## *Паспортные данные*

# Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Возраст: 3 года (дата рождения: 09.11.2000 г.)
* Дата и час поступления: 02.04.04 г. 11.00
* Возраст и профессия родителей:

Мать: Солоева Марина Анатольевна, 34 года

Место работы: Управление пенсионного фонда. Специалист.

Отец: Солоев Леонид Владимирович, 32 года

Место работы: Вагонное Депо. Сварщик.

* Больной доставлен машиной «СП» в срочном порядке через 1 час после травмы.
* Диагноз направившего учреждения: Закрытый перелом правого бедра.
* Диагноз при поступлении: Закрытый косой перелом диафиза правого бедра со смещением отломков.
* Клинический диагноз:

а) Основной: Закрытый косой перелом средней трети правого бедра со смещением отломков.

б) Осложнения: нет

в) Сопутствующие заболевания: нет

Назначено консервативное лечение (вертикальное лейкопластырное вытяжение по Шеде. Груз 2,5 кг.) Выполнено через 2 часа после травмы.

*Жалобы при поступлении и на момент курации*

При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в правом бедре, невозможность опоры на правую ногу.

На момент начала курации жалоб не предъявляет.

*Анамнез заболевания*

Со слов матери больного травму ребенок получил в Детском саду 02.04.04 г. около 10 часов утра. В группе проводилась физкультура, во время очередного упражнения на скамейке ребенок упал на пол, сверху на него упал другой ребенок. Была вызвана бригада скорой помощи, наложена транспортная иммобилизация шиной Дитерихса на месте. Выполнена инъекция: Sol. Tramadoli 50 mg, в/м. Сознания ребенок не терял. Был доставлен в Детскую Республиканскую больницу 02.04.04 г. в 11.00 осмотрен хирургом-травматологом. 02.04.04 г. в 11.30 в ДРБ произведено рентгенологическое обследование места предполагаемого повреждения. На основании анамнестических данных, данных локального обследования и полученных при рентгенологическом обследовании данных поставлен Диагноз: Закрытый косой перелом средней трети правого бедра со смещением отломков. Больной был помещен в Отделение травматологии и ортопедии ДРБ.

#### Анамнез жизни

Родился в городе Петрозаводске. Беременность и роды протекали без осложнений. Масса тела при рождении – 3.500 кг. Первый ребенок в семье. Находился на естественном вскармливании до полутора лет. С 2 лет родители отдали ребенка в Детский сад. Материальные условия в семье ребенка хорошие. Находится на регулярном и полноценном питании. Наследственность не отягощена. В развитии от сверстников не отставал. Рос и развивался соответственно возрасту. Перенесённые заболевания – ОРЗ, ОРВИ, Ветряная оспа. Аллергологический анамнез спокойный. Непереносимости пищевых продуктов и лекарственных средств не отмечается.

Туберкулезом, гепатитом не болел.

##### Объективное исследование больного

Больной в сознании. Общее состояние больного удовлетворительное. Тип телосложения: нормостенический, умеренного питания.

Кожа и слизистые оболочки бледно-розового цвета, без изменений.

Подкожная жировая клетчатка выражена умеренно, распространена равномерно.

Осмотр зева: слизистые розового цвета, нормальной влажности, гиперемии нет. Миндалины не увеличены, чистые. Шея правильной формы. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Набухания и пульсации яремных вен нет. Пастозности, отеков нет.

* *Сердечно-сосудистая система*

Область сердца визуально не изменена, сердечного горба нет. Пальпаторно верхушечный толчок определяется в V межреберье слева на 1 см. кнутри от среднеключичной линии, нормальной площади, силы и резистентности. Перкуторно определяются следующие **границы сердца**:

1) *Границы относительной сердечной тупости*:

|  |  |
| --- | --- |
| - справа: | правый край грудины |
| - слева: | На 1-2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии |
| - сверху: | II межреберье |

2) *Границы абсолютной сердечной тупости:*

|  |  |
| --- | --- |
| - справа: | по левому краю грудины |
| - слева: | Между левой срединно-ключичной и левой парастернальной линией |
| - сверху: | Третье межреберье |

При аускультации сердечные тоны ясные, ритмичные. Патологические шумы не выявлены.

*АД 100/60, Ps=ЧСС=72 уд/мин.*

* *Дыхательная система*

Носовое дыхание не затруднено. Отделяемого из носа нет. Грудная клетка симметрична, правильной цилиндрической формы, обе ее половины равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание ритмичное, ЧДД=18 в 1 мин.

При пальпации грудная клетка безболезненна, нормальной резистентности.

