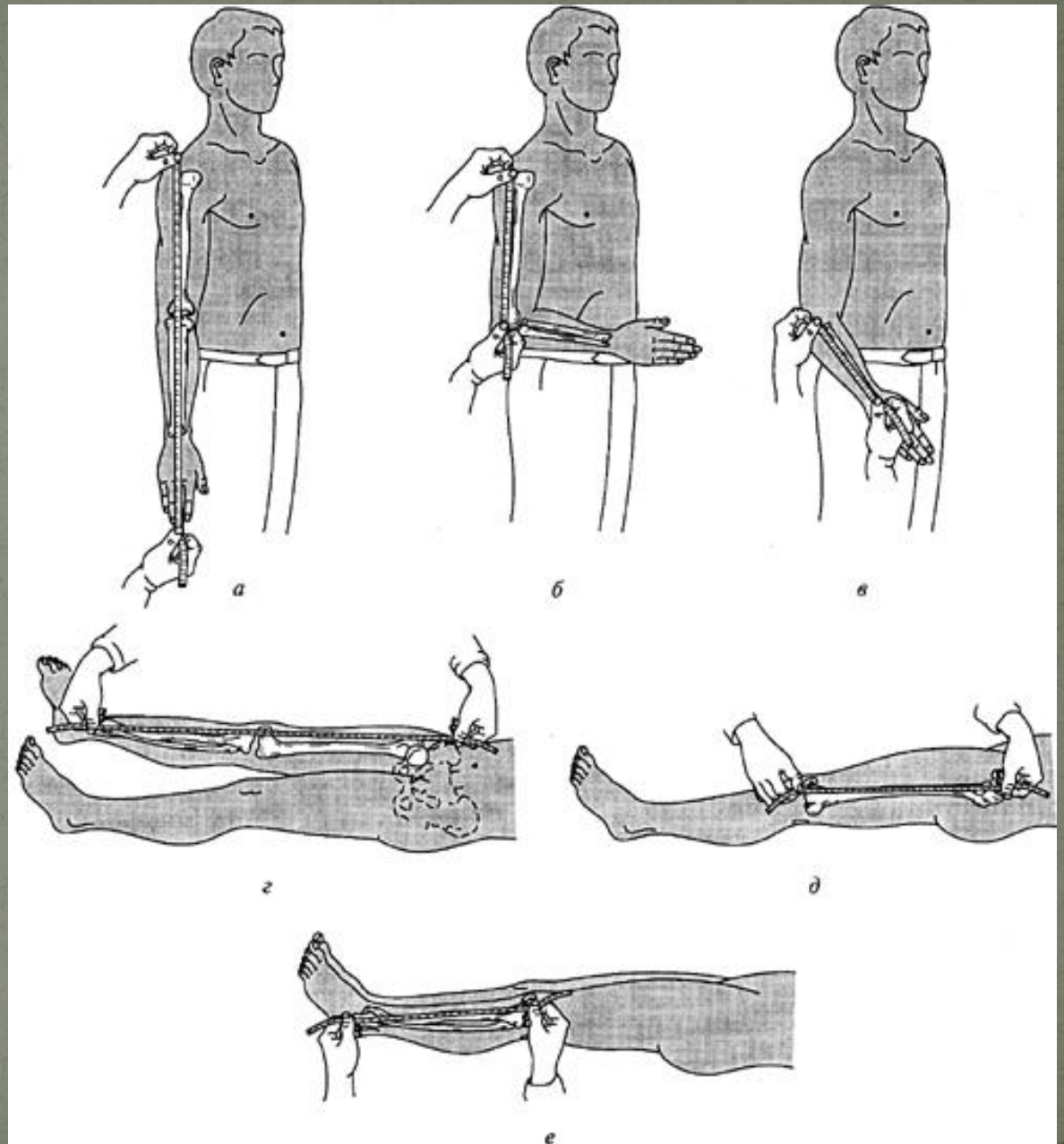
б — абсолютной
длины плеча;

в — абсолютной
длины предплечья;

г — относительной
длины нижней
конечности;

