**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. Ф. И. О. – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. Возраст – 54 года (д. р. 27. 02. 1958).
3. Дата и время поступления в клинику – 16. 01. 2012 в 12:05.
4. Пол – женский.
5. Подданство – гражданка Республики Беларусь.
6. Место постоянного жительства – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
7. Профессия – продавец.
8. Место работы – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТКИ**

При поступлении пациентка жаловалась на сильную боль в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра. На момент курации - на умеренную болезненность в верхней трети правого бедра и на незначительную болезненность в области операционной раны.

**АНАМНЕЗ ЖИЗНИ**

Перенесённые заболевания – ОРВИ, грипп. Вирусный гепатит, туберкулёз, венерические заболевания, переливания крови, язвенную болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, ТЭЛА, жировую эмболию отрицает. Аллергоанамнез не отягощён, лекарственной непереносимости не выявлено. Оперативных вмешательств ранее не проводилось. Травм и ранений не было.

**НАЧАЛО И ТЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

29. 12. 2012 упала в быту, после чего почувствовала острую болезненность в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра. При попытке подняться вновь упала на повреждённую конечность ввиду невозможности «опереться на правую ногу». Сразу же была вызвана скорая медицинская помощь, к моменту приезда машины СМП боль усилилась, появились отёк и покраснение правого бедра. Кожный покров повреждён не был. Машиной СМП пациентка была доставлена в Шумилинскую ЦРБ, где был диагностирован закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правого бедра. Проводимое лечение – скелетное вытяжение вплоть до 14. 01. 2013, 14 января была наложена гипсовая лонгета. Для дальнейшего лечения 16. 01. 2013 была направлена в ВОКБ, отделение травматологии и ортопедии. С момента поступления до 07. 02 применялось скелетное вытяжение, 07. 02 было проведено оперативное вмешательство (транслокация костной ткани с кортикальной пластиной – остеосинтез правого бедра). На момент курации пациентка соблюдает постельный режим и продолжает назначенное лечение.

**ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожный покров обычной окраски; сыпи, зуда нет. Видимые слизистые оболочки без изменений. Лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены. Состояние подкожно-жирового слоя повышенное.

Органы кровообращения: пульс 78 ударов в минуту, артериальное давление 135/75 мм. рт. ст на обеих руках. Границы сердца не расширены, тоны сердца приглушены. Органы дыхания: частота дыхания – 17 в минуту, одышки нет, перкуторно звук ясный легочной, дыхание везикулярное. Органы пищеварения: рвоты не было, язык влажный, зев не гиперемирован, печень не увеличена, желчный пузырь не определяется. Живот мягкий, безболезненный, доступен во всех отделах для глубокой пальпации, перитонеальные симптомы отсутствуют, стул ежедневный. Мочевыделительная система: мочеиспускание свободное, безболезненное; диурез достаточный.

Status localis: на момент курации положение пациентки пассивное, правой нижней конечности – вынужденное, неподвижное; на наружной поверхности правого бедра имеется операционная рана размерами 25-30 см; отёка мягких тканей нет. Температура кожи возле операционной раны не отличается от симметричного участка на левой конечности, определяется умеренная болезненность при пальпации кожи в области операционной раны.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб пациентки на момент поступления (на сильную боль в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра), истории заболевания (упала в быту, после чего почувствовала острую болезненность в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра, невозможность «опереться на правую ногу», появились отёк и покраснение правого бедра, кожный покров повреждён не был, в Шумилинской ЦРБ был диагностирован закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правого бедра), а также данных объективного осмотра (отёк, покраснение правого бедра, нарушение функции бедренного (в большей степени) и коленного сустава ввиду остро выраженного болевого синдрома, крепитация костных отломков, неправильное положение оси правой нижней конечности при правильном положение оси левой нижней конечности) можно поставить предварительный диагноз - закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правого бедра.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНОГО, РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО И ДРУГИХ МЕТОДОВ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Результаты общего анализа крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | от 17. 01. 2013 | от 11. 02. 2013 |
| Гемоглобин, г/л | 120,0 – 140,0 | 136 | 131 |
| Цветовой показатель | 0,85-1,1 | 0,94 | 0,9 |
| Эритроциты, \*1012 | 3,9 – 4,7 | 4,34 | 4,07 |
| Лейкоциты, \*109 | 4,0 – 9,0 | 6,5 | 6,1 |
| Эозинофилы, % | 0,5 – 5,0 | 2 | 1 |
| Палочкоядерные нейтрофилы, % | 1,0 – 6,0 | 5 | 4 |
| Сегментоядерные нейтрофилы, % | 47,0 – 72,0 | 57 | 68 |
| Лимфоциты, % | 19,0 – 37,0 | 25 | 20 |
| Моноциты, % | 3,0 – 11,0 | 7 | 4 |
| СОЭ, мм/ч | 2,0 – 20,0 | 15 | 14 |
| Тромбоциты, \*109 | 180 – 360 | 269,0 | 261 |

