История болезни

Закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов

Куратор:

Прокопенко Т.В.

1. Паспортная часть

Ф.И.О.:

Возраст: 75 лет

Пол: женский

Место работы: пенсионерка

Дата и время поступления в клинику: 16.10.2013 г. 18.20ч.

Диагноз:

А) предварительный: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости

Б) клинический: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов

В) сопутствующие заболевания: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3.

. Жалобы больного

На момент курации: больная предъявляет жалобы на умеренные боли ноющего характера в области правого тазобедренного сустава.

. Анамнез болезни

Со слов больной, травма бытовая, произошла дома во время уборки. 16.10.2013 года около 14.00, больная мыла пол, поскользнулась и упала на правый бок. Не смогла подняться на ноги, около часа звала на помощь, пока ее сын не пришел с работы. Была вызвана скорая медицинская помощь. Бригадой СМП больная была иммобилизирована и доставлена в ЗГКБ СМП, осмотрена, обследована, обезболена.

В момент поступления больной была произведена рентгенография правого тазобедренного сустава и госпитализация в отделение политравмы. При поступлении в стационар состояние больной средней степени тяжести, сознание сохранено. Больная предъявляла жалобы на выраженные боли в области правого тазобедренного сустава, невозможность движений правой конечности. При осмотре области травмы: положительный симптом прилипшей пятки справа. Определялось нарушение оси правой нижней конечности - ротирована кнаружи, несколько приведена и согнута в коленном суставе. Пальпация правой паховой области резко болезненна, определялась крепитация, осевая нагрузка вызывала боль и была невозможна. Повреждения сосудисто-нервных образований правой нижней конечности не выявлено. Движения активные и пассивные невозможны.

Пациентке была произведена блокада места перелома раствором лидокаина и под местной анестезией произведено введение спицы Илизарова за надмыщелковую область правой бедренной кости, наложена скоба Киршнера. Смонтирована система вытяжения. На системе скелетного вытяжения больная находилась на момент начала курации (15.11 - 20.11.2013г.).

. Анамнез жизни

Больная родилась 05.05.1937 г. единственным ребенком в семье. В детстве в развитии не отставала от сверстников, материально-бытовые условия были удовлетворительными. Из детских болезней перенесла ветряную оспу. Окончила среднюю школу. После окончания учебы работала бухгалтером. Вредные привычки отрицает. Аллергологический анамнез отягощен (лекарственные средства - Диклофенак ). Туберкулезом, гепатитом, малярией, кож-вензаболеваниями не болела. С 2006 года болеет гипертонической болезнью. До настоящего времени травм не получала. Живет в своем доме с сыном, жилище благоустроенное, питание достаточное.

.Объективное исследование больного

Общий статус:

Общее состояние больной: средней тяжести. Положение больной: вынужденное(находится на скелетном вытяжении). Больная в сознании, выражение лица осмысленное, речь ясная, голос громкий. Вес: 65 кг. Рост: 168 см. Тип телосложения: нормостенический, умеренного питания.

Кожа и слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений. Придатки кожи без изменений. Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, распространена равномерно. Лимфатические узлы не пальпируются. Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется. Набухания и пульсации яремных вен нет. Пастозности, отеков нет.

Органы дыхания

Осмотр грудной клетки:

Грудная клетка нормостеническая, симметричная, искривлений по-звоночника нет. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер обычный.

Тип дыхания - брюшной. Дыхание, ритмичное, частота дыхания 18/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Пальпация грудной клетки:

Грудная клетка эластична, целостность ребер не нарушена. Болезненности при пальпации нет. Межреберные промежутки не расширены. Усиления голосового дрожания нет.

Перкуссия грудной клетки:

Сравнительная перкуссия:

Над легочными полями выслушивается ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия:

Нижняя граница правого легкого определяется по правой:

окологрудинной линии-VI межреберье;

среднеключичной-VI ребро;

средней подмышечной-VII ребро;

задней подмышечной-IX ребро;

правой лопаточной-X ребро;

околопозвоночнойостистый отросток XI vert. thor.

Нижняя граница левого легкого определяется по левой:

средней подмышечнойVII ребро;

задней подмышечнойIX ребро;

правой лопаточнойX ребро;

околопозвоночнойостистый отросток XI vert. thor.

Высота стояния верхушек легких:

справа - 3.5 см слева 3 см, сзади - proc. stiloideus VII vert. cerv.

