Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Зав. Кафедрой: доктор медицинских наук, профессор Распопова Е.А.

Преподаватель: кандидат медицинских наук, доцент Чанцев А.В.

КЛИНИЧЕСКАЯ ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной:\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

Сросшийся чрезвертельный перелом правой бедренной кости в условиях МОС ССА, осложненный воспалением спицевых и стержневых ходов

Кураторы: студенты 422 группы

Рожков И.А., Чапыева М.В.

Дата курации 21.06.06

Оценка:

БАРНАУЛ 2006

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_\_

Место жительства\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: безработный

Дата поступления: 19.06.06 г.

Дата курации: 21.06.06 г.

**ЖАЛОБЫ** на нарушение подвижности в тазобедренном и коленном суставах справа.

**ANAMNESIS MORBI**

Больным себя считает с 7-30ч. 4 марта 2006 г., когда получил бытовую травму, поскользнувшись во дворе своего дома, упал, почувствовал резкую боль в правой ноге, с трудом смог подняться. Вызвал фельдшера, который ввел обезболивающее средство, наложил шину из подручных материалов и на попутной машине отправил в ЦРБ. Там ему был поставлен диагноз чрезвертельный перелом правой бедренной кости на основании клинических признаков и рентгенографии. В течении 5 дней находился в ЦРБ на скелетном вытяжении. 10.03.06 г. был доставлен в травматологическое отделение АККБ, где находился на скелетном вытяжении в течение 2-х недель. 23.03.06 г. была проведена операция (металлоостесинтез с наложением спице-стержневого аппарата). 14.05.06 г. был выписан из АККБ. 13.06.06 г. попал под дождь, повязки промокли, в тот же день почувствовал боль, жжение, зуд в области наложения металлоконструкции, кожа вокруг мест выхода спиц покраснела, к вечеру появился отек в области бедра. Из ЦРБ был направлен в травматологическое отделение АККБ. В течение 6 дней находился дома из-за отсутствия транспорта, принимал кетонов 3 раза в день по одной таблетке. 19.06.06 г. поступил в АККБ с диагнозом чрезвертельный перелом правой бедренной кости в условиях МОС ССА осложненный воспалением спицевых ходов. В тот же день была произведена операция демонтаж ССА, назначены перевязки и противовоспалительная терапия.

**ANAMNESIS VITAE**

Больной \_\_\_\_\_\_, 29.09.58 г.р. перенесенные: болезнь Боткина, туберкулез, вензаболевания отрицает. Перенесенные травмы: перелом костей правого предплечья – 1967 г., перелом левой ключицы – 1980 г., множественные переломы ребер – 1979 г., перелом пальцев правой стопы – 1996 г. Наследственность не отягощена. Аллергических реакций на ранее принимаемые препараты не было. Гемотрансфузий не проводилось.

**STATUS PRESENS COMMUNIS**

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение пропорциональное, конституция нормостеническая. Осанка прямая. Рост 170 cм, вес 67 кг. Цвет кожных покровов телесный, эластичность кожи не снижена, кожа сухая. Подкожно-жировой слой развит слабо. Углы рта симметричные, цвет губ розовый. Слизистая оболочка полости рта розового цвета, влажная. Язык розовый, влажный, корень обложен белым налетом. Миндалины из-за дужек не выступают. Акт глотания не нарушен.

Степень развития мышечной системы умеренная. Искривления костей нет.

Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная. Грудная клетка симметрично участвует в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Частота дыхательных движений 18 в минуту, дыхание везикулярное, ритмичное, хрипов нет. Патологической пульсации в области сердца и внесердечной области не выявлено.

Пульс синхронный на обеих руках, частота пульса 75 удара в минуту, ритмичный, мягкий, полный. Частота сердечных сокращений 75 в минуту, нормокардия, ритм правильный. Тоны сердца ясные, ритмичные. На руках: АДs=120\90мм рт ст; АДd=120\90мм рт ст.

Живот правильной конфигурации, симметричный, участвует в акте дыхания, не вздут. Видимой перистальтики и антиперистальтики не обнаружено. Развития подкожных венозных анастомозов не выявлено. Живот мягкий, тонус мышц сохранен, мышечного напряжения нет.

Акт дефекации и мочеиспускания не нарушен.

**STATUS ORTOPEDICUS**

В вертикальном положении стоит самостоятельно, ровно. Передвигается с помощью костылей с частичной опорой на пораженную конечность.

Голова расположена по средней линии.

Надплечья расположены на одном уровне, длина 19см справа и слева.

Грудная клетка симметричная, нормостенической конституции, обе половины грудной клетки одинаково принимают участие в акте дыхания.

Треугольники талии по 6см справа и слева.

Крылья подвздошных костей находятся на одном уровне.

По отвесу пупок по средней линии.

Физиологические изгибы позвоночника выражены умеренно.

Линия остистых отростков соответствует отвесу, отвес проходит через межъягодичную складку.

