

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

**МЕТОДИЧНІ ВКАЗІВКИ
ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ
для студентів V курсу медичного факультету
ЗАГАЛЬНІ ПИТАННЯ ТРАВМАТОЛОГІЇ ТА
ОРТОПЕДІЇ
Тема 4**

**Пошкодження кісток та
суглобів верхньої кінцівки.**

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

Методичну розробку склав
асистент Гресько І.В.

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.

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

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

1. АКТУАЛЬНІСТЬ ТЕМИ.

Пошкодження кісток та суглобів верхньої кінцівки трапляються найбільш часто, що обумовлено анатомічними особливостями організму.

Пошкодження будь-якого відділу верхньої кінцівки в більшій чи меншій мірі впливає на її функцію, обумовлюючи тимчасову, а часом і постійну непрацездатність. Переломи кісток верхнього плечового поясу складають до 35% переломів усіх кісток. Можливість діагностувати пошкодження, надання першої медичної допомоги та особливість лікування травм руки у конкретного хворого дозволять підвищити рівень теоретичних і практичних знань студентів.

Ці травми, як правило, супроводжуються тривалою втратою працездатності, часто стають причиною інвалідності потерпілих у випадках множинних і поєднаних пошкоджень, нерідко створюють безпосередню загрозу життю потерпілим.

У зв'язку з цим, вивчення даної теми має важливе практичне значення.

Осмислення механізмів виникнення переломів і вивихів, знання клінічних проявів цих пошкоджень, уміння інтепретувати дані, отримані при обстеженні потерпілих, дозволяє підвищити рівень теоретичних і практичних знань із цього важливого розділу травматології.

2. ТРИВАЛІСТЬ ЗАНЯТТЯ: 4 год.

3. НАВЧАЛЬНА МЕТА.

Знати (теоретичні питання):

- механізм травми та класифікацію переломів кісток верхньої кінцівки;
- переломи ключиці. Частота, механізм, клініка, перша медична допомога, лікування;
- вивих акроміального і стерального кінця

- ключиці. Механізм виникнення, клініка, діагностика і лікування;
- переломи лопатки. Частота, механізм, клініка, перша медична допомога, лікування;
 - переломи плечової кістки. Класифікація, клініка, діагностика, перша медична допомога, лікування;
 - вивих плеча. Механізм виникнення, клініка, діагностика і лікування;
 - переломи ділянки ліктьового суглоба. Класифікація, клініка, діагностика, перша медична поміч, лікування, ускладнення;
 - переломи кісток передпліччя. Класифікація, клініка, діагностика, перша медична поміч, принципи лікування;
 - вивих кісток передпліччя. Механізм виникнення, клініка, діагностика і лікування;
 - ушкодження кисті. Переломи кісток кисті;
 - вивихи кісток кисті. Механізм виникнення, клініка, діагностика і лікування;
 - пошкодження суглобів верхньої кінцівки;
 - терміни зрощення і непрацездатності при переломах кісток верхньої кінцівки;
 - методи консервативного і операційного лікування пошкоджень верхньої кінцівки.

Вміти:

- провести збір загального анамнезу та оцінити його;
- провести обстеження травматологічного та ортопедичного хворого;
- виставити попередній діагноз потерпілому;
- надати першу медичну допомогу при переломах кісток верхньої кінцівки різної локалізації;

- надавати допомогу при пошкодженнях, включаючи знечулення місця перелому, транспортну іммобілізацію;
- визначити план консервативного або оперативного лікування;
- обстежити пацієнта клінічними методами обстеження травматологічних хворих з ушкодженнями верхньої кінцівки;
- трактувати дані рентгенологічного дослідження хворих із переломами верхньої кінцівки, за рентгенограмами визначити наявність перелому, характер зміщення уламків;
- визначити тактику лікаря на різних етапах лікування пошкоджень верхньої кінцівки;
- призначити медикаментозне лікування хворим з пошкодженнями верхньої кінцівки та визначити показання до операційних методів лікування переломів верхньої кінцівки.

Практичні навички:

- зібрати анамнез у потерпілих з ушкодженнями верхньої кінцівки;
- оволодіти технікою транспортної іммобілізації при окремих видах травми верхньої кінцівки;
- засвоїти способи накладення гіпсових пов'язок при переломах верхньої кінцівки;
- оволодіти технікою іммобілізації плеча, передпліччя, кисті;
- оформити медичну документацію (історію хвороби, індивідуальну карту амбулаторного хворого, листок непрацездатності).

ЗМІСТ ТЕМИ.

Анатомо й топографічні та функціональні особливості плечового поясу. Кісткову основу складають: ключиця, лопатка, верхній відділ плечової кістки. Лопатка з'єднана з грудною клітиною системою м'язів, які забезпечують її фіксацію та рухливість. До цієї групи відносяться: *mm. romboidei, levator scapulae, trapezius, pectoralis minor, serratus anterior*. Повний об'єм рухів верхньої кінцівки можливий завдяки синхронній роботі всіх суглобів плечового поясу: плечового (плечо-лопаткового), акроміально-ключичного, грудинно-ключичного плечового поясу та руху лопатки по стінці грудної клітини. Лопатка є основою (платформою) передачі м'язової сили верхньої кінцівки відносно тулуба. Це можливо завдяки одночасній роботі груп м'язів. Плавне відведення руки відбувається за рахунок плечового суглоба, потім в процес відведення включається обертання лопатки. Такий об'єднаний механізм роботи плечового поясу в відведенні руки називається плечо-лопатковим ритмом. При пошкодженні анатомічних структур відбувається порушення цього ритму. Враховуючи анатомо-функціональну єдиність плечового поясу, методика клінічного обстеження має проводитись з позицій детального аналізу можливого травматичного пошкодження, як кісткових так і м'якотканинних структур цієї системи. Особливості клінічного обстеження. Обстеження розпочинається з аналізу скарг, обставин, механізму травмування та інше. При огляді області надпліччя хворий обов'язково повинний бути оголений до поясу. При огляді порівнюються обидва надпліччя, виявляють їх симетричність, наявність деформацій, дефігурації, положення кінцівки, вісі кінцівок, однаковість довжини, зміни загальних контурів, стан м'яких тканин місця ушкодження, визначається порушення плечо-лопаткового ритму. Далі обстеження плечового поясу проводиться

