1. **Паспортные сведения.**
2. Ф.И.О.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. Возраст: 27 лет (22.04.1986 г)
4. Дата, час и минуты поступления: 25.02.13 в 1105
5. Пол: женский
6. Национальность: гражданка РБ
7. Место жительства: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
8. Место работы: индивидуальный предприниматель
9. **Жалобы больного.**

*Жалобы на момент получения травмы.*

Пациентка предъявляла жалобы на сильную, постоянную боль в области левого тазобедренного сустава, области лобка слева, левом бедре и голени, отёк мягких тканей левого бедра, голени. Невозможность оторвать и поднять левую ногу от постели.

*Жалобы на момент курации.*

На момент курации пациентка отмечает жалобы на ноющую боль в области лобка слева, усиливающаяся при движении.

1. **Анамнез жизни.**

Родилась вторым ребенком в семье. Росла и развивалась в соответствии с возрастом и полом.

Перенесённые заболевания – ОРВИ, гастрит.

 Наличие туберкулёза, вирусного гепатита, венерологических заболеваний, сифилиса, ВИЧ-инфекции и сахарного диабета у себя и родственников отрицает.

 Операции не проводились. Различные травмы отрицает.

Гемотрансфузии не проводились.

Аллергологический анамнез не отягощён.

 Вредные привычки: редко употребление алкоголя.

1. **Начало и течение заболевания.**

Травма была получена 25.02.2013 около 900 в результате дорожно-транспортного происшествия (находилась за рулем автомобиля, в момент ДТП, удар врезавшейся машины пришелся со стороны водителя). Бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в ВОКБ. Была оказана медицинская помощь в виде введении с целью обезболивания Sol. Analgini 50%-2 ml, Sol Dimedroli 1%-1 ml в/м., а также транспортировка проводилась на жестком щите в положении по Волковичу (лежа на спине со слегка согнутыми ногами в коленных и тазобедренных суставах, колени разведены, бедра ротированы кнаружи, а стопы сближены).

Мое отношение к оказанию помощи:

На до госпитальном этапе помощь была оказана в достаточном объеме.

1. **Данные объективного исследования.**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение вынужденное.

Телосложение правильное, рост 175 см, вес 63 кг.

Кожа обычной окраски. Кожной сыпи, зуда нет. Видимые слизистые без изменений. Лимфоузлы не увеличены.

Пульс 75 ударов в минуту. Артериальное давление 130/80 мм.рт.ст. Границы сердца не расширены, тоны ясные, ритмичные. Шумов нет.

Число дыханий 16 в минуту. Перкуторно звук ясный лёгочный. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Рвоты нет. Язык влажный, не обложен. Зев не гиперемирован. Печень не увеличена. Желчный пузырь не определяется. Перистальтика кишечника обычна. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Стул ежедневный.

Мочеиспускание свободное, диурез достаточный. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

1. **Описание локального статуса в день курации.**

 При пальпации определяется незначительная болезненность в области лобка слева, несколько усиливающаяся при движении. Движение и чувствительность в пальцах стоп сохранены. Кожные покровы в области Симптом прилипшей пятки отрицательный. Деформаций левой конечности не выявлено.

1. **Протокол обследования больного.**

Отделение: травматология от «19» марта 2013 г.

Палата № 555

Ф.И.О.: Прищепова Анна Викторовна, возраст 27 лет.