д — абсолютной
длины бедра;

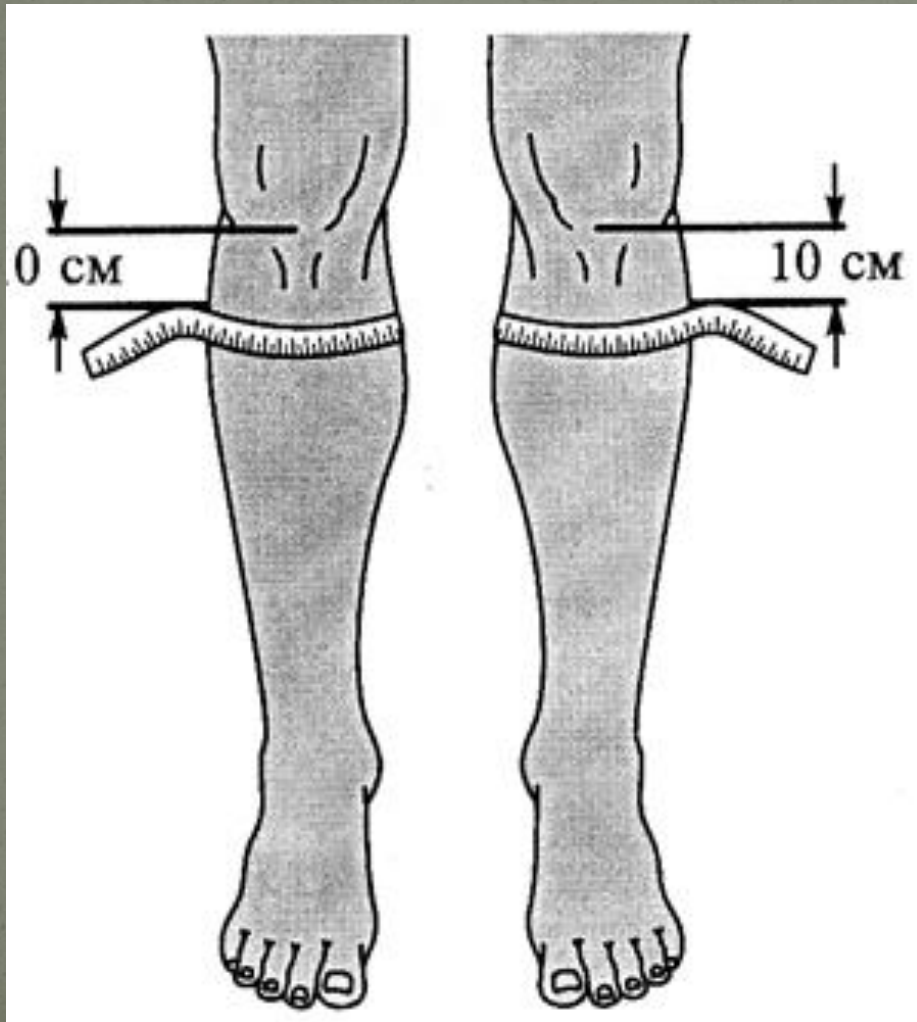
е — абсолютной
длины голени



Измерение окружности конечностей

Позволяет определить величину отека, опухоли, мышечной атрофии и т.д. Измерения проводят, сравнивая симметричные сегменты на уровне верхней, средней и нижней трети, на одинаковом расстоянии от выбранных костных ориентиров. Такими ориентирами могут служить: для нижней конечности — суставная щель коленного сустава, верхний и нижний полюсы надколенника, бугристость большеберцовой кости; для верхней конечности — мышелки плечевой кости, локтевой отросток, шиловидный отросток лучевой кости. При исследовании в динамике проводится сравнение с предыдущими результатами измерений.

