Паспортная часть

Ф. И. О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 55 лет (06.10.1957)

Дата поступления в клинику: 1.02.2013 в 9:00

Пол: женский

Гражданство: гражданка РБ

Место постоянного жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия, место работы: пенсионерка.

Жалобы больного

При получении травмы жалобы на боль в левом голеностопном суставе, усиливающуюся при движении стопы, на невозможность опоры на левую ногу.

Анамнез жизни

Простудные, болезнь Боткина, вирусный гепатит, туберкулез, сифилис, ВИЧ отрицает.

Операций не было.

Травм и переломов не было.

Гемотрансфузий не было.

Аллергоанамнез не отягощен.

Наследственность не отягощена.

Начало и течение заболевания

Травму получила в быту от падения 15 января 2013 года в 19 часов. В этот же вечер была госпитализирована в Бешенковичскую ЦРБ. Там был диагностирован перелом лодыжек левой голени со смещением. Произведена закрытая репозиция с наложением гипсовой лонгеты. Из-за усиления болей в области голеностопного сустава и неудовлетворительного стояния отломков на контрольной рентгенограмме, была направлена на госпитализацию в травматологическое отделение ВОКБ для выбора тактики дальнейшего лечения. 1 февраля 2013 года госпитализирована в травматологическое отделение ВОКБ с жалобами на боли в левом голеностопном суставе. Была выполнена рентгенография голеностопного сустава в двух проекциях. Диагноз при поступлении: закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков. С момента поступления до дня курации была проведена операция (8.02.13): открытая репозиция отломков, накостный остеосинтез наружной лодыжки левой голени, наложена гипсовая лонгета.

Данные объективного исследования

12.02.2013

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, настроение спокойное.

Кожные покровы обычной окраски.

Органы дыхания:

Частота дыхания 16 в минуту. Дыхание ритмичное, глубокое, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

При перкуссии легких ясный легочной звук. При аускультации дыхание везикулярное.

Сердечнососудистая система:

При аускультации тоны сердца ритмичные, ясные. Границы сердца не расширены.

Пульс 76 ударов в минуту, удовлетворительных свойств, ритмичный.

Артериальное давление 140/90 мм рт.ст.

Пищеварительная система:

Рвоты нет. Язык влажный, не обложен.

Печень не увеличена, проекция желчного пузыря безболезненна.

Живот мягкий безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Перитонеальные симптомы отсутствуют.

Стул ежедневный, без патологических примесей.

Мочеполовая система:

Пальпация мочеточниковых точек безболезненна. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Диурез достаточный.

Локальный статус в день курации

Положение больной полусидя. Левая нижняя конечность разогнута в тазобедренном и коленном суставах, голеностопный сустав фиксирован под углом 90⁰ к оси голени. На левой нижней конечности гипсовая лонгета от кончиков пальцев до коленного сустава, лежит хорошо, не беспокоит. Повязка на левом голеностопном суставе чистая, сухая. Стопа теплая. Чувствительность и движения пальцев стопы сохранены. Стояние и ходьба с помощью костылей.

Предварительный диагноз

На основании жалоб пациентки (боль в левом голеностопном суставе, усиливающуюся при движении стопы, на изменение положения стопы, на невозможность опоры на левую ногу), на основании анамнеза заболевания (травма 15.01.2013 в быту), на основании данных объективного исследования (отек и припухлость голеностопного сустава, отсутствие активных движений в голеностопном суставе) можно выставить следующий предварительный диагноз:

Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков.

Результаты рентгенологического, лабораторного и других методов обследования

**Rtg-грамма № 381** ( в гипсе в двух проекциях) от 1.02.13 : стояние отломков наружной лодыжки неудовлетворительное. Определяется разрыв дистального межберцового синдесмоза.

Заключение: Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков.

**Rtg-грамма №259** ( в операционной в двух проекциях) от 8.02.13: определяется состояние после операции- остеосинтез наружной лодыжки левой голени. Стояние отломков удовлетворительное. Рентгеновская суставная щель прослеживается равномерно.

**Общий анализ крови 4.02.13**

Эритроциты 3,83 х 1012/л

Гемоглобин 117 г/л

Лейкоциты 6,5 х 109/л

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 72%

Эозинофилы 2%

Лимфоциты 19%

Моноциты 7%

СОЭ 14мм/час

Заключение: все показатели в пределах нормы.

