Ф.И.О. x

Возраст 56 лет

Профессия слесарь

Место работы пенсионер

Дата поступления 5.04.97

Место жительства Лодейное поле

Жалобы при поступлении: на боли в области левого тазобедренного сустава.

Обстоятельства травмы: 1.04.97 упал с велосипеда во время езды на левый бок, после чего почувствовал резкую боль в левом тазобедренном суставе. После падения не смог самостоятельно подняться. Сознание не терял. Головной боли и рвоты не было. По скорой помощи доставлен в отделение травматологии центральной районной больницы. Через 4 дня был переведен в отделении травматологии Ленинградской областной клинической больницы.

Анамнез жизни: родился 30 марта 1941 года в поселке Лодейное поле. Образование 7 классов. Служил в армии с 1958 по 1960 год. Работал слесарем на комбинате производственных предприятий с 1960 по 1995 год. С 1995 года на пенсии.

 Проф. Вредности - постоянный контакт с цементной пыль.

Перенесенные заболевания: ишемическая болезнь сердца, стенокардия напряжения, 2 функциональный класс с 1980 года. Гипертоническая болезнь с 1982 года.

Эпидемиологический анамнез:. Дифтерия в 1945 году. туберкулез, венерические заболевания, сыпной и брюшной тифы, гепатит отрицает.

 Аллергический анамнез: непереносимость лекарственных средств и бытовых веществ не отмечает.

Страховой анамнез - на пенсии

Привычные интоксикации: курит по 10-15 сигарет в день с 15 лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективное исследование.

Сердечно-сосудистая система.

 Пульс 64 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей ( на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее ( наружная сонная артерия) и головы ( височная артерия) не ослаблен. АД 150/100 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, неувеличенной протяженности .

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
|   |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, акцент второго тона над аортой.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания.

 Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

 Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 7 см

Аускультация легких: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких.

Система органов пищеварения.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

 Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

 Осмотр стула: стул оформленный, без патологических примесей.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

Мочевыделительная система.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.

Нервная система.

 Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет. Отмечает головные боли в висках и затылке появляющиеся к вечеру.

Опорно-двигательная система.

 Телосложение правильное. Осанка правильная. Половины тела симметричны. Надплечия расположены на одном уровне. Деформаций грудной клетки нет. Деформации лопаток нет, углы лопаток направлены вниз.

 Позвоночник: физиологические изгибы выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет.

 При пальпации суставы безболезненны. Видимых деформаций суставов нет. Подвижность в суставах в полном объеме за исключением левого тазобедренного, движения в котором резко болезненны, в значительно уменьшенном объеме.

Измерение длин окружностей.

Левая верхняя конечность:

 плечо - 35 см

 предплечье - 32 см

Правая верхняя конечность:

 плечо - 35 см

 предплечье - 32

 Правая нижняя конечность

 бедро -66 см

 голень - 44 см

 голеностопный сустав - 25 см

Левая нижняя конечность

 бедро - 66 см

 голень - 44 см

 голеностопный сустав - 25 см

Измерение абсолютных и относительных длин верхних конечностей:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Плечо |  |  | 34 см | 34см |
| Предплечье |  |  | 29 см | 29 см |
| Вся конечность | 68 см | 68 см | 63 см | 63 см |

Измерение абсолютных и относительных длин нижних конечностей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Бедро |  |  |  47 см | 47 см |
| Голень |  |  | 44 см | 44 см |
| Вся конечность | 95 см | 95 см | 91 см | 91 см |

 Измерение амплитуды движений. Активные движения в суставах верхней конечности в полном объеме. Пассивные движения:

 Левый плечевой сустав: сгибание вперед 100

 отведение 110

 разгибание 15

 вращение 90

Левый локтевой сустав в полном разгибании 180

 сгибание 40

Левый лучезапястный разгибание 70

 сгибание 80

 лучевое отведение 20

 локтевое отведение 30

левый тазобедренный сустав:

 сгибание до 20

 разгибание 20

 отведение 30

 ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 12

 ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 50

Левый коленный сустав

 в положении полного разгибания 180

 сгибание 50

Левый голеностопный

 подошвенное сгибание 90

 разгибание 40

 супинация 30

 пронация 20

Правый плечевой сустав: сгибание вперед 100

 отведение 110

 разгибание 15

 вращение 90

Правый локтевой сустав в полном разгибании 180

 сгибание 40

Правый лучезапястный разгибание 70

 сгибание 80

 лучевое отведение 20

 локтевое отведение 30

 Правый Тазобедренный сустав:

 сгибание до 40

 разгибание 40

 отведение 50

 ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 13

 ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 90

Коленный сустав

 в положении полного разгибания 180

 сгибание 50

Голеностопный

 подошвенное сгибание 90

 разгибание 40

 супинация 30

 пронация 20

Status localis

 Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены В области передней верхней подвздошной ости определяется выраженная болезненность, отечность. Паховая область при пальпации болезненна. Амплитуда движений в тазобедренном суставе уменьшена (сгибание до 20 , разгибание 20, отведение 30, ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 12, ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 50), движения болезненны.

