

**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
імені О.О.БОГОМОЛЬЦЯ**

КАФЕДРА ЗАГАЛЬНОЇ ХІРУРГІЇ №2

«Затверджено»
на методичній нараді кафедри
від 28 серпня 2019 р., протокол №1

Завідувач кафедри
д.мед.н., професор

_____ О.Ю. Іоффе

МЕТОДИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

***ДЛЯ САМОСТІЙНОЇ РОБОТИ СТУДЕНТІВ
ПРИ ПІДГОТОВЦІ ДО ПРАКТИЧНОГО ЗАНЯТТЯ***

Навчальна дисципліна	Загальна хірургія
Модуль № 1	Введення в хірургію. Десмургія. Основи санітарно-епідемічного режиму в хірургічній клініці. Невідкладні хірургічні стани. Основи трансфузіології, анестезіології та реаніматології
Змістовний модуль № 4	Травматичні ушкодження
Тема заняття №9	Закриті пошкодження м'яких тканин: забій, струс, розрив. Клініка, діагностика закритих пошкоджень м'яких тканин, перша медична допомога, принципи лікування. Переломи і вивихи: класифікація; клінічні прояви; діагностика; перша медична допомога; принципи лікування.
Курс	Третій
Факультет	Медичний №1 та №4, ЗСУ

1. КОНКРЕТНІ ЦІЛІ:

- Визначати різні види травматизму.
- Діагностувати ушкодження м'яких тканин, черепа, грудної клітки, органів черевної порожнини
- Демонструвати заходи першої медичної допомоги постраждалим із різними видами ушкоджень.
- Класифікувати і діагностувати переломи кісток.
- Демонструвати заходи першої допомоги при переломах.
- Трактувати ускладнення переломів.
- Засвоїти основні методи консервативного та оперативного лікування переломів.
- Узагальнити наслідки лікування переломів.
- Класифікувати та діагностувати вивихи.
- Демонструвати заходи першої допомоги при вивихах.
- Засвоїти методи лікування вивихів.

2. БАЗОВІ ЗНАННЯ, ВМІННЯ, НАВИЧКИ, НЕОБХІДНІ ДЛЯ ВИВЧЕННЯ ТЕМИ:

<i>Назви попередніх дисциплін</i>	<i>Отримані навички</i>
<i>Анатомія людини</i>	Описати особливості будови та взаєморозташування тканин та органів в організмі людини.
<i>Фізіологія</i>	Описати особливості функціонування органів, систем та окремих тканин в організмі людини.
<i>Біологічна хімія</i>	Визначати хімічну структуру речовин, що входять до складу біологічних тканин та наслідки їх взаємодії в процесі функціонування організму.
<i>Біологічна фізика</i>	Визначати та ідентифікувати параметри чинників фізичної дії, що можуть спричиняти пошкоджуючий ефект на тканини організму.
<i>Мікробіологія</i>	Описати основні групи та властивості бактеріальної флори.

3. ОРГАНІЗАЦІЯ ЗМІСТУ НАВЧАЛЬНОГО ПРОЦЕСУ

3.1 Перелік основних термінів, параметрів, характеристик, які повинен засвоїти студент при підготовці до заняття:

<i>Термін</i>	<i>Визначення</i>
Trauma	Анатомічне чи функціональне ушкодження організму, його тканин чи органів під впливом механічних, фізичних, хімічних чи психологічних чинників, що супроводжується розвитком місцевих та загальних реакцій.
Commotio	Струс
Contusio	Забиття
Compressio	Стиснення

Distorsio	Розтягнення
Ruptio	Розрив
Contusio cerebri	Забиття мозку
Commotio cerebri	Струс мозку
Compressio cerebri	Стиснення мозку
Commotio thoracis	Струс грудної клітки
Contusio thoracis	Забиття грудної клітки
Compressio thoracis	Стиснення грудної клітки
Pneumothorax	Наявність повітря в плевральній порожнині. Розділяють закритий, відкритий і клапанний пневмоторакс.
Emphysema subcutaneum	Нагромадження повітря у підшкірній основі.
Emphysema mediastini	Наявність повітря у передньому або задньому середостінні.
Haemothorax	Скупчення крові в плевральній порожнині.
Haemoptoe	Відхаркування крові.
Haemopericardium	Крововилив в порожнину перикарду.
Haemotemesis	Блювання кров'ю.
Fractura costae	Перелом ребер.
Pneumoperitoneum	Накопичення повітря в черевній порожнині.
Haemoperitoneum	Скупчення крові в черевній порожнині.
Peritonitis	Запалення очеревини.
Haematuria	Виділення крові з сечею.
Перелом (fractura)	Повне порушення цілісності кістки, викликане швидкою дією зовнішньої сили, або внаслідок патологічного стану кістки (пухлина, остеомієліт та інші).
Тріщина (fissura)	Часткове пошкодження кістки без зміщення уламків.
Вивих (luxatio)	Повне зміщення суглобових кінців кісток з ушкодженням капсули і зв'язок суглоба, при якому втрачається стик суглобових поверхонь в ділянці суглобового з'єднання.
Імобілізація	Створення умов повної нерухомості або зменшення рухомості однієї або кількох частин тіла.

Патологічні переломи	Переломи хворобливо зміненої кістки злоякісною пухлиною, інфекційно-запальним процесом.
Закритий перелом	Перелом, коли відсутнє сполучення ділянки перелому з оточуючим середовищем.
Ауто-імобілізація	Фіксування ушкодженої верхньої кінцівки у фізіологічному положенні до грудної клітини, нижньої кінцівки – до здорової ноги.
Мозоль кістковий (callus)	Ділянка кісткової тканини, яка утворюється в місці порушення цілісності кістки і з'єднує її уламки.
Відкритий перелом	Перелом, коли ділянка перелому з'єднується з оточуючим простором.
Підвивих (subluxatio)	Неповне зміщення суглобових поверхонь.
Звичний вивих	Багаторазові вивихи без надмірних фізичних зусиль
Невправимий вивих	Свіжий вивих, який із-за різних причин не вдається усунути вивих. Причиною може бути інтерпозиція капсули, зв'язок, сухожилків.
Імобілізація	Створення умов повної нерухомості або зменшення рухомості однієї або кількох частин тіла.

3.2 Актуальність

Зростання травматизму в сучасному урбаністичному суспільстві виводить травматизм на третє місце по частоті серед причин смерті. По даним ВООЗ, щорічно в світі отримують пошкодження різної тяжкості 7-8 млн людей, 300000 осіб найбільш працездатного віку гинуть.

Закриті пошкодження черепа, органів грудної та черевної порожнини – один із найскладніших розділів невідкладної хірургії. Діагностика цих пошкоджень складна, має значні труднощі. Лікування хворих з такими травмами потребує проведення невідкладних заходів на догоспітальному етапі, виважених і послідовних діагностично-лікувальних дій в подальшому, іноді виконання екстреного оперативного втручання, енергійних коригуючих лікувальних заходів в до- і післяопераційному періодах. Саме тому, актуальність теми диктується тими обставинами, що теоретичними питаннями та практичними навичками, які розглядаються та засвоюються на занятті, повинен володіти лікар будь-якої спеціальності для надання невідкладної допомоги хворим з вищезазначеними травмами, що в подальшому може врятувати пацієнту життя.

Сучасні статистичні дані вказують, що частота переломів та вивихів кісток складає 10% усіх травматичних ушкоджень.

Більшість переломів та вивихів припадає на самий працездатний вік – від 20 до 40 років. Розподіл переломів в залежності від локалізації: переломи верхньої кінцівки і плечового пояса складає 52 %, нижньої – 26 %, кісток тулуба – 18 %, решта – 4 % (переломи кісток черепа і обличчя). Травматичні вивихи зустрічаються в 1,5–3 % від усіх травматичних ушкоджень. Зустрічаються вивихи в 15–20 разів частіше серед чоловіків. Із суглобів верхньої кінцівки на першому місці знаходиться вивих в плечовому суглобі (55–58 % всіх вивихів), далі вивих в ліктьовому суглобі (25–27 %),

в п'ястково-фалангових та міжфалангових (7–9 %), а також в ключично-акроміальному (2–3 %) суглобах. Вивихи в суглобах нижніх кінцівок зустрічаються в середньому в 5–6 % (кульшовий, гомілковостопний, колінний). Вивихи в суглобах тулуба зустрічаються в 3–8 % випадків по відношенню до всіх травматичних вивихів.

3.3 Теоретичні питання до заняття:

1. Визначення поняття «пошкодження», класифікація травм. Сучасні особливості травм ?
2. Закриті пошкодження м'яких тканин: визначення поняття, класифікація, етіологічні чинники виникнення, патогенетичні механізми розвитку, невідкладна допомога, принципи лікування ?
3. Синдром тривалого стиснення м'яких тканин: визначення, етіологія, патогенез, клініка, особливості діагностики, невідкладна допомога, принципи лікування?
4. Закриті пошкодження черепа: визначення поняття, класифікація, етіологічні чинники виникнення, патогенетичні механізми розвитку ?
5. Струс головного мозку (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
6. Забиття мозку (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
7. Стиснення головного мозку (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
8. Внутрішньочерепні гематоми (визначення, класифікація, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
9. Особливості догляду за хворими з закритою травмою черепа ?
10. Закриті пошкодження грудної клітки: визначення поняття, класифікація, етіологічні чинники виникнення, патогенетичні механізми розвитку ?
11. Струс грудної клітки (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
12. Забиття грудної клітки (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
13. Стиснення грудної клітки (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
14. Ознаки пошкодження легень та плеври при закритих травмах грудної клітки: пневмоторакс, гемоторакс, підшкірна емфізема (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
15. Переломи ребер (класифікація, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
16. Особливості догляду за хворими з закритою травмою грудної клітки ?
17. Закриті пошкодження черевної стінки: (визначення, патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
18. Закриті пошкодження паренхіматозних органів черевної порожнини: (патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування)?

19. Закриті пошкодження порожнинних органів черевної порожнини: (патогенез, клініка, діагностика, невідкладна допомога, принципи лікування)?
20. Особливості догляду за хворими з закритою травмою живота ?
21. Численні, поєднані, комбіновані пошкодження (визначення, особливості клініки та діагностики, невідкладна допомога, принципи лікування) ?
22. Визначення поняття перелом. Класифікація, клініка, діагностика.
23. Механізм і види зміщення кісткових уламків.
24. Умови, які визначають зрощення переломів.
25. Перша допомога при переломах. Імобілізація, транспортування.
26. Основні принципи лікування переломів.
27. Консервативний метод лікування переломів за допомогою гіпсової пов'язки.
28. Лікування переломів методом постійного витягання.
29. Основні види оперативного лікування переломів.
30. Ускладнення при лікуванні переломів, їх лікування, профілактика.
31. Визначення поняття вивих, класифікація вивихів.
32. Механізм виникнення, методи лікування вивихів.
33. Способи вправлення вивихів плеча, передпліччя, стегна, гомілки, пальців, надколінника.
34. Ускладнення при вивихах.
35. Наслідки лікування вивихів.

3.4 Практичні роботи (завдання), які виконуються на занятті:

1. Клінічна діагностика та невідкладна допомога при закритих пошкодженнях м'яких тканин (забиття, розтягнення, струсу, стиснення, розриву).
2. Клінічна діагностика та невідкладна допомога при закритих пошкодженнях черепа (струсу, забиття та здавлення мозку).
3. Підібрати інструменти та засоби для проведення спинномозкової пункції.
4. Клінічна диференційна діагностика підшкірної, підапоневротичної, піднадкiстної та внутрішньочерепних гематом.
5. Діагностика перелому ребер по рентгенограмах.
6. Підібрати інструменти та засоби для проведення місцевого знеболення при переломі ребер.
7. Клінічна та рентгенологічна діагностика пневмотораксу.
8. Підібрати інструменти для проведення пункції плевральної порожнини при напруженому пневмотораксі.
9. Надання невідкладної допомоги хворому з напруженим пневмотораксом.
10. Клінічна та рентгенологічна діагностика гемотораксу.
11. Підібрати інструменти для проведення пункції та дренивання плевральної порожнини при пнемо- та гемотораксі.
12. Клінічна та рентгенологічна діагностика пошкоджень органів черевної порожнини.
13. Підібрати інструменти для проведення діагностичного лапароцентезу.
14. Діагностика переломів по рентгенограмам.
15. Накладання транспортних шин з підручних матеріалів, табельних шин Крамера, Дітерікса, пневматичних шин, проведення аутоімобілізації;

- 16.Інтерпретація рентгенограм;
- 17.Підбір інструментів та засобів для скелетного витягання кінцівок, хребта;
- 18.Підбір необхідних фіксаторів для інтрамедулярного, екстрамедулярного, позавогнищевого компресійно-дистракційного остеосинтезу.
- 19.Діагностика вивихів по рентгенограмам.
- 20.Вправлення вивихів різними методами.
- 21.Тимчасова зупинка кровотечі;
- 22.Виконання футлярних, провідникових новокаїнових блокад, внутрішньо-суглобових ін'єкцій при ушкодженні кінцівок;
- 23.Накладання асептичної пов'язки;
- 24.Клінічна та рентгенологічна діагностика пошкоджень органів черевної порожнини.
- 25.Підібрати інструменти для проведення діагностичного лапароцентезу.

3.5 Зміст теми

Травма – анатомічне чи функціональне ушкодження організму, його тканин чи органів під впливом механічних, фізичних, хімічних чи психологічних чинників, що супроводжується розвитком місцевих та загальних реакцій. Характер травми залежить від природи чинника, його інтенсивності, точки прикладання, тривалості дії, а також функціонального стану самого організму людини в момент травми. Травми поділяють на відкриті (супроводжуються порушенням цілісності зовнішніх покривів організму) та закриті. У свою чергу відкриті ушкодження щодо порожнин можна розділити на непроникаючі та проникаючі в порожнини тіла (черевну, грудну, череп). На підставі кількості одержаних ушкоджень розрізняють одиничну, множинну (політравму), яка поділяється на поєднану, комбіновану та численні травми.

Одинична травма – пошкодження однієї ділянки тіла незалежно від кількості уражених тканин. **Численні травми** – це ушкодження багатьох ділянок тіла в межах однієї якоїсь системи або органів у одній порожнині. **Поєднаними** називаються пошкодження внутрішніх органів у двох або більше порожнинах чи пошкодження внутрішніх органів і опорно-рухового апарату. **Комбінованими** називаються такі пошкодження, які зумовлені дією різних агентів, що травмують: механічними, термічними, радіаційними тощо.

Травматизм – це травми, що повторюються за певних обставин у деяких груп людей, які перебувають в однакових умовах праці, побуту та середовища.

Травматизм поділяють на виробничий та невиробничий. Такий розподіл має важливий соціальний та юридичний аспекти. Якщо невиробничий травматизм є нещастям постраждалого, то при виробничій травмі певну частку вини несе виробництво, де вона виникла. Виробничий травматизм найчастіше є наслідком недотримання правил техніки безпеки на виробництві.

В залежності від діяльності, за умов якої була отримана травма, розділяють сільськогосподарський, промисловий, транспортний, військовий, побутовий та спортивний травматизм.

Закриті ушкодження м'яких тканин. До закритих ушкоджень м'яких тканин належать: забиття, розтягнення, розрив, струс.

Забиття (contusio) - закрите механічне ушкодження тканин без явного порушення їх анатомічної цілості. Ступінь важкості ушкодження залежить від сили удару, захищеності цієї частини тіла одягом, підшкірною жировою клітковиною. Перша допомога при забитті: холод на місце забиття (рушник, змочений холодною водою, пухир із льодом), підвищене положення ушкодженої частини тіла, накладання стискаючої пов'язки. При значному забитті слід здійснити іммобілізацію забитої кінцівки підручними засобами. Якщо гематома велика і є переконання, що не пошкоджена велика судина, її пунктирують, видаляють кров, вводять антибіотики, після чого накладають тугу пов'язку. У разі нагноєння гематоми, гнояк розтинають.

Розтягнення (distorsio). Це ушкодження м'яких тканин під дією сили розтягу за межі еластичності без порушення їх анатомічної цілості. Розтягнення звичайно виникає при різкому раптовому русі. Лікування у разі розтягнення таке саме, як у разі забиття.

Розрив (ruptio, ruptura) спричинюється не безпосереднім впливом чинника травми на тіло, а надмірним розтягненням тканин, яке перевищує межі їх еластичності і витривалості. Оскільки шкіра має велику кількість еластичних волокон і легко розтягується, частіше буває розрив м'язів, зв'язок, нервів, сухожилків. При неповному розриві м'яза виконують іммобілізацію кінцівки протягом 2-3 тижнів. При повному розриві лікування тільки оперативне - ушивання м'яза з наступною іммобілізацією кінцівки протягом 2-3 тижнів.

Струс (commotio) - закрите механічне ушкодження окремих органів і тканин, яке характеризується порушенням їх функції без грубих морфологічних змін. Клінічні ознаки струсу полягають переважно у порушенні функції ушкоджених органів і тканин, що супроводжується незначним болем.

Стискання (compresio). При цьому виді ушкодження м'які тканини притискаються до твердого предмета або ж стискаються між двома твердими предметами. У разі стискання м'яких тканин, особливо кінцівок, розвивається небезпечне ускладнення, відоме під назвою синдрому тривалого стиснення.

До **закритої черепно-мозкової травми** належить пошкодження мозкової тканини без порушення цілості покриву голови.

Патогенез закритої черепно-мозкової травми полягає не лише в безпосередньому пошкодженні мозку травмуючим агентом. Важливу роль відіграють нейродинамічні розлади у ЦНС, обумовлені судинними, лікворо-динамічними та ендокринно-гуморальними порушеннями. Судини головного мозку реагують спочатку спазмом, а потім розширенням стінки і венозним застоєм. Підвищується або знижується тиск лікворної рідини, змінюється проникність гемато-енцефалічного бар'єру. Порушується гормональний баланс, водно-електролітний обмін, кровообіг, що призводить до гіпоксії мозку з ознаками набряку мозкової тканини. Значення має також механічна деформація мозку із забиттям останнього об кісткові виступи внутрішньої поверхні черепа, як наслідок протиудару.

Ступінь ушкодження головного мозку залежить від площини, напрямку дії сили, її швидкості та величини. Оскільки мозок у порожнині черепа перебуває у підвішеному стані і може рухатися вперед і назад, у цей час як його рухи вбік обмежені, найнебезпечніші удари в передню і задню частини голови, бо вони призводять до найбільшого зміщення мозку.

Ступінь вираженості закритого пошкодження мозкової тканини залежить від тяжкості травми і може характеризуватися *струсом*, *забиттям* чи *стисненням* мозку.

Струс головного мозку (*commotio cerebri*) характеризується наявністю розладу молекулярних зв'язків в мозкових клітинах, порушенням функції вегетативних і вазомоторних підкіркових центрів, крово- та лімфообігу при відсутності макроскопічних органічних змін в мозковій тканині. Іноді в головному мозку виявляють точкові крововиливи. У деяких випадках струс мозку може ускладнитися його набряком. Клінічна картина струсу мозку характеризується короткочасною непритомністю, ретроградною амнезією (втратою пам'яті на події, що передували травмі), брадикардією, нудотою, блюванням, болем під час руху очних яблук. Після повернення до тями виникають скарги на головний біль, шум у вухах, безсоння. Діагноз виставляється на підставі клінічної картини пошкодження при відсутності змін, що свідчать про локальне пошкодження мозкової тканини і менінгеальних симптомів.

