**Общие сведения о больном:**

1. Ф.И.О.
2. Возраст: 63 года
3. Образование: среднее
4. Профессия: кровельщик;
5. Место жительства: Москва
6. Дата и время поступления в стационар: 30.09.2002 в 10:30
7. Кем направлен больной: районная поликлиника № 126
8. Диагноз при поступлении: оскольчатый перелом пальцев левой стопы; ушибленная рана стопы
9. Клинический диагноз:

Открытый оскольчатый перелом ll, lll, lV плюсневых костей и проксимальных фаланг lll, lV пальцев левой стопы со смещением; ушиблено-скальпированная рана тыльной поверхности левой стопы;

**Жалобы больного на момент курации:**

#  Больной предъявляет жалобы на боли, локализующиеся в области пальцев левой стопы; боли носят ноющий характер, к вечеру приобретают пульсирующий характер, стихают преимущественно при возвышенном положении поврежденной конечности больного и при применении обезболивающих средств.

## Anamnesis morbi:

 Со слов больного травма стопы левой ноги получена 30.09 в 9:15 на рабочем месте (производственная травма). При перевозке тяжелого предметного листа, весом около 100 кг, в результате неправильного расположения его, лист упал на пальцы стопы левой ноги острой кромкой (прямой механизм травмы). Больной почувствовал резкую боль в пальцах ноги. Лист был поднят коллегами немедленно, конечность под грузом не оставалась. Медицинской сестрой предприятия была вызвана бригада скорой помощи. Сделана экстренная вакцинация против столбняка и внутримышечно введены Sol. Analgini, Sol. Dimedroli, госпитализирован в травматологическое отделение ГКБ№ 67 с жалобами на сильную боль в пальцах левой стопы.

 В приемном отделении сделана рентгенография поврежденной стопы в прямой проекции и проведен осмотр. Диагносцирован открытый оскольчатый перелом головок ll, lll, lV плюсневых костей со смещением; перелом проксимальных фаланг lll, lVпальцев со смещением; ушибленно-скальпированная рана на тыльной поверхности левой стопы от межпальцевого промежутка l и ll пальцев до середины головок плюсневых костей lll, lV.

 Учитывая характер и объем повреждения тканей стопы, необходимо проведение экстренной первичной хирургической обработки и ревизии раны.

Проведена ПХО и ревизия раны тыльной поверхности левой стопы: под местной анестезией sol. Novokaini 0,25%-60,0 произведен тщательный туалет антисептиками (перекись водорода, хлоргексидин); произведена ручная репозиция сместившихся отломков (надавливание на сместившиеся отломки во время тракции по оси пальца). После ревизии рана повторно промыта раствором антисептика, наложены швы с оставлением временного выпускника. Обеспечена иммобилизация раны путем наложения шины на всем протяжении подошвенной части стопы. Наложена гипсовая повязка по подошвенной поверхности пораженной стопы до колена. На тыльную поверхность стопы наложена марлевая повязка. В отделении после ПХО и ревизии раны даны следующие назначения:

1. полупостельный режим в течение двух-трех суток;
2. стол 15;
3. возвышенное положение поврежденной конечности;
4. sol. Analgini 2,0-50%

sol. Dimedroli 1%-1,5 внутримышечно 3 раза в день

1. sol. Gentamicini 80,0 3 раза в/м
2. трентал 3 таблетки 3 раза
3. аспирин ½ таблетки 3 раза

Контроль анализов:

1. общий анализ крови, мочи;
2. биохимия крови, мочи, сахар крови;

*A***namnesis vitae:**

 Профессиональных вредностей не имеет.

*Семейное положение:* женат, имеет сына.

*Жилищно - бытовые условия:* удовлетворительные.

*Перенесенные заболевания, оперативные вмешательства:*

В детстве: корь (в 5 лет), ветряная оспа (в 7 лет), ОРЗ, грипп.

Травма и оперативное вмешательство на мениске правого колена, без осложнений в 1967.

*Хронические заболевания:* отрицает

*Наследственность*: мать страдает желчнокаменной болезнью, артериальной гипертонией 2 степени;

*Аллергологический анамнез:* не отягощен.

*Прививки:* полный курс прививок

*Вредные привычки*: не курит, алкоголем не злоупотребляет.

