Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии и ортопедии

Заведующая кафедрой: профессор Распопова Е.А.

Преподаватель: к. м. н., доцент Чанцев А.В.

Куратор: Черепанов Е. Е.401гр.

Багрянский В. В.401гр.

История болезни

Больной:

Клинический диагноз:

Закрытый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети со смещением и левой малоберцовой кости в верхней трети со смещением в условиях закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова.

Хронический стеатогепатоз

Барнаул 2005г.

## АККБ г. Барнаул

## Травматологическое отделение №2

## Палата № 4

Паспортные данные:

Ф.И. О.: …

Возраст: 38 лет.

Место жительства: с. Михайловское.

Место работы: Михайловское РОВД, старший следователь.

Семейное положение: женат.

Дата поступления в больницу: 25.11.05.

Время курации: с 19.12.05.

Гр. крови – III, Rh “-“

Клинический диагноз: Закрытый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети со смещением и левой малоберцовой кости в верхней трети со смещением в условиях закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова. Хронический стеатогепатоз.

Жалобы:

На момент курации больной предъявляет жалобы на тупую постоянную боль в области перелома; жжение и боль в стопе; отсутствие чувствительности в области II межпальцевого промежутка, отсутствие разгибательных движений пальцев левой стопы, незначительную патологическую подвижность в области перелома.

Anamnesis morbi:

Бытовая травма: 23.11.05г в 20: 00 при попытке выкатить машину из гаража оступился, почувствовал хруст в области левой голени, упал на спину. В пассивном положении боли не ощущал. Болезненность возникала и резко усиливалась лишь при движении. Не предпринимал самостоятельные попытки подняться с земли. Родственники вызвали скорую помощь на которой больной был доставлен в ЦРБ без введения анальгетиков и транспортной иммобилизации, где был осмотрен хирургом, проведена Rg – графия, в результате поставлен диагноз закрытый перелом верхней трети малоберцовой кости и нижней трети большеберцовой кости слева, наложена гипсовая повязка.

24.11.05г был доставлен в г. Барнаул в краевую поликлинику. Во время транспортировки под гипсовой повязкой возникли пролежни, проявившиеся пузырями.25.11.05г был госпитализирован в АККБ, травматологическое отделение №2.

06.12.05г данному пациенту была проведена операция закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова.

Anamnesis vitae

Родился 1967 году. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал.

В 3 года перенес паротит.

Операций в течение жизни не было.

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: непереносимость лекарственных средств, бытовых веществ и пищевых продуктов не отмечает.

Гемотрансфузий не проводилось.

Status praesens communis

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Положение больного в постели активное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Больной умеренного питания. Конституция нормостеническая. Рост больного 187см, вес 81кг. Кожные покровы нормального цвета, температуры и влажности. Тургор кожи не снижен. Подкожно жировая клетчатка выражена умеренно. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены. При осмотре глаз – незначительная иктеричность.

Органы дыхания:

Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен. Грудная клетка нормостенического типа, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая, болезненность не выявлена. Резистентность не повышена, голосовое дрожание одинаково проводится в обоих половинах грудной клетки.

Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точкам. Хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система:

Пульс 74 удара в минуту, ритмичный. Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии.

Границы сердца в норме.

Аускультативно: ритм правильный, тоны сердца ясные, нормальной громкости по всем точкам.

ЧСС 74 уд/мин, артериальное давление 120/80 мм рт. ст.

Мочевыделительная система:

Осмотром поясничной области отеков и припухлостей не выявлено. При глубокой пальпации почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный. Мочеиспускание безболезненное, регулярное, 3-5 раз в день.

Система пищеварения:

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет.

Стул не изменен, регулярный.

Область живота симметрична, передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания.

Пальпация: живот при пальпации мягкий, болезненность и напряжение передней брюшной стенки не выявлены, грыжевых отверстий нет, симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. Размеры печени по Курлову: 9, 8, 7 см. Нижний край печени не выходит из под края реберной дуги. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Нейроэндокринная система:

Сознание больного ясное. Чувствительность не изменена. Вторичные половые признаки по мужскому типу. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна при пальпации.