посегментно- від центральних структур до периферичних. Ушкодження м'яких тканин області плеча: До ушкодження м'яких тканин даної ділянки відносять ушкодження зв'язок суглобів, забої, гематоми, сухожилків РМП, сухожилку довгої голівки двоголового м'язу плеча, ушкодження нервового сплетення. Ушкодження зв'язок, як правило, виникають внаслідок непрямой травми- під час різкого надмірного руху, що виходить за межі фізіологічного обсягу, властивого для кожного окремого суглоба. Пошкодження сухожилків м'язів, РМП супроводжуються порушенням їх функції. Симптоматика задованих пошкоджень складається з клінічних ознак ушкодження даної структури та обмеження рухів в наслідок привідної больової контрактури плеча. В межах пахвової області із плечового сплетення виникають нерви верхньої кінцівки. В верхньому відділі цієї області на рівні малого грудного м'язу сплетення представлене 3 пучками(стовбурами)- медіальним, латеральним, заднім. В нижньому відділі медіальний пучок розгалуджується на n ulnaris, n cutaneus brahii та antebrachii, внутрішню порцію medialis , латеральний пучок йна зовнішню частину n. n medianus, musculocutaneus, задній пучок - n radialis, nerve axillary. Переломи лопатки. Дані пошкодження складають до 1,5% всіх пошкоджень кісток скелету. Внаслідок того, що лопатка лежить під значним м'язовим каркасом, від грудної клітини відділена підлопатковим м'язом переломи тіла лопатки трапляються рідко. Лінія зламу може проходити через різні анатомічні утвори. В зв'язку з цим, виділяють переломи тіла, ості та її кутів. Вбільшості випадків вони виникають при прямому механізмі пошкодження: удар в область лопатки або падіння на неї. При непрямому механізмі (падіння на відведену кінцівку), частіше виникають інші пошкодження: переломи

суглобової впадини, шийки лопатки, акроміального та дзубоподібного відростків. Характер клінічної картини залежить від локалізації пошкодження лопатки. Так переломи першого типу супроводжуються болем, припухлістю, але функція страждає помірно. Легше клінічно діагностуються пошкодження кута, ості відростків лопатки.

Порушення функції верхньої кінцівки більш значне при пошкодженні суглобової впадини та шийки. визначається деформація в вигляді відвисання надпліччя донизу. При цьому під акроміоном виявляється незначне заглиблення. В арсеналі лікування переломів лопатки використовують як консервативні, так і оперативні способи лікування. Внутрішньосуглобові переломи, переломи зі зміщення підлягають оперативному лікуванню.

Класифікація пошкоджень ключиці.

1. Переломи ключиці:

- грудинного кінця;
- середньої третини;
- акроміального кінця.

2. Вивихи ключиці:

- акроміального кінця;
- грудинного кінця.

Механізм пошкодження переважно непрямий й падіння на відведену руку, ліктювий або плечовий суглоб. Але можливий і прямий механізм й удар в область ключиці яким-небудь предметом або при падінні. Клініка та діагностика переломів ключиці не викликає затруднень, так як ключиця розташована під шкірою і доступна дослідженню на всьому протязі. Зміщення уламків зумовлене силою, яка діє під час травми, тягою м'язів прикріплених до ключиці та масою кінцівки. Тому типове положення: центральний відламок зміщується

догори та дозадугаю грудинно-ключично-сосковим м'язом, а периферичний-вниз та дозадугається підключичним м'язом та зв'язками, що ідуть від дзьобоподібного відростку та масою кінцівки. Як правило зміщення буде по довжені - ключиця втрачає функцію розпорки. Однак при переломі акроміального кінця ключиці латеральніше місця прікріплення дзьоключичної зв'язки чи при її розриві малий бічний уламок зміщується догори під дією трапецієвидного м'язу. Ознаками перелому є різка біль в місті перелому, голова повернута та похилена в сторону пошкодження. Потерпілий підтримує та прижимає кінцівку до тулуба. Надпліччя укорочене. В ділянці ключиці визначається кутоподібна деформація. Пальпаторно виявляється порушення неперервності ключиці, патологічна рухливість. Рентгенографічне дослідження дозволяє уточнити діагноз і проводиться в двох проєкціях. Лікування переломів в ключиці полягає в використанні консервативних та оперативних методів. У дітей й консервативне. Незалежно від способу лікування при консервативному методі обов'язковими елементами має бути:

1. Знеболення;
2. Розведення та підняття надпліччя;
3. Імобілізація в досягнутому положенні.

Імобілізація забезпечується: кільцями Дельбе, восьмиподібною пов'язкою, пов'язкою Вайнштейна В.Г., шиною Кузьминського С.І. і т.п. В переважній більшості переломи ключиці відбуваються зі зміщенням, досить часто скалкові-це може призвести до перфорації шкіри, травмування судинно-нервового пучка. Оперативне лікування ключиці виконується при:
- відкритих переломах;

- ускладнені переломи з пошкодженням судинно-нервового пучка або плеври;
 - багатоуламкові переломи з загрозою пошкодження судинно-нервового пучка або перфорації шкіри.
- В своєму об'ємі оперативне лікування включає:
- відкриту репозицію відламків;
 - фіксація їх інтра- або екстрамедулярними фіксаторами, апаратами зовнішньої фіксації;
 - зовнішню імобілізацію (в залежності від міцності фіксації відламків).

