**Федеральное агентство по здравоохранению**

**и социальному развитию**

**ГОУ ВПО**

**Алтайский государственный медицинский университет Росздрава**

**Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ**

Заведующая кафедрой:

профессор, д.м.н. Распопова Е.А.

Преподаватель: доцент,

к.м.н. Чанцев А. В.

Куратор: Шепелев О.А. 427 гр.

# История болезни

**Больной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**, 49 лет

**Клинический диагноз:** **з**акрытый неправильно срастающийся многооскольчатый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков под углом в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом. Деформирующий артроз правого коленного сустава II степени тяжести в стадии обострения синовиита.

**г. Барнаул 2006**

АККБ г. Барнаул

Травматологическое отделение №2

Палата № 2

#### Паспортные данные:

Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 49 лет

Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: не работает

Семейное положение: женат.

Дата поступления в больницу: 11.01.06.

Время курации: с 30.01.06. по 10.02.06.

Гр. крови – III, Rh “+“

Клинический диагноз: **з**акрытый неправильно срастающийся многооскольчатый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков под углом в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом. Деформирующий артроз правого коленного сустава II степени тяжести в стадии обострения синовиита.

**Жалобы**

**На момент курации** больной предъявляет жалобы на тупую постоянную боль в области верхней трети правого бедра и правого коленного сустава, усиливающуюся при незначительных движениях конечностью, не иррадиирующую; на оганичение движений в правом тазобедренном и правом коленном суставах; незначительную отечность правого бедра и правого коленного сустава.

**Anamnesis morbi**

Бытовая травма: 24 ноября 2005 года в 21:00 вышел на крыльцо своего собственного дома, поскользнулся, потерял равновесие и упал с крыльца высотой 1.8 м. на наружную поверхность правого бедра. Сразу появилась резкая боль в области верхней трети бедра, а при попытке подняться боль усиливалась. На следующий день в 11:00 родственники вызвали скорую помощь. Было проведено внутримышечное обезболивание (название препарата не помнит), затем больной был доставлен в ЦРБ Усть – Пристанского района без транспортной иммобилизации, где был осмотрен хирургом, проведена Rg – графия, в результате поставлен диагноз: закрытый неправильно срастающийся чрезвертельный перелом правого бедра, наложена гипсовая иммобилизация на правую ногу.

03.12.05. отказался от дальнейшей госпитализации и был выписан домой. Далее самостоятельно снял гипсовую иммобилизацию.

25.12.05. повторная госпитализация в ЦРБ, появилась болезненность и ограничение движений в правом коленном суставе.

11.01.06. был госпитализирован в АККБ, травматологическое отделение №2.

17.01.06. была проведена операция корригирующая остеотомия верхней трети правого бедра в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом.

**Anamnesis vitae**

Родился 29 мая 1956 года. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал. Получил среднее образование. В 1977 году женился, имеет двоих детей.

Наследственный анамнез не отягощен.

Операций в течение жизни не было. Десять лет назад находился на амбулаторном лечении по поводу деформирующего артроза правого коленного сустава в одной из поликлиник г. Барнаула (номер поликлиники и продолжительность лечения не указал).

Эпидемический анамнез: туберкулёз, болезнь Боткина, венерические заболевания отрицает. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные.

Вредные привычки: курит, алкоголем не злоупотребляет.

Аллергологический анамнез: данных на пищевую и медикаментозную аллергию не выявлено.

Гемотрансфузий не проводилось.

# Status praesens communis

Общее состояние больного удовлетворительное, внешний вид соответствует возрасту, сознание ясное. Положение больного в постели активное. Выражение лица спокойное, эмоции сдержаны. Осанка правильная, телосложение правильное. Больной умеренного питания. Конституция нормостеническая. Рост больного 176см, вес 78 кг. 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.

**Органы дыхания:**

Дыхание через нос, свободное, ровное, ритмичное, 18 дыхательных движений в минуту. Отделяемого из носа нет. Голос тихий. Грудная клетка нормостенического типа, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки болезненности не обнаружено, температура кожи на симметричных участках одинаковая, резистентность в норме, голосовое дрожание с обеих сторон проводится одинаково.

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

**Сердечнососудистая система:**

При осмотре патологических пульсаций и выпячиваний в области сердца и крупных сосудов нет.

Пульс 72 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 72 уд/мин, артериальное давление 140/70 мм.рт.ст.

**Система пищеварения:**

При осмотре ротовой полости слизистая розового цвета, миндалины не увеличены, язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный. Диспепсические расстройства не выявлены. Стул не изменен, регулярный.