При струсі мозку хворому показані постільний режим протягом 7-10 діб, холодні компреси на голову, заспокійливі, знеболювальні, антигістамінні, серцеві препарати. Внутрішньовенно вводять гіпертонічні розчини (20 мл 40% розчину глюкози або 20-40 мл 10% розчину натрію хлориду) для профілактики набряку мозку.

Забиття мозку (*contusio cerebri*) травма головного мозку, що характеризується наявністю макроскопічних осередків пошкодження. Останні можуть локалізуватися як безпосередньо в ділянці травми, так і на протилежному боці (як наслідок протиудару). Можуть спостерігатися розриви капілярів, дрібні крововиливи в тканину мозку або субарахноїдальний простір, іноді – значне руйнування мозкової тканини. Дрібні крововиливи швидко розсмоктуються, осередки некрозу заміщуються рубцевою тканиною. На тяжкість перебігу забиття мозку впливають такі чинники, як: наслідки струсу мозку, який супроводжує забиття, поява осередків ураження мозку, клінічна картина яких залежить від локалізації, раптове переміщення речовини мозку в протилежний бік і забиття об черепну коробку.

У клінічній картині забиття мозку розрізняють три ступені: легкий, середній і важкий. При цьому один ступінь може переходити в інший.

За легкого ступеня хворий втрачає свідомість на короткий час (до 1 год). Після повернення до тями з'являються запаморочення, шум у вухах, нудота, ретроградна амнезія. Всі зазначені порушення швидко минають. Середній ступінь забиття характеризується втратою свідомості на кілька годин, ретроградною амнезією. Хворі нерухомі, очі часто розплющені, реакція на світло знижена, зіниці звужені. У деяких випадках, навпаки, спостерігається збудження. Пульс сповільнений, рефлекси знижені, наявне блювання. Температура тіла нормальна або знижена. У цій стадії чітко виражені ознаки локального пошкодження мозку: афазія, що минає, парез тощо. Шкіра бліда, дихання поверхневе. Поступово стан хворого нормалізується. При тяжкому ступені забиття мозку стан непритомності може тривати кілька діб. Потерпілий тривалий час перебуває у коматозному стані. Зіниці розширені, не реагують на світло. Шкіра бліда, вкрита холодним потом, пульс сповільнений, дихання поверхневе. Спинномозкові рефлекси пригнічені, присутні ознаки локального пошкодження мозку: парез, параліч, порушення функції життєво важливих органів. Паралічу або парезу може й не бути, якщо осередок некрозу локалізується в "німій" зоні кіркової речовини. Тривалий час після травми зберігається ретроградна амнезія, спостерігається антеградна амнезія, коли хворий не пам'ятає подій, які були після травми. Наявні симптоми подразнення мозкових оболонок (ригідність потиличний м'язів, позитивний симптом Керніга: у хворого, який лежить, важко зігнути й

розігнути ногу в кульшовому і колінному суглобах, при цьому в кульшовому суглобі згинається друга нога). Зникають рогівкові рефлекси, відзначаються ознаки ураження черепних нервів (окорухового, трійчастого, лицевого, слухового). Неприятливою діагностичною ознакою є утруднене ковтання.

Тяжкість клінічної картини забиття мозку залежить від локалізації ділянок ушкодження. Найтяжчий перебіг має забиття у разі розташування патологічного осередку в основі мозку, діенцефальній ділянці. Забиття стовбуру мозку та мозочка часто призводить до смерті у першу добу, години, навіть хвилини після травми при явищах коми. У разі легших форм забиття мозку через кілька годин або діб сопорозний стан переходить у сонливий. У хворих сплутана свідомість, руховий неспокій, галюцинації, марення. Опритомнівши, вони скаржаться на сильний головний біль, амнезію.

Тяжким ускладненням забиття мозку (як і інших закритих травм черепа) є його набряк. Частіше причиною останнього є тромбоз перенаповнених мозкових судин. Набряк може бути місцевим і загальним. Місцевий набряк буває рідше і обмежується зонами мозку у сусідстві із зовнішньо- та внутрішньомозковими гематомами й контузіями.

Легкий ступінь забиття мозку, як правило, закінчується одужанням пацієнта. Йому забезпечують спокій мінімум на 7-8 діб. При середньому ступені забиття хворий потребує бережного транспортування у найближчий лікувальний заклад. Йому потрібен постільний режим протягом 14-20 діб. Медикаментозне лікування та особливості догляду за пацієнтами з легким та середнім ступенями забиття мозку аналогічні терапії струсу мозку.

При тяжкому ступені забиття мозку хворий потребує суворого постільного режиму протягом 1-2 міс. Базисну терапію, при виражених ознаках підвищення внутрішньочерепного тиску (головний біль, блювання, брадикардія) доповнюють спинномозковими пункціями з одноразовим випусканням 5-10 мл спинномозкової рідини, яка іноді містить кров. Гарні результати дає вливання альбуміну, концентрованої плазми. З метою профілактики менінгіту велику увагу приділяють антибактеріальній терапії.

Стиснення головного мозку (*compressio cerebri*) спостерігається значно рідше, має тяжкий перебіг і в більшості випадків потребує негайного оперативного втручання. До стиснення мозку можуть привести перелом кісток черепа із вдавленням відламків, внутрішньочерепні гематоми, набряк мозку.

Частіше причиною стиснення є гематома. Останні бувають епі- або екстрадуральними (1-4% травм), субдуральними (4-13%), субарахноїдальними (42%), інтрацеребральними та інтравентрикулярними. Перші два види гематом мають обмежений характер, останні – розлитий. Наявність у гематомі, особливо епідуральній, 50 мл крові може призвести до стиснення мозку і порушення його функцій. Тривале стиснення мозку або стискання судин і пов'язаного з цим порушення кровопостачання може бути причиною дегенеративних змін у клітинах кіркової речовини та атрофії останніх. Утворення гематоми може зумовити розлад циркуляції спинномозкової рідини.

Для клінічної картини стиснення мозку гематомою, особливо епідуральною при пошкодженні середньої мозкової артерії, характерний “світлий” проміжок між моментом травми і появою перших клінічних проявів. Хворий у цей час може почувати себе цілком задовільно. Він чітко висловлює скарги, що характеризують

клінічну картину струсу або забиття мозку. Тривалість “світлого” проміжку залежить від інтенсивності та локалізації кровотечі: коротким (від кількох годин до 2 діб) він буває у разі епідуральної гематоми, тривалішим (до кількох діб) – у разі субдуральної або субарахноїдальної кровотечі. Що швидше формується гематома, то коротший “світлий” проміжок. Після цього проміжку з’являються перші симптоми стиснення мозку: сильний головний біль, повторне блювання. Хворі неспокійні, збуджені, у них порушується сон, з’являються галюцинації. Свідомість спочатку зберігається, з часом похмурий стан переходить у кому. Загальнономозкові симптоми поєднуються з місцевими. Частота дихання досягає 40-60 за хв, іноді за типом Чейна-Стокса. Виражена брадикардія – пульс 40-60 за хв, артеріальний тиск підвищується. Температура тіла – 39-40 °С. Важливим клінічним симптомом є анізокорія: розширення зіниці на боці ураження до повної втрати реакції на світло, птоз. Нерухомість зіниць з їх звуженням свідчить про ушкодження стовбуру мозку. Виникає асиметрія м’язів обличчя. При епідуральній гематомі крові у спинномозковій рідині не буває.

Субдуральні гематоми, виникають у разі розриву мозкових вен субдурального простору. Характеризуються, крім зазначеної вище клініки, тривалішим “світлим проміжком”, повільним стисненням мозку, наявністю менінгеальних симптомів та підвищенням тиску спинномозкової рідини (300-600 мм вод. ст.).

Екстрадуральні, субдуральні, інтрацеребральні гематоми зумовлюють нормальне або ксантохромне забарвлення ліквору. У разі субарахноїдальної кровотечі в ньому виявляють ту чи іншу кількість крові.

Уточнити діагноз, локалізацію гематоми та спостерігати за її динамікою допомагають ехоенцефалографія, комп’ютерна томографія, контроль за тиском спинномозкової рідини.

Для вироблення лікувальної тактики у разі стиснення мозку треба передусім з’ясувати його причину (локалізацію гематоми). Починають лікування із заходів, що спрямовані на зниження внутрішньочерепного тиску і боротьбу з ознаками пригнічення функції великого мозку і стовбура головного мозку. Призначають масивну дегідратаційну терапію: внутрішньовенне введення маніту, сечовини, ін’єкції лазіксу, трансфузії концентрованої плазми. Для зняття спазму судин мозку вводять еуфілін, но-шпу, дроперидол, проводять десенсибілізуючу терапію, для боротьби з ацидозом внутрішньовенно вводять 300-400 мл 4% розчину натрію гідрокарбонату.

При закритих черепно-мозкових травмах велику увагу треба приділити нормалізації серцево-легеневої діяльності. Якщо розлади дихання тривалі, показані трахеостомія, штучна вентиляція легень, оксигенотерапія.

Невеликі субдуральні гематоми мають тенденцію до розсмоктування, а тому лікують їх консервативно (постільний режим, люмбальні пункції, дегідратаційна та розсмоктуюча терапія). У разі встановлення діагнозу обмеженої епідуральної чи субдуральної гематоми, неефективності консервативної терапії, наростання клінічних проявів, прогресування синдрому стиснення мозку показане оперативне лікування – трепанація черепа, видалення гематоми і перев’язування судини, яка кровоточить. Це можна зробити шляхом накладання фрезового отвору і розширення його до потрібних розмірів або вирізання над гематомою кістково-апоневротичного лоскута, а також ендоскопічно.

Лікування субарахноїдальних кровотеч у більшості випадків консервативне: спокій, міхур з льодом на голову, кровоспинні препарати, обережні люмбальні пункції.

Закриті пошкодження грудної клітки можуть супроводжуватися її струсом, забиттям, стисненням. Часто вони поєднуються з пошкодженням кісток грудної стінки (перелом ребер, грудини). Травма може бути одно- і двобічною. За ступенем тяжкості закриті травми грудної клітки діляться на легкі, середньої тяжкості і тяжкі.

Струс грудної клітки (commotio thoracis) виникає у разі сильного стиснення грудної клітки або падіння на груднину. Клінічні прояви аналогічні клініці травматичного шоку. Шкіра бліда, вкрита холодним потом, пульс частий, слабкого наповнення, дихання прискорене, поверхневе. Іноді спостерігається непритомність, блювання.

У легких випадках ці прояви минають протягом кількох годин, у тяжких – тривають довше, іноді можуть закінчитися смертю. Причиною їх є розлади функції блукаючого і грудного відділу симпатичного нервів. Це призводить до порушення кровообігу з переповненням судин черевної порожнини і вторинною анемією мозку.

У разі легкого ступеня струсу грудної клітки хворий не потребує особливого лікування (постільний режим протягом 2-3 діб, зігрівання). При тяжких ступенях струсу рекомендують постільний режим, знеболювальні засоби (ненаркотичні та наркотичні анальгетики), серцеві препарати (камфора, кордіамін), зігрівання хворого, оксигенотерапію. Добрі наслідки дає двобічна вагосимпатична новокаїнова блокада 0,25% розчином новокаїну.

Забиття грудної клітки (contusio thoracis) виникає при сильному ударі в грудну клітку під час падіння на твердий предмет.

Забиття грудної клітки може обмежитись лише пошкодженням м'яких тканин (шкіри, підшкірної основи, м'язів), що супроводжується появою болючої припухлості на ділянці грудної стінки. Болючість посилюється під час пальпації і глибокого вдиху.

Тяжкий перебіг мають забиття грудної клітки, які супроводжуються пошкодженням її органів та переломом ребер. Із внутрішніх органів частіше пошкоджуються легень, плевра, рідше – серце, бронхи, великі судини. Основними ознаками пошкодження легень і плеври є пневмоторакс, гемоторакс і підшкірна або медіастинальна емфізема.

Пневмоторакс (pneumothorax) – нагромадження в плевральній порожнині повітря, яке надходить туди з легень і бронхів. У разі попадання повітря в плевральну порожнину легень спадається і не функціонує. Крім цього може з'явитися “дрижання” або “тремтіння” середостіння, що значно порушує центральний кровообіг. Розрізняють закритий, відкритий і клапанний пневмоторакс. У разі закритого пневмотораксу повітря, раз надійшовши в плевральну порожнину, більше туди не надходить (і не виходить з неї). Отвір, через який воно ввійшло, закривається, а повітря з часом розсмоктується.

У разі відкритого пневмотораксу повітря через отвір у бронху або легеневій тканині під час вдиху надходить у плевральну порожнину, а під час видиху виходить з неї. Плевральна порожнина сполучається із зовнішнім середовищем. Відкритий пневмоторакс часто супроводжується інфікуванням плевальної порожнини і розвитком гнійного плевриту.

Найтяжчий перебіг має клапанний пневмоторакс. Він призводить до нагромадження повітря у плевральній порожнині. В місці розриву бронха чи легеневої

тканини утворюється клапан, який відкривається лише в один бік – у бік плевральної порожнини. Нагромадження повітря в плевральній порожнині стискає легеню, зміщує середостіння, стискає протилежну легеню. Все це призводить до різкого порушення вентиляції легень. Цей вид пневмотораксу називають ще напруженим.

Клінічна картина пневмотораксу характеризується вираженою задишкою (дихання поверхневе, 30-40 за хв), ціанозом шкіри, прискоренням пульсу. Пошкоджений бік грудної клітки не бере участі в акті дихання, западає. Перкуторно над легенями вислуховується коробковий звук, під час аускультативної відзначається ослаблення дихальних шумів. При рентгенологічному дослідженні в плевральній порожнині на боці травми виявляють повітря, ателектаз легені і зміщення середостіння в здоровий бік. Тяжку клінічну картину дає клапанний пневмоторакс. Наявні виражені розлади гемодинаміки і вентиляції легень. Наростає задишка, аж до асфіксії, спостерігається тахікардія, підшкірна і медіастинальна емфізема.

Закриті форми пневмотораксу особливого лікування не вимагають. Хворому призначають постільний режим, іммобілізують ділянку перелому ребер, вводять серцеві препарати, речовини, які тамують кашель.

У разі відкритого пневмотораксу виконують торакотомію, знаходять розірвану тканину легені чи бронха і зашивають її, переводячи відкритий пневмоторакс в закритий.

На велику увагу заслуговує клапанний пневмоторакс. Перша допомога полягає в тому, аби перетворити клапанний пневмоторакс на відкритий. Для цього на боці ураження (в другому міжребір'ї по середньоключичній лінії) товстою голкою або троакаром пунктують плевральну порожнину. Таким чином ліквідують напружений пневмоторакс. У стаціонарі до голки приєднують трубку з системою активної аспірації повітря з плевральної порожнини. Дренаж діятиме доти, поки отвір у легенях чи бронху не закриється. Якщо цього не станеться, вдаються до торакотомії і зашивання рани легені чи бронха.

Гемоторакс (haemothorax) характеризується нагромадженням у плевральній порожнині крові. Остання може надходити з розірваних судин грудної стінки чи легені. Спочатку кров згортається, а потім розріджується за рахунок фібринолізу. Кровотеча в плевральну порожнину триває доти, доки за рахунок вилитої крові не врівноважиться тиск між просвітами пошкодженої легеневої судини та плевральною порожниною. Коли це настає, утворюється своєрідний тампон, який стискає легеню і кровоточиві судини.

В залежності від кількості крові, яка вилилась в плевральну порожнину, гемоторакс буває легким (в плевральній порожнині до 500 мл крові), середнім (від 500 до 1000 мл) і масивним (понад 1000 мл крові).

Клінічна картина гемотораксу характеризується частим слабким пульсом, зниженням артеріального тиску, прискореним диханням, блідістю шкіри та слизових оболонок, холодним потом, анемією. Хворі скаржаться на біль у травмованій частині грудної клітки, кашель. Перкуторно визначають тупість як наслідок скупчення крові у плевральній порожнині. Аускультативно дихання не вислуховується. Серце зміщене в здоровий бік. Рентгенологічно відзначається затемнення відповідної половини грудної клітки. Протягом перших 3-6 діб унаслідок всмоктування крові підвищується температура тіла. Тривале підвищення температури тіла (до 38-39°C) може свідчити про інфікування плевральної порожнини.

Гемоторакс часто поєднується з пневмотораксом, що значно погіршує клінічний перебіг пошкодження. Це сприяє інфікуванню крові і виникненню гнійного плевриту. Якщо розрив судини супроводжується пошкодженням бронха, то в харкотинні можуть бути домішки крові.

Легкий гемоторакс не вимагає особливого лікування. Протягом 7-10 діб кров всмоктується. У разі середнього і масивного гемотораксу показана пункція плевральної порожнини з відсмоктуванням крові і введенням антибіотиків.

Методика пункції у 7-8 міжребер'я по задньоаксілярній лінії – проведення голки повільно до супротиву переламаного ребра по верхньому краю нижче розташованого ребра. Ця методика застосовується у випадку вільного гемотораксу. Так як у хірургічній практиці частіше зустрічається обмежений гемоторакс (і пневмоторакс теж) емпіємою плеври, то точку пункції краще вибирати на основі клінічних (місце укорочення перкуторного звуку) та рентгенологічних даних. Перед пункцією в ділянці проколу виконують інфільтрацію шкіри і підшкірної клітковини 0,5% розчином новокаїну до утворення “лимонної кірки”, далі лівою рукою фіксують шкіру, відтягують її по ребру донизу, а правою – вводять голку всередину по верхньому краю ребра. Голку довжиною 6–10 м (в залежності від товщини підшкірної клітковини, характеру ексудату) проводять на глибину 3–4 см, анестезуючи по ходу міжреберні м'язи. Раптовий біль свідчить про прокол парієтальної плеври. При проведенні пункції слід користуватися спеціальною голкою з краником або перехідною гумовою трубкою, з'єднаною з голкою. Ця нескладна система дозволяє уникнути попадання повітря в плевральну порожнину, вени легень, мозкові або коронарні артерії. Після аспірації порції плеврального вмісту гумову трубку пережимають, шприц від'єднують і випорожняють, після цього знову приєднують до трубки і маніпуляцію повторюють. При великій кількості рідини, газів в плевральній порожнині аспірацію можна зробити за допомогою відсмоктувача через банки Боброва або з використанням 2-ампульної системи, змонтованої по принципу сполучних судин. Після пункції в плевральну порожнину слід ввести антисептики, антибіотики.

Пункцію рекомендують робити не раніше 3-4 доби (стільки часу потрібно для тромбування судин і міцного утримання тромбу в їх просвіті). Рання пункція може привести до відновлення кровотечі. В разі наростання клініки крововтрати, показане негайне оперативне втручання, що має на меті усунення джерела кровотечі. Місцеве лікування гемотораксу поєднується із загальним, передусім з гемостатичною терапією та боротьбою з анемією (переливання крові, еритроцитарної маси).