Предварительный диагноз.

 Закрытый медиальный перелом шейки левого бедра.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Клинический анализ крови.
Эритроциты- 3,9х10^12/л
Hb- 140 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 4,5х10^9/л
 палочкоядерные- 0%
 сегментоядерные- 53,3%
 Лимфоцитов- 43%
 Моноцитов- 2%
CОЭ- 9 мм/ч

Биохимический анализ крови.
Общ. белок 81 г/л
Тимоловая проба 10 ВСЕ
АСТ 0,39 ммоль/л
АЛТ 0,92 ммоль/л
α амилаза 27 г/л/ч
Билирубин общ. 13 мкмоль/л
Сахар 17,7 ммоль/л (после еды!)
Мочевина 6,3 ммоль/л
К+ 4,8 ммоль/л
Са++ 2,45 ммоль/л
Хлориды 95 ммоль/л

Анализ мочи.
Цвет светло-желтый Белок 0 г/л
Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,015 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 0-2 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

Рентгенограмма от 5.04.97. На рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется медиальный перелом шейки левого бедра, бедренной кости со смещением дистального отломка вверх и медиально.

Обоснование окончательного клинического диагноза.

 На основании жалоб больного на боли в области левого тазобедренного сустава и обстоятельства травмы: 1.04.97 упал с велосипеда во время езды на левый бок, после чего почувствовал резкую боль в левом тазобедренном суставе. После падения не смог самостоятельно подняться. Сознание не терял. Головной боли и рвоты не было; на основании данных объективного осмотра: кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены В области передней верхней подвздошной ости определяется выраженная болезненность, отечность. Паховая область при пальпации болезненна. Амплитуда движений в тазобедренном суставе уменьшена (сгибание до 20 , разгибание 20, отведение 30, ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 12, ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 50), движения болезненны; на основании данных инструментального исследования: на рентгенограмме левого тазобедренного сустава определяется медиальный перелом шейки левого бедра, бедренной кости со смещением дистального отломка вверх и медиально можно поставить диагноз закрытый медиальный перелом шейки левого бедра.

Окончательный диагноз: закрытый медиальный перелом шейки левого бедра.

Лечение.

 Лечение медиальных невколоченных варусных переломов шейки бедра. При таких переломах представляет большие трудности. Летальность среди больных пожилого возраста при консервативной терапии достигает 20%. Условия для сращения, особенно при субкапитальных и капитальных переломах, неблагоприятные в связи с местными анатомическими особенностями и трудностью иммобилизации. Костное сращение перелома наступает через 6-8 мес. В том же время длительный постельный режим у пожилых приводит к развитию застойной пневмонии, пролежней, тромбоэмболии, что и является основной причиной высокой летальности. Поэтому методы лечения, связанные с длительным обездвиживанием больного, в пожилом возрасте применяться не должны. Скелетное вытяжение и гипсовая тазобедренная повязка как самостоятельные методы лечения в настоящее время не используются.

 При варусных невколоченных переломах шейки бедра наиболее рационально хирургическое вмешательство. В тех случаях, когда оно противопоказано (тяжелое общее состояние, старческий маразм или если больной еще до травмы не мог ходить), осуществляют раннюю мобилизацию. Цель этого метода - спасение жизни больного.

 Метод ранней мобилизации. После анестезии области перелома на период острых болей (5-10 суток) накладывают скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости. Вместо скелетного вытяжение можно применять укладывание с боков ноги мешочков с песком для создания покоя. С первых дней проводят дыхательную гимнастику. Уже в период иммобилизации конечности больных присаживают в постели. После снятия вытяжения больные поворачиваются на бок и на спину, садятся, свешивая ноги с кровати. Анестезию области перелома периодически повторяют. Проводят общее лечение. Начиная с 3-й недели больные начинают ходить на костылях без опоры на поврежденную конечность. Сращение перелома при этом методе лечения не наступает. Больные вынуждены до конца жизни пользоваться костылями.

 Хирургическое лечение. Операцию производят по неотложным показаниям. Если ее выполняют не в день поступления, то до операции накладывают скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости (груз 6-8 кг) на стандартной шине Велера.

 Существует два основных метода остеосинтеза медиальных переломов шейки бедра: 1. Закрытый (внесуставной), когда сустав не вскрывают и место перелома не обнажают; 2. Открытый (внутрисуставной), применяемый только в тех случаях, когда закрытая репозиция невозможна (чаще всего при интерпозиции капсулой и при старых переломах). Если рентгенологический контроль за положением отломков и фиксаторы во время операции невозможен, также показан открытый остеосинтез.

