История болезни по травматологии.

Ф.И.О. x

Возраст: 16 лет

Профессия

Место работы -

Дата поступления 8.04.97.

Место жительства: г. Сланцы

Жалобы при поступлении: на боли паховой области слева.

Обстоятельства травмы: 8.04.97. упал в подъезде на ступеньки лестницы. Упал на ягодицы, также ударился головой о стену. После падения не смог подняться на ноги, дополз до квартиры и потерял сознание на несколько секунд. Была тошнота и однократная рвота, головная боль. По скорой помощи поступил в областную клиническую больницу в отделение травматологии и ортопедии.

Анамнез жизни. Родился городе Ленинграде в 1981 году. Окончил 8 классов средней школы. Не работает.

Перенесенные заболевания - перенесенных детских инфекций не помнит. В 1996 году резаная рана правого плеча (амбулаторно наложены швы).

Эпидемиологический анамнез: туберкулез, венерические заболевания, сыпной и брюшной тифы, гепатит отрицает.

 Аллергический анамнез: непереносимость лекарственных средств и бытовых веществ не отмечает.

Страховой анамнез -

Привычные интоксикации: курит по 10-15 сигарет в день с 15 лет. Алкоголем не злоупотребляет.

Объективное исследование:

Сердечно-сосудистая система.

 Пульс 64 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения. Одинаковый на правой и левой руке.

Пальпация сосудов конечностей и шеи: пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей ( на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы, а также на шее ( наружная сонная артерия) и головы ( височная артерия) не ослаблен. АД 130/100 мм. Рт. Ст.

Пальпация области сердца: верхушечный толчок справа на 3 см отступя от среднеключичной линии в пятом межреберье, разлитой, неувеличенной протяженности .

Перкуссия сердца: границы относительной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| граница | местонахождение |
| правая | на 2 см кнаружи от правого края грудины в 4 межреберье |
| верхняя |  в 3-м межреберье по l.parasternalis |
| левая | на 3 см кнаружи от среднеключичной линии в 5 межреберье |

Перкуторные границы абсолютной сердечной тупости

|  |  |
| --- | --- |
| правая левого края грудины в 4 межреберье  |  |
|   |
| верхняя у левого края грудины на 4 ребре  |
|   |
| левая на 2см кнутри от среднеключичной линии в 5  |
|  межреберье  |

Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено во всех точках аускультации.

При аускультации крупных артерий шумов не выявлено. Пульс пальпируется на крупных артериях верхних и нижних конечностей, а также в проекциях височных и сонных артерий.

Система органов дыхания.

 Форма грудной клетки правильная, обе половины равномерно участвуют в дыхании. Дыхание ритмичное. Частота дыхания 18 в минуту.

Пальпация грудной клетки: грудная клетка безболезненная, эластичная, голосовое дрожание ослаблено над всей поверхностью легких.

Перкуссия легких: при сравнительной перкуссии легких над всей поверхностью легочных полей определяется ясный легочный звук, в нижних отделах с легким коробочным оттенком.

 Топографическая перкуссия легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линия | справа | слева |
| l.parasternalis | 5 ребро | - |
| l.medioclavicularis | 6 ребро | - |
| l.axillaris anterior | 7 ребро |  7 ребро |
| l.axillaris media | 8 ребро | 9 ребро |
| l.axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| l. scapulars | 10 межреберье | 10 межреберье |
| l.paravertebralis | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка | на уровне остистого отростка 11 грудного позвонка |

 Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | слева | справа |
| спереди | 5 см | 5 см |
| сзади | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка | на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка |

Подвижность легочных краев

 справа 7 см

 слева 7 см

Аускультация легких: дыхание везикулярное над всей поверхностью легких.

Система органов пищеварения.

Осмотр ротовой полости: губы сухие, красная кайма губ бледная, сухая переход в слизистую часть губы выражен, язык влажный, обложен сероватым налетом. Десны розовые, не кровоточат, без воспалительных явлений. Миндалины за небные дужки не выступают. Слизистая глотки влажная, розовая, чистая.

ЖИВОТ. Осмотр живота: живот симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

 При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка. Слепая и поперечно-ободочная кишка не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

 Желудок: границы не определяются, отмечается шум плеска видимой перистальтики не отмечается. Кишечник. Ощупывание по ходу ободочной кишки безболезненно, шум плеска не определяется.

