ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ

ФИО

Возраст

Семейное положение

Образование

Профессия, должность

Место жительства

Дата поступления в клинику

ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

На боль в области правого тазобедренного сустава, невозможность опираться на правую ногу, гематомы и боль в верхней части груди.

ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)

Считает себя больной с ‘23:00 31.08.12, когда, находясь в ванной, пациентка упала на правый бок. Испытала боль, не смогла самостоятельно встать. Самостоятельно не лечилась и за помощью не обращалась до 2.09.12, когда, в связи с отсутствием улучшения состояния, была госпитализирована на носилках по СМП в приемное отделение ГКБ №59, где был произведен осмотр врачом-травматологом, произведено рентгенологическое исследование и поставлен диагноз: Чрезвертельный перелом правой бедренной кости со смещением отломков. Так же сделана ЭКГ, пациентка была осмотрена дежурным врачом-терапевтом и был выявлен диагноз: «ИБС: Стенокардия напряжения 2 ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, сосудов головного мозга. НК 1ст. Гипертоническая болезнь 2ст. риск 4. Ожирение 3 ст. Послеоперационный гипотиреоз. Медикаментозный эутиреоз.» Дежурной бригадой под местной анестезией Sol. Novocaini 0,5% -20,0 была произведена анестезия места перелома. Учитывая возраст больной и сопутствующие патологии скелетное вытяжение не производилось. Госпитализирована в 9-ое травматологическое отделение.

ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNES VITAE)

Краткие биографические данные. Росла и развивалась соответственно возрасту. В 2008 году был поставлен диагноз «Сахарный диабет II типа, инсулинозависимый, компенсированный»;

Образование: среднее;

Семейно половой анамнез: 1 брак в 28 лет, 2-е детей в 28 и 32. Роды без осложнений.

Трудовой анамнез: Ветеран ВОВ, работала на разных работах, периодически их меняя, на вредных производствах не работала;

Бытовой анамнез: Проживает в однокомнатной квартире одна на 5 этаже пятиэтажного дома. В квартире есть все удобства, площадь помещения достаточная;

Питание: Регулярное, разнообразное, достаточно калорийное.

Вредные привычки: Отрицает;

Перенесенные заболевания: Инфекционными заболеваниями, венерическими болезнями, туберкулезом, желтухой не страдала. В 1943 году производилась операция на щитовидной железе в связи с травмой, в 1978 году холецистэктомия (калькулезный холецистит), подробности, конкретные даты не помнит. В декабре 2009 года находилась на стационарном лечении в КГБ № 59 с диагнозом: подвертельный перелом левой бедренной кости со смещением отломков, где была произведена операция: Открытая репозиция отломков, остеосинтез подвертельного перелома левой бедренной кости DHS фиксатором. Послеоперационный период без осложнений. Рана зажила первичным натяжением. Швы сняты в срок. Проводилась антикоагулянтная, антибактериальная, анальгетическая и симптоматическая терапия. Перевязки раствором антисептика, эластическая компрессия обеих нижних конечностей. 5 занятий с методистом ЛФК. Активизирована, ходила при помощи ходунков с полной нагрузкой на левую нижнюю конечность. Переливание компонентов крови и кровозаменителей отрицает. Парентеральное введение лекарств в течение последних 6 месяцев отрицает.

Аллергологический анамнез: Не отягощен;

Страховой анамнез: пенсионерка, последняя госпитализация в 2009 году в связи с подвертельным переломом бедренной кости со смещением отломков;

Наследственность: Не отягощена.

НАСТОЯЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS)

Общее состояние больного: средней степени тяжести;

Сознание: ясное;

Положение больного: активное;

Телосложение: правильное;

Конституция: гиперстеническая;

Осанка: прямая;

Походка: невозможна;

Рост: 160;

Вес: 83;

Температура тела: 36.7 'C;

Осмотр лица: Лицо спокойное, без патологических масок. Форма носа правильная. Носогубная складка симметрична. Конъюнктивы бледно-розовые, склеры белые сосуды склер не расширены. Зрачки правильной формы, симметричны, равномерные, реагируют на свет;

Осмотр головы и шеи: Движение головы, размеры и форма в норме. Искривление и деформации шеи нет. Щитовидная железа и лимфатические узлы не увеличены;

Кожные покровы: Влажность нормальная, тургор увеличен. Пигментаций и высыпаний нет. Кровоизлияний, рубцов, трофических изменений и видимых опухолей нет;

