**ФГБОУ ВО ДГМУ МЗ РФ**

**Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ**

**Ситуационные задачи**

**к практическим занятиям по травматологии и ортопедии для студентов 5-6 курсов лечебного, педиатрического и медико-профилактического факультетов ДГМУ.**

**Задача 1.**

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответа к задаче 1.

1. Перелом правой лучевой кости в типичном месте.
2. Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и сме­щение костных отломков - перелом Коллеса

(разгибательный) или Смита (сгибательный).

1. Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раство­ра новокаина между костными отломками.
2. По­сле анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию от­ломков.
3. На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтево­го сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до в/з предплечья. Лонгету фиксировать мягким бин­том к руке. Срок иммобилизации - 4-6 не­дель.

**Задача 2.**

Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигатель ная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.
2. Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.
3. При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.
4. На щите с валиком под спину до основания шей.
5. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

**Задача 3.**

Больная М.,23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме , в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль. Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз.

 1. Тактика лечения (подробно)?

1. Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра.
2. Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0. Задняя гипсовая лонгета.
3. Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов.
4. Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.

**Задача 4.**

Женщина стояла у закрытой двери. Внезапно дверь быстро распахнулась и ударила ее по выпрямленным напряженным пальцам левой кисти. В результате травмы ногтевая фаланга III пальца резко согнулась и как бы "повисла". В ближайшее время после травмы пациентка обратилась в травматологический пункт. Объективно: на тыльной поверхности III пальца левой кисти в дистальном межфаланговом суставе имеется небольшой отек, при пальпации умеренно болезнен. Ногтевая фаланга согнута и самостоятельно не разгибается. Пассивные движения сохранены.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Разрыв сухожилия разгибателя III пальца ле­вой кисти.
2. Рентгенографию III пальца левой кисти следует произвести для исключения отрыва сухожилия с костным фрагментом.
3. Так как концы сухожилия разгибателя при данной локализации повреждения не расходятся, лечение будет осуществляться без оперативного вмешательства, путем фиксации ногтевой фаланги пальца в положении переразгибания.
4. На место повреждения с ладонной поверх­ности наложить гипсовую лонгету. Ногтевая фа­ланга должна находиться в положении переразгибания.
5. Иммобилизацию следует выдержать 4 не­дели. После снятия гипсовой лонгеты разработку дистального межфалангового сустава следует проводить осторожно.

.

**Задача 5.**

Ученик VI класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Задний вывих костей левого предплечья.
2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сус­тава.
3. Абсолютными симптомами являются отсутствие активных движений в суставе и пружинящее сопротивление при попытке пассивных движений.
4. Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. Для этого У верхушки локтевого от­ростка сделать «лимонную корочку, а затем иглу ввести в полость сустава под локтевой от­росток до появления в шприце крови. В по­лость сустава ввести 30 мл 1 % раствора ново­каина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой от­росток. Помощник осуществляет тягу предпле­чья за кисть больного. Постепенно тягу усили­вают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдви­гает предплечье вперед, а плечевую кость на­зад. По мере продвижения локтевого отростка руку медленно сгибают в локтевом суставе. В какой-то момент слышится легкий щелчок - произошло вправление. Движения в суставе ста­новятся свободными.
5. После вправления сле­дует наложить гипсовую лонгету по задней по­верхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки при­ступить к восстановлению движений в сус­таве.

**Задача 6.**

Молодой человек, защищаясь от удара пал­кой, поднял над головой левую руку, согнутую в локтевом суставе. Удар пришелся по верхней трети предплечья. Появились сильные боли в месте травмы. Предплечье согнуто в локте­вом суставе, в верхней трети деформировано, имеется западение со стороны локтевой кости и выпячивание по передней поверхности предпле­чья. Пострадавший обратился в трав­матологическое отделение больницы. При внеш­нем осмотре левого локтевого су­става прощупывается головка лучевой кости. Пальпация деформированной области резко болезненна. Поврежденное предплечье несколько укорочено. Активные и пассивные движения предплечья резко ограничены и болезненны. Чув­ствительность кисти и предплечья не нарушена.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Перелом верхней трети локтевой кости с выви­хом головки лучевой кости левого предплечья (переломо-вывих костей предплечья Монтеджиа).
2. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава в двух проекциях.
3. Разгибательный.
4. Вправить вывихнутую головку луче­вой кости и сопоставить отломки локтевой кости. Предварительно осуществить местную ане­стезию 2 % раствором новокаина. Анестетик ввести в область перелома и вывиха. Затем про­извести репозицию ручным способом или с помощью аппарата. Руку пациента согнуть в локтевом суставе под прямым углом. Первый помощник осуществляет тягу за кисть, а вто­рой - противотягу за плечо. Предплечье нахо­дится в положении полной супинации. Снача­ла необходимо вправить вывих, а затем сопоставить костные отломки.
5. После завершения репозиции наложить циркулярную гипсо­вую повязку от основания пальцев до верхней трети плеча. Локтевой сустав находится под углом 60е. В таком положении руку удержива­ют 4-5 недель, а затем гипсовую повязку снять, конечность разогнуть до прямого угла, предпле­чью придать среднее положение между супи­нацией и пронацией и снова загипсовать на 4-5 недель. В случае неэффективности консерва­тивного метода вправления показано оператив­ное лечение.

**Задача 7.**

Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Перелом диафиза левой лучевой кости в нижней тре­ти.
2. Для подтверждения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необ­ходимо сделать рентгенографию левого пред­плечья в 2-х проекциях.
3. Патологическая подвижность и крепитация костных отломков.
4. В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабят­ся, произвести закрытую репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), сле­дует наложить циркулярную гипсовую повязку. Если сопоставить костные отломки консервативным методом не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.
5. Циркулярную гипсовую повязку следует наложить от пястно-фаланговых суставов до верхней тре­ти плеча на 5-6 недель. Предплечью необхо­димо придать среднее положение между про­нацией и супинацией, а локтевой сустав согнуть под прямым углом.

**Задача 8.**

Разрушившейся и упавшей стеной здания прапорщику были сдавлены обе стопы и голени нижней трети. Высвободить ноги из-под бетонных конструкций самостоятельно не смог Извлечен через 12 ч. Чувствительность на стопах отсутствует. Активные и пассивные движения пальцев и стоп невозможны. Определяются деформация и костная крепитация на уровне нижней трети голеней и на стопах.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Закрытые множественные переломы костей обеих голеней в нижней трети и обеих стоп; синдром длительного раздавливания.
2. Средняя тяжесть, ранний период.
3. Помощь на месте: циркулярный жгут (закрутка) на обе голени в средней трети; внутримышечно промедол из шприц-тюбика; транспортная иммобилизация подручными средствами; вынос и эвакуация в положении лежа на носилках.
4. В перевязочной МПП: циркулярная новокаиновая блокада обеих голеней в средней трети над жгутами; внутримышечно промедол, димедрол, кофеин; жгуты не снимать (!); горячий сладкий чаи, щелочно-солевой раствор; 0,5 мл столбнячного анатоксина подкожно, иммобилизация лестничными шинами.
5. В перевязочной ОМЕДБ: внутримышечно промедол, димедрол, кофеин; новокаиновая циркулярная блокада обеих голеней над жгутом; ампутация обеих голеней и в средней трети; одновременно внутривенно инфузииполиглюкина, других кровезамещающих жидкостей, раствора натрия гидрокарбоната; транспортная иммобилизация культей голени лестничными шинами. Эвакуация в первую очередь.

