2Общие сведения (паспортная часть)

 Фамилия, имя, отчество: x

 Возраст: 73 лет

 Пол: женский

 Национальность: русская

 Домашний адрес: г. Саратов

 Дата поступления: 14 октября 1997 года. Доставлена каретой скорой

 помощи.

 Диагноз при поступлении: переломы ребер, переломы костей таза.

 Клинический:

 переломы 5-6-7 ребер со смещением отломков, перелом седалищной

 и лонной кости слева со смещением.

 Осложнения: нет

  2ЖАЛОБЫ

 На: локализованную боль в левой половине грудной клетки, усилива-

 ющуюся при глубоком вдохе или кашле, болезненность при надавлива-

 нии, боль в тазовой области, кровоизлияние в области промежности,

 вынужденную позу (конечности слегка согнуты в коленных суставах

 и провернуты кнаружи), малейшие движения вызывают боль.

  2АNAMNESIS MORBI

 Больной себя считает с 14 октября 1997 года, когда при переходе

 улицы была сбита легковой машиной, внезапно выехавшей из-за стоя-

 щего на остановке автобуса. Больная сразу потеряла сознание. Со

 слов очевидцев - она попала под передние колеса, затем оказалась

 под дном и несколько метров затормозившая машина протащила ее по

 асфальту. Так же из рассказа очевидцев - больная получила обширную

 рану правой голени, бедра - возможно, был поврежден крупный сосуд,

 так как травма сопровождалась массивным кровотечением. Была вызва-

 на скорая помощь, которой пострадавшая была доставлена в реанима-

 ционное отделение второй Советской больницы. Через два дня больная

 была переведена в отделение ортопедии и травматологии для оказания

 дальнейшей помощи.

 - 2 -

  2ANAMNESIS VITAE

 Родилась в Саратове в 1923 году в семье рабочего. Росла и развива-

 лась нормально. В физическом и психическом развитии не отставала

 от сверстников.В школу пошла в 7 лет. Училась удовлетворительно.

 По окончании школы обучалась в медицинском институте, получив свою

 профессию. Работала врачом общего профиля. В настоящее время не

 работает, пенсионер II группы.

 В 1941 году перенесла гепатит А, тяжелая форма. С 1980 г. страдает

 ИБС, стенокардия II функционального класса.

 Лекарственной непереносимости не отмечается. Туберкулез, психичес-

 кие и венерические заболевания у себя и родственников отрицает. В

 настоящее время вредные привычки отрицает.

  2Status praesens universalis

 При общем осмотре:

 Состояние больной средней тяжести, положение пассивное, вынужден-

 ное, сознание ясное,выражение лица и глаз доброжелательное. Телос-

 ложение правильное.

 При осмотре кожных покровов тела кожа бледно - розовая,нормальной

 влажности, теплая наощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков

 шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор ко-

 жи сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые, кро-

 воизлияний,изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения женский. Паль-

 цы и ногти обычной формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол"

 нет, ногти на руках и ногах блестящие, ровные , исчерченности и

 ломкости ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет. Мышцы развиты

 удовлетворительно, тонус мышц ослаблен из-за длительной неподвиж-

 ности, активные и пассивные движениях ограничены, болезненны. Иск-

 ривлений, деформаций костей верхних и нижних конечностей нет, кос-

 ти при надавливании безболезненны.

 В суставах деформации, хруста при пальпации и движении нет.

 - 3 -

  2Состояние по органам и функциональным системам

  2Система дыхания

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет, надк-

 лючичные и подключичные ямки западают, эпигастральный угол меньше

 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 17 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомога-

 тельная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки, удушья

 видимых на глаз нет.

 При пальпации грудная клетка болезненна в левой половине, При

 сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется ясный

 легочный звук. Аускультативные данные в норме.

  2Система кровообращения

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнаружи от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При пальпации определяется легкая пульсация аорты во 2-м межре-

 берье справа от грудины и в яремной ямке. Пульсация легочного

 ствола отсутствует. Синдром "кошачьего мурлыканья" на верхушке и

 "систолического дрожания" над аортой отсутствуют.

 При перкуссии границы относительной сердечной тупости:

 правая - в 4 межреберье по правому краю грудины,

 верхняя - в 3 межреберье слева от грудины,

 левая - на 1.5 см кнаружи от левой средне-ключичной линии

 Поперчник относительной сердечной тупости - 14 см

 Талия сердца сохранена. Сосудистый пучок справа и слева не высту-

 пает из-зи грудины. Поперчник сосудистого пучка - 5 см.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, приглушенные, акцент II

 тона над аортой, раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума

 трения перикарда нет.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 - 4 -

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 76 ударов в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 150/80.