**Общий анализ мочи 4.02.13**

Цвет соломенно-желтая

Мутность полная

Реакция кислая

Отн. плотность 1016

Белок нет

Глюкоза нет

Эпителий плоский 3-4

Лейкоциты 4-6

Заключение: в норме.

**Биохимический анализ крови 4.02.13**

Общий белок 71 ммоль/л

Мочевина 3,8 ммоль/л

Глюкоза 4,2 ммоль/л

Билирубин общ. 14,2 ммоль/л

Билирубин прям. 2,8 ммоль/л

Заключение: все показатели в пределах нормы.

**Коагулограмма 4.02.13**

АЧТВ 33 сек

Протромбиновый индекс 1,07

Фибриноген А 5,2 г/л

Заключение: повышен фибриноген А (норма 2-4 г/л).

**Изосерологическое исследование крови 4.02.13**

Группа крови А(II)

Rh-фактор положительный.

Дифференциальный диагноз и его обоснование

Закрытый перелом лодыжек со смещением прежде всего можно дифференцировать с открытым переломом лодыжек, осложненным переломом лодыжек и вывихом стопы.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Признаки | Закрытый перелом лодыжек | Открытый перелом лодыжек | Осложненный перелом лодыжек | Вывих стопы |
| Повреждение кожных покровов. | Могут быть ссадины, порезы, поверхностные раны, но в ране нет костных отломков. | Отломки вследствие повреждения кожи и глубоких слоев мягких тканей непосредственно сообщаются с внешней средой | Бывает как с наличием раны, так и без нее. | Повреждения кожи чаще всего нет. |
| Крепитация костных отломков. | Выявляется. | Выявляется. | Выявляется. | Не выявляется. |
| Функция конечности | Резко нарушена | Резко нарушена | Резко нарушена | Нарушена, но часто больные могут наступать на ногу и ходить с опорой на пятку |
| Деформация | В области голеностопного сустава | В области голеностопного сустава | В области голеностопного сустава | В подтаранной области или в области голеностопного сустава |
| Кровотечение | Обычно нет | Обычно нет | Чаще всего выявляется | Обычно нет |
| Нарушения двигательной функции и (или) чувствительности поврежденной конечности | Обычно нет | Обычно нет | Чаще всего выявляется | Обычно нет |
| Рентгенологические данные | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки (костные отломки могут выходить за пределы мягких тканей) | Поперечная или косая линия перелома внутренней лодыжки ниже или на уровне суставной площадки нижнего эпифиза большеберцовой кости+видна линия перелома наружной лодыжки | Нарушена конгруэнтность суставных поверхностей |

На основании жалоб пациентки (боль в левом голеностопном суставе, усиливающуюся при движении стопы, на изменение положения стопы, на невозможность опоры на левую ногу), на основании анамнеза заболевания (травма 15.01.2013 в быту), на основании данных объективного исследования (отек и припухлость голеностопного сустава, отсутствие активных движений в голеностопном суставе), на основании данных рентгенологического исследования (стояние отломков наружной лодыжки неудовлетворительное. Определяется разрыв дистального межберцового синдесмоза.

Заключение: Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков), на основании проведенного дифференциального диагноза можно выставить клинический диагноз: Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков.

Лечение

**Перелом лодыжки — это один из наиболее частых видов травм**, и он составляет до двух треть всех травм голени, и 21-23% по отношению ко всем травмам и повреждениям костей скелета. В зимнее время года, в условиях гололеда переломы лодыжек могут достигать размера «травматической эпидемии».

В настоящее время, по данным отечественной и зарубежной литературы, основным методом **лечения переломов лодыжек** является консервативный метод, заключающийся в иммобилизации гипсовой повязкой. Если же в дальнейшем возникнет потребность в операционном лечении, врач должен помнить, что почти все больные вначале, до известного момента, лечатся консервативно.

**Консервативное лечение переломов лодыжек**.  
1. **Переломы лодыжки (одна лодыжка или обе лодыжки, задний край большеберцовой кости) без смещения отломков**.

