Асептическая рана бедра слева в фазе воспаления

ФИО :

Возраст : 36 лет

Постоянное место жительства

Место работы, профессия, должность : бухгалтер

Кем направлен:

Доставлен в стационар по экстренным показаниям: да, нет, через \_\_ часов после начала заболевания, получения травмы, госпитализирован в плановом порядке (подчеркнуть)

Дата и время поступления : 22 марта 2017 год, 9:00

Группа крови В (III) Резус Rh+ (положительный)

Побочное действие лекарств (непереносимость) : пентоксифиллин

Диагноз направившего учреждения: Консолидированный перелом бедра

Диагноз при поступлении : Состояние после остеосинтеза бедра слева

Клинический диагноз:

A. Основное заболевание : Консолидированный перелом бедра. Сопутствующие заболевания: нет . Осложнения в течении данного заболевания : нет

Дата и название операции: 22 марта 2017 года, удаление металлоконструкции

***1.Жалобы(к моменту курации)***

Выраженный болевой синдром в области послеоперационной раны.

***Anamnesis morbi***

Травма 09.12.15. в ДТП, пассажир автомобиля. БСМП доставлена в ГАУЗ ГКБ им. Н.И. Пирогова. Госпитализирована в НХО по экстренным показаниям. При поступлении осмотрена нейрохирургом, травматологом, хирургом, реаниматологом. В приемном отделении начата противошоковая инфузионная терапия. Выполнено рентгенографическое исследование, КТ-головного мозга, ПХО раны лица, блокада перелома, наложено скелетное вытяжение. По стабилизации состояния 11.12.15г. операция: Остеосинтез левого бедра пластиной и винтами. В послеоперационном периоде получала инфузионную, сосудистую, антибактериальную терапию, анальгетики, перевязки с антисептиками. После проведенного лечения состояние улучшилось. Швы сняты на 10 сутки. Заживление ран первичным натяжением. Гипсовый полутутор лежит хорошо, передвигается с помощью костылей без нагрузки на левую нижнюю конечность.

***2.Anamnesis vitae***

Родилась в Оренбургской области. Не отставала в развитии. Замужем. Есть сын. Социально-бытовые условия удовлетворительны. Профессиональных вредностей нет. Туберкулез, ВИЧ, гепатиты А, В, С, венерические заболевания отрицает. Хронических заболеваний нет. Операции были, остеосинтез. Вредные привычки отрицает. Лекарственной непереносимости нет. Наследственных заболеваний нет. Переливание крови не проводилось. Менструальный цикл 28 дней, перенесла беременность, послеродовой период протекал без осложнений, аборты отрицает, гинекологических заболеваний нет.

***3***.***Общие данные***

1. Общее состояние - удовлетворительное.

2. Сознание - ясное.

. Положение- активное.

. Телосложение - нормостеник. Рост - 148 см, вес - 54 кг.

. Температура тела - 36,60С.

. Кожа и видимые слизистые покровы обычной физиологической окраски.

. Лимфатические узлы - не увеличены, безболезненные.

***.Настоящее состояние больного***

**Опорно-двигательная система**

Частичное нарушение двигательной функции правой нижней конечности вследствие болевого синдрома.Состояние артериальных и венозных сосудов конечностей в норме .По краям послеоперационных ран гиперемия. Состояние придатков кожи (ногтевых пластинок, волосяного покрова) в норме.

**Дыхательная система**

Везикулярное дыхание. Хрипов нет. Форма грудной клетки гиперстеническая. ЧДД 20 в мин. Результат пробы Штанге: удовлетворительный ( задержка дыхания на вдохе 46сек.)

**Сердечно-сосудистая система**

Сердцебиение (ЧСС 86). Одышка при физ. нагрузках. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные. Функциональная проба Мартине показала удовлетворительную реакцию сердечно-сосудистой системы на физ. нагрузки.

**Пищеварительная система**

Хороший аппетит, стул 2 раза в день, кал оформленный.Полость рта: язык влажный, светло-розовый, без налета, без трещит, язв. Десны, твердое и мягкое небо светло-розового цвета без видимых повреждений. Живот округлой формы, симметричный, безболезненный, участвует в акте дыхания. При перкуссии живота свободная и осумкованная жидкость отсутствует. Симптом Менделя отрицательный. При поверхностной пальпации болезненность и напряжённость брюшных мышц отсутствует. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Краснобаева отрицательны. При глубокой пальпации сигмовидная кишка определяется в левой подвздошной области, гладкая, плотная, безболезненная. При глубокой пальпации слепая кишка мягкая, безболезненна и малоподвижна, аппендикс не пальпируется. При аускультации: перистальтика нормальной силы, продолжительности, периодичная. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не выслушиваются. Печень и желчный пузырь.