  2Система пищеварения и органы брюшной полости

 Глотание свободное, безболезненное. При осмотре области живота жи-

 вот округлой формы, симметричный, не вздут,выпячиваний, западе-

 ний,видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюшной

 стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет. Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безбо-

 лезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. При глубокой паль-

 пации по правой среднеключичной линии нижний край печени не высту-

 пает из-под нижней реберной дуги. Размеры печени по Курлову в нор-

 ме.

  2Моче-половые органы

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При пер-

 куссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При по-

 верхностной пальпации болезненность не определяется.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Частота мочеиспусканий нормальная, затруднений при мочеиспускании

 нет.

  2Нервная система

 Больная сдержана, к окружающему миру относится с интересом, спо-

 собность сосредоточения сохранена, общителена, ориентируется во

 времени и пространстве,не страдает бессоницей,, головокружений,

 обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических

 рефлексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохранены.

 Зрение, слух, обоняние в норме. Нарушений вкуса нет.

  2Status specialis

 I. Верхние конечности правая левая

 - 5 -

 а) осмотр ассиметрии, укорочения, деформации,

 разницы в окружности сегментов конечностей

 не обнаружено

 кожа обычной окраски, рубцов нет.

 атрофия мышц, снижение мышечной силы при-

 сутствуют из-за длительной неподвижности

 б) пальпация конфигурация костей не изменена. Скопления

 жидкости в суставах, температурная разница

 в симметричных отделах не выявляется

 в) двигательная функция

  \_плечевой сустав

 сгибание 110 град. 110

 разгибание 70 70

 объем движений 150 150

 отведение 110 130

 приведение 10 10

  \_локтевой сустав

 сгибание 40 40

 разгибание 180 180

 объем движений 140 140

  \_лучезапястный

 сгибание 100 100

 разгибание 160 160

 отведение 160 160

 приведение 175 175

 г) окружность

 плечо 33 33

 предплечье 21 21

 кисть 20 20

 д) длина

 анатомическая 54 54

 функциональная 56 56

 ж) функция конечности таким образом мы наблюдаем снижение мы-

 - 6 -

 шечной силы конечности, некоторое ограни-

 чение активных движений. Это связано с

 болевыми ощущениями и длительной неподвиж-

 ностью больной.

 => функция сохранена

 II. Нижние конечности правая левая

 а) осмотр ассиметрии, укорочения, деформации,

 разницы в окружности сегментов конечностей

 не обнаружено

 кожа обычной окраски, рубцов нет.

 атрофия мышц, снижение мышечной силы при-

 сутствуют из-за длительной неподвижности

 Присутствует сильная болезненность в об-

 ласти тазобедренных суставов (иррадиация

 с области таза)

 б) пальпация конфигурация костей не изменена. Скопления

 жидкости в суставах, температурная разница

 в симметричных отделах не выявляется

 в) двигательная функция

  \_тазобедренный сустав

 затруднены из-за болезненности

  \_коленный сустав

 сгибание 30 град. 30

 разгибание 170 170

 объем движений 160 160

 отведение затруднено из-за болезненности

 приведение 10 10

  \_голеностопный сустав

 сгибание 110 110

 разгибание 70 70

 объем движений 180 180

 отведение 130 130

 приведение 135 135

 объем движений 95 95

 - 7 -

 г) окружность

 бедро 41 41

 голень 34 34

 стопа 23 23

 д) длина

 анатомическая 82 82

 функциональная 85 85

 ж) функция конечности таким образом мы наблюдаем снижение мы-

 шечной силы конечности, ограничение ак-

 тивных движений. Это связано с

 болевыми ощущениями, повреждением тазо-

 вых костей и длительной неподвижностью

 больной.

 => функция сохранена, но ограничена

 III. Грудная клетка

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет, надк-

 лючичные и подключичные ямки западают, эпигастральный угол меньше

 90 градусов.

 При пальпации грудная клетка болезненна в левой половине, отмеча-

 ется локализованную боль в левой нижней половине грудной клетки,

 усиливающаяся при глубоком вдохе или кашле, болезненность при на-

 давливании.

 IV. Тазовая область

 При поступлении жалобы на боль в тазовой области, кровоизлияние в

 области промежности, вынужденную позу (конечности слегка согнуты в

 коленных суставах и провернуты кнаружи), малейшие движения вызыва-

 ют боль.

 В настоящее время (после всего курса лечения) - сохраняются жалобы

 на боль, затруднение движений в нижних конечностях, затруднение в

 принятии сидячей позы.