### STATUS PRAESENS

 Тип телосложения: среднее

 Степень упитанности: умеренная

#  Рост: 165 см

 Масса тела: 52 кг

 Кожные покровы чистые, окраска розовая, влажность кожных покровов обычная, окраска слизистой ротовой полости и склер обычная. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые.

 Слизистая глаз влажная, чистая.

 Степень развития подкожно-жировой клетчатки умеренная, равномерная.

 Лимфатическая система: подчелюстные, подмышечные лимфатические узлы пальпируются размером ~ 0,5 см, плотной консистенции.

 Степень развития мышечной системы умеренная, мышечный тонус в норме, атрофий и гипертрофий не выявлено.

 При осмотре костей черепа, грудной клетки изменений и болезненности не выявлено; при осмотре позвоночника искривление не выявлено, болезненности нет.

 Конфигурация суставов обычная, объем активных и пассивных движений сохранен полностью.

**СИСТЕМА ДЫХАНИЯ:**

 Жалоб нет. Дыхание через нос свободное, отделяемое из носа слизистое, незначительное, обоняние нормальное.

 ОСМОТР: форма грудной клетки – нормостеническая, обе половины симметричны, расположение ключиц и лопаток симметричное. Ритм дыхания правильный, ЧД 18 в мин, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании симметрично, равномерно. Тип дыхания смешанный с преимуществом грудного типа, полное сглаживание межреберных промежутков при глубоком дыхании.

 ПЕРКУССИЯ: сравнительная перкуссия легких показала, что над симметричными участками легочной ткани определяется ясный легочный звук. Топографическая перкуссия: границы легких не изменены.

 ПАЛЬПАЦИЯ: болезненных участков грудной клетки не выявлено, эластичность нормальная, характер голосового дрожания неизмененный, проводится в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой.

 АУСКУЛЬТАЦИЯ: везикулярное дыхание с жестким оттенком. При оценке бронхофонии отмечается одинаковое проведение голосового шума с обеих сторон, неизмененное.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА:**

####  Жалоб нет.

 ОПРОС: аппетит средний, характер жевания, глотания и прохождения пищи по пищеводу без изменений.

 ОСМОТР ПОЛОСТИ РТА: цвет губ бледно-розовый, слизистая оболочка внутренней поверхности губ, щек, десен, твердого и мягкого неба розового цвета, влажная, без особенностей.

 ОСМОТР ЖИВОТА: кожные покровы бледные, живот правильной округлой формы, симметричный, брюшная стенка участвует в дыхании равномерно, симметрично.

 ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПЕРКУССИЯ ЖИВОТА:

Сравнительная перкуссия симметричных участков обеих половин живота определила наличие над передней брюшной стенкой тимпанического перкуторного звука, безболезнена. При перкуссии отлогих отделов живота притупление перкуторного звука не отмечается.

 ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПОВЕРХНОСТНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ:

Живот мягкий, безболезненный, резистентности прямых мышц брюшной стенки не отмечается.

 СКОЛЬЗЯЩАЯ ГЛУБОКАЯ МЕТОДИЧЕСКАЯ ПАЛЬПАЦИЯ по В.П.Образцову- Н.Д.Стражеско: болезненности во всех отделах не отмечается, напряжение передних мышц живота не отмечается.

 ПЕРКУССИЯ печени: безболезнена, границы не изменены

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА:**

 Жалоб нет.

 ОСМОТР: деформации сердечной области, усиления пульсации в области сердца, яремной ямки не выявлено, верхушечный и сердечный толчок не визуализируются.

 ПАЛЬПАЦИЯ: верхушечный толчок локализован в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии, не усиленный, ограниченный.

 ПЕРКУССИЯ: границы относительной и абсолютной тупости сердца не изменены.

 АУСКУЛЬТАЦИЯ: тоны ритмичные, звучные, ритм сердечных сокращений правильный, ЧСС 96 уд. в мин.

 ИССЛЕДОВАНИЕ СОСУДОВ: пульс 96 уд.в мин, ритмичный, симметричный, напряженный, наполненный, АД 120 и 90 см рт ст.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА:**

 Жалоб нет. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

 Жалоб нет. Щитовидная железа при исследовании не визуализируется, при пальпации не увеличена, безболезненна. Мужской тип телосложения, вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательны.