- Лечение переломов лодыжек без смещения обычно не представляет больших трудностей и почти всегда приводит к восстановлению функций голени, голеностопного сустава и стопы. Лечение начинают с анестезии места перелома. Вводят 2% раствор новокаина (20 мл) в место перелома в гематому. При переломе двух лодыжек в область каждого перелома (в гематому) вводят по 10 мл 2% раствора новокаина. После обезболивания перелома накладывают гипсовую лонгетную повязку, которая может быть двух видов:

- U-образная лонгетная повязка. Эта повязка начинается от верхней трети голени снаружи, охватывает передне-наружную и задне-наружную поверхности голени, наружную боковую поверхность голеностопного сустава, задний и средний отделы стопы со стороны подошвы и переходит на внутреннюю поверхность голеностопного сустава и голени до ее верхней трети. Эта повязка накладывается на 8-10 дней, на время, в течение которого спадает отек голеностопного сустава. После спадения отека U-образная гипсовая лонгетная повязка со стопой заменяется круговой гипсовой повязкой.

- Бесподстилочная лонгетно-циркулярная гипсовая повязка от верхней трети голени до концов пальцев стопы - "сапожок". Вначале накладывают лонгету на заднюю поверхность голени от верхней трети и на стопу до концов пальцев, затем лонгету прибинтовывают циркулярными турами гипсового бинта. Наложенную повязку тщательно моделируют в области лодыжек, ахиллова сухожилия, пятки и свода стопы и на всем протяжении вдоль по ее передне-наружной поверхности рассекают и укрепляют мягким бинтом. Через 8-10 дней, после контрольной рентгенограммы, повязку меняют.  
После наложения гипсовой повязки необходимо произвести контрольную рентгенограмму голеностопного сустава в гипсе, так как в процессе наложения гипсовой повязки возможно смещение костных фрагментов.

Больные с такими переломами, как правило, лечатся амбулаторно. В течение 5-6 недель больные ходят на костылях, не нагружая больную ногу. Через 5-6 недель гипсовую повязку снимают, производят контрольный рентгеновский снимок для оценки степени консолидации перелома. Назначают массаж, лечебную гимнастику, ванночки, физиотерапию - мероприятия, направленные на ликвидацию тугоподвижности в голеностопном суставе, укрепление мышц голени и стопы. Рекомендуется в течение года носить супинатор для коррекции и укрепления продольного свода стопы.

Сроки гипсовой фиксации зависят от характера повреждения:

- одна лодыжка без смещения - 4 недели;  
- одна лодыжка со смещением - 6 недель;  
- перелом обеих лодыжек - 8 недель;  
- перелом обеих лодыжек и заднего края большеберцовой кости - 10 недель;  
- перелом обеих лодыжек, заднего края большеберцовой кости, разрыв межберцового синдесмоза - 12 недель.

На каждый вид повреждения добавляется 2 недели. Срок нетрудоспособности при переломе лодыжек составляет в среднем 2-4 месяца и зависит от количества повреждений в голеностопном суставе.

2. **Переломы лодыжек с подвывихом или вывихом стопы**.

Лечение переломов лодыжек со смещением отломков и подвывихом или вывихом стопы заключается в одномоментном вправлении, как правило, ручном, и удержании костных фрагментов стопы во вправленном состоянии до полной консолидации перелома. Одномоментное ручное вправление производят под местной анестезией 2% раствором новокаина (20-25 мл), вводя по 5 мл в область перелома лодыжек, а 10-15 мл в полость голеностопного сустава. Больного укладывают на стол в положении на спине. Иногда вправление производят в положении больного сидя, ноги его свободно свисают. Вправление производят сразу после поступления больного в травматологическое отделение.

- *Перелом лодыжек с подвывихом или вывихом стопы кнаружи*.

Вправление производят следующим образом: поврежденную ногу сгибают в коленном и тазобедренном суставах до угла в 90°. Помощник поддерживает руками бедро, хирург кладет кисть одной руки на наружную поверхность голеностопного сустава, обычно на наружную поверхность пяточной кости, кистью другой руки хирург обхватывает надлодыжечную часть голени с внутренней стороны и одновременно надавливает рукой на стопу снаружи внутрь, создавая противоупор другой рукой в надлодыжечной области изнутри кнаружи. При перемещении стопы кнутри хирург ощущает, что подвывих или вывих стопы под его руками вправился. Помощники хирурга фиксируют голень и стопу U-образной гипсовой лонгетой, начиная от верхней трети голени по наружной ее поверхности через подошвенную поверхность стопы на внутреннюю поверхность голени до ее верхней трети. Одновременно пригипсовывают лонгету на подошвенную поверхность стопы до нижней трети голени, все лонгеты фиксируют циркулярными турами мягкого бинта. Гипсовые лонгеты и туры мягкого бинта помощники подводят под руки хирурга, который практически не прекращает давления на стопу и голень во время наложения лонгет и бинтования. В таком положении хирург удерживает стопу до полного затвердения гипсовой повязки, после чего производят контрольную рентгенограмму голеностопного сустава в передне-задней и боковой проекциях для выяснения положения лодыжек, заднего края большеберцовой кости, таранной кости (устранено ли смещение стопы кнаружи), формы суставной щели между таранной костью, большеберцовой костью и лодыжками и наличия или отсутствия диастаза в межреберном синдесмозе.

