

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ
УНІВЕРСИТЕТ ІМЕНІ ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО
КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГІЇ, ОРТОПЕДІЇ ТА
ВІЙСЬКОВО ПОЛЬОВОЇ ХІРУРГІЇ**

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
для студентів V курсу медичного факультету
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА
ОРТОПЕДІЇ**

Тема 1

**Введення в спеціальність. Особливості обстеження
травматологічних та ортопедичних хворих.
Ушкодження зв'язок, сухожилків та м'язів.
Травматичні вивихи.**

Навчальна дисципліна:
ТРАВМАТОЛОГІЯ ТА ОРТОПЕДІЯ
V курс медичний факультет
підготовки фахівців другого
(магістерського) рівня вищої освіти
галузі знань 22 'Охорона здоров'я^а
спеціальності 222 'Медицина^а

кількість годин 4

Методичні вказівки склав
проф..Філь Ю.Я.

Львів 2021

Методичні вказівки затверджені на засіданні Центральної методичної комісії з хірургічних дисциплін Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького № 30 від 30.08.2021 р.

Редактор – доктор медичних наук, професор Ю.Я.Філь

Рецензент – доктор медичних наук, професор
В.П.Андрющенко

Відповідальний за випуск – доктор медичних наук,
академік М.Р.Гжегоцький

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ:

2. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ: 4 год.

3. НАВЧАЛЬНА МЕТА.

Знати (теоретичні питання):

Визначення травматології та ортопедії як дисципліни. Історія розвитку та сучасні досягнення вітчизняної травматології і ортопедії.

Особливості збору анамнезу у хворих з патологією системи опори та руху. Основні види деформацій кінцівок та хребта. Види скорочення кінцівок та методи їх визначення. Методи визначення об'єму руху в суглобах. Види контрактур.

Абсолютні та відносні клінічні ознаки переломів, вивихів. Вірогідні та відносні ознаки захворювань суглобів та хребта. Рентгенологічні ознаки переломів, вивихів та ортопедичних захворювань. Використання ЯМР-томографії, УЗД та денситометрії в діагностиці уражень системи опори та руху.

Механогенез та клінічні прояви ушкоджень зв'язок, сухожилків, м'язів. Принципи їх лікування, профілактика ускладнень. Визначення понять "вивих", "підвивих". Патоморфологія вивиху. Загальна класифікація вивихів. Механогенез вивихів /плеча, передпліччя, стегна/, їх класифікація та клініка. Ускладнення вивихів, їх профілактика та лікування.

Вміти:

Способи визначення вісі кінцівок, хребта.

Вимірювання довжини та об'єму кінцівок.

Надання медичної допомоги на догоспітальному етапі.

Лікування вивихів в умовах спеціалізованого

стаціонару.

Практичні навички:

**4. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ,
НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ
(МІЖДИСЦИПЛІНАРНА ІНТЕГРАЦІЯ)**

Назва дисципліни	Отримані знання
Нормальна анатомія	Анатомічна будова людини
Нормальна фізіологія	Функції органів та систем людського організму
Гістологія	Гістологічна структура тканин і органів
Патологічна анатомія	Патогістологічні ознаки набряку, некрозу, запалення, шоку
Патологічна фізіологія	Патогенез шоку, дихальної недостатності, кровотечі, футлярної гіпертензії
Фармакологія	Медикаменти, що застосовуються при невідкладних станах (знеболюючі, протинабрякові, протишоккові)
Загальна хірургія	Травматизм та ушкодження

5. ПОРАДИ СТУДЕНТУ.

5.1. ЗМІСТ ТЕМИ.

ОБСТЕЖЕННЯ ОРТОПЕДИЧНОГО ХВОРОГО

Під час обстеження ортопедичного хворого користуються принципами, які ґрунтуються на загальноприйнятих клінічних методах, як і при інших захворюваннях. 8суапх вказував, що немає методів обстеження виключно ортопедичних хворих, але вони мають деякі особливості

У першу чергу знайомляться зі скаргами, які змусили звернутися до лікаря за допомогою, і анамнезом, тобто вияснюють причини і обставини, а також час виникнення захворювання. Все це вимагає терпіння і належної уваги, тому що добре зібраний анамнез дає можливість правильно і в належному напрямку провести об'єктивне клінічне та допоміжне обстеження хворого і тим самим встановити правильний діагноз.