Підшкірна емфізема (emphisea subcutaneum). При пошкодженні легені, вісцеральної і парієтальної плеври, міжреберних м'язів (що буває у разі поєднання закритої травми грудної клітки з переломом ребер) повітря з плевральної порожнини може засмоктуватися у підшкірну основу. Частіше це буває при клапанному пневмотораксі, коли повітря, яке під тиском надходить у плевральну порожнину, намагається знайти собі вихід. Клінічна картина має місцеві і загальні прояви. У підшкірній основі нагромаджується повітря, що визначається шляхом фізикального дослідження. Під час пальпації відчуються своєрідний хруст, крепітація. Під час перкусії визначається тимпанічний звук, аускультативно – ослаблене дихання. Підшкірно повітря нагромаджується частіше в ділянці ураженої половини грудної клітки. Лише у тяжких випадках, за наявності клапанного пневмотораксу, воно може поширюватися на шию, обличчя, на другу половину грудної клітки. При цьому

спотворюється зовнішній вигляд хворого, він стає схожим на надуту гумову іграшку. Загальний стан хворих погіршується: з'являються задишка, ціаноз шкіри, тахікардія.

Незначно виражена підшкірна емфізема не вимагає особливого лікування. Хворому забезпечують спокій, призначають знеболювальні, протикашльові та серцеві препарати. Через декілька діб повітря починає розсмоктуватися. Якщо повітря в підшкірній основі нагромаджується швидко і поширюється на сусідні ділянки, для його вивільнення роблять кілька розрізів на шкірі після з'ясування причини виникнення підшкірної емфіземи та проведення відповідного оперативного чи консервативного лікування.

Медіастинальна емфізема (emphiseма mediastini) буває внаслідок травми грудної клітки з одночасним пошкодженням трахеї або бронхів. У такому разі повітря з дихальних шляхів через сполучну тканину, яка її оточує, проникає у переднє або заднє середостіння.

Діагностика медіастинальної емфіземи (особливо заднього медіастинального простору) за відсутності підшкірної емфіземи складна. Повітря, яке потрапило в середостіння, може стискати дихальні шляхи і великі кровоносні судини, спричиняючи задишку, ціаноз, частий, слабкого наповнення пульс. У ділянці шиї виникає емфізема, яка швидко прогресує. Вени шиї і верхніх кінцівок переповнені. Хворі збуджені.

У діагностиці емфіземи середостіння велику увагу приділяють рентгенологічним дослідженням. Так, на рентгенограмі помітні розширення тіні середостіння і нагромадження в ньому повітря. За тяжких ступенів медіастинальної емфіземи може виникнути потреба в оперативному втручанні – медіастинотомії та пластичному закритті ділянки пошкодження. У разі пошкодження трахеї чи бронхів лікування полегшує інтубація трахеї. Протипоказана форсована штучна вентиляція легень, що може спричинити наростання емфіземи.

Стиснення грудної клітки (compressio thoracis). Цей вид травми частіше буває у разі стиснення грудної клітки між двома твердими предметами (між буферами вагонів, під час обвалу гірських порід, землетрусів). Наслідком цього є раптовий вплив крові з легень і застій в системі верхньої порожнистої вени (цьому сприяє відсутність клапанів у венах верхньої половини тіла). Це призводить до виникнення синдрому травматичної асфіксії. Клінічна картина характеризується появою на голові, шиї, верхній половині грудної клітки, слизових оболонках, м'якому піднебінні, кон'юнктиві, склерах, у слуховому проході, на барабанній перетинці крововиливів (петехій та екхімозів), як наслідок розривання дрібних вен. Верхня половина тіла вище плечового поясу стає ціанотичною. Часто виникає набряк шиї і обличчя. Хворий вкривається холодним потом, спостерігається виражена задишка, тахікардія, зниження артеріального тиску.

Лікування полягає у забезпеченні хворому спокою, введенні знеболювальних, серцевих засобів.

Перелом ребер (fractura costae) виникає під час прямого удару, падіння або стиснення грудної клітки. Спостерігається у 67% випадків при закритих травмах грудної клітки. Переломи ребер можуть бути поодинокими і численними, одно- і двобічними. Небезпечним є подвійний перелом кількох ребер. При цьому виникає флотаційний "реберний клапан" з парадоксальними рухами. Перелом ребер зі зміщенням часто супроводжується пошкодженням парієтальної і вісцеральної плеври, легень, судин, що є причиною пневмогемотораксу і підшкірної емфіземи.

Клінічна картина перелому ребер характеризується появою різкого болю, що посилюється при глибокому вдиху, пальпації, кашлю. Грудна клітка відстає в акті дихання, у разі численних переломів відзначається її деформація. Під час пальпації можна виявити симптом крепітації. У ділянці перелому можуть виникнути набряк і синець.

Численні переломи ребер супроводжуються важкими дихальними й циркуляторними порушеннями, аж до плевропульмонального шоку. Важливе місце в діагностиці перелому ребер посідає рентгенологічне дослідження.

При переломі ребер призначають повторні міжреберні спирт-новокаїнові блокади. Міжреберна блокада показана при переломах 3-5 ребер, що обумовлюють погіршення вентиляції легень через різку болочість при диханні. Використовують 0,25-0,5% розчин новокаїну або тримекаїну, лідокаїну.

Для пролонгування і посилення знеболюючого ефекту використовують суміш 2% розчину лідокаїну або тримекаїна (7 мл), 1% розчину димедролу (1 мл), гідрокортизону (50 мг) і поліглюкіну або реополіглюкіну (10 мл).

Високу ефективність і значною тривалістю анальгезії володіє спирт-новокаїнова міжреберна блокада місць переломів ребер у співвідношенні 1:10 в кількості 50-60мл. Для неї застосовують суміш 2% розчину новокаїну і 96% етилового спирту. Для проведення блокади місця переломів ребер визначають пальпаторно, приблизно на 3-5 см до заду від місця перелому ближче до нижнього краю ребра виконують прокол голкою до упору в кістку. Потім кінець голки зміщують донизу, поглиблюють на 3-4 мм, переводячи її в горизонтальне положення, просувають ще на 2-3 мм і безпосередньо під край ребра вводять 2-3 мл суміші.

У разі численних переломів можуть застосовуватися паравертебральні або вагосимпатичні блокади.

Паравертебральна новокаїнова блокада міжреберних нервів показана при множинних подвійних переломах ребер. Положення хворого на здоровому боці або сидячи. Дещо латеральніше паравертебральної лінії під кожне ребро, периферичні відділи яких зламані, а також на одне ребро вище і нижче пошкоджених вводять по 6-8 мл 1% розчину новокаїну, як і при звичайній міжреберній блокаді, додаючи для пролонгування знеболюючого ефекту по 2 мл спирту.

Паравертебральна новокаїнова блокада спинномозкових нервів показана при множинних подвійних переломах ребер, особливо їх задніх відділів; переломах поперечних відростків і тіл хребців; гострому радикуліті (люмбаго). Потерпілий лежить на здоровому боці або сидить. На 2-3 см вліво або вправо від остистого відростка відповідного хребця перпендикулярно до шкіри проводять голку у напрямку до поперечного відростка хребця до упору в нього. Вводять 15 - 20 мл 0,5% розчину новокаїну, який омиває спинномозкову нерв, його гілки: задню, міжреберну і сполучну з симпатичним стовбуром.

Протягом 4-5 діб хворі повинні лежати або бути в положенні напівсидячи. Призначають протикашльові, відхаркуючі препарати, дихальну гімнастику, оксигенотерапію. Переламане ребро зростається протягом 3-4 тижнів. Іммобілізацію чи оперативне втручання застосовують лише при численних переломах ребер з флотацією ділянки грудної стінки.

Закриті пошкодження живота можуть призводити не лише до забиття передньої черевної стінки, але й супроводжуватися пошкодженням порожнистих (кишечник, шлунок, сечовий міхур) або паренхіматозних (селезінка, печінка) органів.

Пошкодження паренхіматозних органів супроводжуються кровотечею у черевну порожнину із швидким розвитком картини гострої анемії, геморагічного шоку. Порушення цілості порожнистих органів призводить до швидкого розвитку перитоніту, що має явно агресивний та швидкий перебіг. Ознаками зазначеної травми є біль, симптоми подразнення очеревини, напруження м'язів передньої стінки живота, ознаки наростаючої анемії. Хворий часто лежить на спині або на боці із зігнутими у колінах і тазостегнових суглобах ногами. Перша допомога полягає у прикладанні холоду на живіт та терміновій госпіталізації до хірургічного стаціонару з проведенням в подальшому екстреного оперативного втручання. - лапаротомія з виконанням кінцевої зупинки кровотечі. Пошкодження порожнистих органів супроводжується розвитком перитоніту. Клінічними ознаками даного виду пошкоджень є біль, напруження м'язів передньої стінки живота, наростаючі запальні зміни в лабораторних показниках (лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво). В разі діагностики перитоніту показана негайна госпіталізація та невідкладне оперативне втручання.

При виникненні сумніву, щодо природи патології у черевній порожнині в перелік дообстежень входить виконання лапароцентезу. Суть методики полягає у введенні троакару після невеликого розрізу шкіри на відстані 1,5-2 см. нижче пупка по серединній лінії з подальшим введенням трубки разом із стилетом у черевну порожнину. По видаленню стилета у трубку троакара вводять гнучку поліхлорвінілову трубочку, яку направляють у напрямку діагностичної знахідки. Після фіксації до шкіри на протязі доби можна спостерігати за характером (кров, кишковий вміст, гній) і кількістю виділень з трубки. В разі одержання вмісту діагностичний лапароцентез є останньою ознакою виконання негайно оперативного втручання.

Перелом (fractura) – повне порушення цілісності кістки, викликане швидкою дією зовнішньої сили, або внаслідок патологічного стану кістки (пухлина, остеомієліт та інші).

Тріщина (fissura) – це часткове ушкодження кістки без зміщення відламків. Тріщина кістки частіше спостерігається у вигляді крайових ушкоджень плоских кісток (кістки склепіння і основи черепа, таза лопатки).

Класифікація переломів.

А. Переломи діляться на вроджені і набуті. *Вроджені переломи* виникають в утробі матері внаслідок неповноцінності остеогенезу скелету плода, ломкості кісток (osteogenesis imperfecta). *Набуті переломи* діляться на травматичні і патологічні. Патологічні переломи виникають у хворобливо зміненій будові кістки (остеомієліті, туберкульозі, сифілісі, злоякісних пухлинах, сирингомієлії). Патологічні переломи виникають без впливу травмуючого чинника.

Б. Переломи діляться на відкриті і закриті. *Відкритий перелом* – це такий перелом, коли ділянка перелому з'єднується з оточуючим середовищем. В таких випадках не виключене мікробне забруднення, що може привести до виникнення інфекційних ускладнень. *Закритий перелом* – це такий перелом, коли відсутнє сполучення ділянки перелому з оточуючим середовищем. При зміщенні кісткових уламків під час перекидання потерпілого, його транспортуванні шкіра може ушкоджуватися зсередини, і такі переломи вважають *вторинно відкритими*. Тяжким різновидом відкритих переломів є *вогнепальні*, які часто викликають багатоуламкові переломи з дефектом тканин, кровотечею, розвитком інфекції.

В. В залежності від локалізації переломи діляться на епіфізарні (внутрішньосуглобові), метафізарні (білясуглобові), діафізарні та комбіновані. Діафізарні переломи можуть бути в верхній, середній і нижній третині. В дитячому віці перелом може наступити в ділянці росткового хряща – це *епіфізеоліз*, в ділянці діафізу, без суттєвого зміщення відламків – *підокісткові переломи (переломи за типом “зеленої гілки”)*. У дорослих метафізарні переломи можуть бути компресійними.

Г. Переломи кісток можуть бути одиничні, множинними, поєднані та комбіновані. До множинних відносять переломи одночасно декількох кісток скелету, які відносяться до однієї опорно-рухової системи (переломи гомілки та стегна); до поєднаних – ушкодження, які локалізуються одночасно в різних системах (черепно-мозкова травма і перелом, травма органів живота з переломами кісток тазу); комбіновані – одночасна дія на тканини людини різних етіологічних ушкоджуючих факторів (іонізуюче випромінювання з переломами кісток).

Д. В залежності від розміщення площини і наявності уламків діафізарні переломи діляться на: поперечні, косі, гвинтові, змішані; скалкові (великі, дрібноскалкові переломи); подвійні і більше разові переломи. При поперечних переломах площина проходить поперек вісі діафіза кістки. Гвинтоподібні переломи виникають при скручуванні кістки. Площина перелому нагадує спіраль.

Механізм виникнення перелому.

Механізм перелому – прямий та непрямий – залежить від характеру дії зовнішньої сили. При прямій травмі перелом виникає на місці дії зовнішньої сили, при непрямій – точка прикладання зовнішньої сили знаходиться далеко від місця перелому.

В залежності від структури кістки та напрямку дії травмуючої сили розрізняють: а) відривні переломи – це частіше плоскі кістки або апофізи кісток в місцях прикріплення зв'язок (хребці), прикріплення сухожилків (п'ятова кістка в ділянці прикріплення ахілесового сухожилка, горбик великогомілкової кістки), в місці прикріплення власної зв'язки надколінника; б) стиснуті (компресійні) переломи, як правило губчатої структури: епіметафізарних ділянок довгих та коротких кісток; в) пряме прикладання механічної сили викликає поперекові, скалкові та змішані переломи (сюди можна віднести роздроблені переломи); г) непряме прикладання сили викликає переломи протягом кістки – косі, гвинтові (спіральні). Стосовно переломів хребців можуть бути розривні, здавлені чи стиснуті переломи тіл хребців.

Види зміщень кісткових уламків.

Зміщення уламків (*dislocatio*) буває первинним, під впливом ушкоджуючої сили і вторинним – за рахунок скорочення м'язів, при неправильному транспортуванні потерпілого, при відсутності або неякісній транспортній іммобілізації.

Розрізняють зміщення уламків:

- по ширині (*dislocatio ad latus*): уламки розходяться в сторони;
- по довжині (*dislocatio ad longitudinem*): уламки зміщуються по повздовжній вісі кінцівки внаслідок скорочення м'язів;
- під кутом (*dislocatio ad axis*), коли між уламками утворюється кут; по периферії (*dislocatio ad periferiam*), проходить внаслідок повороту одного уламка кістки навколо своєї осі.

Утворення кісткового мозолу, зрощення кістки.

I стадія катаболізму тканинних структур, диференціації і проліферації клітинних структур. Гіпоксія (первинна) виникає внаслідок ушкодження судин, (вторинна) – внаслідок набряку тканин, що приводить до метаболічного ацидозу, некробіозу ушкоджених і неушкоджених остеоцитів, проміжної речовини, демінералізації, утворенню біологічно активних речовин, генетичних індукторів, гормонів. Це сприяє репродукції і проліферації спеціалізованих клітинних елементів (остеобластів, хондробластів, фібробластів).

II стадія – утворення та диференціація тканинних структур. Остеоцити, хондроцити, фібробласти синтезують колагенові волокна, проміжну тканину. Таким чином, утворюється кісткова, хондродна, волокниста сполучна тканина. Перебіг другої стадії залежить від загальних та місцевих умов: стану потерпілого, супутніх захворювань, якості співставлення уламків, їх нерухомості, відновлення капілярного кровообігу.

III стадія – одночасно в ділянці тканини, що утворилася, проростають капіляри, навколо яких формується кісткова тканина (остеобласти), яка має вигляд губчатої ангиогенної кісткової структури. Відновлюється аеробний процес, зменшується кількість біологічно активних речовин (гістамін, брадикінін, серотонін), вирівнюється онкотичний тиск, збільшується синтез білка, наростає мінералізація колагенових фібрил.

IV стадія – судини запусівають, йде формування кісткових пластин, кістково-мозкового каналу, окістя, ендосту, кортикального шару під фізіологічним тиском м'язів, дозованим силовим навантаженням, тобто перебудова первинного регенерату і реституція кістки.

В залежності від умов в ділянці перелому можуть бути 4 типа зрощення кістки: первинне зрощення, хрящове, фіброзне та змішане. Цьому сприяють загальні та місцеві причини.

Загальні чинники: хронічні захворювання, авітаміноз (D-авітаміноз), період реконвалесценції, гіпоксія в високогірних районах, множинність травм, комбіновані ураження, анемія, ендокринні розлади (цукровий діабет, аденома парацитоподібних залоз, вагітність, базедова хвороба та ін.).

Місцеві чинники: нестабільне співставлення уламків, відсутність контакту між уламками або їх вторинне зміщення, інтерпозиція тканин, значне ушкодження навколишніх м'яких тканин, судин, нервів, раннє навантаження на ангиогенну кісткову мозоль, захворювання судин.

Клінічна картина.

До *імовірних* симптомів відносяться: біль, припухлість, деформація, порушення функції, крововиливи. Біль – постійна ознака перелому, посилюється при зміні положення кінцівки і зменшується при наданні спокою. Біль іноді є вирішальною ознакою при переломах ребер, малогомілкової кістки, кісток кисті тощо.

Деформація в ділянці перелому буває іноді значною з укороченням кінцівки, а при переломах під окістям, компресійних переломах її зовсім може не бути. Крім зміщення кісткових уламків деформація може бути обумовлена крововиливом в тканини, запальним ексудатом, пошкодженням м'яких тканин.

До *достовірних* симптомів відноситься патологічна рухомість уламків, кісткова крепітація, укорочення кінцівки (укорочення в порівнянні з попередньою довжиною). Патологічна рухомість уламків на протязі сегмента чітко визначається

при діафізарних переломах, менше при переломах ребер, плоских кісток і відсутня при компресійних переломах.

Для виявлення крепітації руками фіксують кінцівку вище і нижче перелому і зміщують то в один, то в інший бік. Поява хрусту між уламками є абсолютною ознакою перелому.

Методи діагностики.

Діагноз перелому ставиться після виявлення анамнезу, обставин травми, детального огляду, пальпації, вимірювання довжини кінцівки і рентгенологічного обстеження в двох проекціях.

На рентгенограмах визначають наступні ознаки:

- порушення цілісності кістки на протязі з наявністю зміщення або без зміщення уламків;
- при переломах в ділянці епіметафізів наявність компресійного зміщення епіфізів, зниження їх висоти;
- порушення цілісності структури кісткових балок, ущільнення кісткової тканини;
- при переломах хребців – клиноподібна деформація тіл хребців і зменшення висоти тіла хребця спереду;
- порушення нормальної структури кістки при патологічних змінах через метастази пухлин, або первинної пухлини кісткової тканини, дистрофічних змінах тощо;

В дитячому віці рентгенологічні ознаки – специфічні (переломи під окістям, епіфізіолізи), виникає важкість діагностики переломів епіфізів, метафізів при відсутності їх окостеніння.

Останнім часом широко застосовують наступні сучасні методи діагностики переломів кісток: комп'ютерна томографія, тривимірна реконструктивна комп'ютерна томографія, діагностична артроскопія, радіонуклідне сканування, ультрасонографія (особливо у дітей).