Перкуторно над всей площадью проекции легких определяется ясный легочный звук. При перкуссии определены следующие **границы легких**:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| ***Линия:*** |  |  |
| *- парастернальная* | Верхний край  VI ребра | — |
| *- срединно-ключичная* | VI ребро | — |
| *- передняя подмышечная* | VII ребро | VII ребро |
| *- средняя подмышечная* | VIII ребро | IХ ребро |
| *- задняя подмышечная* | IX ребро | IX-X ребро |
| *- лопаточная* | IX-X ребро | X ребро |
| *- околопозвоночная* | Остистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI грудного позвонка |

Определение подвижности легочного края:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Линия:*** | Справа | Слева |
| *- срединно-ключичная* | 2 см. | — |
| *- средняя подмышечная* | 3 см. | 3 см. |
| *- лопаточная* | 2 см. | 2 см. |

Аускультативно над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание. Хрипов нет.

* *Пищеварительная система*

Слизистая полости рта розового цвета, десны без патологических изменений. Язык влажный, обложен беловатым налетом. Десны без патологических изменений.

Патологических изменений небных миндалин нет.

***Живот***. Форма живота не изменена, при осмотре живот симметричен, пупок втянут, равномерно участвует в акте дыхания.

*Пальпация*. Поверхностная по Образцову – Стражеско безболезненна, живот мягкий. Грыжевых выпячиваний не обнаружено. Симптом Щеткина – Блюмберга отрицательный.

При глубокой пальпации живота болезненности не выявлено. Печень у края реберной дуги, селезенка не увеличена.

*Перкуссия*. Границы печени не изменены:

|  |  |
| --- | --- |
| Linea axillaris anterior | 11 см |
| Linea mediaclavicularis | 10 см |
| Linea paraumbilicalis | 7 см |

Стул однороден, 1 раз в сутки.

* *Мочевыделительная система*

Визуально область поясницы не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. При глубокой пальпации почки малоподвижны, гладкие, эластической консистенции.

При осмотре, пальпации и перкуссии области мочевого пузыря патологии не выявлено

Мочеиспускание произвольное, безболезненное, цвет мочи соломенно-желтый, прозрачная.

Половые органы развиты по мужскому типу, соответственно возрасту.

* *Нервная система*

Ориентирован верно. Интеллект соответственно возрасту. Память и внимание не нарушены. Поведение адекватное. Сон в норме. Речь не изменена. Праксис и гнозис не нарушены. *Менингеальные симптомы:* Головных болей нет. Рвоты, гиперестезии нет. Симптомы Кернига, Брудзинского отрицательны. Ригидности затылочных мышц нет. Расстройств *черепно-мозговой иннервации* не выявлено. Атрофии, фасцикуляции, фибриллярные подергивания не обнаружены. Тонусмышц в пределах нормы. Координация движений не нарушена. Глубокие и кожные рефлексы в норме, D=S. Патологических рефлексов нет. Тазовые функции не нарушены.

* *Опорно-двигательный аппарат*

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

Телосложение правильное. Осанка правильная. Половины тела симметричны. Надплечия расположены на одном уровне. Деформаций грудной клетки нет. Деформации лопаток нет, углы лопаток направлены вниз.

Суставы внешне не изменены. Конфигурация позвоночника правильная. Движения в суставах в полном объёме. Оценка объема движений в суставах правой ноги не проводилась. Пальпация правого бедра безболезненна.

Позвоночник: физиологические изгибы выражены в достаточной мере, патологических изгибов нет.

**Status localis при поступлении**

Кожные покровы правого бедра незначительно гиперемированы, кожная температура повышена. Отмечается патологическая подвижность. Ось правой нижней конечности ломаная, укорочение-1 см. Осевая нагрузка и местная пальпация резко болезненны.

**Status localis на момент осмотра**

Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

*Результат параклинических методов исследования*

***Клинический анализ крови от*** ***02.04.2004***

Эритроциты – 4,0 х 10^12/ л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 57

Лимфоциты - 37

Моноциты – 1

***Клинический анализ крови от*** ***05.04.2004***

Эритроциты – 3,74 х 10^12/ л

Гемоглобин – 101

Лейкоциты – 9,5 х 10^9 / л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 1

- сегментноядерные - 68

Лимфоциты - 25

Моноциты – 5

СОЭ - 7 мм /ч

***Клинический анализ крови от*** ***19.04.2004***

Нейтрофилы:

- палочкоядерные - 2

- сегментноядерные - 41

Лимфоциты - 55

Моноциты – 2

###### Анализ мочи от 05.04.2004

Цвет – желтый

Относительная плотность - 1021

Реакция - кислая

Белок-0

Глюкоза-0

Рентгенологическое обследование

* Рентгенограмма правого бедра в передней и боковой проекции от 02.04.2004 (11.30)

Заключение: На рентгенограмме правого бедра в двух проекциях – косой перелом средней трети бедра с угловым смещением отломков и захождением их на 2,0 см.