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ СТАТУС:**

 Жалоб нет. Сознание больного ясное; способность вступать в контакт легкая; поведение адекватное, лабильность нервной системы хорошая, память не снижена, речь нормальная, внимание не ослаблено; головных болей, головокружений не отмечено, нарушения чувствительности нет, симптомы Бабинского, Россолимо, Гордона отрицательны.

**STATUS LOCALIS:**

####  Общее состояние больного: удовлетворительное

 Выражение лица: без болезненных проявлений

 Положение больного вынужденное, в результате возвышенного положения поврежденной конечности (для уменьшения болевых ощущений). На поврежденную конечность наложена нижняя гипсовая лангета от кончиков пальцев до коленного сустава. На тыльную поверхность наложена марлевая асептическая повязка: повязка сухая с небольшим количеством засохшей крови. Пальцы поврежденной конечности доступны осмотру и пальпации. При осмотре пальцев стопы определяется отек и незначительная синюшность кожных покровов; пальпация: кожные покровы теплые, чувствствительность не нарушена, имеется некоторая болезненность пальцев. По снятию повязки: на тыльной поверхности стопы рана размером 5смх2,5смх5см; поверхность раны сухая, без признаков воспаления. Швы и выпускник лежат хорошо, без диастаза между краями раны. Смена асептической повязки.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:**

 Открытый оскольчатый перелом ll, lll, lV плюсневых костей и проксимальных фаланг lll, lV пальцев левой стопы со смещением; ушибленно-скальпированная рана тыльной поверхности левой стопы

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ:**

# Лабораторные методы

1. Общие анализы крови и мочи
2. Биохимическое исследование крови
3. Определение группы крови, резус-фактора, постановка реакции Вассермана, ВИЧ, маркеры вирусного гепатита

Инструментальные методы

1. Рентгенография поврежденной конечности
2. Рентгенография органов грудной клетки
3. ЭКГ

30.10.02г. Общий анализ крови:

 RBC 4.42х10\*12/l

 HB 150.7 g/l

 HCT 40.78%

 MCV 93.5fl

 MCH 32.36 pg

 WBC 9.96 х10\*9 /l

 NE 6.42

 LY 10.29

 MO 0.19

 EO 0.75

 BA 0.36

 PLT 192х10\*9/l

 ЦВ.П. 0.09

 СОЭ 5 ml/h

30.10.02г. Общий анализ мочи:

 количество 70мл

 цвет желтый

 реакция ph 6

 уд. вес 1015

 прозрачность неполная

 белок нет

 сахар нет

 ацетон нет

 желчн. пигм. нет

 уробилин норма

 плоск. эпит.кл. умеренное кол-во

 лейкоциты 1-3 в поле зрения

 эритроциты 0.1-1 в поле зрения

 слизь умеренное кол-во

2.10.01г. Биохимическое исследование крови:

 N

 общий белок 75,3 6,0-8,0

 альбумин 4,8 3,5-5,0

 креатинин 0,7 0,7-1,4

 неорг. фосфор 4,2 2,5-4,5

глюкоза 4,3 80,0-120,0

азот мочевины 13 10,0-20,0

общий билирубин 0,5 0,1-1,0

прямой билирубин 0,2 0-0,3

NA 173мм/л

K 2,0 мм/л

CA 0,27мм/л

30.09.02г.

Группа крови О ( l ), Rh+, реакция Вассермана, ВИЧ- отрицат.

Гепатит В ( Hbs-АТ)-отрицат.

Гепатит С ( анти Нс- АТ)-отрицат.

 30.09.02г. рентгенография поврежденной конечности

 (см. рисунок)

 1.10. 02г. рентгенография органов грудной клетки

 Легкие имеют небольшие возрастные изменения. Небольшое усиление легочного рисунка по смешанному типу. Корни легких структурные, диафрагма расположена обычно, плевральные синусы свободны. Сердце расположено косо, в размере не увеличено. Аорта без особенностей.

 1.10.02г. ЭКГ

 Синусовый ритм. Неспецифическая депрессия сегмента ST.

***ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

 Открытый оскольчатый перелом ll, lll, lV плюсневых костей и проксимальных фаланг lll, lV пальцев левой стопы со смещением; ушибленно-скальпированная рана тыльной поверхности левой стопы

***ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО:***

1. Швы снять через семь суток;
2. Продолжительность иммобилизации гипсовой повязкой 4 недели;
3. Постельный режим;
4. Стол 15;
5. Возвышенное положение поврежденной конечности;
6. Применение антибиотиков и дезагрегантов;
7. Физиотерапевтическое лечение можно начать, когда больной находится еще в гипсовой повязке;
8. ЛФК после снятия гипсовой повязки для восстановления движений в суставах;
9. Приступить к труду и нагрузкам через 5 недель;

***ПРОГНОЗ:***

 Благоприятный, полное выздоровление больного прогнозируется через 1,5 месяца с полным восстановлением функции поврежденной конечности. Через 1,5 месяца можно приступать к труду.

 ***ПРИЧИНЫ И МЕХАНИЗМЫ ПЕРЕЛОМОВ ПЛЮСНЕВЫХ КОСТЕЙ И ФАЛАНГ ПАЛЬЦЕВ***

 Переломы плюсневых костей и фаланг пальцев наблюдаются главным образом при прямом механизме травмы. Чаще всего это падение тяжелого предмета на тыл стопы.

 Для изолированного перелома плюсневых костей и фаланг пальцев большое смещение отломков не характерно, однако для множественных переломов характерно наличие значительного смещения фрагментов костей.

**Диагностика**: механизм травмы, локальная боль и болезненность, усиливающаяся при осевой нагрузке или потягивании за соответствующий палец позволяют заподозрить перелом. Для перелома плюсневых костей характерен симптом Якобсона: усиление болей в месте перелома при надавливании на головку плюсневой кости. Диагноз уточняется после анализа рентгенограмм.

##### Лечение:

##### При переломе плюсневых костей без смещения накладывают гипсовую повязку до коленного сустава на 4-6 недель. Перед ее наложением проводят анестезию перелома 1-2% раствором новокаина. Для лучшего моделирования поперечного и продольного сводов стопы в соответствующих местах укрепляют марлевые пелоты.

##### При переломе фаланг без смещения бывает достаточно на 1-2 недели наложить на соответствующий палец несколько циркулярных слоев лейкопластыря.

* При переломе плюсневых костей и фаланг пальцев со смещением проводят скелетное вытяжение или ручную репозицию. Особенно тщательно должны быть репонированы отломки с угловым смещением, когда угол открыт в тыльную сторону, и перелом шейки плюсневых костей. Ручную репозицию проводят надавливанием на сместившиеся отломки во время тракции по оси пальца. Наложение гипсовой повязки до коленного сустава. Если одномоментная репозиция не удалась или перелом имеет тенденцию к смещению в гипсовой повязке, проводят вытяжение за мягкие ткани па Клаппу или скелетное вытяжение за концевые фаланги на раме Черкес-Заде. Раму для вытяжения прикрепляют к гипсовой повязке, наложенную на стопу и голень. Вытяжение снимают через 3-4 недели. Продолжительность иммобилизации гипсовой повязкой при переломах плюсневых костей со смещением 7 недель, фаланг епальцев-3 недели.
* Оперативное лечение проводит при безуспешности закрытой репозиции и открытых переломах. Для хирургической фиксации переломов чаще всего используют металлические спицы или стержни Богданова, а при винтообразных переломах плюсневых костей - циркулярные витки проволоки.

#  Трудоспособность при переломе плюсневых костей восстанавливается в течении 1 ½ - 4 месяца в зависимости от характера повреждения. При переломе фаланг без смещения и со смещением трудоспособность восстанавливается соответственно через2-3 недели и 1 ½ - 2 месяца.

ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Травматология и ортопедия (под редакцией Х.А.Мусалатова). – М.: Медицина, 1995
2. Хирургические болезни (под редакцией М.И.Кузина). – М.: Медицина, 1995 – 640с.
3. Внутренние болезни (под редакцией Ф.И.Комарова). – М.: Медицина, 1990 – 680с.
4. Справочник по анестезиологии и реанимации (под редакцией В.П.Смольникова). – М.:Медицина, 1970
5. Военно-полевая хирургия (под редакцией Н.Н.Смирнова). – Медгиз, 1965