Углы лопаток находятся на одном уровне.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Измерения | Справа (см) | Слева (см) |
| Относительная длина верхней конечности | 62 | 62 |
| Относительная длина нижней конечности | 101 | 102 |
| Абсолютная длина: плеча | 33 | 33 |
| Предплечья | 30 | 30 |
| Бедра | 49 | 50 |
| Голени | 46 | 46 |
| Окружность плеча: Верхняя треть | 28 | 27 |
| Средняя треть | 25 | 25 |
| Нижняя треть | 24 | 24 |
| Окружность предплечья: Верхняя треть | 24 | 24 |
| Средняя треть | 20 | 20 |
| Нижняя треть | 16 | 16,5 |
| Окружность бедра: Верхняя треть | 51 | 47 |
| Средняя треть | 49,5 | 44 |
| Нижняя треть | 47 | 39 |
| Окружность голени: Верхняя треть | 36 | 31 |
| Средняя треть | 32 | 24 |
| Нижняя треть | 24 | 20,5 |

Измерения амплитуды движений в крупных суставах

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | справа | слева |
| Плечевой сустав: сгибание/разгибание | 90/0/60 | 90/0/60 |
| Отведение/приведение | 90/0/70 | 90/0/70 |
| Наружная/внутренняя ротация | 50/0/60 | 50/0/60 |
| Локтевой сустав: сгибание/разгибание | 150/0/0 | 155/0/0 |
| Лучезапястный сустав: сгибание/разгибание | 55/0/55 | 55/0/55 |
| Пронация/супинация | 90/0/80 | 85/0/80 |
| Лучевая/локтевая девиация | 20/0/40 | 20/0/40 |
| Тазобедренный сустав: сгибание/разгибание | 45/0/0 | 105/0/10 |
| Отведение/приведение | 10/0/10 | 50/0/30 |
| Наружная/внутренняя ротация | 0/0/0 | 45/0/45 |
| Коленный сустав: сгибание/разгибание | 30/0/10 | 130/0/15 |
| Голеностопный сустав: тыльная/подошвенная флексия | 40/0/50 | 40/0/50 |

**STATUS LOKALIS**

При осмотре в области правого бедра кожные покровы обычной окраски. Отмечается умеренный отек мягких тканей бедра с переходом на коленный сустав и частично на дистальные отделы правой нижней конечности. В местах прохода стержней отмечается локальная гиперемия кожных покровов. Движения в тазобедренном и коленном суставах справа ограничены, в правом голеностопном суставе движение в полном объеме. Чувствительность не нарушена.

**ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общий анализ крови

Эритроциты – 3,8 \* 1012/л

Hb - 121г/л

Тромбоциты – 380 \* 109/л

Сахар - 5,1 ммоль/л

Описание рентгенограммы от 19.06.06

На прицельной рентгенограмме области тазобедренного сустава и проксимального диафиза бедренной кости в прямой проекции виден сросшийся чрезвертельный перелом бедренной кости в условиях МОС ССА со смещением отломков по длине. Шеечно-диафизарный угол составляет 1330, что соответствует норме.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании: жалоб больного на ограничение подвижности в тазобедренном и коленном суставах справа; данных анамнеза болезни о том, что больной почувствовал резкую боль в области правого бедра после падения, был доставлен в ЦРБ, где ему был поставлен диагноз чрезвертельный перелом правой бедренной кости, который после был подтвержден в АККБ, где ему была проведена операция МОС ССА; также данных анамнеза болезни о намокании повязок и появления после этого в области выхода стержней болей, жжения и зуда; данных объективного обследования (нарушения подвижности в тазобедренном и коленном суставах справа, отек мягких тканей бедра с переходом на коленный сустав и дистальные отделы правой нижней конечности, гиперемия кожных покровов в местах прохода стержней), данных рентгенологического исследования от 19.06.06г. – сросшийся чрезвертельный перелом правой бедренной кости в условиях МОС, ССА ставим диагноз: сросшийся чрезвертельный перелом правой бедренной кости в условиях МОС, ССА, осложненный воспалением спицевых и стержневых ходов.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Данный перелом следует дифференцировать с патологическим переломом. В пользу того, что причиной данного перелома явилась именно травма, говорит то, что пациент почувствовал резкую боль после падения, чего, как правило, не бывает при патологических переломах; а также отсутствие в анамнезе указаний на наличие у больного имеется остеомиелит. От вывиха данное поражение отличается наличием характерных признаков перелома на рентгенограммах (видна линия перелома и смещение отломков).

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. противовоспалительная терапия

- местное применение мази «Левомеколь»

- прием антибиотиков внутрь для профилактики остеомиелита

**ПЛАН РЕАБИЛИТАЦИИ**

1. ходьба на костылях с умеренной, возрастающей нагрузкой в течение 1 месяца;
2. через 1 месяц рентгенконтроль, решение вопроса о выходе на полную нагрузку;
3. поэтапный выход на полную нагрузку в течение 1-1,5 месяцев;
4. в течение всего этого времени:

- ЛФК, направленная на разработку суставов,

- физиотерапия, направленная на разработку суставов и снятие отечного синдрома,

- массаж, направленный на разработку суставов и снятие отечного синдрома;

5. рекомендация больному ограничить труд, связанный с длительной ходьбой и поднятием тяжестей.