Заключение:

ОАК в пределах нормы

1. Результаты общего анализа мочи

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | от 17. 01. 2013 | от 11. 02. 2013 |
| Цвет | Светло-жёлтый | Светло-жёлтый | Светло-жёлтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная | Прозрачная |
| Плотность | 1015-1030 | 1017 | 1016 |
| Реакция | Кислая | Кислая | Кислая |
| Белок | Нет | Нет | Нет |
| Глюкоза | Нет | Нет | Нет |
| Клетки эпителия | 2-3 в поле зрения | 2-3 в п/зр | 2-3 в п/зр |
| Эритроциты | 1-2 в поле зрения | 1-2 в п/зр | 2-3 в п/зр |

Заключение: отклонений от нормы нет.

1. Результаты биохимического анализа крови

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | от 17. 01. 2013 | от 11. 02. 2013 |
| Общий белок | 65-85 г/л | 76,4 | 66 |
| Альбумин | 35-85 г/л | 41,6 | 38,9 |
| Мочевина | 1,7-88,3 мм/л | 6,57 | 4,43 |
| Глюкоза | 3,9-6,1мм/л | 5,7 | 5,9 |
| Билирубин общий | 8,55 – 20,52 мкм/л | 18,7 | 17,5 |
| Билирубин прямой | 2,1-5,1 мкм/л | 4,9 | 2,9 |
| Гаммаглутамилтранспептидаза | 10-32 Ед/л | 27 | 25 |
| АсАТ | 5-40 Е/л | 35 | 40 |
| АлАТ | 5-40 Е/л | 25 | 27 |
| Альфа - амилаза | 80-110 Е/л | 87 | 92 |
| Калий | 3,5-5,3 мм/л | 5,2 | 4,9 |
| Натрий | 135-148мм/л | 145,5 | 140 |
| Хлориды | 98-107мм/л | 104,2 | 99,7 |

Заключение: все показатели в пределах нормы.

1. Результаты коагулограммы от 17. 01. 2013

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Норма | Результат |
| АЧТВ | 28-38 | 30 |
| ПТИ | 0,7-1,1 | 1,0 |
| Фибриноген А | 2-4 г/л | 7,6 |

Заключение: отклонений от нормы нет.

1. Исследование крови на групповую принадлежность и резус-фактор 17. 01. 2013

Заключение: по результатам исследования у Степанец Р. В., 1958 г. р. III (B) группа крови, rh-  (отрицательный).

1. Исследование крови на РВ, ВИЧ.

Заключение: реакция преципитации отрицательная, ВИЧ – отрицательный результат.

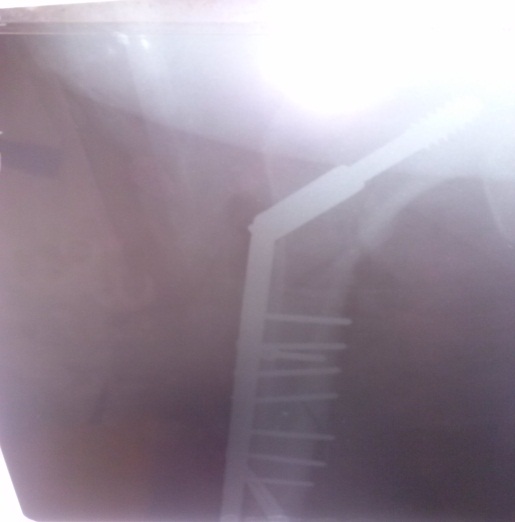
1. ЭКГ от 17. 01. 2013

Результат: ритм синусовый, горизонтальная ЭОС, ЧСС 78 ударов в минуту.