СКАРГИ

Причиною звернення хворого до лікаря можуть бути такі скарги: біль, зумовлений травмою, запальним або пухлинним процесами, інконгруентністю суглобових поверхонь тощо; порушення функції, пов'язане з різноманітними патологічними змінами у суглобах, контрактурами, вкороченнями кінцівок тощо; деформації (викривлення) кінцівок, хребта, припухлість тощо; косметичні порушення.

Основна кількість хворих звертається до лікаря зі скаргами на біль. Біль - це суб'єктивне відчуття, яке зумовлене подразненням або патологічними змінами у тканинах організму. Він є сигналом небезпеки, у зв'язку з яким у дію вступають захисні реакції. Подразнення ноцицепторів надходять по провідних шляхах у центральну нервову систему, де внаслідок взаємодії кори і підкіркових центрів формується усвідомлене відчуття болю (Студеникин М.Я., Яковлева А.А., 1987).

Біль, який виникає в опорно-руховому апараті, як правило, проектується в місці локалізації патологічного

процесу, але інколи він буває іррадіюючим. Наприклад, дуже часто при патологічному процесі в кульшовому суглобі внаслідок подразнення стегнового і затульного нервів діти відчувають біль у ділянці коліна, що дезорієнтує лікаря і є причиною діагностичних помилок. Це буває при кокситих, хворобі Легга-Кальве-Пертеса, тощо. Слід відзначити, що відчуття болю особливо проявляється при патологічних процесах у ділянках опорно-рухового апарату, багатих іннервацією (окісті, епіфізах кісток, параартикулярних тканинах, капсулі суглоба, тощо).

Важливо вияснити характер болю (відчутний, ниючий, пульсуючий, тощо) і його тривалість (періодичний, після перевантаження кінцівки, постійний, у спокої вночі, тощо). У значній мірі біль залежить від стану рецепторного апарату і центральної нервової системи, а також від індивідуальної чутливості. Біль при різних патологічних станах буває різним як за характером, так і за інтенсивністю і тривалістю. Наприклад, біль при артрозі різко відрізняється від болю при синовіті, при гострому гнійному артриті, тощо.

ОБ'ЄКТИВНЕ ОБСТЕЖЕННЯ

Об'єктивне обстеження хворого охоплює: огляд, пальпацію; визначення амплітуди активних (хворим) і пасивних (за допомогою лікаря) рухів у суглобах, сили мя'зів; вимірювання осі, довжини і обводу сегментів кінцівок, тощо.

огляд

Залежно від загального хворого огляд може бути побіжний або ґрунтовний. Під час побіжного огляду визначають загальний стан хворого, спосіб ходи і положення тулуба та кінцівок, виражені деформації тощо.

Огляд завжди повинен бути порівняльним і уважним, при доброму освітленні.

Грунтовний огляд хворого проводять лише тоді, коли той повністю роздягнений. Ніколи не слід обмежуватися оглядом тільки тієї ділянки тіла, на більш чи деформацію в якій вказує хворий. Це зумовлено тим, що, наприклад, анатомічне вкорочення гомілки призводить до функціонального вкорочення усієї кінцівки, перекошення таза і компенсаторного викривлення хребта. Лише при чітко вираженій патології плечового пояса чи верхньої кінцівки можна обмежитись оголенням верхньої половини тулуба.

Грунтовний порівняльний огляд дає змогу виявити навіть незначне відхилення від норми. У першу чергу звертають увагу на загальний вигляд і позу хворого: його лице, шкірні покриви, положення його тулуба та кінцівок, наявність грубих деформацій тощо.

Хворі на остеогенну саркому мають вигляд страждальців внаслідок болю, - бліді, худі і виснажені. Над пухлиною можна побачити сітку розширених вен. При гострих запальних процесах може бути гіперемія шкіри, при хронічних - її блідість. Аналогічний вигляд у хворих на хронічні запальні захворювання опорно-рухового апарату тощо.

Також важливо звернути увагу на поставу хворого і положення його кінцівок.

Постава - це індивідуальна будова тіла людини та звичне положення хребта і кінцівок під час стояння, ходіння і сидіння. Основним у поставі є форма хребта та його вигини. Форма хребта зумовлена звичним невимушеним положенням тіла, яке виникає внаслідок складної умовно-рефлекторної діяльності головного мозку людини. Формування постави починається з дитинства і продовжується у процесі розвитку дитини.