 Закрытый остеосинтез проводят под местной анестезией или под наркозом после закрытой репозиции скелетным вытяжением или после одномоментной репозиции на ортопедической столе.

 Одномоментная репозиция по Уитмену. Осуществляют тракцию по длине выпрямленной ноги, пока ее относительная длина не будет равна длине здоровой конечности. При продолжающейся тракции ногу ротируют кнутри до 40-50 градусов и фиксируют в положении отведения на 20 градусов. Положение больного на ортопедическом столе должно обеспечить фиксацию достигнутой в двух проекциях за тазобедренным суставом.

 Для остеосинтеза чаще всего используют трехлопастный гвоздь Смит-Петерсена или его модификации. Трелопастный гвоздь обеспечивает стабильный остеосинтез. Линейным разрезом длиной 7-10 см по наружной поверхности бедра обнажают подвертельную область. У основания большого вертела долотом делают зарубки соответственно лопастям гвоздя; под постоянным телерентгенологическим контролем в двух проекциях вводят гвоздь. Он должен пройти по середине шейки бедра в центр головки до кортикального слоя. Исключение составляют субкапитальные переломы, при которых такой метод не обеспечивает надежной фиксации маленького проксимального отломка. Для лучшей фиксации фрагментов кости при субкапитально переломе гвоздь проводят через сустав и вбивают в дно вертлужной впадины так, чтобы конец его выстоял в полость таза на 1 - 1.5 см.

 Если операцию проводят без постоянного телерентгенологического контроля, наибольшую сложность представляет выбор направления проведения гвоздя. Предложены различные аппараты - направители для введения трехлопастного гвоздя под периодическим рентгенологическим контролем в двух проекциях. Одним из наиболее простых методов остеосинтез является применение в качествен направляющей 2-3 толстых градуированных спиц. После рентгенографии выбирают наиболее правильно расположенную спиц и по ней вводят трехлопастный гвоздь.

 Открытый (внутрисуставной) остеосинтез проводят под наркозом. Операция более травматична и дает большую смертность , чем закрытый остеосинтез. После нее чаще развивается асептический некроз головки бедра.

 Послеоперационное лечение. После закрытого остеосинтеза гипсовую повязку не накладывают. С боков ноги для предупреждения ее наружной ротации укладывают валики с песком. После открытого остеосинтез до снятия швов ( на 7-10 сутки) накладывают заднюю гипсовую лонгету от 12 ребра до пальцев стопы. С первых же дней после операции показано активное ведение больных (повороты в постели, дыхательная гимнастика). В течение 3-й и 4-й недели больные начинают ходить на костылях без опоры на больную ногу. С целью профилактики асептического некроза головки бедра (особенно при субкапитальных переломах) нагрузку на больную ногу не разрешают до 5-6 мес после операции. Гвоздь удаляют после полной консолидации перелома: обычно не раньше чем через год после операции. Трудоспособность оперированных закрытым методом восстанавливается через 7-18 мес.

 Наиболее сложную группу представляют больные с субкапитальными и капитальными медиальными невколоченными переломами. Трудность фиксации этого перелома и резкое нарушение кровоснабжения головки диктуют необходимость длительной (многомесячной) разгрузки оперированной конечности. Даже при правильном послеоперационном ведении больных с субкапитальным и капитальным переломом асептический некроз головки бедра наблюдается в 2-% случаев. Поэтому у пожилых больных с субкапитальным и капитальным переломами головки бедра целесообразнее проводить не остеосинтез перелома, а замену полусустава (головки и шейки бедра) эндопротезом. Эндопротезирование сустава при медиальном переломе шейки бедра у больных старше 70 лет получает все большее распространение. Преимуществом его является также возможность ранней нагрузки на оперированную конечность (через 3-4 недели, а в случаях применения костного цемента для закрепления эндопротеза в бедренной кости с 3-4 -х суток после операции), что имеет существенное значение для ослабленных больных пожилого и старческого возраста.

Прогноз в отношении жизни благоприятный, в отношении выздоровления благоприятный при оперативном лечении.

Эпикриз.

x, 56 лет поступил в отделение травматологии Ленинградской областной клинической больницы 5.04.97 с жалобами на боли в области левого тазобедренного сустава (обстоятельства травмы: 1.04.97 упал с велосипеда во время езды на левый бок, после чего почувствовал резкую боль в левом тазобедренном суставе. После падения не смог самостоятельно подняться. Сознание не терял. Головной боли и рвоты не было). В отделении был поставлен окончательный клинический диагноз - закрытый медиальный перелом шейки левого бедра. Проводилось оперативное лечение - эндопротезирование тазобедренного сустава. Больному показано дальнейшее лечение в условиях стационара.