 Осмотр стула: стул оформленный, без патологических примесей.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границ печени по Курлову 9,8,7. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Мюсси, Мерфи, Ортнера отрицательный. Френикус симптом отрицательный. Поджелудочная железа не прощупывается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы селезенки: верхняя в 9 и нижняя в 11 межреберье по средней подмышечной линии.

Мочевыделительная система.

Почки и область проекции мочеточников не пальпируются, покалачивание по поясничной области безболезненно.

Нервная система.

 Сознание ясное, речь внятная. Больной ориентирован в месте, пространстве и времени. Сон и память сохранены. Со стороны двигательной и чувствительных сфер патологии не выявлено. Сухожильные рефлексы без патологии. Оболочечные симптомы отрицательные. Зрачки расширены, живо реагируют на свет. Отмечает головные боли в висках и затылке появляющиеся к вечеру.

Опорно-двигательная система.

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

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

 При пальпации суставы безболезненны. Видимых деформаций суставов нет. Подвижность в суставах в полном объеме за исключением левого тазобедренного.

 Измерение конечностей: длина окружности симметричных сегментов верхних и нижних конечностей одинаковая.

Измерение абсолютных и относительных длин верхних конечностей:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Плечо |  |  | 34 см | 34см |
| Предплечье |  |  | 28 см | 28 см |
| Вся конечность | 67 см | 67 см | 62 см | 62 см |

Измерение абсолютных и относительных длин нижних конечностей

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Относительная длина | Абсолютная длина |
|  | Справа | Слева | Справа | Слева |
| Бедро |  |  |  46 см | 46 см |
| Голень |  |  | 44 см | 44 см |
| Вся конечность | 94 см | 94 см | 90 см | 90 см |

 Измерение амплитуды движений. Активные движения в суставах верхней конечности в полном объеме. Пассивные движения:

Плечевой сустав: сгибание вперед 100

 отведение 110

 разгибание 15

 вращение 90

Локтевой сустав в полном разгибании 180

 сгибание 40

Лучезапястный разгибание 70

 сгибание 80

 лучевое отведение 20

 локтевое отведение 30

Тазобедренный сустав:

 сгибание до 20

 разгибание 20

 отведение 30

 ротация прямой ноги в тазобедренном суставе 12

 ротация ноги согнутой в тазобедренном суставе 80

Коленный сустав

 в положении полного разгибания 180

 сгибание 50

Голеностопный

 подошвенное сгибание 90

 разгибание 40

 супинация 30

 пронация 20

Status localis

 В паховой области слева, по ходу паховой связки определяется гематома. Паховая область при пальпации болезненна. Амплитуда движений в тазобедренном суставе уменьшена, движения болезненны.

Предварительный диагноз.

 Закрытый перелом костей таза. Сотрясение головного мозга.

Данные лабораторных и инструментальных исследований.

Клинический анализ крови.
Эритроциты- 3,9х10^12/л
Hb- 140 г/л
Цвет. показатель- 0,98
Лейкоциты- 4,5х10^9/л
 палочкоядерные- 0%
 сегментоядерные- 53,3%
 Лимфоцитов- 43%
 Моноцитов- 2%
CОЭ- 9 мм/ч

Биохимический анализ крови.
Общ. белок 81 г/л
Тимоловая проба 10 ВСЕ
АСТ 0,39 ммоль/л
АЛТ 0,92 ммоль/л
α амилаза 27 г/л/ч
Билирубин общ. 13 мкмоль/л
Сахар 17,7 ммоль/л (после еды!)
Мочевина 6,3 ммоль/л
К+ 4,8 ммоль/л
Са++ 2,45 ммоль/л
Хлориды 95 ммоль/л

Анализ мочи.
Цвет светло-желтый Белок 0 г/л
Прозрачная Сахар 0
Реакция кислая Уробилин (-)
Уд. вес 1,015 Желч. пигменты (-)
Лейкоциты 0-2 в поле зрения
Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения
Эпителий плоский 1-4 в поле зрения

Рентгенография от 8.04.97. На рентгенограмме костей таза определяется разрыв симфиза, перелом верхней ветви седалищной кости слева со смещением отломков до 0.5 см вверх и оскольчатый перелом вертлужной впадины без смещения отломков.

Клинический диагноз и его обоснование.

