

ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ТРАВМАТОЛОГІЧНИМИ ТА ОРТОПЕДИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ

*Методичні вказівки для студентів за спеціальностями:
"Терапія та реабілітація" першого (бакалаврського) рівня
та "Медицина", "Педіатрія" другого (магістерського) рівня*

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
Харківський національний медичний університет

**ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ
З ТРАВМАТОЛОГІЧНИМИ
ТА ОРТОПЕДИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ**

*Методичні вказівки для студентів за спеціальностями:
"Терапія та реабілітація" першого (бакалаврського) рівня
та "Медицина", "Педіатрія" другого (магістерського) рівня*

Затверджено
Вченою радою ХНМУ.
Протокол № 14 від 25.09.2025.

**Харків
ХНМУ
2025**

Особливості обстеження хворих з травматологічними та ортопедичними ушкодженнями : метод. вказ. для студентів за спец. : "Терапія та реабілітація" першого (бакалаврського) рівня та "Медицина", "Педіатрія" другого (магістерського) рівня / упоряд. Г. Г. Голка, А. О. Олійник, О. Г. Фадєєв та ін. Харків : ХНМУ, 2025. 28 с.

Упорядники Г. Г. Голка
 А. О. Олійник
 О. Г. Фадєєв
 В. В. Веснін
 В. В. Бурлака
 Е. Ю. Фролова-Романюк
 С. А. Олійник

I. Кількість годин – 4.

II. Науково методичне обґрунтування теми

Клінічне обстеження хворих із травмами і захворюваннями опорно-рухового апарату є основою професійної діяльності травматолога-ортопеда. Методично правильно проведене обстеження хворого дозволяє оформити історію хвороби, яка є основним документом, що підтверджує законність дій лікаря при рішенні юридичних суперечок. Обстеження хворого травматолога-ортопедичного профілю необхідно проводити, дотримуючись певного алгоритму дій, який дозволяє найточніше сформулювати діагноз, зменшити витрати і вірогідність виникнення діагностичних помилок. Крім того, обстеження хворих з ушкодженнями і захворюваннями (або наслідками ушкоджень) опорно-рухової системи здійснюється в різних умовах і тому має ряд істотних особливостей. Ці особливості стосуються не лише спеціальних мануальних прийомів і симптомів, але і самої методології обстеження, що використовується лікарем, порівняно також із загальноклінічним дослідженням хворого хірургічного профілю.

III. Навчально-виховні цілі

Для формування умінь студент повинен знати:

1. Клінічні симптоми найбільш поширених захворювань та пошкоджень опорно-рухової системи.
2. Послідовність дослідження стану опорно-рухової системи.
3. Показання до застосування додаткових лабораторних та інструментальних досліджень і трактування їх результатів.

Після заняття студент повинен вміти:

1. Зібрати анамнез у хворого або у осіб, що його супроводжують.
2. Оцінити загальний стан хворого (постраждалого) та за необхідності назначити лікування невідкладних станів.
3. Провести огляд та об'єктивне обстеження хворого.
4. Сформулювати попередній діагноз.
5. Призначити додаткове обстеження з урахуванням його результатів та сформулювати клінічний діагноз.
6. Скласти план лікування.
7. Лаконічно написати історію хвороби.

IV. Базові знання

1. Анатомічні та біомеханічні характеристики опорно-рухового апарату.
2. Збирання анамнезу у хворих з ушкодженням або захворюванням опорно-рухового апарату.
3. Освоїти методику послідовного огляду хворого, виявлення типових патологічних симптомів, деформацій.
4. Оцінити вже наявні дані додаткових досліджень (рентгенологічні, лабораторні), уміти їх інтерпретувати.

V. Зміст навчального матеріалу

Клінічне обстеження хворих із "гострою травмою" має досить чітко розроблену систему, яка полягає у збиранні і вивченні суб'єктивних скарг та об'єктивних симптомів ушкоджень. Умови проведення клінічного обстеження травмованих можуть істотно відрізнятися. Так, діагностика ушкоджень у потерпілих із "гострою травмою" відрізняється тим, що проводиться, як правило, в умовах дефіциту часу, відсутності можливості повноцінного клінічного й інструментального обстеження. Не завжди можна розраховувати на співпрацю пацієнта, який може бути неадекватним, агресивним, загальмованим або взагалі без свідомості. Обстеження травмованого хворого проводиться за схемою:

1. З'ясування скарг.
 2. Збір анамнезу:
 - історія справжнього захворювання (*anamnesis morbi*);
 - історія життя (*anamnesis vitae*).
 3. Оцінка стану хворого:
 - загальний огляд і фізикальне обстеження хворого (*status praesens*);
 - огляд і обстеження місця ушкодження (*status localis*).
 4. Неінвазивні додаткові методи дослідження (рентгенографія, комп'ютерна та ядерна магнітно-резонансна томографія, ультразвукове дослідження і т. п.)
 5. Інвазивні додаткові методи обстеження (пункція, артроскопія тощо).
- Після обстеження пацієнта має бути встановлений діагноз.

Згідно із загальноприйнятими правилами медичної діагностики знайомство лікаря з хворим починається з вивчення його паспортних даних (П.І.Б., стать, вік, адреса, професія і т. і.), які дозволяють лікареві визначити загальний соціальний статус постраждалого і можливий зв'язок травми з його професійною діяльністю. Потім слідує вивчення основних скарг хворого.

Найважливіше значення на початку обстеження має детальне з'ясування скарг та їх розподіл на головні і другорядні. Хороший контакт із пацієнтом, який чітко локалізує свої скарги, значно полегшує постановку діагнозу. Набір скарг хворих з ушкодженнями невеликий (біль, кульгавість, деформація, порушення функції кінцівки або хребта, косметичний дефект), тому кожна з них вимагає уточнення. На підставі знання типових симптомів ушкоджень дуже важливе уміння лікаря при бесіді з пацієнтом виділити головні скарги, уточнити їх характер і момент появи, зв'язок із рухом або навантаженням. Хворі з травмами опорно-рухового апарату найчастіше скаржаться на біль, який може бути різноманітним за характером. Біль – це захисна реакція організму або новий сигнал про неблагополуччя в тій або іншій ланці морфофункціональної системи людини. Якщо основу скарг складає біль, необхідно з'ясувати його точну локалізацію, іррадіацію, інтенсивність, тривалість, зв'язок із фізичним навантаженням, положенням тіла (кінцівки) і так далі, не забуваючи при цьому, що локалізація болю не завжди може точно відповідати локалізації ушкодження.

Важливо пам'ятати, що біль, виконавши свою первинну захисно-інформаційну роль в організмі людини, дуже швидко змінює свою спрямованість, стає середовищем постійного роздратування центральної нервової системи, генератором нейродистрофічних змін і розладів і, як наслідок, причиною фізичного і психо-емоційного виснаження організму. Із болем потрібно боротися, але повністю усувати його лікарськими засобами доцільно тільки після встановлення діагнозу. При подальшому обстеженні необхідно постійно зіставляти скарги пацієнта з об'єктивними даними і встановлювати їх відповідність.

Історія справжнього захворювання (*anamnesis morbi*). Ретельно і грамотно зібраний анамнез разом з уточненими скаргами хворого слугує основою подальшого лікувально-діагностичного пошуку. Відомо, що той, хто добре розпитує, добре ставить діагноз. "Мистецтво збирання анамнезу полягає в умілому відкиданні усього помилкового, другорядного і витягу достовірних відомостей, що сприяють правильному встановленню діагнозу" (Р. Р. Вреден, 1938). В той же час лікар – не слідчий і не може наполягати на отриманні відомостей, які потерпілий хоче приховати. Анамнез збирають виключно з метою максимально ефективно надати медичну допомогу. Вміло зібраний анамнез правильно орієнтує лікаря у вирішенні питань діагностики, лікувальної тактики та об'єму наступних втручань.

Слід звернути увагу на наступні аспекти:

1. Що і де сталося? Обставини травми багато в чому визначають напрям діагностичного пошуку. Водночас з'ясування обставин травми, а також об'єм і зміст першої допомоги, характер іммобілізації кінцівки і особливості транспортування хворого до лікувальної установи має не лише медичне, але й юридичне значення. Усі ці відомості, отримані зі слів постраждалого або в осіб, що його супроводжують, заносять в історію хвороби. Інформація, повідомлена лікареві про виробничу травму, дорожню ситуацію і номери машин при дорожньо-транспортній пригоді, імена або прикмети людей, що завдали травму, іноді буває дуже важлива при визначенні міри відповідальності посадовців або окремих громадян та призначенні матеріальної допомоги потерпілому. Збір такої інформації та її фіксація у медичних документах є обов'язком медичного персоналу, до виконання якої необхідно підходити з усією відповідальністю.

2. Як сталося ушкодження? З'ясування механізму травми і тривалість посттравматичного періоду визначають тактику обстеження хворого. Лікар має можливість детально ознайомитися з тим, як потерпілий впав, що відчув, чи зміг самостійно встати і таке інше. При розпитуванні потерпілого необхідно звернути увагу на силу травмуючої дії, положення пацієнта у момент травми, стан його психіки і свідомість після травми, чи була травма прямою або непрямую.