* Рентгенограмма правого бедра от 05.04.2004 (Аппарат «Армат»)

Заключение: Ось бедра удовлетворительная, поперечное смещение отломков на ½ ширины кости, захождение на 1,5 см.

* Рентгенограмма правого бедра от 23.04.2004

Заключение: Ось бедра удовлетворительная, поперечное смещение сохраняется. Захождение на 1, 5 см., консолидация началась.

*Клинический диагноз и его обоснование*

**На основании:**

* Данных анамнеза: Со слов матери больного травму ребенок получил в Детском саду 02.04.04 г. около 10 часов утра. В группе проводилась физкультура, во время очередного упражнения на скамейке ребенок упал на пол, сверху на него упал другой ребенок.
* Жалоб больного: При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в правом бедре, невозможность опоры на правую ногу.
* Данных объективного исследования: Кожные покровы правого бедра незначительно гиперемированы, кожная температура повышена. Отмечается патологическая подвижность. Ось правой нижней конечности ломаная, укорочение-1 см. Осевая нагрузка и местная пальпация резко болезненны.
* Данных рентгенологического обследования: На рентгенограмме правого бедра в двух проекциях – косой перелом средней трети бедра с угловым смещением отломков и захождением их на 2,0 см.

можно поставить ***Клинический диагноз:*** Закрытый косой перелом средней трети правого бедра со смещением отломков.

*Дифференциальный диагноз*

Дифференциальный диагноз проводится с заболеваниями, которые вызывают патологические переломы костей. Патологические переломы возникают у детей, страдающих заболеваниями костей скелета, при воздействии незначительной травмирующей силы.

*Несовершенное костеобразование* – врожденная ломкость костей невыясненной этиологии. Проявляется искривлением конечностей, мышечной гипотрофией. При врожденной форме уже у новорожденного обращают на себя внимание искривленные конечности неправильной формы, при обследовании которых обнаруживают участки утолщений (костная мозоль) на месте бывших внутриутробных переломов. На рентгенограмме кости представляются нежными и тонкими, особенно тонок кортикальный слой, губчатое вещество прозрачно и имеет едва заметный рисунок. Ясно бывают видны сросшиеся переломы. Вследствие множественных переломов конечности укорочены и деформированы. Исключить данное заболевание помогает рентгенограмма и данные анамнеза, на выполненной рентгенограмме признаков несовершенного костеобразования нет.

*Солитарные и аневризмальные костные кисты, остеобластокластомы.* В большинстве случаев впервые проявляются патологическим переломом. Это опухолеподобный диспластический процесс, связанный с нарушением микроциркуляции крови в метафизарном отделе кости. В результате незначительной травмы в области наиболее частой локализации костных кист и остебластокластом (проксимальный метафиз, проксимальный и дистальный метафизы бедренной и проксимальный метафиз большеберцовой костей) возникают боль, умеренная припухлость и кровоизлияние, деформация, на первый план выступает потеря функции. При переломах большого смещения отломков не наблюдается. Солитарная киста рентгенологически характеризуется наличием в метафизарном или диафизарном отделе кости зоны повышенной прозрачности овальной формы, расположенной, как правило, центрально без существенных изменений кортикального слоя и поперечных размеров кости. Исключить данное заболевание помогает рентгенограмма, на выполненной рентгенограмме признаков наличия солитарных и аневризмальных костных кист, остеобластокластом не отмечается.

*Хронический остеомиелит* Чаще всего переломы наблюдаются в нижнем метафизе бедренной кости и в области ее шейки или в верхней трети плечевой кости. При полных переломах со смещением определяются патологическая подвижность, деформация и укорочение конечности. Перелом обнаруживается часто случайно, во время перевязок. Исключить данное заболевание помогает рентгенограмма и данные анамнеза, на выполненной рентгенограмме признаков хронического остеомиелита не отмечается.

*Недостаточность витаминов D и C.* Может иногда сопровождаться патологической хрупкостью костей. При рахите и цинге у маленьких детей наблюдаются переломы. Даже незначительная травма и неловкое движение ребенка, болеющего рахитом, может вызвать перелом. Часто они бывают поднадкостничными. Жалобы на боль незначительные и часто перелом просматривается. Реже встречаются изменения в костях при цинге, болезни Меллера-Барлоу. Переломы связаны с кровоизлияниями в области эпифизарной зоны, которые распространяются под надкостницу. На месте кровоизлияния костные балки разрушаются, и нарушается целость кости. На рентгенограмме обнаруживается тень вокруг диафиза, которую дает кровоизлияние, а иногда отделение эпифиза от диафиза.