**Задача 9.**

Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирю. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже - запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча - симптом "клавиши".

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Вывих головки правой плечевой кости.
2. Передний вывих.
3. Для успешного вправления необходимо обезболива­ние. Кожу в области плечевого сустава обрабо­тать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода или раствором йодоната. Тонкой иглой сделать лимонную корочку 1 % раствором новокаи­на, а затем в полость сустава ввести длинной иглой 40-50 мл 1 % раствора новокаина. Выж­дать 10 мин, когда наступит анестезия, и после этого вправить плечевую кость.
4. Вправление можно осуществить одним из спо­собов (Кохера, Купера, Джанелид­зе). Успешное вправление зависит в значительной степени от того, насколько расслаблены мышцы. При безуспешности вправления вывиха под местной анестезией, производят вправление под наркозом.
5. После вправления необходимо сделать кон­трольный рентгеновский снимок и осуществить иммобилизацию повязкой Дезо укрепленной гипсовым бинтом.

**Задача 10.**

Женщина подвернула левую стопу внутрь. В результате этой травмы появились сильные боли в области голеностопного сустава. Обрати­лась в травматологический пункт. Беспокоят боли в области наружной лодыжки при ходьбе. Пострадавшая не может твердо наступить на больную ногу. При осмотре левого голеностопного сустава область наружной лодыжки отечна, бо­лезненна при пальпации. Движения в голено­стопном суставе ограничены и болезненны.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Перелом наружной лодыжки левого голено­стопного сустава.
2. Данное повреждение следует дифференцировать с повреждением связочного аппарата, разрывом дистального межберцового синдесмоза, ушибом голеностопного сустава.
3. Сделать рентгенографию левого голено­стопного сустава.
4. При отсутствии смещения или незначительном смещении следует применить фиксационный метод лечения. Перед иммобилизацией в область пе­релома ввести 10 мл 2 % раствора новокаина.
5. Иммобилизация будет осуществляться путем наложения гипсовой повязки типа «сапожек» или У-образной лонгеты на 5-6 недель. Стопу установить под прямым углом к голе­ни. Через 2 недели пригипсовать каблук и разрешить слегка приступать на больную но­гу. Нагрузку увеличивать постепенно, чтобы к концу месяца больная могла ходить с па­лочкой. После снятия гипсовой повязки назначить занятия лечебной физкультурой и массаж.

**Задача 11.**

Больной Д., 30л. доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: в момент аварии находился в автомобиле рядом с водителем, ударился правой ногой. При поступлении жалобы на боль в правом тазобедренном суставе, не может двигать правой ногой. Общее состояние тяжелое. Кожные покровы бледные, холодный липкий пот. АД- 100/70, пульс- 112/мин., ЧДД- 16/мин. В сознании, контактен, несколько заторможен, сознания не терял. Очаговой неврологической симптоматики нет.

Местный статус: правая нога незначительно приведена, легкое сгибание в тазобедренном и коленном суставах. Ротация ноги внутрь. Укорочение ноги на 3 см, активные и пассивные движения отсутствуют. Ягодичная область на стороне повреждения имеет несколько большую округлость. Нарушения иннервации и кровообращения в дистальных отделах конечности нет.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Задне-верхний /подвздошный/ вывих правого бедра. Шок 1-2 ст.
2. Проведение противошоковой терапии.
3. Больной направляется в операционную, где будет произведено закрытое вправление вывиха бедра и наложение скелетного вытяжения грузом 3 кг для разгрузки т/б сустава.
4. Вправление производится под наркозом.
5. Имеется опасность развития асептического некроза головки бедренной кости вследствие нарушения ее кровообращения.

**Задача 12.**

Больная 78 лет, упала дома в ванной комнате с упором на левую руку. Почувствовала резкую боль в левом плечевом суставе, не могла двигать левой рукой. Ночью не спала из-за сильных болей, принимала анальгетики. Утром соседями доставлена в приемное отделение больницы (через 14 часов после травмы).

При осмотре: резкий отек и обширный кровоподтек в области левого плечевого сустава, распространяющийся до н/з плеча и на грудную клетку. Левое плечо незначительно укорочено и деформировано под углом открытым кнаружи. При пальпации резкая болезненность в области левого плечевого сустава. Активные движения невозможны из-за боли, попытка пассивных движений усиливает болезненность. Осевая нагрузка на плечо также вызывает усиление боли в плечевом суставе.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

1. Перелом хирургической шейки левого плеча (абдукционный).
2. Повязка Дезо, лестничная шина от здоровой лопатки до н/з предплечья, косыночная повязка.
3. Рентгенограмма левого плечевого сустава.
4. Закрытая ручная репозиция под местной анестезией, иммобилизация лонгетной гипсовой повязкой, повязкой Вайнштейна или гипсовой повязкой Дезо. Функциональное лечение повязкой змейкой
5. Лечение повязкой змейкой.

**Задача 13.**

Больной 23 лет обратился в хирургический кабинет поликлиники с жалобами на боли в правом коленном суставе, периодически наступающее "заклинивание" сустава. Болен около двух лет, когда получил травму сустава при игре в футбол. К врачу не обращался, лечился домашними средствами (растирания, компрессы). Периодически носил наколенник. За четыре дня до обращения, выходя из автомашины, подвернул ногу, вновь почувствовал боль в коленном суставе, не мог разогнуть ногу, затем при каком-то движении "сустав встал на место''.

При осмотре: коленный сустав фиксирован наколенником. По снятии наколенника отмечается сглаженность контуров сустава, атрофия мышц правого бедра. В полости сустава определяется небольшой выпот (надколенник " баллотирует"). Положительные симптомы Чаклина, "ладони'', Байкова, Мак-Маррея.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Повреждение внутреннего мениска правого коленного сустава. Синовит.
2. Симптом Чаклина – гипотрофия внутренней головки 4-х главой мышцы бедра, симптом «ладони» - сгибательная контрактура коленного сустава ( при разгибании сустава между суставом и плоскостью постели проходит ладонь); симптом Байкова – при надавливании на область суставной щели боли усиливаются при разгибании колена; симптом Мак-Маррея – усиление боли при внутренней ротации голени.
3. Дополнительные симптомы: симптом «лестницы», симптом Турнера, симптом «крик мениска».
4. Рентгенография в 2–х проекциях, артропневмография, артроскопия коленного сустава.
5. Операция менискэктомия.