Післяоперативний період проводиться в загальноновизнаному хірургічному плані. Вивих акроміального кінця ключиці. Займають третє місце за частотою виникнення після вивихів плеча та передпліччя. В залежності від ступеня та кількості пошкоджених зв'язок, які стабілізують акроміально-ключичний суглоб, пошкодження діляться на I, II та III ступні. Характерний механізм пошкодження: падіння на передпліччя або відведену руку, коли відбувається різке здавлення надпліччя в фронтальній площині. Пацієнти скаржаться на болі в ділянці акроміально-ключичного суглоба, обмеження рухів в плечовому суглобі в зв'язку з посиленням болю. Її інтенсивність, як і порушення функції залежать від ступеня пошкодження сумково-зв'язочного апарата суглоба. Від цього залежить і ступінь деформації й виступання акроміального кінця ключиці, тобто його зміщення. Для встановлення діагнозу допомагає пальпація. Окрім того, що ми чітко можемо виявити посилення болю в ділянці суглоба, нетипове положення акроміально кінця ключиці, характерним симптомом є симптом іклавіші й при надавленні на ключицю вона легко вправляється, але варто відмітити, що вона також легко вивихується. Рентгенологічне дослідження повинно бути проведене в

вертикальному положенні пацієнта, а при неможливості й з обов'язковою тягою по осі верхньої кінцівки. Цей прийом повинен бути використаний при будь-якому затрудненні під час діагностики. При вивченні рентгенограм слід звернути увагу на положення верхнього краю ключиці, ширину суглобової щілини, а обов'язково на положення нижнього краю ключиці відносно акроміального відростку. Розрізняють консервативні і оперативні способи лікування. Вправлення вивихнутого кінця ключиці настільки легке, важко втримати його в правильному положенні. Консервативне лікування доцільне при I, рідше II ступеня пошкодження. Воно полягає в знеболенні, вправленні ключиці, з одночасним підніманням у протележному напрямку (догори) плеча, укладання валика над ключицею та фіксацією за допомогою різноманітних специфічних пов'язок: Б.К.Бабіча, Волковича, Кужукєєва, Шимбарєцького та ін. В важких ступенях пошкодження сумково-зв'язочного апарата акроміально-ключичного суглоба використовується оперативне лікування. Із різноманітних способів оперативне лікування (їх більше 200) найбільш доцільними є способи, які включають відновлення чи аутопластику пошкоджених зв'язок та черезсуглобовою фіксацією акроміального кінця ключиці металевими фіксаторами до акроміона на період зрощення зв'язок, перебудови аутотрансплантату.

Вивих грудного кінця ключиці. Вивих грудного кінця ключиці виникає в результаті непрямого механізму пошкодження: чрезмірне відхилення плеча та предпліччя дозад або допереду. В залежності від зміщення внутрішнього кінця ключиці розрізняють: предгрудинний, підгрудинний та задне-грудинний вивих. Останніх два зустрічається досить рідко. Пацієнти скаржаться на біль в області грудинно-ключичного суглоба. В верхній частині

грудини визначається деформація за рахунок витягування грудинного кінця ключиці, набряку та гематоми. Функція верхньої кінцівки обмежена, пальпація болюча. Надпліччя на стороні пошкодження вкорочене. Обов'язкова рентгенографія обох грудинно-ключичних суглобів в строго симетричній укладці. Найкращі анатомічні та функціональні результати дають оперативне лікування, яке полягає в відкритій репозиції та фіксації грудинного кінця ключиці до грудини: трансосольні шви, різноманітні металеві конструкції.

Вивихи плеча. Травматичні вивихи діляться на:

- ускладнені: відкриті, з пошкодженням судинно-нервового пучка, розривом сухожилків, переломи-вивихи.
- не ускладнені.

За часом з моменту вивиху:

ї свіжі й до 3 днів;

ї несвіжі -2-3тижні

ї застарілі й більше 3 тижнів

В залежності від локалізації голівки після вивиху:

1.Передні (75%)

- передньо-нижній й піддзобовидний
- передньо-верхній-підключичний;

2.нижні (23%) й аксиллярний

3.задній

Травматичні вивихи плеча досягають до 60% всіх вивихів й займають 1 місце серед усіх вивихів. Це пояснюється анатомо-фізіологічними особливостями суглоба: шароподібна голівка плечової кістки та плоска суглобова впадина лопатки, відсутність співвідношення в їх розмірах, велика порожнина суглоба, слабкість капсулярного апарата, особливо в його передніх відділах, різнонаправленість та амплітуда рухів, дія м'язів і т.п. Механізм пошкодження, в основному непрямий: падіння на відведену руку в положенні передньої або задньої

девіації, чрезмірна ротація плеча в тому ж положенні. Потерпілі скаржаться на біль в області плечового суглоба. При передньому вивиху постраждалий утримує пошкоджену кінцівку, намагаючись зафіксувати її в положенні відведення і деякого відхилення назад. Плечовий суглоб деформований: згладження підключичної ямки, акроміон виступає під шкірою, під ним - западиння. Все це придає суглобу характерний зовнішній вигляд, який називається симптомом еполета. При нижніх вивихах хворий тримає передпліччя та кисть в піднятому положенні чи над головою. Пальпаторно вдається виявити порушення зовнішніх орієнтирів проксимального відділу плеча: головка пальпується в незвичному для неї місці, яке залежить від типу вивиху. Активні рухи неможливі, а спроба виконання пасивних рухів виявляє позитивний симптом іпружинячого опору.¹ Пальпація та спроба виявити ті чи інші рухи призводять до різкого посилення болю. Рухи в дистальних відділах кінцівки збережені в повному об'ємі. Рухи, як і чутливість, лікар повинен перевірити обов'язково, оскільки вивихи можуть супроводжуватися пошкодження нервових структур: плечового сплетіння, підмишкового нерву і т.д. Не виключається пошкодження і магістральних судин, тому слід перевірити і пульсацію на дистальних сегментах. Ведучим допоміжним методом дослідження при вивихах плеча являється рентгенографія. Без її проведення не слід ставити заключний діагноз, а спробу усунути вивих слід віднести до лікарських помилок. Без рентгенографії можливо не розпізнати супутнє пошкодження проксимального відділу плечової кістки або лопатки і при маніпуляції нанести шкоду хворому. Вивихнутий сегмент повинен бути вправлений зразу після встановлення діагнозу. Знеболення може бути місцевим та загальним. Перевагу віддають останньому. Вправлення вивиху без

знеболення слід вважати грубою помилкою. При передніх вивихах плеча найбільш розповсюдженим являється спосіб Кохера, Джанелідзе, Мотта. Слід також вказати на те, що й спосіб Гіпократ в зв'язку з великою травматизацією м'яких тканин і неможливими переломами проксимального відділу плеча на сьогоднішній день практично не використовується. Спосіб Кохера полягає в послідовному проведенні чотирьох етапів:

- витягнення по осі кінцівки та приведення плеча до тулуба;
- продовжуючи цей рух, проводять ротацію плеча назовні разом з відхиленням передпліччя в тому ж напрямку;
- не змінюючи досягнутого положення та тракції, зміщують ліктьовий суглоб вперед та до середини, зближуючи його з середньою лінією тіла;
- проводять внутрішню ротацію плеча за передпліччя, переміщують і закидають кисть та здорове надпліччя.