При осмотре выпячивания и втяжения в области правого подреберья отсутствуют.

При перкуссии печени верхняя граница абсолютной тупости по правой среднеключичной линии находиться на уровне 6 ребра, нижняя граница по этой же линии на уровне края правой рёберной дуги. По передней срединной линии нижняя граница соответствует границе верхней и средней трети расстояния от мечевидного отростка до пупка, по левой реберной дуге нижняя граница - левая парастернальная линия. Размеры поперечной тупости (по Курлову) составляют 9х8х7. При пальпации печени нижний край ровный, мягкий, безболезненный, поверхность печени гладкая. Желчный пузырь не пальпируется.

Селезенка не пальпируется. При перкуссии селезенки её продольный размер 6 см, поперечный - 4см.

Шум трения брюшины не выслушивается.

**Мочевыделительная система**

На момент курации жалоб нет. При осмотре мочеполовой системы боли в поясничной области отсутствуют. В области мочевого пузыря боли нет, мочеотделение не нарушено и безболезненно. Количество мочи за сутки - 1500мл. Моча: соломенно-желтого цвета, прозрачная, примесей крови нет. Отеки отсутствуют.

При осмотре поясничной и надлобковой области патологических изменений не выявлено.

При перкуссии: поясничная область - симптом Пастернацкого отрицательный; надлобковая область - тимпанический перкуторный звук.

Почки в горизонтальном и вертикальном положении не пальпируются, мочевой пузырь не пальпируется. Болезненность в реберно-позвоночной точке и по ходу мочеточников не определяется.

**Эндокринная система**

Телосложение геперстенического типа. Наличие ожирения IIстадии. Нарушения роста отсутствует. Кожные покровы сухие, не истончены, без огрубления. Щитовидная железа не увеличена, безболезненна., признаки тиреотоксикоза или гипотиреоза отсутствуют. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту, оволосение по женскому типу. Пигментация кожи и видимых слизистых отсутствует. Форма лица круглая, цвет лица бледно-розовый. Подкожная клетчатка обильно выражена.

**Нервная система**

На момент курации жалоб нет. Память хорошая. Сон спокойный. Головные боли нервной этиологии отсутствуют. Состояние спокойное. Речь не спутанная. Ориентируется в пространстве. Походка ровная. Мимика, позы адекватные. Дыхательные движения активные, ритмичные, неучащенные. Судороги и параличи отсутствуют. Реакция на осмотр адекватная.

***Status localis***

Имеется рана, локализованная в области левого бедра на латеральной его поверхности, линейной формы, направлены косо вниз, длиной 25 см. Края раны подвижны. Кожа вокруг раны гиперемирована, отечна, болезненна. Местное повышение температуры. Рана в фазе воспаления.

***Обоснование предварительного диагноза***

На основании жалоб больного, анамнестических данных и результатов объективного исследования поставлен предварительный диагноз - асептическая рана в фазе воспаления. В области раны присутствуют все признаки воспаления: tumor, rubor, color, dolor, function laesa; в ране отсутствуют инородные тела и некротические ткани, признаки нагноения в ране отсутствуют, отделимое раны отсутствует.

***.Данные специальных методов исследования***

**ОАМ:**

*От 21. 03. 2017*

Цвет: соломенно-желтый (N)

Р-ция: слабо-кислая(N)

Прозрачная(N)

Удельный вес: 1012(N 1011-1025)

Белок, сахар отрицательный (N)

Лейкоциты: 0-1\* 109 (4-10\*109)-лейкопения

Эритроциты: отс.(N)

Эпителий: 2-3 (N)

**ОАК:**

*От 21. 03. 2017*

лейкоциты - 6,56 (N 5-7\*109/л) (N)

эритроциты - 4,79 (N 4-5\*1012/л) (N)

Hb- 147 г/л (110,0-165,0г/л) (N)

СОЭ=11 (10-15мм/ч)(N)

**БАК:**

*От 21. 03. 2017*

Мочевина: 3,8 ммоль/л (2,5-8,3ммоль/л) (N)

Общий белок: 65 (65-85) (N)

АЛАТ : 11 ( до 40) (N)

АСАТ: 11 ( до 40) (N)

Билирубин общий: 10,4 ( 8,5-20,5) (N)

**ЭКГ:**

*21/03/2017*

Ритм синусовый, правильный, ЧСС 97 уд/мин.Ось сердца без отклонения. Синусовая тахикардия.