 На основании жалоб пациента на боли в паховой области, обстоятельств травмы (падение на ягодицы, удар головою о стену), объективного исследования: В паховой области слева,по ходу паховой связки определяется гематома. Паховая область при пальпации болезненна. Амплитуда движений в тазобедренном суставе уменьшена, пассивные и активные движения в тазобедренном суставе в уменьшенном объеме, движения болезненны; а также на основании данных рентгенологического исследования: на рентгенограмме костей таза определяется разрыв симфиза, перелом верхней ветви седалищной кости слева со смещением отломков до 0.5 см вверх и оскольчатый перелом вертлужной впадины без смещения отломков, можно поставить диагноз закрытый перелом костей таза, разрыв симфиза, перелом верхней ветви седалищной кости слева со смещением отломков до 0.5 см вверх и оскольчатый перелом вертлужной впадины без смещения отломков.

Лечение.

 При переломах переднего полукольца без смещения больного укладывают на щит в положении по Волковичу. С конца 1-й недели начинают занятия ЛФК, проводят физиотерапевтические процедуры. Срок постельного режима 5-6 недель. Двусторонний перелом типа “бабочки” (перелом лобковых и седалищных костей с обеих сторон) со смещением лечат в положении больного по Волковичу. При смещении Х-образного фрагмента вверх необходимо также добиться расслабления прямых живота, прикрепляющихся к лобковым костям. С этой целью под верхнюю половину туловища подкладывают дополнительные подуши, чтобы согнуть позвоночник и сблизить точки прикрепления прямых мышц живота. Если не удается низвести фрагменты сломанных костей, проводят дополнительно скелетное вытяжение по оси бедра с грузом 4-5 кг на каждую ногу.

 При разрыве симфиза наиболее распространен метод лечения на гамаке, концы которого перебрасывают через рамы и на них подвешивают грузы. При этом сближение половин таза может осуществляться двояко: либо концы гамака перекрещиваются впереди больного так, чтобы тяга была направлена в противоположные стороны, либо рамы устанавливают так, чтобы ширина между ними была меньше расстояния между крыльями подвздошных костей. Груз на концах гамака подбирают с таким расчетом, чтобы обеспечить сближение половин таза.

 Хирургическое лечение разрыва симфиза чаще проводят в поздние сроки после травмы, когда имеются статические нарушения в виде “утиной походки”. Во время операции обнажают обе лонные кости. После сближения суставных концов сочленения сопоставляют лобковые кости. Достигнутое положение фиксируют циркулярным проволочным швом, проведенным по внутреннему углу запирательных отверстий, или металлической пластиной. Рану зашивают послойно наглухо. В послеоперационном периоде проводят лечение на гамаке с перекрестной тягой в течение 6 недель.

Дневник курации.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Дата | Ту | Тв | Текст дневника | Назначения |
| 20.04.97. | 36,8 | 36,6 | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин АД 120/80 мм.рт.ст. Видимые слизистые розовые влажные чистые. Язык влажный чистый. Тоны сердца ритмичные, ясные . Дыхание жесткое. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Физиологические отправления в норме.  | Режим 1.Диета №9. |
| 21.04.97. | 36,4 | 36,6 | Жалоб нет. Состояние удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Назначения те же. |
| 22.04.97. | 36,7 | 36,6 | Жалоб нет. Самочувствие удовлетворительное. Пульс 76 уд/мин. АД 120/80 мм.рт.ст. Дыхание жесткое, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания. Отправления в норме. | Назначения те же. |

Эпикриз.

x поступил в травматологическое отделение областной клинической больницы 8.04.97 с жалобами на боли в паховой области, боли в тазобедренном суставе при движении, затруднения при ходьбе.

 На основании жалоб, объективного исследования, данных рентгенографии был поставлен диагноз: закрытый перелом костей таза, разрыв симфиза, перелом верхней ветви седалищной кости слева со смещением отломков до 0.5 см вверх и оскольчатый перелом вертлужной впадины без смещения отломков.

 Проводилось консервативное лечение. В настоящее время состояние улучшилось: боли уменьшились, болезненности при движении в тазобедренных суставах нет.

 Пациенту показано дальнейшее лечение в условиях стационара.

Список использованной литературы.

1. Учебник по травматологии и ортопедии по ред. Г.С. Юмашева. М, Медицина 1990.
2. Учебник по военно-полевой хирургии, под редакцией проф. Э.А. Нечаева, Санкт-Петербург, ВМА имени Кирова, 1994.
3. Лекции по травматологии, военно-полевой хирургии, 1996-1997.