Існує декілька типових механізмів травми, на підставі яких можна запідозрити той або інший варіант ушкодження, що часто зустрічаються. Практично кожна анатомічна ділянка опорно-рухової системи має свій типовий механізм травми. Знання типових механізмів травми дозволяє правильно зорієнтувати діагностичний пошук і уникнути багатьох помилок.

3. Дата і час отримання травми. Знання терміну, що пройшов із моменту ушкодження, може значною мірою полегшити діагностику і вироблення лікувальної тактики. Так, інформація про те, чи розвинувся виражений набряк стопи "блискавично", протягом пів години після травми, або поступово збільшувався протягом тижня, вже певною мірою дозволяє оцінити тяжкість ушкодження. Значний час (понад два тижні), що пройшов із моменту ушкодження, істотно впливає, наприклад, на оцінку можливості закритого вправлення вивихів, репозиції переломів, виконання первинного шва нервів і сухожилля.

4. Характер отриманої раніше медичної допомоги або лікування. Надання (чи ненадання) медичної допомоги постраждалому в перші хвилини і години після травми істотно впливає на клінічну картину. При наданні неадекватної чи із запізненням першої допомоги можуть з'явитися симптоми, пов'язані вже з розвитком ранніх ускладнень – порушення периферійного кровопостачання й іннервації через здавлення неправильно накладеною шиною, пов'язкою, утворення епідермальних пухирів (фліктен) через набряк, який збільшується, перфорація шкіри кістковим відламком при неспроможній іммобілізації та ін. Своєчасно ж вправлений вивих, точна репозиція кісткових уламків можуть істотно змінити характер скарг пацієнта, зменшити або звести майже нанівець інтенсивність болю.

Важливо скласти повне уявлення про те, як лікувався пацієнт раніше, щоб зберегти спадкоємність лікування або провести його корекцію.

Історія життя (*anamnesis vitae*). Традиційно обов'язкові відомості, що збираються незалежно від характеру патології (дата народження, розвиток, перенесені захворювання, алергологічний анамнез, шкідливі звички, умови праці і побуту та ін.). Також при обстеженні пацієнтів ортопедо-травматологічного профілю слід звернути особливу увагу на:

– стан, структуру кісткової тканини, що призводять або можуть призвести до порушень, і зміни репаративної здатності (цукровий діабет, тиреотоксикоз, колагенози, туберкульоз, гормонотерапія, клімакс, вагітність, професійні шкідливості);

– шкідливі звички (особливо систематичне вживання алкоголю, наркотичних речовин), здатні призвести до розвитку остеопорозу, психічних і неврологічних розладів та ін.;

– раніше перенесені травми, їх наслідки, функціональні результати після закінчення лікування;

– умови праці і побуту (заняття спортом), пов'язані з отриманням мікротравм, підвищеними або істотно зниженими фізичними і функціональними навантаженнями на опорно-рухову систему;

– алергічні реакції, спричинені загальними і місцевими анальгетиками, антибіотиками (як медикаментами, найбільш часто вживаними в травматології), а також на шкірні захворювання (екзема, контактні дерматити).

Трудовий анамнез – якщо пацієнт непрацездатний, йому необхідно видати лікарняний листок; якщо тривало непрацездатний, відмічають тривалість лікарняного листка, зміну умов роботи у зв'язку з травмою або наявність інвалідності. Важливо з'ясувати також соціальний статус пацієнта, від якого залежить усвідомлена співпраця пацієнта з лікарем у процесі лікування, мотивація відновлення або збереження працездатності та якості життя. Бажано вивчити наявні у хворого медичні документи про перенесені захворювання й операції.

Дійсний стан хворого (status praesens)

Загальний огляд і фізикальне обстеження

На початку огляду слід зазначити особливості поведінки хворого, його зовнішній вигляд, вираз обличчя, ходу, статуру, пропорції тіла. Оцінюють:

- загальний стан (задовільний, середньої тяжкості, важкий, термінальний);
- рівень свідомості і міру психічної адекватності (звертають увагу на можливе наркотичне або алкогольне сп'яніння – при підозрі на такий стан проводиться відповідне клінічне і лабораторне обстеження та оформляється акт);
- характер статури та харчування (нормостенічний, астенічний, гіперстенічний, кахексія, ожиріння);
- опис органів за системами (шкіра і підшкірна клітковина, дихання, кровообіг, травлення, сечостатева, ендокринна, нервова системи).

При ушкодженні будь-якої з перелічених систем її опис виноситься в опис місця ушкодження (*status localis*).

Огляд і обстеження місця ушкодження (status localis). Ретельний і системний огляд допомагає уникнути багатьох діагностичних помилок. За загальним виглядом і положенням хворого, виразом його обличчя, кольором шкірних покривів можна оцінити тяжкість загального стану пацієнта і переважну локалізацію осередку патології. За типовою позою, характерним положенням кінцівки досвідчений лікар може поставити діагноз "з одного погляду". Проте це не виключає необхідності повноцінного обстеження. Пасивне положення кінцівки може бути наслідком забою, перелому, парезу, паралічу. Вимушене положення спостерігається при вираженому больовому синдромі (шадна установка) в ділянці перелому, осередку запалення, при порушеннях рухливості в суглобах (вивих, контрактура), як результат компенсації укорочення кінцівки (перекіс таза, сколіоз).

При огляді виявляють порушення форми і контурів кінцівок, суглобів та частин тіла. Порушення осі сегмента кінцівки, кутова і ротаційна деформація свідчать про перелом. Хворого з "гострою травмою" можна оглядати в положенні стоячи, сидючи або лежачи, залежно від характеру отриманої травми і його загального стану. обов'язково порівнюють симетричні ділянки тулуба і кінцівок. Огляд можна вважати повноцінним, тільки якщо він проведений при повному оголенні пацієнта.

Положення хворого або пошкодженого сегмента на момент огляду може бути активним, пасивним або вимушеним. *Активне* положення свідчить, як правило, про відносне благополуччя, коли ушкодження істотно не відбилися на функції опорно-рухової системи. *Пасивне* положення означає повну нерухомість і найчастіше свідчить про важке ураження головного мозку (кома) або спинного мозку (параліч). Пасивне положення окремого сегмента буває таким характерним, що розглядається, як правило, у деяких типових симптомах того або іншого ушкодження (наприклад, пасивне положення стопи при ушкодженні малогомілкового нерва – "кінська стопа"). *Вимушене* положення усього тіла або окремого сегмента хворий приймає свідомо або неусвідомлено для зменшення або припинення больових відчуттів. Вимушене положення може бути спричинене:

- больовим синдромом – "щадна установка" (наприклад, положення верхньої кінцівки при вивиху плеча, напівсидячи і обмеження екскурсії грудної клітки при переломах ребер);

- морфологічними змінами в тканинах (контрактури, неправильно зрощені переломи, великі шкірні рубці);

- компенсаторними і патологічними установками, які часто виявляються далеко від ураженої ділянки (гіперлордоз поперекового відділу хребта при згинальній контрактурі кульшового суглоба, перекіс таза при неправильно зрощеному переломі кісток гомілки).

Огляд шкіри проводять порівняно з неушкодженими частинами тіла, звертаючи увагу на наявність ушкоджень (ран, саден, виразок, свищів, рубців, епідермальних пухирів, травматичного відшарування шкіри), синців (наприклад, параорбітальні гематоми можуть відзначатися при важкій черепно-мозковій травмі, гематоми в ділянці промежини – при ушкодженні таза), висипання на шкірі (наприклад, петехіальні висипання при жировій емболії), асиметрію шкірних складок. При деяких переломах кісток, особливо розташованих поверхнево, поширеність і локалізація крововиливу бувають такими типовими, що завдяки ним можна майже безпомилково встановити характер перелому.

Пальпація – дуже важливий і інформативний метод обстеження. Проводиться усією кистю, кінчиками пальців однієї або обох кистей, кінчиком одного пальця. Особливу увагу слід звертати на наявність болю при пальпації. В деяких випадках саме пальпаторна біль дозволяє визначити локалізацію ушкодження при клінічному огляді. Біль може бути локальною або розливою, різко вираженою або незначною, постійною або пов'язаною з певним положенням тіла або сегмента. За допомогою пальпації у ряді випадків можна визначити наявність кісткових відламків під шкірою, характер їх зміщення, наявність патологічної рухливості, проконтролювати ефективність репозиції. При зміщенні окремих кісткових виступів або суглобових кінців пред-

ставляється можливим вирішити питання про наявність і характер зміщень кістки, що не визначається при огляді і не пальпується через глибоке її положення. Наявність місцевого болю кістки після травми дає лікарю можливість запідозрити перелом навіть за відсутності рентгенологічних даних. Пальпація суглобів і параартикулярних тканин дозволяє визначити наявність у суглобі рідини (гідрартроз), виявити зміну контурів суглоба і взаємин анатомічних орієнтирів.