**Рентгенограмма легких:**

*От 23.03.2017*

Заключение: Активной патологии не выявлено

***6.Клинический окончательный диагноз***

Основное заболевание асептические раны в фазе воспаления после перенесённой операции : удаление металлоконструкции. Сопутствующие заболевания . Осложнения в течении данного заболевания

***.План лечения***

Общие принципы.

Лечение операционной раны по существу начинается на операционном столе, когда хирург старается создать наилучшие условия для её заживления.

Операционные раны являются условно асептическими, резаными. И их нанесении создаются все условия для заживления первичным натяжением: обеспечиваются профилактика инфекции, надёжный гемостаз, в ране отсутствуют инородные тела и некротические ткани. в конце операции края раны сближают и тщательно сопоставляют путем наложения швов. При вероятности скопления в ране экссудата в ней оставляют дренаж. Завершают операцию наложением асептической повязки.

После операции необходимо решить четыре задачи:

- обезболивание;

- профилактика вторичной инфекции;

- ускорение процессов заживления в ране;

- коррекция общего состояния больного.

Обезболивание :

Обезболивание в послеоперационном периоде можно проводить при помощи введения парантерально Кеторола, Промедола

Профилактика вторичной инфекции:

После операции на рану накладывают асептическую повязку. Меняют её обязательно через сутки после операции, а затем - по необходимости. Чаще всего перевязку делают ежедневно с обработкой раны спиртовым раствором хлоргексидина.

Для профилактики инфекционных осложнений важно следить за состоянием и функционированием дренажей, своевременно их удалять (нефункционирующий дренаж - возможный источник инфекции).

В первые три дня послеоперационного периода облучают область раны лазером, излучающим в диапазоне красных или инфракрасных лучей, с плотностью мощности на поверхности кожи 0,3 - 0,4 мВт/см2, в течение 7 - 10 мин ежедневно, используется гелий-неоновая лазерная установка типа ЛГ-78 либо "АОЛК". Предварительно производя ощелачивание раны перед каждым сеансом He-Ne лазеротерапии, например раствором сульфацила-натрия. С четвертого для послеоперационного периода прекращают лазеротерапию и начинают введение препарата селегилина гидрохлорида внутрь по 0,05 г в день по 20 дней либо ионофоретическим путем в течение 10 сеансов через день.

Коррекция общего состояния:

В послеоперационном периоде следует внимательно следить за общим состоянием пациента для своевременного выявления и коррекции фактров, неблагоприятно сказывающихся на течении раневого процесса (анемия, гипопротеинемия, недостаточность кровообращения, нарушении углеводного обмена.

 В конце операции края раны сблизить и тщательно сопоставить путем наложения швов. В ране оставить дренаж в виде силиконовой трубки. Наложить асептическую повязку. Повязку менять через каждые сутки. Необходимо следить за состоянием дренажа, своевременно его удалить.

Для уменьшения болевого синдрома:

В первые 2 сут после операции применить:

Rp: Sol. Promedoli 1%-1 ml

 D.t.d. N 10

S. Вводить подкожно по 1 мл 2 раза в день.

Электрофорез витаминов (2-5 % раствор аскорбиновой кислоты - с катода, 2 % раствор тиамина бромида, 2 % раствор токоферола ацетата), метаболитов (серы - 2 % раствор гипосульфита натрия - с катода, 2- 5 % раствор тиосульфата натрия - с катода, 2-5 % раствор натрия фосфата - с катода, 0,5-2 % раствор метионина, 2-5 % раствор меди сульфата, алоэ; грязевых препаратов (2 мл гумизоля, 10-15 мл пелоидина). Назначают в *конце второй (при отсутствии гнойного отделяемого) и в третьей фазах раневого* процесса, по 15-20 мин, ежедневно; курс 10- 12 процедур.

Электрофорез 0,1 % раствора адреналина. Назначают на область раны с целью уменьшения роста избыточной грануляционной ткани. Лечебный эффект обусловлен выраженным сосудосуживающим действием препарата. Показан во второй фазе раневого процесса на область раны с захватом по периметру участка кожи шириной 3-5 см, по 15-20 мин, ежедневно; курс 8-10 процедур.