Измерение окружности конечностей

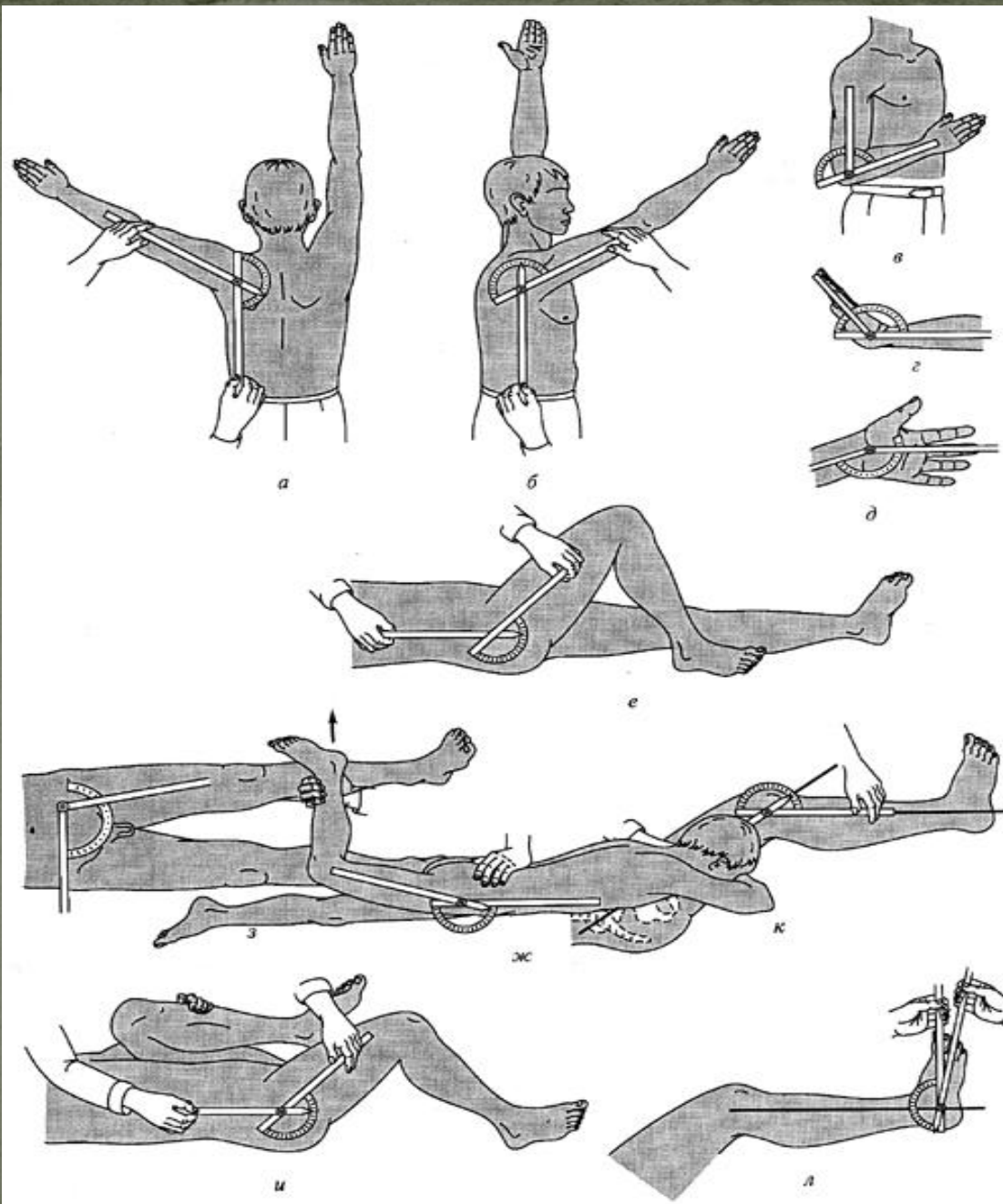


Сравнительное измерение окружности голени в верхней трети

Гониометрия

Определение амплитуды движений в суставах.