Область живота симметрична, выпячиваний, втяжений, видимой пульсации и перистальтики не отмечается. Кожные покровы бледно-розового цвета. Рубцов нет. 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 безболезненна при пальпации, не увеличена, доли 3 см, перешеек не пальпируется, мягкоэластической консистенции, без уплотнений.

**Мочевыделительная система:**

При осмотре области почек припухлости, отечности не наблюдаются. При пальпации почки безболезненны, подвижны, бобовидной конфигурации, поверхность гладкая. Симптом Пастернацкого отрицательный. Болезненности по ходу мочеточников нет.

Мочевой пузырь: выпячиваний над лобковой областью нет, при пальпации безболезненный.

# Ортопедический статус

Положение больного активное; передвигается на костылях без опоры на пораженную конечность. 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 – 16 см с каждой стороны. Треугольники талии – по 8 см с каждой стороны. Изгибы позвоночника развиты нормально, осанка не изменена.

**Посегментное измерение окружностей, абсолютной и относительной длинны верхней и нижней конечностей:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Верхняя конечность** | **Нижняя конечность** |
|  | **Правая** | **Левая** | **Правая** | **Левая** |
|  | **Пред -****плечье,****см** | **Плечо,****см** | **Пред -****плечье,****см** | **Плечо,****см** | **Голень,****см** | **Бедро,****см** | **Голень,****см** | **Бедро,** **см** |
| **Верхняя треть** | **26** | **28** | **26** | **28** | **34** | **47,5** | **32** | **46** |
| **Средняя треть** | **25,5** | **28** | **25,5** | **28** | **33** | **40** | **31,5** | **36** |
| **Нижняя треть** | **19** | **25,5** | **19** | **25,5** | **23,5** | **39** | **22** | **35** |
| **Абсолютная** **длина** | **27** | **30** | **27** | **30** | **45** | **47** | **45** | **47** |
| **Относительная** **длина** | **58** | **58** | **93** | **93** |

**Объем движений в суставах:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сторона | Правая | Левая |
| 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 ротация/внутренняя ротациянаружная/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 | 400/00/200 | 400/00/200 |
| Коленный суставсгибание/разгибаниенаружная/внутренняя ротация при сгибании на 900 |  100/00/100невозможна |  1200/00/100400/00/200 |
| Тазобедренный суставсгибание/разгибаниеотведение/приведениеотведение/приведение при сгибании на 900наружняя/внутренняя ротация при сгибании на 900 | 300/00/50100/00/100 невозможноневозможна | 1300/00/100300/00/300 600/00/200400/00/400 |

# Status localis

Передвигается на костылях без опоры на пораженную конечность. При осмотре правого бедра наблюдается: на коже передне–латеральной поверхности в верхней трети имеется послеоперационный рубец розового цвета длиной 18 см, имеющий направление соответствующее продольной оси конечности. Кожа в области рубца интактна. Окружность правого бедра больше левого за счет незначительного отека мягких тканей. Неврологических и сосудистых нарушений не наблюдается. Температура кожи соответствует симметричным участкам левого бедра. Движения в тазобедренном суставе ограничены.

При осмотре правого коленного сустава наблюдается: кожа слегка гиперемирована и отечна. Контуры сустава сглажены. Определяется баллотирование надколенника и нарушение объема движений: сгибание/разгибание ограничено, а отведение/приведение при сгибании на 900 невозможно.

**Рентгенологическое исследование**

А. Описание: на прицельной рентгенограмме нормальной жесткости и контрастности определяются тени костей тазобедренного сустава, верхней и средней трети диафиза правого бедра. Имеются признаки чрезвертельного аддукционного перелома правой бедренной кости со смещением отломков под углом, с отрывом большого и малого вертелов, и признаками консолидации.

Б. Описание: на прицельной рентгенограмме тазобедренного сустава нормальной жесткости и контрастности определяются признаки репозиции перелома в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом.

В. Описание: на прицельной рентгенограмме нормальной жесткости и контрастности определяются тени костей правого коленного сустава. Видны признаки увеличения площади соприкосновения суставных поверхностей за счет краевых костно – хрящевых разрастаний; признаки сужения суставной щели на 50 % и выраженного субхондрального склероза.

**План проведения дополнительных методов исследования**

1. Общий анализ крови + Эритроциты.

2. Кровь на RW и ВИЧ.

3. Общий анализ мочи

4. Кровь на сахар.

5. Rg – графия правого тазобедренного сустава в двух проекциях.

6. Биохимический анализ крови + лейкоформула

**Данные лабораторных методов исследования:**

1. Общий анализ крови от 24.01.06г.