1. Рентгенологическое обследование

Рентгенологический снимок от 29. 12. 2012 Степанец Р. В., 1958 г. р. Снимок выполнен верхней трети правого бедра в передне-задней проекции. Заключение:



Рентгенологический снимок от 07. 02. 2013 Степанец Р. В., 1958 г. р. Снимок выполнен верхней трети правого бедра в передне-задней проекции, состояние после оперативного вмешательства. Заключение:

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациентки на момент поступления (на сильную боль в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра), истории заболевания (упала в быту, после чего почувствовала острую болезненность в области верхней трети правого бедра, распространяющуюся на всю поверхность бедра, невозможность «опереться на правую ногу», появились отёк и покраснение правого бедра, кожный покров повреждён не был), данных объективного осмотра (отёк, покраснение правого бедра, нарушение функции бедренного (в большей степени) и коленного сустава ввиду остро выраженного болевого синдрома, крепитация костных отломков, неправильное положение оси правой нижней конечности при правильном положение оси левой нижней конечности), а также результатов рентгенологического исследования (нарушение целости костной структуры в проксимальном отделе правой бедренной кости, имеется две косые линии перелома, расположенные под углом, открытым кнутри;, дистальный отломок смещён по ширине, по длине, под углом, открытым кнутри; также имеется костный осколок). Результаты рентгенологического метода обследования являются основополагающими при постановке диагноза, исключая переломы и вывихи в других областях. Исходя из того, что при постановке диагноза учитываются не только жалобы пострадавшей (подозревая ушиб бедра или вывих бедренной кости), а данные истории развития заболевания, данные объективного обследования, тщательно изучается клиническая картина и результаты специальных методов исследования, правомочным можно считать лишь следующий клинический диагноз:

Основной – закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правого бедра со смещением;

Осложнения основного – отсутствуют;

Сопутствующая патология – отсутствует.

Возможные осложнения диагностированного заболевания и их лечение:

* Некроз головки бедра: имплантация эндопротеза.
* Ложный сустав: удаление металлоконструкции, подвертельная вальгусная коррегирующая остеотомия, у пожилых людей —эндопротезирование.
* Развитие контрактур различного генеза.
* Развитие гнойно-воспалительных осложнений.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Консервативное лечение у молодых людей заключается в наложении большой тазобедренной гипсовой повязки по Уитмену с отведением конечности на 30° и ротацией внутрь сроком на 3 мес. Затем разрешают ходьбу на костылях без нагрузки на повреждённую конечность. Нагрузка разрешена не ранее чем через 6 мес с момента травмы. Трудоспособность восстанавливается через 7-8 мес.

У людей старшего возраста большая тазобедренная повязка даёт различные осложнения, поэтому целесообразнее наложить скелетное вытяжение за мыщелки бедра на 8-10 нед с грузом массой 3-6 кг. Конечность отводят на 20-30° и умеренно ротируют кнутри. Назначают раннюю лечебную гимнастику. С 7-10-го дня больным разрешают приподниматься на локти, постепенно обучая их сидеть в постели, а через 2 мес - вставать на костыли без нагрузки на конечность. Дальнейшая тактика такая же, как и после снятия гипса. Т. к. пациентке 54 года, изначально был выбран метод скелетного вытяжения. Несмотря на то что теоретически консервативный метод лечения переломов наиболее изучен и всесторонне разработан, реализация его технически трудна. При консервативном лечении высок процент неудовлетворительных отдаленных результатов. Поэтому этот метод лечения следует применять только при наличии противопоказаний к оперативному лечению или в случае отказа больного от операции. В данной ситуации консервативный метод лечения не дал желаемых результатов, поэтому рассматривался вопрос об оперативном лечении.

Интрамедуллярный остеосинтез стандартным штифтом эффективен при простых поперечных и косопоперечных переломах в средней трети диафиза, где кортикальный контакт основных отломков, а также плотный контакт штифта во внутренних стенках костномозгового канала обеспечивают адекватную стабильность отломков. При сложных оскольчатых переломах, особенно с вовлечением проксимальной или дистальной трети диафиза, обычный штифт недостаточно надежно фиксирует отломки, что может приводить к осевой и ротационной нестабильности. Естественно, наилучшей репозиции оскольчатых переломов можно достичь путем фиксации отломков металлической пластиной. Однако после накостного остеосинтеза высок риск развития гнойных осложнений и несостоятельности фиксаторов.