Придатки кожи: Оволосение по женскому типу. Волосы не ломкие, не выпадают. Ногти правильной формы, розового цвета, с продольной исчерченностью;

Видимые слизистые: Цвет розовый, высыпаний нет. Влажность нормальная;

Подкожно-жировая клетчатка: Чрезмерно развита (толщина кожной складки на уровне пупка - 16 см;

Лимфатические узлы: Затылочные, околоушные, подбородочные и подчелюстные, передне- и заднешейные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные лимфатические узлы не пальпируются;

Мышцы: Удовлетворительно развиты, тонус сохранен. Сила мышц достаточная. Болезненности и уплотнения при ощупывании нет;

Кости: Большой вертел правой бедренной кости находится выше большого вертела левой бедренной кости. Правая нога короче левой ‘2 см. При поколачивании правого тазобедренного сустава и правой стопы боль в области правого тазобедренного сустава. Концевые фаланги пальцев рук и ног не изменены;

Суставы: При осмотре суставы нормальной конфигурации. Кожные покровы над ними обычной окраски и температуры. При пальпации суставов их припухлости и деформации, а также болезненности не отмечается. Крепитация и хруст при активных и пассивных движениях не выявляются. Активные движения в правом тазобедренном суставе невозможны. При пассивных движениях в правом тазобедренном суставе пациент испытывает боль. Движение в правом тазобедренном суставе осуществляется не в полном объёме.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Грудная клетка гиперстенической формы, над- и подключичные ямки плохо выражены. Межреберные промежутки узкие. Эпигастральный угол тупой. Лопатки и ключицы слабо выступают. Грудная клетка симметричная. Искривлений позвоночника нет. Экскурсия грудной клетки равна 6 см. Дыхание – смешанное, с преобладанием грудного типа. Дыхательные движения симметричны. Дыхание средней глубины, ритмичное. Одышка только при нагрузке (подьем в кровати с помощью рук). ЧДД 17.

ПАЛЬПАЦИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Болезненных участков нет. Грудная клетка эластичная. Голосовое дрожание усилено в нижних отделах справа.

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

Притупление в нижних отделах справа.

Подвижность заднего края легких по средней подмышечной линии составляет 7 см слева и 4 см справа.

ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| Верхняя граница легких: |
| Высота стояния верхушек спереди | 3 см | 3 см |
| Высота стояния верхушек сзади | остистый отросток VII шейного позвонка | остистый отросток VII шейного позвонка |
| Ширина полей Кренига | 6 см | 6 см |
| Нижняя граница легких: |
| по l. parasternalis | VI межреберье | не определяется |
| по l. mediaclavicularis | VI ребро | не определяется |
| по l. axillaris anterior | VI ребро | VII ребро |
| по l. axillaris media | VI ребро | VIII ребро |
| по l. axillaris posterior | VI ребро | IX ребро |
| по l. scapularis | VI ребро | X ребро |
| по l. paravertebralis | остистый отросток VI грудного позвонка | остистый отросток XI грудного позвонка |
| Дыхательная экскурсия нижнего края легких (по l. axillaris media): |
| вдох | VII ребро | IX ребро |
| выдох | V ребро | VII ребро |

АУСКУЛЬТАЦИЯ ЛЕГКИХ

Дыхание жесткое, ослаблено, без патологических шумов. Бронхофония усилена в нижних отделах справа.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

ОСМОТР ОБЛАСТИ СЕРДЦА

Выпячиваний в области сердца нет. Верхушечный, сердечный толчок и пульсация вен шеи не наблюдаются. Расширений вен в области грудины нет. Пульсация периферических артерий сохранена.

ПАЛЬПАЦИЯ

Верхушечный толчок не пальпируется. Синдром кошачьего мурлыканья отрицательный.

ПЕРКУССИЯ

Границы относительной тупости сердца:

Правая – 4 межреберье в 2.5 см от правого края грудины;

Левая – 5 межреберье на 3 см кнаружи от срединно-ключичной линии;

Верхняя - на уровне 3го ребра;

Ширина сосудистого пучка =7 см;

Поперечник относительной тупости сердца = 15 см.

справа - 6 см

слева – 9 см

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - в 4 межреберье в 1 см по левому краю грудины;

Левая - в 5межреберье на 2 см кнаружи от срединно-ключичной линии;

Верхняя на уровне 4го ребра.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Ритм сердечных сокращений правильный. ЧСС –78 в минуту. Тоны сердца ослаблены.