Спосіб Джапелідзе основний на розслабленні м'язів витягненням за рахунок ваги пошкодженої кінцівки. Хворого розташовують на сталі на боку з розрахунком, щоб вивихнута кінцівка звисала через край столу, а під голову ставлять високий столик або тумбочку. Після 20-30 хвилин настає розслаблення м'язів, що призводить до так званого самовправлення, або значно допомагає під час маніпуляції ортопедом. Нижні вивихи плеча доцільно вправляти за Моттом в положенні лежачи на спині. Після вправлення виконується контрольна рентгенографія. Не залежно від способу вправлення обов'язковим являється чітке дотримання іммобілізації пошкодженої кінцівки на протязі не менше чим 4 тижнів в нейтральному відведеному положенні до 60° та незначній зовнішній ротації-для фізіологічної адаптації країв розірваної капсули та попередження привідної контрактури плеча.

Застарілі вивихи плеча вважаються такі, які не усунуті на протязі 3 неділь і більше. В такому випадку капсула суглоба стає щільною, втрачає еластичність, утворюються рубці в порожнині суглоба в наслідок організації гематом. В м'язах, які оточують суглоб, відбуваються атрофічні та дистрофічні зміни. Все це призводить до утворення патологічного конгломерату. Тому вправлення доцільно проводити під загальним наркозом, обережно здійснюючи кожний етап, без насильних маніпуляцій. В разі неефективності проводиться відкрите вправлення плеча.

Звичні вивихи плеча. Вони витікають без значного зусилля, досить відвести та ротувати плече назовні (при одяганні одягу, закладанні рук за голову, під час сну і т.п.). Діагноз встановлюється на підставі анамнезу-наявності повторних вивихувань. Частота звичного вивиху після травматичного складає в середньому 22,4%. Розвитку звичного вивиху плеча можуть сприяти пошкодження суглобової губи, переломи суглобової впадини лопатки, травматичний дефект капсули, рубцевання капсули в розтягнутому положенні, атонії м'язів в наслідок пошкодження пахвинного нерва, нервового сплетення. Найбільш часто звичний вивих являється наслідком травматичного вивиху в результаті цілого ряду помилок: виключення знеболення під час вправлення або його неповноцінність, грубі маніпуляції, недостатня іммобілізація або її відсутність, ранні неадекватні фізичні навантаження. В анамнезі у таких пацієнтів й травматичний вивих і, як правило помилки в лікуванні. Вивихи повторюються і по мірі наростання їх частоти пацієнти самостійно або за допомогою сторонніх проводять їх вправлення. При огляді виявляється атрофія м'язів дельтовидної та лопаточної області, обмежена функція плечового суглоба. Хворі виявляють захисну

рефлекторну реакцію під час можливого вивихування (маніпуляції лікаря із зовнішньої ротації та відведення). Хворих зі звичним вивихом плеча потрібно оперувати, так як консервативні способи лікування ефекту не дають. Існує біля 300 способів ефективного лікування цієї патології, які можна розділити на 5 основних груп. Операції виконуються на капсулі плечового суглоба. При цьому проводиться ушивання дефекту капсули з послідуєчим утворенням дублікатури. Додатково проводиться пластика переднього відділу суглоба білясуглобовими тканинами за Дроботуном, Вайнштейном, Бойчевим.

Переломи проксимального відділу плечової кістки.

Дані переломи поділяються на:

1. Внутрішньосуглобові:

- голівки плечової кістки;
- анатомічної шийки.

2. Позасуглобові:

- ізольовані переломи малого та великого горбиків;
- черезгорбикові;
- переломи хірургічної шийки.

Внутрішньосуглобові пошкодження проксимального кінця плечової кістки зустрічаються рідко. У дітей ї епіфізіолізи, остеоепіфізіолізи.

За механізмом пошкоджень вони можуть бути як результатом прямої та непрямої дії. Головка плеча частіше розколюється на декілька частин. Інколи пошкодження поширюється на весь проксимальний епіметафіз. Пацієнтів турбує біль і значне порушення функції в плечовому суглобі, який збільшений в розмірах за рахунок набряку та гемартрозу. Конттури його згладжені. Активні рухи обмежені. Пасивні ї можливі, але болючі. Пальпація в області голівки плечової кістки різко болісна. Позитивний симптом осьового навантаження. Діагноз уточнює рентгенологічне дослідження плечового суглоба,

яке виконується в двох проекціях: передньо-задній та аксіальній. При переломах без зміщення проводять пункцію суглоба, видаляють кров та вводять розчин анестетику. Кінцівці надають положення відведення до кута 45°-50° та передньої девіації на 30°. Таке положення можна зафіксувати за допомогою відвідних шин різноманітних конструкцій. При переломах зі зміщенням відламків методом вибору є лікування скелетним витягінням за ліктьовий відросток ліктьової кістки. Хірургічне лікування при внутрішньосуглобових переломах показано в випадках: осколючатих переломовивихах, з пошкодженням судинно-нервового пучка, інтерпозиції м'яких тканин між відламками (найбільш часто інтерпонується сухожилок довгої голівки біцепса) при багатоуламкових переломах, коли закрита репозиція була безуспішною.

Переломи хірургічної шийки. Найпоширеніший вид ушкодження проксимального відділу плечової кістки, особливо у людей похилого віку. Ламається кістка у критичній зоні- між зафіксованими м'язами частинами плечової кістки, також обумовлено наявністю опори зверху коракоакроміальної дуги та наявністю шийково-діафізарного кута, де утворюється ричаг протидій сил. Переважно непрямий механізм пошкодження-падіння на лікоть чи витягнуту руку. В залежності від механогенезу травми, зміщення відламків розрізняють:

ї переломи без зміщення (втопчених).