Амплитуду движений в суставах измеряют угломером, бранши которого устанавливают по оси сегментов конечности, а центр (шарнир) — по оси движения в суставе. Центр угломера устанавливают на точку проекции головки плечевой кости (плечевой сустав); на 1 см ниже наружного мыщелка плеча (локтевой сустав); на точку проекции шиловидного отростка лучевой кости при определении сгибательно-разгибательных движений и проекции лучезапястного сустава при определении движений во фронтальной плоскости (лучезапястный сустав); на уровне большого вертела (тазобедренный сустав); на точку проекции наружной суставной щели, что соответствует уровню нижнего полюса надколенника (коленный сустав); на точку проекции внутренней лодыжки (голеностопный сустав).



Измерение амплитуды движений в суставах конечностей:

плечевом

(а — отведение; б — сгибание-разгибание);

локтевом (в);

лучезапястном

(г — сгибание-разгибание;

д — приведение-отведение);

тазобедренном

(е — сгибание; ж —

разгибание; з —

отведение; и — при

сгибательной

контрактуре);

коленном (к);

голеностопном (л)

Клинические признаки переломов

К достоверным относят признаки, свидетельствующие именно о данном повреждении, которые без него отмечаться не могут:

- деформация оси длинной трубчатой кости,*
- патологической подвижностью в области предполагаемого повреждения;*
- крепитация костных отломков;*

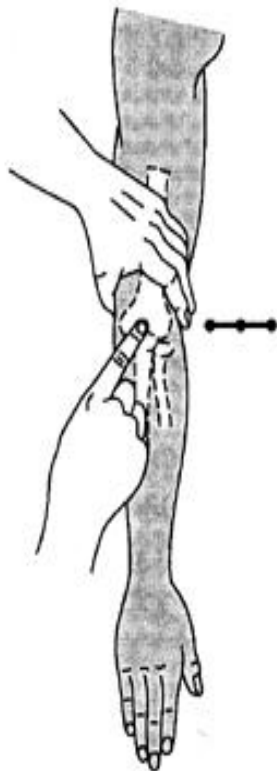
Клинические признаки вывиха

- Симптом пружинящего сопротивления при попытках пассивных движения в суставе,*
- Вынужденное положение конечности*
- Рентген признаки*

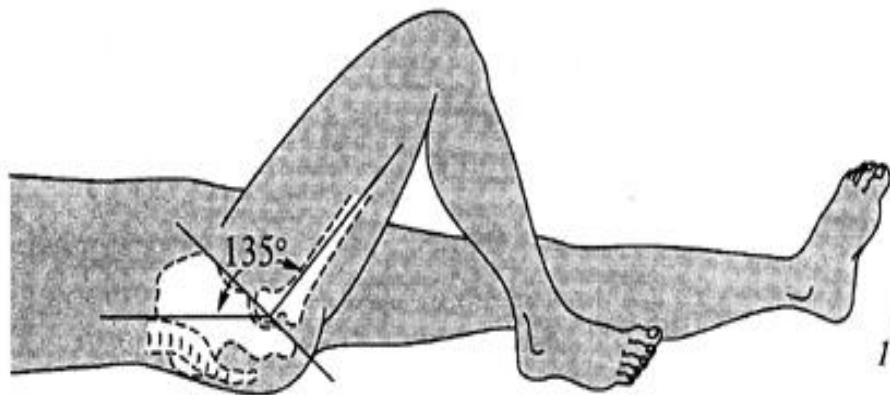
Заподозрить перелом или вывих помогают следующие признаки: скопление жидкости в полости сустава (гидрартроз), а также нарушение симметрии внешних ориентиров. Наибольшее значение имеют следующие ориентиры.



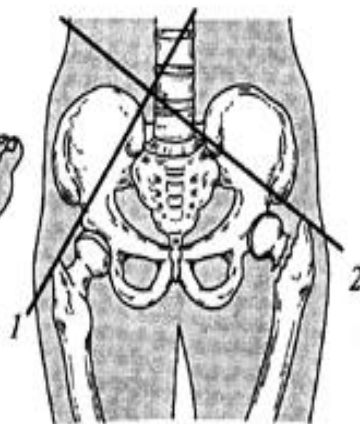
a



б



в



г

Внешние
околосуставные
ориентирь:
a – линия Маркса;
б — треугольник
Гютера;
в — линия Розера-
Нелатона;
г – линия Шумахера
(1 — в норме; 2 —
при переломе
проксимального
отдела бедра)

Линия Маркса, соединяющая костные выступы мышелков плечевой кости, в норме расположена перпендикулярно ее оси (рис. 3.8, а).