Велике значення має виявлення крепітації, характер та інтенсивність якої при різних станах істотно відрізнятимуться. Причинами виникнення крепітації можуть бути такі:

- запальні і рубцеві зміни сухожильних півів і суглобових сумок (тендовагініти, бурсити);
- деформуючий артроз суглобів, наявність внутрішньосуглобових ушкоджень і чужорідних тіл;
- наявність повітря в підшкірній клітковині – підшкірна емфізема (травма грудей з ушкодженням легенів, газова гангрена);
- тертя кісткових відламків між собою при переломах.

Клінічні ознаки переломів. Розрізняють достовірні (абсолютні) і непрямі (відносні) ознаки переломів кісток, які визначаються лікарем при клінічному обстеженні постраждалого.

До достовірних (абсолютних) відносять ознаки, характерні тільки для переломів, які без нього відзначатися не можуть, а саме:

- патологічна рухливість відламків у ділянці передбачуваного ушкодження;
- крепітація кісткових відламків;
- патологічна деформація осі довгої трубчастої кістки зі зміною її довжини;
- пальпація кісткових відламків під шкірою;
- "вистояння" кісткових відламків у рані при відкритих переломах.

Наявність хоча б однієї достовірної (абсолютної) ознаки достатня для підтвердження діагнозу перелому. Слід пам'ятати, що штучне викликання патологічної рухливості, крепітації кісткових уламків може завдати додаткової травми тканинам, спричинити деякі важкі ускладнення (посилення больового синдрому, ушкодження периферичних судин, нервів). Тому такі симптоми можуть виявлятися тільки мимоволі в процесі обстеження пацієнта, що знаходиться без свідомості, його перекладання або під час накладання транспортних шин і транспортування. Спеціально викликати симптоми крепітації, патологічної рухливості кісткових уламків із метою встановлення діагнозу неприпустимо!

Непрямі (відносні) ознаки можуть бути спричинені не лише переломом, але й іншими ушкодженнями або захворюваннями. Діагноз перелому може бути поставлений лише на підставі сукупності декількох непрямих (відносних) ознак переломів, що найбільш часто зустрічаються:

- локальний біль (у спокої, при рухах або функціональному навантаженні, при пальпації або перкусії);
- порушення функції;

- зміна контурів сегмента, набряк м'яких тканин (припухлість), зміна кольору шкіри, локальна гіпертермія, наявність епідермальних пухирів (фліктен);
- наявність ран, саден, синців, підшкірних і внутрішньошкірних гематом;
- розлади периферичного кровообігу та іннервації;
- асиметрія тіла (може бути пов'язана не лише з ушкодженням, але і з больовою патологічною установкою).

Порушення звукопровідності кістки, а також симптом осьового навантаження (локальний біль у зоні передбачуваного перелому при легкому навантаженні, спрямованому по осі кістки), хоча і зустрічаються найчастіше при переломах, також відносяться до непрямих ознак, оскільки можуть зустрічатися і при локальних патологічних процесах (пухлина, остеомієліт).

При перелоμο-вивихах (поєднанні перелому з вивихом) у суглобах кінцівок можуть визначатися "симптоми пружного опору" при спробах руху в суглобі, скупчення рідини в порожнині суглоба (гідрартроз, гемартроз), а також порушення симетрії зовнішніх орієнтирів.

Особливості обстеження постраждалих при політравмі

Пацієнти, що знаходяться у важкому стані, можуть пред'являти дуже несуттєві скарги або не пред'являти їх зовсім. Не можна також випускати з уваги стресовий стан постраждалих після отриманої травми, через що вони не завжди здатні адекватно оцінювати свій загальний стан і формулювати скарги. При множинних ушкодженнях пацієнт може пред'являти скарги на біль тільки в осередку найбільшої травматизації тканин, не акцентуючи увагу на інших локалізаціях – ефект больової домінанти. Тому спочатку необхідно оцінити загальний стан хворого, виявити загрозові життю порушення (шок, кровотеча, гостра дихальна недостатність) і паралельно з діагностикою проводити необхідні заходи підтримки або відновлення життєво важливих функцій організму.

Іноді сам постраждалий не може розповісти про обставини травми через важкий загальний стан або ретроградну амнезію при черепно-мозковій травмі. Тому анамнез збирають зі слів не лише самого пацієнта, але і його родичів, очевидців, співробітників "швидкої допомоги", правоохоронних органів. Дані, отримані з різних джерел, іноді взаємодоповнюючі, дозволяють відтворити повну картину того, що сталося.

Потерпілих хворих із множинними, поєднаними і комбінованими травмами, що доставляються у важкому стані, треба оглядати навіть не перекладаючи з носилок на каталку, при необхідності поєднуючи діагностику з проведенням реанімаційних і протишокових заходів. Одяг із важких хворих краще не знімати, а зрізати ножицями, щоб уникнути ризику посилення тяжкості стану, завдання додаткової травми. Із метою визначення провідного ушкодження огляд і одночасну пальпацію потерпілих двома руками проводять в найкоротші терміни і певному порядку: голова, шия, груди, живіт, таз, хребет і кінцівки. Після

стабілізації стану виявляють менш значущі ушкодження – забій, больові зони, гематоми, асиметрії, вимушене положення, функціональні порушення, відшарування шкіри, розтягування, розрив м'язів, сухожиль і т. і.

Методика обстеження хворого із захворюваннями і наслідками ушкоджень опорно-рухової системи

Діагностика при ортопедичних захворюваннях або наслідках травм відрізняється тим, що у пацієнта немає загрозливих життю розладів, що вимагають надання екстреної медичної допомоги, а у лікаря, як правило, є досить часу для бесіди з хворим, його детального огляду і виконання необхідного комплексу додаткових досліджень. Основними прийомами обстеження є огляд, пальпація, перкусія, аускультация, визначення амплітуди рухів у суглобах, оглядова і локальна рентгенографія. У схему обстеження входять також визначення морфофункціональних змін при дозованих навантаженнях, аналіз цих лабораторних досліджень, хірургічні втручання (пункція, біопсія). Основні інструменти травматолога-ортопеда при обстеженні пацієнтів – сантиметрова стрічка і кутомір. Порівняльний вимір довжини кінцівок (відносної, абсолютної), вісьових ліній, кола, амплітуди активних і пасивних рухів у суглобах повинні проводитися усім хворим.

Перш ніж при першій бесіді з хворим починати заслуховувати скарги, необхідно ознайомитися з паспортною частиною історії хвороби. Розповідь хворого про своє захворювання і розпитування лікаря про початок, перебіг і характер хвороби відносяться до анамнезу.

Анамнез. З'ясовуючи анамнез і групуючи його, вдається отримати значну кількість дуже важливих фактів, що мають безпосереднє відношення до захворювання. Можна визначити час і умови появи перших симптомів, причину, що спричинила захворювання, вплив зовнішніх і внутрішніх умов, що змінюються, на перебіг процесу захворювання – спокою і навантаження, охолодження і зігрівання, дії різних лікувальних заходів, ожиріння і схуднення хворого та ін. У деяких випадках анамнез може дати певні відомості про деякі об'єктивні симптоми, що спостерігалися раніше, але відсутні у момент дослідження хворого. Відомості, що отримуються від хворого про те, чи гострим або хронічним був початок запального процесу (наприклад, при перенесеному артриті), про схильність до кровоточивості при гемофільному артрозі, повинні розцінюватися лікарем як об'єктивні симптоми. При збиранні анамнезу слід прагнути отримати повне уявлення про картину захворювання з часу його виникнення, тобто про динаміку захворювання. Одноразове дослідження ортопедичного хворого фізикальними методами, як і короточасне спостереження, статично і не дає тих цінних відомостей про динаміку процесу захворювання, які можна нерідко отримати за допомогою анамнезу.

Скарги, розповідь хворого і розпитування лікаря так переплітаються між собою, так часто повторюються в процесі вивчення хворого, що розмежувати їх важко. Проте вимога послідовності і плановості у вивченні хворого примушує відділяти скарги від анамнезу (спогадів), що знаходить своє віддзеркалення в загальноприйнятих історіях хвороби.

Огляд хворого є одним із простих методів дослідження в тому сенсі, що не доводиться вдаватися до складної апаратури. Проте він вимагає від лікаря знань та уміння не лише дивитися, але і бачити, виявляти щонайменші відхилення від норми, помічати не лише грубі порушення в будові тіла, але і малі симптоми, за якими можуть ховатися значні зміни. Хворого слід оглядати на повній відстані і зблизка, в стані спокою і в русі. Хребет і нижні кінцівки оглядають під навантаженням і без нього. Огляд хворого має бути завжди порівняльним. В одних випадках проводиться порівняння із симетричним здоровим відділом тулуба і кінцівок. В інших випадках через поширеність ураження симетричних відділів доводиться робити порівняння з уявною нормальною будовою людського тіла, враховуючи вікові особливості хворого. Органи опори і руху – єдина функціональна система, тому відхилення в одній будь-якій частині неминуче пов'язані зі змінами в інших відділах тулуба і кінцівок, компенсуючих ваду. Оголення ортопедичного хворого потрібне для того, щоб не лише визначити зміни ураженого відділу, але і встановити зміни в інших частинах. Захворювання верхніх кінцівок і плечевого пояса вимагають оголення усієї верхньої половини тулуба. При деяких захворюваннях хворі приймають певні пози або надають кінцівкам характерні положення. Причини цих вимушених положень різноманітні, найчастіше це больові відчуття.