ї зі зміщенням (аддукційні та абдукційні переломи).

Аддукційні переломи. Являються результатом падіння на приведену та зігнуту руку. Центральний відламок відведений, ротований назовні. Периферичний відламок в області перелому відхиляється назовні і зміщується

доверху. Між ними утворюється кут, відкритий досередини та дещо назад. Абдукційні переломи. Виникають при падінні на відведену руку. Периферичний відламок приведений та ротований досередини, а периферичний в області перелому приведений, зміщений допереду та доверху. В результаті зміщення відламків утворюється кут, який відкритий назовні та дещо назад. Якщо при падінні на лікоть діюча сила співпадає з віссю плечової кістки, то виникає збитий перелом хірургічної шийки. У постраждалого скарги на біль і порушення функції в плечовому суглобі. Потерпілий підтримує пошкоджену кінцівку. Крововилив на передньо-внутрішній поверхні плеча. При абдукційних переломах зі зміщенням відламків утворюється западіння на місці кутової деформації, яке нагадує вивих плеча, рука дещо відведена. Пальпаторно визначається біль, патологічна рухомість та крепітація. Активні рухи в плечовому суглобі вкрай обмежені, можливі пасивні, але різко болючі. Відмічається позитивний симптом осьового навантаження. Особливо є патогномонічним при збитий перелом хірургічної шийки. Для уточнення діагнозу проводиться рентгенографія в прямій та аксіальній проекціях. Переломи без зміщення або вколочені переломи лікуються іммобілізацією шляхом використання задньої гіпсової лангетти по Турнеру (від здорового надпліччя до голівок плечових кісток пошкодженої кінцівки) та фіксують руку на клиновидну подушку, гіпсовою пов'язкою Дезо. Лікування переломів хірургічної шийки зі зміщенням відламків проводять в умовах стаціонару або під наглядом травматолога поліклініки. Воно полягає в знеболенні та репозиції відламків.

В залежності від виду перелому верхня кінцівка буде фіксуватись в протилежному відносно виду положенні відведення або приведення. При безуспішності

консервативного лікування проводять оперативне втручання, яке полягає в відкритій репозиції та металоостеосинтезі відламків. Переломовивихи проксимального відділу плечової кістки найскладніше пошкодження цієї ділянки. Спроби вправлення вивиху та репозиції відламків, які проводять під місцевою анестезією чи наркозом у більшості випадків не вдаються, тому є показом до оперативного лікування. Черезгорбкові переломи плечової кістки. Належать до позасуглобових переломів і частіше трапляються вдитячому (епі- та остеоепіфізіолізи) та юнацькому віці. Зі зміщенням частіше бувають при аддукційному механогенезі травми. Клінічна симптоматологія не відрізняється від такої, що властива переломам анатомічної шийки. В переважній більшості це переломи без зміщення і тому лікуються консервативно. У тих випадках коли уламки мають тенденцію до зміщення виконують МОС. Ізольовані переломи горбків плечової кістки. Найчастіше трапляються переломи великого горбика. В більшості випадків вони виникають при непрямому механізмі пошкодження, частою різноманітністю яких є відривні переломи. В 25-30% поєднуються з переднім вивихом плеча йт.з. переломовивих плеча. Дія скорочення сухожилків зовнішніх ротаторів плеча (РМП). Перелом завжди бувають зі зміщенням відламків. В клініці переважають ознаки вивиху плеча. Перелом малого горбика відбувається під дією підлопаткового м'язу, ізольованим буває рідко, часто й при скалковому переломі проксимального відділу плечової кістки.

Хворі скаржаться на болі в області плечового суглоба та обмеження рухів. Проксимальний відділ плеча набрякший, можливий крововилив. Пальпаторно виявляється різка

болючість в області горбків. Хворий не може відвести кінцівку. Початковий етап відведення різко болючий. Активні рухи обмежені, пасивно можливі, але теж визначається їх обмеження. Заключний діагноз виставляється після проведення рентгенографії. Після усунення вивиху плеча, великий горбик не завжди стає на своє місце. При переломах без зміщення проводять знеболення та імобілізацію в відведеному положенні кінцівки. Відрив великого горбика зі зміщенням більше 0,5см та ротації є показанням до оперативного лікування. Після відкритої репозиції проводять фіксацію відламків металофіксатором. Кінцівка іммобілізується відвідною шиною.

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

Назва дисципліни	Отримані знання
Нормальна анатомія	Анатомічна будова верхньої кінцівки
Нормальна фізіологія	Функції органів та систем людського організму в цілому та верхньої кінцівки зокрема
Гістологія	Гістологічна структура тканин і органів
Патологічна анатомія	Патогістологічні ознаки набряку, некрозу, запалення, шоку
Патологічна фізіологія	Патогенез пошкоджень скелетно-м'язової системи, кровотечі, футлярної гіпертензії
Фармакологія	Медикаменти, що застосовуються при невідкладних станах (знеболюючі, протинабрякові, протишокові)

5. ПОРАДИ СТУДЕНТУ

Підкреслити (розкрити) значення теми заняття для подальшого вивчення дисципліни і професійної діяльності лікаря з метою формування мотивації для цілеспрямованої навчальної діяльності. Ознайомити студентів з конкретними цілями та планом заняття.

Провести стандартизований (тестовий) контроль початкового рівня підготовки студентів.

Після вивчення даної теми студенти повинні мати знання про пошкодження кісток та суглобів верхньої кінцівки; про сучасні принципи лікування цих травм; про ускладнення при переломах; вміти надати допомогу постраждалому із переломами кісток та пошкодженнями суглобів верхньої кінцівки.