Использование закрытого блокирующего интрамедуллярного остеосинтеза значительно расширяет возможности интрамедуллярной фиксации при лечении тяжелых оскольчатых диафизарных переломов бедренной кости. Показаниями к применению этого метода являются оскольчатые переломы на всем протяжении диафиза бедра - от проксимального до дистального метадиафиза. Противопоказаниями служат глубокий некроз и нагноение мягких тканей бедра, достигающие кости, а также наличие продольных трещин в одном из метафизов, что может привести к раскалыванию кости при введении штифта.

Закрытая репозиция костных отломков является одним из важных этапов операции. Свежие переломы обычно легко вправляются под контролем ЗОП. Поэтому операцию следует выполнять не позднее 3 недель после травмы, когда репозиция костных отломков не вызывает особых трудностей. Позднее ввиду образования рубцовой ткани в зоне перелома вправление перелома технически осложняется и может возникнуть необходимость в переходе на открытую репозицию. У нас такая ситуация имела место в двух случаях, когда попытка закрытой репозиции отломков в поздние сроки после травмы оказалась безуспешной.

Важным преимуществом закрытого интрамедуллярного остеосинтеза перед оперативными вмешательствами с обнажением места перелома является низкий процент гнойных осложнений.

Открытый остеосинтез по сравнению с закрытым сопровождается значительно большей кровопотерей, что требует проведения гемотрансфузий, тогда как при закрытом способе в них практически нет необходимости.

Отсутствие раны в области перелома и прочная фиксация отломков обеспечивают возможность ранней активизации больных после операции закрытого блокирующего остеосинтеза. Это способствует ускорению процессов репаративной регенерации костной ткани и восстановлению функции поврежденной конечности.

Закрытый блокирующий интрамедуллярный остеосинтез оскольчатых диафизарных переломов бедренной кости превосходит общепринятые методы оперативных методов лечения. Его преимуществами являются малая травматичность операции, незначительная интраоперационная кровопотеря, низкий процент послеоперационных гнойных осложнений и случаев неправильного сращения переломов. Благодаря прочной фиксации костных отломков больные, оперированные этим методом, рано активизируются, что способствует сокращению сроков стационарного лечения и восстановления функции конечности. Немаловажен и косметический результат, так как операция выполняется через небольшие разрезы.

Однако, в данном случае продолжение консервативного лечения не обосновано ввиду его малой эффективности; во-вторых – при выборе способа оперативного лечения необходимо учитывать следующие моменты: длительность перелома свыше 3 недель, месторасположение перелома – проксимальный отдел, ввиду чего при использовании стержней не произошло бы достаточно прочной и правильной фиксации костных отломков и осколков, что могло привести к развитию осложнений и, возможно, повторным операциям. При сравнении результатов оперативного лечения при применении различных фиксаторов отмечено, что наиболее стабильным остеосинтезом является динамический винт. При его применении возможна наиболее ранняя активизация пациентов. Применение углообразной пластины и трехлопастного гвоздя с диафизарной накладкой менее предпочтительно, так как при их применении не создается компрессия на линии перелома, что замедляет консолидацию и несколько ограничивает раннюю нагрузку, а при попытке нагрузки или активных движений до консолидации возможны переломы фиксаторов, которые по прочности уступают динамическому бедренному винту. Таким образом, предпочтительным методом лечения является транслокация костной ткани с кортикальной пластиной – остеосинтез правого бедра. В ходе операции был сделан линейный разрез вдоль по наружной поверхности правого бедра, далее следовало послойное обнажение кости. Метод - динамическим тазобедренным винтом (ДТВ): спонгиозный винт ввинчивался через линию перелома в головку бедра в соединении с угловой пластиной, которую фиксируют к диафизу бедра. После чего производилось послойное ушивание раны.

Послеоперационное лечение

* Положение в пластмассовой шине.
* Ранняя мобилизация с 1 послеоперационного дня, физиотерапия с изометрическими мышечными упражнениями, дыхательная гимнастика.
* Дренажи удалить через 24—48 часов.
* Частичная нагрузка в зависимости от достигнутой стабильности.
* Профилактика тромбозов малыми дозами гепарина на период стационарного лечения.
* Снять швы на 12—14 день.
* Рентгенологический контроль: в день операции, перед выпиской, через 3,6 и 12 месяцев.
* Выписка из стационара на 12—14 день.