При огляді кінцівок досить повні дані можна отримати, дотримуючи певну послідовність. Спочатку визначають грубі зміни, що порушують будову усієї кінцівки, потім переходять до огляду ураженої ділянки (наприклад, суглоба) і закінчують огляд вивченням змін у інших відділах, відмічаючи стан м'язової системи і характер компенсаторних змін. До грубих порушень належать:

- патологічні установки в суглобах;
- зміни нормальної вісі;
- порушення взаємовідношення суглобової поверхні.

Патологічні установки, що утримують кінцівку у вимушеному положенні, можуть бути зумовлені як патологічним процесом у суглобі, так і його наслідками (контрактурами, анкілозом). Викривлення в сагітальній площині можуть спостерігатися в межах діафізів, наприклад, при кутоподібному викривленні гомілки дозад – *recurvatum*, допереду – *antecurvatum*. Викривлення можуть бути стійкими (при неправильно зрощених переломах, рахітичних деформаціях) або ж виникати тільки під час навантаження (тугі несправжні суглоби). Нормальна вісь кінцівки

у фронтальній площині при таких вимушених установках може залишатися непорушеною. Викривлення кінцівок у фронтальній площині визначають за допомогою так званої вісі (рис. 1, 2).

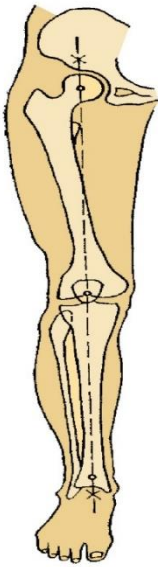


Рис. 1. Вісь нижньої кінцівки

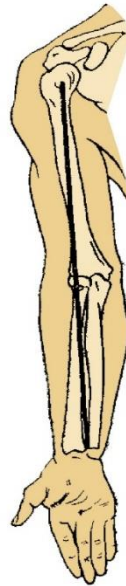


Рис. 2. Вісь верхньої кінцівки

Вісь нижньої кінцівки в нормі проходить через передньо-верхній остюк клубової кістки (*spina iliaca ventralis*), середину надколінка (або внутрішній його край) і перший міжпальцевий проміжок (або великий палець). У відсутності бічних викривлень ці три точки знаходяться на одній прямій. З'єднання цих точок ноги не прямою, а ламаною лінією вказує на деформацію у фронтальній площині. Слід зазначити, що в нормі вісь ноги залишається незмінною як при зігнутих, так і при випрямлених ногах у кульшовому і колінному суглобах. При відхиленні гомілки в ділянці колінного суглоба назовні (*genu valgum*) вісь ноги проходить досередини від надколінка. При відхиленні гомілки в ділянці колінного суглоба досередини (*genu varum*) вісь ноги проходить назовні від надколінка.

Віссю верхньої кінцівки є лінія, проведена через центр голівки плечової кістки (*caput humeri*), голівку променевої (*capitulum radii*) і голівку ліктьової кістки (*capitulum ulnae*). Навколо цієї вісі рука здійснює обертальні рухи: ротацію в плечовому суглобі, пронацію і супінацію передпліччя. При деформації руки у фронтальній площині лінія вісі робиться ламаною. У разі відхилення передпліччя в ділянці ліктьового суглоба назовні (*cubitus valgum*) вісь руки проходить досередини від

голівки променевої кістки. При відхиленні передпліччя в ділянці ліктьового суглоба досередини (*cubitus varum*) вісь руки проходить назовні від голівки променевої кістки.

Деформація може бути викликана найрізноманітнішими причинами: ушкодженням суглобового кінця, руйнуванням одного з виростків, а також недорозвиненням епіфіза і його відсталістю в зростанні. Двостороннє відхилення колінних суглобів назовні носить назву О-подібного викривлення ніг, досередини – Х-подібного. Досить часто (рахіт і тому подібне) виявляються відхилення колінних суглобів у протилежні сторони у вигляді *genu valgum* на одній нозі і *genu varum* на іншій. За характером і ступенем змін розрізняють недорозвинення суглобів, або дисплазії (*dysplasia*), при яких між кінцями, що зчленовуються, зберігається правильне взаємовідношення, але суглобові поверхні внаслідок недорозвинення одного або обох суглобових кінців позбавлені нормального контакту.

Огляд суглобів і окремих сегментів кінцівок. Найбільш доступні детальному огляду суглобами є гомілковостопний, колінний, променево-зап'ястковий, ліктьовий і частково плечовий, завдяки більше поверхневому їх розташуванню. Кульшовий суглоб покритий товстим шаром м'яких тканин, тому безпосередній його огляд нерідко залишається безрезультатним. Об'єм суглоба збільшується при змінах у самому суглобі, при періартикулярних набряках, місцевому набряку слизових сумок і сухожильних піхв, що граничать із суглобом. Найчастіше доводиться мати справу зі збільшенням об'єму суглоба під впливом гемартрозу, випоту або продуктивного запалення. Крововилив і швидко виниклий випіт змінюють форму суглоба, наближаючи її до кулястої. Хронічно існуючий випіт і розростання грануляційної тканини роблять суглоб веретеноподібним. Пухлини часто надають суглобу неправильної, горбистої форми. Певною мірою доступні безпосередньому огляду діафізарні відділи кісток кінцівок. На деяких сегментах кінцівок (гомілка, передпліччя) діафізи розташовуються поверхнево, що дозволяє добре розглянути ділянку ушкодження. При неправильно зрощених переломах видно кутоподібне викривлення кістки, потовщення, утворене кістковим мозолям; при незрощених переломах і несправжніх суглобах можна помітити патологічну рухливість у ділянці діафіза. Після огляду ділянки ушкодження кінцівки слід перейти до огляду сегментів, що лежать вище або нижче, відмітити стан їх мускулатури, наявність або відсутність атрофії і т. п. М'язова атрофія розвивається при паралічах, тривалому спокої кінцівки (атрофія від бездіяльності), при функціональних порушеннях суглобів внаслідок гострого або хронічного артриту, дегенеративних або посттравматичних змін.

Пальпація. Після того, як огляд хворого дозволив зробити певний висновок, візуальні враження перевіряються і доповнюються даними пальпації. При дослідженні стану кістково-суглобового апарату пальпація

дозволяє визначити положення суглобових кінців і окремих кісткових виступів, прихованих глибоко під м'якими тканинами і внаслідок цього недоступних огляду. Пальпація дозволяє виявити локальну гіпертермію (при запальних процесах) або гіпотермію (при порушеннях периферичного кровотоку), набряк, флюктуацію, інфільтрацію, пульсацію крові в судинах, зміщення або втягнення шкіри. Оцінюючи результати огляду з відчуттями, отриманими при пальпації, можна відтворити картину анатомічних співвідношень і зважити, чи є в досліджуваних органах опорно-рухового апарату відхилення від норми. Одночасно визначають характер і ступінь цих відхилень. Правильність висновків контролюється дослідженням відповідного симетричного відділу. Значну допомогу надають допоміжні лінії, на які нормально проєктуються досліджувані глибокі відділи (лінія Roser–Nelaton, лінія Куслика, біспінальна лінія, лінія Маркса та ін.). Пальпацією визначаються зміни капсули суглобів, потовщення заворотів і складок синовіальної оболонки, скупчення рідини (випоту, гемартрозу) в порожнині суглоба або заповнення її грануляційною тканиною, наявність вільних або фіксованих внутрішнь-осуглобових хондроматозних тіл. Усі ці дані отримують при дослідженні суглоба в стані спокою.

Визначення об'єму рухів у суглобах. Об'єм рухів у суглобах є основним функціональним показником діяльності органів опори і руху. Для вивчення функції ураженої кінцівки проводиться поетапне дослідження:

- визначення рухливості в суглобах;
- виявлення наявності або відсутності вадової установки кінцівки;
- визначення м'язової сили;
- визначення функції суглоба і кінцівки в цілому.

Завжди перевіряють об'єм активних рухів у суглобах, а при їх обмеженні – і пасивні. Об'єм рухів визначають за допомогою кутоміра, вісь якого встановлюють відповідно до осі суглоба, а бранші кутоміра – по осі сегментів, що утворюють суглоб. Вимір рухів у суглобах кінцівок і хребта виконують за міжнародним методом *SFTR* (нейтральний – 0° , *S* – рухи в сагітальній площині, *F* – у фронтальній, *T* – рухи у трансверсальній площині, *R* – ротаційні рухи).