Ширина полей Кренига:

справа 6 смслева 6,5 см

Подвижность нижнего края легкого :

по правой средней подмышечной линии составляет 4 см.

Аускультация легких.

Над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается над гортанью, трахеей и крупными бронхами. Бронховезикулярное дыхание не выслушивается. Хрипы, крепитация отсутствуют. Усиления бронхофонии нет.

Сердечно-сосудистая система

Осмотр области сердца:

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется, систолического втяжения межреберной области на месте верхушечного толчка нет, патологических пульсаций нет.

Пальпация:

Верхушечный толчок определяется 1,0 см кнутри от левой средне-ключичной линии в V межреберье без патологии. Сердечный толчок пальпаторно не определяется, симптом "кошачьего мурлыканья" отсутствует.

Перкуссия:

.Граница сердца определяется:

правая - по окологрудинной линии в IV межреберье справа,

верхняя - III ребро,

левая - 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии в V межре-берье.

.Контуры сердечно-сосудистого пучка определяются:

правый-1,2 межреберье 2,5 см

межреберье 3 см;

межреберье 3,5 см от срединной линии вправо.

левый-1,2 межреберье 3 см;

межреберье 5 см;

межреберье 8 см;

межреберье 10 см от срединной линии влево.

.Конфигурация сердца нормальная:

поперечник сердца 15см,

длинник сердца 16,5 см,

высота сердца 9 см,

ширина сердца 12 см,

ширина сосудистого пучка 5,5 см.

Аускультация сердца:

Тоны громкие, ясные. Выслушивается два тона, две паузы. Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 100 уд./мин.

Исследование магистральных сосудов.

Пульсации сонных артерий (пляска каротид) нет, видимая пульсация шейных вен не определяется. Венный пульс отрицательный.

Исследование артериального пульса.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: (имеется затруднения при нахождении лучевой артерии из-за отечности кожи) частота 100 уд / мин., умеренного напряжения, полноты, высоты, быстрый, регулярный, одинаковый на обеих руках. Дефицит пульса не определяется. Сосудистая стенка не уплотнена, эластична. Артериальное давление 140 / 90, одинаковое на обеих руках.

Система пищеварения

Осмотр полости рта.

Слизистая оболочка полости рта и глотки розовая, чистая, влажная. Миндалины не выступают из-за небных дужек, лакуны неглубокие, без отделяемого.

Осмотр живота.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются.

Пальпация живота по Образцову -Стражеско.

При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной пресc развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный. При глубокой пальпации кишки определяются в виде тяжей эластической консистенции, безболезненны, подвижны, не урчат.

Перкуссия живота:

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется.

Поджелудочная железа:

Не пальпируется.

Исследование печени.

Осмотр: Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

Пальпация: Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции.

Перкуссия: Верхняя граница определяется по правой окологрудинной, среднеключичной, передней подмышечной линии на уровне VI ребра. Нижний край по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней серединной линии на 6 см выше пупка. Размеры печени по Курлову 9х8х7 см.

Исследование желчного пузыря:

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячиваний и фиксации этой области не обнаружено. Желчный пузырь не прощупывается.

Исследование селезенки:

Пальпаторно селезенка в положении лежа на спине не определяется. Перкуторно: размеры селезенки на уровне Х ребра 4 х 6 см.

Мочеполовая система

При бимануальной пальпации в горизонтальном положении почки не определяются. При перкуссии мочевой пузырь находится на 0.5 см выше лобковой кости. Мочеиспускание безболезненное. Менопауза 20 лет.

Неврологический статус

Сознание ясное, интеллект нормальный. Расстройств речи нет. Больная ориентирована в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Глазные щели и зрачки D=S. Рефлексы верхних конечностей не нарушены. Параличи не обнаружены. Оболочечные симптомы отрицательные. Патологические рефлексы отсутствуют. Зрачки расширены, живо реагируют на свет. Обоняние, осязание, вкус и зрение не нарушены.

Опорно-двигательный аппарат

Телосложение правильное. Половины тела симметричны. Деформаций грудной клетки нет.

Правая нижняя конечность больной находится в вынужденном положении, так как пациентка на системе скелетного вытяжения.

При пальпации суставы безболезненны. Видимых деформаций суставов нет. Подвижность в суставах в полном объеме за исключением правого тазобедренного, движения в котором определить не возможно, так как больная находится на системе скелетного вытяжения. При ощупывании костной и мышечной систем патологических изменений кроме области правого тазобедренного сустава не выявлено. Патологический хруст и крепитации в суставах отсутствуют.