Треугольник Гютера. В положении полного разгибания предплечья вершина локтевого отростка расположена на линии, соединяющей мышелки плечевой кости. При сгибании предплечья эти три точки образуют равнобедренный, а при сгибании до 90° — равносторонний треугольник (рис. 3.8, б).

Линия Розера-Нелатона, соединяющая седалищный бугор с передне-верхней остью крыла подвздошной кости, на эту линию в норме проецируется вершина большого вертела бедренной кости (рис. 3.8, в).

Линия Шумахера, соединяющая вершину большого вертела бедренной кости с передневерхней остью крыла подвздошной кости, в норме не должна проходить ниже пупка (рис. 3.8, г).

1. *Неинвазивные дополнительные методы обследования.*

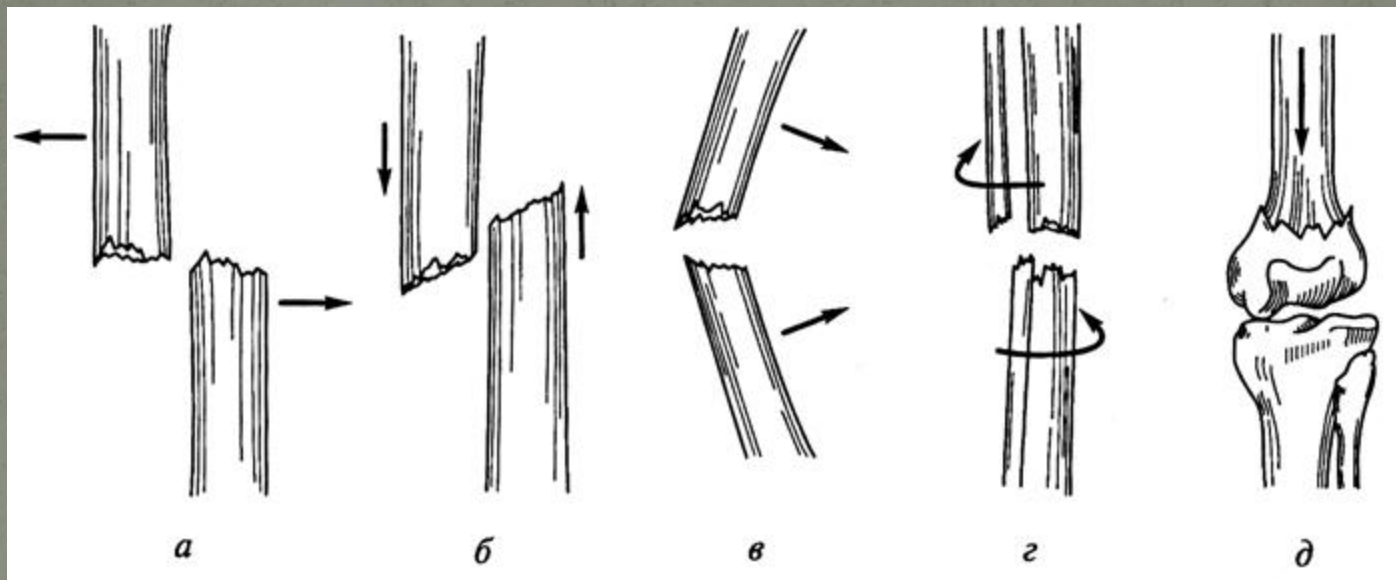
- *Рентгенография (скиаграфия, ангиография)*
- *УЗИ (доплерография, сцинтиграфия)*
- *КТ, МРТ*
- *Электромиография.*