Надання першої допомоги при переломах, її задачі.

1. При наявності кровотечі із судин – зупинка кровотечі джгутом чи імпровізованими джгутами (закрутка, перетягання ременем, шнурком і т.п.), накладання тиснучої пов'язки.
2. Знеболююча терапія (введення наркотичних анальгетиків, 50% розчину анальгіну, при можливості введення 2% розчину новокаїну, лідокаїну в ділянку перелому (10–20 мл), при відкритих переломах – футлярна новокаїнова (лідокаїнова) 0,5% розчином блокада.
3. При відкритому переломі накладання первинної пов'язки з метою профілактики вторинного мікробного забруднення.
4. Транспортна іммобілізація: аутоіммобілізація, підручними засобами, табельними транспортними шинами (драбинчастою шиною Крамера, диктовою, шиною Дітеріхса, пневматичними шинами).
5. При необхідності введення серцевих препаратів: кофеїну, кордіаміну.
6. При шоці, колапсі інфузія рефортану, реополіглюкіну, лактасолу, фізрозчину, 5% розчину глюкози.

Задачі транспортної іммобілізації:

1. Забезпечення спокою та надійної іммобілізації ушкодженій кінцівці, тулубу або іншої ділянки тіла.
2. Протишокова дія, купування болю.

3. Профілактика вторинної кровотечі.
4. Профілактика розповсюдження інфекції.

Основні принципи транспортної іммобілізації:

- для знерухомлення кісткових уламків необхідно іммобілізувати два суміжних суглоби (вище та нижче перелому), а при переломах плечової або стегнової кістки три суглоби;
- моделювання шини необхідно проводити по здоровій кінцівці, або на тому, хто її буде накладати, тобто на медпрацівнику;
- при іммобілізації кінцівки необхідно надати їй фізіологічне положення, а якщо це неможливо, то таке положення, при якому кінцівка менш за все травмується;
- при відкритих переломах вправлення уламків не виконують, накладають стерильну пов'язку і кінцівку фіксують в том положенні, в якому вона знаходиться в момент ушкодження;
- іммобілізація накладається поверх одягу і взуття потерпілого, між шиною і кінцівкою потерпілого кладеться м'яка ватно-марлева підкладка;
- при відкритих переломах на рану необхідно накласти стерильну пов'язку;
- при фіксації шини не повинно закриватися місце накладання джгута, щоб була можливість корегувати стан джгута;
- іммобілізована кінцівка перед транспортуванням в холодну пору року повинна бути обов'язково утеплена з метою профілактики відмороження;
- під час перекладання потерпілого з нош, ушкоджену кінцівку повинен тримати помічник.

Треба пам'ятати, що невірно виконана іммобілізація може принести шкоду в результаті додаткової травматизації.

При ушкодженні хребта, потерпілого кладуть на тверду поверхню з валиком під ушкодженим місцем. При переломах кісток тазу потерпілого кладуть на щит з зігнутими нижніми кінцівками в колінних і кульшових суглобах. Під колінні суглоби кладеться валик значної висоти. Додаткові призначення виконуються потерпілому з урахуванням його загального стану.

Засоби транспортної іммобілізації.

До засобів транспортної іммобілізації відносяться: пов'язки, косинки, імпровізовані шини (палиця, дошки та ін.) та стандартні табельні шини: пневматичні шини, драбинчасті шини Крамера, фанерні, металеві сітчасті шини, шини Дітерікса, Єланського, щити, пов'язки головні, праці підборідні та ін..

Надання першої долікарської допомоги потерпілому з переломом в домашніх умовах. При переломах необхідно іммобілізувати уражену кінцівку або ділянку тіла і запобігти травматичному шокові. При пораненні необхідно розірвати одягу, щоб виявити рану, витерти кров навколо рани і краї її змастити йодом, а після – накласти ватний тампон і забинтувати. Сильну кровотечу слід зупинити за допомогою накладання ремінця, краватки, хустки, косинки, шарфа, шнурків, мотузки та ін. Не слід накладати підручні засоби зупинки кровотечі на голу шкіру. Якщо в рані немає кісткових уламків можливо накласти тиснучу пов'язку.

Основне завдання першої долікарської допомоги при переломах – створити спокій потерпілому, для чого необхідно накласти шину з дошок, прутів, картону і т.п. При відкритому переломі спочатку накладають стерильну пов'язку на рану, а після бинтують імпровізовану шину. Шину слід покрити товстим шаром вати чи матерії, а після перебинтувати. Шину треба прибинтувати так, щоб вона захоплювала суглоби

нижче й вище від місця ушкодження, а при переломі плечової і стегнової кісток треба фіксувати три суглоби.

У разі перелому ключиці, плечової кістки або кісток передпліччя руку притискають до тулуба під прямим кутом у ліктьовому суглобі, закріплюють пов'язкою або передпліччя укладають в поділ сорочки та пристібають край подолу до одягу на грудній клітці булавками – аутоімобілізація) Верхня кінцівка повинна бути підвішеною на косинці або ремні. При переломах кісток кисті, останній надають фізіологічне положення вкладаючи в долонь валик з тканини, бинт або вату та іммобілізують картонною шиною.

У разі перелому кісток гомілки укладають дві шини із зовнішнього й внутрішнього боків ноги від стопи до верхньої третини стегна. При відсутності підручних засобів використовують іммобілізацію за типом “нога до ноги” (аутоімобілізація).

У разі перелому стегна одну шину розміщують уздовж зовнішнього боку від пахової западини ушкодженого боку до стопи, другу – уздовж внутрішнього боку від паху до стопи, а третю – по задній поверхні нижньої кінцівки. Шини туго прибинтовують до ноги бинтами або рушником в 3–4 місцях. При відсутності підручних засобів – аутоімобілізація. Стопу фіксують тугою пов'язкою від кінчиків пальців до середини голені.

При ушкодженні хребта потерпілого укладають на тверду рівну основу (наприклад, зняті з петель двері, дверцята від шафи, стіл із зламаними ніжками та ін.) з валиком під спиною протягом всього хребта. Якщо потерпілий знаходиться на животі, перевертати на спину його не слід, треба також положити його на тверду поверхню і під голову положити валик (при виключенні перелому шийного відділу хребта).

При переломах кісток тазу потерпілого кладуть на тверду рівну основу з зігнутими в колінних та кульшових суглобах і трохи відведеними кінцівками, під колінні суглоби підкладається значної висоти валик.

Способи консервативного лікування переломів.

А. Лікування переломів за допомогою гіпсових пов'язок.

Такому лікуванню підлягають переломи без зміщення уламків, або ті, яким необхідно провести закриту репозицію (співставлення) кісткових уламків, утримання їх в нерухомості на період утворення кісткової мозолі, включаючи ранню функцію пошкодженого сегмента.

Успіх співставлення кісткових уламків залежить від повноцінного знеболювання, яке знімає рефлекторне скорочення м'язів. В більшості випадків застосовується місцеве знеболювання методом введення 0,5–1% розчину новокаїну (лідокаїну) в гематому в місці перелому. Для цього зону перелому обробляють розчином йоду, інфільтрують шкіру анестетиком і, просовуючи голку до місця перелому вводять його в м'які тканини, потягуючи поршень шприца на себе для отримання крові з гематоми, в яку вводять до 15 мл анестетику (при переломі плечової кістки, кісток гомілки), до 30 мл (при переломі стегнової кістки). Якщо не отримано в шприці кров з гематоми, то голку спрямовують в іншому напрямку, оскільки введення новокаїну поза гематомою не дає знеболюючого ефекту. При недостатній місцевій анестезії застосовують загальне знеболювання.

Репозиція уламків – це усунення їх зміщення і точне співставлення по лінії перелому. Для усунення ротаційного зміщення уламків периферичному уламку слід надати правильного положення відносно подовжньої осі кінцівки. При переломах кісток передпліччя в середній і нижній третинах кінцівці надається середнє

положення між пронацією і супінацією. Усунення кутового зміщення відбувається вирівнюванням дистального уламка і відновленням подовжньої осі кінцівки. Усунення зміщення уламків по довжині іноді потребує значних зусиль щоб пересилити тягу рефлекторно скорочених м'язів, особливо при репозиції уламків стегнової кістки. Одночасно усувається і зміщення уламків по ширині протидією проксимального і дистального уламків.

Підсумовуючи вищевказану техніку співставлення уламків необхідно виділити, що основним принципом є співставлення дистального уламка по відношенню до проксимального.

При накладенні гіпсових пов'язок кінцівці надають середньо-фізіологічного положення. Для нижньої кінцівки (перелом стегнової кістки) – згинання в кульшовому і колінному суглобах під кутом 140° – 150° , для верхньої кінцівки (перелом плечової кістки) відведення плеча під кутом 60° , згинання під кутом 30° і згинання передпліччя під кутом 90° . Іммобілізація гіпсовою пов'язкою продовжується до часу зрощення перелому. Середні терміни зрощення переломів кісток наведені в таблиці №1.

Таблиця №1

ПЕРЕЛОМАНА КІСТКА	КІЛЬКІСТЬ ДНІВ ІММОБІЛІЗАЦІЇ
Ключиця	30 – 40
Лопатка	50 – 55
Малогомілкова кістка	30 – 40
Плечова кістка	60 – 70
Променева кістка	45 – 60
Ліктьова кістка	45 – 50
Обидві кістки передпліччя (діафіз)	60 – 85
Надколінник	45 – 60
Діафіз стегна	100 – 120
Великогомілкова кістка	80 – 100
Обидві кістки гомілки (діафіз)	90 – 100
Шийка стегна	150 – 180

Ручне зіставлення зміщених уламків може бути успішним, якщо місце перелому доступно для безпосереднього доступу рук. До таких переломів відносяться переломи фаланг пальців кисті, стопи, п'ясткових кісток, деякі переломи ключиці, кісток передпліччя, кісточок, епіметафізарні переломи верхньої кінцівки, стегнової, великогомілкової кісток.

Протипоказання: а) нестабільні переломи (косі, гвинтові, скалкові, деякі епіметафізарні переломи нижньої кінцівки, кісток таза); б) при ушкодженні судин та нервів; в) наявність ран, міхурів, захворювань шкіри (виразки, дерматит, екзема); г) важкий загальний стан.

Б. Метод постійного витягання (екстензійний метод лікування).

Показання: усі нестабільні або важко утримуванні переломи (косі, гвинтоподібні, суглобові, відкриті переломи кінцівок зі зміщенням уламків), ускладненні ушкодженням м'яких тканин, внутрішньо-суглобові переломи, переломи кісток таза, переломи-вивихи хребта (особливо шийного відділу). Цей метод передбачає, як

співставлення уламків, так і утримання їх до утворення кісткової мозолі. Репозицію дистального уламка слід направляти по осі проксимального, поступово збільшуючи вантаж для розтягу м'язів.

Для скелетного витягання потрібен набір стерильних інструментів: спиця Кіршнера, ручна, або електрична дріль. Перед проведенням спиці проводиться пошарове знеболення шкіри, підшкірної клітковини, м'язів, окістя 0,5% розчином новокаїну в місці припущеного введення і виходу спиці. При переломі стегнової кістки спицю проводять через надвиростки або горбистість великогомілкової кістки. При цьому спицю проводять ззовні до середини. При переломах кісток гомілки – через п'яткову кістку виміром на 2 см донизу від вершини зовнішньої кісточки і 1,5 см назад. При переломі плечової кістки – через ліктьовий відросток, відступаючи на 2 см від його вершини із середини назовні. Після виходу спиці з кістки в підшкірну клітковину шкіру проколюють вручну щоб спиця не намотала шкіри, а в місцях входу і виходу спиці фіксують стерильні марлеві кульки. Для попередження міграції спиці її закріплюють спеціальними фіксаторами на дузі Кіршнера спицю натягують, щоб вона не прогиналась і не прорізала м'які тканини, нижню кінцівку укладають в фізіологічному положенні на шині Белера, верхню – підвішують на апараті. Маса вантажу визначається масою пацієнта, розвитком м'язів, величиною зміщення уламків. Однак при переломах стегнової кістки величина вантажу дорівнює 15% від маси тіла, при переломах кісток гомілки – 10%, або дорівнює першій цифрі ваги пацієнта, а при переломі стегнової кістки ще додати половину цього значення.

Скелетне витягання дозволяє постійно спостерігати за кінцівкою, проводити рухи в суглобах, покращувати кровообіг в кінцівці. Цей метод називається функціональним.

У дітей до 5 років витяг проводиться за допомогою манжеток, які фіксуються до шкіри, цинкожелатиноювастою Уна або за допомогою лейкопластирного витягання.

При переломах шийного відділу хребта використовується петля Гліссона, або спеціальна клема для витягу за голову.

Оперативне лікування переломів.

Розрізняють абсолютні і відносні показання для оперативного лікування переломів. Абсолютні показання – інтерпозиція м'яких тканин між уламками, ускладнені переломи (ушкодження кістковими уламками великих судин, нервів, головного або спинного мозку), відкриті переломи із значним ушкодженням м'яких тканин, внутрішньосуглобові переломи з порушенням конгруентності суглобових поверхонь.

Відносні показання – гвинтоподібні, косі, скалкові переломи, поперечні переломи плечової кістки, діафізарні переломи із зміщенням уламків по ширині.

Для остеосинтезу уламків використовуються металеві стрижні (інтрамедулярний остеосинтез), пластинки (екстрамедулярний або накістний остеосинтез), гвинти, апарати зовнішньої фіксації уламків (позавогнищевий компресійно-дистракційний спосіб), який використовується при відкритих переломах із значним дефектом м'яких тканин, супутніх запальних процесах, несправжніх суглобах та інше). Принципи остеосинтезу: точне співставлення уламків, стабільне їх утримання на весь період зрощення, рання лікувальна гімнастика – реабілітаційне лікування.

При відкритих переломах проводиться первинна хірургічна обробка рани, активне дренивання рани з постійним промиванням її асептичними розчинами на протязі 8–10 днів, антибіотикотерапія.

Наслідки лікування переломів.

Ускладнення переломів.

А. Ранні:

- шок (особливо при поєднаній травмі, відкритих переломах із значною крововтратою);
- циркуляторні розлади, що призводять до гангрени кінцівки (підколінна ділянка при роздроблених переломах кісток гомілки);
- ушкодження нервів (променевого, загального малогомілкового, сідничного нервів);
- жирова емболія (частота 0,5 до 1%) може розвинутиись через декілька годин до днів протягом двох тижнів. Жирова емболія розвивається частіше легень, рідше головного мозку;
- раньова інфекція при відкритих переломах у вигляді нагноєння рани, флегмони, гострого остеомієліту.

Б. Пізні

- сповільнене зрощення уламків;
- формування несправжніх суглобів;
- дефекти кісток;
- остеомієліт;
- деформації;
- нейродистрофічні розлади;
- порушення функції в суглобах (контрактури, анкілози, обмеження рухів);
- укорочення кінцівки.

Сповільнена консолидація уламків характеризується наявністю рухомості в місці перелому, збільшенням терміну зрощення перелому в 1,5 рази, рентгенологічно є щілина між уламками, вільна прохідність кістково-мозкового каналу уламків.

Несправжній суглоб характеризується можливою рухомістю уламків, більшим терміном зрощення в 1,5–2 рази, рентгенологічно – щілиною між уламками, склерозом і зарощенням кістково-мозкового каналу.

Якщо лікування сповільненої консолидації можна продовжити консервативно (продовження іммобілізації, масаж, електрофорез, дозоване подразнююче навантаження кінцівки), то лікування несправжнього суглоба тільки оперативне – видалення сполучної тканини між уламками, розкриття прохідності кістково-мозкового каналу, фіксація апаратами зовнішньої фіксації, застосування кісткової ауто та алопластики.

Вивихи, поняття.

Поняття вивиху (luxatio) – повне зміщення суглобових кінців кісток з ушкодженням капсули і зв'язок суглоба, при якому втрачається стик суглобових поверхонь в ділянці суглобового з'єднання.

Підвивих (subluxatio) – це часткове зміщення суглобових кінців кісток.

Завжди вивихується дистальний сегмент кінцівки по відношенню до проксимального. Хребці вивихуються верхні по відношенню до нижніх.

Класифікація. Розрізняють: а) вроджені вивихи, які виникають внаслідок порушення розвитку суглоба (найчастіше зустрічається вроджений вивих

кульшового, ліктьового суглобів); б) травматичний вивих виникає внаслідок травми при ушкодженні елементів суглоба: капсули, зв'язок, суглобових поверхонь; в) патологічні – внаслідок руйнування елементів чи складових суглоба запальним процесом: туберкульозом, остеомієлітом, артритом, пухлинами; г) звичні вивихи, які часто повторюються при звичайних рухах без травми.

Розрізняють вивихи свіжі – до 3-х діб після травми, несвіжі – від 3-х діб до 3-х тижнів, застарілі – більше 3-х тижнів. Підставою для розподілення на різні види вивихів є вираженість рубцевих процесів в суглобі, зморщення капсули, скорочення м'язів.

Звичний вивих – це багаторазові вивихи без надмірних фізичних зусиль. Невправний вивих – це, як правило, свіжий вивих, який із-за різних причин не вдається усунути. Причиною може бути інтерпозиція капсули, зв'язок, сухожилків.

Механізм виникнення. Травматичний вивих виникає внаслідок травми при ушкодженні елементів суглоба: капсули, зв'язок, суглобових поверхонь. Вид вивиху кожного суглоба залежить від механізму вивиху, тобто впливу травмуючи зусиль.

Виникнення вивиху може бути під дією непрямой сили і дуже рідко – від безпосередньо діючої сили (прямої). Вивихи також можуть виникати при раптовому некоординованому різкому скороченні м'язів (ураження електричним струмом).

При вивиху завжди розривається капсула та зв'язки суглоба, відбувається крововилив в порожнину суглоба і навколишні тканини. Виключенням є вивих нижньої щелепи, який не супроводжується розривом капсули, а також вроджені вивихи. При вивиху травмуються навколишні тканини, нерви, кровоносні і лімфатичні судини, м'язи.

Клінічні прояви, диференційна діагностика між переломом та вивихом.

Основні скарги на біль, деформацію, порушення активних, пасивних рухів, вимушене положення сегменту кінцівки, її вкорочення.

При огляді пацієнта спостерігається незвичайне вимушене положення кінцівки, або її сегмента, симптом “пружинячої” рухомості, деконфігурація і деформація суглоба (диференційні з переломом критерії). Інколи можна намацати вивихнутий кінець кістки. При вивиху акроміального кінця ключиці виникає позитивний симптом клавіші (при натискуванні на дистальний кінець ключиці зникає деформація в ділянці ключично-акроміального зчленування, а при відпусканні – з'являється).

При обстеженні хворого з вивихом необхідно визначити пульсацію периферійних судин, яка може зникати внаслідок притиснення або розриву судин, перевірити порушення чутливості і рухів сегментів кінцівки.

Рентгенологічне обстеження дозволяє встановити положення суглобових поверхонь та вид вивиху, наявність можливих переломів кісток.

Надання першої допомоги при вивихах, її задачі.

