ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ОБРАЗОВАНИЯ «КРАСНОЯРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМ. ПРОФ. В.Ф.ВОЙНО – ЯСЕНЕЦКОГО ФЕДЕРАЛЬНОГО АГЕНТСТВА ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ И СОЦИАЛЬНОМУ РАЗВИТИЮ»

КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГИИ, ОРТОПЕДИИ И ВПХ С КУРСОМ ПО

Заведующий кафедрой: д.м.н.,

профессор Трубников В.И.

Преподаватель: д.м.н.,

профессор Трубников В.И.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Ф.И.О. больного, возраст: ХХХ

Диагноз: Несросшийся несопоставленный перелом обеих костей правой голени.

Куратор: студентка 409 группы

лечебного факультета

Смирнова В.В.

Красноярск, 2009

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Ф.И.О. больного ХХХ
2. Возраст 28 лет
3. Место жительства Богучанский р-он, п. Таежный
4. Место работы: ООО «Жилье»
5. Кем работает: разнорабочий
6. Дата и время травмы 10.02.2009 г., 16 ч 30 мин.
7. Дата и время поступления 15.04.2009 г.
8. Диагноз направившего учреждения: несросшийся несопоставленный перелом обеих костей правой голени
9. Диагноз при поступлении: несросшийся несопоставленный перелом обеих костей правой голени
10. Диагноз клинический: Перелом косой неопорный нижней трети большеберцовой кости со смещением по длине на 0.5см по ширине на 1см. Оскольчатый перелом в средней трети малоберцовой кости со смещением по длине на 1 см и угловым смещением в 150.
11. Дата начала курации: 22.04.09 г.

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

На боли в правой голени, усиливающиеся при движении, невозможность опоры на правую ногу, отечность голени, покраснение и гнойное отделяемое в месте вкола стержней аппарата Илизарова.

ЖАЛОБЫ НА МОМЕНТ КУРАЦИИ

На передвижение при помощи костылей, недомогание, снижение аппетита, частые смены настроения.

ANAMNESIS MORBI

10 февраля 2009 г. во время спуска по лестнице, больной подвернул правую ногу, так, что в результате развернуло все тело, при развороте стопа зацепилась за поручень (винтообразный механизм перелома). Больной почувствовал резкую боль, невозможность опоры на правую ногу. С посторонней помощью спустился до первого этажа, вызвал скорую помощь, которая диагностировала перелом правой голени, была наложена шина Крамера, и поставлен обезболивающий укол. Больной был доставлен в Богучанскую ЦРБ, где пролежал на вытяжении в течении 8 дней, после чего был поставлен аппарат Илизарова, аппарат стоял в течении почти 2 месяцев. Больной заметил, что места вкола стержней стали воспаляться, нога начала чаще отекать, контрольный снимок показал, что перелом не сросся, больной самостоятельно направился в поликлинику ККБ№1, откуда получил направление в травматологическое отделение ККБ№1 для оперативного лечения. На момент курации больной находится в гипсовой лангете, готовится к операции.

АNAMNESIS VITAE

Родился в п. Таежный. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. Окончил 9 классов среднеобразовательной школы, после чего поступил в техникум. Материально-бытовые условия удовлетворительные. Питание полноценное. В 2001 году перенес операцию по поводу врожденной паховой грыжи слева, была произведена пластика пахового канала. Такую же грыжу отмечает у отца и брата. Гепатит, туберкулез, ВИЧ, сахарный диабет, онкологические заболевания, гемотрансфузии отрицает. Хронические заболевания так же отрицает. Аллергологический анамнез не отягощен.

STATUS PRASENS

Общее состояние удовлетворительное. Сознание: ясное. Положение больного активное, передвигается на костылях. Телосложение нормостеническое. Рост 185 см. Масса тела 85 кг.

Кожные покровы бледно-розовой окраски, чистые. Патологические пигментации и участки депигментации отсутствуют. Тургор кожи снижен. Видимые слизистые — бледно-розовые. Лимфатические узлы не пальпируются.

Общее развитие мышечной системы нормальное. Атрофии и гипертрофии отдельных мышц и мышечных групп не отмечается. Болезненность при ощупывании мышц отсутствует. Тонус мышц нормальный. Мышечная сила удовлетворительная.

Система дыхания жалоб нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметрична.