У плода хребет рівномірно зігнутий, утворює суцільний кіфоз. Після народження дитина лежить, і тому

хребет вирівнюється, а кіфоз зникає. Сила м'язів у новонародженого дуже слабка і розвивається поступово. Коли збільшується сила м'язів шиї, дитина починає піднімати голову, а з посиленням інших м'язів починає сидати. Це зумовлює появу невеликого шийного лордозу і збільшення поперекового кіфозу, що слід вважати нормальним явищем. Після збільшення сили м'язів шиї, спини і нижніх кінцівок дитина починає вставати. У цей час зменшується фізіологічна згинальна контрактура стегон і в стоячому положенні поступово з'являється поперековий лордоз. Лордоз у шийному та поперековому відділах хребта формується з того моменту, коли дитина починає ходити. У цей час живіт випинається вперед, у грудному відділі поступово виникає кіфоз і збільшується поперековий та шийний лордоз. Внаслідок збереження незначної згинальної контрактури стегон нижні кінцівки бувають дещо зігнутими у колінах. Така постава дитини у дошкільному віці вважається нормальною.

У шкільному віці контрактури повністю щезають і поліпшується постава, яка у значній, мірі залежить від активності дитини і зміцнення м'язів.

Порушення постави особливо часто буває у період бурхливого росту дітей, коли кістки і м'язи ростуть у довжину, а рефлeksi стативи ще не пристосувались до цих змін. Це видно у період статевого дозрівання, коли під впливом гормонів відбуваються значні зміни у психіці та будові тіла, коли остаточно формується постава.

На формування постави впливають як ендогенні, так і екзогенні чинники. До них належать м'язовий і гравітаційний тиск, статичні фактори, постійний біль і хронічне захворювання, зовнішнє середовище (умови росту дитини, спосіб життя, фізична активність, режим праці і харчування, кліматичні фактори тощо). Для нормального розвитку тіла і постави дітям слід, раціонально

харчуватися, мати нормальні умови життя, навчання і відпочинку, займатися фізичними вправами та спортом, запобігати захворюванням.

Слід відзначити роль генетичних факторів у формуванні постави та інших рис, успадкованих від батьків. Умовно розрізняють пікнічний, атлетичний та астенічний генетичні типи:

людина пікнічного типу характеризується середнім зростом, розвиненим і пропорційним тулубом та кінцівками, випнутим животом, бочкоподібною грудною кліткою і схильністю до ожиріння;

атлетичний тип характеризується нормальною і пропорційною будовою тіла з добре розвиненими м'язами (м'язистий тип);

- люди астенічного типу бувають, як правило, високими, худими, із плоскою грудною кліткою, запалим животом, слаборозвиненими м'язами.

Порушення постави спостерігають у випадках викривлень хребта при збільшенні і зменшенні фізіологічних вигинів (лордоз, кіфоз). Воно буває у вигляді круглої (сутулість), опукло-ввігнутої чи плоскої спини, пресколіотичної постави.

За даними Санкт-Петербурзького інституту дитячої ортопедії ім. Т.І.Турнера, порушення постави у сагітальній площині буває у 18,2%, у фронтальній - 8,2% здорових дітей.

Постава з круглою спиною (сутулість) зустрічається найчастіше і полягає у збільшенні фізіологічного вигину в грудному відділі хребтового стовпа (кіфозу). Для неї характерний нахил голови вперед із таким же нахилом надпліч і плечей внаслідок укорочення грудних м'язів. Спереду грудна клітка запала, а нижні кути лопаток відстають від неї, хоча розміщенні симетрично. Спостерігається дещо зменшений нахил таза з помірним

випинанням живота. Рентгенологічно в бічній проекції хребтового стовпа визначається збільшене викривлення грудного відділу назад і зменшені міжхребцеві щілини спереду в ділянці згину.

Постава з опукло-ввігнутою спиною зумовлена збільшенням фізіологічних вигинів хребта: збільшений грудний кіфоз компенсується збільшеним поперековим лордозом. Голова нахилена вперед, шия коротка. Надпліччя підняті догори і нахилені вперед. Грудна клітка така ж, як і при сутулості. У зв'язку з гіперлордозом поперекового відділу хребтового стовпа таз більш нахилений.