Ці виміри записують у градусах. Наприклад, у нормі амплітуда рухів для гомілковостопного суглоба складає *S*: 25° – 0° – 45° . Відлік роблять від початкового положення кінцівки. Для різних сегментів кінцівок воно різне: для плечового суглоба початковим є положення, коли рука вільно звисає уздовж тулуба; для ліктьового, променево-зап'ясткового, кульшового, колінного суглобів і пальців за початкове беруть положення розгинання в 180° . Для гомілковостопного суглоба початковим є положення, коли стопа знаходиться під кутом 90° по відношенню до гомілки.

Для визначення функціонального стану опорно-рухового апарату в суглобах вимірюють об'єм рухів активних (рухи в суглобі виконує сам хворий) і пасивних (рухи в суглобі хворого виконує дослідник). Межею

можливого пасивного руху є больове відчуття, що виникає у хворого. Об'єм активних рухів іноді значною мірою залежить від стану сухожильно-м'язового апарату, а не тільки від змін у суглобі. У цих випадках між об'ємом активних і пасивних рухів виникає значна різниця. Наприклад, при розриві сухожилля трицепса плеча активне розгинання передпліччя різко обмежене, тоді як пасивні рухи можливі в межах норми.

Досліджуючи об'єм рухів у суглобах, необхідно знати межі фізіологічних рухів у суглобах. У плечовому суглобі фізіологічні рухи – згинання до 90° , розгинання до 45° , відведення до 90° , подальше відведення відбувається вже за участю лопатки і можливо до 180° . У плечовому суглобі можливі ротаційні рухи (рис. 3). При збереженні їх у повному об'ємі досліджуваний може вільно покласти долоню на потилицю й опустити її вниз між лопатками (ротація назовні) або тилом кисті торкнутися поперекового відділу хребта і провести кисть вгору до лопаток (ротація всередину).

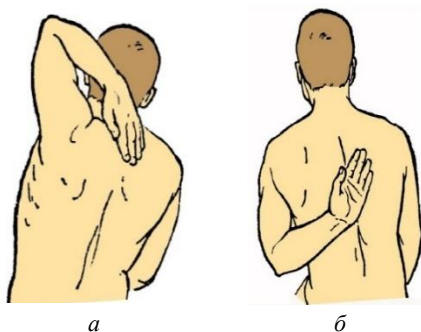


Рис. 3. Дослідження ротаційних рухів у плечовому суглобі:
а – ротація назовні;
б – ротація всередину

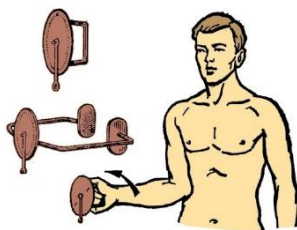


Рис. 4. Ротаметр

Для визначення об'єму ротаційних рухів кінцівок використовують ротаметри (рис. 4).

Рухи в ліктьовому суглобі можливі в межах: згинання до $40\text{--}45^\circ$, розгинання до 180° . Пронаційно-супінаційні рухи передпліччя в ліктьовому суглобі визначаються в положенні, як зображено на рис. 5 і можливо в межах 180° .

У променево-зап'ястковому суглобі рухи здійснюються в межах $70\text{--}80^\circ$ тильного згинання і $60\text{--}70^\circ$ долонного згинання. Визначаються також бічні рухи кисті – променево відведення в межах 20° і ульнарне – в межах 30° (рис. 6).

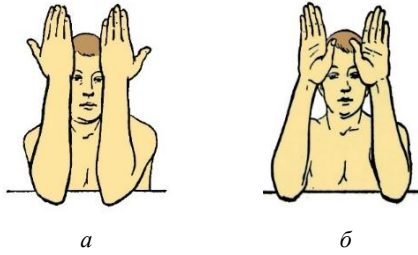


Рис. 5. Дослідження супінації
(а) та пронації
(б) передпліччя

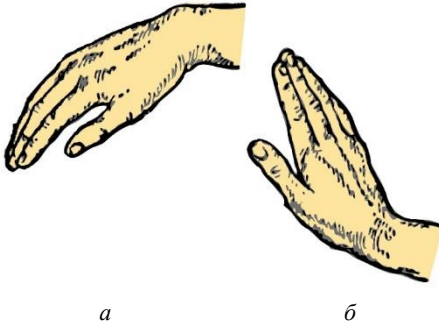


Рис. 6. Визначення рухів
у променево-зап'ястковому суглобі:
а – долонне згинання;
б – тильне згинання

У пальцях кисті розгинання можливе в межах 180° , згинання в п'ястно-фалангових суглобах можливо до кута $70-60^\circ$, у міжфалангових зчленуваннях – до $80-90^\circ$. У пальцях можливі і бічні рухи. Особливо важливо визначити відведення I пальця і можливість протистояння між I і V пальцями.

У кульшовому суглобі об'єм рухів у нормі: згинання 120° , розгинання $30-35^\circ$ (кут між горизонтальною площиною і віссю стегна), відведення $40-50^\circ$, приведення $25-30^\circ$ (рис. 7).

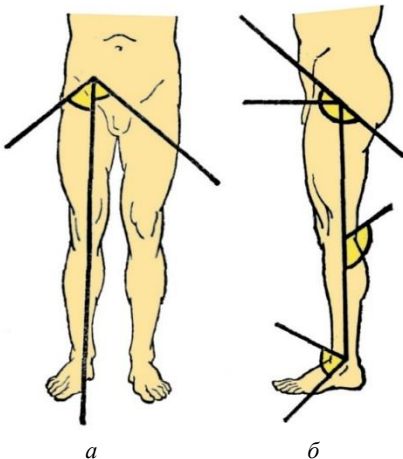


Рис. 7. Об'єм рухів у суглобах
нижньої кінцівки:
а – у кульшовому суглобі,
б – в усіх суглобах нижньої кінцівки

При дослідженні в положенні згинання стегна до 90° об'єм ротаційних рухів збільшується до 90°. Вказані цифри визначені для людини, що знаходиться в положенні лежачи на спині. Амплітуда рухів у положенні стоячи зменшується. Амплітуда рухів у кульшовому суглобі більше при зігнутому, чим при розігнутому колінному суглобі.

У колінному суглобі рухи можливі в таких межах: розгинання 180°, згинання 40–45°. При розігнутому коліні бічні і ротаційні рухи гомілки неможливі. При згинанні коліна під кутом 45° обертання гомілки можливе в межах 40°, при згинанні коліна до 75° об'єм обертання гомілки досягає 60° і стають можливими незначні бічні рухи.

Амплітуда рухів у гомілковостопному суглобі здійснюються в межах 20–30° тильного згинання (розгинання стопи) і 30–50° підшовного згинання. Приведення стопи, як правило, поєднується з супінацією (поворотом стопи всередину), відведення супроводжується пронаційним рухом (обертання стопи назовні).

При порушенні рухливості в суглобі залежно від ступеня її обмеження і характеру змін, що порушують нормальну рухливість суглобів, розрізняють наступні стани:

- 1) анкілоз, або повну нерухомість в ураженому суглобі;
- 2) ригідність – збереження рухів у суглобі не більше 5°;
- 3) контрактура – обмеження рухливості в суглобі, що виявляється звичайними методами дослідження;
- 4) надмірна рухливість, тобто розширення меж фізіологічно можливих рухів;
- 5) патологічна рухливість – рухливість в атипових площинах, не відповідних формі суглобових поверхонь цього суглоба.

Після визначення ступеня порушення рухливості в суглобі необхідно з'ясувати характер патологічних змін, що спричиняли порушення рухів, і функціональну придатність ураженої кінцівки при цій зміні рухів у суглобі.

Анкілози розрізняють: а) *кісткові*, при яких нерухомість у суглобі обумовлена кістковим зрощенням суглобових кінців, що зчленовуються; б) *фіброзні* – виникають у результаті фіброзних, рубцевих спайок між суглобовими поверхнями; в) *позасуглобові*, коли причиною нерухомості в суглобі є позасуглобове утворення кісткового зрощення між кістками, що зчленовуються, або окостеніння м'яких тканин, що оточують суглоб при збереженій суглобовій щілині.

Вирішальна роль у визначенні характеру анкілозу належить рентгенографії. При кістковому анкілозі суглобова щілина відсутня, кісткові балки переходять через зону колишньої суглобової щілини, сполучаючи суглобові кінці кісток в одне ціле. При фіброзному анкілозі суглобову щілину видно. Розрізняють функціонально вигідні і функціонально невідповідні анкілози.

