Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра военно-полевой терапии

Заведующая кафедрой: профессор Тютюнников С.В.

Преподаватель: ассистент Палажченко Н.Д.

Куратор: студентка 462 гр. Миханошина Л.А..

История болезни

Больная:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

Основное заболевание: Сочетанная травма: ЗЧМТ, ушиб головного мозга. Ушибленная рана головы. Закрытый перелом лонной, седалищной костей слева. Закрытый субкапитальный перелом шейки левого бедра. Ушиб грудной клетки. Ушиб почек. Ушибы и ссадины левого плеча. Ушиб левого коленного сустава.

Осложнение заболевания: Правосторонней пневмонии нижней доли.

Сопутствующее заболевание: Сахарный диабет II типа. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, группа очень высокого риска.

Барнаул-2006

ГКБ №1 г. Барнаул

Отделение сочетанной травмы

Палата № 8

**Паспортные данные**

Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 73 года.

Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: не работает.

Семейное положение: замужем.

Дата поступления в больницу: 19 апреля 2006 года

Время курации: с 28 апреля 2006

**Жалобы**

На момент поступления больная была в бессознательном состоянии в связи с тяжестью травмы и жалоб не предъявляла.

На момент курации больная предъявляет жалобы на:

- постоянные боли в области левого тазобедренного сустава, ноющего характера, средней интенсивности, усиливающиеся при незначительном движении, без иррадиации;

- на боли в правой половине грудной клетки и левом плече и поясничном отделе позвоночника: постоянные, средней интенсивности, ноющего характера, без иррадиации;

- невозможность активных движений в левой конечности;

Дополнительно жалобы на:

- приступообразный кашель, с трудно отделяемой мокротой;

- чувство нехватки воздуха;

-головную боль, разлитую, давящего характера;

- снижение аппетита.

-плохой сон (бессонница).

**Аnamnesis morbi**

При прохождении автодорожного полотна по улице 50 лет СССР 19.04.06.в 17.00. была сбита автомобилем. Обстоятельств аварии не помнит, так как находилась в бессознательном состоянии. С места получения травмы была доставлена Скорой помощью в городскую больницу №1, в отделение сочетанной травмы. Где была проведена иммобилизация переломов и противошоковая терапия, ПХО размозженной раны головы. 21.04.06. была проведена операция «Остеосинтез шейки левого бедра конюлированными винтами». В данный момент получает курс консервативного лечения.

**Аnamnesis vitae**

Родилась в Алтайском крае в 1934 году в с. Малаховка. Росла и развивалась нормально, в умственном, физическом развитии не отставала от сверстников. Имеет средне-специальное образование. На данный момент не работает. Менструация началась в 12 лет, установилась в течении 3 месяцев, протекала регулярно, с циклом 28 дней, умеренно болезненна, последняя менструация 15 лет назад. Всего было 6 беременностей, 2 закончились рождением здоровых детей, 1 закончилась рождением мертвого ребёнка, 3 мед. аборта. Из перенесённых заболеваний отмечает: часто ОРВИ, грипп, ангина. Сахарный диабет с 2002 года, последнее повышение сахара крови до 6,2 ммоль/л. Периодическое повышение А/Д до 200/100 мм.рт.ст., лечение и обследование не проводилось. В течение жизни травм, операций не было. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергических реакций на пищевые, промышленные, лекарственные аллергены не выявлено. Вредные привычки отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

**Status praesens communis**

Общее состояние больной средней степени тяжести. Положение в постели вынужденное. Сознание ясное, выражение лица страдальческое. Глазные симптомы, нистагма нет. Поведение обычное, телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост 165 см, вес 73 кг.

Кожные покровы сухие, бледные, имеются гематома в области левого тазобедренного сустава. Эластичность и тургор кожи снижены. Оволосение по женскому типу. Ногти обычной формы, без аномалий и патологических изменений. Видимые слизистые бледно розового цвета, без изъязвлений.

Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, наибольшее отложение жира отмечается на передней брюшной стенке, отёков нет.

Доступные пальпации лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые, над- и подключичные, локтевые) не увеличены, безболезненны.

Степень развития мышц средняя, мышечный тонус снижен, болезненность в области тазобедренного сустава, уплотнений не наблюдается.

Костно-суставной аппарат

Осмотр: деформации, дефигурации суставов и искривлений костей нет. Отмечается припухлость в области левого плечевого сустава, левого тазобедренного сустава и левого коленного сустава. Измерение окружности суставов: левая верхняя конечность: плечо - 36 см, предплечье - 32 см, правая верхняя конечность: плечо - 35 см, предплечье – 32, правая нижняя конечность: бедро - 67 см, голень - 44 см, голеностопный сустав - 25 см, левая нижняя конечность: бедро - 66 см, голень - 44 см, голеностопный сустав - 25 см. Отмечается гематома в области левого тазобедренного сустава.

Поверхностная пальпация: температура над поверхностью суставов не изменена, объём активных и пассивных движений во всех плоскостях в тазобедренном суставе резко ограничен. Суставных шумов нет.

Глубокая пальпация: определяется болезненность в области левого плечевого сустава, левого тазобедренного сустава и левого коленного сустава. Статическая и динамическая сила, мышечный тонус резко снижены в левой нижней конечности.

Перкуссия: при поколачивании определяется болезненность в области костей таза слева.

Система органов дыхания

Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют не одинаково ( отставание правой половины ).

При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая, болезненность в правой половине грудной клетки. Резистентность не повышена, голосовое дрожание усилено справа.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука над IХ сегментом справа. Топографическая перкуссия не проводилась в связи с тяжестью состояния.

Аускультация: над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное справа (в нижней доле значительно). Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Имеются единичные, сухие хрипы, выслушиваемые над областью проекции нижней доли правого легкого и межлопаточной области. Усиления бронхофонии нет.

Сердечно-сосудистая система:

Осмотр: сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

Пальпация: верхушечный толчок определяется на 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье без патологий. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

Перкуссия: Граница сердца определяется:

правая - по окологрудинной линии в IV межреберье справа,

верхняя - III ребро,

левая - 0,5 см кнаружи от левой среднеключичной линии в V межреберье.

Аускультация: тоны приглушены, акцент II тона над аортой. Частота сердечных сокращений 76 уд./мин. А/Д 135/80 мм. рт. ст.

Система органов пищеварения:

Осмотр: cлизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны не глубокие, без отделяемого из них. Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются.

Пальпации: напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресс развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует.

Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется. Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют. Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции

Перкуссия: Верхняя граница определяется по правой окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линии на уровне VI ребра. Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 6 см выше пупка. Размеры печени 10 х 8 х 7 см.

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячивания и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается. Симптом Ортнера отрицательный. Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине и на правом боку не определяется. Перкуторно размеры на уровне Х ребра 4 \* 6 см.

Органы мочевыделения

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3–4 раза в сутки. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Нервная и эндокринная системы

Сознание больной ясное. Навязчивых идей, аффектов, особенностей поведения нет. Полностью ориентирована в пространстве и во времени, общительна, речь правильная. На внешние раздражители реагирует адекватно. Слуховые, зрительные, обонятельные, вкусовые функции не нарушены. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Язык, нос, челюсти, ушные раковины, кисти рук и стопы нормальных размеров. Гигантизма, кретинизма, гипогонадизма нет. Щитовидная железа не увеличена, узлов нет, безболезненна.