- При наявності кровотечі із судин – зупинка кровотечі джгутом чи імпровізованими джгутами (закрутка, перетягання ременем, шнурком і т.п.), накладання тиснучої пов'язки.
- Знеболююча терапія (введення наркотичних анальгетиків, 50% розчину анальгіна, при можливості введення 2% розчину новокаїну, лідокаїну в ділянку суглобу (10–20 мл).
- При відкритому вивиху накладання первинної пов'язки з метою профілактики вторинного мікробного забруднення.

- Транспортна іммобілізація: аутоіммобілізація, підручними засобами, табельними транспортними шинами (пневматичними шинами, драбинчастою шиною Крамера, диктовою, шиною Дітеріхса).
- При необхідності введення серцевих препаратів: кофеїну, кордіаміну.
- При шоці, колапсі інфузія рефортану, реополіглюкіну, лактасолу, фізрозчину, 5% розчину глюкози.

Основне завдання першої долікарської допомоги при вивихах – створити спокій потерпілому, для чого необхідно накласти шину з дощок, прутів, картону і т.п. При відкритому вивиху спочатку накладають стерильну пов'язку на рану, а після бинтують імпровізовану шину. Шину слід покрити товстим шаром вати чи матерії, а після перебинтувати.

При вивиху руки в ліктьовому суглобі необхідно прибинтувати руку до тулуба, не міняючи того кута, який виник в суглобі в результаті вивиху. Вправляти вивих без лікаря не можна.

При відсутності підручних засобів при вивиху кісток нижньої кінцівки використовують іммобілізацію за типом “нога до ноги” (аутоіммобілізація).

Стопу фіксують тугою пов'язкою від кінчиків пальців до середини голені.

Лікування вивихів.

В лікуванні травматичних вивихів розрізняють 4 етапи: допомога на місці пригоди, вправлення, іммобілізація і відновлення функції.

При наданні першої медичної допомоги необхідно знеболити (ввести розчин промедолу або 50% розчину анальгіну – 2 мл), провести транспортну іммобілізацію. Важливою умовою малотравматичного вправлення вивиху є повне знеболення і розслаблення м'язів. В більшості випадків для знеболення вводять в суглоб 15 – 20мл 1–2% розчину новокаїну або лідокаїну, які використовують при вивихах плеча, передпліччя, кисті, стопи, пальців. Вивих стегна, гомілки вправляють під наркозом, навіть з використанням м'язевих релаксантів.

Вивих плеча.

Розрізняють: а) передні (піддзьобоподібні, рідше підключичні), рис. 1; б) нижні (аксілярні), рис. 2; в) задні, рис. 3; г) верхні – у випадках перелому акроміального кінця ключиці.

При порівняльному огляді плечового поясу спостерігається зглаження контурів дельтовидного м'язу, виступ акроміального паростка, під ним западіння м'яких тканин, через відсутність головки плеча в суглобі, плече відведене до 30–40°, пасивні рухи пружинисті.

Для вправлення вивихнутого плеча використовують способи: Кохера, Мота-Мухіна, Джанелідзе, Гіпократата.

а) Спосіб Кохера складається з 4-х етапів.

- Згинання передпліччя під прямим кутом, витягування плеча донизу, приведення до грудної клітки;
- не послабляючи витягування і приведення, проводиться зовнішня ротація плеча до рівня фронтальної площини передпліччя;
- максимально переміщаємо лікоть до верху по передній поверхні грудної клітки;
- швидка внутрішня ротація плеча з переведенням кисті на здорове надпліччя.

В цей момент, як правило, вивих вправляється. Перші три етапи проводяться повільно, з інтервалом 1–2 хвилини. Помічник перед вправленням утримує хворого за надпліччя.

б) Спосіб Мота-Мухіна атравматичний. Помічник перекинутим рушником по задній поверхні надпліччя фіксує лопатку і робить протитягу. Лікар за зігнуте передпліччя робить витягування і відведення плеча, при необхідності ротацію і натискування кулаком на головку знизу.

в) Спосіб Джанелідзе ґрунтується на послабленні тонусу дельтовидного, підлопаточного, над і підостного м'язів, які фіксують головку плеча. Для цього пацієнт лежить на боці, фіксуючи лопатку, рука звисає між столиками 15 хвилин, після чого витягуванням за плече і ротаційними рухами вправляється вивих

г) Спосіб Гіпократа. Потерпілий лежить на спині, лікар сідає поряд на стороні вивиху і тягне кінцівку донизу, одночасно, натискуючи середнім відділом своєї ступні в пахві на головку, витискуючи її догори і назовні.

Після вправлення вивиху кінцівка фіксується гіпсовою пов'язкою типу "Дезо" терміном на 4–6 тижні. Реабілітаційне лікування включає масаж, лікувально-фізичну культуру (ЛФК), озокерит, електрофорез.

Вивих передпліччя.

Частіше бувають задні, задньо-бокові, рідко передні, розхідні, ізольовані вивихи головки променевої кістки. Характерною ознакою задніх вивихів є виступання ліктьового паростка, при передніх вивихах – блоку плечової кістки, порушення рівноподібності трикутника Гюнтера (під прямим кутом передпліччя з'єднуємо вершину ліктьового відростка і два надвіростки плечової кістки).

При вправленні заднього вивиху асистент тягне за кисть по вісі передпліччя, лікар великими пальцями натискує на вершину ліктьового паростка з протитягою на дистальний кінець плеча. При передніх вивихах необхідно стягнути рушником передпліччя на дистальний кінець плечової кістки. Після вправлення вивиху передпліччя рекомендується іммобілізація гіпсовою лонгетою на 10–14 днів.

Вивих стегна.

Буває рідше – 4–5% у зв'язку з глибоким розташуванням головки у вертлюговій западині, розвиненими навколишніми м'язами і міцними зв'язками.

За зміщенням головки стегна вивихи поділяються на: а) задні: верхній (клубовий), нижній (сідничний), б) передні: верхній (лобковий), нижній (затулний), в) центральні вивихи стегна з переломом дна вертлюгової западини. Клініка вивиху стегна залежить від того, куди зміщується головка. Так при задніх вивихах відмічається згинання кінцівки в колінному і кульшовому суглобах, приведення і внутрішня ротація стегна. При передніх вивихах – відведення кінцівки, згинання в кульшовому і колінному суглобах, зовнішня ротація стегна. При центральних вивихах головка стегна заглиблюється в порожнину малого тазу через перелом дна вертлюгової западини. При огляді відмічається зглаженість ділянки великого вертела.

Вправлення вивиху стегна проводиться під загальним знеболенням, при необхідності з міорелаксацією. Є два способи вправлення вивиху стегна: Джанелідзе і Кохера. При вправленні за методом Джанелідзе, пацієнт лежить на столі животом донизу з опущеною ногою. Зігнувши гомілку під прямим кутом лікар натискує її донизу в зовнішній ротації, асистент при цьому фіксує таз. По методу Кохера пацієнта укладають на спину, асистент фіксує за таз. Лікар згинає кінцівку в колінному і

кульшовому суглобах під прямим кутом, в приведенні і внутрішній ротації тягне по осі стегна.

При вивиху стегна ушкоджуються навколишні судини, центральна артерія головки, в зв'язку з чим, порушується кровообіг в головці, на період його відновлення рекомендується повне розвантаження головки до 3-х місяців. Для профілактики асептичного некрозу головки стегна рекомендується скелетний витяг 4–5 тижнів, ходіння при допомозі милиць до 3-х місяців, фізіотерапевтичне лікування (озокерит, масаж, ЛФК).

Вивих гомілки.

Вивих гомілки буває: задній, передній, боковий. Він, як правило супроводжується значними пошкодженнями капсуло-зв'язочного апарату, нерідко суглобовими переломами, а також порушеннями судинно-нервового пучка і загрозою розвитку некрозу кінцівки. Вправляти вивих гомілки необхідно терміново, під наркозом, без грубого насильства. Перевіряється наявність відновлення кровообігу гомілки. Після вправлення гомілки накладається глибока задня гіпсова лонгета до верхньої третини стегна терміном на 4 тижні.

Вивихи надколінника частіше бувають на фоні дисплазії латерального виростка стегнової кістки. При вправленні вивиху надколінника необхідно повністю розслабити чотирьохголовий м'яз, розігнувши гомілку в колінному суглобі і зігнувши в – кульшовому, іммобілізація гіпсовою пов'язкою до 6 тижнів.

Вивихи і підвивихи в гомілово-ступневому суглобі, як правило поєднуються з переломами кісточок, великогомілкової кістки. Рідше зустрічаються вивихи ступні в підтаранному, Шопаровому, Лісфранковому, плюсне-фаланговому суглобах.

Вивих пальців.

Частіше зустрічається вивих першого пальця. Розрізняють: тильний (задній), долонний, рідше зовнішній вивих. При огляді пальця відмічається деформація його у вигляді курка. Вправлення: тягнемо по направленню осі основної фаланги, яку зміщуємо на кінець головки п'ясткової кістки. При одномоментному натискуванні на п'ясткову кістку зі сторони долоні, згинаємо палець в долонну сторону. Після вправлення міжфалангових вивихів рекомендується іммобілізація до 10 днів.

Хірургічне лікування вивихів.

Хірургічному лікуванню підлягають звичні вивихи (плеча, надколінника), застарілі вивихи, ускладнені вивихи, деякі свіжі вивихи (вивих акроміального і стернального кінця ключиці) та інші.

6. ДОДАТКИ. ЗАСОБИ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЮ

6.1 Тестові завдання

1. Дайте визначення терміну «травматизм»?

- A. травми однієї людини, що повторюються у часі
- B. пошкодження, що спричинені різними травмуючими агентами
- C. пошкодження внутрішніх органів у двох або більше порожнинах або у поєднанні з пошкодженням опорно-рухового апарату
- D. пошкодження двох та більше внутрішніх органів у одній порожнині

Е. травми, що повторюються за певних обставин у деяких груп людей, які перебувають у однакових умовах праці, побуту та середовища

2. Дайте визначення терміну «поєднані травми»?

А. травми однієї людини, що повторюються у часі

В. пошкодження внутрішніх органів у двох або більше порожнинах або у поєднанні з пошкодженням опорно-рухового апарату

С. пошкодження, що спричинені різними травмуючими агентами

Д. пошкодження двох та більше внутрішніх органів у одній порожнині

Е. травми, що повторюються за певних обставин у деяких груп людей, які перебувають у однакових умовах праці, побуту та середовища

3. Дайте визначення терміну «комбіновані травми»?

А. пошкодження двох та більше внутрішніх органів у одній порожнині

В. травми однієї людини, що повторюються у часі

С. травми, що повторюються за певних обставин у деяких груп людей, які перебувають у однакових умовах праці, побуту та середовища

Д. пошкодження, що спричинені різними травмуючими агентами

Е. пошкодження внутрішніх органів у двох або більше порожнинах або у поєднанні з пошкодженням опорно-рухового апарату

4. Дайте визначення терміну «численні травми»?

А. травми однієї людини, що повторюються у часі

В. травми, що повторюються за певних обставин у деяких груп людей, які перебувають у однакових умовах праці, побуту та середовища

С. пошкодження внутрішніх органів у двох або більше порожнинах або у поєднанні з пошкодженням опорно-рухового апарату

Д. пошкодження, що спричинені різними травмуючими агентами

Е. пошкодження двох та більше внутрішніх органів у одній порожнині

5. До клінічних ознак забиття м'яких тканинна лежить:

А. деформація м'язів з порушенням функції

В. наявність рани з зяючими краями

С. гіперемія шкіри с чіткими межами

Д. кісткова крепітація

Е. біль, набряклість, крововилив

6. Термін *distorsio* визначає:

А. забиття тканин

В. розтягнення тканин

С. стиснення тканин

Д. струс тканин

Е. розрив тканин

7. Термін *ruptio* визначає:

А. струс тканин

В. стиснення тканин

С. забиття тканин

Д. розрив тканин

Е. розтягнення тканин

8. Термін *contusio* визначає:

А. забиття тканин

В. стиснення тканин

- C. розрив тканин
- D. струс тканин
- E. розтягнення тканин

9. Термін *contotio* визначає:

- A. стиснення тканин
- B. струс тканин
- C. розрив тканин
- D. забиття тканин
- E. розтягнення тканин

10. Термін *compressio* визначає:

- A. розтягнення тканин
- B. стиснення тканин
- C. забиття тканин
- D. струс тканин
- E. розрив тканин

11. Як швидко розвивається клінічна картина травматичного токсикозу?

- A. через 4-6 годин після вивільнення кінцівки від стискування
- B. протягом 24-48 годин після вивільнення кінцівки від стискування
- C. одразу після стискування кінцівки
- D. через 2-4 діб після вивільнення кінцівки від стискування
- E. одразу після вивільнення кінцівки від стискування

12. Визначить основний патогенетичний фактор розвитку травматичного токсикозу:

- A. порушення згортання крові
- B. жирова емболія внутрішніх органів
- C. травматична токсемія
- D. плазмо- та крововтрата
- E. больове подразнення

13. Клінічна картина струсу головного мозку характеризується:

- A. ретроградною амнезією
- B. випадінням функції тих або інших структур головного мозку
- C. порушенням чутливості, геміпарезом
- D. анізокорією
- E. втратою свідомості в момент травми

14. Вкажіть найчастішу локалізацію внутрішньочерепних гематом:

- A. епідуральна
- B. субарахноїдальна
- C. інтрацеребральна
- D. субдуральна
- E. інтравентрикулярна

15. При якій гематомі спостерігається найкоротший «світлий» проміжок:

- A. субдуральній
- B. епідуральній
- C. інтрацеребральній
- D. субарахноїдальній
- E. інтравентрикулярній

16.Порушення функції серцево-судинної системи при стисненні мозку характеризується:

- A. функція серцево-судинної системи не порушується
- B. тахікардією та підвищенням артеріального тиску
- C. брадікардією та зниженням артеріального тиску
- D. брадікардією та підвищенням артеріального тиску
- E. тахікардією та зниженням артеріального тиску

17.Кров у спинно-мозковій рідині виявляється при:

- A. епідуральній гематомі
- B. інтрацеребральній гематомі
- C. екстрадуральній гематомі
- D. субдуральній гематомі
- E. субарахноїдальній гематомі

18.При розриві середньомозкової артерії утворюється:

- A. субдуральна гематома
- B. епідуральна гематома
- C. інтрацеребральна гематома
- D. субарахноїдальна гематома
- E. екстрадуральна гематома

19.Різка підвищення тиску спинно-мозкової рідини спостерігається при:

- A. субдуральній гематомі
- B. інтрацеребральній гематомі
- C. субарахноїдальній гематомі
- D. екстрадуральній гематомі
- E. епідуральній гематомі

20.«Світлий» проміжок при внутрішньочерепних гематомах це:

- A. проміжок часу на протязі якого у хворого після травми відбувається прояснення свідомості
- B. проміжок часу між моментом травми та появою перших клінічних проявів патології
- C. проміжок часу після втрати свідомості на фоні травми
- D. УЗД ознака внутрішньочерепного крововиливу
- E. ділянка просвітлення на рентгенограмі навколо гематоми

21.Хворому зі струсом мозку показаний постільний режим на протязі:

- A. 17-21 доба
- B. 12-14 діб
- C. 1-2 діб
- D. 7-10 діб
- E. 5-6 діб

22.Екстрена допомога при напруженому пневмотораксі має на увазі пункцію плевральної порожнини у:

- A. II міжребер'ї по середньоключичній лінії на боці ураження
- B. VIII-IX міжребер'ї по задній аксиллярній лінії на здоровому боці
- C. V-VI міжребер'ї по середній аксиллярній лінії на боці ураження
- D. VIII-IX міжребер'ї по задній аксиллярній лінії на боці ураження
- E. II міжребер'ї по середньоключичній лінії на здоровому боці

23.3 метою діагностики гемотораксу пункцію плевральної порожнини проводять у:

- A. VIII-IX міжребер'ї по задній аксиллярній лінії на здоровому боці
- B. V-VI міжребер'ї по середній аксиллярній лінії на боці ураження
- C. II міжребер'ї по середньоключичній лінії на здоровому боці
- D. VIII-IX міжребер'ї по задній аксиллярній лінії на боці ураження
- E. II міжребер'ї по середньоключичній лінії на боці ураження

24.Остаточний діагноз гемотораксу встановлюється за даними:

- A. фізикального обстеження хворого
- B. лабораторного обстеження хворого
- C. за результатами торакоцентезу
- D. рентгенологічного обстеження хворого
- E. клінічного обстеження хворого

25.Гемоторакс легкого ступеня важкості вважається при потраплянні до плевральної порожнини до:

- A. 1000 мл крові
- B. 700 мл крові
- C. 200 мл крові
- D. 100 мл крові
- E. 500 мл крові

26.Який об'єм вільної рідини в плевральній порожнині може бути діагностований рентгенологічно:

- A. більше 300 мл
- B. більше 500 мл
- C. більше 50 мл
- D. більше 100 мл
- E. більше 200 мл

27.Термін гемоторакс визначає:

- A. виділення крові при кашлі
- B. крововилив в плевральну порожнину
- C. крововилив в легеневу тканину
- D. підшкірна гематома грудної клітки
- E. крововилив в середостіння

28.Термін пневмоторакс визначає:

- A. накопичення повітря в легеневій тканині при форсованому вдосі
- B. накопичення повітря в середостінні
- C. накопичення повітря в патологічних порожнинах легень
- D. накопичення повітря в підшкірній клітковині грудної клітини
- E. накопичення повітря в плевральній порожнині

29.Вкажіть види пневмотораксу:

- A. спонтанний, ятрогенний
- B. первинний, вторинний, рецидивуючий
- C. закритий, відкритий, змішаний
- D. зовнішній, внутрішній
- E. закритий, відкритий, клапанний

30.Синонім клапанного пневмотораксу:

- A. рецидивуючий

- В. закритий
- С. відкритий
- Д. вторинний
- Е. напружений

31. Рентгенологічна картина пневмотораксу наступна:

- А. наявність повітря в плевральній порожнині, ателектаз легені на боці ураження, зміщення органів середостіння в бік ураження
- В. підвищена пневмотизація легеневої тканини
- С. наявність просвітлення в проекції легеневої тканини
- Д. наявність повітря в плевральній порожнині, ателектаз легені на боці ураження, зміщення органів середостіння в здоровий бік
- Е. наявність затемнення в проекції легеневої тканини

32. Особливістю дренажу плевральної порожнини є:

- А. використання дренажів з бактеріальним фільтром
- В. використання лише двохпросвітних трубок
- С. наявність в дренажній системі клапана, що попереджає зворотнійтік повітря
- Д. використання дренажних трубок діаметром не менше 0,5 см
- Е. використання лише силіконових дренажів

33. Термін консолідації перелому ребра відповідає:

- А. 9-10 тижням
- В. 5-6 тижням
- С. 1-2 тижням
- Д. 3-4 тижням
- Е. 7-8 тижням

34. Остаточний діагноз при переломі ребер встановлюється:

- А. лабораторно
- В. клінічно
- С. рентгенологічно
- Д. за даними УЗД
- Е. фізикально