Измерение длин окружностей.

Левая верхняя конечность:

плечо - 31 см

предплечье - 29 см

Правая верхняя конечность:

плечо - 32 см

предплечье - 27

Правая нижняя конечность:

бедро -50 см

голень - 32 см

голеностопный сустав - 22 см

Левая нижняя конечность:

бедро -52 см

голень - 33 см

голеностопный сустав - 23 см

Измерение абсолютных и относительных длин верхних конечностей:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Плечо |  |  | 34 см | 34см |
| Предплечье |  |  | 29 см | 29 см |
| Вся конечность | 68 см | 68 см | 63 см | 63 см |

Измерение абсолютных и относительных длин нижних конечностей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Бедро |  |  | 47 см | 47 см |
| Голень |  |  | 44 см | 44 см |
| Вся конечность | Невозможно определить из-за вынужденного положения | 95см | 91 см | 91 см |

Измерение амплитуды движений. Активные движения в суставах верхней конечности в полном объеме.

Пассивные движения в суставах конечностей:

Левый плечевой сустав: сгибание вперед 100

отведение 110

разгибание 15

вращение 90

Левый локтевой сустав: в полном разгибании 180

сгибание 40

Левый лучезапястный: разгибание 70

сгибание 80

лучевое отведение 20

локтевое отведение 30

Левый тазобедренный сустав:

сгибание до 40

разгибание 40

отведение 50

ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 12

ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 90

Левый коленный сустав:

в положении полного разгибания 180

сгибание 50

Левый голеностопный сустав:

подошвенное сгибание 90

разгибание 40

супинация 30

пронация 20

Правый плечевой сустав: сгибание вперед 100

отведение 110

разгибание 15

вращение 90

Правый локтевой сустав: в полном разгибании 180

сгибание 40

Правый лучезапястный сустав:

разгибание 70

сгибание 80

лучевое отведение 20

локтевое отведение 30

Правый тазобедренный сустав: на данный момент измерить амплитуду движений в суставе невозможно, так как конечность находится в вынужденном положении.

Правый коленный сустав: на данный момент измерить амплитуду движений в суставе невозможно, так как конечность находится в вынужденном положении.

Правый голеностопный сустав:

подошвенное сгибание 70

разгибание 30

супинация 20

пронация 15

Статика: исследовать не возможно, так как больная находится в вынужденном положении.

Локальный статус

Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены. При пальпации правой паховой области отмечается умеренная болезненность.

Больная находится на системе скелетного вытяжения: за надмыщелковую область правой бедренной кости введена спица Илизарова, наложена скоба Киршнера. Система скелетного вытяжения в норме. Места проведения спиц без признаков воспаления. Перевязка мест проведения спицы. Неврологических и сосудистых расстройств в сегменте конечности нет.

. Лабораторные и дополнительные исследования

. Общий анализ крови

. Общий анализ мочи

. Биохимический анализ крови

. Кровь на сахар

. Rh

. МР-реакция

. Рентгенография правого бедра в прямой и боковой проекции

. ЭКГ

. Консультация специалистов: терапевт, эндокринолог, кардиолог.

Результаты:

1. ОАК (17.10.13)4,0\*1012 л.- 130- 9,0\*109 л

Палочкоядерные - 15

Сегментоядерные - 81

Эозинофилы - 2

Лимфоциты - 16

Моноциты - 2

СОЭ -1 4 мм.ч.

Заключение: Отмечается сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

. ОАМ (17.10.13)

Цвет: желтый

Прозрачность: мутная

Относительная плотность - 1020

Реакция - кислая

Белок - следы

Глюкоза - нет

Эпителий плоский, неизмененный - 0 - 1 в поле зрения

Лейкоциты - 1-3 в поле зрения

Оксалаты в небольшом количестве

Заключение: патологических изменений не выявлено.

. Биохимический анализ крови (17.10.13)

Общий белок 60 г/л

Билирубин общий 18 мкм/л

Тимоловая проба 1,0 ед.

Креатинин 92 мкм/л

а - амилаза 21 г/ч\*л

АсАТ 0,2 мм/ч\*л

АлАТ 0,6 мм/ч\*л

Калий 4,48 мм/л

Натрий 141 мм/л

Кальций 1,92 мм/л

Заключение: патологических изменений не обнаружено.

. Глюкоза крови 4,3 ммоль/л (17.10.13)

. Группа крови 1(A) Rh +

. МР-реакция: отрицательная

. Рентгенография костей таза:

От 16.10.2013г.