Заболевания, вызывающие патологические переломы костей, исключаются в данном случае исходя из данных анамнеза заболевания (травма получена в Детском саду, причем механизм травмы вполне адекватен полученному повреждению кости), данных анамнеза жизни (у ребенка до настоящей травмы переломов костей не наблюдалось), данных рентгенологического обследования, которое все же является основной составляющей дифференциальной диагностики с патологическими переломами.

Также целесообразно провести дифференциальный диагноз с ушибом правого бедра. Симптоматика ушибов характеризуется болью, припухлостью, кровоподтеком, нарушением функции. Иногда ушиб сопровождается местным и общим повышением температуры. В дифференциальной диагностике с переломом бедра имеет важное значение рентгенологическое обследование, которое позволяет полностью исключить ушиб конечности.

*Лечение и его обоснование*

*Общие принципы лечения*

Переломы бедренной кости у детей лечат вытяжением. Гипсовые повязки и шины не обеспечивают правильного положения отломков. Гипсовые повязки не гарантируют от вторичных угловых смещений с образованием варусных деформаций типа «галифе».

*Консервативное лечение:*

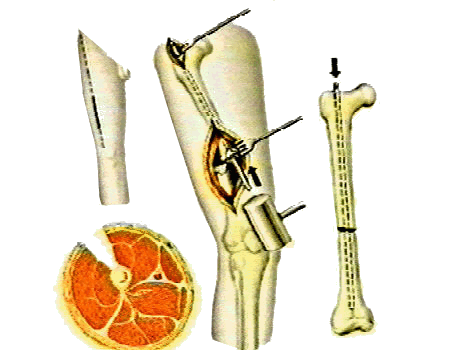
У детей до 3-х летнего возраста переломы лечат вертикальным вытяжением по Шеде. Ребенка укладывают на плотный матрац. Вытяжение осуществляется при помощи лейкопластырной полоски, которую приклеивают к наружной и внутренней поверхностям бедра и голени. Лейкопластырь нее приклеивают к лодыжкам. Во избежание пролежня в петлю лейкопластрыря вставляют дощечку-распорку. Ногу, разогнутую в коленном суставе, подвешивают на любой раме и фиксируют грузом, привязанным к бечевке, идущей через блок, к дощечке-распорке. Удобна дуга Назарова. Груз около 1,5-2,5 кг уравновешивает массу поврежденной конечности. При достаточном грузе ягодица на больной стороне приподнята над кроватью на 2-3 см. Бедро немного отводят кнаружи. Для удержания ребенка в правильном положении здоровую ногу фиксируют манжетой за голень в горизонтальном положении. Наличие консолидации проверяют рентгенограммой.



У детей старше 3-х лет целесообразно скелетное вытяжение на функциональной шине Белера. Спицу Киршнера проводят через проксимальный метафиз большеберцовой кости ниже ее бугристости, реже через дистальный метафиз бедренной кости. Для правильного выполнения вытяжения больного укладывают на матрац, под который подкладывают щит из досок. Поврежденную конечность фиксируют на функциональной шине в положении физиологического покоя, которую создают сгибанием в тазобедренном суставе под углом 140° и в коленном под тем же углом. Величина отведения ноги зависит от высоты перелома: чем выше перелом, тем отведение должно быть больше. Вытяжение осуществляют при помощи груза за бедро от 3 до 6 кг и голень (лейкопластырное вытяжение) от 1 до 2 кг. Для противотяги ножной конец кровати приподнимают на 20-30 см и ставят на подставки. Ребенка фиксируют специальными лямками через паховую область здоровой стороны, что также предупреждает сползание его к ножному концу кровати.

*Оперативное лечение.* Наиболее распространённым методом оперативного лечения перелома диафиза бедра является интрамедуллярный остеосинтез металлическим штифтом. При этом чаще пользуются ретроградным методом его введения. Другим методом является экстрамедуллярный остеосинтез массивными компрессирующими пластинами.

После стабильного остеосинтеза внешнюю иммобилизацию гипсовой повязкой можно не применять. Трудоспособность восстанавливается через 3,5 – 6 мес.