**Задача № 14.**

Больной, 47 лет, поступил в ортопедическое отделение с жалобами на боль в левом коленном суставе. Со слов больного, страдает болями в течение 4 лет. Отмечает, что боли в суставе связаны с физической нагрузкой. Часто бывает утром при вставании с постели и вечером в конце рабочего дня. В покое боли в суставе проходят. Больной работает токарем и целый день стоит на ногах. Последние 1.5 года боли стали более интенсивными и, кроме этого, периодически стал отекать сустав.

При осмотре: левый коленный сустав увеличен в объеме, движения в нем незначительно ограничены.

На рентгенограммах: сужение щели коленного сустава, незначительный склероз замыкательных пластин.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Деформирующий артроз левого коленного сустава 1-2 ст.
2. Назначение нестероидных противовоспалительных препаратов, препаратов улучшающих метаболизм хряща и окружающих тканей, улучшающих кровообращение в тканях.
3. Инъекции в параартикулярные ткани кортикостероидных препаратов - Кеналог, Дипроспан внутрисуставное введение алфлутопа, артепарона, синвиска, обладающих противовоспалительным, трофическим и регенеративным действием. Противовоспалительные мази. Физиолечение. Массаж. ЛФК. Разгрузка сустава.
4. Заболевание имеет склонность к постепенному прогрессированию и поэтому требует повторяющихся курсов лечения.
5. Корригирующие остеотомии, эндопротезирование сустава, артродез.

**Задача 15.**

Больной Т., 69 лет, упал в метро на ступеньках эскалатора, ударился левым коленным суставом о край ступени. Почувствовал редкую боль в суставе. Обратился к сотрудникам метрополитена, которые вызвали "скорую помощь". При поступлении в приемное отделение больницы: конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з бедра. По снятии шины - на передней поверхности в области надколенника поверхностная кожная ссадина, сустав резко увеличен в объеме. При пальпации в полости сустава определяется выпот, а в области надколенника - диастаз. Пострадавший в состоянии активно согнуть коленный сустав до угла 160 градусов, однако активное разгибание конечности в этом суставе невозможно. Пальпация и активные движения усиливают болевые ощущения.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левого надколенника со смещением отломков.
2. Правильно.
3. Рентгенограмма левого коленного сустава в 2 проекциях.
4. Пункция сустава под местной анестезией, удаление крови из полости сустава, введение в сустав 20 мл 1-2% р-ра новокаина, задняя гипсовая лонгета от голеностопного сустава до в/з бедра.
5. Оперативное лечение – остеосинтез надколенника.

**Задача 16.**

Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Силь­ный удар пришелся на область плечевого суста­ва, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение боль­ницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, на­ружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочле­нении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиаль­ный конец ключицы она опускается, после пре­кращения давления она вновь поднимается - пружинящая подвижность ключицы.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Вывих акромиального конца правой клю­чицы.
2. Сделать рентгенографию правого и левого надплечий для сравнения.
3. Симптом «клавиши»
4. Лечение можно начать с закрытого вправления вывиха. При этом необходимо впра­вить вывихнутый акромиальный конец ключи­цы и удерживать его в этом положении до сра­щения связок и суставной сумки. Вправление вывиха произвести после местной анестезии. Осуществить ее путем введения в ключично-акромиальное сочленение 1 % раствор новока­ина. Вывих вправить прямым давлением на смещенный акромиальный конец ключицы. Для удержания вправленного конца ключицы на­ложить торакобрахиальную гипсовую повяз­ку по Сальникову. Фиксацию осуществля­ют 5 недель.
5. Если консервативный метод не даст хороших результатов, следует провести опера­тивное лечение. Для восстановления связочно­го аппарата применить операцию Беннеля.

**Задача 17.**

Больной Д.,23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, пульс 100 уд.в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3x5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Открытый перелом костей голени 2Б типа. Травматический шок 1-2 ст.
2. Неправильно. Надо иммобилизировать коленный сустав.
3. Больному было необходимо пунктировать вену, переливать противошоковые жидкости.
4. Немедленно начать борьбу с шоком, исправить иммобилизацию, наложить давящую повязку.
5. ПХО раны, наружный чрескостный остеосинтез.

**Задача 18.**

Молодой мужчина упал с высоты 2 м. Ос­новной удар пришелся на левую пятку. Достав­лен в травматологическое отделение больницы. Объективно: левая пятка уплощена, расширена и отечна. Под внутренней лодыжкой кровопод­тек. Продольный свод стопы уплощен. Нагрузка на пятку невозможна из-за сильных болей. Пальпация пятки болезненна. Сокращение мышц голени вызывает усиление болей в пятке. При осмотре сзади обеих стоп видно, что на по­врежденной стороне лодыжки стоят ниже, а ось пяточной кости наклонена внутрь. Активные приведение и отведение, пронация и супинация отсутствуют.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левой пяточной кости.
2. Для уточнения характера перелома сде­лать рентгенографию левой пятки.
3. Угол Белера (пяточно-таранный угол) определяется между линией проведенной через высшие точки передней и задней части пяточной кости и линией проведенной по суставной поверхности пяточной кости в месте соединения с таранной костью. В норме угол равен 140-160. В зависимости от тяжести повреждения угол может уменьшаться.
4. Наложить циркулярную гипсовую повязку до коленно­го сустава на 6-8 недель. Необходимо тща­тельно отмоделировать продольные своды стопы. Ходить на костылях, не нагружая боль­ную ногу. Через 2 недели разрешить неболь­шую нагрузку, вгипсовав в повязку металли­ческое стремя.
5. Через 12 недель снять гипсовую повязку, сделать контрольную рентгенографию и назначить физиотерапию для восстановления подвижности в суставах стопы.

**Задача 19.**

Больной К., 32лет доставлен бригадой скорой помощи в приемное отделение. Со слов больного: упал с высоты 1,5м, ударился головой и правой половиной грудной клетки. Жалобы на головокружение, тошноту, боль в правой половине грудной клетки. Невозможность из-за боли глубоко вздохнуть. При кашле боль в правой половине грудной клетки резко усиливается. Общее состояние средней тяжести, в сознании, контактен, ориентирован. Отмечает потерю сознания при травме. Кожные покровы бледно-розовой окраски. В легких дыхание несколько ослаблено. ЧДД16 мин АД-330/80, пульс-84/мин. В неврологическом статусе в момент осмотра горизонтальный нистагм. Местный статус: в области лба из-под сбившейся повязки видна рана с неровными краями размерами 5 х 1,5 см со следами кровотечения. При пальпации грудной клетки резкая болезненность, крепитация, патологическая подвижность 4,5,6,7 ребер справа по передней подмышечной линии. Подкожной эмфиземы нет. Правая половина грудной клетки отстает в акте дыхания.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. ЗЧМТ. Сотрясение головного мозга, ушибленная рана лобной области, перелом 4-5-6-7 ребер справа.
2. Рентгенография грудной клетки и черепа.
3. Паравертебральная блокада 4,5,6,7 ребер справа.
4. Произвести ревизию апоневроза и подлежащей кости.
5. Назначение анальгетиков, антибиотиков, седативных, отхаркивающих препаратов и средств разжижающих мокроту.