*СУФ-облучение* ран (гиперэритемные дозы). Метод показан с целью подавления избыточного роста грануляций в ране. Эффект связан с деструкцией фибробластов и клеток новообразующихся сосудов продуктами фотолиза. Назначают 15-20 биодоз на раневую поверхность ежедневно или через день; курс 2-3 процедуры.

*СВЧ-терапия* (сантиметре- и дециметроволнового диапазонов). Показан во второй и третьей фазах раневого процесса при отсутствии гнойного отделяемого (что бывает во второй фазе при вторичном инфицировании раны). Методика контактная (через стерильную салфетку, повязку; неплотно прижимая для исключения травмирования грануляций) или дистантная в зависимости от типа излучателя; продолжительность процедуры 15 мин, ежедневно; курс 10-12 процедур.

*Низкочастотная магнитотерапия*. Метод показан во второй и третьей фазах при отсутствии гнойного отделяемого. Повязки желательно снимать, учитывая уменьшение напряженности поля с увеличением расстояния от индуктора. Проводят по одноиндукторной методике, форма поля синусоидальная или полусинусоидальная, частота 25-50 имп/с, индукция 30-40 мТл, по 15-20 мин, ежедневно; курс 10- 15 процедур.

*Лечебный массаж.* Назначают на паравертебральные зоны соответствующих сегментов, по ходу сосудов проксимальнее раны (на конечностях, «отсасывающий» массаж). В результате улучшаются дренаж раны, трофика тканей. Процедуры проводят ежедневно; курс 10 процедур.

При осмотре асептических ран с наложенными швами обращают внимание на появление местных признаков воспаления (гиперемии, отека, врезывания или прорезывания швов). При отсутствии воспалительных явлений и хорошо лежащих швах рану по линии швов смазывают 5% спиртовым раствором йода или 1% раствором бриллиантового зеленого и накладывают асептическую повязку из марлевой салфетки, которую фиксируют клеоловой наклейкой, трубчатым или обычным бинтом. При признаках нагноения полностью или частично снимают швы. При осмотре гнойной раны обращают внимание на характер раневого отделяемого. Цвет, запах, консистенция экссудата определяются видом возбудителя инфекции, например ихорозный, зловонный запах, грязно-серый цвет гноя характерны для гнилостной микрофлоры; сине-зеленый - для синегнойной палочки; запах гниющего мяса отмечается при развитии в ране Cl. sporogenes; аммиака, разлагающейся мочи - при развитии в ране аэробной гнилостной флоры.

Из лечебных методов используют физиотерапию, облучение раны расфокусированным лучом лазера малой мощности ; ирригацию или инсуффляцию антибактериальных и других лекарственных средств; введение антибактериальной и гемостатической губки. Проверяют правильность положения и эффективность функционирования дренажей и тампонов, а при необходимости поправляют, удаляют или заменяют их. Поскольку марлевый тампон обеспечивает дренажную функцию всего несколько часов, при большом количестве отделяемого вместе с ним или отдельно вводят резиновые, хлорвиниловые и другие трубки. Дренажную трубку можно соединить с постоянно действующей вакуум-системой - аспирационное дренирование .

**Закрытый метод лечения ран**

Сущность его сводится к наложению швов, защитных, отсасывающих асептических или антисептических повязок.

Показания: операционные, свежие случайные и огнестрельные раны после хирургической обработки, а также гнойные раны, подвергнутые механической, химической и другим антисептическим обработкам.

Этот метод недопустим при заражении ран, а также при первых признаках заражения. При асептических операционных ранах или после полного иссечения свежих ран накладывают клеевую защитную или бинтовую асептические повязки. В случаях нагноения накладывают на рану стерильный или антисептический отсасывающий слой.

**Открытый метод лечения ран**

Открытый метод лечения ран выполняется без наложения швов и повязок. Показания: раны в первой фазе раневого процесса с признаками инфекции, а во второй фазе - раны, заполненные гидремичными грануляциями, кроме ран конечностей и других частей тела, легко загрязняющихся навозом и почвой. В таких местах раны защищают каркасными повязками, не соприкасающимися с раневой поверхностью. Открытый метод лечения ран обеспечивает возможность аэрации и воздействия на них солнечной радиации, что предупреждает развитие анаэробной инфекции, и целесообразен в период эпителизации ран, заполненных грануляциями.

**Лечение с применением дренажей**

Лечение с применением дренажей показано в первой фазе при глубоких свежих, воспалившихся и осложненных инфекцией ран, содержащих значительное количество мертвых тканей, а также при затрудненном оттоке раневого экссудата из ниш и карманов.