Поставу з плоскою спиною мають діти з астенічною будовою тіла: тонкий подовжений тулуб, довга шия на фоні опущених надпліч. Положення голови нормальне, грудна клітка плоска, тобто зменшений її передньозадній діаметр. При цьому лопатки можуть дещо випинатись: м'язи спини недостатньо розвинені. Вісь хребта нормальна, але фізіологічні згини зменшені при нормальній рухомості хребта.

Пресколіотична постава характеризується боковим зміщенням хребтового стовпа при нормальних фізіологічних його згинах у сагітальній площині. Бокове викривлення найчастіше буває у верхньому поперековому або нижньогрудному відділі хребтового стовпа з відповідним нахилом тулуба. Є асиметрія трикутників талії, на боці згину надпліччя та лопатка опущені, зміщення у бік остистих відростків. Особливим для цієї постави є те, що під час згинання, тобто зняття вертикального статичного навантаження, відхилення від норми зникають, а при сколіозі залишаються.

5.2. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Головні скарги хворого при переломі кісток кінцівок.
2. Головні анатомічні ознаки ушкоджень системи опори і руху.
3. Види викривлення вісі верхньої і нижньої кінцівки.
4. Пізнавальні точки та лінії, які визначають при обстеженні ортопедо-травматологічного хворого.
5. Як проводиться порівняльний вимір довжини верхніх та нижніх кінцівок?
6. Які головні види скорочення кінцівок?
7. Як визначити амплітуду активних та пасивних рухів у суглобах кінцівки?
8. Види обмеження рухів суглобів.
9. Які додаткові обстеження можуть бути застосувати при обстеженні хворих з ушкодженнями і захворюваннями системи опори і руху?
10. Механізм виникнення перелому довгих кісток.
11. Класифікація перелому довгих кісток.
12. Види зміщення відламків при переломі довгих кісток.
13. На підставі яких симптомів можна встановити діагноз перелому?
14. Перебіг процесів репаративної регенерації кісткової тканини при переломі.
15. Дати визначення поняття "Вивих" та його класифікацію залежно від часу.
16. Механізм виникнення вивиху.
17. Патоморфологічні зміни в суглобі і навколишніх тканинах при вивиху.
18. Загальні клінічні симптоми вивиху.
19. Загальні принципи лікування вивиху.
20. Механізм виникнення вивиху плеча, класифікація, діагностика та лікування.
21. Звичний вивих плеча та причини його утворення.
22. Лікування звичного вивиху плеча та його профілактика.
23. Класифікація вивиху передпліччя та механізм його

утворення.

- 24. Діагностика вивиху передпліччя та його лікування.
- 25. Класифікація вивиху стегна та механізм його утворення.
- 26. Клініка, діагностика та лікування вивиху стегна.
- 27. Вивих гомілки. Механізм виникнення, діагностика та лікування.

5.3. ТЕСТИ І СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

Чоловік у віці 45 років звернувся до поліклініки зі скаргою на обмеження розгинання IV-V пальців правої кисті.

Хворіє кілька років, з кожним роком ставало все гірше.

Працює слюсарем. Травм та захворювань в дитинстві не мав. При огляді: IV-V пальці в положенні долонного згинання. Активне та пасивне розгинання неможливе у зв'язку з наявністю тяжів та вузлів по долонній поверхні кисті та пальців. На рентгенограмах пошкоджень та запальних процесів у кістках кисті не знайдено. Діагноз?

- A.** Контрактура Дюпюїтрена
- B.** Міогенна контрактура
- C.** Неврогенна контрактура
- D.** Ішемічна контрактура
- E.** Сухожилкова контрактура

Хворий 43 років доставлений бригадою швидкої допомоги зі скаргами на виражені болі в правому ліктьовому суглобі - падіння на лікоть 1,5 години тому. При огляді: область ліктьового суглоба набрякла і збільшена в обсязі, цілком відсутні активні рухи в суглобі, вісь передпліччя зміщена дозад і досередини, вісь плеча - допереду. Ліктьовий відросток явно виступає назад. Передпліччя зігнуте в лікті під кутом 120-140°. Ваш можливий діагноз?