Функціонально вигідними є такі положення в суглобі, коли завдяки рухливості сусідніх суглобів досягається максимальна функціональна придатність кінцівки. Вигідні положення наступні:

– для плечового суглоба: відведення плеча до кута 60–70°, згинання до кута 30° і ротація назовні 45°;

– для ліктьового суглоба: згинання під кутом 75–80°, передпліччя в положенні напівсупінації;

– для променево-зап'ясткового суглоба: кисть встановлюється в положенні тильного згинання (розгинання) під кутом 155° до вісі передпліччя з ульнарним відведенням на 10–15°;

– для суглобів II–V пальців: у п'ястно-фалангових суглобах згинання до кута 145°, в міжфалангових – згинання до 120°; I палець встановлюється в положенні протистояння (опоненція) з легким згинанням кінцевої фаланги;

– для кульшового суглоба: згинання стегна до кута 145° при сидячій професії і до кута 155° при стоячій професії, відведення на 8–10°;

– для колінного суглоба: згинання під кутом 170–175°;

– для гомілковостопного суглоба: підошовне згинання стопи до кута 95°.

Ригідність обумовлена розвитком великих рубцевих тканин на тлі змінених суглобових поверхонь. Від фіброзного анкілозу вона відрізняється тільки тим, що в суглобі зберігаються дуже незначні хиткі рухи.

Важливе значення має визначення причин контрактур, що виникають у суглобах. За характером структурних змін тканин розрізняють наступні контрактури: *артрогенні* (рубцеві зміни капсули і внутрішньосуглобового зв'язкового апарату), *міогенні* (дегенерація м'язової тканини), *десмогенні* (зморщування фасцій і зв'язок), *дерматогенні* (рубцеві зміни шкіри), *психогенні* (істеричні), *неврогенні* (церебральні, спінальні, рефлексорні і т. п.). Найчастіше контрактури бувають змішаними, оскільки контрактура, що виникла спочатку в результаті змін в одній тканині (міогенна, неврогенна), в наступному призводить до вторинних змін у тканинах суглоба (зв'язки, суглобова капсула та ін.).

Ізольовані контрактури (з одним етіологічним чинником) зустрічаються тільки на ранніх стадіях розвитку. За характером обмеження рухливості в суглобах розрізняють: згинальні, розгинальні, привідні, відвідні та комбіновані контрактури.

Для кращого розуміння цих понять нижче наведено випадки можливого розвитку контрактур у кульшовому суглобі:

– згинальна контрактура характеризується тим, що нога знаходиться в положенні згинання під певним кутом і розігнути повністю ногу хворий не може;

– розгинальна контрактура характеризується тим, що розгинання в суглобі можливо до норми, тоді як згинання обмежене;

– контрактура, що приводить, характеризується тим, що нога приведена, а відвести її до нормальних меж неможливо;

– при контрактурі, що відводить, нога відведена і приведення її неможливе;

– комбінована контрактура, наприклад, згинально-привідна (в цьому випадку розгинання і відведення ноги до норми неможливо).

У протилежність переліченим вище змінам у суглобах, які проявляються обмеженням або відсутністю рухів у них, у деяких випадках спостерігається надмірна і патологічна рухливість. Дослідження бічної рухливості в одноосьових суглобах (ліктьовому, колінному, гомілково-стопному і міжфалангових) необхідно виконувати при повністю розігнутому суглобі.

Додаткова рухливість може бути обумовлена як змінами у м'яких тканинах суглоба (розриви зв'язок, зміни зв'язок при в'ялих паралічах), так і руйнуванням суглобових поверхонь кісток, що зчленовуються (перелом суглобових поверхонь, руйнування після епіфізарного остеомієліту та ін.).

Суглоби, в яких патологічні рухи досягають значного об'єму, називаються розбовтаними. Дослідження надмірної рухливості в суглобах виконують таким чином: дослідник однією рукою фіксує проксимальний сегмент кінцівки, а іншою рукою, захопивши дистальний сегмент, в положенні повного розгинання в суглобі визначає не властиві суглобу рухи (рис. 8).

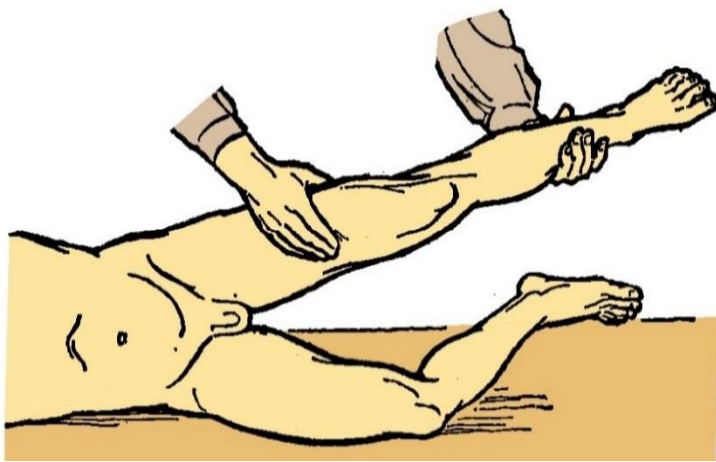


Рис. 8. Дослідження бічної рухливості в колінному суглобі

У деяких суглобах патологічна рухливість визначається деякими спеціальними прийомами. Так, наприклад, при ушкодженні хресто-подібних зв'язок колінного суглоба виникає так званий симптом "висувного ящика", який полягає в передньо-задньому зміщенні гомілки. Для визначення цього симптому хворий лягає на спину, зігнувши хвору ногу в колінному суглобі під гострим кутом і упираючись стопою в кушетку, м'язи мають бути повністю розслаблені. Лікар обома руками захватє гомілку безпосередньо під колінним суглобом і намагається змістити її попеременно допереду та дозаду. При розриві хрестоподібних зв'язок стає можливим передньо-заднє зміщення гомілки по відношенню до стегна.

Вимір довжини кінцівок. При дослідженні хворого вимірюють довжину кінцівки та її окружність. Виміри виконують як ушкодженої, так і здорової кінцівки. Отримані результати порівнюють, що дає уявлення про ступінь анатомічних і функціональних порушень. Довжину і окружність кінцівки вимірюють звичайною сантиметровою стрічкою. Розпізнавальними точками при порівняльному вимірі довжини кінцівки є кісткові виступи. Хворий при вимірах має бути правильно укладений: звертають увагу на те, щоб таз хворого був не перекошений, а лінія, що сполучає обидва передньо-верхні остюки, була перпендикулярна серединній лінії тіла. При визначенні довжини нижньої кінцівки вимірюють відстань від передньо-верхнього остюка клубової кістки до нижнього краю внутрішньої кісточки. При вимірюванні довжини стегна визначають відстань між великим вертлюгом і суглобовою щілиною колінного суглоба. Довжину гомілки визначають виміром відстані від суглобової щілини колінного суглоба до нижнього краю зовнішньої кісточки (рис. 9).

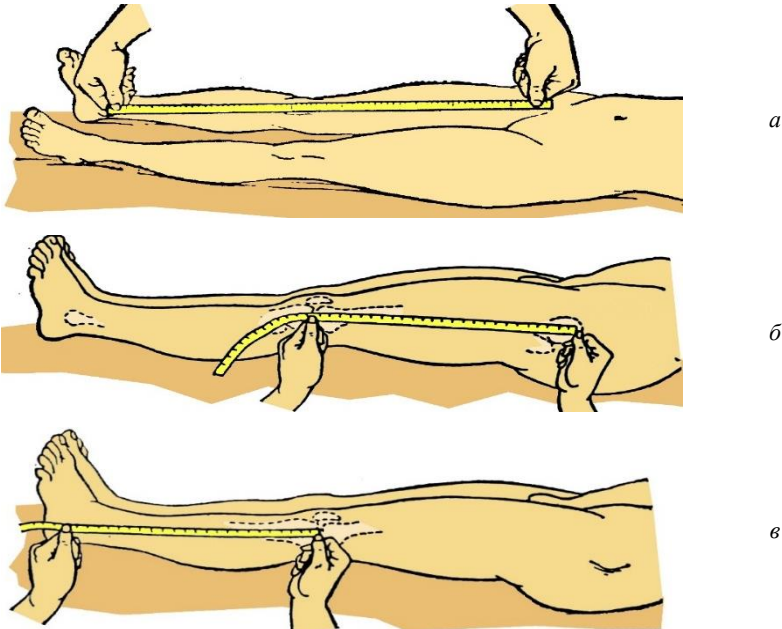


Рис. 9. Вимір довжини нижньої кінцівки:

a – загальна довжина; *б* – довжина стегна; *в* – довжина гомілки

Довжину верхньої кінцівки вимірюють від акроміального відростка лопатки до шилоподібного відростка променевої кістки або до кінця III пальця. Довжину плеча – від краю акроміального до вершини ліктьового відростка. Довжину передпліччя – від вершини ліктьового до шилоподібного відростка ліктьової кістки.

При записі результатів виміру необхідно відмітити точки, від яких був вимір довжини кінцівки або її сегмента.

Розрізняють наступні види укорочення кінцівки:

Істинне укорочення обумовлене анатомічною зміною кінцівки і визначається шляхом порівняння сумарних даних виміру довжини стегна і гомілки (плеча і передпліччя) на пошкодженій і здоровій кінцівці. Спостерігається при затримці зростання кістки, зміщенні уламків і т. д.