- *Перелом лодыжек с подвывихом или вывихом стопы кнутри*.

Положение больного такое же, как и при предыдущем повреждении, чаще на столе на спине. Положение рук хирурга: кисть одной руки на внутренней поверхности голеностопного сустава, обычно на пяточной кости, кисть второй руки обхватывает наружную поверхность голени в надлодыжечной области. Одновременно хирург сильно надавливает рукой на внутреннюю поверхность стопы и голени, создавая противоупор. В этот момент хирург ощущает, что стопа под его руками вправилась. Давление рук хирурга не ослабляется до полного высыхания наложенной сразу же после вправления U-образной гипсовой повязки со стопой, фиксированной турами мягкого бинта. Обязательна контрольная рентгенограмма в двух проекциях.

- *Перелом лодыжек с подвывихом или вывихом стопы кзади*.

Вправление производят после анестезии - введения 2% раствора новокаина (25-30 мл) в сустави в область перелома лодыжки. Больного укладывают на стол на спину, ногу сгибают до прямого угла в тазобедренном и коленном суставах. Помощник хирурга удерживает бедро в согнутом положении, создавая противотягу. Хирург охватывает стопу одной рукой за пятку, другой - за дистальный отдел с тыльной стороны и постепенно производит тракцию конечности по длине при положении стопы в сгибании (первый момент). Затем хирург переводит руку с тыльной поверхности стопы на дистальный конец передней поверхности голени, отдавливая ее кзади, а другой рукой под пяткой перемещает стопу кпереди (второй момент). Придавая стопе легкое варусное положение и не ослабляя тягу по длине, разгибают стопу, что указывает на вправление заднего вывиха.

Вывих стопы кзади обычно сочетается, кроме перелома лодыжек, с переломом заднего края большеберцовой кости и подвывихом или вывихом стопы кнаружи (переломы Потта, Дюпюитрена, Десто). Поэтому после устранения вывиха стопы кзади хирург осторожно перемещает руки: кисть, охватывающая пятку, перемещается на наружную поверхность голеностопного сустава и пяточной кости, кисть другой руки с передней поверхности голени перемещается на внутреннюю поверхность голени в надлодыжечную область. После этого вывих стопы кнаружи вправляется, как описано выше. При одновременном вывихе стопы кнаружи и кзади сначала устраняется вывих кзади, потом кнаружи.

- *Перелом лодыжек, переднего края большеберцовой кости с подвывихом или вывихом стопы кпереди*.

Техника вправления: положение рук хирурга - кисть одной руки охватывает голень сзади над голеностопным суставом в области ахиллова сухожилия, кисть другой руки располагается на тыльной поверхности проксимального отдела стопы; рука, располагающаяся на голени, производит давление вперед, рука на тыле стопы производит максимальное сгибание стопы (подошвенное сгибание стопы), в этот момент происходит вправление вывиха. Гипсовая повязка - U-образная лонгетная повязка со стопой - накладывается, как описано выше. Перелом переднего края большеберцовой кости и обеих лодыжек нередко сочетается не только с подвывихом или вывихом стопы кпереди, но и с подвывихом или вывихом стопы кнутри. В этом случае сначала устраняется вывих стопы кпереди и уже потом - вывих стопы кнутри (техника этой репозиции описана выше).

**Оперативное лечение переломов лодыжек**.

У больных с хорошим стоянием отломков и правильным расположением суставных поверхностей голеностопного сустава операция не должна производиться.

Оперативный метод при лечении переломов лодыжек используется нечасто.  
Основные показания к операции:  
- неудавшиеся репозиции;  
- вторичные смещения;  
- открытые переломы лодыжек, особенно при наличии значительного размера раны;  
- интерпозиция между отломками;  
- неправильно сросшиеся и несросшиеся переломы лодыжек.    
Наиболее часто оперативное лечение переломов производится в следующих случаях:

1. *Перелом заднего края большеберцовой кости*, когда костный фрагмент захватывает 1/3 и более суставной поверхности большеберцовой кости и смещен на 1 мм и более, так как уже такое не устраненное смещение очень быстро приводит к развитию деформирующего артроза голеностопного сустава из-за нарушения конгруэнтности суставных поверхностей.