Диагноз: Закрытый, не осложненный перелом лонной кости слева, без смещения отломков.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ВЕРХНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ | **правая** | **левая** |
| **Деформация** | нет | нет |
| **Ось** | без отклонений | без отклонений |
| **Относительная длина**От акромиального отростка лопатки до дистальной фаланги 3 пальца кисти | 82 см. | 82 см. |
| **Абсолютная длина** **плеча**От акромиального отростка лопатки до локтевого отростка | 36 см. | 36 см. |
| **Абсолютная длина** **предплечья** От локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости | 32 см. | 32 см |
| **Объём движений***Плечевой сустав*Разгибание/сгибаниеОтведение/приведениеНар.ротация/внутр.ротация*Локтевой сустав*Разгибание/сгибание*Кистевой сустав*Разгибание/сгибание | 50º/0º/130º90º/0º/40º60º/0º/90º0º/0º/150º50º/0º/45º | 50º/0º/130º90º/0º/40º60º/0º/90º0º/0º/150º50º/0º/45º |
| Длина окружности плечаВ в/3 (головка плечевой кости)В с/3 (на 20 см выше локтевого отростка) В н/3(на 10 см выше локтевого отростка)  | 34 см.31 см.26см. | 34 см.31 см.26см. |
| НИЖНЯЯ КОНЕЧНОСТЬ |  |
| Деформация | нет | нет |
| Ось | правильная | правильная |
| **Относительная длина** от переднее-верхней ости крыла подвздошной кости до верхушки внутренней лодыжки | 103 см. | 103 см |
| **Абсолютная длина** **бедра:** от большого вертела до щели коленного сустава снаружи | 55 см. | 55 см |
| **Абсолютная длина** **голени**: от наружной щели коленного сустава до наружной лодыжки | 47 см. | 47 см |
| **Объём движений***Тазобедренный сустав*Разгибание/сгибаниеОтведение/приведениеНар.ротация/внутр.ротация*Коленный сустав*Разгибание/сгибание*Голеностопный сустав*Разгибание/сгибание | 30º/0º/90º50º/0º/40º50º/0º/40º0º/0º/100º20º/0º/40º | 10º/0º/40º30º/0º/20º20º/0º/10º0º/0º/90º10º/0º/30º |
| Длина окружности бедраВ в/3(большой вертел) В с/3 (на 20 см выше верхнего полюса надколенника) В н/3 (на 10 см выше верхнего полюса надколенника)  |  67 см.55 см.43 см. | 68 см.56 см.44 см. |

1. **Предварительный диагноз.**

На основании:

Жалоб пациентки (на сильную, постоянную боль в области левого тазобедренного сустава, области лобка слева, левом бедре и голени, отёк мягких тканей левого бедра, голени, ссадины левой кисти. Невозможность оторвать и поднять левую ногу от постели);

Анамнеза заболевания (травма была получена 25.02.2013 около 900 в результате дорожно-транспортного происшествия, во время нахождения за рулем автомобиля, в момент ДТП, удар врезавшейся машины со стороны водителя);

Данных локального статуса (при пальпации определяется незначительная болезненность в области лобка слева, несколько усиливающееся при движении, движения и чувствительность в пальцах стоп сохранены, кожа бледно-розового цвета, теплая на ощупь. Симптом прилипшей пятки отрицательный (при поступлении был сомнительный). Деформаций левой конечности не выявлено).

Можно выставить следующий основной предварительный диагноз:

-Закрытый перелом лонной кости слева.

- Перелом лонной кости с одной или двух сторон и седалищной костей.

- Вывих бедра.

-Перелом шейки бедра.

1. **Результаты лабораторного рентгенологического и других специальных методов обследования.**
2. **Общий анализ крови от 17.03.13**

*Гемоглобин* 122 г/л

*Эритроциты*  4,21\*1012/л

*Тромбоциты* 320\*109/л

*Лейкоциты* 5,0\*109/л

палочкоядерные 6%

сегментоядерные 54%

лимфоциты 36%

моноциты 5%

*Цветовой показатель* 0,89

*СОЭ* 10 мм/ч

Заключение: Общий анализ крови отклонений от нормы не выявляет.

1. **Общий анализ мочи 18.03.13**

*Физические свойства*

Цвет: светло-желтый

Реакция: кислая

Удельный вес: 1018 г/мл

Прозрачность: полная

*Химические свойства*

Белок: нет

Глюкоза: нет

*Микроскопия*

Цилиндры: нет

Эритроциты: нет

Эпителий: 0-1 в поле зрения

Лейкоциты: 2-3 в поле зрения

Заключение: Общий анализ крови в норме.

1. **Электрокардиография от 18.03.13**

Заключение: Ритм синусовый, ЧСС 85 в минуту. Горизонтальная ЭОС.

1. **Биохимический анализ крови от 18.03.13**

*Общий белок:* 83 г/л

*Мочевина:* 5,4 ммоль/л

*Креатинин:* 0,090 ммоль/л

*Билирубин:* общий – 16,1, прямой – 3,0 мкмоль/л

*Глюкоза:* 4,5 ммоль/л

*АлаТ:* 29 Ед/л

*АсаТ:* 24 Ед/л

Заключение: Биохимический анализ крови без отклонений от нормы.