Проекційне (уявне) укорочення – обумовлене порочною установкою кінцівки внаслідок контрактури або анкілозу в суглобі.

Відносне (дислокаційне) укорочення зустрічається при вивихах, коли одна кістка, що зчленовується, зміщується по відношенню до іншої (наприклад, при вивиху стегна і зміщенні його догори від вертлюгової западини визначатиметься укорочення кінцівки, незважаючи на однакову анатомічну довжину нижніх кінцівок).

Сумарне (функціональне) укорочення – це сума істинного і відносного укорочення. Може бути виміряне за допомогою планок (дощечок), що мають певну товщину. Ці планки підкладають під укорочену ногу до тих пір, поки таз не прийме правильне положення (лінія, що сполучає передньо-верхні клубові ості, повинна прийняти горизонтальне положення). За висотою підкладок визначають сумарне укорочення нижньої кінцівки.

Окружність кінцівок (хворої і здорової) вимірюють у симетричних місцях на певній відстані від кісткових розпізнавальних точок: для ноги – від передньо-верхнього остюка клубової кістки, великого вертлюга стегна, суглобової щілини колінного суглоба, голівки малої гомілкової кістки; для руки – від акроміального відростка, внутрішнього надвіростка плеча.

Дослідження травм і захворювань хребта. У діагностиці травм і захворювань хребта використовуються клінічні, рентгенологічні, електрофізіологічні, інструментальні і лабораторні методи дослідження. Основним методом є клінічний, який передбачає певну систему послідовних дій лікаря. Рекомендується дотримуватися наступного порядку: з'ясування скарг, збір анамнезу (механізм травми), огляд хворого, встановлення попереднього діагнозу.

Скарги. При з'ясуванні скарг слід виділити основні з них. Більшість травматологічних хворих скаргяться на біль у пошкодженій ділянці, що посилюється при русі, обмеження рухів, видимої деформації ділянки чи сегмента.

Анамнез. При розпитуванні хворого необхідно з'ясувати механізм травми. На підставі типового її механізму можна запідозрити той або інший варіант ушкодження. Розпитування хворого або його родичів про початок і перші прояви захворювання, його динаміку, передуючому лікуванню повинен проводитися детально. Є захворювання і ушкодження, при яких добре зібраний анамнез хвороби або ушкодження дозволяє не лише запідозрити, але і поставити правильний діагноз. У деяких хворих із часом багато об'єктивних симптомів можуть зникнути і під час обстеження їх виявити не вдається.

Як і при інших захворюваннях, необхідно зібрати анамнез життя хворого: стан здоров'я при народженні, умови життя в дитинстві, юності і зрілому віці, умови праці і виробничі шкідливості, перенесені хвороби, алергологічний анамнез.

Об'єктивний огляд. Хребет досліджують у положенні хворого стоячи, сидячи і лежачи, як у спокої, так і в русі (голови, тулуба, кінцівок). Рівень ураження хребта визначають шляхом відліку числа хребців від певних анатомічних орієнтирів або за спеціальною схемою. Для огляду хворого стоячи його треба помістити спиною до джерела світла. Досліджуваний повинен стояти рівно, з розслабленою мускулатурою, босим, руки вільно звисають уздовж тулуба. У нормально складеної дорослої людини хребет має фізіологічні викривлення у вигляді двох лордозів у шийному і поперековому відділах та одного кіфозу в грудному відділі. Остаточна форма хребта встановлюється до зрілого віку і зберігається до 45–50 років, після чого грудний відділ знову починає поступово округлятися, наближаючись до старечого кіфозу. У дорослих жінок лордоз поперекового відділу більше виражений, ніж у чоловіків. Спеціальним маркером або поглядом (при достатньому досвіді дослідження) відмічають лінію остистих відростків (серединна борозна спини), нижні кути лопаток, гребені клубових кісток, бічні контури талії і шиї, положення надпліч, відхилення міжсідничної борозни від вертикалі. При огляді остистих відростків виявляють їх випинання; різке випинання одного відростка відносно інших у нормі не зустрічається. Оглядаючи спину, звертають увагу на контури м'язів, розташованих поряд із хребтом.

Окрім нормальної будови хребта, практично прийнято розрізняти наступні різновиди постав: *пловску, колоподібну та сутулу спину*. У грудному відділі досить незначної деформації, щоб кіфоз зробився явно помітним. Поява кіфозу в шийному або поперековому відділах свідчить про наявність серйозних патологічних змін: виступ одного або декількох остистих відростків при кутоподібному кіфозі утворює горб (гіббус), що може спостерігатися при частковому або повному руйнуванні тіл хребців. Бічне викривлення хребта називається сколіозом. Він виявляється за відхиленням лінії остистих відростків від вертикальної вісі тіла. Віссю хребта є вертикальна лінія, проведена від потиличного горба через усі остисті відростки хребців до міжсідничної складки.

Функціональний сколіоз, обумовлений значним укороченням однієї ноги, проявляється в положенні хворого стоячи, а в положенні лежачи зникає. При грудному сколіозі на опуклій стороні утворюється реберний горб, який особливо добре видно при згинанні. Напрута довгих м'язів спини помітна у вигляді випинань по сторонам від остистих відростків, особливо цей симптом часто спостерігається при дискогенному радикуліті.

Огляд травматологічних хворих проводиться за певною схемою, що не дозволяє уникнути найважливіших ознак ушкодження. Після огляду і виявлення провідних симптомів хребет оглядається за сегментами. В момент первинного огляду положення хворого або ураженого сегмента може бути активним, пасивним і вимушеним.

Активне положення, як правило, свідчить про відносно благополуччя, *пасивне положення* найчастіше свідчить про важку травму або ураження спинного мозку, що ускладнилися паралічем. Особливу увагу потрібно приділити *вимушеному положенню* тіла, як правило, це компенсаторні, пристосовані і патологічні установки. Виражений лордоз поперекового відділу хребта у вертикальному або горизонтальному положенні хворого може бути обумовлений згинальною контрактурою в кульшовому суглобі.

Пальпація хребта дозволяє доповнити дані огляду, визначити локалізацію, ступінь і характер болючості. Слід пам'ятати, що в нормі остистий відросток II поперекового хребця більше виступає назад, чим сусідні остисті відростки. Для виявлення болючості при натисканні на остистий відросток ставлять на нього великий палець і тиснуть, переходячи від вище до нижче розташованого відростка. При патологічному процесі, що залучає суглобові і поперечні відростки, відмічають біль при натисканні в паравертебральних точках по лінії, що йде паралельно остистим відросткам на 1,5–2 см збоку (у поперековому відділі – на 2–3 см). Для виявлення болю іноді використовують постукування по остистих відростках, натискання на них збоку й інші спеціальні діагностичні прийоми, наприклад, навантаження по вісі хребта (на голову або на плечовий пояс). При пальпації відмічають також напругу м'язів, розташованих поряд із хребтом, оскільки більшість травм і захворювань хребта супроводжуються підвищенням м'язового тонусу. Пальпацію передньої поверхні хребта на рівні III–IV шийних хребців здійснюють через рот, зазвичай вказівним пальцем. На рівні перснеподібного хряща перед грудно-ключично-сосцеподібним м'язом промацують горбик VII шийного хребця. У худих людей при бімануальній пальпації живота доступні пальпації тіла поперекових хребців. Крижовий і куприковий відділи хребта спереду пальпуються через пряму кишку.

Щадна пальпація тканин у місцях ушкодження, видимій деформації, болючості дозволяє визначити місцеву температуру, виявити тургор м'яких тканин, їх набряклість, поширеність ділянки ущільнення і встановити зв'язок запального процесу з поверхнево чи глибше розташованими тканинами, іррадіацію болю при натисканні. Пальпаторне дослідження так само дозволяє проконтролювати стан нервових корінців, судин, наявність новоутворень, деформацію суглобів. Пальпація може проводитися усією кистю, кінчиками пальців однієї або двох рук, кінчиком другого пальця у разі здійснення пальпації двома руками, вона називається дворучною або бімануальною.

Встановлення діагнозу. Завершальним етапом обстеження хворого є встановлення діагнозу. У деяких випадках діагноз у травматології очевидний, але найчастіше, особливо при ортопедичних захворюваннях, потрібна комплексна диференціальна діагностика. Для постановки точного діагнозу збирається сукупність клінічних даних, результатів рентгенологічних досліджень, лабораторних аналізів та іншої інформації з обов'язковим ретельним аналізом перебігу захворювання.

Попередній діагноз ставлять на основі легко і швидко визначених достовірних, а якщо необхідно – і відносних ознак ушкодження. Формулювання попереднього діагнозу має бути коротким та орієнтувати в тяжкості і локалізації ушкодження, наявності ранніх ускладнень. Він може вимагати уточнень, навіть містити питання. При формулюванні попереднього діагнозу допускається гіпердіагностика, тобто вказівка на всі підозрювані ушкодження. На підставі попереднього діагнозу постраждалому надають невідкладну допомогу, а також визначають план подальшого обстеження (рентгенографія, пункція, лабораторні дослідження та ін.).