Лекарственные препараты:

1. Трамадол 2,0 \* 3 р/д в/м, в 1700, 2400, 0700;
2. Цефтриаксон 2,0 \* 3 р/д в/в;
3. Ципрофлоксацин 400 мг \* 2 р/д в/в;
4. Фрагмин 5 тыс. п/к;
5. Кеторолак 1,0 \* 3 р/д в/м.

**ДНЕВНИКИ КУРАЦИИ**

|  |  |
| --- | --- |
| 11. 02. 2013  0930-1000 | Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, элементов сыпи нет. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание по всем полям, ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 72 удара в мин., АД 135/75 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Жалобы на незначительную слабость, умеренную боль в верхней трети правого бедра в области операционной раны.  Status localis: положение пациентки пассивное, правой нижней конечности – вынужденное, неподвижное; на наружной поверхности правого бедра имеется операционная рана размерами 25-30 см; отёка мягких тканей нет. Температура кожи возле операционной раны не отличается от симметричного участка на левой конечности, определяется умеренная болезненность при пальпации кожи в области операционной раны. |
| 12. 02. 2013  0930-1000 | Объективно: Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, элементов сыпи нет. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание по всем полям, ЧД 15 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 76 удара в мин., АД 135/80 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Жалобы на незначительную боль в верхней трети правого бедра в области операционной раны.  Status localis: положение пациентки пассивное, правой нижней конечности – вынужденное, неподвижное; на наружной поверхности правого бедра имеется операционная рана размерами 25-30 см; отёка мягких тканей нет. Температура кожи возле операционной раны не отличается от симметричного участка на левой конечности, определяется умеренная болезненность при пальпации кожи в области операционной раны. |

**ЭПИКРИЗ**

Для дальнейшего лечения 16. 01. 2013 была направлена в ВОКБ, отделение травматологии и ортопедии \_\_\_\_\_\_\_\_, 1958 г. р. Из анамнеза заболевания: 29. 12. 2012 упала в быту. Машиной СМП пациентка была доставлена в Шумилинскую ЦРБ, где был диагностирован закрытый многооскольчатый перелом проксимального отдела правого бедра. Проводимое лечение – скелетное вытяжение вплоть до 14. 01. 2013, 14 января была наложена гипсовая лонгета. При поступлении: жалобы на боль в верхней трети правого бедра. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые бледно-розового цвета, элементов сыпи нет. При аускультации в лёгких везикулярное дыхание по всем полям, ЧД 17 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, пульс 72 удара в мин., АД 135/75 мм.рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание в норме. Результаты лабораторных обследований: ОАК норма, ОАМ норма, Б/ХК норма, коагулограмма норма, III (B) группа крови rh-; Rtg-грамма: нарушение целости костной структуры в проксимальном отделе правой бедренной кости, имеется две косые линии перелома, расположенные под углом, открытым кнутри; дистальный отломок смещён по ширине, по длине, под углом, открытым кнутри; также имеется костные осколки различных размеров. С момента поступления до 07. 02 применялось скелетное вытяжение. 07. 02 было проведено оперативное вмешательство (транслокация костной ткани с кортикальной пластиной – остеосинтез правого бедра). Лечение в послеоперационном периоде: Трамадол 2,0 \* 3 р/д в/м, в 1700, 2400, 0700; Цефтриаксон 2,0 \* 3 р/д в/в; Ципрофлоксацин 400 мг \* 2 р/д в/в; Фрагмин 5 тыс. п/к; Кеторолак 1,0 \* 3 р/д в/м.

Реабилитация

* По возможности исключить поднятие разогнутой конечности в первые 6 недель.
* Полная разгрузка конечности после операции по поводу медиальных переломов до 5—6 месяцев.
* Восстановительное лечение, направленное на скорейшее восстановление движений и тонуса мышц области тазобедренного сустава и бедра (массаж нижних конечностей, спины).
* Удаление металлоконструкции: у молодых пациентов через 1 —1,5 года, у пожилых, как правило, оставление имплантата (предположительно металлоконструкция удаляться не будет).

На момент курации Степанец Р. В., 1958 г. р. продолжает курс лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Диссертация и автореферат на тему «Лечение закрытых оскольчатых диафизарных переломов бедренной кости». Автор научной работы: к. м. н. Сувалян Микаэл Аветисович. Москва, 2003 год.
2. Остеосинтез проксимальных переломов бедренной кости (http://travmatolog.net/19660.html)