

## РЕКОМЕНДУЕМЫЙ ПОРЯДОК ОПИСАНИЯ ТЕЛЕСНЫХ ПОВРЕЖДЕНИЙ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

*Анин Э.А. Морозевич И.А.*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Часто медицинские работники опускают описание повреждений, либо описывают их крайне недостаточно, в некоторых случаях, ограничиваясь только диагнозом, иногда даже не полным. А между тем медицинские документы нередко являются одним из основных материалов (иногда единственным) для судебно-медицинской экспертизы и имеют большое юридическое значение. Небрежная неполная запись не дает возможности эксперту ответить на интересующие следственные органы вопросы об особенностях повреждений, механизме, давности их образования, степени тяжести и т.п., что приводит к необходимости допроса врача представителями следственных органов. Значение подобного описания повреждений в медицинских документах особенно велико в тех случаях, когда экспертиза проводится спустя некоторое время после происшествия и первоначальная картина повреждений изменена под влиянием оперативных вмешательств, процессов заживления и разнообразных осложнений.

Рекомендуемые объем и последовательность описания повреждений:

- локализация – указывается анатомическая область и расстояние, чаще в сантиметрах от опознавательных общепринятых анатомических линий и пунктов до близлежащих точек повреждений;
- характер (вид) повреждения – ссадина, кровоподтек, гематома, рана и т.д.;
- форма повреждения – указывается в сравнении с геометрическими фигурами или буквами (треугольная, линейная, веретенообразная, Т-образная, когда форма не может быть определена указывают, что она неопределенная);
- размеры – указывается длина, ширина (обычно по двум взаимно перпендикулярным линиям). У звездчатых отмечают длину отдельных лучей от центра; у Т, Г, У – образных и подобных им определяют длину отдельных отрезков;
- характер углов, краев – края могут быть ровные, неровные, кровоподтечные, осадненные, скошенные, подрывные и т.д. Углы (или концы) – острые, закругленные, П-образные, отмечают наличие в их области насечек;
- дно (поверхность) – ровное, бугристое, наличие или отсутствие на дне размозженных тканей и переломов костей и т.д.;
- цвет кровоподтека, корочки и т.д.;
- состояние окружающих тканей – наличие отека, следов крови, отложения копоти, загрязнение смазочными веществами, дорожной грязью и т.д.;
- наличие или отсутствие признаков заживления и его течение;
- другие особенности, имеющие судебно-медицинское значение: направление раневого канала, соответствие повреждениям на разных слоях одежды;

Приведенной схемой описания повреждений целесообразно пользоваться при составлении любых медицинских документов (медицинской карты амбулаторного больного, медицинской карты стационарного пациента, карты вызова бригады скорой (неотложной помощи) и др.).

## **ДИАГНОСТИКА ТОРСИОННЫХ ДЕФОРМАЦИЙ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ**

***Аносов В.С., Белецкий А.В., Лашковский В.В.***

*УО «Гродненский государственный медицинский университет»*

Нарушения торсионного профиля ограничивают спортивную и повседневную активность. Торсионные деформации нижних конечностей часто являются сопутствующим патомеханическим фактором травм менисков и крестообразных связок, повреждений голеностопного сустава, нестабильности бедренно – надколенникового сустава, привычного вывиха надколенника, гонартроза, коксартроза, люмбалгии. Перегрузки суставов нижних конечностей приводят к развитию дегенеративно – дистрофических процессов опорно-двигательного аппарата, а проводимое лечение часто ограничивается симптоматическим.

Ключевые слова: ультразвуковая диагностика, торсионная деформация.

Костные деформации нижних конечностей в горизонтальной плоскости являются определяющей причиной развития ряда патологических состояний опорно-двигательного аппарата [1, 2, 4, 10]. Торсионный профиль костей голени и бедра с возрастом изменяется. Антеторсия бедра и внутренняя торсия голени у новорожденных с ростом скелета спонтанно редуцируются и у взрослого человека составляет 25 градусов антеторсии бедра и 25 градусов наружной ротации голени [3, 9, 13]. Торсионные деформации костей нижних конечностей часто являются сопутствующим фактором нестабильности бедренно – надколенникового сустава, синдрома нарушения равновесия надколенника, привычного вывиха надколенника у подростков. Нарушения торсионного профиля ограничивают спортивную и повседневную активность. Различные варианты осевых деформаций нарушают функцию опоры и передвижения, значительно перегружают суставы, приводят к усталостным повреждениям тканей. Перегрузки суставов нижних конечностей вызывают развитие дегенеративно – дистрофических процессов опорно-двигательного аппарата, а проводимое лечение часто ограничивается симптоматическим. Торсия – скручивание вдоль оси. Торсионный профиль нижних конечностей человека формируется в течение 10 лет после рождения [6, 12]. Для оценки торсионного профиля нижней конечности необходимо измерить угол между осью шейки бедренной кости и осью коленного сустава для бедренной кости, а для голени необходимо оценить взаиморасположение оси коленного и голеностопного суставов. Ортопедический осмотр пациента является единственным скрининг