Заключение: в прямой и боковой проекции правого бедра определяется чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов.



От 22.10.2013г.

Заключение: в прямой и боковой проекции правого бедра определяется чрезвертельный перелом правой бедренной кости в условии скелетного вытяжения. Отломки фиксированы без смещения. Функциональная ось правильная.



Вывод: Динамика рентгенограмм без видимых изменений.

. ЭКГ: вольтаж снижен, ритм синусовый нарушен, экстрасистолия, признаки гипертрофии левого предсердия ЧСС=100 уд/мин.

Консультация специалистов:

. Терапевт (17.10.2013)

Заключение: ИБС. Стенокардия напряжения 2-й функциональный класс. Кардиосклероз с нарушением ритма в виде пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, единичной желудочковой экстрасистолии. Сердечная недостаточность 1-2А функциональный класс.

Рекомендовано консультация кардиолога в связи с объемом планируемого оперативного вмешательства.

. Кардиолог (17.10.2013)

Заключение: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3.

. Эндокринолог (17.10.2013г.)

Заключение: Эндокринных патологий не обнаружено.

. Обоснование диагноза с элементами дифференциальной диагностики

На основании жалоб больной на выраженные боли в области правого тазобедренного сустава, невозможность движений правой конечности.

На основании данных анамнеза болезни: со слов больной, травма бытовая, произошла дома во время уборки. 16.10.2013 года около 14.00, больная мыла пол, поскользнулась и упала на правый бок. Не смогла подняться на ноги, около часа звала на помощь, пока ее сын не пришел с работы. Была вызвана скорая медицинская помощь. Бригадой СМП больная была иммобилизирована и доставлена в ЗГКБ СМП, осмотрена, обследована, обезболена. В момент поступления больной была произведена рентгенография правого тазобедренного сустава и госпитализация в отделение политравмы. На основании данных объективного обследования на момент поступления: при осмотре области травмы положительный симптом прилипшей пятки справа. Определялось нарушение оси правой нижней конечности - ротирована кнаружи, несколько приведена и согнута в коленном суставе. Пальпация правой паховой области резко болезненна, определялась крепитация, осевая нагрузка вызывала боль и была невозможна. Повреждения сосудисто-нервных образований правой нижней конечности не выявлено. Движения активные и пассивные невозможны.

Можно поставить предположительный диагноз: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости.

Дифференциальный диагноз:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Симптом/Диагноз | Перелом шейки бедренной кости | Перелом диафиза бедренной кости  | Ушиб тазобедренсустава | Вывих в та-зобедренном суставе | Наша пациентка |
| Боль | Умеренная, усиливается при движении и осевой нагрузке | Чрезвычайно интенсивная | Умеренная | Интенсивная | Ноющая, тупая, усиливается при движении и осе-вой на-грузке |
| Движения | Активные невозможны, пассивные резко болезненны | Активные невозможны, пассивные резко болезненны | Активные и пассивные болезненны | Активные и пассивные невозможны | Активн пассивн болезнен |
| Функция опоры | Нарушена или ослаблена при вколоченных переломах | Нарушена | Ослаблена из-за болез-ненности | Нарушена | Нарушена |
| Укороченконечн | Незначительн или отсутствует | Значительное | Нет | Относительное | Абсолютная длина не меняется |
| Наруш оси конечн | Нет | Значитель-ное | Нет | Нет | Нет |
| Наруш конфиг сустава | Возможно | Нет | Возможен отек | Выражено | Отек и бо-лезненность |
| Симптом “прилипшей пятки” | Да | Да | Нет | Нет | Да |
| Ротация ноги | В наружную или внутреннюю сторону | При проксимальном переломе | Нет | Да | Отсутств активная внутренняя ротация стопы |

Наосновании предположительного диагноза: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости.

На основании данных дополнительных исследований: рентгенография костей таза (заключение: в прямой и боковой проекции правого бедра определяется чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов); ЭКГ: вольтаж снижен, ритм синусовый нарушен, экстрасистолия, признаки гипертрофии левого предсердия ЧСС=100 уд/мин.консультации специалистов (Заключение терапевта: ИБС. Стенокардия напряжения 2-й функциональный класс. Кардиосклероз с нарушением ритма в виде пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, единичной желудочковой экстрасистолии. Сердечная недостаточность 1-2А функциональный класс.

Заключение кардиолога: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3.)