1. **Гемостазиограмма 19.03.13**

АЧТВ – 33 сек.

ПТИ – 1,0

Фибриноген В - 17 г/л

Заключение: В результатах гемостазиограммы без особенностей.

1. **Определение группы крови и резус-принадлежности 19.03.13**

Группа крови A(II) вторая, Rh+(положительный)

1. **Лабораторное исследование для определения абсолютного этилового спирта 17.03.13**

Заключение: Абсолютный этиловый спирт в крови и моче менее 0,1%.

1. **Дифференциальный диагноз и его обоснование**

Дифференциальную диагностику закрытого перелома лонной кости слева следует проводить со следующими травмами:

1. **Ушиб лобковых костей**. Сопровождается болевыми ощущениями в области лобка, промежности. Отмечается усиление боли при движении. Но симптом «прилипшей пятки » отрицательный. Отличием данного повреждения от закрытого перелома лонной кости возможно выявить после проведения Rtg-графии костей таза.
2. **Перелом обеих ветвей лонной кости с одной или двух сторон и седалищной костей.**  Является более тяжелой травмой и часто сопровождается шоком и повреждением тазовых органов. Механизм травмы чаще непрямой при переднезаднем или боковом сдавлении таза, падении со значительной высоты. Данное повреждение имеет следующие отличия: боль локализована больше в тазовой области и промежности. Пальпация в области лобка и седалищных бугров резко болезненна. Переднезаднее и боковое сдавление таза усиливает боль в области перехода. Симптом «прилипшей пятки» резко положительный.
3. **Разрыв симфиза**. Эта травма таза возникает при сдавливании крыльев подвздошных костей в переднезаднем направлении. **Симптомы:** в области повреждения определяются припухлость, кровоизлияние и острая болезненность при движениях в тазобедренных суставах; ноги приведены. Активные попытки пассивно отвести ноги вызывают резкое обострение болей, которые иррадируют в область приводящих мышц бедер. При большом расхождении симфиза можно пальпаторно определить западение.
4. **Перелом шейки бедра.** Боль при этом концентрируется в паху, в тазобедренном суставе, она не резкая, но при попытке движения боль становится сильнее. Боль также усиливается, если попробовать постучать легким поколачиванием по пятке ноги. Также сломанная нога немного поворачивается кнаружи. Это можно заметить по стопе. Отмечается укорочение конечности, примерно на 2- 4 см. Этот симптом возникает вследствие того, что кость сломалась, и мышцы, сокращаясь, подтягивают ногу ближе к тазу. Также отмечается симптом «пилипшей пятки».
5. **Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб (на сильную, постоянную боль в области левого тазобедренного сустава, области лобка слева, левом бедре и голени, отёк мягких тканей левого бедра, голени, ссадины левой кисти. Невозможность оторвать и поднять левую ногу от постели),

Анамнеза заболевания (травма была получена 25.02.2013 около 900 в результате дорожно-транспортного происшествия, во время нахождения за рулем автомобиля, в момент ДТП, удар врезавшейся машины со стороны водителя).

Данных локального статуса (при пальпации определяется незначительная болезненность в области лобка слева, несколько усиливающееся при движении, движения и чувствительность в пальцах стоп сохранены, кожа бледно-розового цвета, теплая на ощупь. Симптом прилипшей пятки отрицательный(при поступлении был сомнительный). Деформаций левой конечности не выявлено)

Результатов лабораторных и инструментальных исследований (рентгенограмма от 19.03.13 Заключение: На рентгенограмме костей таза определяется закрытый перелом левой лонной кости без смещения отломков).

Выставлен диагноз: Закрытый перелом лонной кости с лева. Ссадины левой кисти. Ушиб мягких тканей левого бедра, голени и стопы

1. **Лечение**

Эти переломы вполне успешно лечат консервативно положением лежа на спине с приподнятыми ногами, согнутыми в коленях. Это положение легко придать больному на функциональной кровати. Срок постельного режима зависел от того, когда больной начинал поднимать прямую ногу, т.е. когда исчезал симптом «прилипшей пятки» — свидетельство того, что прекращалась подвижность отломков за счет образования первичной мозоли. Этот срок составлял в среднем 3-4 недели. Ходить разрешалось на 5-6 неделе.

