МЗ РФ

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ.

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ,

ОРТОПЕДИИ И ВОЕННО-ПОЛЕВОЙ ХИРУРГИИ.

Заведующий кафедрой: профессор Распопова Е.А.

Преподаватель: ассистент Доронин М.В.

Куратор: студент 429 группы Афанаскин А.А.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.

Пациент: …

DS клинический: Закрытый поперечный перелом левой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков (19.01. 2006 г).

Барнаул, 2006 г.

## ГБ №11 г. Барнаула.

## Травматологическое отделение.

## Палата № 4

ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:

Ф.И.О.: …

Возраст: 40 лет (22.06. 1965 г).

Группа крови: A (II), Rh (+).

Место жительства: г. Барнаул, ул.Э. Алексеевой 82А/65.

Место работы: ООО ЛВЗ СТС (водитель).

Семейное положение: женат.

Дата поступления: 19 января 2006 г.

Время курации: 30 февраля 2006 г.

Клинический диагноз:

Закрытый поперечный перелом левой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков по длине.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ:

На выраженные боли в средней трети левого бедра, усиливающиеся при попытке движения.

На невозможность самостоятельного передвижения.

ANAMNESIS MORBI:

Попал в автодорожную аварию 19 января в 14: 30 на служебном автомобиле, лобовое столкновение с встречно движущимся автомобилем на скорости около 40 км ч. При столкновении ударился о приборную панель. Был пристегнут ремнем безопасности. Сознание не терял. После удара почувствовал резкую острую боль в области верхней трети левого бедра.

Спустя полчаса после аварии был доставлен бригадой скорой медицинской помощи в приемное отделение и госпитализирован.

Сразу была начата инфузионная и противошоковая терапия. Были сделаны рентгеновские снимки головы и поврежденной конечности в двух проекциях. Проведена репозиция костных отломков методом скелетного вытяжения с контрольными рентгеновскими снимками в двух проекциях. Груз 16 кг (10 кг - фиксирующий груз, плюс 2 кг на каждый см смещения по длине - смещение 3 см) на неделю.

Через неделю сделаны контрольные снимки, на которых было выявлено вторичное смещение косных отломков. В плановом порядке был проведен накостный остеосинтез пластиной и десятью винтами. Наложено восемь швов. Гипсовая лангета. Рентген-контроль.

ANAMNESIS VITAE:

Родился 1965 году. Рос и развивался нормально, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставал.

Операций в течение жизни не было.

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

Вредных привычек нет, спиртными напитками не злоупотребляет.

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

Гемотрансфузий не проводилось.

Наследственность не отягощена.

STATUS PRAESENS COMMUNIS:

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное. Выражение лица спокойное, поведение обычное, эмоции сдержаны. Телосложение правильное, умеренного питания. Конституция нормостеническая. Рост больного 176 см, вес 72 кг. Кожные покровы нормального цвета, температуры и влажности. Тургор кожи не снижен. Подкожно жировая клетчатка слабо выражена. Слизистая рта бледно-розовая, патологических изменений не выявлено. Периферические лимфоузлы не увеличены.

Органы дыхания:

Частота дыхания 16 дыхательных движений в минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен. Форма грудной клетки нормальная, 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 равномерное.

Аускультативно: выслушивается везикулярное дыхание по всем точка.

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 110/75 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.

Нейроэндокринная система:

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

STATUS LOCALIS.

При осмотре левой нижней конечности определяется незначительный отек мягких тканей по сравнению с правой нижней конечностью. Кожные покровы естественной окраски на обеих нижних конечностях, отмечается небольшая гиперемия в области швов на латеральной поверхности левого бедра. Температура при пальпации правой и левой нижних конечностей одинаковая. Ось левого бедра на момент осмотра без отклонений в связи с хорошей репозицией костных отломков. Пациент лежит на спине, левая нижняя конечность в положении сгибания в тазобедренном и коленном суставах (на подставке). Чувствительность (тактильная, температурная) на обеих нижних конечностях хорошая, симметричная. Движения в голеностопных суставах обеих конечностей симметричны, безболезненны, в полном объеме, как пассивные, так и активные. В левом коленном суставе активные движения ограничиваются болезненностью, равно как и в левом тазобедренном суставе. В покое безболезненны. Тонус мышц левой конечности, в сравнении с правой, не снижен.