- A. Вивих передпліччя дозаду**
- B. Вивих передпліччя допереду**
- C. Перелом ліктьового відростка**
- D. Черезвиростковий перелом плеча**
- E. Забите місце м'яких тканин ліктьового суглоба**

Хворий 54-ти років доставлений бригадою швидкої допомоги. Травма 30 хвилин тому, - при фіксованій стопі відбулося надмірне підошовне згинання. При огляді: опороздатність кінцівки порушена. Область гомілковостопного суглоба набрякла, видима деформація. Передній відділ стопи укорочений, п'ята подовжена. Попереду пальпується суглобний кінець великогомілкової кістки. Ваш можливий діагноз?

- A. Вивих стопи допереду**
- B. Перелом кісточок**
- C. Перелом кісток стопи**
- D. Перелом гомілки**
- E. Вивих стопи дозаду**

Чоловік 35 років впав на відведену розігнуту руку. Відмічає різкий біль у плечовому суглобі. Об'єктивно: права рука трохи відведена, зігнута в ліктьовому суглобі, потерпілий підтримує її лівою. Відмічається западіння в ділянці дельтовидного м'яза. Під шкіру виступає акроміальний відросток лопатки. Голівка плечової кістки визначається під дзьобоподібним відростком лопатки. Активні рухи неможливі через біль, пасивні рухи пружні. Який найбільш імовірний клінічний діагноз?

- A. Перелом великого горбка плечової кістки**
- B. Вивих плеча**
- C. Перелом хірургічної шийки плечової кістки**
- D. Перелом голівки плечової кістки**
- E. Перелом ключиці**

При обстеженні пацієнта 22 років зі скаргами на труднощі при відведенні плеча виявлено біль в області правого плечового суглоба і акроміального відростка ключиці. В області ключично-акроміального з'єднання було виявлено випинання, яке усувалось при натисканні. Яке пошкодження найбільш імовірне?

- A.** Неповний розрив ключично-акроміального сполучення
- B.** Перелом ключиці
- C.** Перелом акроміона
- D.** Забиття області ключично-акроміального сполучення
- E.** Розрив ключично-акроміального з'єднання

Знімаючи з трирічної дівчинки светр, мати різко потягнула її за кисть, після чого дитина заплакала від болю. Вказує на болючість в області ліктьового суглоба. При спробах активних і пасивних супінаційних рухів дівчинка виявляє занепокоєння. Яке ушкодження в дитини найбільш імовірне?

- A.** Підвивих голівки променевої кістки
- B.** Вивих передпліччя
- C.** Травматичний неврит променевого нерва
- D.** Розтягнення сумково-зв'язкового апарата ліктьового суглоба
- E.** Епіфізеоліз дистального відділу плечової кістки

Юнаку 17-ти років, що одержав травматичний вивих плеча, було зроблене вправлення під місцевою анестезією розчином новокаїну. Після двотижневої іммобілізації косинковою пов'язкою приступив до тренувань з регбі. Розвиток якого ускладнення найбільш імовірний у пацієнта:

- A.** Привідно-ротаційна контрактура плечового суглоба
- B.** Плечолопатковий периартрит

- С.** Артрит плечового суглоба
- Д.** Деформуючий артроз плечового суглоба
- Е.** Рецидив вивиху плеча

Спортсмен 26 років упав з упором на правий плечовий суглоб. Відмічає різкий біль, обмеження пасивних рухів, активні рухи в плечовому суглобі неможливі. Відведену і зігнуту у плечовому суглобі травмовану руку підтримує здороваю. Об'єктивно: в ділянці дельтоподібного м'яза западиння, під шкірою різко виступає акроміальний відросток лопатки, головка плечової кістки пальпується під дзьобовидним відростком. Який найбільш імовірний клінічний діагноз?

- А.** Вивих плеча
- В.** Перелом анатомічної шийки плеча
- С.** Перелом хірургічної шийки плеча
- Д.** Перелом головки плечової кістки
- Е.** Відрив великого пагорбка плечової кістки

Хворий 30 років через 2 тижні після спортивної травми скаржиться на біль у лівому колінному суглобі при рухах та неможливість опори на кінцівку. Яким методом слід оцінити цілісність зв'язок?