 - 8 -

  2ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

 На основании:

 характерных жалоб, анамнеза, общего осмотра, данных по системам и

 status specialis можно поставить следующий диагноз:

 сотрясение мозга, множественные переломы ребер, переломы костей таза.

  2Результаты лабораторных и инструментальных исследований

 Анализ крови:

 Гемоглобин 140 г/л

 Эритроциты 5.17\*10^12

 Лейкоциты 7.4\*10^9

 Лимфоциты 19

 Палочкоядерные 6

 Сегментоядерные 64

 Моноциты 4

 СОЭ - 4 мм/ч

 Анализ мочи:

 Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, без запаха, удельный вес

 1015. Белок, сахар, кровь и желчные пигменты не определяются.

 ЭКГ:

 Ритм синусовый. Изменений желудочкового комплекса нет.

 Кал на яйца глист: - отрицательный

.

 - 9 -

 Рентгенологическое исследование:

.

 - 10 -

  2Дифференциальный диагноз

 В данном случае целесообразно провести дифференциальный диагноз с

 патологическими переломами, вызванными опухолями костей.

 Травматические переломы костей ребер можно продифференцировать с

 переломом в результате развития  \_хондромы . - доброкачественной опу-

 холью, состоящей из хрящевой ткани. Хондрома как правило множест-

 венная, больных беспокоят боли в области опухоли.

 Окончательный диагноз устанавливается на основании рентгенологи-

 ческого исследования. Опухоль имеет шарообразную или слегка оваль-

 ную форму. Чаще располагается в кости центрально, распирая ее из-

 нутри. На рентгенограмме она имеет прозрачный хрящевой фон, на ко-

 тором выделяются участки обызвествления. Кортикальный слой сохра-

 няет непрерывность и гладкие контуры. Эта картина противоречит

 данным нашего рентгенологического исследования, следовательно -

 наше предположение неверно.

 Переломы костей таза также можно продифференцировать с патологи-

 ческими пероломами в результате  \_метастазирования других злокачест-

  \_венных опухолей. . Наиболее часто метастазы в кости наблюдаются при

 раке грудной железы, легких, желудочно-кишечного тракта и др. Это-

 му процессу соответствуют характерные анамнестические данные - че-

 го нет в нашем случае. К разрушению кости ведут так называемые

 стеолитические метастазы. Рентгенологически: пораженная кость

 разрыхляется и расслаивается на ряд параллельных пластинок. Проис-

 ходит некоторое утолщение вокруг опухоли за счет периостальных

 наслоений. Это так же не соответствует нашим данным - следователь-

 но, наше предположение неверно.

  2ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 на основании данных жалоб, анамнеза, общего осмотра, данных по

 системам и status specialis, подтвержденных рентгенографическим исс-

 ледованием, можно поставить следующий диагноз:

 Основной:

 Переломы 5-6-7 ребер со смещением отломков, перелом седалищной

 и лонной кости слева со смещением.

 Осложнения: нет

.

 - 11 -

  2ЛЕЧЕНИЕ

 1) Для лечения переломов ребер необходимо:

 в область повреждения каждого сломанного ребра вводится 10-15 мл

 10% спирт-новокаинового раствора или такое же количество 1% раст-

 вора новокаина. Если после первой блокады боли не уменьшаются, де-

 лают повторные блокады через 2-3 дня. Наряду с местным обезболива-

 нием, особенно при множественных переломах, показана ваго-симпати-

 ческая блокада по А.В.Вишневскому, а при развитии пульмонального

 шока - другие противошоковые мероприятия.

 Сращение переломов наступает через 3-4 недели.

 В нашем случае было проведено обезболивание 1% раствором новокаи-

 на, проводилось наблюдение за динамикой течения процесса.

 2) При переломах таза, обычно сопровождающихся шоком I-II степени,

 необходимо перелить 1,5-2 литра крови и плазмозаменителей в сут.

 до стабилизации кровяного давления.

 Проводится внутритазовое обезболивание путем введения 250-300 мл

 0,25% раствора новокаина. Для предупреждения интоксикации одновре-

 менно с новокаином вводить 1 мл 1% раствора эфедрина.

 При изолированных переломах отделов таза, не участвующих в об-

 разовании тазового кольца, больного укладывают на кровать со щи-

 том. Ногу, соответствующую поврежденной половине таза, укладывают

 на шину Беллера или под колено подкладывают подушку. Назначают

 постельный режим 4-5 недель. С ранних сроков рекомендуется лечеб-

 ная гимнастика.

 Все эти мероприятия проводились и в нашем случае.

  2Прогноз

 Для жизни - относительно благоприятный, но нужно обратить внимание

 на возраст и общесоматическое состояние больной.