Для улучшения качества выздоровления назначается лечебная физкультура. Лечебной физкультурой начинают заниматься на второй день после травмы. Задачи лечебной физкультуры в первом периоде: способствовать расслаблению мышц тазовой области, чтобы отломки правильно сопоставились и чтобы снять болевые ощущения; ликвидировать кровоизлияния и отечность; восстановить мышечный тонус нижних конечностей (больной не может поднять прямую ногу вверх выше валика); нормализовать работу кишечника, органов выделения и кровообращения, улучшить обмен веществ. В занятиях лечебной физкультуры выделяют следующие периоды.

I период длится с момента травмы до разрешения поворачиваться на живот — ориентировочно 10—16 дней. Задачи лечебной гимнастики в I периоде: выведение больного из угнетенного в связи с травмой состояния; расслабление мышц тазовой области для правильного сопоставления отломков; снятие болевых ощущений; повышение мышечного тонуса нижних конечностей, рассасывание кровоизлияния, восстановление работы органов дыхания и кровообращения, выделения и обмена веществ.
 В I периоде выполняются дыхательные, общеразвивающие упражнения, а также специальные упражнения для ног: сгибание и разгибание пальцев, всевозможные движения стопами, подтягивание ног к животу (в первые 2—4 дня не отрывая пяток от постели), «ходьба» лежа, разведение коленей (при разрыве лонного сочленения его можно выполнять только через 4—6 месяцев после травмы), поднимание ног до валика. После восстановления мышечного тонуса нижних конечностей можно поднимать выпрямленные ноги выше валика. Дыхательные упражнения повторяют 3 раза, общеразвивающие и специальные —6—10 раз. Продолжительность занятий 20—30 мин, 4—5 раз в день. Поворот на живот осуществляется, если больной свободно поднимает две выпрямленные ноги выше валика. Тогда валик удаляется и больной лежит в обычном положении.
 Во II периоде задачами лечебной гимнастики являются: восстановление мышечного тонуса нижних конечностей и укрепление мышц спины и тазовой области.
 II период начинается с момента поворота больного на живот и длится до разрешения вставать и ходить. При повороте на живот под область таза подкладывают подушку, верхний край которой находится на уровне гребней подвздошных костей. Выполняются упражнения в следующих исходных положениях: лежа на животе на подушке, стоя на четвереньках и получетвереньках. Каждое упражнение выполняется 6—10 раз. Продолжительность занятий 40—50 мин. Переход из положения лежа на животе в положение стоя разрешается через 4—8 недель с момента травмы при условии, если больной, лежа на спине, выполняет следующее упражнение: поднимает две выпрямленные ноги вверх, подтягивает согнутые ноги к животу, выпрямляет на весу, разводит в стороны, сводит и кладет на кровать.

III период начинается с момента перехода в положение стоя и продолжается до выписки на работу и разрешения сидеть. Задачами лечебной гимнастики являются восстановление нормальной походки и общая тренировка всего организма. Особое внимание во время занятий следует обращать на правильную ходьбу, так как может сформироваться патологическая «утиная» походка, когда туловище переваливается с боку на бок, или «приволакивающая» походка, когда больной волочит одну ногу за собой. Упражнения выполняются в положении стоя, в ходьбе (на носках, на пятках, на всей ступне, в полуприседе, скрестным шагом, вперед спиной, боком и т. д.), у гимнастической стенки (при разрыве лонного сочленения приседать можно только с соединенными ногами). Садиться разрешается при условии, если после двухчасовой ходьбы больной не испытывает боли в области перелома и чувства тяжести в ногах. Занятия проводятся 3—4 раза в день, продолжаются 40—60 мин. Дозированная ходьба назначается 3— 4 раза в день. Трудоспособность восстанавливается через 1,5—3 месяца.

**Физиотерапия** назначают массаж и ультрафиолетовое облучение здоровой конечности и сегментарно, в поясничную область - лекарственный электрофорез; кальция, фосфора, поливитаминов.

**Лечение конкретного пациента**

Назначения:

1.Диета Б.