- А.** Рентгенографічним методом
- В.** Методом антропневмографії
- С.** Клінічним обстеженням
- Д.** Артроскопією
- Е.** Томографією

Хворий доставлений після аварії автомобіля. Скаржиться на біль у кульшовому суглобі. Нога в положенні згинання, приведення та внутрішньої ротації. Наявне її значне відносне скорочення. Пружний опір при спробі пасивного приведення чи відведення кінцівки. Великий вертлюг

розташований над лінією Розера Нелатона. Виявляється значний лордоз. Сформулюйте попередній діагноз:

- A.** Перелом шийки стегнової кістки із зміщенням
- B.** Перелом кульшової западини з центральним вивихом стегна
- C.** Сідничний вивих стегна
- D.** Клубовий вивих стегна
- E.** Черезвертлюжний перелом стегна

Жінка 29 років при спуску на лижах з гори упала й одержала травму кульшового суглоба. При огляді виявлена фіксована зовнішня ротація кінцівки і її незначне вкорочення. Великий вертлюг визначається нижче лінії Розета - Нелатона. Сформулюйте попередній діагноз:

- A.** Медіальний перелом шийки стегнової кістки зі зсувом
- B.** Черезвертлюжний перелом стегнової кістки зі зсувом
- C.** Сідничний вивих стегна
- D.** Надлонний вивих стегна
- E.** Клубовий вивих стегна

Пацієнт 28 років: скарги на біль у правому колінному суглобі, ушкодження функції. Травма непряма: під час їзди на лижах, у момент гальмування та різкої зупинки, виникла ротація правої гомілки. При огляді: контури правого колінного суглоба згладжені, суглоб збільшений у об'ємі. Симптоми "балотування наколінка", "флюктуації" позитивні. При пасивному згинанні гомілки виникає болючість, остання висувається вперед і назад. Попередній діагноз?

- A.** Пошкодження передньої хрестоподібної зв'язки
- B.** Пошкодження задньої хрестоподібної зв'язки
- C.** Пошкодження передньої та задньої хрестоподібних зв'язок
- D.** Пошкодження колатеральних зв'язок

Е. Пошкодження менісків

Пацієнт 24 років при занятті велоспортом упав на правий бік. Під час падіння права верхня кінцівка знаходилась в положенні приведення. Скаржиться на постійний біль в області правого надпліччя, який посилюється при рухах в плечовому суглобі. Права рука знаходиться в вимушеному положенні. Визначається набряк, крововилив та деформація в області правого ключично-акроміального суглоба, позитивний симптом "клавіші". Активні та пасивні рухи в плечовому суглобі можливі, але обмежені із-за посилення болю. Поставте попередній діагноз:

- A.** Забиття м'яких тканин правого надпліччя
- B.** Перелом зовнішньої третини правої ключиці
- C.** Вивихи правого плеча
- D.** Пошкодження акроміально-ключного суглоба
- E.** Вивих акроміального кінця правої ключиці

Пацієнт 42 років впав на витягнуту, відведену і дещо ротовану руку. Звернувся на травматологічний пункт зі скаргами на постійний інтенсивний біль у ділянці плечового суглоба, який значно посилюється при спробі рухів у цьому суглобі. При огляді плече дещо відведене і відхилене назад, хворий підтримує руку у вимушеному положенні, а нижче акроміального відростка видно западання дельтовидного м'яза, з гладження підключичної ямки. Пальпаторно визначається посилення локального болю, пружність пасивних рухів, нетипове розташування головки - остання пальпується піддзюбовидним відростком. Поставте попередній діагноз:

- A.** Забиття м'яких тканин плечового суглоба
- B.** Перелом хірургічної шийки плеча
- C.** Вивих ключиці
- D.** Передній вивих плеча

Е. Перелом ключиці

Пацієнт 44 років доставлений в ортопедо-травматологічний стаціонар зі скаргами на різкий інтенсивний біль в області правого кульшового суглоба, який значно посилюється при незначних рухах. Правий кульшовий суглоб деформований. Нога зігнута, приведена і ротована досередини. Пальпаторно відчувається зміщена головка стегнової кістки. Великий вертлюг зміщений і його верхівка визначається вище лінії Розера - Нелатона. Порушена симетричність лінії Шемахера та трикутник Бріана. Визначається вкорочення відносної довжини нижньої кінцівки. Визначте попередній діагноз