На основании дифференциального диагноза удалось исключить такие заболевания, как: перелом шейки бедренной кости, перелом диафиза бедренной кости, ушиб тазобедренного сустава, вывих в тазобедренном суставе.

Можно поставить клинический диагноз: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов. Сопутствующие заболевания: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3).

8. Лечение

. Современные методы лечения данной патологии

Для получения наилучших результатов в настоящее время применяются оперативные методы лечения с использованием металлоостеосинтеза.

Остеосинтез с помощью трехлопастного гвоздя Смита-Петерсена. Линейным разрезом длиной 7-10 см по наружной поверхности бедра обнажают подвертельную область. У основания большого вертела долотом делают зарубки соответственно лопастям гвоздя. Под постоянным телерентгенологическим контролем в двух проекциях вводят гвоздь.

Остеосинтез с помощью гвоздя Быкычарова. Для остеосинтеза использу-ют лопастный гвоздь с накладкой. Лопастный гвоздь вводят в шейку бедра, а накладку, связанную с гвоздем, фиксируют шурупами к диафизу бедренной кости.перелом кость смещение

2. План лечения данного больного

. Рекомендовано оперативное лечение - остеосинтез. Но, в связи с сопутствующим заболеванием больной (Заключение кардиолога: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3) оперативное лечение противопоказано, так как имеется высокий кардиоваскулярный риск осложнений ввиду постоянной формы фибрилляции предсердий, гипертензии и ишемической болезни сердца.

Как альтернатива больной предложено консервативное лечение - методом скелетного вытяжения (пациентке была произведена блокада места перелома раствором лидокаина и под местной анестезией произведено введение спицы Илизарова за надмыщелковую область правой бедренной кости, наложена скоба Киршнера. Смонтирована система вытяжения).

. Постельный режим в течение 1,5-2 месяцев, затем ходьба при помощи костылей.

. Дыхательная гимнастика, ЛФК и профилактика пролежней.

. Профилактика тромбоэмболических осложнений - клексан 0,4 п/к 1 раз в день.

. Обезболивание - дексалгин 2,0 в/м 2 раза в день при болях.

. Антигипертензивная терапия - карведилол 3,35 мг 2 раза в день.

. Антиагрегантная терапия - предуктал 1 г 2 раза в день; полокард 75 мг 1 раз в день.

Дневник наблюдений

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Объективно | Назначения |
| 15.11.13 t= 36,6 PS=88 уд/мин АД 130/90мм.рт.ст | Состояние больной средней тяжести, положение вынужденное(находится на скелетном вытяжении), сознание ясное, кожные покровы чистые, Дыхательная и сердечно-сосудистая системы без изменений, физиологические отправления в норме. Локально: Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены. При пальпации правой паховой области отмечается умеренная болезненность. Больная находится на системе скелетного вытяжения: за надмыщелковую область правой бедренной кости введена спица Илизарова, наложена скоба Киршнера. Система скелетного вытяжения в норме. Места проведения спиц без признаков воспаления. Перевязка мест проведения спицы. Неврологических и сосудистых расстройств в сегменте конечности нет. | Дыхательная гимнастика, ЛФК, профилактика пролежней клексан 0,4 п/к 1 раз в день дексалгин 2,0 в/м 1 раз в день при болях карведилол 3,35 мг 2 раза в день |
| 18.11.13 t= 36,6 PS=86 уд/мин АД 140/90мм.рт.ст | Состояние больной средней тяжести, положение вынужденное(находится на скелетном вытяжении), сознание ясное, кожные покровы чистые, Дыхательная и сердечно-сосудистая системы без изменений, физиологические отправления в норме. Локально: Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены. При пальпации правой паховой области отмечается умеренная болезненность. Больная находится на системе скелетного вытяжения: за надмыщелковую область правой бедренной кости введена спица Илизарова, наложена скоба Киршнера. Система скелетного вытяжения в норме. Места проведения спиц без признаков воспаления. Перевязка мест проведения спицы. Неврологических и сосудистых расстройств в сегменте конечности нет. | Дыхательная гимнастика, ЛФК, профилактика пролежней клексан 0,4 п/к 1 раз в день дексалгин 2,0 в/м 1 раз в день при болях карведилол 3,35 мг 2 раза в день |
| 19.11.13 t= 36,7 PS=90 уд/мин АД 130/90мм.рт.ст | Состояние больной средней тяжести, положение вынужденное(находится на скелетном вытяжении), сознание ясное, кожные покровы чистые, Дыхательная и сердечно-сосудистая системы без изменений, физиологические отправления в норме. Локально: Кожные покровы над областью тазобедренного сустава не изменены. При пальпации правой паховой области отмечается умеренная болезненность. Больная находится на системе скелетного вытяжения: за надмыщелковую область правой бедренной кости введена спица Илизарова, наложена скоба Киршнера. Система скелетного вытяжения в норме. Места проведения спиц без признаков воспаления. Перевязка мест проведения спицы. Неврологических и сосудистых расстройств в сегменте конечности нет. | Дыхательная гимнастика, ЛФК, профилактика пролежней клексан 0,4 п/к 1 раз в день дексалгин 2,0 в/м 1 раз в день при болях карведилол 3,35 мг 2 раза в день |

