Алтайский государственный медицинский университет

Кафедра травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии.

Заведующая кафедрой: профессор Коломиец А.А.

Преподаватель: Меркулов С. А.

Куратор: студент 413 гр. Ткаченко Е. В..

История болезни

Больной:\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Клинический диагноз:

Открытый фрагментарный перелом левой большеберцовой кости в верхней и средней трети. Перелом малоберцовой кости в верхней трети со смещением. Закрытый оскольчатый перелом обеих костей правой голени в средней трети со смещением. Рваная рана передней поверхности правой голени

Барнаул 2008 г.

**Паспортные данные**

Ф.И.О.:\_\_\_\_\_\_

Возраст: 59 лет.

Пол: мужской.

Место жительства:\_\_\_\_\_\_\_

Место работы: ПКФ, стропальщик, комбинат панельного домостроения.

Дата поступления в больницу: 18.03.08.

**Жалобы**

На момент поступления: На боли в обеих голенях, ран на голенях, невозможность самостоятельно передвигаться.

На момент курации больной предъявляет жалобы на:

не постоянные боли в области обеих голеней, ноющего характера, средней интенсивности, усиливающиеся при движении, без иррадиации.

**Аnamnesis morbi**

Травма произошла 18.03.08 около 9-00 на работе, когда обе голени придавило бетонной плитой. Время нахождения конечностей в придавленном состоянии около 10 минут. Был доставлен скорой помощью. Госпитализирован в отделение травмы кисти и стопы городской больницы №1. Произведена блокада мест перелома 0,5% раствором новокаина 40 мл,

Были сделаны рентгеновские снимки поврежденных конечностей в двух проекциях. Проведен ряд операций, включающих ПХО, репозицию костных отломков аппаратом Илизарова и восстановление целостности кожных покровов.

**Аnamnesis vitae**

Родился в семье рабочих. Рос и развивался нормально, в умственном, физическом развитии не отставал от сверстников. Имеет средне образование. На данный момент является работником Алтайского ПКФ, стропальщик, комбината панельного домостроения. В течение жизни травм, операций не было. Из перенесённых заболеваний отмечает: ОРВИ, грипп, ангина. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания отрицает. Гемотрансфузий не проводилось. Аллергических реакций на пищевые, промышленные, лекарственные аллергены не выявлено. Вредные привычки отрицает. Социально-бытовые условия удовлетворительные.

**Status praesens communis**

Общее состояние больного удовлетворительное. Положение в постели активное, кожные покровы обычной окраски, температуры и влажности. Сознание ясное, выражение лица обычное. Поведение обычное, телосложение правильное, конституция нормостеническая, рост 183 см, вес 73 кг. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД 18 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130\80.

Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, наибольшее отложение жира отмечается на передней брюшной стенке, отёков нет.

Доступные пальпации лимфатические узлы - (подчелюстные, шейные, подмышечные, паховые, над- и подключичные, локтевые), не увеличены, безболезненны.

Степень развития мышц средняя, мышечный тонус снижен, болезненности, уплотнений не наблюдается. Живот мягкий, безболезненный. Печень по правой реберной дуге. Симптом пастернацкого отрицательный, с обеих сторон. Стул и мочеиспускание без особенностей.

Система органов дыхания:

Частота дыхания 18 дыхательных движений в минуту, дыхание ритмичное. Носовое дыхание не затруднено. Голос не приглушен. Форма грудной клетки нормостеническая, обе половины симметричны, в акте дыхания участвуют одинаково.

При пальпации грудной клетки температура кожи на симметричных участках одинаковая. Резистентность не повышена, голосовое дрожание проводится одинаково с обеих сторон.

Перкуссия: при сравнительной перкуссии ясный легочный звук

Аускультация: над легочными полями выслушивается везикулярное дыхание. Хрипов, шумов и крепитаций нет.

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 130/80 мм рт. ст.

Система органов пищеварения:

При осмотре ротовой полости язык влажный, розовый.

Аппетит удовлетворительный. Отрыжки, изжоги, тошноты, рвоты нет.

Стул не изменен, регулярный.

Область живота симметрична, передняя брюшная стенка принимает участие в акте дыхания.

Пальпация: живот при пальпации мягкий, болезненность и напряжение передней брюшной стенки не выявлены, грыжевых отверстий нет, симптом Щеткина–Блюмберга отрицательный.

При перкуссии передней брюшной стенки выслушивается тимпанический звук, в области печени и селезенки - бедренный звук. Размеры печени по Курлову: 9, 8, 7 см. Нижний край печени не выходит из под края реберной дуги. Поверхность ровная, гладкая.

Желчный пузырь не пальпируется. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется.

Органы мочевыделения:

При осмотре поясничной области припухлости и отеков не обнаружено. При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Мочевой пузырь не пальпируется. Мочеиспускание не затруднено, безболезненно, 3–4 раза в сутки. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон.

Нервная и эндокринная системы:

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

**Status localis**

При осмотре правой и левой голени определяется незначительный отек мягких тканей. Кожные покровы естественной окраски. Отмечается небольшая гиперемия в области швов в подколенной области левой ноги. Температура при пальпации правой и левой голеней одинаковая. На правую и левую голень наложен аппарат Илизарова.