**Задача 20.**

Юноша упал с вы­соты около 3 м. Основная сила удара пришлась на левую ногу. Самостоятельно подняться не мог. Доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре левое бедро припухшее, деформировано, ось его искривлена. Ощупывание места травмы болезненно. Появилась пато­логическая подвижность в средней трети бедра. Не может поднять левую ногу. Чув­ствительность и двигательная функция стопы сохранены в полном объеме. Пульс на перифе­рических артериях сохранен.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левого бедра в средней трети. Сделать рентгенографию левого бедра.
2. Про­извести анестезию места перелома 30 мл 1% раствора новокаина.
3. Наложить скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Уложить ногу на шину Белера.
4. После подготовки больному произвести оперативное вмешательство - остеосинтез бедренной кости.
5. 3-4 мес.

**Задача 21.**

Ученик 6 класса средней школы катался на лестничных перилах. При очередной попытке съехать вниз упал на разогнутую в локтевом суставе левую руку с опорой на ладонь. Предплечье при этом как бы "переразогнулось". В результате этой травмы появились сильные боли в локтевом суставе. Обратился за помощью в травматологический пункт. Объективно: левый локтевой сустав увеличен в объеме, деформирован, локтевая ямка сглажена. При осторожном ощупывании сзади выступает локтевой отросток. Ось плеча смещена вперед. Рука находится в вынужденном полуразогнутом положении. Пострадавший придерживает ее здоровой рукой. Активные движения в локтевом суставе невозможны. При попытке пассивных движений ощущается пружинящее сопротивление.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Задний вывих костей левого предплечья.
2. Для подтверждения диагноза необходимо сделать рентгенографию левого локтевого сус­тава.
3. Абсолютными симптомами являются отсутствие активных движений в суставе и пружинящее сопротивление при попытке пассивных движений.
4. Больному следует произвести закрытое вправление вывиха костей предплечья. Для этого У верхушки локтевого от­ростка сделать «лимонную корочку, а затем иглу ввести в полость сустава под локтевой от­росток до появления в шприце крови. В по­лость сустава ввести 30 мл 1 % раствора ново­каина. После наступления анестезии произвести вправление. Руку пострадавшего кладут на приставной столик, немного согнув в локтевом суставе. Травматолог охватывает кистями обеих рук нижнюю треть плеча пострадавшего, а большими пальцами упирается в локтевой от­росток. Помощник осуществляет тягу предпле­чья за кисть больного. Постепенно тягу усили­вают, а хирург усиливает давление на локтевой отросток большими пальцами, он как бы сдви­гает предплечье вперед, а плечевую кость на­зад. По мере продвижения локтевого отростка руку медленно сгибают в локтевом суставе. В какой-то момент слышится легкий щелчок - произошло вправление. Движения в суставе ста­новятся свободными.
5. После вправления сле­дует наложить гипсовую лонгету по задней по­верхности руки от лучезапястного сустава до верхней трети плеча. Сделать контрольную рентгенографию. Срок иммобилизации — 2-3 недели. После снятия гипсовой повязки при­ступить к восстановлению движений в сус­таве.

**Задача 22.**

Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована кнаружи. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «при­липшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом шейки левой бедренной кости.
2. Только оперативный.
3. При тяжелой сопутствующей патологии.
4. Под наркозом на ортопедическом столе осуществитъ репозицию. Произвести рентгенологический контроль за стоянием костных отломков. Затем приступить к закрытому (внесуставному) остеосинтезу трехлопастным гвоз­дем. Линейным разрезом обнажить подвертельную область бедра. У основания большого вер­тела долотом сделать насечки. Провести направляющую спицу по которой вбить трехлопастный гвоздь ( или ввести винт) под рентгено­логическим контролем. Гвоздь должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя.
5. Через 3-4 недели больной должен ходить на костылях без нагрузки на больную ногу. Нагрузку на больную ногу раз­решить через 5-6 месяцев. Гвоздь удалить че­рез 1 год после операции.

**Задача 23.**

Больной Д.,23 лет, сбит легковой автомашиной на проезжей части улицы вне пешеходного перехода. Прохожими вызвана "скорая помощь", которая доставила пострадавшего через 40 мин. после травмы в приемное отделение городской больницы. При поступлении: бледность кожных покровов, в сознании, ретроградной амнезии нет, пульс 100 уд.в мин. удовлетворительного наполнения. АД 100/60 мм рт. ст. Левая нижняя конечность фиксирована транспортной шиной от пальцев стопы до в/з голени. В н/з голени марлевая повязка обильно промокла кровью. Пальцы стопы теплые, обычной окраски активные движения невозможны из-за боли. По снятии повязки на передней поверхности голени рваная рана размерами 3x5 см с осадненными краями. Голень деформирована на границе средней и нижней трети под углом открытым кнутри и кпереди. Пульс на артериях стопы определяется четко. Чувствительность не нарушена. Кровотечение из раны на голени небольшое.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Открытый перелом костей голени 2Б типа. Травматический шок 1-2 ст.
2. Неправильно. Надо иммобилизировать коленный сустав.
3. Больному было необходимо пунктировать вену, переливать противошоковые жидкости.
4. Немедленно начать борьбу с шоком, исправить иммобилизацию, наложить давящую повязку.
5. ПХО раны, наружный чрескостный остеосинтез.

**Задача 24.**

Подросток упал с качелей и ударился наруж­ной поверхностью правого плечевого сустава о землю. Появились сильные боли в области клю­чицы. Обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре отмечается деформация правой ключицы, правоенадплечье укорочено и опущено ниже левого. Здоровой рукой пациент придерживает поврежденную руку за предпле­чье, согнутую в локтевом суставе, прижимает ее к туловищу. Область правой ключицы отечна. При пальпации появляется резкая болезненность и удается определить концы отломков. Движения в правом плечевом суставе болезненны, особенно при попытке поднять и отвести руку.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Переломом правой ключицы со смещением.
2. В место перелома ввести 15-20 мл 2 % раствора новокаина.
3. После анестезии осуществить репо­зицию костных отломков. Для этого больного нужно усадить на стул. Помощник встает сзади больного и обеими руками разводит его надплечья так, чтобы внутренние края лопаток приблизились к позвоночнику. Хирург в это время большим пальцем медленно и осторожно надавливает на вершину угла, образованного отломками ключицы.
4. После устранения смещения отломков следует наложить фиксирующую гипсовую повязку Смирнова - Вайнштейна. Срок гипсовой иммобилизации — 4-5 недель.
5. Показания для оперативного лечения: Неэффективность закрытой ручной репозиции. Оскольчатый характер перелома со значительным смещением отломков. Угроза или признаки повреждения сосудистого пучка. Угроза перфорации кожи концом отломка Интерпозиция тканей между отломками.