Показания к оперативному вмешательству при переломах бедренной кости у детей ограничены и могут возникнуть при неэффективности консервативных методов лечения (если оставшееся смещение отломков угрожает возникновением стойких деформаций), интерпозиции мягких тканей между отломками, открытых переломах, сопровождающихся значительным повреждением мягких тканей бедра, а также при неправильно сросшихся переломах.

*Лечение данного больного*

При данном типе травмы рекомендуется

консервативное лечение (вертикальное лейкопластырное вытяжение по Шеде. Груз 2,5 кг.)

1. Постельный режим
2. Диета № 10
3. Sol. Analgini 50% - 0.3 (в/м)
4. Sol. Dimedroli 1% - 0.3 – 3 раза в день (в/м)
5. Физиолечение: - Магнитотерапия

- Парафин

1. Лечебная физкультура

Ошибок в лечении больного допущено не было, на всех этапах медицинская помощь оказана адекватно и в полном объеме.

*Дневник ежедневных наблюдений*

26.04.2004 Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет.

*Status localis:*Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

27.04.2004 Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс 74 удара в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет.

*Status localis:*Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

28.04.2004 Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/65 мм рт. ст. Пульс 73 удара в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 17 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет.

*Status localis:*Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

29.04.2004 Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/60 мм рт. ст. Пульс 74 ударов в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет.

*Status localis:*Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

30.04.2004 Состояние относительно удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Кожа и видимые слизистые чистые, физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст. Пульс 72 удара в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Живот симметричный, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Физиологические отправления в норме. Дизурии нет.

*Status localis:*Кожные покровы правого бедра нормальной окраски, кожная температура не повышена. Деформации места перелома не выявлено. Отечности правого бедра и голени нет. Поверхностная и глубокая чувствительность сохранены. Пальпация в средней и нижней трети правого бедра безболезненна. Пульс на правой нижней конечности определяется на задней большеберцовой артерии и на артерии тыла стопы.

##### Выписной эпикриз

Больной, Солоев Максим Леонидович, возраст - 3 года (дата рождения: 09.11.2000 г.) Был доставлен в Детскую Республиканскую больницу 02.04.04 г. в 11.00 с жалобами на боли в правом бедре, невозможность опоры на правую ногу. Со слов матери больного травму ребенок получил в Детском саду 02.04.04 г. около 10 часов утра. В группе проводилась физкультура, во время очередного упражнения на скамейке ребенок упал на пол, сверху на него упал другой ребенок. Была вызвана бригада скорой помощи, наложена транспортная иммобилизация шиной на месте. Выполнена инъекция: Sol. Tramadoli 50 mg, в/м. Сознания ребенок не терял. Объективно при поступлении: Кожные покровы правого бедра незначительно гиперемированы, кожная температура повышена. Отмечается патологическая подвижность. Ось правой нижней конечности ломаная, укорочение-1 см. Осевая нагрузка и местная пальпация резко болезненны. 02.04.04 г. в 11.30 в ДРБ произведено рентгенологическое обследование места предполагаемого повреждения.

На основании анамнестических данных, данных локального обследования и полученных при рентгенологическом обследовании данных поставлен ***Диагноз***: Закрытый косой перелом средней трети правого бедра со смещением отломков. Больной был помещен в Отделение травматологии и ортопедии ДРБ.

Назначено консервативное лечение (вертикальное лейкопластырное вытяжение по Шеде, груз 2,5 кг.) За время пребывания в стационаре проводилось симптоматическое лечение (обезболивающие препараты)

1. Постельный режим
2. Диета № 10
3. Sol. Analgini 50% - 0.3 (в/м)
4. Sol. Dimedroli 1% - 0.3 – 3 раза в день (в/м)
5. Физиолечение (Магнитотерапия; Парафин)
6. Лечебная физкультура

Больной выписан из ДРБ с рекомендациями: провести полноценную реабилитацию с курсами ЛФК и физиолечения. В течение 6 месяцев рекомендуется воздерживаться от тяжелых осевых нагрузок.

Прогноз для жизни и восстановления функции конечности благоприятный.

*Список использованной литературы*

1. Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. – М., Медицина, 1990.
2. Скоблин А. П., Жипа Ю.С. Руководство к практическим занятиям по травматологии и ортопедии. – М., Медицина, 1985.
3. Краснов А.Ф. «Травматология» М. «Медицина» 1995г.
4. Соков Л.П. Курс травматологии и ортопедии: Учеб. Пособие. – М.: Изд-во УДН, 1985 г.
5. Хирургические болезни у детей: Учебник/ Исаков Ю.Ф., Степанов Э.А., Михельсон В.А. и др.; Под ред. Исакова Ю.Ф. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицина, 1998 г.