Ортопедический статус:

Положение больного активное; передвигается на костылях с опорой на пораженную конечность с нагрузкой 1\4 массы тела. Голова располагается параллельно средней линии. Остистые отростки – на одной линии. Надплечье, грудная клетка – симметричны. Углы лопаток и крылья подвздошных костей располагаются на одном уровне соответственно. Расстояние от углов лопаток до остистой линии – 15см с каждой стороны. Треугольники талии – по 7см с каждой стороны. Изгибы позвоночника развиты нормально, осанка не изменена.

Измерения:

Верхняя конечность:

Правая:

- окружности

предплечье

нижняя треть 18см

средняя треть 23см

верхняя треть 26см

плечо

нижняя треть 26см

средняя треть 30см

верхняя треть 36см

- абсолютная длинна 27см: 30см;

Левая:

- окружности

предплечье

1. нижняя треть 18см

2. средняя треть 23см

3. верхняя треть 26см

плечо

1. нижняя треть 26см

2. средняя треть 30см

3. верхняя треть 36см

- абсолютная длинна 27см: 30см;

Нижняя конечность

Правая:

- окружности

голень

1. нижняя треть 21см

2. средняя треть 31см

3. верхняя треть 32см

бедро

1. нижняя треть 40см

2. средняя треть 50см

3. верхняя треть 55см

- абсолютная длинна 48см: 46см;

Левая:

- окружности

голень

1. нижняя треть 24см

2. средняя треть 33см

3. верхняя треть 34см

бедро

1. нижняя треть 37см

2. средняя треть 41см

3. верхняя треть 51см

- абсолютная длинна 48см: 43см;

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Параметры | Правая сторона | Левая сторона |
| Относительная длина ноги | 96.5 см | 94 см |
| Относительная длина руки | 64 см | 64 см |
| Объем движения |
| Лучезапястный сустав сгибание/разгибаниелучевое/локтевое отведение | 500/00/450200/00/300  | 500/00/450200/00/300  |
| Локтевой суставсгибание/разгибание | 1500/00/100 | 1500/00/100 |
| Плечевой суставсгибание/разгибаниеотведение/приведениегоризонтальное сгибание/разгибаниенаружная/внутренняя ротация при отведении на 900 | 650/00/350900/00/1001300/00/400500/00/950 700/00/700 | 650/00/350900/00/1001300/00/400500/00/950 700/00/700 |
| Голеностопный суставсгибание/разгибание | 500/00/300 | 300/00/00 |
| Коленный суставсгибание/разгибаниенаружная/внутренняя ротация при сгибании на 900 | 1300/00/100400/00/200 | 1300/00/100400/00/200 |
| Тазобедренный суставсгибание/разгибаниеотведение/приведениеотведение/приведение при сгибании на 900наружняя/внутренняя ротация при сгибании на 900 | 1300/00/100300/00/300 600/00/200400/00/400 | 1300/00/100300/00/300 600/00/200400/00/400 |

Status localis

При осмотре левой голени и стопы определяются: кожные покровы синюшно – багрового цвета, отечны, температура кожи повышена. Целостность кожных покровов не нарушена. Левая голень больше правой за счет отека. Снижена чувствительность в проксимальном отделе II межпальцевого промежутка. При пальпации определяется незначительная болезненность в области нижней трети большеберцовой кости и в верхней трети малоберцовой кости. При функциональных пробах определено: разгибательные движения пальцев стопы ограничены.

Наложен аппарат Илизарова на левую голень. Движения в коленном суставе не ограничены, в голеностопном – ограничение разгибания.

Рентгенологическое исследование:

Описание: на снимке нормальной жесткости и контрастности определяются тени костей левой голени. В области нижней трети большеберцовой кости видна косая линия перелома, смещение по длине. В области верхней трети малоберцовой кости – косая линия перелома со смещением по длине.

План проведения дополнительных методов исследования:

Общий анализ крови + Эритроциты.

Кровь на RW

Общий анализ мочи

Кровь на сахар.

Rg – графия левой голени в двух проекциях.

Биохимический анализ крови + лейкоформула.

УЗИ печени, консультация гастроэнтеролога.

ДАННЫЕ ЛАБОРАТОРНЫХ И ДРУГИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ.

1. Общий анализ крови от 28.11.05г.

Гемоглобин - 157 г/л

Эритроциты – 5.0

Лейкоциты - 4,1

Эозинофилы - 2%

Палочкоядерные - 1%

Сегментоядерные - 53%

Лимфоциты - 34%

Моноциты - 10%

РОЭ - 4 мм/час

2. Исследование крови на RW и ВИЧ от 28.11.05г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 28.11.05г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1018

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские – 1 - 2 в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

4. Сахар крови от 15.11.05г.