35. Клінічні ознаки тампонади серця з'являються при наявності в порожнині перикарду наступного об'єму крові:

- А. більше 500 мл
- В. більше 50 мл
- С. більше 300 мл
- Д. більше 200 мл
- Е. більше 100 мл

36. Вільний газ під куполами діафрагми на рентгенограмі хворого з закритою травмою живота свідчить про:

- А. пошкодження сечостатевої системи
- В. наявність у хворого після травми аерофагії
- С. розрив порожнистого органа черевної порожнини
- Д. парез кишечника на фоні травми
- Е. розрив під час травми парієтального листка очеревини

37. Ізольоване пошкодження нирки при закритій травмі клінічно проявляється:

- А. гематурією

- В. гемоперитонеумом
- С. циліндрурією
- Д. лейкоцитурією
- Е. перитонітом

38. Остаточний діагноз гемоперитонеуму встановлюється за даними:

- А. рентгенологічного дослідження
- В. результату УЗД
- С. клінічної картини
- Д. фізикального обстеження хворого
- Е. лапароцентезу

39. Травматичні розриви сечового міхура поділяються на:

- А. повні та неповні
- В. зовнішні та внутрішні
- С. внутрішньоочеревинні та позаочеревинні
- Д. ранні та пізні
- Е. первинні та вторинні

40. Основними проявами синдрому тривалого стиснення є:

- А. анемія, гостра ниркова недостатність, гіповолемічний шок
- В. анемія, набряк легень, гіповолемічний шок
- С. анемія, гостра ниркова недостатність, гостра печінкова недостатність
- Д. анемія, гостра печінкова недостатність, набряк легень
- Е. гостра печінкова недостатність, гіповолемічний шок, виражений набряк кінцівки

41. Вкажіть фактори, що сприяють розвитку синдрому тривалого стиснення:

- А. множинні відкриті переломи з пошкодженням сусідніх органів
- В. множинні відкриті переломи з пошкодженням м'яких тканин
- С. поширені пошкодження кісток скелету габаритними предметами
- Д. поширені закриті пошкодження м'яких тканин як наслідок тривалої дії різних предметів
- Е. вогнепальні поранення з поширеними пошкодженнями м'яких тканин

42. Важкість стану хворого при пневмотораксі в першу чергу зумовлено:

- А. зміщенням органів середостіння
- В. дихальною недостатністю
- С. больовим синдромом
- Д. гіпоксією та рефлексорними гемодинамічними порушеннями
- Е. плевро-пульмональним шоком

43. Термін розсмоктування закритого пневмотораксу в більшості випадків відповідає:

- А. 1-2 тижням
- В. 2-3 добам
- С. більше 1 місяця
- Д. 3-4 тижням
- Е. 2-3 тижням

44. Фізикальною ознакою пневмотораксу є:

- А. вологі хрипи над враженою легенею
- В. сухі хрипи над враженою легенею
- С. ціаноз

D. відсутність дихальних шумів з одного боку

E. наявність підшкірної емфіземи

45. Яке дослідження найбільш достовірно виявляє причину відсутності позитивного ефекту лікування закритого пневмотораксу:

A. бронхоскопія

B. манометрія плевральної порожнини

C. оглядова рентгенографія грудної клітки

D. бронхографія

E. торакоскопія

46. Перша допомога при проникаючому пораненні грудної клітки з пошкодженням легені в амбулаторних умовах має на увазі:

A. періодичне роздування легень при погіршенні стану

B. накладення асептичної пов'язки

C. швидка доставка потерпілого до лікувального закладу

D. шийна ваго-симпатична блокада

E. накладення оклюзивної пов'язки

47. Лікування поранення грудної клітки з пошкодженням легені в хірургічному стаціонарі в першу чергу полягає в:

A. дрениванні плевральної порожнини

B. протишоковій терапії

C. екстремому оперативному втручанні

D. проведенні ШВЛ

E. консервативному лікуванні

48. Ознакою закритого пошкодження грудної клітки з розривом легені є:

A. больовий синдром

B. крепітація в підшкірній клітковині

C. відсутність дихальних шумів на боці враження

D. наявність вологих хрипів на боці враження

E. порушення дихання

49. Особливістю проведення інкубаційного наркозу при закритій травмі грудної клітки з пошкодженням легені полягає в:

A. попереднє проведення дренивання плевральної порожнини

B. найскоріший перехід на ШВЛ

C. застосування однолегеневого наркозу

D. проведення наркозу без особливостей

E. проведення оперативного втручання під місцевою анестезією

50. Особливістю хірургічної тактики при торако-абдомінальному пораненні є:

A. починати з розкриття порожнини в якій діагностовано пошкодження внутрішнього органу

B. починати з розкриття порожнини в якій продовжується кровотеча

C. починати з лапаротомії

D. розкривати одночасно дві порожнини

E. починати з торакотомії

51. Чим закінчуються операції при закритих травмах грудної клітки:

A. зашиванням рани з дрениванням плевральної порожнини

B. зашиванням рани наглухо

C. накладенням на рану оклюзійної пов'язки

- D. не зашиванням рани
- E. накладенням на рану первинно відстрочених швів

52. Місце проведення дренивання плевральної порожнини при операціях з приводу закритої травми грудної клітки:

- A. через VIII-IX міжребір'я по задній аксілярній лінії
- B. через II міжребір'я по середньоключичній лінії
- C. до плеврального синусу
- D. через VIII-IX міжребір'я по передній аксілярній лінії
- E. два дренажа: по задній аксілярній та середньоключичній лініях

53. Найбільш розповсюдженим ускладненням при виконанні плевральної пункції є:

- A. пошкодження легені
- B. попадання в кровonosну судину
- C. виникнення підшкірної емфіземи
- D. інфікування плевральної порожнини
- E. впускання повітря до плевральної порожнини

54. Які міри боротьби з флотацією грудної стінки слід застосувати при множинних багатоуламкових переломах ребер:

- A. фіксація флотуючої ділянки грудної клітки до зовнішнього каркасу
- B. лейкопластирні наклейки в місцях переломів
- C. міжреберні новокаїнові блокади
- D. ваго-симпатичну блокаду
- E. туге бинтування грудної клітки

55. Основна причина важкості стану хворого з пораненням серця:

- A. гемопневмоторакс
- B. порушення ритму серця
- C. тампонада серця
- D. серцева недостатність
- E. гіповолемія

56. Яким чином можна полегшити стан хворого з пораненням серця до оперативного втручання:

- A. застосуванням серцевих засобів
- B. пункцією перикарда
- C. застосуванням ШВЛ
- D. інфузійною терапією
- E. інгаляцією кисню

57. Місце виконання пункції перикарду:

- A. III міжребір'я по парастернальній лінії зправа
- B. III міжребір'я по передній аксілярній лінії зліва
- C. під основанням мечеподібного відростка
- D. V міжребір'я по парастернальній лінії зліва
- E. III міжребір'я по парастернальній лінії зліва

58. Що слід зробити в першу чергу при операції з приводу поранення серця після розкриття перикарду:

- A. налагодити реінфузію крові
- B. видалити з порожнини перикарду кров
- C. накласти шви на рану серця

- D. провести прямий масаж серця
- E. провести пальцеве притиснення рани серця

59. Коли слід розпочинати відновлення крововтрати при пораненні серця:

- A. на початку операції
- B. після пальцевого притиснення рани серця
- C. після закінчення операції
- D. після накладення швів на рану серця
- E. при вступі хворого до лікувального закладу

60. При підозрі на перфорацію кишки після закритої травми і неможливості проведення оглядової рентгенографії органів черевної порожнини у важкохворого в положенні стоячі дослідження проводиться:

- A. сенсу проведення дослідження в іншому положенні немає
- B. лежачи на спині
- C. лежачи на лівому боці
- D. лежачи на правому боці
- E. лежачи на животі

61. Які клінічні симптоми переломів відносяться до достовірних?

- A. Патологічна рухомість уламків сегмента, крепітація
- B. Порушення функції кінцівки
- C. Деформація кінцівки
- D. Біль, припухлість
- E. Вкорочення кінцівки

62. Які ускладнення переломів слід вважати ранніми?

- A. Травматичний шок
- B. Нейродистрофічні розлади
- C. Несправжній суглоб
- D. Сповільнене зрощення переломів
- E. Тугорухомість в суглобах з атрофією м'язів

63. Сповільнена консолидація переломів проявляється клінічними симптомами:

- A. Склероз кінців уламків
- B. Закриття кістково-мозкового каналу на рентгенограмі
- C. набряк тканин навколо перелому
- D. Не зрощення кісткових уламків
- E. Збільшення терміну зрощення в 1,5 рази

64. При відкритих переломах на догоспітальному етапі слід виконувати:

- A. Репозицію уламків
- B. Накладання тимчасового скелетного витягання
- C. Знеболення та наступне зашивання шкіри
- D. Зупинку кровотечі, транспортну іммобілізацію
- E. Виконання первинної хірургічної обробки рани

65. Які транспортні шини відносяться до екстензійних?

- A. Шина Крамера
- B. Праця підборідна
- C. Фанерна шина
- D. Шина Єланського
- E. Шина Дітерікса

66. Контрольна рентгенографія вперше після накладання гіпсової пов'язки здійснюється:

- A. На 2–3 добу
- B. Протягом першої доби
- C. Не раніше другого тижня
- D. На 10–14 добу
- E. На 6–8 добу

67. Причиною вторинних ранніх кровотеч являється:

- A. Неспроможність факторів згортання крові
- B. Тромбоцитопенія
- C. Розщеплення тромбу
- D. Відрив тромбу з кровоносної судини
- E. Аррозія судини

68. Переломовивихом називається стан, який характеризується одночасним:

- A. Переломом та зміщенням кісткових уламків
- B. Вивихом однієї кістки и переломом іншої
- C. Переломом та інтерпозицією м'язів між уламками
- D. Вивихом і переломом суглобових та біля суглобових відділів кості
- E. Переломом з вклиненням уламків

69. У пацієнта відкритий перелом кісток гомілки внаслідок удару переднім бампером автомобіля Якого виду перелом при цьому найбільш вірогідний?

- A. Компресійний
- B. Вклинений
- C. Гвинтоподібний
- D. Відривний
- E. Багатоуламковий

70. Виключить невірнo вказаний шар кісткової мозолі:

- A. Периоссальний
- B. Параоссальний
- C. Кістковомозковий
- D. Ендостальний
- E. Інтермедіарний

71. Назвіть симптоми закритого перелому кістки:

- A. Збільшення абсолютної довжини кінцівки
- B. Кровотеча
- C. Пружний опір в найближчому суглобі
- D. Патологічна рухливість
- E. Підшкірна емфізема

72. Які повинні бути межі транспортної іммобілізації у потерпілого при переломі плечової кістки ?

- A. Кисть – лопатка ураженої сторони
- B. Променево-зап'ястковий суглоб – лопатка ураженої сторони
- C. Передпліччя – плече ураженої сторони
- D. Променево-зап'ястковий суглоб – плечовий суглоб ураженої сторони
- E. Пальці – лопатка здорової сторони

73. Вкажіть елемент першої допомоги на місці пригоди потерпілому з переломом довгої трубчастої кістки:

- A. Накласти гіпсову пов'язку
- B. Виконати скелетне витягання
- C. Використати шину Белера
- D. Імобілізувати кінцівку транспортною шиною
- E. Виконати репозицію уламків

74. Коли і де слід проводити репозицію кісткових уламків при відкритому переломі?

- A. Під час санітарної обробки в приймальному відділенні
- B. При транспортуванні в стаціонар
- C. В будь-якому з перерахованих місць та в любий час
- D. На місці отримання травми (при наданні першої медичної допомоги)
- E. В операційній в найближчий час після поступлення в лікувальний заклад

75. Вкажіть час проведення репозиції перелому у потерпілого з ознаками травматичного шоку

- A. Після початку внутрішньовенної трансфузії
- B. Після виведення пацієнта із стану шоку
- C. Після виконання новокаїнової блокади ділянки перелому
- D. Під час надання першої медичної допомоги
- E. Відразу після доставки потерпілого в стаціонар

76. Які дії першочергові для профілактики шоку при відкритому переломі великої трубчастої кістки під час надання першої медичної допомоги?

- A. Вводити нестероїдні протизапальні препарати
- B. Зупинка кровотечі
- C. Репозиція уламків
- D. Проведення трансфузійної терапії
- E. Транспортна іммобілізація кінцівки

77. Яку шину слід застосовувати для транспортної іммобілізації при переломі стегна?

- A. Дітерікса
- B. Кузьмінського
- C. Єланського
- D. Фанерну шину
- E. Металеву сітчасту

78. Терміни зрощення діафізарного перелому стегна у чоловіка 40 років:

- A. Біля одного року
- B. Більше 2-х місяців
- C. Менше 2-х місяців
- D. 100–120 днів
- E. 150–180 днів

79. Абсолютною ознакою перелому, яка виявляється за допомогою клінічного обстеження, є:

- A. Біль в ділянці перелому
- B. Блідість шкірних покривів
- C. Кісткова крепітація
- D. набряк кінцівки
- E. Гіперемія шкіри

80. До якого способу знеболення відноситься місцева анестезія за ОВ

Вишневським?

- A. Провідникового
- B. Інфільтраційного
- C. Епідурального
- D. Термінального
- E. Комбінованого

81. Скільки стадій розвитку проходить кісткова мозоль?

- A. 4
- B. 2
- C. 6
- D. 5
- E. 3

82. Яку концентрацію новокаїну застосовують при інфільтраційній анестезії за Вишневським?

- A. 1%
- B. 5%
- C. 0,5%
- D. 2%
- E. 25%

83. Оперативне лікування переломів показано в наступних випадках:

- A. При уповільненому зростанні перелому
- B. При гвинтоподібних переломах
- C. При неускладнених поперечних переломах
- D. При епіфізіолізі
- E. При вклинених переломах

84. Який метод відноситься до неоперативного методу фіксації кісткових уламків?

- A. Введення в кістково-мозковий канал металевих штифтів
- B. Скелетне витягання
- C. Застосування комперсійно-дистракційного методу
- D. Фіксація металевими пластинами
- E. Фіксація металевими спицями Кіршнера

85. Що відноситься до загальних причин уповільненого зрощення переломів?

- A. Порушення кровозабезпечення кісткових уламків
- B. Дефект м'яких тканин над зоною перелому
- C. Зміщення кісткових уламків, яке було не виправлене при репозиції
- D. Інтерпозиція м'яких тканин
- E. Авітаміноз з порушенням мінерального обміну

86. Накладання тугої пов'язки показано при:

- A. Венозній кровотечі
- B. Артеріальній кровотечі
- C. Кровотечі з носової порожнини
- D. Кровотечі з плечової артерії
- E. Капілярній кровотечі

87. Найбільш часто жирова емболія настає при:

- A. Тромбозі глибоких вен миски

- В. Переломах кісток миски та трубчатих кісток
- С. Переломі ребер
- Д. Перитонітах
- Е. Опіках

88. Перша допомога при переломі хребта в шийному відділі:

- А. Серцево-легенева терапія
- В. Повернути пацієнта на спину
- С. Тракційна терапія
- Д. Укладання на жорсткі ноші з фіксацією шиї
- Е. Аналгезія

89. При переломі ключиці накладається:

- А. Шина Крамера
- В. Пов'язка Дезо
- С. Пов'язка з косинки
- Д. Шина Белера
- Е. Циркулярна пов'язка

90. Оптимальні умови для зрощення діафізарних переломів шляхом прямого остеогенезу забезпечує:

- А. Всі перелічені
- В. Остеосинтез металевим стрижнем
- С. Імобілізаційний метод
- Д. Скелетне витягання
- Е. Черезкістковий остеосинтез

91. Прийнято вважати, що виникає вивих тієї кістки, суглобова поверхня якої розташовується дистальніше по відношенню до інших кісток суглобу – виключення складає вивих:

- А. Фаланги пальця
- В. Стегнної кістки
- С. Ліктьової кістки
- Д. Плечової кістки
- Е. Хребта

92. Які дії відносяться до другого етапу при вправленні вивиху плеча за Кохером?

- А. Максимальне переміщення ліктя до верху по передній поверхні грудної клітки
- В. Швидка внутрішня ротація плеча з переведенням кисті на здоровенадпліччя
- С. Не послабляючи витягування і приведення плеча, проводиться відведення передпліччя до рівня фронтальної площини
- Д. Згинання передпліччя під прямим кутом, витягування плеча донизу, приведення до грудної клітки
- Е. Підняття руки до переду та вверх

93. Найбільш часто зустрічається вивих:

- А. Ключиці
- В. В гомілковостопному суглобі
- С. Нижньої щелепи
- Д. Плеча
- Е. Стегна

94. За етіологічною ознакою до вивихів відносяться:

- A. Повні
- B. Не прямі
- C. Патологічні
- D. Прямі
- E. Невправні

95. Частіше за все зустрічається вроджений вивих:

- A. Стегна
- B. В променево-зап'ястковому суглобі
- C. Основної фаланги першого пальця
- D. Передпліччя
- E. Плеча

96. Причиною патологічного вивиху може бути:

- A. Ушкодження зв'язок суглобу
- B. Травматичний шок
- C. Недорозвинення суглобових поверхонь
- D. Кістково-суглубовий туберкульоз
- E. Ураження електричним струмом

97. Симптомом вивиху являється:

- A. Обмеження рухів, пружність
- B. Підшкірна емфізема
- C. Зміна абсолютної довжини кінцівки
- D. Кісткова крепітація
- E. Патологічна рухливість в ушкодженному суглобі

98. Основний симптом при вивиху в суглобі:

- A. Несправжня рухливість
- B. Сходинкоподібного западіння
- C. Відсутність активних рухів
- D. Пружність
- E. Різке обмеження пасивних рухів

99. Вкажіть симптом, необхідний для диференціальної діагностики між вивихом та переломом:

- A. Зміна довжини кінцівки
- B. Крепітація
- C. Деформація
- D. Вимушене положення кінцівки
- E. Болючість

100. Вкажіть симптом, який відмічається при травматичному вивиху плеча:

- A. Біль в плечовому суглобі
- B. Крепітація при пальпації голівки плечової кістки
- C. Різке обмеження рухів в суглобі
- D. Пружність в суглобі при спробі рухів
- E. Деформація та припухлість в суглобі

101. Який з вивихів стегна супроводжується переломом dna вертлюгової западини?