Дыхание смешанное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. При аускультации легких над симметричными легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выявлены. ЧДД 16 в мин.

Система кровообращения

Границы относительной и абсолютной тупости сердца в пределах нормы.

Верхушечный толчок пальпируется в 5‑м межреберье на 1см кнутри от левой среднеключичной линии, ограниченный, низкий, неусиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Пульсация в эпигастральной области есть.

Тоны сердца ясные, ритм сердечных сокращений правильный, патологические шумы не выслушиваются. ЧСС 72 в мин. АД 120/80 мм. рт. ст.

Система пищеварения без патологии. Выпячивании живота нет, живот мягкий, при пальпации безболезненный.

Система мочевыделения

Жалоб нет. Мочеиспускание безболезненное, 5-6 раз в сутки. При осмотре области почек патологических изменений не выявляется. Болезненность при пальпации в области точек мочеточника отсутствует. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Эндокринная система жалоб нет. Пальпируемые доли щитовидной железы не увеличены.

Нервно-психическая сфера

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Интеллект соответствует возрасту и уровню образования. Головных болей, головокружений, обмороков нет.

STATUS LOCALIS

На момент курации больной передвигается на костылях без опоры на правую ногу. Конечность находится в лангетной гипсовой повязке от нижней трети бедра до фаланг пальцев. При снятии повязки область голени отечна, в местах вкола стержней отмечается рост грануляционной ткани, сохраняется локальная гиперемия. Места вкола обработаны водным раствором фурацилина, наложена антибактериальная мазь.

План обследования

1. Общий анализ крови и мочи.

2. Биохимическое исследование крови.

3. Определение группы крови и резус фактора.

1. Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов, включая антитела к HBs- антигену).
2. Рентгенография костей правой голени в двух проекциях.
3. ЭКГ.

РЕНТГЕНОГРАФИЯ

Рентгенограмма правой голени от 10.02.2009 удовлетворительного качества.

На рентгенограмме в прямой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 1 см и по длине на 1 см.

На рентгенограмме в боковой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 0.5 см, по длине на 1 см. Угловое смещение отломков малоберцовой кости, угол смещения 100.

Рентгенограмма правой голени от 20.04.2009 удовлетворительного качества.

На рентгенограмме в прямой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 0.5 см и по длине на 0.5 см. Угловое смещение отломков малоберцовой кости, угол смещения 150.

На рентгенограмме в боковой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 1 см, по длине на 0.5 см. Оскольчатый перелом малоберцовой кости , со смещением осколка по длине на 1см и угловое смещение, угол в 150.

ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА

*На основании:*

жалоб больного на боли в правой голени, усиливающиеся при движении, невозможность опоры на левую ногу, отечность голени;

анамнеза болезни: травма была получена при спуске с лестницы, больной запнулся. Тело и часть голени продолжало скручивающиеся движения при фиксируемой стопе (винтообразный механизм перелома). Больной почувствовал резкую боль, невозможность опоры на правую ногу. С посторонней помощью спустился до первого этажа, скорая помощь диагностировала перелом правой голени. Больной был доставлен в ЦРБ, где пролежал на вытяжении 8 дней, после был установлен аппарат Илизарова, который находился на голени в течении 2 месяцев. На контрольном снимке по истечению 2 месяцев перелом не сросся, так же больной начал отмечать воспалительный процесс в области вкола стержней, в дальнейшем начал отделяться гной. Больной обратился в поликлинику ККБ№1, откуда был направлен в травматологическое отделение ККБ№1 для оперативного лечения с диагнозом 08.03.09 г в 9 часов обратился в ККБ № 1, госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом несросшийся несопоставленный перелом обеих костей правой голени. В отделении больному был снят аппарат Илизарова, сделана контрольная рентгенограмма, наложена гипсовая лангета, больного готовят к операции;

данных объективного обследования: положение тела вынужденное;

данных локального обследования: больной передвигается на костылях без опоры на правую ногу. Конечность находится в лангетной гипсовой повязке от нижней трети бедра до фаланг пальцев. При снятии повязки область голени отечна, в местах вкола стержней отмечается рост грануляционной ткани, сохраняется локальная гиперемия.;

данных инструментального исследования*:* Рентгенограмма правой голени от 20.04.2009. На рентгенограмме в прямой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 0.5 см и по длине на 0.5 см. Угловое смещение отломков малоберцовой кости, угол смещения 150.