3.2ммоль\л.

Биохимические исследования:

Общий билирубин - 39,0 мг% (до20.5)

Прямой билирубин – 20,0 мг%

Непрямой билирубин – 19,0 мг%(до 5.2)

АЛТ – 0,39 ед.

АСТ – 0,24 ед.

Мочевина 5.8

Креатинин 98

Коагулограмма:

ПТИ – 100%

Фибриноген – 4000мг\л

РФМК - 6.5мг%

Свертываемость 4 мин, начало на 1-й минуте.

Гастроэнтеролог:

Заключение: Хронический стеатогепатоз.

Клинический диагноз:

На основании жалоб больного на боли в области нижней трети большеберцовой кости и в верхней трети малоберцовой кости левой голени возникающие при пальпации, чувство патологической подвижности, ограничение движений пальцев левой стопы, можно предположить что имеется травма левой голени. Из анамнеза болезни выявлен механизм травмы и ее давность.

На основании данных рентгенологического исследования выявлен закрытый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети со смещением и левой малоберцовой кости в верхней трети со смещением.06.12.05г данному пациенту была проведена операция закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова.

Эти данные подтверждают наличие предполагаемой травмы и объясняют вышеизложенные клинические проявления. На основании данных биохимического исследования – повышение уровня общего, прямого и непрямого билирубина, а также на основании заключения гастроэнтеролога можно заключить что у данного пациента имеется хронический стеатогепатоз.

Основываясь на вышеизложенных данных можно поставить следующий диагноз: Закрытый перелом левой большеберцовой кости в нижней трети со смещением и левой малоберцовой кости в верхней трети со смещением в условиях закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова. Хронический стеатогепатоз.

План лечения и реабилитации

Клинический осмотр.

Лечение пролежней от гипсовой лангеты.

Рентгенография.

Операция закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова.

Рентгенконтроль.

Со вторых суток после операции ходьба на костылях с нагрузкой – 1\4 массы тела. ЛФК на профилактику контрактур в смежных суставах.

После купирования отечного синдрома (признак восстановления кровоснабжения) – поэтапный выход на полную нагрузку в течение 1 – 1,5 месяцев.

Через 1 месяц после операции рентгенконтроль для исключения вторичных смещений и оценки выраженности репаративного процесса.

В расчетные сроки сращения – рентгенконтроль, демонтаж стержней аппарата на уровне перелома, проведение клинической и функциональной проб.

При положительных пробах на сращение и адекватной рентгенологической картине – демонтаж аппарата.

Ходьба на костылях с нагрузкой 1\4 веса тела в течение 1 месяца. ЛФК, массаж, физиолечение на снятие болей и отечности, разработку суставов.

Через 1 месяц – рентгенконтроль, решение вопроса о выходе на полную нагрузку.

Поэтапный выход на полную нагрузку в течение 1 – 1,5 месяцев, продолжение реабилитационной терапии.

Рентгенконтроль. Выписка больного на легкий труд не связанный с длительной ходьбой и подъемом тяжестей на 3 – 6 месяцев.

Общая длительность лечения и реабилитации – 7 – 7,5 месяцев.

Прогноз:

Для жизни – благоприятный при правильном лечении и своевременном проведении реабилитационных мероприятий возможно восстановление утраченных функций.

Для здоровья – благоприятный, т.к состояние больного не угрожает жизни.

Для работы – благоприятный при правильном трудовом режиме (легкий труд не связанный с длительной ходьбой и подъемом тяжестей в течение 3 – 6 месяцев).

Возможные осложнения: гнойные осложнения, спицевой остеомиелит, кровотечение, травматический неврит, контактный дерматит, вторичное смешение отломков, замедленная консолидация, несросшиеся переломы.

## Использованная литература

1. «Травматология ортопедия и военно-полевая хирургия » А.А. Коломиец Г. Барнаул 2005 год.
2. «Руководство по практическим занятиям по травматологии и ортопедии» А.П. Скоблин Ю.С. Жила А.Н. Джерелей 1975 год. Москва.
3. Е.А. Распопова, А.А. Коломиец «Диагностика и лечение повреждений», Барнаул 1997
4. «Травматология и ортопедия» В.М. Шаповалов, А.И. Грицанов, А.Н. Ерохов «Издательство Фолиант» 2004г.