- A. Лобковий

- В. Центральний
 - С. Сідничний
 - Д. Обтураційний
 - Е. Клубовий
102. **Який з вивихів може бути протипоказанням до оперативного втручання?**
- А. Звичний
 - В. Патологічний
 - С. Свіжий
 - Д. Застарілий
 - Е. Ускладнений
103. **Який самий атравматичний метод вправлення вивиху плеча?**
- А. Гіппократа
 - В. Мота-Мухіна
 - С. Джанелідзе
 - Д. Авіцени
 - Е. Кохера
104. **Які вивихи відносяться до свіжих?**
- А. До 1-го тижня
 - В. До 2-х місяців
 - С. Перша доба після травми
 - Д. До 3-х діб
 - Е. До 3-х тижнів
105. **Що відноситься до основної причини невправного вивиху?**
- А. Інтерпозиція сесамоподібних кісточок
 - В. Остеомієліт кісток
 - С. Інтерпозиція судин
 - Д. Деформуючий артроз
 - Е. Інтерпозиція капсули, зв'язок
106. **Яку кісткову патологію неможливо виявити при рентгенологічному дослідженні?**
- А. Тріщини
 - В. Підвивихи
 - С. Переломи
 - Д. Ушкодження хрящової тканини
 - Е. Вивихи
107. **При якому травматичному вивиху капсула суглоба зберігається цілою?**
- А. Стегна
 - В. Плеча
 - С. Кісток передпліччя
 - Д. Нижньої щелепи
 - Е. Пальців кисті
108. **В лікуванні травматичних вивихів розрізняють наступні етапи:**
- А. Все перераховане
 - В. Лікувальна іммобілізація
 - С. Відновлення функції
 - Д. Вправлення вивиху

- Е. Допомога на місці пригоди
109. **Основною умовою малотравматичного вправлення вивиху є:**
- А. Адекватна транспортна іммобілізація
 - В. Адекватне знеболення
 - С. Профілактика розповсюдження інфекції
 - Д. Підвищення артеріального тиску
 - Е. Зупинка кровотечі
110. **Який з вивихів відноситься до передньо-верхніх вивихів плеча?**
- А. Підостний
 - В. Піддзобопотібний
 - С. Аксилярний
 - Д. Підгленоїдальний
 - Е. Підакроміальний
111. **Який з вивихів відноситься до передньо-нижніх вивихів плеча?**
- А. Підгленоїдальний
 - В. Підостний
 - С. Аксилярний
 - Д. Піддзобопотібний
 - Е. Підакроміальний
112. **Який з вивихів відноситься до задньо-верхніх вивихів плеча?**
- А. Підакроміальний
 - В. Підостний
 - С. Піддзобопотібний
 - Д. Підгленоїдальний
 - Е. Аксилярний
113. **Який з вивихів відноситься до задньо-нижніх вивихів плеча?**
- А. Підакроміальний
 - В. Аксилярний
 - С. Підостний
 - Д. Підгленоїдальний
 - Е. Піддзобопотібний
114. **Вивих якого пальця кисті зустрічається частіше?**
- А. 2-го
 - В. 4-го
 - С. 1-го
 - Д. Всіх однаково
 - Е. 3-го
115. **В яких відсотках зустрічаються травматичні вивихи від усіх травматичних ушкоджень?**
- А. 6–8 %
 - В. 1,5–3 %
 - С. 3,5–5 %
 - Д. 0,5–1 %
 - Е. 10–12 %
116. **Вроджений вивих якого суглобу зустрічається найчастіше?**
- А. Кульшового
 - В. Плечового

- С. Променево-зап'ясткового
 D. Гомілкоступневого
 E. Колінного
- 117. Який патологічний процес не може спричинити вивих?**
 A. Туберкульоз
 B. Ревматоїдний артрит
 C. Остеопороз
 D. Пухлинний процес
 E. Хронічний остеомієліт
- 118. Невправний вивих спричинений:**
 A. Ушкодженням сухожилків
 B. Запальним процесом
 C. Інтерпозицією зв'язок
 D. Розтягненням м'язів
 E. Ушкодженням судин та нервів
- 119. Який пункт, при збиранні анамнезу у пацієнтів з травматичними вивихами, має найбільше значення?**
 A. Чи були колись у родичів вивихи того ж самого суглобу?
 B. Чи були інфекційні ураження суглобів?
 C. Чи спостерігалися раніше вивихи?
 D. Інформація про хронічні захворювання пацієнта
 E. Інформація про механізм травми
- 120. Яка частота вивихів плечового суглоба?**
 A. 10–15 %
 B. 22–25 %
 C. 40–43 %
 D. 55–58 %
 E. 60–72 %

6.2 Ситуаційні задачі

- 1. До районної лікарні після автокатастрофи в край важкому стані доставлений хворий С., 35 років з ознаками внутрішньочеревної кровотечі та геморагічного шоку. Під час оперативного втручання, при ревізії органів черевної порожнини, виявлено розрив селезінки з гемоперитонеумом до 2,5 л. Банк крові лікарні не має в наявності крові відповідної групи для проведення гемотрансфузії. Яку тактику слід обрати лікарям?**
 A. негайно заказати кров відповідної групи у найближчій станції переливання крові
 B. провести пряме переливання крові
 C. провести аутогемотрансфузію
 D. обмежитись введенням кровозамінників
 E. з'ясувати причину відсутності у банку відповідної групи крові
- 2. Хворий А., 39 років, вступив до приймального відділення лікарні з травмою голови. З анамнезу: травмований невідомим (ударом у ділянку лицевої частини черепа), після чого втратив свідомість на 2 хв.; була одноразова**

блювота. Скаржится на головний біль, кволість, головокружіння, дзвін у вухах. Об'єктивно: пульс у межах норми; непостійний дрібно розмашистий ністагм; асиметрія м'якої мускулатури. Який характер пошкодження має місце у хворого?

- A. закрыта черепно-мозкова травма, струс головного мозку
- B. закрыта черепно-мозкова травма, епідуральна гематома
- C. закрыта черепно-мозкова травма, субдуральна гематома
- D. закрыта черепно-мозкова травма, субарахноїдальна гематома
- E. закрыта черепно-мозкова травма, забій головного мозку

3. Хворий К., 23 роки, доставлений у приймальне відділення з травмою голови. При огляді на потилиці виявлено рану розміром 8x3 см, що продовжує кривавити. Обставин травми потерпілий не пам'ятає. АТ 130/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/хв. Була короткочасна втрата свідомості, блювота. Яку невідкладну допомогу необхідно надати хворому?

- A. рентгенографічне обстеження черепа в боковій проекції, госпіталізація потерпілого у спеціалізоване відділення, первинна хірургічна обробка рани
- B. зупинити кровотечу, виконати первинну хірургічну обробку рани і рентгенографію черепа в двох проекціях, госпіталізувати потерпілого в нейрохірургічне відділення
- C. госпіталізувати потерпілого у спеціалізоване відділення, здійснити рентгенологічне обстеження черепа в двох проекціях, виконати первинну хірургічну обробку рани в плановому порядку
- D. виконати первинну хірургічну обробку рани, накласти асептичну пов'язку, здійснити рентгенологічне обстеження черепа в двох проекціях, призначити потерпілому амбулаторне лікування
- E. виконати первинну хірургічну обробку рани, госпіталізувати потерпілого у спеціалізоване відділення

4. Лікар швидкої допомоги доставив хворого Д., 55 років, з місця катастрофи. Потерпілий самостійно піднявся і зайшов у машину. Дорогою у хворого виникли блювота, судомний приступ, після чого він втратив свідомість, з'явилася анізокорія, порушилося дихання, АТ 180/120 мм рт. ст. При огляді стан дуже важкий, дихання шумне, обличчя гіперемоване, тонічні судоми. На правій скроні подряпина, припухлість м'яких тканин, підшкірна гематома, анізокорія, $D > S$, на уколи реагує рухами в правих кінцівках, ліворуч рухи відсутні, позитивний симптом Бабінського з двох боків. Встановіть попередній діагноз.

- A. порушення мозкового кровообігу
- B. відкрита черепно-мозкова травма, стиснення головного мозку внутрішньочерепною гематомою
- C. забій м'яких тканин голови
- D. закрыта черепно-мозкова травма, струс головного мозку
- E. закрыта черепно-мозкова травма, стиснення головного мозку внутрішньочерепною гематомою

5. Під час сварки потерпілий П., 57 років, отримав удар молотком по голові. Свідомість не втрачав. Була кровотеча з рани в лівій тім'яній ділянці. Доставлений машиною швидкої допомоги у нейрохірургічний стаціонар. При

огляді: рвано-забійна лівої тім'яної ділянки, рефлекторний геміпарез праворуч. Рентгенограми черепа без особливостей. Ваш попередній діагноз.

- A. *закрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку, забійна рана лівої тім'яної ділянки*
 - B. *відкрита проникаюча черепно-мозкова травма, забій головного мозку середнього ступеня, забійно-рвана рана лівої тім'яної ділянки*
 - C. *відкрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку легкого ступеня тяжкості, забійно-рвана рана лівої тім'яної ділянки*
 - D. *закрита черепно-мозкова травма, забій головного мозку середнього ступеня, забійно-рвана рана тім'яної ділянки*
 - E. *відкрита черепно-мозкова травма, струс головного мозку, забійна рана лівої тім'яної ділянки*
- 6. Хворий К., 36 років, близько 3 год. тому отримав проникаюче ножове поранення лівої половини грудної клітки. Доставлений у важкому стані: ейфорія, шкірні покриви бліді, тони серця глухі, тахікардія (130 уд/хв.), АТ 80/70 мм рт.ст., пульс на зап'ястку ледь визначається. Рана грудної клітки розміром 2 см, розташована по лівій парастеральній лінії на рівні 3-го міжреберного проміжку. Дихання над лівою легенею ослаблене, над її задньо-нижніми відділами — вкорочений перкуторний звук. Які лікувальні заходи найбільш доцільні?**
- A. *пункція перикарда*
 - B. *переливання однокрупної крові*
 - C. *інтенсивна терапія, плевральна пункція*
 - D. *невідкладна торакотомія*
 - E. *плевральна пункція*
- 7. Потерпілого С., 21 рік, годину тому вдарили в живіт. Об'єктивно при госпіталізації стан середньої важкості, положення в ліжку вимушене. Шкірні покриви бліді. Пульс 120 уд/хв. АТ 80/40 мм рт. ст. При пальпації відмічається болючість у лівому підребер'ї, позитивні симптоми Вейнерга, Куленкампа. Макроскопічне сеча не змінена. Ваш попередній діагноз.**
- A. *розрив прямого м'яза живота*
 - B. *розрив лівої нирки, заочеревинна гематома*
 - C. *розрив підшлункової залози*
 - D. *забій передньої черевної стінки*
 - E. *розрив селезінки, гемоперитонеум*
- 8. Хворий Н., 30 років, поступив у приймальне відділення лікарні швидкої допомоги після падіння з висоти. Скаржиться на різкий біль у животі, нудоту, блювоту. При огляді — блідий, язик сухий, обкладений білим нальотом, пульс частий (до 140 уд/хв.), АТ 90/65 мм рт. ст. Живіт напружений, не бере участі в акті дихання; пальпаторно спостерігаються симптоми подразнення очеревини, аускультативно кишкові шуми не прослуховуються. На рентгенограмі органів черевної порожнини визначається симптом «серпа». Ваш попередній діагноз.**
- A. *закрита травма живота з пошкодженням нирки*
 - B. *закрита травма живота, розрив сечового міхура*
 - C. *закрита травма живота з пошкодженням порожнистого органу*
 - D. *закрита травма живота з пошкодженням паренхіматозного органу*

Е. закрита травма живота, заочеревинна гематома

9. *Хворий С., 35 років, упав і вдарився об камінь. Поступив у травматологічне відділення зі скаргами на біль у грудній клітці. Клініко-рентгенологічний діагноз: перелом 5-го ребра праворуч. Поступово стан хворого погіршився. Скаржиться на біль і нестачу повітря. Об'єктивно: шкіра і видимі слизові бліді, є підшкірна емфізема правої половини грудної клітки. На контрольній рентгенограмі визначаються відсутність легеневого малюнку. Ваш діагноз.*

- А. закритий пневмоторакс, ателектаз легені, підшкірна емфізема
- В. жирова емболія легеневої артерії
- С. розрив парієтальної плеври
- Д. тромбоемболія легеневої артерії
- Е. травматичний шок

10. *У пацієнта доставленого в приймальне відділення після ДТП виявлено рану по зовнішній поверхні правої гомілки розміром 3 x 5 см, заповненої згортком крові, повздожжня вісь гомілки деформована. В ділянці рани визначається патологічна рухомість, кісткова крепітація. Пульс 96 уд/хв, ритмічний, слабого наповнення, артеріальний тиск 100/60 мм. рт. ст. Вкажіть попередній діагноз.*

- А. Відкритий перелом кісток правої гомілки
- В. Відкритий перелом кісток правої гомілки, травматичний шок I ступеню
- С. Синдром тривалого розчавлення з переломом кісток правої гомілки
- Д. Відкритий перелом малогомілкової кістки
- Е. Відкритий перелом кісток правої гомілки, флегмона гомілки, що розпочинається

11. *В травматологічне відділення поступив пацієнт із скаргами на біль в правому стегні, порушення функції. При огляді стегна відмічається гематома, набряк в середній третині, укорочення кінцівки на 5 см., кінцівка фіксована шиною Дітерікса. Артеріальний тиск 85/60 мм. рт. ст., пульс 105 уд/хв. Яке обстеження необхідно провести пацієнту?*

- А. Рентгенографію стегна, загальний аналіз крові, сечі, цукор крові, визначити величину крововтрати
- В. Рентгенографію черепа, органів грудної порожнини та обох стегон
- С. Огляд пацієнта, функціональні проби, консультація суміжних спеціалістів
- Д. Без обстеження, відразу взяти на операційний стіл для проведення ургентної операції
- Е. УЗД ушкодженої ділянки, органів черевної порожнини, час згортання крові, протромбінів індекс

12. *Пацієнтка С., 65 років, впала на вулиці на випрямлену ліву руку після чого виник різкий біль в ділянці променево-зап'ясткового суглоба. При огляді визначається деформація променево-зап'ясткового суглоба, значний набряк, підшкірна гематома. При осьовому навантаженні відчуває різкий біль. Який з достовірних симптомів буде свідчити про наявність перелому?*

- А. Деформація травмованого сегменту
- В. Біль, набряк, гематома
- С. Наявність пружності травмованого сегменту кінцівки

D. Вкорочення кінцівки

E. Кісткова крепітація, патологічна рухливість уламків

13. Пішохід Л, 35 років, госпіталізований у травматологічне відділення після автомобільної аварії з діагнозом «перелом діафіза правої великогомілкової кістки у середній третині з незначним зміщенням уламків.» Який термін іммобілізації кінцівки треба витримати:

A. 1 місяць

B. 4 місяці

C. 3 місяці

D. 6 місяців

E. 3 тижні

14. У пацієнта М., 40 років клінічно і рентгенологічно діагностовано закритий косий перелом нижньої третини плечової кістки зі зміщенням уламків по довжині на 1 см. Кисть звисає, пацієнт не може повністю розігнути її та відвести перший палець. Яка лікувальна тактика?

A. Відкрита репозиція уламків, металоостеосинтез, ревізія променевого нерву

B. Застосування скелетного витягання за ліктьовий відросток

C. Позавогнищевий металоостеосинтез. Еластичне бинтування

D. Еластичне бинтування верхньої кінцівки, холод на ділянку перелому

E. Накладання лонгетної гіпсової пов'язки з фіксацією кисті

15. Лікар, оглядаючи пацієнтку К., 39 років, з підозрою на перелом лівого передпліччя, виявив локальну болючість у середній третині передпліччя, гематому, крепітацію уламків; передпліччя набрякле, деформоване. Активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі відсутні. Який достовірний симптом вказує на перелом?

A. Набряк і деформація

B. Відсутність рухів у променево-зап'ястковому суглобі

C. Локальна болючість

D. Гематома

E. Крепітація

16. Пацієнт К., 40 років, звернувся у травмпункт зі скаргами на біль у правому надпліччі. При огляді ділянка надпліччя згладжена. Ліва половина плечового поясу вкорочена, конфігурація ключиці змінена. При пальпації – локальна болючість, при значному натисканні відмічається крепітація. Дихання пацієнта не порушене. Активні рухи в плечовому суглобі різко обмежені. Ваш попередній діагноз?

A. Перелом ключиці

B. Вивих акроміального кінця ключиці

C. Перелом головки плечової кістки

D. Вивих плеча

E. Вивих стернального кінця ключиці

17. Пацієнтка К., 43 років, поступила в приймальне відділення зі скаргами на біль в правому плечі, порушення функції кінцівки. При огляді відмічається різка болючість у ділянці плеча, його патологічна рухомість, викривлення осі, вкорочення, крепітація. Ваш попередній діагноз.

A. Перелом ключиці

B. Вивих плеча

- C. Перелом діафіза плечової кістки
- D. Забій м'яких тканин правого плеча
- E. Вивих акроміального кінця ключиці

18. Після падіння на спину у потерпілого виник різкий біль у хребті. При пальпації визначається різке напруження м'язів та деформація в нижньогрудному відділі хребта. Яка перша медична допомога необхідна потерпілому?

- A. Провести туге еластичне бинтування тулуба
- B. Введення знеболюючих і транспортування на іммобілізаційному щиті
- C. Транспортування на щиті в положенні «жабки»
- D. Накласти шину Дітеріхса
- E. Введення знеболюючих і транспортування у напівлежачому положенні

19. У пацієнта з переломом нижньої третини плечової кістки відсутні активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі. Яка тактика сімейного лікаря, який надає першу медичну допомогу?

- A. Холод на уражену кінцівку, нестероїдні протизапальні препарати, протинабрякова терапія
- B. Накласти тугу еластичну пов'язку, консультація нейрохірурга
- C. Накласти імпровізовану транспортну шину, негайна консультація травматолога
- D. Накласти стандартну транспортну шину, динамічне спостереження
- E. Гіпсова пов'язка на 6 тижнів

20. У пацієнта доставленого в приймальне відділення після ДТП виявлено рану по зовнішній поверхні правої гомілки розміром 3 x 5 см, заповненої згустком крові, повздовжня вісь гомілки деформована. В ділянці рани визначається патологічна рухомість, кісткова крепітація. Пульс 96 уд/хв, ритмічний, слабого наповнення, артеріальний тиск 100/60 мм. рт. ст. Вкажіть попередній діагноз.

- A. Синдром тривалого розчавлення з переломом кісток правої гомілки
- B. Відкритий перелом малогомілкової кістки
- C. Відкритий перелом кісток правої гомілки, флегмона гомілки, що розпочинається
- D. Відкритий перелом кісток правої гомілки
- E. Відкритий перелом кісток правої гомілки, травматичний шок I ступеню

21. В травматологічне відділення поступив пацієнт із скаргами на біль в правому стегні, порушення функції. При огляді стегна відмічається гематома, набряк в середній третині, укорочення кінцівки на 5 см., кінцівка фіксована шиною Дітеріхса. Артеріальний тиск 85/60 мм. рт. ст., пульс 105 уд/хв. Яке обстеження необхідно провести пацієнту?