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больной на постоянные боли в области левого тазобедренного сустава, ноющего характера, средней интенсивности, усиливающиеся при незначительном движении, без иррадиации; на боли в правой половине грудной клетки и левом плече и поясничном отделе позвоночника: постоянные, средней интенсивности, ноющего характера, без иррадиации; невозможность активных движений в левой конечности можно предположить, что имеется травма костей таза, травма левой верхней и нижней конечности, травма грудной клетки и почек. Из анамнеза болезни выявлено, что повреждения получены одновременно. На основании дополнительных жалоб на головную боль, разлитую, давящего характера и наличие потери сознания, и наличие ушибленной раны головы во время травмы, можно предположить, что имеется ЗЧМТ, ушиб головного мозга. На основании дополнительных жалоб на приступообразный кашель, с трудно отделяемой мокротой и чувство нехватки воздуха, можно предположить, что имеется патология системы органов дыхания. На основании рентгенологического исследования костей таза, проведенного сразу после травмы 19.04.2006 года, выявлен перелом лонной и седалищной костей слева и субкапитальный перелом шейки левого бедра, на фоне артроза тазобедренного сустав – эти данные подтверждают наличие предполагаемой травмы и объясняют вышеизложенные клинические проявления. На основании рентгенологического исследования грудной клетки, проведенного 24.04.2006 года, выявлено: справа диафрагма приподнята, легочной рисунок усилен, больше в нижнемедиальном отделе. Элементы с нечёткими контурами, сливаются между собой. Слева патологических теней нет. Так же при объективном исследовании органов дыхания пальпаторно определяется болезненность в правой половине грудной клетки, голосовое дрожание усилено справа, при сравнительной перкуссии притупление перкуторного звука над IХ сегментом справа. Аускультативно над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание, ослабленное справа (в нижней доле значительно). Имеются единичные, сухие хрипы, выслушиваемые над областью проекции нижней доли правого легкого и межлопаточной области. Эти данные подтверждают наличие предполагаемой правосторонней пневмонии нижней доли и объясняют вышеизложенные клинические проявления.

Основываясь на вышеизложенных данных можно поставить следующий клинический диагноз: Сочетанная травма: ЗЧМТ, ушиб головного мозга. Ушибленная рана головы. Закрытый перелом лонной, седалищной костей слева. Закрытый субкапитальный перелом шейки левого бедра. Ушиб грудной клетки. Ушиб почек. Ушибы и ссадины левого плеча. Ушиб левого коленного сустава. Осложнение заболевания: Правосторонней пневмонии нижней доли. Сопутствующее заболевание: Сахарный диабет II типа. Гипертоническая болезнь II стадии, II степени, группа очень высокого риска.

**План ведения**

1. Общеклиническое обследование.

2. При переломе шейки бедра:

- Метод ранней мобилизации. После анестезии области перелома на период острых болей (5-10 суток) накладывают скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости.

- Хирургическое лечение. Остеосинтез шейки левого бедра конюлированными винтами.

- Реабилитационная терапия, направленная на восстановление движений в тазобедренном суставе в течение 1,5 – 2 месяцев.

- УВЧ № 8 – 10, электрофорез с новокаином № 10 – 12, массаж, ЛФК.

- Рентгеноконтроль.

- Санаторно–курортное лечение.

3. При переломе костей таза:

- Репозиция отломков под местной анестезией или наркозом.

- Первичный рентгеноконтроль с оценкой положения отломков (удовлетворительное, неудовлетворительное).

- Иммобилизация.

- УВЧ № 5 – 7 для снятия отечности, аналгетики, ЛФК.

4. При ушибе головного мозга:

- покой.

- ноотропы.

5. При ушибе и ссадинах левого плеча, ушиб левого коленного сустава:

- в первые сутки давящая повязка.

- на 2-3 сутки согревающий компресс, УВЧ № 8.

**Прогноз**

1. Для жизни – относительно благоприятный, так как условия для сращения, особенно при субкапитальных переломах неблагоприятные в связи с местными анатомическими особенностями и трудностью иммобилизации.

2. Для здоровья – не благоприятный, т.к. длительный постельный режим у пожилых приводит к развитию застойной пневмонии, пролежней.