2. *Инвазивные дополнительные методы обследования.*

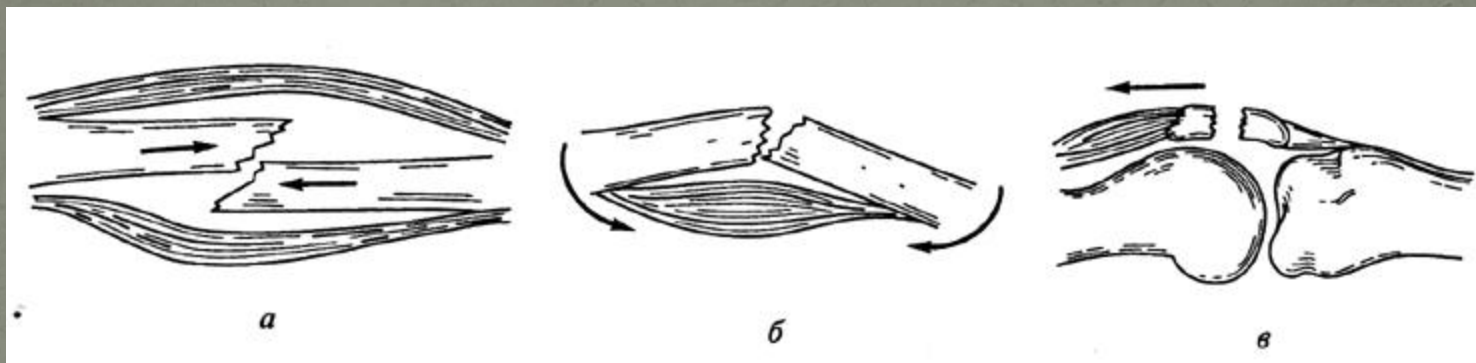
- *Пункция*
- *Артроскопия*

3. *Вместе с тем при некоторых вариантах патологии опорно-двигательной системы (прежде всего — при наследственных метаболических поражениях скелета) лабораторное обследование играет важнейшую роль.*

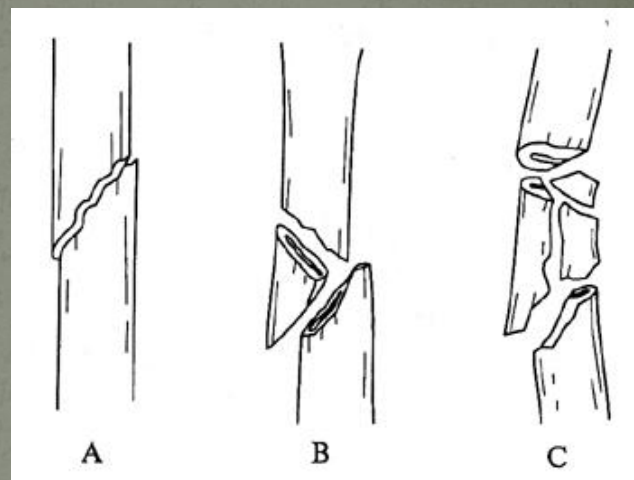
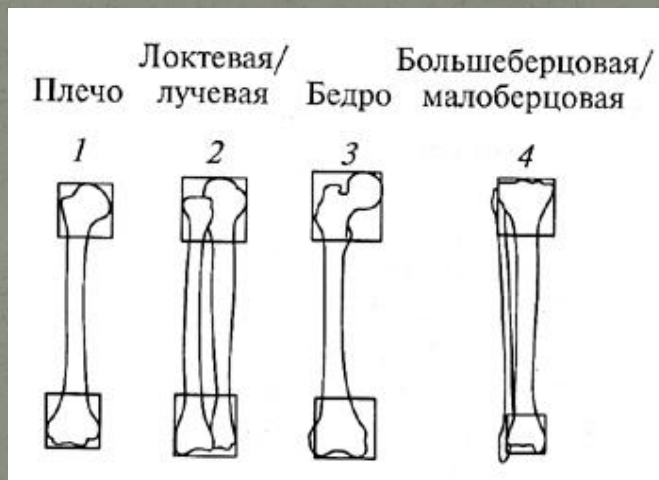
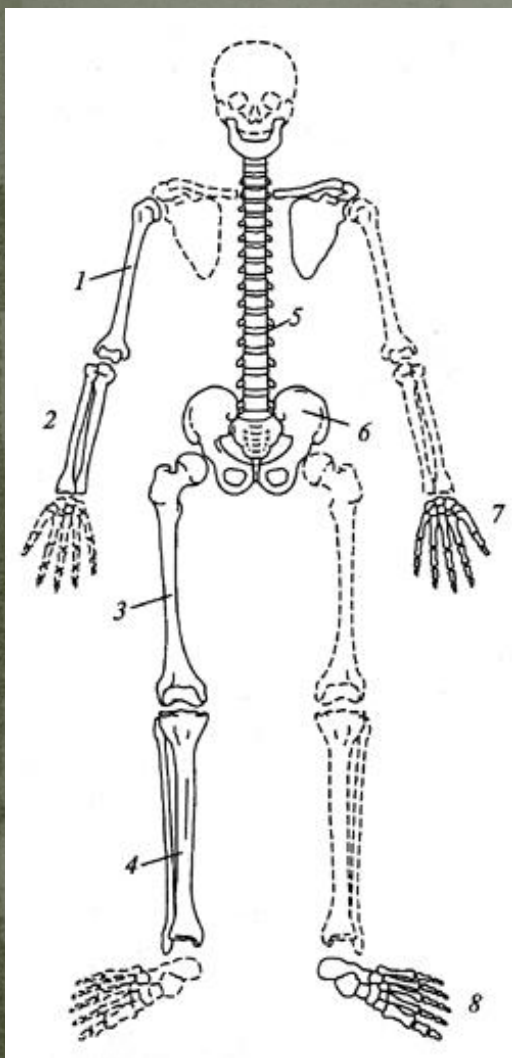
Виды смещения отломков