**Задача 25.**

Пожилой мужчина доставлен в клинику с места автодорожной аварии. Беспокоят боли в области лобка и промежности. Движение но­гами усиливает боль. Пальпация лобка болез­ненна с обеих сторон. Из наружного отверстия мочеиспуска­тельного канала по каплям выделяется кровь. В промежности образовалась гематома. Моче­вой пузырь переполнен, и дно его выступает за лонное сочленение. Попытка опорожнить мочевой пузырь приводит к обжигающей боли и это заставляет пострадавшего прекратить акт мочеиспускания.

1. Ваш предварительный диагноз?

2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Двусторонний перелом лобковых костей таза с разрывом мочеиспускательного канала.
2. Для определения характера повреждения мочеиспускательного канала необходимо сделать ретроградную уретрографию. Если при уретрографии выяснилось, что раз­рыв уретры непроникающий.лечение может быть консервативным. На место повреждения положить холод. Внутримышечно вводить антибиотики, гемостатические препараты. Дать обильное питье, для рассасывания гематомы назначить лидазу. При задержке мочеиспускания ввести постоянный катетер. Уретра заживет через 1,5-2 недели.
3. В место перелома лобковых костей ввести 2 *%*раствор новокаина.
4. Больного поместить на жесткую кровать со щитом в положений «лягушки» (ноги немного согнуть в коленный и тазобедренных суставах, колени развести, стопы сблизить). Такое положение удержать с помощью валика подложенного под колени.

**Задача 26.**

Водитель легкового автомобиля резко затор­мозил перед близко идущим пешеходом. В ре­зультате он сильно ударился грудной клеткой о рулевое колесо. Обратился в травматологическое отделение больницы. Пострадавший жалуется на сильные боли в месте травмы, возрастающие при глубоком вдохе, кашле и ощупывании. Пациент сидит в вынужденной позе неподвижно, наклонив туловище вперед, сутулится, часто и поверхностно дышит. Грудина болезненная, имеет ступенчатую деформацию (тело грудины смещено назад), осо­бенно заметную при пальпации.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом грудины со смещением.
2. Сделать рентгенографию грудины.
3. В область перелома ввести 15-20 мл 1 % раствора новокаи­на.
4. Для вправления отломков необходимо осу­ществить реклинацию. Больного уложить на спину на жесткую кровать, между лопаток под­ложить валик. В результате длительногопере­разгибания костные отломки самостоятельно вправятся. Спустя несколько дней, когда боли стихнут, пациенту назначить дыхательную гим­настику.
5. Постельный режим с реклинатором выдержать 3 недели. Затем сделать контрольный рентгеновский снимок, и больному можно разре­шить вставать.

**Задача 27.**

Мужчина средних лет нес в правой руке груз, оступился и упал на правое плечо. Силь­ный удар пришелся на область плечевого суста­ва, максимально опущенного в это время вниз под тяжестью груза. Мужчина почувствовал сильную боль в области надплечья. Через сутки обратился в травматологическое отделение боль­ницы. При сравнительном осмотре здорового и поврежденного надплечья правое отечно, на­ружный (акромиальный) конец ключицы ступенеобразно выпячивается. Отмечается локальная болезненность в ключично-акромиальном сочле­нении. Движения в плечевом суставе, особенно отведение и поднятие плеча вверх, ограничены и болезненны. При надавливании на акромиаль­ный конец ключицы она опускается, после пре­кращения давления она вновь поднимается - пружинящая подвижность ключицы.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Вывих акромиального конца правой клю­чицы.
2. Сделать рентгенографию правого и левого надплечий для сравнения.
3. Симптом «клавиши».
4. Лечение можно начать с закрытого вправления вывиха. При этом необходимо впра­вить вывихнутый акромиальный конец ключи­цы и удерживать его в этом положении до сра­щения связок и суставной сумки. Вправление вывиха произвести после местной анестезии. Осуществить ее путем введения в ключично-акромиальное сочленение 1 % раствор новока­ина. Вывих вправить прямым давлением на смещенный акромиальный конец ключицы. Для удержания вправленного конца ключицы на­ложить торакобрахиальную гипсовую повяз­ку по Сальникову. Фиксацию осуществля­ют 5 недель.
5. Если консервативный метод не даст хороших результатов, следует провести опера­тивное лечение. Для восстановления связочно­го аппарата применить операцию Беннеля.

**Задача 28.**

Девушка 18 лет упала на согнутую в локтевом суставе левую руку и ударилась локтем о землю. Почувствовала резкую боль в локтевом суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: на задней поверхности левого плеча в нижней трети имеется подкожная гематома. Предплечье кажется удлиненным, ось плеча отклонена кпереди. Задняя поверхность плеча образует дугу, обращенную выпуклостью в дорсальную сторону. Сзади над локтевым отростком пальпируется конец центрального отломка. Отмечается значительная припухлость локтевого сустава и резкая болезненность при попытке произвести движения. Определяется крепитация костных отломков при пальпации. Ось плеча пересекает ли­нию надмыщелков, образуя острый и тупой углы. Треу­гольник Гюнтера сохраняет равнобедренность. Чувствительность и двигательная функция паль­цев кисти сохранены в полном объеме. Пульс в нижней трети предплечья определяется.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Надмыщелковый перелом ле­вой плечевой кости со смещением. Сделать рентгенографию левого локтевого сустава.
2. Сгибательный перелом.
3. При переломе плечевой кости отломок мо­жет сдавливать сосудисто-нервный пучок. Если своевременно не устранить сдавление сосудис­то-нервного пучка, что достигается только пу­тем хорошего сопоставления отломков, то возможно развитие ишемической контрактуры Фолькмана характеризующейся перерождением мышц предплечья, прежде всего глубокого сгибателя пальцев.
4. Симптом Маркса - ось плечевой кости перпендикулярна линии проведенной через надмыщелки плечевой кости. Треугольник Гюнтера - равнобедренный треугольник образованный вершиной локтевого отростка и надмыщелками плечевой кости.
5. Вправление отломков необходимо про­изводить при надежном обезболивании, лучше под наркозом. Репозицию осуществляют вмес­те с помощником. После сопоставления кост­ных отломков следует сделать контрольную рен­тгенографию и наложить глубокую заднюю гипсовую лонгету от пястно-фаланговых сочле­нений до плечевого сустава. Локоть должен быть разогнут до угла 140°. Через 3-4 недели гипсовую повязку снимают и больной присту­пает к разработке локтевого сустава. Массаж сустава противопоказан.

**Задача 29.**

Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а так же в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом костей таза типа Мальгеня.
2. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца.
3. Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову.
4. Осторожное сдавливание крыльев подвздошных костей навстречу друг другу (симптом Вернейля) или их разведение (симптом Ларрея) усиливают болевые ощущения.
5. Проведение внутритазовой блокады по Школьникову. Наложение скелетного вытяжения за надмыщелковую область бедренной кости.