В области перелома выраженной деформации не выявляется, угол конечности не изменен. При пальпации крепитации и патологической подвижности не определяется.

Ось правой и левой голеней на момент осмотра без отклонений, в связи с хорошей репозицией костных отломков. Пациент в состоянии самостоятельно передвигаться, чувствительность (тактильная, температурная) на обеих нижних конечностях хорошая, симметричная. Тонус мышц на обеих конечностях снижен.Длина конечностей одинакова.

**План дополнительных методов исследования**

1) Рентгенограмма обеих голеней

2) Общий анализ мочи.

3) Общий анализ крови.

**Результаты исследования**

1. Рентгенограмма:

Заключение: На рентгенограмме левой голени определяется фрагментарный перелом большеберцовой кости в средней трети, перелом малоберцовой кости в верхней трети со смещением, на рентгенограмме правой голени оскольчатый перелом обеих правых костей в средней трети со смещением.

2. Общий анализ мочи: (20.04.06.):

Удельный вес - 1014

Цвет – соломенно-желтый

Прозрачная

Реакция кислая

Белок отриц.

Лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Плоский эпителий 1-2 в поле зрения.

3. Общий анализ крови (20.04.06.):

Гемоглобин- 147 г/л

Лейкоциты- 6,0\*109/л

СОЭ- 8 мм/ч

**Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб больного: на боли в обеих голенях, ран на голенях, невозможность самостоятельно передвигаться можно предположить, что имеется травма костей голеней. Из анамнеза болезни выявлено, что больной получил производственную травму в результате падения плиты. На основании рентгенологического исследования костей голеней, проведенного сразу после травмы 18.03.2008 года, выявлен фрагментарный перелом на большеберцовой кости в средней трети, перелом малоберцовой кости в верхней трети со смещением, на правой голени оскольчатый перелом обеих правых костей в средней трети со смещением. Основываясь на вышеизложенных данных можно поставить следующий клинический диагноз**:** *Открытый фрагментарный перелом левой большеберцовой кости в верхней и средней трети. Перелом малоберцовой кости в верхней трети со смещением. Закрытый оскольчатый перелом обеих костей правой голени в средней трети со смещением. Рваная рана передней поверхности правой голени. Рвано-ушибленная рана левой подколенной области с отслойкой кожного лоскута.*

**План лечения и реабилитации**

* Клинический осмотр.
* Рентгенография.
* Операция закрытого остеосинтеза аппаратом Илизарова.
* Рентгенконтроль.
* Со вторых суток после операции ходьба на костылях с нагрузкой – 1\4 массы тела. ЛФК на профилактику контрактур в смежных суставах.
* После купирования отечного синдрома (признак восстановления кровоснабжения) – поэтапный выход на полную нагрузку в течение 1 – 1,5 месяцев.
* Через 1 месяц после операции рентгенконтроль для исключения вторичных смещений и оценки выраженности репаративного процесса.
* В расчетные сроки сращения – рентгенконтроль, демонтаж стержней аппарата на уровне перелома, проведение клинической и функциональной проб.
* При положительных пробах на сращение и адекватной рентгенологической картине – демонтаж аппарата.
* Ходьба на костылях с нагрузкой 1\4 веса тела в течение 1 месяца. ЛФК, массаж, физиолечение на снятие болей и отечности, разработку суставов.
* Через 1 месяц – рентгенконтроль, решение вопроса о выходе на полную нагрузку.
* Поэтапный выход на полную нагрузку в течение 1–1,5 месяцев, продолжение реабилитационной терапии.
* Рентгенконтроль. Выписка больного на легкий труд не связанный с длительной ходьбой и подъемом тяжестей на 3–6 месяцев.
* Общая длительность лечения и реабилитации – 7–7,5 месяцев.

**Прогноз**

1. Для жизни – благоприятный при правильном лечении и своевременном проведении реабилитационных мероприятий возможно восстановление утраченных функций.
2. Для здоровья – благоприятный, т.к. состояние больного не угрожает жизни.
3. Для работы – благоприятный при правильном трудовом режиме (легкий труд не связанный с длительной ходьбой и подъемом тяжестей в течение 3–6 месяцев).

Возможные осложнения: гнойные осложнения, спицевой остеомиелит, кровотечение, травматический неврит, контактный дерматит, вторичное смешение отломков, замедленная консолидация, несросшиеся переломы.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. «Травматология ортопедия и военно-полевая хирургия » А. А. Коломиец Г. Барнаул 2005 год.
2. «Руководство по практическим занятиям по травматологии и ортопедии» А.П. Скоблин Ю.С. Жила А.Н. Джерелей 1975 год. Москва.
3. Е.А. Распопова, А.А. Коломиец «Диагностика и лечение повреждений», Барнаул 1997.
4. «Травматология и ортопедия» В.М. Шаповалов, А.И. Грицанов, А.Н. Ерохов «Издательство Фолиант» 2004 г.