2.Режим постельный (в положении по Волковичу).

3.Sol. Analgini 50% 2,0 + Sol. Dimedroli 1% 1,0 в/м 3 раза в сутки

4.Лечебная физкультура

На мой взгляд, лечебная тактика выбранная лечащим врачом является правильной. Комплекс лечебных мероприятий проводимых на каждом этапе лечения является обоснованным.

1. **Дневники наблюдений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Дата* | *Оценка общего состояния и данные наблюдения* | *Назначения* |
| 19.03.2013г.t° 37,0 °Спульс 75 уд/минЧД – 17/минАД 120/90 мм.рт.ст | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительную боль в области лобка слева.Объективно: сознание ясное, положение больного активное. Кожные покровы чистые бледно-розового цвета, видимые слизистые без особенностей. При аускультации дыхание везикулярное проводится по всем полям. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей.St. localis: При пальпации определяется незначительная болезненность в области лобка слева, несколько усиливающаяся при движении. Движение и чувствительность в пальцах стоп сохранены. Кожные покровы в области левого бедра и левой голени желтоватого цвета, тёплые на ощупь. Симптом «Прилипшей пятки» отрицательный. Деформаций левой конечности не выявлено. | Диета Б.Режим палатный.Sol. Analgini 50% 2,0 + Sol. Dimedroli 1% 1,0 в/м 3 раза в сутки |
| 03.2013г.t ° - 36,7°СЧД – 18/ минПульс – 78 уд/минАД 130/90 мм.рт.ст | Состояние удовлетворительное. Жалобы на незначительную боль в области лобка слева при движении. Объективно: сознание ясное, положение больного активное. Кожные покровы чистые бледно-розового цвета, видимые слизистые без особенностей. При аускультации дыхание везикулярное, проводится по всем полям. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез без особенностей.Назначения выполняются | Диета Б.Режим палатный (начинать ходить с помощью костылей).Sol. Analgini 50% 2,0 + Sol. Dimedroli 1% 1,0 в/м 3 раза в сутки |

1. **Эпикриз**

 Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ , 1986 года рождения, была доставлена бригадой СМП в отделение травматологии \_\_\_\_\_\_\_\_\_ 25.032.2013 года после дорожно-транспортного происшествия. Предъявляла жалобы на сильную, постоянную боль в области левого тазобедренного сустава, области лобка слева, левом бедре и голени, отёк мягких тканей левого бедра, голени, ссадины левой кисти. Невозможность оторвать и поднять левую ногу от постели.

Были произведены лабораторно-инструментальные методы исследования: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, ЭКГ, рентгенография костей таза. Лабораторные данные без особенностей. Рентгенологическое исследование заключение: на рентгенограмме костей таза перелом лонной кости слева без смещения.

Был выставлен клинический диагноз: Закрытый перелом лонной кости с лева. Ссадины левой кисти. Ушиб мягких тканей левого бедра, голени и стопы.

Было проведено консервативное лечение: постельный режим

1.Диета Б.

2.Режим постельный в положении по Волковичу в течении 3-х недель

3.Sol. Analgini 50%-2 ml в/м 3 раза в день

4.Sol. Dimedroli 1%-1ml в/м 3 раза в день

5.Проводилось ЛФК

6.На 4-ю неделю после травмы разрешено вставание с постели с опорой на костыли.

Лечение пациентка переносит хорошо, состояние значительно улучшилось. Планируется на выписку из стационара, с продолжением лечения амбулаторно.

Рекомендовано:

1. Наблюдение травматолога по месту жительства.
2. Продолжать занятия ЛФК в поликлинике по месту жительства
3. Ограничение физической нагрузки до 10 недель.
4. Физиолечение.

 5.Массаж нижних конечностей.

**XV. Список использованной литературы.**

**1.«Травматология и ортопедия» Руководство для врачей в 3 томах Под ред. Шапошникова 1997г.**

2.Учебник по травматологии и ортопедии по ред. Г.С. Юмашева. М, Медицина 1990.

 3.Учебник по военно-полевой хирургии, под редакцией проф. Э.А. Нечаева, Санкт-Петербург, ВМА имени Кирова, 1994.

 4.Лекции по травматологии, военно-полевой хирургии, 1996-1997.