Клінічний діагноз, встановлений після проведення детального збору анамнезу і огляду потерпілого із залученням додаткових методів обстеження, вже повинен містити відомості про тип перелому, характер зміщення кісткових уламків та наявність супутніх захворювань. На його підставі визначають план лікування пацієнта і (якщо це необхідно) подальшого детального обстеження. В процесі подальшого обстеження і лікування він може бути уточнений або доповнений, в деяких випадках неодноразово.

Остаточний діагноз може бути виставлений не відразу, а через декілька днів, на підставі чого визначають план вичерпного (до остаточного результату) лікування і реабілітації. При його формулюванні необхідно чітко розділити основне захворювання, його ускладнення і супутню патологію.

Формулювання діагнозу. При запальних процесах визначають характер запалення – хронічне або гостре. Потім вказують етіологію запалення: туберкульозна, ревматична, спричинена дистрофічним процесом та ін. Після цього уточнюють локалізацію процесу (моно-, оліго- чи поліартрит).

При травмі правильно сформульований діагноз повинен характеризувати ушкодження і відповідати на наступні питання:

- 1) відкрите або закрите ушкодження;
- 2) його характер;
- 3) яка тканина пошкоджена (м'язи, кістка та ін.);
- 4) локалізація ушкодження;
- 5) наявність розходження і зміщення тканин або кістки;
- 6) супутні ушкодження (нерва, судин, сечовивідних шляхів та ін.).

Повний і точний діагноз визначає лікувальну тактику.

VI. Контрольні питання для оцінки вихідного рівня знань

1. Які особливості збору анамнезу у хворого з ізольованою або множинною травмою опорно-рухової системи?
2. Які особливості збору анамнезу у хворого із захворюванням опорно-рухової системи?
3. Які признаки вивиху можуть бути виявлені при клінічному обстеженні хворого?
4. Які признаки травматичного перелому можуть бути виявлені при клінічному обстеженні хворого?

5. Які признаки запального процесу можуть бути виявлені при клінічному обстеженні хворого?
6. Як виміряти і записати результати вимірювання рухів у великих суглобах верхніх і нижніх кінцівок?
7. Як виміряти і записати результати виміру довжини кінцівок?
8. Які види укорочення кінцівок?
9. Які розрізняють стани порушення рухів у суглобах?
10. Як визначити вісь нижньої та верхньої кінцівки?

VII. Ситуаційні задачі для визначення кінцевого рівня знань

1. У пацієнта виявлено травму верхньої кінцівки, порушення анатомічної вісі кінцівки на рівні середньої третини плеча з кутом відкритим дозаду. Який вид порушення вісі кінцівки має місце в пацієнта?
 - A. Вальгус.
 - B. Варус.
 - C. Антекурвація.*
 - D. Рекурвація.
2. Під час обстеження хворого, який 8 міс тому мав осколковий перелом виростка плечової кістки, виявлено: кінцівка в положенні згинання в ліктьовому суглобі під $\angle 90^\circ$, активні рухи в суглобі відсутні. При дослідженні пасивних рухів виявлено незначну рухливість (менше 5°). На рентгенограмах визначається значне звуження щілини ліктьового суглоба без порушення конгруентності суглобових поверхонь. Поставити клініко-рентгенологічний діагноз.
 - A. Контрактура.
 - B. Кістковий анкілоз.
 - C. Фіброзний анкілоз.
 - D. Ригідність.*
 - E. Позасуглобовий анкілоз.
3. Дитина, 12 років, страждає на невиліковний уроджений вивих стегна. Ця патологія характеризується зміщенням голівки стегна доверху відносно вертлюгової западини. Який вид скорочення кінцівки буде у дитини?
 - A. Проекційне.
 - B. Відносне.*
 - C. Анатомічне.
 - D. Сумарне.
 - E. Не буде скорочення.
4. Після запального процесу і його тривалого лікування у хворої відсутні активні і пасивні рухи в колінному суглобі. Рентгенологічно виявлено значне звуження щілини колінного суглоба, склероз та узурацію суглобових поверхонь. Поставити клініко-рентгенологічний діагноз.
 - A. Контрактура.
 - B. Кістковий анкілоз.
 - C. Ригідність.
 - D. Фіброзний анкілоз.*
 - E. Позасуглобовий анкілоз.
5. Під час огляду хворої виявлено ушкодження нижньої кінцівки, порушення її анатомічної вісі на рівні стегна з кутом, відкритим усередину. Який вид порушення анатомічної вісі кінцівки є у хворої?
 - A. Антекурвація.
 - B. Вальгус.
 - C. Варус.*
 - D. Рекурвація.

Література

1. Дитяча ортопедія : навч. посіб. (друге переглянуте вид.) / за ред. проф. І. Б. Зеленецького, М. І. Хвисяк та ін. Харків : Вид-во АТ "Харківформвидав", 2017. 347 с.
2. Кишеньковий довідник з травматології : навч. посіб. / за ред. акад. О. Є. Лоскутова. Дніпро : Ліра, 2018. 298 с.
3. Медична і соціальна реабілітація : підручник / В. Б. Самойленко, Н. П. Яковенко, І. О. Петряшев та ін. Київ : ВСВ "Медицина", 2013. 464 с.
4. Поперековий хребетний біль : навч.-метод. посіб. / О. М. Хвисяк, Г. Г. Голка та ін. Харків : Планета-Прінт, 2017.
5. Ортопедія і травматологія : підручник для лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, лікарів, що навчаються на циклах підвищення кваліфікації, спеціалізації й інших видах післядипломної освіти / О. М. Хвисяк, М. І. Хвисяк, М. О. Корж, Г. Г. Голка [та ін.]; за ред. О. М. Хвисяка. 2-ге вид., переробл. і доповн. Харків : Оригінал, 2018. 20 с.
6. Олекса А. П. Ортопедія. Київ : Вища школа, 2016.
7. Переломи кісток нижньої кінцівки : метод. вказ. для самост. роботи студентів мед. ф-тів / упор. : Г. Г. Голка, В. О. Литовченко, Дм. Д. Бігчук та ін. Харків : ХНМУ, 2012. 24 с.
8. Травматологія та ортопедія : підручник для студ. вищих мед. навч. закладів / за ред. Г. Г. Голки, О. А. Бур'янова, В. Г. Климовицького. 2-ге вид. Вінниця : Нова Книга, 2019. 432 с.
9. Traumatology and Orthopedics : A Textbook for Students of Higher Medical Institutions / Ed. G. G. Goka, A. A. Buryanova, V. G. Klimovitsky. Vinnytsia : New Book, 2018. 400 p.
10. Maheshwari J. Essential Orthopedics. 6nd Revised and Enlarged Edition Interprint New Delhi, 2019.
11. Verhaar JAN and van Mourik J. B. Orthopaedics and Traumatology. The Essential Guide. First ed. Houten, the Netherlands: Bohn, Stafleu and Van Loghum; 2021. ISBN 978 90 368 2637 2
12. White, Timothy O. McRae's Orthopaedic Trauma and Emergency Fracture Management / T. O. White, S. P. Mackenzie, A. J. Gray. 3rd ed. Edinburgh; London : Elsevier, 2016. VIII, 635 p.
13. DeLisa's Physical Medicine and Rehabilitation: Principles and Practice. 5th Edition by Prof. Walter R. Frontera, Joel A. DeLisa & 4 more. Publisher: Lippincott Williams & Wilkins, Wolters Kluwer Business, 5th edition (2010) 2264 pages.

Навчальне видання

ОСОБЛИВОСТІ ОБСТЕЖЕННЯ ХВОРИХ З ТРАВМАТОЛОГІЧНИМИ ТА ОРТОПЕДИЧНИМИ УШКОДЖЕННЯМИ

***Методичні вказівки для студентів за спеціальностями:
"Терапія та реабілітація" першого (бакалаврського) рівня
та "Медицина", "Педіатрія" другого (магістерського) рівня***

Упорядники Голка Григорій Григорович
 Олійник Антон Олександрович
 Фадєєв Олег Геннадійович
 Веснін Володимир Вікторович
 Бурлака Віктор Володимирович
 Фролова-Романюк Еліна Юріївна
 Олійник Софія Антонівна

Відповідальний за випуск В. В. Веснін



Редактор, коректор Н. І. Дубська
Комп'ютерна верстка Н. І. Дубська

Формат А5. Ум. друк. арк. 1,8. Зам. № 25-93.

**Редакційно-видавничий відділ
ХНМУ, пр. Науки, 4, м. Харків, 61022
izdatknmurio@gmail.com, vid.redact@knmu.edu.ua**

Свідоцтво про внесення суб'єкта видавничої справи до Державного реєстру видавництв, виготівників і розповсюджувачів видавничої продукції серії ДК № 3242 від 18.07.2008 р.