3. Эпикриз

Больная, ФИО, 75 лет. Поступила 16.10.2013 года в 16.20 в ургентном порядке (доставлена бригадой скорой помощи) с жалобами на выраженные боли в области правого тазобедренного сустава, невозможность движений правой конечности, и продолжает лечение в стационаре. Со слов больной, травма бытовая, произошла дома во время уборки (мыла пол, поскользнулась и упала на правый бок). Была вызвана скорая медицинская помощь. Бригадой СМП больная была иммобилизирована и доставлена в ЗГКБ СМП, осмотрена, обследована, обезболена. Объективно при поступлении: положительный симптом прилипшей пятки справа. Определялось нарушение оси правой нижней конечности - ротирована кнаружи, несколько приведена и согнута в коленном суставе. Пальпация правой паховой области резко болезненна, определялась крепитация, осевая нагрузка вызывала боль и была невозможна. Повреждения сосудисто-нервных образований правой нижней конечности не выявлено. Движения активные и пассивные невозможны.

В отделении травматологии ЗГКБ произведен осмотр, сделана рентгенография области правого тазобедренного сустава. На основании жалоб больной, данных анамнеза, объективного исследования, рентгенографии костей таза (заключение: в прямой и боковой проекции правого бедра определяется чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов), осмотра специалистов:

Заключение терапевта: ИБС. Стенокардия напряжения 2-й функциональный класс. Кардиосклероз с нарушением ритма в виде пароксизмальной формы фибрилляции предсердий, единичной желудочковой экстрасистолии. Сердечная недостаточность 1-2А функциональный класс.

Заключение кардиолога: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3 был поставлен клинический диагноз: закрытый чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением фрагментов. Сопутствующие заболевания: ИБС. Диффузный кардиосклероз с нарушением ритма (пароксизмальная аритмия, фибрилляция предсердий, экстрасистолия). Сердечная недостаточность 2А, функциональный класс 3. Проводилось лечение больной с учетом сопутствующих заболеваний: смонтирована система скелетного вытяжения, постельный режим в течение 1,5-2 месяцев, затем ходьба при помощи костылей, дыхательная гимнастика, ЛФК и профилактика пролежней; Профилактика тромбоэмболических осложнений - клексан 0,4 п/к 1 раз в день; Обезболивание - дексалгин 2,0 в/м 2 раза в день при болях; Антигипертензивная терапия - карведилол 3,35 мг 2 раза в день; Антиагрегантная терапия - предуктал 1 г 2 раза в день; полокард 75 мг 1 раз в день. Назначена повторная рентгенография правого тазобедренного сустава.

Рекомендовано после выписки из стационара санаторно-курортное лечение через 6-7 месяцев.

Прогноз

При соблюдении всех правил системы скелетного вытяжения, профилактике осложнений прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный. Трудоспособность восстанавливается через 3-6 месяцев.

Литература

1. Бабич Б.К. «Травматологические вывихи и переломы»,- К.: Здоровье, 1968. - 126-142 с.

. Гарлицкий М., « Травматология»., Варшава, 1973.

. Коваленко В.М., Викторов О.П., «Компендиум», К.: Морион, 2002/2003

. Кузин М.И., Шкроб О.С., Кузин Н.М., и др., «Хирургические болезни» Учебник..,- 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1995. - 640 с.

. Юмашев Г.С., Горшков С.З., Силин Л.Л., и др., «Травматология и ортопедия», Учебник.;-3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 576с.

. Литвина Е.А., Скороглядов А.В. Вершин А.В. «Оперативное лечение переломов таза у больных с множественной сочетанной травмой» // Вестник Российского Государственного Медицинского Университета, специальный выпуск // М. 2003., с. 20-23.