**Задача 30.**

Пожилой мужчина упал на правый бок с высоты около 3 м. Максимальный удар пришел­ся на большой вертел правой бедренной кости. Пострадавший доставлен в травматоло­гическое отделение больницы. Беспокоит боль в правом тазобедренном суставе. Двигатель­ная функция сустава значительно ограничена. Нога находится в вынужденном положении:бедро согнуто и ротировано внутрь. Нагрузка по оси бедра болезненна. Большой вертел вдав­лен внутрь, постукивание по нему вызывает боль. В паховой области справа определяется гематома.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левой вертлужной впадины с центральным вывихом бедра.
2. Сделать обзорную рентгенографию костей таза.
3. Осуществить местную анестезию перелома. Ввести в тазобедренный сустав 20 мл 2 % раствора новокаина. Установить скелетное вытяжение с системой двух тяг. Одно вытяжение — по оси бедра, спицы провести через мыщелки бедра. Другое вытяжение осуществить за большой вертел, тяга должна был направлена по оси шейки бедра, чтобы извлечь головку бедра из полости малого таза. Срок вытяжения — 4-6 недель.
4. Разгрузка конечности с помощью костылей до 4 мес. Этот внутрисуставной перелом нуждается в раннем функциональном лечении, чтобы избежать контрактуры. После стихания болей через 3-4 дня начать лечебную физкультуру и физиотерапию.
5. В отдаленном периоде после травмы возможно развитие асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза т/б сустава.

**Задача 31.**

Мужчина делал в квартире ремонт. Про­бивал пробойником бетонную стену. Молот­ком случайно ударил по ногтевой фаланге I пальца левой кисти. Обратился в травматоло­гический пункт. При внешнем осмотре I пальца ногтевая фаланга отечная, болезненная при пальпации. Движения в пальце ограничены. Под ногтевой пластинкой имеется гематома. Нагрузка по оси пальца болезненна. Захватывание пальцем каких-либо предметов невозможно из-за болей.

1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Закрытый перелом концевой фаланги и подногтевая гематома I пальца левой кисти.
2. Произвести рентгенографию I пальца ле­вой кисти.
3. Обработать ногтевую пластинку антисептиком. Затем накалить на спиртовке прямую иглу зажатую в иглодержателе. Прикасаются раскаленной иглой к ногтю и прожигают его. Из образовавшегося отверстия вытекает скопившаяся кровь. После этого у пациента исчезает чувство распирания. На палец накладывают асептическую повязку.
4. Осуществить гипсовую иммобилизацию поврежден­ного пальца в полусогнутом положении
5. Длительность иммобилизации - 2-3 недели.

**Задача 32.**

Молодой человек попытался поднять боль­шой *груз.*Почувствовал треск и сильную боль в правом плечевом суставе. Первые 2 дня после травмы за медицинской помощью не обращался, и только на 3-й день обратился в травматологи­ческий пункт. Объективно: на передней поверх­ности правого плеча в верхней трети появился кровоподтек, сила двуглавой мышцы снижена. Функция локтевого и плечевого суставов не на­рушена. При сгибании предплечья в локтевом суставе появляется выпячивание шаровидной формы на передненаружной поверхности плеча величиной с куриное яйцо. При разгибании предплечья это образование исчезает. С помо­щью ощупывания выяснилось, что это образова­ние относится к длинной головке двуглавой мышцы плеча.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Разрыв сухожилия длинной головки двугла­вой мышцы правого плеча.
2. В области сухожильной части.
3. Лечение оперативное.
4. Поврежденное сухо­жилие длинной головки двуглавой мышцы фик­сируют в области межбугорковой борозды плечевой кости.
5. После операции руку фик­сируют повязкой Дезо на 2 недели, а затем на­кладывают косыночную повязку еще на 2 не­дели. В дальнейшем необходимо назначить лечебную физкультуру, массаж, тепловые про­цедуры.

**Задача 33.**

Работник милиции при задержании пре­ступника получил ножевое ранение в живот. Доставлен в отделение абдоминальной хирургии. При осмотре живота на передней стенке колото-резаная рана длиной около 2 см, на 3 см левее пупочного кольца. Живот участвует в акте ды­хания. Напряжение брюшных мышц определя­ется лишь в пределах раны. Перитонеальные симптомы, рвота, метеоризм, учащение пульса отсутствуют. Температура тела нормальная. Картина крови в пределах нормы, В области раны определяется небольшая припухлость, пальпация живота болезненна лишь в месте повреждения. Признаки внутрибрюшного крово­течения отсутствуют.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Непроникающее ножевое ранение живота.
2. Сделать обзорную рентгенографию органов брюшной полости.
3. Кожу вокруг раны обработать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода. Осуществить местную анестезию 0,5 % раствор ром новокаина. Произвести первичную хирургическую обработку раны. Рассечь глубоко все| слои (кожу, подкожную клетчатку, мышцы) передней брюшной стенки до брюшины.
4. Убедиться в целости брюшины.
5. Наложить редкие швы на мышцы и| апоневроз. Ввести дренаж до брюшины. Кожу вокруг дренажа зашить. По дренажу в глубину раны вводить антибиотики. Через несколько дней удалить дренаж.

**Задача 34.**

Ныряльщик ударился головой о грунт на мелководье. Беспокоит боль в шейном отделе позвоночника. Объективно: голова в вынужденном положении. Пальпация остистых отростков V и VI шейных позвонков болезненна. Имеется деформация в виде заметного выстояния остистых отростков этих позвонков. Попытки больного двигать головой почти невозможны, очень болезненны и значительно ограничены. Чувствительность и двигательная функция верхних и нижних конечностей сохранены в полном объеме.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Неосложненный компрессионный перелом тела 5 шейного позвонка.
2. Для уточнения диагноза следует произвести рентгенологическое исследование и магнитно-резонансную томографию шейного отдела позвоночника.
3. При обследовании пострадавшего обратить внимание на сохранение чувствительности и движений в верхних и нижних конечностях, для исключения повреждения спинного мозга.
4. На спине, на щите с валиком под спину до основания шеи.
5. После выяснения характера перелома лечение осуществлять с помощью петли Глиссона. Для этого пострадавшего уложить на спину на кровать со щитом и жестким матрацем. Головной конец кровати приподнять. Под спину до основания шеи подложить валик. После репозиции (через 5-7 дней) вытяжение заменить на гипсовый корсет с воротником. Следить что бы не было пролежней. Рекомендовать занятия физкультурой.