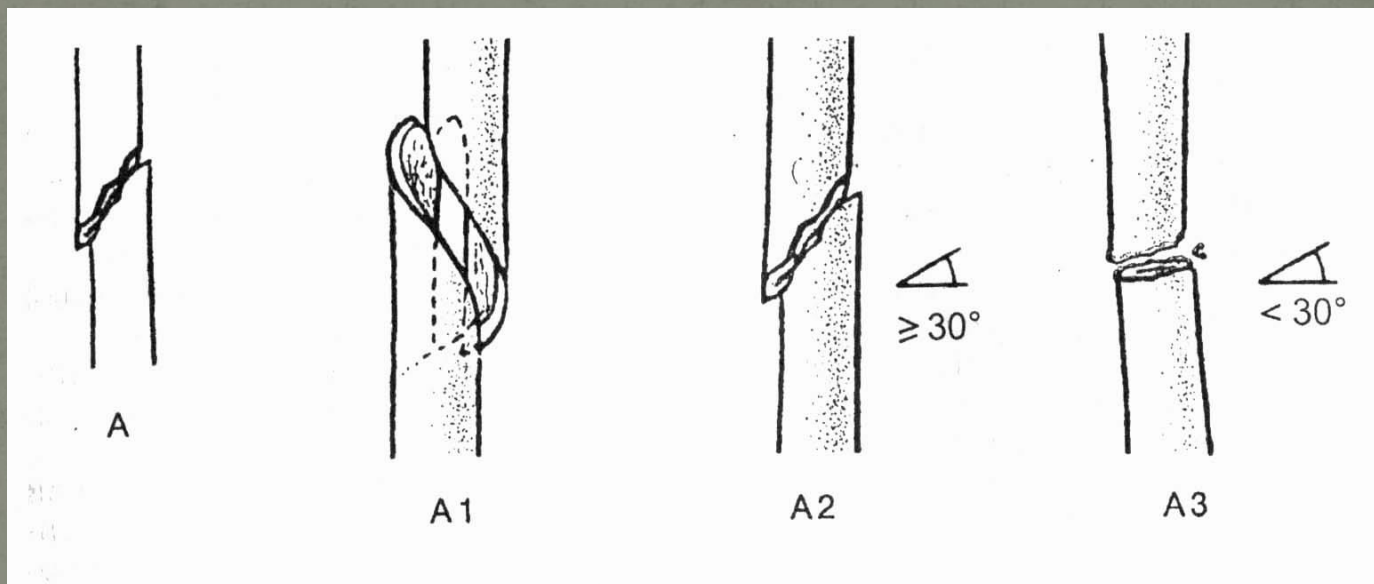


Причины смещения отломков



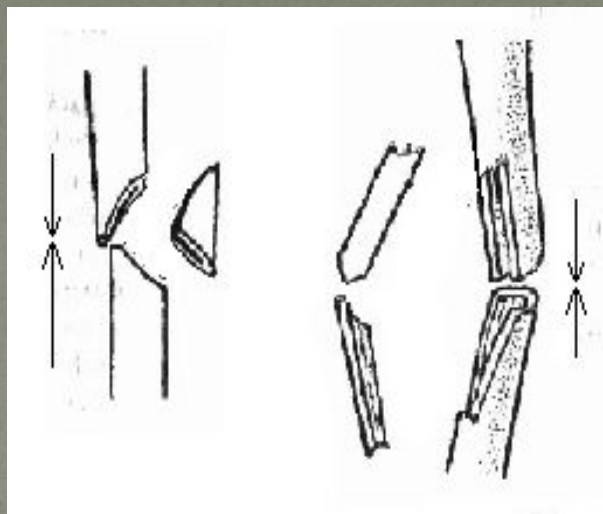
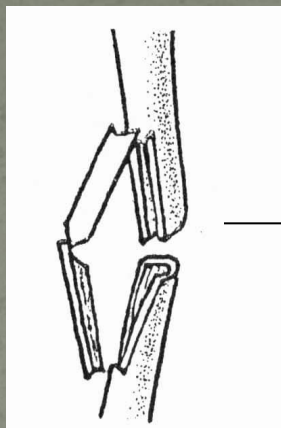
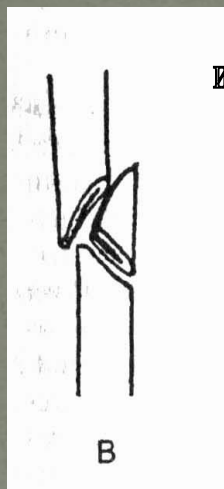
Классификация переломов АО/ASIF



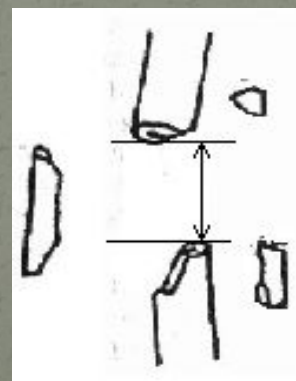
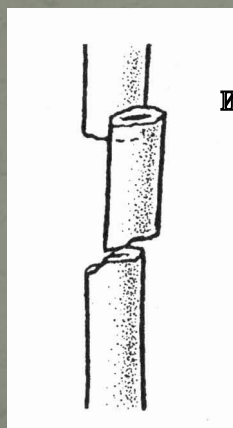


- Винтообразный (A1),
- Косой (A2) – линия перелома образует с перпендикуляром к кости угол более 30° ,
- Поперечный (A3) - линия перелома образует с перпендикуляром к кости угол менее 30° ,

- Оскольчатый (В) – если при мысленном удалении всех осколков отломки имеют контакт, то такой перелом оскольчатый,



- Сегментарный (двойной) (С) - если при мысленном удалении всех осколков возникает дефект кости, то такой перелом сегментарный,



Заключение

Своевременное направление больного для окончательного лечения в специализированное лечебное учреждение имеет немаловажное значение для исхода. В связи с этим каждый врач при общении с пострадавшим обязан уметь применить специальные приемы (методы) для установления диагноза имеющегося повреждения опорно-двигательного аппарата.

Список используемой литературы

1. Травматология и Ортопедия
автор: Кавалерский
2. Травматология и Ортопедия
автор: профессор Юмашев Г.С.
3. http://www.trvm.ru/traumatology/index_446.html

**СПАСИБО ЗА
ВНИМАНИЕ!!!**