- A. Огляд пацієнта, функціональні проби, консультація суміжних спеціалістів
- B. Без обстеження, відразу взяти на операційний стіл для проведення ургентної операції
- C. Рентгенографію черепа, органів грудної порожнини та обох стегон
- D. Рентгенографію стегна, загальний аналіз крові, сечі, цукор крові, визначити величину крововтрати
- E. УЗД ушкодженої ділянки, органів черевної порожнини, час згортання крові, протромбінів індекс

22. *Пацієнтка С., 65 років, впала на випрямлену ліву руку після чого виник різкий біль в ділянці променево-зап'ясткового суглоба. При огляді визначається деформація променево-зап'ясткового суглоба, значний набряк, підшкірна гематома. При осьовому навантаженні відчуває різкий біль. Який з достовірних симптомів буде свідчити про наявність перелому?*
- A. Кісткова крепітація, патологічна рухливість уламків
 - B. Біль, набряк, гематома
 - C. Вкорочення кінцівки
 - D. Наявність пружності травмованого сегменту кінцівки
 - E. Деформація травмованого сегменту
23. *Пішохід Л, 35 років, госпіталізований у травматологічне відділення після автомобільної аварії з діагнозом «перелом діафіза правої великогомілкової кістки у середній третині з незначним зміщенням уламків.» Який термін іммобілізації кінцівки треба витримати:*
- A. 4 місяці
 - B. 1 місяць
 - C. 3 тижні
 - D. 6 місяців
 - E. 3 місяці
24. *У пацієнта М., 40 років клінічно і рентгенологічно діагностовано закритий косий перелом нижньої третини плечової кістки зі зміщенням уламків по довжині на 1 см. Кисть звисає, пацієнт не може повністю розігнути її та відвести перший палець. Яка лікувальна тактика?*
- A. Еластичне бинтування верхньої кінцівки, холод на ділянку перелому
 - B. Відкрита репозиція уламків, металоостеосинтез, ревізія променевого нерву
 - C. Накладання логнетної гіпсової пов'язки з фіксацією кисті
 - D. Позавогнищевий металоостеосинтез. Еластичне бинтування
 - E. Застосування скелетного витягання за ліктювий відросток
25. *Лікар, оглядаючи пацієнтку К., 39 років, з підозрою на перелом лівого передпліччя, виявив локальну болючість у середній третині передпліччя, гематому, крепітацію уламків; передпліччя набрякле, деформоване. Активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі відсутні. Який достовірний симптом вказує на перелом?*
- A. Відсутність рухів у променево-зап'ястковому суглобі
 - B. Крепітація
 - C. Гематома
 - D. Локальна болючість
 - E. Набряк і деформація
26. *Пацієнт К., 40 років, звернувся у травмпункт зі скаргами на біль у правому надпліччі. При огляді ділянка надпліччя згладжена. Ліва половина плечового поясу вкорочена, конфігурація ключиці змінена. При пальпації – локальна болючість, при значному натисканні відмічається крепітація. Дихання пацієнта не порушене. Активні рухи в плечовому суглобі різко обмежені. Ваш попередній діагноз?*
- A. Вивих плеча
 - B. Вивих стернального кінця ключиці
 - C. Вивих акроміального кінця ключиці

D. Перелом головки плечової кістки

E. Перелом ключиці

27. Пацієнтка К., 43 років, поступила в приймальне відділення зі скаргами на біль в правому плечі, порушення функції кінцівки. При огляді відмічається різка болючість у ділянці плеча, його патологічна рухомість, викривлення осі, вкорочення, крепітація. Ваш попередній діагноз.

A. Перелом діафіза плечової кістки

B. Перелом ключиці

C. Вивих акроміального кінця ключиці

D. Вивих плеча

E. Забій м'яких тканин правого плеча

28. Після падіння на спину у потерпілого виник різкий біль у хребті. При пальпації визначається різке напруження м'язів та деформація в нижньогрудному відділі хребта. Яка перша медична допомога необхідна потерпілому?

A. Введення знеболюючих і транспортування у напівлежачому положенні

B. Введення знеболюючих і транспортування на іммобілізаційному щиті

C. Провести туге еластичне бинтування тулуба

D. Транспортування на щиті в положенні «жабки»

E. Накласти шину Дітеріхса

29. У пацієнта з переломом нижньої третини плечової кістки відсутні активні рухи в променево-зап'ястковому суглобі. Яка тактика сімейного лікаря, який надає першу медичну допомогу?

A. Накласти стандартну транспортну шину, динамічне спостереження

B. Накласти тугу еластичну пов'язку, консультація нейрохірурга

C. Гіпсова пов'язка на 6 тижнів

D. Накласти імпровізовану транспортну шину, негайна консультація травматолога

E. Холод на уражену кінцівку, нестероїдні протизапальні препарати, протинабрякова терапія

30. Після падіння на руку у пацієнта діагностовано вивих правого плеча, пульсація на променевій артерії відсутня, суглоб різко збільшений в об'ємі. Який об'єм першої допомоги потрібно надати пацієнту?

A. Введення знеболюючих засобів, проведення транспортної іммобілізації, транспортування у найближчий лікувальний заклад

B. Транспортування попутнім транспортом у найближчий лікувальний заклад

C. Холод на ділянку суглоба, введення обезболюючих

D. Негайне вправлення вивиху на місці

E. Проведення транспортної іммобілізації

31. Після падіння на витягнуту руку у пацієнта виявлено відносно вкорочення передпліччя, деформацію ліктьового суглоба, обмеження рухів у ньому. Ліктьовий паросток виступає до заду. Який найбільш вірогідний попередній діагноз?

A. Задній вивих передпліччя

B. Перелом ліктьового відростка

C. Перелом надвіростків плечової кістки

D. Перелом кісток передпліччя

Е. Передній вивих передпліччя

32. У пацієнтки свіжий вивих надколінника. Скарги на біль в колінному суглобі. При огляді визначається деконфігурація колінного суглоба, при пальпації – надколінник знаходиться на зовнішній поверхні суглоба, активні рухи в суглобі відсутні, пасивні – обмежені. Вкажіть вид знеболення та послідовність дій для усунення даного ушкодження.

- А. Місцеве знеболення, вправлення надколінника в положенні згинання гомілки і розгинання в кульшовому суглобі
- В. Епідуральна анестезія, відкрите вправлення
- С. Місцеве знеболення, вправлення надколінника в положенні розгинання гомілки і згинання в кульшовому суглобі
- Д. Місцеве знеболення з наступним скелетним витяганням
- Е. Загальний наркоз, відкрите вправлення надколінника

33. В клініку звернувся власник автофургона зі скаргою на біль в основі першого пальця правої кисті. Годину тому деталь авто вдарила його по долонній поверхні кисті. При огляді: проксимальна фаланга першого пальця знаходиться в тильній флексії під кутом 80°, головка п'ясткової кістки виступає на долонній поверхні, дистальна фаланга зігнута під прямим кутом. При пасивних рухах відмічається значна пружність. Поставте попередній діагноз ушкодження.

- А. Ушкодження сухожилків розгиначів першого пальця
- В. Перелом основи проксимальної фаланги першого пальця
- С. Тильний вивих першого пальця
- Д. Гнійне запалення першого п'ястко-фалангового суглобу
- Е. Долонний вивих першого пальця

34. Пацієнт скаржиться на різкий біль в колінному суглобі, оніміння ступні, які з'явилися в результаті ДТП. Ступня бліда, холодна. Пульс на a. dorsalis pedis відсутній. Колінний суглоб потовщений, деформований, нога укорочена на 5 см. Пасивні рухи в колінному суглобі обмежені, відмічається симптом "пружинячої" рухомості. Поставте попередній діагноз та визначитесь з тактикою лікування.

- А. Вивих гомілки з ушкодженням (компресією) підколінної артерії. Закрите вправлення вивиху. При відсутності пульсу на a. dorsalis pedis – ревізія підколінної артерії
- В. Тяжкий забій колінного суглобу з прогресуючим набряком нижньої кінцівки. Гіпсова іммобілізація, протинабрякова терапія, фізіотерапевтичні процедури
- С. Вивих гомілки з ушкодженням (компресією) підколінної артерії. Закрите вправлення вивиху
- Д. Вивих гомілки з ушкодженням (компресією) підколінної артерії. Відкрите вправлення вивиху з одночасною ревізією підколінної артерії
- Е. Перелом великогомілкової кістки з ушкодженням судин гомілки. Позавогнещевий компресійно-дистракційний металоостеосинтез

35. До клініки поступив пацієнт зі скаргою на біль в ліктьовому суглобі, який з'явився після падіння на кисть в положенні перерозгинання передпліччя. При огляді: сухожилок триголового м'яза напружений, виступає ліктьовий

паросток. Рівнобічність трикутника Гюнтера порушена. Пасивні рухи пружинисті. Поставте попередній діагноз.

- A. Задній вивих правого передпліччя
- B. Передній вивих правого передпліччя
- C. Скалковий перелом дистального кінця плечової кістки
- D. Перелом ліктьового відростка
- E. Перелом виростків плечової кістки

36. Пацієнт, 34 років, доставлений в травмпункт через 1 годину після травми – при фіксованій стопі відбулося надмірне згинання підошви. При огляді: опорна функція кінцівки порушена, гомілково-ступневий суглоб набряклий, деформований. Передній відділ стопи укорочений, п'ята подовжена. Спереду пальпується суглобовий кінець великогомілкової кістки. Ваш попередній діагноз.

- A. Передній вивих стопи
- B. Перелом латеральної кісточки в ділянці гомілково-ступневого суглобу
- C. Двохкісточковий перелом в ділянці гомілково-ступневого суглобу
- D. Перелом медіальної кісточки в ділянці гомілково-ступневого суглобу
- E. Задній вивих стопи

37. Пацієнтка, 58 років, поступила в травмпункт через 2 години після травми зі скаргами на сильний біль у лівому кульшовому суглобі і неможливість стати на ліву ногу. При огляді – ліве стегно зігнуте досередини в кульшовому суглобі і приведене. Активні рухи утруднені, пасивні викликають різко виражену болючість. Ваш попередній діагноз.

- A. Задній вивих стегна
- B. Передній вивих стегна
- C. Центральний вивих стегна
- D. Перелом шийки стегна
- E. Перелом стегнової кістки у верхній третині

38. Пацієнт С., 35 років, доставлений у травмпункт зі скаргами на різкий біль у лівому ліктьовому суглобі. При огляді ліктьовий суглоб набряклий, активні рухи відсутні. Ліктьовий відросток надмірно виступає назад. Передпліччя зігнуте в ліктьовому суглобі під кутом 120-140 градусів. Ваш попередній діагноз.

- A. Перелом плечової кістки в нижній третині
- B. Перелом ліктьового відростка
- C. Розрив зв'язок ліктьового суглоба
- D. Задній вивих передпліччя
- E. Передній вивих передпліччя

39. У пацієнта, 18 років, при падінні на відведену руку з'явилася локальна болючість у лівому плечовому суглобі. При огляді – активні рухи в лівій верхній кінцівці відсутні. Плечовий суглоб деформований. Рука приведена до грудної клітки. Пасивні рухи утруднені, пружні. Ваш попередній діагноз.

- A. Перелом лівої плечової кістки
- B. Гематома м'яких тканин лівого плечового суглоба
- C. Перелом ключиці
- D. Вивих лівого плеча
- E. Забій м'яких тканин лівого плечового суглоба

- 40. Пацієнт К., 54 роки, звернувся у приймальне відділення зі скаргами на різкий біль в ділянці правого плечового суглоба, який виник після падіння на вулиці на витягнуту руку. При огляді – різка деформація контурів правого плечового суглоба, неможливість активних рухів правою рукою. При рентгенографії – суглобові поверхні плечового суглоба не співпадають. Ваш діагноз.**
- A. Перелом плечової кістки
 - B. Розрив ключично – акроміального з'єднання
 - C. Вивих грудинного кінця ключиці
 - D. Вивих плеча
 - E. Вивих ключиці
- 41. Пацієнт К., 52 роки, скаржиться на біль і неможливість рухів у правому плечовому суглобі. 2 години тому впав на випрямлену праву руку. Об'єктивно: в ділянці плечового суглобу впадина, голівка плечової кістки зміщена вперед і пальпується під ключицею. Різко обмежені активні і пасивні рухи, наявна «пружна фіксація» кінцівки. Яка патологія зумовлює таку клінічну картину?**
- A. Підключичний вивих правого плеча
 - B. Розтягнення зв'язок правого плеча
 - C. Нижній вивих правого плечового суглоба
 - D. Забій(контузія) правого плечового суглоба
 - E. Перелом правої плечової кістки
- 42. Пацієнт Г., віком 23 років, поступив у травматологічне відділення зі скаргами на біль у правому плечі і ділянці плечового суглоба. Потерпілий підтримує хвору руку здоровою. Пальпаторно визначається деформація ділянки плечового суглобу. Пацієнт не може привести плече до тулуба. При спробі привести плече до тулуба виявляється симптом «пружної фіксації». Ваш діагноз.**
- A. Вивих правої плечової кістки
 - B. Розрив зв'язок правого плечового суглоба
 - C. Забій м'яких тканин правого плеча
 - D. Вивих грудинного кінця ключиці
 - E. Перелом плечової кістки у верхній третині
- 43. Пацієнт, С., 33 роки, при катанні на лижах упав і відчув різкий біль у ділянці правого колінного суглоба, неможливість ступити на хвору ногу. При рентгенологічному дослідженні виявлена бічна девіація гомілки. Діагностовано повний розрив бокових зв'язок правого колінного суглобу. Пацієнту необхідно виконати:**
- A. Скелетний витяг
 - B. Зшивання ушкоджених зв'язок з наступною гіпсовою іммобілізацією
 - C. Новокаїнові блокади
 - D. Іммобілізацію кінцівки гіпсовою лонгетою
 - E. Остеосинтез
- 44. Пацієнта, Н., 54 років, доставлено в чергове травматологічне відділення з діагнозом: свіжий вивих гомілки. Який вид знеболення треба застосувати у даному випадку?**
- A. Спинномозкова анестезія
 - B. Провідникове знеболення
 - C. Загальний наркоз

D. Інфільтраційна анестезія

E. Місцеве знеболення

45. Пацієнтка, К., віком 35 років, впала на пряму та відведену руку. Скаржиться на різкий біль в лівому плечі. Об'єктивно: відсутність активних рухів в плечовому суглобі, відведення його від тулуба, пацієнтка знаходиться у вимушеному положенні з нахилом тулуба до ураженого боку, а здоровою рукою притримує ушкоджену руку за лікоть, гарно проявляються контури акроміального відростку із западанням під ним. Ваш діагноз?

A. Діафізарний перелом плечової кістки

B. Розрив плечового сплетення

C. Перелом хірургічної шийки плечової кістки

D. Передній вивих плеча

E. Задній вивих плеча

46. Пацієнт Р., 18 років, поступив у травматологічне відділення через 8 години після отримання травми з діагнозом "закритий через виростковий перелом плечової кістки зі значним зміщенням уламків, вивих голівки променевої кістки". Кінцівка іммобілізована циркулярною гіпсовою пов'язкою. Об'єктивно: пальці кисті набряклі, синюшні, холодні на дотик. Пацієнт відмічає розпирання під гіпсовою пов'язкою. Ваша першочергові дії при даному стані?

A. Динамічне спостереження за пацієнтом

B. Зняти гіпсову пов'язку

C. Призначити сечогінні засоби

D. Оперативне лікування

E. Призначити антикоагулянти

47. Пацієнт, С., віком 41 рік, впав на пряму та відведену руку. Лікар швидкої допомоги діагностував вивих плечової кістки. Загальний стан потерпілого задовільний. Яку невідкладну допомогу найдоцільніше застосувати?

A. Іммобілізація руки фанерною шиною

B. Анальгетики в таблетках, іммобілізація руки бинтом

C. Внутрішньовенне введення 1 мл 1% розчину промедолу, іммобілізація ураженої руки шиною Крамера

D. Анальгетики в таблетках, іммобілізація руки косинкою

E. Негайно вправити вивих

48. У пацієнта Р., 19 років, травматичний вивих в п'ястково-фаланговому суглобі 1-го пальця кисті. Де слід надати медичну допомогу цьому потерпілому?

A. Травмпункт

B. Медико-санітарна частина

C. Травматологічний стаціонар

D. Спеціалізований центр мікрохірургії кисті

E. Станція швидкої допомоги

49. У пацієнта Л., 15 років, відкритий травматичний вивих в проксимальному міжфаланговому суглобі 3-го пальця кисті. Палець блідий, незначний набряк, травма 2 години тому. На травмпункті був вправлений вивих, але палець залишився блідим, холодним на дотик. В чому причина даної клінічної картини і яка подальша тактика?

- A. Ушкодження сухожилків згиначів пальця, шви ушкоджених сухожилків та капсули суглобу
- B. Ушкодження власних пальцевих артерій, лікування в травматологічному стаціонарі
- C. Здавлення набряком пальцевих артерій, гіпсова іммобілізація із застосуванням протинабрякової терапії в амбулаторних умовах
- D. Венозний стаз пальця, зробити фасціотомію
- E. Ушкодження власних пальцевих артерій, ургентне лікування в спеціалізованому центрі хірургії кисті

50. У пацієнта Л., 4 років, закритий вивих в п'ястково-фаланговому суглобі 1-го пальця кисті. На травмпункті, після декількох спроб не вдалося усунути вивих. Назвіть можливу причину та подальшу тактику лікування.

- A. Інтерпозиція м'язів. Закрите вправлення вивиху під загальним наркозом
- B. Інтерпозиція сесамоподібних кісточок. Видалення останніх
- C. Можливе все вище перераховане
- D. Інтерпозиція сухожилка довгого згинача. Оперативне лікування
- E. Підвищений тонус м'язів. Закрите вправлення вивиху під загальним наркозом

51. Пацієнт А., 41 рік, поступив у стаціонар з ознаками вивиху лівої плечової кістки. Яку пов'язку доцільно накласти потерпілому після вправлення вивиху?

- A. Вікончасту
- B. Спіралеподібну
- C. Дезо
- D. Повзучу
- E. Торакобрахіальну

7. РЕКОМЕНДОВАНА ЛІТЕРАТУРА

Основна:

1. Загальна хірургія . Підручник для мед.ВНЗ IV р.а. Хіміч С.Д., Желіба М.Д., Герич І.Д. та ін. – К., 2018.
2. Березницький Я.С. (редактор) - Загальна хірургія. - Національний підручник. – 2018р.

Додаткова:

1. Зубарев П.Н., Кочеткова А.В. Общая хирургия.- М.: Спецлит, 2011.- 608 с.
2. Оскретов В.И. Общая хирургия в тестах.- М.: Феникс, 2007.- 288 с.
3. Ковальов А.И. Общая хирургия (курс лекций).- М.: МИА, 2009.- 648 с.
4. Кузнецов М.А. Общая хирургия.- М.: Медпресс, 2009.- 896 с.
5. Петерсон-Браун Общая и неоложная хирургия.- СПб.: Гозтар-Медиа, 2010.- 384 с.
6. Шумпелик Ф. Атлас общей хирургии, 2010.- 616 с.

7. Петров С.В. «Общая хирургия. 4-е издание» 2014.- 426с.
8. Фергюсон М.К. «Атлас торакальной хирургии» 2009.- 256с.
9. Гостищев В.К. Общая хирургия. - М : Медицина, 2001. – 608 с.
10. Дмитрієв Б.І., Торбинський А.М., Демидов В.М. та ін. Загальна хірургія. Вибрані лекції.- Одеса: ОДМУ, 1999.- 356 с.
11. Затевахин И.И., Кириенко А.И., Кубышкин В.А. «Абдоминальная хирургия. Национальное руководство» 2016.- 372с.