В 1 точке аускультации первый тон ослаблен, громче (не более чем в 2 раза) чем 2 тон. Раздвоения или расщепления первого тона не выявлено. Шумов нет.

Во 2 точке аускультации второй тон громче первого, но не более чем в два раза. Раздвоения или расщепления второго тона не выявлено. Шумов нет.

В 3 точке аускультации второй тон громче первого, но не более чем в два раза. Раздвоения или расщепления второго тона не выявлено. Шумов нет.

В 4 точке аускультации первый тон ослаблен, громче (не более чем в 2 раза) чем 2 тон. Раздвоения или расщепления первого тона не выявлено. Шумов нет.

Дополнительные тоны не определяются.

Шум трения перикарда не выявлен.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ

ОСМОТР И ПАЛЬПАЦИЯ

Сонные артерии умеренно пульсируют, шейные вены не набухшие и не пульсируют. При осмотре и пальпации височные, сонные, лучевые, подколенные артерии и артерии тыла стопы не извитые, мягкие с эластичными гладкими стенками, пульсация умеренная. Пульсация аорты в яремной ямке и эпигастрии не определяется. При аускультации сонных и бедренных артерий двойной тон Траубе, двойной шум Виноградова – Дюрозье не выявлены. При выслушивании яремных вен шума не определяется. Вены грудной клетки, брюшной стенки, не расширены. Уплотнений и болезненности вен не выявлено.

Артериальный пульс одинаковый на обеих руках, аритмичный, 78 уд/мин слабой напряженности, формы и наполнения, равномерный. Дефицит не наблюдается.

АРТЕРИАЛЬНОЕ ДАВЛЕНИЕ:

На правой руке - 130/80

На левой руке - 130/85

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

ОСМОТР ЖКТ

Язык бледно-розового цвета. Влажный. Сосочковый слой хорошо выражен. Язык без налёта, трещин, язв. Дёсны бледно-розовые, без налёта и изъязвлений.

Живот симметричный, в акте дыхания почти не участвует. Перистальтика желудка и кишечника не наблюдается. Венозных коллатералей и рубцов нет. Пупок втянут. Живот мягкий, увеличен в объёме за счет свободной жидкости в брюшной полости. Форма живота правильная.

ПЕРКУССИЯ

Обнаружено притупление в отлогих местах живота, исчезающее при повороте больного на противоположный бок. При поколачивании живота с одной стороны, с другой стороны ощущаются вибрации, передаваемые жидкостью в брюшной полости.

АУСКУЛЬТАЦИЯ

Шум трения брюшины на всей поверхности живота отсутствует.

ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ

Болезненных областей, поверхностных опухолей и грыж нет.

ГЛУБОКАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ И ТОПОГРАФИЧЕСКАЯ ПЕРКУССИЯ ОРГАНОВ ЖКТ:

СИГМОВИДНАЯ КИШКА

Безболезненный мягкий эластический цилиндр, ширина 2 см, умеренно подвижна, феномен урчания +

КОНЕЧНЫЙ ОТДЕЛ ПОДВЗДОШНОЙ КИШКИ

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ПОПЕРЕЧНО-ОБОДОЧНАЯ КИШКА

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

БОЛЬШАЯ КРИВИЗНА ЖЕЛУДКА

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ПРИВРАТНИК ЖЕЛУДКА

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

ОСМОТР

Выпячиваний в правом подреберье нет.

ПЕРКУССИЯ

Верхняя граница абсолютной тупости печени по Курлову:

По правой срединно-ключичной линии 6р

Нижняя граница абсолютной тупости печени по Курлову:

По правой срединно-ключичной линии на 2см ниже реберной дуги

По передней срединной - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка

По левой реберной дуге - на уровне левой окологрудинной линии

Размеры по Курлову:

по правой срединно-ключичной линии – 10 см

по передней срединной линии – 8 см

по левой реберной – 7 см

ПАЛЬПАЦИЯ

Контур острый, ровный, безболезненный.

ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ КРОВЕТВОРЕНИЯ

СЕЛЕЗЕНКА

ОСМОТР

Выпячиваний в области левого подреберья нет.

ПЕРКУССИЯ

Длина 7см, ширина 5см.

ПАЛЬПАЦИЯ

Не пальпируется.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ

МОЧЕИСПУСКАНИЕ

Количество мочи =`0,1 литра/сутки;

Анурия.

ОСМОТР

Гиперемии кожи и припухлостей нет. Контуры поясничной области рельефны. Выбуханий в надлобковой области нет.