Гемоглобин - 120 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 13.01.06г.

Результат отрицательный.

3. Исследование мочи от 25.01.06г.

Цвет соломенно-желтый

Реакция кислая

Удельный вес - 1028

Прозрачная

Белок - отрицательно

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки плоские – 1- 2 в поле зрения

Лейкоциты - единичные в поле зрения

Слизь +

4.Сахар крови от 15.01.06г.

3.4 ммоль\л.

Биохимические исследования крови:

Общий билирубин – 15,2 мг % (до20.5)

Непрямой билирубин – 4,5 мг %(до 5.2)

АЛТ – 0,86 ед.

АСТ – 0,44 ед.

Мочевина 5.8

Креатинин 98

Коагулограмма:

ПТИ – 95%

Фибриноген – 5000мг\л

РФМК - мг%

Свертываемость 4 мин, начало на 1-й минуте.

**Клинический диагноз**

На основании жалоб больного на тупую постоянную боль в области верхней трети правого бедра, возникающую при незначительных движениях конечностью, на ограничение движений в правом тазобедренном суставе, можно предположить что имеется травма правого бедра. Из анамнеза болезни выявлен механизм травмы и ее давность.

На основании данных рентгенологического исследования выявлен закрытый оскольчатый чрезвертельный аддукционный перелом правой бедренной кости со смещением отломков под углом, с отрывом большого и малого вертелов, и признаками консолидации.

17.01.06. данному пациенту была проведена операция корригирующая остеотомия верхней трети правого бедра в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом.

На основании жалоб больного во время курации на тупую постоянную боль в области правого коленного сустава, возникающую при незначительных движениях конечностью; контуры сустава сглажены за счет отека. Определяется баллотирование надколенника и нарушение объема движений. Из анамнеза болезни выявлена давность этих клинических проявлений. На основании данных рентгенологического исследования: имеются признаки увеличения площади соприкосновения суставных поверхностей за счет краевых костно – хрящевых разрастаний; признаки сужения суставной щели на 50 % и выраженного субхондрального склероза. Все выше перечисленное является признаками деформирующего артроза II степени тяжести и развития воспалительного процесса в синовиальной оболочке. Все эти данные подтверждают наличие предполагаемой травмы и объясняют вышеизложенные клинические проявления.

Основываясь на вышеизложенных данных можно поставить следующий **диагноз:** закрытый неправильно срастающийся многооскольчатый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков под углом в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом. Деформирующий артроз правого коленного сустава II степени тяжести в стадии обострения синовиита.

**План лечения и реабилитации**

1. Клинический осмотр.

2. Рентгенография.

3. Операция корригирующая остеотомия верхней трети правого бедра в условиях накостного остеосинтеза L – образной пластиной и спонгиозным болтом.

4. Временная иммобилизация бедра деротационным сапожком. ЛФК. УВЧ №7 – 10, аналгетики, антибиотики для профилактики инфекционных осложнений.

5. Через 10 – 15 суток после операции снятие швов и наложение гипсовой фиксации.

6. Рентгенконтроль.

7. Гипсовая фиксация до расчетных сроков сращения. Ходьба на костылях без осевой нагрузки на пораженную конечность, ЛФК.

8. В расчетные сроки сращения – снятие повязки, рентгенконтроль, клиническая и функциональные пробы на сращение.

9. Ходьба на костылях с нагрузкой 1 \ 4 в течение 1 месяца. Реабилитационная терапия: ЛФК, массаж, физиолечение на разработку суставов, купирование болей и отечности как в зоне перелома, так и в пораженном деформирующим артрозом суставе.

10. Рентгенконтроль области перелома и правого коленного сустава, решение вопроса о возможности выхода на полную нагрузку и применения дополнительных лечебно – диагностических мероприятий (пункция, применение хондропротекторов) для лечения пораженного коленного сустава.

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

12. Рентгенконтроль, решение вопроса о выписке больного на легкий труд не связанный с длительной ходьбой или подъемом тяжестей сроком на 3 – 6 месяцев.

**Прогноз**

1. Для жизни – благоприятный при правильном лечении и своевременном проведении реабилитационных мероприятий возможно восстановление утраченных функций.
2. Для здоровья – благоприятный, т.к. состояние больного не угрожает жизни.
3. 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, остеомиелит, вторичное смешение отломков, замедленная консолидация, кровотечение, травматический неврит, несросшиеся переломы, прогрессирование деформирующего артроза.

***Использованная литература***

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