2. *Разрыв межберцового синдесмоза*.   
Иногда для уточнения диагноза необходима рентгенограмма с внутренней ротацией голени на 18-20°.Изолированных разрывов дистального межберцового синдесмоза практически не бывает. Это повреждение обычно является компонентом переломо-вывихов типа Дюпюитрена, Мезоннева, Десто, Потта.

3. *Перелом внутренней лодыжки*.  
Основная причина неудачной репозиции - интерпозиция: фасция, часть дельтовидной связки, свободный костный фрагмент. Необходимо также помнить, что отрыв внутренней лодыжки или разрыв дельтовидной связки является следствием пронационного механизма травмы, когда таранная кость, смещаясь кнаружи, вызывает разрыв межберцового синдесмоза и перелом наружной лодыжки или малоберцовой кости, что требует восстановления "вилки" голеностопного сустава (при неудаче консервативного лечения).

4. *Перелом наружной лодыжки и нижней трети малоберцовой кости с подвывихом стопы кнаружи и разрывом межберцового синдесмоза*.   
Врач должен знать, что производятся следующие операции:  
- остеосинтез внутренней лодыжки с помощью циркулярного шва вокруг лодыжки, двухлопастного гвоздя, винта;  
- восстановление дельтовидной связки - сшивание ее разорванных концов, трансоссальная фиксация связки к месту ее отрыва, пластика из сухожилия задней большеберцовой мышцы (способ Гурьева);  
- восстановление разорванного межберцового синдесмоза болтом-стяжкой или винтом;  
- остеосинтез наружной лодыжки и малоберцовой кости с помощью гвоздя, введенного интрамедуллярно.

Все перечисленные выше операции при сложных переломо-вывихах выполняются одновременно в следующей последовательности:  
- остеосинтез внутренней лодыжки или восстановление дельтовидной связки;  
- остеосинтез заднего края большеберцовой кости;  
- интрамедуллярный остеосинтез малоберцовой кости;  
- восстановление межберцового синдесмоза.

**Лечение данной пациентки:**

Оперативное лечение:

Показания к операции: наличие у пациентки перелома лодыжек левой голени со смещением, разрыва дистального межберцового синдесмоза является показанием к оперативному вмешательству: открытой репозиции, остеосинтезу наружной лодыжки левой голени. Противопоказаний нет.

Протокол операции: дата 8.02.2013

Название: открытая репозиция отломков, остеосинтез наружной лодыжки левой голени пластиной.

Описание: под СМА в положении больной на спине произведен разрез кожи и мягких тканей в проекции наружной лодыжки левой голени. Тупо разведены мягкие ткани и обнажено место перелома. Определяется перелом наружной лодыжки левой голени со смещением. Отломок репонирован и фиксирован пластиной с 10 винтами.

Rtg-контроль.

Рана обильно промыта антисептиками. Послойное ушивание раны, дренирование.

Наложена гипсовая лонгета.

Назначения:

1. Холод на 1 час.
2. S. Cefepimi 2,0 в/в 2 раза в день.
3. С целью обезболивания S. Tramadoli 5%-2мл в/м 3 раза в день в 15:00, 22:00 и 7:00.

Медикаментозное лечение:

S. Tramadoli 5%-2мл в/м 3 раза в день в 15:00, 22:00 и 7:00 первые 3 дня после операции.

S. Analgini 50%-2мл в/м 3 раза в день

S. Dimedroli 2%-1мл в/м 3 раза в день

S. Cefepimi 2,0 в/в 2 раза в день.

Дневник

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Дневник | Назначения |
| 12.02.13  Т 36,6⁰С  АД 130/80 мм рт. ст. | Состояние удовлетворительное.  Жалоб на момент осмотра не предъявляет.  Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие.  В легких дыхание везикулярное. ЧД 17 в мин.  Cor тоны ясные, ритмичные. Ps 70 уд. в мин., удовлетворительных свойств.  Живот мягкий, безболезненный при пальпации.  Стул, диурез в норме.  St. localis: Отек не нарастает. Повязка на левой голени сухая, чистая. Гипсовая лонгета лежит хорошо, не беспокоит. Стопа теплая. Чувствительность и движения пальцев сохранены. | Режим палатный  Стол Б  S. Analgini 50%-2мл в/м 3 раза в день  S. Dimedroli 2%-1мл в/м 3 раза в день |
| 13.02.13  Т 36,6⁰С  АД 140/90 мм рт. ст. | Состояние удовлетворительное.  Жалоб не предъявляет.  Кожные покровы обычной окраски, чистые, сухие.  В легких дыхание везикулярное. ЧД 16 в мин.  Cor тоны ясные, ритмичные. Ps 76 уд. в мин., удовлетворительных свойств.  Живот мягкий, безболезненный при пальпации.  Стул, диурез в норме.  St. localis: Повязка на левой голени сухая, чистая. Гипсовая лонгета лежит хорошо, не беспокоит. Стопа теплая. Чувствительность пальцев сохранена. | Режим палатный  Стол Б  S. Analgini 50%-2мл в/м 3 раза в день  S. Dimedroli 2%-1мл в/м 3 раза в день  T. Ciprofloxacini 0,5 по 1 таб. 3 раза в день |

Эпикриз

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 1957 г. р. поступила в травматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 1 февраля 2013 в 9:00 с жалобами на боль в левом голеностопном суставе, отек стопы. Травму получила дома 15 января 2013 года, упала на пол. В этот же вечер была госпитализирована в Бешенковичскую ЦРБ, где был диагностирован перелом лодыжек левой голени со смещением. Произведена закрытая репозиция с наложением гипсовой лонгеты. Из-за усиления болей в области голеностопного сустава и неудовлетворительного стояния отломков на контрольной рентгенограмме, была направлена на госпитализацию в травматологическое отделение \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ для выбора тактики дальнейшего лечения.

Клинический диагноз: Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков.

Проведенное обследование:

**Rtg-грамма № 381** (в гипсе в двух проекциях) от 1.02.13 : стояние отломков наружной лодыжки неудовлетворительное. Определяется разрыв межберцового синдесмоза.

Заключение: Закрытый перелом лодыжек левой голени со смещением отломков.

**Общий анализ крови 4.02.13**

Эритроциты 3,83 х 1012/л

Гемоглобин 117 г/л

Лейкоциты 6,5 х 109/л

Палочкоядерные 1%

Сегментоядерные 72%

Эозинофилы 2%

Лимфоциты 19%

Моноциты 7%

СОЭ 14мм/час

Заключение: все показатели в пределах нормы.

**Общий анализ мочи 4.02.13**

Цвет соломенно-желтая

Мутность полная

Реакция кислая

Отн. плотность 1016

Белок нет

Глюкоза нет

Эпителий плоский 3-4

Лейкоциты 4-6

Заключение: в норме.

**Биохимический анализ крови 4.02.13**

Общий белок 71 ммоль/л

Мочевина 3,8 ммоль/л

Глюкоза 4,2 ммоль/л

Билирубин общ. 14,2 ммоль/л

Билирубин прям. 2,8 ммоль/л

Заключение: все показатели в пределах нормы.

**Коагулограмма 4.02.13**

АЧТВ 33 сек

Протромбиновый индекс 1,07

Фибриноген А 5,2 г/л

Заключение: повышен фибриноген А (норма 2-4 г/л).

Проведенное лечение:

1. Оперативное: операция 8.02.2013- открытая репозиция отломков, остеосинтез пластиной наружной лодыжки левой голени. Наложена гипсовая лонгета от кончиков пальцев до коленного сустава. Послеоперационный период без осложнений.
2. Медикаментозное:

S. Tramadoli 5%-2мл в/м 3 раза в день в 15:00, 22:00 и 7:00 первые 3 дня после операции.

S. Analgini 50%-2мл в/м 3 раза в день

S. Dimedroli 2%-1мл в/м 3 раза в день

S. Cefepimi 2,0 в/в 2 раза в день.

Рекомендации:

1. Иммобилизация 7-8 недель в гипсовой повязке
2. Контрольная рентгенография
3. ЛФК, массаж
4. Эластическое бинтование в течение года после травмы
5. Физиотерапия :

- теплые ванны температурой 38° С по 20-30 минут;  
- парафиновые, грязевые и озокеритовые аппликации;  
- ультразвук с гидрокортизоном;  
- ионофорез с новокаином.