5.1. ЗМІСТ ТЕМИ

- Переломи ключиці.
- Переломи лопатки.
- Переломи проксимального кінця плечової кістки.
- Переломи головки й анатомічної шийки плеча.
- Переломи хірургічної шийки плечової кістки.
- Надвиросткові переломи плеча.
- Переломи виростка плеча.
- Переломи надвиростків плечової кістки.
- Переломи голівки виростка і блока плечової кістки.
- Переломи кісток передпліччя
- Перелом ліктьового відростка.
- Перелом вінцевого відростка ліктьової кістки.

- Переломи тіла кісток передпліччя.
- Переломи обох кісток передпліччя.
- Ізольовані переломи ліктьової кістки
- Переломовивихи кісток передпліччя.
- Переломи променевої кістки в типовому місці.
- Вивих акроміального кінця ключиці.
- Вивих грудинного кінця ключиці.
- Вивихи плеча.
- Вивихи передпліччя.
- Вивихи кисті.

5.2. ПИТАННЯ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Механізм травм та класифікація пошкоджень верхньої кінцівки.
2. Клініка, діагностика та лікування переломів верхньої кінцівки.
3. Клініка, діагностика та лікування перилунарних вивихів.
4. Механізм травми та особливості лікування переломів Монтеджі, Галеаці, Смітса, Колеса.
5. Переломи та вивихи п'ясткових кісток та фаланг пальців, терміни лікування, непрацездатності.
6. Методи лікування ускладнень при пошкодженнях верхньої кінцівки.
7. Реабілітація та медико-соціальна експертиза хворих з пошкодженнями верхньої кінцівки.

5.3. ТЕСТИ І СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

1. Хворий 54 років звернувся зі скаргами на різкий біль в ділянці правого плечового суглоба. За 10 хвилин до того впав на вулиці на витягнуту руку. Лікар

травматологічного пункту виявив деформацію контурів правого плечового суглоба, неможливість активних рухів правою кінцівкою. Рентгенологічно: неспівпадіння суглобових поверхонь лопатки та головки плеча. Діагноз?

- A. Вивих ключиці**
- B. Вивих плеча**
- C. Забиття плеча**
- D. Вивих лопатки**
- E. Перелом плеча**

2. 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 дозад**
- B. Вивих передпліччя допереду**
- C. Перелом ліктьового відростка**
- D. Черезвіростковий перелом плеча**
- E. Забите місце м'яких тканин ліктьового суглоба**

3. 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 дельтоподібного м'яза. Під шкіру виступає акроміальний відросток лопатки. Голівка плечової кістки визначається під дзюбоподібним 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

4. Жінка 65 років упала з упором на долоню. Пред'являє скарги на болі в області променезап'ясткового суглоба. Яке ушкодження найбільш імовірне при цьому механізмі травми?

- A.** Перелом діафізів променевої і ліктьової кісток
- B.** Перелом променевої кістки і вивих голівки ліктьової кістки
- C.** Перелом дистального метаепіфізу променевої кістки
- D.** Вивих кисті
- E.** Перелом човноподібної кістки

5. 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

6. Потерпіла 60 років послизнулась і впала на розігнуту долоню правої руки. Об'єктивно: променево-зап'ястковий суглоб припухлий. Відмічається багнетоподібна деформація. Пальці напівзігнуті, активні рухи в них обмежені. Який найбільш імовірний діагноз?

- A.** Перелом човноподібної кістки
- B.** Забиття променево-зап'ясткового суглоба
- C.** Перелом ліктьової кістки
- D.** Перелом шиловидного відростка
- E.** Перелом променевої кістки в типовому місті

7. 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.** Епіфізіоліз дистального відділу плечової кістки

8. Пацієнт 40 років, при падінні на витягнену руку відчув біль у правому плечовому суглобі. Після обстеження встановлено діагноз: закритий вивих правого плеча. Які симптоми є провідними для даної патології?

- A.** Деформація плечового суглоба
- B.** Порушення осі кінцівки
- C.** Біль, деформація плечового суглоба, симптом пружної фіксації
- D.** Приведення кінцівки, відсутність рухів, деформація
- E.** Крововилив в ділянці суглоба, набряк кисті

9. Жінка 54 років упала з упором на тильну поверхню кисті. Пред'являє скарги на біль в області променево-зап'ясткового суглоба, що підсилюється при рухах у ньому. У цій області визначається гематома. Сформулюйте попередній діагноз:

- A.** Флексійний перелом дистального епіметафіза променевої кістки
- B.** Екстензійний перелом дистального епіметафіза променевої кістки
- C.** Перелом променевої і ліктьової кісток в області нижньої третини передпліччя
- D.** Розрив дистального радіо-ульнарного зчленування

Е. Вивих кисті

10. Відбиваючи удар палицею, співробітник міліції підставив під удар ліве передпліччя, так що удар прийшовся на середню третину ліктьової кістки. Об'єктивно: набряк передпліччя, біль при пальпації, крепітація у проекції удару, обмеження рухів у ліктьовому суглобі, рухи та чутливість у пальцях кисті збережені. Найбільш імовірний діагноз:

- A. Перелом ліктьової кістки**
- B. Перелом променевої кістки**
- C. Переломо-вивих Монтеджі**
- D. Переломо-вивих Галеацці**
- E. Перелом обох кісток передпліччя**

11. Чоловік 30 років одержав удар металевою трубою по задній поверхні середньої третини передпліччя. При огляді визначається крепітація в середній третині, набряклість передпліччя і ліктьового суглоба. Яке найбільш імовірне ушкодження одержав потерпілий?

- A. Перелом променевої і вивих головки ліктьової кісток**
- B. Перелом обох кісток передпліччя**
- C. Перелом ліктьової кістки**
- D. Перелом променевої кістки**
- E. Перелом ліктьової і вивих головки променевої кісток**

12. Робітник 40 років одержав удар упалою арматурою по зовнішній поверхні нижньої третини передпліччя. Скарги на біль в області передпліччя і променезап'ясткового суглоба, де визначається набряк і болючість при пальпації. Яке найбільш імовірне ушкодження одержав потерпілий?