- А. Передньо-верхній вивих стегна**
- В. Передньо-нижній вивих стегна**
- С. Задньо-верхній вивих стегна**
- Д. Задньо-нижній вивих стегна**
- Е. Пошкодження кульшового суглоба**

У чоловіка 48 років при підйомі вантажу виникло перерозгинання в колінному суглобі, під час якого з'явився хруст і сильний біль. За медичною допомогою звернувся через тиждень зі скаргами на болі і нестабільність у суглобі при ходьбі, незручності при підйомі по сходах, неможливість присісти. При огляді в положенні згинання в колінному суглобі під прямим кутом виявлено надлишкову рухомість гомілки при висуванні її до переду по відношенню до стегна. Найбільш імовірний діагноз:

- А. Пошкодження меніска**
- В. Розрив передньої схрещеної зв'язки**
- С. Розрив задньої схрещеної зв'язки**
- Д. Розрив внутрішньої бокової зв'язки**
- Е. Розрив зовнішньої бокової зв'язки**

У 57-річного пацієнта внаслідок непрямой травми під час підймання вантажу виник різкий біль в ділянці лівого плечового суглоба та верхньої третини плеча. Двоголовий м'яз зліва скорочений і при огляді визначається різниця його контурів, порівняно зі здоровим плечем. При згинанні передпліччя черевце м'яза скорочується у клубок і ще більше контурується на фоні западини під дельтовидним м'язом. При пальпації визначається болісність у міжгорбковій ділянці, спостерігається зниження тону м'яза. Поставте попередній діагноз:

- A.** Перелом верхньої третини плечової кістки
- B.** Забиття м'яких тканин верхньої третини плеча
- C.** Пошкодження дистального сухожилка біцепса
- D.** Пошкодження м'яких тканин
- E.** Пошкодження сухожилка довгої головки біцепса

Хворий звернувся за допомогою у травматологічне відділення з різаною раною 2-го пальця, яка знаходиться на долонній поверхні середньої фаланги. При огляді відсутнє активне згинання дистальної фаланги, пасивні рухи нормальні. Вкажіть вірний діагноз:

- A.** Пошкодження сухожилка розгинача
- B.** Пошкодження сухожилка поверхневого згинача
- C.** Пошкодження сухожилка глибокого згинача
- D.** Перелом середньої фаланги
- E.** Пошкодження ліктьового нерва

Хворий 26 років скаржиться на біль у правому плечовому суглобі, вимушене положення правої верхньої кінцівки з порушенням її функції, пружинні рухи у плечовому суглобі, деформація суглоба. В анамнезі: ударився при падінні правим плечем. При рентгеноскопічному

обстеженні відмічені зміщення та порушення конгруентності суглобових поверхонь.

А. Забиття плечового суглоба

В. Вивих правого плеча

С. Перелом правої плечової кістки

Д. Пошкодження зв'язок плечового суглоба

Е. Перелом акроміального кінця ключиці

Література.

1. Бітчук Д.Д., Істомін А.Г., Хименко М.Ф., Марюхнич А.О. Травматологія та ортопедія: Збірник тестових завдань для позааудиторної підготовки студентів до ліцензійних іспитів: Крок - 2. - Харків: ХДМУ, НТУ"ХПІ", 2004. - 224 с.

2. Олекса А.П. Травматологія і ортопедія - К.: Вища школа, 1993.-511 с.

3. Скляренко Е.Т. Травматологія і ортопедія - К.:Здоров'я, 2005.-328 с.

4. Трубников В.Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. - К.: Здоровье, 1984.- 328 с.

5. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. - К.: Вища школа, 1986.-591 с.

6. Травматическая болезнь /Под ред. И.И.Дерябина, О.С.Насонкина - Л. Медицина, 1987. - 304с.

7.Andrzej Nowakowski, Tomasz Mazurek Ortopedia i traumatologia Wydawnictwo naukowe Exemplum, Poznan 2017 721s.

8. Philippe Neyret, redakcja Tadeusz S. Gazdzik Chirurgia kolana, Elsevier Urban & Partner, Wroclaw 2010 180s.

9. Mark Myerson Reconstructive foot and ankle surgery, Elsevier Saunders, Baltimore 2005, 500p.

10.