**Задача 35.**

Мужчина, защищаясь от ножевого удара, схватил нож правой рукой за лезвие. Нападавший с силой выдернул его из руки обороняющегося. В результате на ладонной поверхности правой кисти пострадавшего образовалась глубокая рана. Пациент обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре правой кисти на ладонной поверхности глубокая поперечная резаная рана длиной 4 см с ровными краями и выраженным кровотечением. В глубине раны, в области III пальца, виден периферический конец сухожилия, центрального конца в ране нет. III палец разогнут, активных сгибаний концевой и средней фаланг нет. При пассивном сгибании палец вновь самостоятельно разгибается. Чувствительность сохранена.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Рассечение поверхностного и глубокого сухо­жилия сгибателя III пальца правой кисти.
2. Осуществить местную анестезию 0,5 % раствором новокаина.
3. Кожу вокруг раны обработать антисептиком (новосепт, йодонат, хлоргексидин). Рану промыть фурацилином, риванолом или пе­рекисью водорода. Найти в глубине раны концы сухожилий сгибателей (поверхностного и глу­бокого) и сшить их тонким шелком внутриствольным (неснимаемым) швом. Края кожной раны сблизить и наглухо зашить.
4. После опера­ции кисть и нижнюю треть предплечья фикси­ровать тыльной гипсовой лонгетой в среднем физиологическом положении пальцев и кисти.
5. Ввести противостолбнячную сы­воротку и столбнячный анатоксин.

**Задача 36.**

Немолодой мужчина поднял двухпудовую гирю. Когда выпрямленная правая рука с гирей была над головой, он не смог зафиксировать ее в этом положении. Гиря по инерции стала тянуть руку назад. В плечевом суставе что-то хрустнуло, появились сильные боли и он вынужден был бросить гирю. После этой травмы плечевой сустав принял необычный вид. Пациент обратился в травматологический пункт. При осмотре правая рука согнута в локтевом суставе, несколько отведена от туловища и больной придерживает ее за предплечье здоровой рукой. Плечевой сустав деформирован. Округлость плеча у дельтовидной мышцы исчезла. Отчетливо выступает край акромиального отростка лопатки, а ниже - запустевшая суставная впадина. Под клювовидным отростком определяется шаровидное выпячивание. Активные движения в плечевом суставе невозможны. Пассивные движения очень болезненны. Отмечается пружинистое сопротивление плеча - симптом "клавиши".

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Вывих головки правой плечевой кости.
2. Передний вывих.
3. Для успешного вправления необходимо обезболива­ние. Кожу в области плечевого сустава обрабо­тать этиловым спиртом и 5 % настойкой йода или раствором йодоната. Тонкой иглой сделать лимонную корочку 1 % раствором новокаи­на, а затем в полость сустава ввести длинной иглой 40-50 мл 1 % раствора новокаина. Выж­дать 10 мин, когда наступит анестезия, и после этого вправить плечевую кость.
4. Вправление можно осуществить одним из спо­собов (Кохера, Купера, Джанелид­зе). Успешное вправление зависит в значительной степени от того, насколько расслаблены мышцы. При безуспешности вправления вывиха под местной анестезией, производят вправление под наркозом.
5. После вправления необходимо сделать кон­трольный рентгеновский снимок и осуществить иммобилизацию повязкой Дезо укрепленной гипсовым бинтом.

**Задача 37.**

Мужчина 80 лет оступился и упал на левый бок. Ударился областью большого вертела. Появились сильные боли в паховой области. Пострадавший доставлен в травматологическое отделение больницы. При осмотре больного в горизонтальном положении правая нога ротирована кнаружи. Самостоятельно поставить стопу вертикально не может. Попытка сделать это с посторонней помощью приводит к появлению сильной боли в тазобедренном суставе. Больной не может поднять выпрямленную в коленном суставе ногу, вместо этого он сгибает ее, и нога скользит пяткой по постели (симптом «при­липшей пятки»). Постукивание по пятке и по большому вертелу болезненно.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом шейки левой бедренной кости.
2. Только оперативный.
3. При тяжелой сопутствующей патологии.
4. Под наркозом на ортопедическом столе осуществитъ репозицию. Произвести рентгенологический контроль за стоянием костных отломков. Затем приступить к закрытому (внесуставному) остеосинтезу каннюлированными винтами или трехлопастным гвоз­дем. Линейным разрезом обнажить подвертельную область бедра. У основания большого вер­тела долотом сделать насечки. Провести направляющие спицу по которой ввести винты или вбить трехлопастный гвоздь под рентгено­логическим контролем. Гвоздь должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя.
5. Через 2 недели больной должен ходить на костылях без нагрузки на больную ногу. Нагрузку на больную ногу раз­решить через 4 месяца. Фиксаторы удалить че­рез 1 год после операции.

**Задача 38.**

У подростка правая кисть попала в движущийся агрегат во время сельскохозяйственных работ. В результате травмы ногтевая фаланга IV пальца размозжена. В тот же день обратился в травматологический пункт. При внешнем осмотре IV пальца правой кисти ногтевая фаланга раздавлена. Кожные покровы в этой области разорваны. Рана сильно загрязнена землей и технической смазкой. При пальпации ногтевой фаланги под кожей прощупываются раздробленные мелкие костные отломки. Кровотечение из рваной раны небольшое.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Рвано-ушибленная рана и мелкооскольчатый перелом ногтевой фаланги IV пальца правой кисти.
2. Осуществить анестезию пальца 1 % раствором новокаина по Лукашевичу.
3. IV палец тщательно промыть антисептиком Произвести эконом­ную ампутацию ногтевой фаланги. Сформиро­вать культю пальца.
4. Наложить асептическую повязку с хлоргексидином, фурацилином или риванолом и гипсовую лонгету.
5. Ввести противостолбнячную сы­воротку и столбнячный анатоксин.

**Задача 39.**

Больной Ж. 37 лет, доставлен в приемное отделение с жалобами на резкие боли в правой половине таза. Со слов больного, за 40 минут до поступления был сбит автомашиной, получил удар в область правой половины таза. Сознание не терял. При осмотре выявлено: в области крыла правой подвздошной кости имеется обширная подкожная гематома, резкая болезненность при пальпации лонной и седалищной костей, а так же в области крыла подвздошной кости справа. Правая нога согнута в коленном и тазобедренном суставах и несколько ротирована к наружи. При измерении длины правой ноги абсолютного укорочения не определяется, однако при измерении длины от мечевидного отростка имеется относительное укорочение на 2,5 см. Положительны симптом Ларрея и симптом Вернейля.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом костей таза типа Мальгеня.
2. Переломы костей таза с нарушением непрерывности тазового кольца.
3. Внутритазовая новокаиновая блокада по Школьникову.
4. Осторожное сдавливание крыльев подвздошных костей навстречу друг другу (симптом Вернейля) или их разведение (симптом Ларрея) усиливают болевые ощущения.
5. Проведение внутритазовой блокады по Школьникову. Наложение скелетного вытяжения за надмыщелковую область бедренной кости.