На рентгенограмме в боковой проекции отмечается нарушение целостности большеберцовой и малоберцовой костей в области средней - нижней трети края отломков острые. Смещение отломков большеберцовой кости по ширине на 1 см, по длине на 0.5 см. Оскольчатый перелом малоберцовой кости , со смещением осколка по длине на 1см и угловое смещение, угол в 150, можно поставить *клинический диагноз*:

*Перелом косой неопорный нижней трети большеберцовой кости со смещением по длине на 0.5см по ширине на 1см. Оскольчатый перелом в средней трети малоберцовой кости со смещением по длине на 1 см и угловым смещением в 150.*

Дифференциальный диагноз следует проводить с переломом лодыжек.

ПРЕДОПЕРАЦИОННЫЙ ЭПИКРИЗ

Показания к операции:

Наличие несросшегося несопоставленного перелома обеих костей правой голени в нижней и средней 1/3, несопоставимого консервативно.

Тип планируемого вмешательства:

Внутрикостный блокируемый остеосинтез правой большеберцовой кости с дистальным и проксимальным блокированием.

Протокол операции:

Вид анестезии: общая.

Предполагаемая кровопотеря: до 1 л. Для восполнения потребуется одногруппная кровь (II, Rh +).

Возможные осложнения:

-инфекционные.

Для профилактики возможно применение антибактериальных средств (Penicillini 1млн ЕД – 4р/д. в/м после пробы!)

Назначения:

1. Режим постельный

2. Стол №15

3. Цефазолин 1.0 в Sol.NaCl 0.9%-200ml (в/в капельно 3 раза в день, после пробы!)

4. Sol.Lincomicini 30%-2ml (в/м 3 раза в день после пробы!)

5. ЭКГ

6. Развернутый анализ крови

ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ

|  |  |
| --- | --- |
| Дата: 23.04.2009г.  Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на умеренные боли в правой голени, усиливающиеся при попытке движения, слабость, потерю аппетита.  Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Пульс 72 в минуту, ритмичный. АД 120/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Диурез достаточный.  Локально: Конечность находится в лангетной гипсовой повязке от нижней трети бедра до фаланг пальцев. При снятии повязки область голени отечна, в местах вкола стержней отмечается рост грануляционной ткани, сохраняется локальная гиперемия, патологического отделяемого нет. | Назначения:  1. Режим постельный  2. Стол №15  3. Цефазолин 1.0 в Sol.NaCl 0.9%-200ml (в/в капельно 3 раза в день, после пробы!)  4. Sol.Lincomicini 30%-2ml (в/м 3 раза в день после пробы!)  5. Развернутый анализ крови |
| Дата: 27.04.2009г.  Состояние больного удовлетворительное. Жалоб не предъявляет.  Объективно: кожные покровы обычной окраски. В легких везикулярное дыхание. Пульс 67 в минуту, ритмичный. АД 110/70 мм рт. ст. Язык влажный, чистый. Живот не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Стул регулярный, оформленный. Диурез достаточный.  Локально: Конечность находится в лангетной гипсовой повязке от нижней трети бедра до фаланг пальцев. При снятии повязки область голени не отечна, в местах вкола стержней наблюдается заживление ран, сохраняется локальная гиперемия, патологического отделяемого нет. | Назначения:  1. Режим постельный  2. Стол №15  3. Цефазолин 1.0 в Sol.NaCl 0.9%-200ml (в/в капельно 3 раза в день, после пробы!)  4. Sol.Lincomicini 30%-2ml (в/м 3 раза в день после пробы!) |

ПЛАН ДАЛЬНЕЙШЕГО ЛЕЧЕНИЯ

В отделении травматологии ККБ №1 больному Глазкову П. А. будет произведен внутрикостный блокируемый остеосинтез правой большеберцовой кости с дистальным и проксимальным блокированием.

Больной должен быть выписан в течение трех недель. Необходима ранняя реабилитация больного (ЛФК, массаж, ограничение чрезмерных физических нагрузок). Дальнейшее лечение будет осуществлять врач-травматолог по месту жительства. Сроки восстановления трудоспособности - 2-3 месяца. Режим труда щадящий. Прогноз в отношении восстановления трудоспособности после оперативного лечения благоприятный.