- A. Перелом ліктьової і вивих голівки променевої кісток**
- B. Перелом обох кісток передпліччя**
- C. Перелом ліктьової кістки**
- D. Перелом променевої і вивих головки ліктьової кісток**

Е.Перелом променевої кістки

13. Хворий 25 років доставлений машиною швидкої допомоги. При падінні на руку відчув різкий біль у правому плечовому суглобі. Активні рухи у правій верхній кінцівці відсутні. Область плечового суглоба деформована. Рука приведена до грудної клітки, трохи ротована назовні. Пасивні рухи неможливі через біль. Діагноз?

А.Перелом правої плечової кістки

В.Вивих правого плеча

С.Забите місце м'яких тканин правого плеча

Д. Перелом правої ключиці

Е. Перелом акроміального відростка лопатки

14. Чоловік 50 років упав з упором на долоню витягнутої правої руки. При звертанні в травмопункт й скарги на сильні болі в променезап'ястковому суглобі і неможливість у ньому активних рухів. При огляді виявлена "багнетоподібна" деформація в області променезап'ясткового суглоба (кисть зміщена в тильному напрямку). Рухи в суглобі різко обмежені і болючі. Осьове навантаження і пальпація суглоба викликають посилення болів. Ваш можливий діагноз?

А.Закритий вивих напівмісячної кістки

В.Екстензійний перелом променевої кістки в типовому місці

С.Вивих правої кисті

Д.Флексійний перелом променевої кістки в типовому місці

Е.Перелом шилоподібного відростка променевої кістки

15. Хворий 46 років одержав травму плеча і був доставлений в травматологічне відділення лікарні в умовах транспортної іммобілізації. При рентгенологічному дослідженні виявлено вклинений перелом плеча в ділянці хірургічної шийки. Ваша тактика щодо подальшого лікування

А.Накладення апарату Ілізарова

- В.**Хірургічна репозиція на 3 місяці
- С.**Виконання оперативного остеосинтезу
- Д.**Імобілізація на 1,5 місяці з одночасним призначенням антикоагулянтів
- Е.**Імобілізація на місяць з подальшою реабілітацією

16. Звернувся хворий зі скаргами на болі в лівому надпліччі. При огляді: болючі і різко обмежені. Ваш можливий діагноз?

- А.**Вивих акроміального кінця ключиці
- В.**Вивих стернального кінця ключиці
- С.**Забите місце надпліччя
- Д.** Перелом лопатки
- Е.** Перелом ключиці

17. Хвора 62 років доставлена бригадою швидкої допомоги зі скаргами на болі в правому плечі, порушення функції кінцівки. При огляді: відзначається різка болючість, обмеження функції, рухомість на протязі плеча, зміна осі останнього і його укорочення, крепітація. Ваш можливий діагноз?

- А.**Перелом хірургічної шийки плеча
- В.**Перелом діафіза плечової кістки
- С.**Розрив довгої головки біцепса
- Д.** Вивих кісток передпліччя
- Е.** Вивих плеча

18. Хвора 57 років доставлена бригадою швидкої допомоги зі скаргами на болі в правому передпліччі. При огляді: передпліччя у верхній третині значно деформоване, наявне западіння з боку ліктьової кістки і помітне випинання по передній поверхні передпліччя. При пальпації визначається різка локальна болючість в області деформації ліктьової кістки і по передній поверхні верхньої третини передпліччя. Ваш можливий діагноз?

- А.**Перелом обох кісток передпліччя

В.Перелом Галеацці

С.Перелом ліктьової кістки у верхній третині з вивихом головки променевої кістки (ушкодження Монтеджі)

Д. Вивих передпліччя

Е. Подвійний перелом променевої кістки

19. Звернувся хворий 67 років зі скаргами на болі в правому передпліччі. При огляді - деформація дистальної частини передпліччя, виступання над променезап'ястковим суглобом голівки ліктьової кістки. При пальпації визначається локальна болючість у нижній третині променевої кістки. Ваш можливий діагноз?

А.Перелом променевої кістки в нижній третині з вивихом головки ліктьової кістки (ушкодження Галеацці)

В.Ушкодження Монтеджі

С.Перелом кісток передпліччя

Д. Перелом променевої кістки в типовому місці

Е. Вивих кисті

20. Пацієнт 42 років після падіння на розігнуту в лікті руку відчуває інтенсивний постійний біль в області лівого надпліччя. При огляді визначається вкорочення та опущення лівого надпліччя, згладженість над- та підключичної ямок, синець. Кінцівка знаходиться в вимушеному положенні - хворий підтримує другою рукою лікоть і передпліччя. При пальпації визначається різкий локальний біль в області середньої третини ключиці. Поставте попередній діагноз.

А.Забиття м'яких тканин надпліччя

В.Пошкодження ротаційної манжетки плеча

С.Перелом ключиці

Д. Вивих плеча

Е. Вивих ключиці

21. Хворий 40 років при падінні на праву верхню кінцівку відчув різкий біль у середній третині правого

плеча, при обстеженні відмічена припухлість, деформація, больова рухомість у середній третині, біль при осьовому навантаженні, порушення функції та вкорочення плеча. Чутливість і рухомість пальців кисті збережена. Діагноз?

A.Забиття правого плеча

B.Гематома правого плеча

C.Пошкодження м'язів правого плеча

D.Закритий перелом у середній третині правого плеча

E.Вивих правого плеча

22. У хворого після падіння на праву руку виник різкий біль в області ліктьового суглоба. Рентгенологічно виявлено перелом ліктьового відростка зі зміщенням кісткових відламків. Який метод лікування оптимальний?