**Задача 40.**

Пожилая полная женщина шла по обледенелому тротуару. Поскользнулась и упала, опираясь на ладонь вытянутой правой руки. Появились сильные боли в лучезапястном суставе. Обратилась в травматологический пункт. Объективно: правый лучезапястный сустав отечный, движения в нем очень болезненные и ограниченные. Отчетливо определяется "штыкообразная" деформация сустава (дистальный отломок вместе с кистью смещен к тылу). Пальпация тыльной поверхности сустава болезненна. Осевая нагрузка вызывает усиление болей в месте травмы.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом правой лучевой кости в типичном месте.
2. Произвести рентгенографию правого лучезапястного сустава в двух проекциях и определить характер перелома и сме­щение костных отломков - перелом Коллеса (разгибательный) или Смита (сгибательный).
3. Необходимо выполнить местную анестезию. Для этой цели ввести 10-15 мл 1 % раство­ра новокаина между костными отломками.
4. По­сле анестезии следует произвести закрытую ручную репозицию от­ломков.
5. На предплечье и кисть наложить две гипсовые лонгеты: с тыльной стороны - от пястно-фаланговых сочленений до локтево­го сустава, и по ладонной поверхности - от дистальной ладонной складки до в/з предплечья. Лонгету фиксировать мягким бин­том к руке. Срок иммобилизации - 4-6 не­дель.

**Задача 41.**

Мужчина разгружал пиломатериалы. При неосторожных действиях деревянный брус свалился с машины и ударил его по левому предплечью. Пострадавший обратился в травматологический пункт. Объективно: в месте ушиба (на наружно-ладонной поверхности нижней трети левого предплечья) имеется подкожная гематома. Пальпация места травмы болезненна, определяется крепитация костных отломков. При нагрузке по оси предплечья появляется боль в месте травмы. Пронация и супинация затруднены, попытка произвести эти движения вызывает резкую боль. Сгибание и разгибание предплечья почти не ограничены. Дистальная часть предплечья и кисти находятся в положении пронации.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом диафиза левой лучевой кости в нижней тре­ти.
2. Для подтверждения диагноза и выяснения характера смещения костных отломков необ­ходимо сделать рентгенографию левого пред­плечья в 2-х проекциях.
3. Патологическая подвижность и крепитация костных отломков.
4. В место перелома ввести 2 % раствор новокаина. После того как мышцы расслабят­ся, произвести закрытую репозицию ручным способом с помощью двух помощников. Если костные отломки хорошо сопоставлены (о чем можно судить по контрольным рентгенограммам), сле­дует наложить циркулярную гипсовую повязку. Если сопоставить костные отломки консервативным методом не удалось, следует прибегнуть к оперативному лечению.
5. Циркулярную гипсовую повязку следует наложить от пястно-фаланговых суставов до верхней тре­ти плеча на 5-6 недель. Предплечью необхо­димо придать среднее положение между про­нацией и супинацией, а локтевой сустав согнуть под прямым углом.

**Задача 42.**

Больная М.,23 лет, упала дома со стремянки. Почувствовала редкую боль в правом коленном суставе, сустав резко "опух". Родственниками доставлена на личном автотранспорте в травматологический пункт. При осмотре: правый коленный сустав резко увеличен в объеме , в полости сустава определяется выпот (симптом "баллотирования" надколенника положительный). При пальпации болезненность по внутренней поверхности коленного сустава. Больная полностью разгибает сустав, сгибание возможно до угла 150 градусов, но вызывает усиление боли. Правая голень при исследовании стабильности сустава отводится от анатомической оси конечности на 20 градусов, левая - на 5 градусов. При отведении правой голени возникает резкая боль.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Повреждение большеберцовой коллатеральной (внутренней боковой) связки правого коленного сустава. Гемартроз.
2. Транспортная лестничная шина от нижней трети голени до в/з бедра.
3. Пункция правого коленного сустава, удаление излившейся крови под местной анестезией 1-2% р-ром новокаина 20,0. Задняя гипсовая лонгета.
4. Функциональные стрессовые рентгенограммы коленных суставов.
5. Иммобилизация гипсовым тутором на срок до 6 недель или оперативное лечение – восстановление поврежденной связки.

**Задача 43.**

Молодой человек упал и ударился левым локтевым суставом о твердый предмет, при этом рука была согнута. Обратился в травматологи­ческое отделение больницы. При внешнем ос­мотре левая рука выпрямлена, свисает. Больной щадит ее, придерживая здоровой рукой. Локте­вой сустав увеличен в объеме, по задней поверх­ности определяется припухлость. Пальпация су­става болезненна, боль особенно усиливается при надавливании на локтевой отросток. Между отростком и локтевой костью прощупывается поперечная щель. Локтевой отросток слегка смещается в боковых направлениях. Пассивные движения в локтевом суставе свободны, но болезненны. Активное разгибание невозможно, а сгибание со­хранено, но болезненно.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левого локтевого отростка со смеще­нием.
2. Для уточнения диагноза и характера сме­щения отломков необходимо сделать рент­генографию левого локтевого сустава. На рент­генограмме выявлен диастаз между костными отломками около 3 мм.
3. При диастазе между отломками не более 3 мм.
4. Необходимо освободить полость сустава от излившейся крови, т. е. про­извести пункцию локтевого сустава. Предплечье установить в среднем положении между супинацией и прона­цией. Локоть согнуть под углом 100-110°.
5. Наложить гипсовую лонгету по задней поверхности руки от головок пястных костей до верхней трети плеча. Им­мобилизацию осуществлять в течение 3-4 не­дель.

**Задача 44.**

Пожилой мужчина упал на правый бок с высоты около 3 м. Максимальный удар пришел­ся на большой вертел правой бедренной кости. Пострадавший доставлен в травматоло­гическое отделение больницы. Беспокоит боль в правом тазобедренном суставе. Двигатель­ная функция сустава значительно ограничена. Нога находится в вынужденном положении: бедро согнуто и ротировано внутрь. Нагрузка по оси бедра болезненна. Большой вертел вдав­лен внутрь, постукивание по нему вызывает боль. В паховой области справа определяется гематома.

 1. Ваш предварительный диагноз?

 2. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

 3. Тактика лечения (подробно)?

 Эталон ответов

1. Перелом левой вертлужной впадины с центральным вывихом бедра.
2. Сделать обзорную рентгенографию костей таза.
3. Осуществить местную анестезию перелома. Ввести в тазобедренный сустав 20 мл 2 % раствора новокаина. Установить скелетное вытяжение с системой двух тяг. Одно вытяжение — по оси бедра, спицы провести через мыщелки бедра. Другое вытяжение осуществить за большой вертел, тяга должна был направлена по оси шейки бедра, чтобы извлечь головку бедра из полости малого таза. Срок вытяжения — 4-6 недель.
4. Разгрузка конечности с помощью костылей до 4 мес. Этот внутрисуставной перелом нуждается в раннем функциональном лечении, чтобы избежать контрактуры. После стихания болей через 3-4 дня начать лечебную физкультуру и физиотерапию.
5. В отдаленном периоде после травмы возможно развитие асептического некроза головки бедренной кости и деформирующего артроза т/б сустава.

Зав. кафедрой травматологии,

ортопедии и ВПХ, д.м.н. Атаев А.Р.