ПЕРКУССИЯ

Симптом Пастернацкого отрицательный. Звук в надлобковой области тимпанический.

ПАЛЬПАЦИЯ

Почка не пальпируется.

Мочевой пузырь не пальпируется.

НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС

Сознание ясное. Пациент ориентирован в пространстве и времени. Контактен, охотно общается с куратором. Восприятие не нарушено.

Внимание не ослаблено. Память не снижена. Интеллект соответствует уровню развития. Мышление не нарушено. Настроение спокойное. Поведение адекватное. Зрачки правильной формы, реакция на свет сохранена.

МЕСТНЫЙ СТАТУС

В области правого тазобедренного сустава ран, кровоподтеков, ссадин, отека нет. Большой вертел правой бедренной кости находится выше большого вертела левой бедренной кости. Правая нога короче левой ‘2 см. При поколачивании правого тазобедренного сустава и правой стопы боль в области правого тазобедренного сустава. Кожные покровы над правым т/б суставом обычной окраски и температуры. Пульсация правых наружной подвздошной, бедренной, подколенной, передней большеберцовой артерий сохранена. Чувствительность сохранена. Крепитация и хруст при пассивных движениях не выявляются. Активные движения в правом тазобедренном суставе невозможны. При пассивных движениях в правом тазобедренном суставе пациент испытывает боль. Правая нижняя конечность ротирована кнаружи.

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Основное заболевание: Оскольчатый, чрезвертельный перелом правой бедренной кости. (Об этом нам говорит Rh и местный статус: Большой вертел правой бедренной кости находится выше большого вертела левой бедренной кости. Правая нога короче левой ‘2 см. При поколачивании правого тазобедренного сустава и правой стопы боль в области правого тазобедренного сустава. Активные движения в правом тазобедренном суставе невозможны. При пассивных движениях в правом тазобедренном суставе пациент испытывает боль. Правая нижняя конечность ротирована кнаружи.)

Сопутствующие заболевания: ИБС: Стенокардия напряжения 2 ФК. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты, коронарных артерий, сосудов головного мозга. НК 1ст. Гипертоническая болезнь 2ст. риск 4. Ожирение 1 ст. Послеоперационный гипотиреоз. Медикаментозный эутиреоз. (Анамнез, ИМТ, ЭКГ)

ЛЕЧЕНИЕ

Продолжить проводимое лечение.

Рекомендована операция: остеосинтез винтом DHC. (Оскольчатый перелом, возраст больной, не позволяют, в данном случае использовать консервативную терапию – скелетное вытяжение.)

ПРЕДШЕСТВУЮЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ:

1. Режим: постельный;
2. Стол ОВД№1;
3. Sol. Ketorol 2,0 в/м x 2 p/д;
4. Tab. Famotidini 40 mg ½ таб 2р/день;
5. Sol. Clexani 0,4\*1р п/к;
6. Tab. Enaloprili 5 мг 2р\*2р;
7. Tab. Arifoni 1,5 мг\*утром;
8. Tab. Egiloci 0,1 1/4 т\*утром;
9. Tab. L-Thyroxin 100 мг 1т\*утром.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 7.09.2012 | 11.09.2012 |
| Жалобы | Боль в правом т/з суставе | Боль в правом т/з суставе |
| Общее состояние | Средней тяжести | Средней тяжести |
| Покровы | Сл. акроцианоз, влажные | Сл. акроцианоз, влажные |
| Язык | Бледно-розовый, влажный, без трещин и язв | Бледно-розовый, влажный, без трещин и язв |
| Дыхание | Жесткое | Жесткое |
| ЧД | 17 | 18 |
| Тоны сердца | Приглушены, ритмичны | Приглушены, ритмичны |
| ЧСС | 78 | 80 |
| АД | 130/80 | 130/85 |
| Живот | Мягкий, безболезненный, | Мягкий, безболезненный, |
| Пастозность | + в области н.к. | + в области н.к. |
| Диурез | Достаточный | Достаточный |
| Стул | 4 раза в день, оформленный, темно–коричневый. | 4 раза в день, оформленный, темно–коричневый. |
| Вес | 83 | 84 |
| Местный статус | Без изменений | Без изменений |

ПРОГНОЗ

-Иммобилизация DHC винтом на срок не менее 1 года (проводить ЛФК и обязательно ходить на костылях (ходунках) через 3 дня после операции);

-Восстановление трудоспособности (возврат к привычной жизни) через 3-6 месяцев;