Для дренирования используют марлевые и трубчатые дренажи. Первые, обладая капиллярностью, являются активными, их обычно пропитывают линиментами, гипертоническими, антисептическими растворами либо протеолитическими ферментами; вторые - пассивные, способствуют выведению экссудата, они также позволяют осуществлять периодическое промывание ран, введение антисептических и других средств. По мере уменьшения выделения гноя дренирование прекращают.

**Физическая антисептика**

Сущность физической антисептики сводится к созданию оттока тканевой жидкости из глубины раны наружу под влиянием гигроскопических свойств перевязочного материала, а также вследствие изменения осмоса и диффузии жидкости из ткани в сторону гипертонических растворов и гигроскопических порошков, в результате чего улучшается обмен межтканевой жидкости. По мере удаления наружу содержимого раны в нее поступает межтканевая жидкость, содержащая питательные вещества, готовые иммунотела, ферменты и другие физиологически активные вещества, необходимые для нормализации питания и внутриклеточного обмена, при этом уменьшается всасывание токсинов микробов и продуктов тканевого распада. В условиях гипертонической среды микробы теряют воду, сморщиваются, становятся инактивными и подвергаются воздействию иммунотел, ферментов и фагоцитозу.

**Химическая антисептика**

Химическая антисептика всегда включается в комплекс лечения ран в сочетании с патогенетической терапией и другими антисептиками. Сущность её заключается в применении антисептических и бактериостатических средств в целях стерилизации кожного покрова рук, операционного поля и зоны раны, а также подавления активности микробов в ранах, закрытых гнойно-некротических очагах и анатомических полостях.

Добиться полного уничтожения микробов в ране и внутренних средах организма средствами химической антисептики без повреждения тканевых систем организма и подавления его защитных механизмов невозможно. Поэтому необходимо подбирать такие антисептики, в таких дозах и концентрациях, при которых они, не снижая активности иммунобиологических реакций организма, инактивировали бы микробов, подготавливая их к уничтожению самим организмом. Активность антисептических и бактериостатических средств возрастает после иссечения мёртвых тканей и освобождения ран от гнойного экссудата; при этом создаются лучшие условия для контакта раствора с микробным фактором. Применение антисептиков и бактериостатических средств показано преимущественно в первой фазе раневого процесса, а во второй - только при патологических грануляциях с признаками некроза. Чтобы не повредить нормальные грануляции, не следует пользоваться присыпками и концентрированными растворами.

Химическая антисептика осуществляется путём орошения, фумигации, хлорирования ран, использования присыпок, нанесения линиментов и дренирования. Это так называемая поверхностная антисептика. Лучшие результаты достигаются при глубокой антисептике: введение в ткани антисептических и бактериостатческих растворов создаёт оптимальные условия для контакта антимикробных средств с микробами, проникшими в повреждённые и здоровые ткани.

Для создания в ране химического барьера и короткой новокаиновой блокады растворы вводят вместе с новокаином на границе здоровых и мёртвых тканей. Однако при этом повышается внутритканевое давление в зоне инфильтрации, что в большей или меньшей степени ухудшает кровоснабжение, задерживает отток лимфы. Внутривенное и внутриартериальное применение бактериостатических средств позволяет избежать этого и получить общий стерилизующий эффект при генерализации инфекта и создаёт высокую концентрацию бактериостатических препаратов и оптимальный контакт их с микробами в зоне раны и других частях тела. При этом не возникает внутритканевой компрессии, которая наблюдается при инфильтрационном способе глубокой антисептики.

**Ощелачивающая терапия**

Ощелачивающая терапия при раневом процессе включает физическую и химическую антисептики. Высокий ацидоз в зоне раны, усиливая ферментолиз мёртвых тканей, приводит к массовой гибели лейкоцитов, некротизации здоровых тканей и значительному усилению осмотического давления. Снижение ацидоза способствует нормализации воспалительной реакции, активации фагоцитоза и прекращению некротизации здоровых тканей; рана скорее очищается от мёртвых тканей и переходит из первой фазы в фазу гранулирования, элителизации и рубцевания. Исходя из этого, целесообразно снижать резко выраженную кислую реакцию раневой среды и осмотическое давление путём местного применения гипертонических и других растворов щелочной реакции. Чаще всего используют следующие средства: Rp.: Natrii hydrocarbonatis 4,0