A.Оперативний

B.Скелетний витяг

C.Закрита одномоментна репозиція

D.Ендопротезування

E.Гіпсова пов'язка

23. Пацієнтка 60 років після падіння на відведену руку відчула різкий біль в області правого плечового суглоба. При огляді помітна припухлість, деформація у верхній третині плеча, крововилив на внутрішній поверхні плеча. Вісь кінцівки порушена. Хвора підтримує руку у вимушеному, дещо відведеному положенні. Активні рухи у плечовому суглобі із-за болю неможливі, пасивні - різко болючі та обмежені. Пальпаторно визначається максимальна точка болю в області метафізарної частини плечової кістки. Поставте попередній діагноз:

A.Вивих плеча

B.Забиття м'яких тканин плечового суглоба

C.Абдукційний перелом хірургічної шийки плеча

D.Аддукційний перелом хірургічної шийки плеча

E.Перелом діафіза плечової кістки

24. Пацієнт 42 років після падіння на розігнуту в лікті руку відчув інтенсивний постійний біль в області лівого надпліччя. При огляді визначається вкорочення та опущення лівого надпліччя, згладженість над- та підключичної ямок, синець. При пальпації визначається різкий локальний біль і крепітація в області середньої третини ключиці. Поставте попередній діагноз:

- A.**Забиття м'яких тканин надпліччя
- B.**Пошкодження ротаційної манжетки плеча
- C.**Вивих плеча
- D.** Перелом ключиці
- E.** Вивих ключиці

25. 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 у 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.**Вивих правого плеча
- D.**Вивих акроміального кінця правої ключиці
- E.**Пошкодження акроміально-ключичного суглоба

26. У хворого діагностовано перелом ліктьового відростка зі зміщенням кісткових відломків. Який метод лікування оптимальний?

- A.**Скелетне витягання
- B.**Металоостеосинтез

- С.Закрита одномоментна репозиція**
- Д.Ендопротезування**
- Е.Гіпсова пов'язка**

27. Літній жінці 78 років діагностовано екстензійний перелом променевої кістки в типовому місці. Назвіть оптимальний метод лікування:

- А.Металоостеосинтез**
- В.Скелетне витягання**
- С.Ендопротезування**
- Д.Кісткова пластика**
- Е.Закрита одномоментна репозиція**

28. Хворий В. доставлений у травматологічний стаціонар зі скаргами на болі в області середньої третини правого передпліччя, які виникли після падіння на руку. При огляді спостерігається набряк тканин, пальпаторно виявляється крепітація та патологічні рухи обох кісток передпліччя. Виміри встановили анатомічне вкорочення передпліччя. Поставте діагноз:

- А.Вивих передпліччя**
- В.Перелом променевої кістки**
- С.Перелом ліктьової кістки**
- Д. Перелом плечової кістки**
- Е. Перелом обох кісток передпліччя**

29. Чергова сестра викликала лікаря до хворої дитини, яка знаходиться другу добу на лікуванні у травматологічному відділенні з діагнозом: череззростковий перелом плечової кістки. Дитина скаржиться на біль. При огляді встановлено, що ліктьовий суглоб іммобілізовано циркулярною гіпсовою пов'язкою. Крім того, виявляється значний набряк, синюшність пальців кисті, їх активні рухи викликають значний біль. Які термінові лікувальні заходи необхідні?

- А.Додаткова іммобілізація пальців кисті**

- В.** Призначення антибіотикотерапії
- С.** Розтин гіпсової пов'язки
- Д.** Охолодження кінцівки
- Е.** Зігрівання кінцівки

30. Який метод лікування слід вибрати при переломі ліктьового відростка з розходженням уламків?

- А.** Імобілізація гіпсовою пов'язкою в положенні згинання в ліктьовому суглобі під кутом 60°
- В.** Те ж саме, але кут згинання має бути 90-100°
- С.** Оперативне лікування (металоостеосинтез)
- Д.** Фіксація гіпсовою пов'язкою в положенні розгинання в ліктьовому суглобі 140°
- Е.** Лікування скелетним витяганням

ЗАДАЧІ.

1. Пацієнтка з 60р. Після падіння на відведену руку відчувала різкий біль в області правого плечового суглоба. При огляді: помітна припухлість, деформація у верхній третині плеча, крововилив на внутрішній поверхні плеча. Вісь кінцівки порушена. Хвора підтримує руку у вимушеному, дещо відведеному положенні. Активні рухи у плечовому суглобі із-за болю неможливі, пасивні їй різко болючі та обмежені. Пальпаторно визначається максимальна точка болю в області метафізарної частини плечової кістки. Поставте попередній діагноз.

2. Пацієнт з 42р. Після падіння на розігнуту в лікті руку відчув різкий інтенсивний постійний біль в області лівого надпліччя. При огляді визначається вкорочення та опущення лівого надпліччя, згладженість над їй та підключичних ямок, синець. При пальпації визначається різкий локальний біль і крепітація в області середньої

третини ключиці. Поставте попередній діагноз.

3. Пацієнт 42р. 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 у плечовому суглобі. Права рука знаходиться у 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 за рахунок посилення больових відчуттів. Поставте попередній діагноз.

Література.

1. Олекса А.П. Травматологія і ортопедія - К.: Вища школа, 1993. - 511 с.
2. 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.
3. Склярєнко Е.Т. Травматологія і ортопедія - К.:Здоров'я, 2005. - 328 с.
4. Пошкодження грудної клітки та верхньої кінцівки: Методичні вказівки. - під ред. Васюк В.Л. - Чернівці, 2008. - 36 с.
5. Казарєзов М.В., Бауєр И.В., Королева А.М. Травматология, ортопедия и восстановительная хирургия.- Новосибирск: НГМА, 2001.
6. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г. Травматология и ортопедия.- Санкт-Петербург: Гиппократ, 2004.
7. Шапошников Ю.Г. Травматология и ортопедия.-

Москва: Медицина, 1997.

8. Трубников В.Ф. Травматология и ортопедия. - К.: Вища школа, 1986.-591 с.
9. Трубников В.Ф. Заболевания и повреждения опорно-двигательного аппарата. - К.: Здоровье, 1984.- 328 с.
10. Chapmen M. W. ñ Operative orthopaedics. Volume I-III.ñ Philadelphia, 1993.
11. Голяховский В., Френкель В. ñ Руководство по чрескостному остеосинтезу методом Илизарова.ñ Москва, 1999.
12. Кованов В. В., Травин А. А.ñХирургическая анатомия конечностей человека.ñ Москва, 1983.
13. Каплан А. В. с соавт. ñ Гнойная травматология костей и суставов. Москва, 1985.
14. Мюллер М. Е., Альговер М., Шнейдер Р., Виллингер Х.ñ Руководство по внутреннему остеосинтезу. Методика, рекомендованная группой АО (Швейцария).ñ Москва, 1996.