ОРТОПЕДИЧЕСКИЙ СТАТУС.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПАРАМЕТРЫ | ПРАВАЯ | ЛЕВАЯ |
| Относительная длина ноги | 90 см | 90 см |
| Относительная длина руки | 60 см | 60 см |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| НАЗВАНИЕ СУСТАВА | ВИД ДВИЖЕНИЯ | ЗНАЧЕНИЕ | |
| Слева | Справа |
| Плечевой с плечевым поясом | Сгибание | 180° | 180° |
|  | Разгибание | 40° | 40° |
|  | Отведение | 180° | 180° |
| Локтевой | Сгибание | 40° | 40° |
|  | Разгибание | 180° | 180° |
|  | Пронация предплечья | 90° | 90° |
|  | Супинация предплечья | 90° | 90° |
| Кистевой | Сгибание | 75° | 75° |
|  | Разгибание | 65° | 65° |
|  | Отведение радиальное | 20° | 20° |
|  | Отведение ульнарное | 40° | 40° |
| Тазобедренный | Сгибание | 35° | 75° |
|  | Разгибание | 50° | 180° |
|  | Отведение | 15° | 50° |
|  | Приведение | 5° | 30° |
|  | Внутренняя ротация | 5° | 45° |
|  | Наружная ротация | 6° | 45° |
| Коленный | Сгибание | 20° | 40° |
|  | Разгибание | 90° | 180° |
| Голеностопный | Подошвенное сгибание | 130° | 130° |
|  | Тыльное сгибание | 70° | 70° |

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ.

На основании жалоб больного на выраженные боли в средней трети левого бедра, усиливающиеся при попытке движения. На невозможность самостоятельного передвижения.

На основании данных объективного обследования: рентгенограмма левой нижней конечности в двух проекциях, осмотр и пальпация - деформация и укорочение конечности, а также патологическая подвижность сегмента конечности.

На основании вышеперечисленного можно поставить клинический диагноз: закрытый поперечный перелом левой бедренной кости на границе верхней и средней трети со смещением отломков.

ЛЕЧЕНИЕ:

План ведения:

Дополнительное обследование.

Оперативное лечение, перевязки.

Реабилитация.

Наблюдение.

Дополнительное обследование:

Рентгенограмма сегмента конечности в двух проекциях со смежными суставами.

Общеклинические анализы (ОАК, ОАМ).

Определение группы крови и резус-принадлежности.

Биохимический анализ крови.

Было проведено:

Противошоковая и инфузионная терапия.

Репозиция костных отломков методом скелетного вытяжения с рентген-контролем.

Накостный остеосинтез пластиной и десятью винтами с рентген-контролем.

Оперативное лечение:

Репозиция костных отломков методом скелетного вытяжения с рентген-контролем.

Накостный остеосинтез пластиной и десятью винтами с рентген-контролем; рекомендовано наложение гипсовой лангеты, снятие швов через 12-15 дней, рентген-контроль, циркулярная гипсовая повязка.

В дальнейшем физиопроцедуры, ЛФК на здоровую ногу, хождение на костылях без нагрузки на ногу до образования первичного сращения - 1-1,5 мес. Через 2-2,5 мес. снять гипсовую повязку, рентген-контроль, умеренные пробы.

Реабилитация:

После снятия гипсовой повязки рекомендуется проводить физиотерапевтическое лечение:

Сухое тепло и грязи.

УВЧ, импульсные токи.

ЛФК и массаж.

Иглорефлексотерапию.

А также хождение на костылях с постепенным (осторожно!) увеличением нагрузки на поврежденную ногу, под наблюдением врача ортопеда-травматолога.

Наблюдение:

После выписки в течение 6 мес. рекомендуется наблюдение хирургом по месту жительства.

ПРОГНОЗ:

Для жизни - благоприятный, т.к 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, т.к у пациента не отягощенный анамнез жизни, первая помощь была оказана в кратчайшие сроки, и при условии соблюдения рекомендаций функция органа будет восстановлена в расчетные сроки, без инвалидизации.

## использованная литература

1. «Травматология и ортопедия» В.М. Шаповалова, А.И. Грицанова, А.Н. Ерохова.С. -Пт. 2004.
2. «Основы травматологии и ортопедии» А.А. Коломиец, Е.А. Распопова. Барнаул, 2002.
3. «Руководство по практическим занятиям по травматологии и ортопедии» А.П. Скоблин, Ю.С. Жила, А.Н. Джерелей. М 1975.