Rp.: Fmmonii bicorbanaatis 20,0

 Aquae destillatae 80,0

Aquae destillatae 1000,0

Spiritus jodati 10% - 20,0

M. F. Solutio

D. S. Применять для длительного орошения раны

**Окисляющая терапия**

Окисляющая терапия направлена на предупреждение и подавление аэробной инфекции. В целях профилактики преждевременного алкалоза, перезревания грануляции и для стимуляции эпителизации применяют орошение и дренирование ран с окисляющими и хлорвыделяющими растворами. Обычно их применяют с гипертоническими растворами. Наиболее применимы: Rp.: Sol. Kalii

Rp.: Sol. Natrii chloridi 10% - 2000,0

 permanganatis 0,5% - 1000,0;

Kalii permangfnatis 15,0

М. D. S. для орошения ран

**Биологическая антисептика**

Биологическая антисептика осуществляется применением средств бактериального, растительного или животного происхождения для подавления активности микробов и повышения защитных сил организма. Биологические антисептики, применяемые при лечении ран, обладают не только местным, но и общим действием. К ним относятся бактериофаги, гамма-глобулины, поливалентные вакцины, стафилококковый анатоксин, гипериммунная стафилококковая плазма, антибиотики, фитонциды.

**Бактериофаготерапия**

Бактериофаготерапия применяется для лечения гнойных ран. Положительный лечебный эффект наблюдается только в тех случаях, когда применяется специфический бактериофаг, соответствующий раневой микрофлоре данного животного. Использование специфического бактериофага затрудняется изменчивостью микрофлоры ран и тем, что данные микробиологического исследования могут быть получены лишь через 24 - 48 ч после взятия материала. Если в ране обнаруживают стафилококков и стрептококков, то берут смесь стафило- и стрептофагов. Поверхностные раны орошают бактериофагом, а в глубокие вводят пропитанные им марлевые дренажи. При обильном нагноении бактериофаг вводят после удаления гноя ежедневно, а при умеренном - через каждые 2 - 3 дня до перехода раны во вторую фазу заживления.

**Лечение ран, заживающих под струпом**

Сначала проводят тщательный туалет раны, удаляют загрязнения с раневой поверхности. Образованию струпа способствуют солнечная радиация, высушивающее действие тепловых лучей (лампы соллюкс), припудривание антисептическими вяжущими и прижигающими порошками (танин, калия перманганат), смазывание 5 - 10%-ным раствором нитрата серебра (ляпис), бриллиантовой или малахитовой зеленью, пиоктанином.

Rp: Sol. Nitrati Argentii 10 %- 100 ml

D.S. Cмазывать рану 2 раза в день.

Rp: Sol. Virides Nitentis spirituosae 2%-10 ml

 D.S. Смазывать края раны 2 раза в день.

Струп следует сохранить до конца заживления, т. к. его случайное или искусственное повреждение вызывает капиллярное кровотечение и заживление может замедлиться. Чтобы струп не растрескивался и был достаточно эластичный, его смазывают касторовым маслом или бактерицидными мазями (йодоформной, ксероформной и др.).

**Принципы лечения больного**

На момент курации рана находится в фазе воспаления

Консервативное лечение

Режим-IV

Соблюдение диеты стол № 15

Rp: Tab. "Ketoroli" 10 mg

D.t.d. N20 tabletae

S. Принимать внутрь по 1 таблетке каждые 8 часов

Rp: Tab. Acecardoli 50 mg .t.d. 30 tabletae

S. Принимать внутрь по 2 таблетке 1 раз в день

Rp: Sol. Promedoli 1% - 1 ml. t. d. N 10 in ampull.. Вводить подкожно по 1 мл.

**8.Исход заболевания. Прогноз**

асептический рана воспаление

С учетом возраста больной, анамнеза, своевременной начатой терапии, отсутствия осложнений в течение заболевания, дальнейший жизненный прогноз благоприятный.

**Список используемых источников**

1. А.П. Минченко. Раны: лечение и профилактика осложнений: уч. пособие под ред. М.В. Рухмеда. - СПб. - Спецмед. - 2003. - 207 с., илл.

2. Артюнина Г.П., Гончар Н.Т., Игнатькова С.А. Основы медицинских знаний: Здоровье, болезнь и образ жизни. - Псков, 2003. - 292 с.: C. 234.

. Кузин М.И. Костюченко В.М. Раны и раневая инфекция М.,1990

. Ю.А.Давыдов, А.В.Ларичев. Вакуум-терапия ран и раневой процесс.-М.,Метгиз.-1999.-160 с.,