МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УО «ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Кафедра госпитальной хирургии с курсами урологии и детской хирургии

Зав. курсом: к.м.н., доцент Шмаков А.П.

Преподаватель: ассистент Т.В. Кузьменко

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Основной диагноз:** Закрытый перелом средней трети правого бедра со смещением.

**Сопутствующий**: нет.

Время курации: с 13.12.17г. по 13.12.2017г.

Куратор: студент 5 курса 7 группы

Сергеев Дмитрий Иванович

**Витебск, 2017 год**

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ**

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. Пол: женский

3. Возраст: 03.03.2016г ( 1 год 9 месяцев)

4. Постоянное место жительства:

5. Направившее учреждение: городокская ЦРБ (в экстренном порядке)

6. Дата поступления: 12.11.2017 г. в 0 часов 15 минут

7. Диагноз направившего учреждения: Закрытый перелом правого бедра.

Сопутствующий: нет.

8. Диагноз при поступлении: Закрытый косой перелом средней трети правого бедра со смещением.

Сопутствующий: нет.

9. Диагноз клинический: Закрытый перелом средней трети правого бедра со смещением.

Сопутствующий: нет.

10. Диагноз заключительный: Закрытый перелом средней трети правого бедра со смещением.

Сопутствующий: нет.

**ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

На момент поступления жалобы на боль в правом бедре.

На момент курации жалоб нет.

ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (anamnesis morbi)

Со слов матери, 11.11.2017 пациентка в 7 часов вечера упала с высоты собственного роста, была доставлена в городокскую ЦРБ бригадой скорой медицинской помощи. В ЦРБ было проведено обследование: сделан рентгеновский снимок. Поставлен диагноз - закрытый перелом правого бедра. Наложена гипсовая лангета, в/м введен анальгин и димедрол. После этого доставлена бригадой скорой медицинской помощи в ВОДКЦ. 12.11.2017 в 00.15 госпитализирована в травматологическое отделение.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (anamnesis vitae)**

Ребенок от первой беременности, родился через естественные родовые пути. Беременность протекала хорошо. Растет и развивается по возрасту.

* Перенесенные заболевания: простудные.
* Аллергологический анамнез: не отягощен.
* Эпидемиологический анамнез: Контакта с инфекционными больными за последние 30 суток со слов матери не было.
* Семейный анамнез: не отягощен.
* Бытовой анамнез: жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные.
* Прививки: согласно календарю прививок.

**Настоящее состояние (при поступлении в отделение)**

Сознание ребенка ясное, общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Вес 13200 г., рост 84 см. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, без патологических изменений. Тургор кожи нормальный, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, пастозности и отеков нет, лимфатические узлы не пальпируются. Усиление венозного рисунка отсутствует. Гиперкератоза или шелушения не наблюдается. Локальной болезненности, гиперестезии, гипо- или гипертермии не выявлено.

Ногтевые пластинки правильной формы, нормального цвета. Изменений околоногтевого валика нет. Волосяной покров без особенностей.

**Костно-суставная и мышечная системы**

Конституция нормостеническая.

Развитие мышечной системы удовлетворительное. Тонус мышц нормальный. Тургор тканей удовлетворительный.

Кости черепа, грудной клетки без патологических изменений. Суставы нормальной формы и конфигурации, не деформированы, при пальпации безболезненные, кожа над ними не изменена, активные и пассивные движения в полном объёме.

**Status localis:** на правую нижнюю конечность наложена гипсовая лонгета от кончиков пальцев до гребня подвздошной кости. Движения пальцев сохранены, кожа розовая, теплая. Отёков нет.

**Система органов дыхания**

Осмотр грудной клетки:

*статический:*

Форма грудной клетки нормостеническая, симметричная, без впадений и выпячиваний. Над- и подключичные ямки умеренно выраженные, одинаковые с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Ход ребер горизонтальный. Ассиметричных выпячиваний или западений грудной клетки нет.

*Динамический:*

Участие обеих половин грудной клетки в акте дыхания равномерное. Тип дыхания – смешанный. Дыхание ритмичное, глубокое, частота дыхания 38 в минуту.

*Пальпация грудной клетки:*

Грудная клетка эластична. Болезненности при пальпации кожи, мышц, ребер, межреберных промежутков нет. Голосовое дрожание одинаково на симметричных участках.

*Перкуссия грудной клетки:*

На симметричных участках грудной клетки ясный легочной звук.

*Топографическая перкуссия:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница | | |
| Линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | V межреберье | IV ребро |
| Срединноключичная | VI ребро | VI ребро |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | На уровне остистого отростка XI грудного позвонка | |

**Аускультация легких**

***Везикулярное дыхание*** на симметричных участках – не изменено.

***Бронхиальное дыхание*** над легкими: нет.

***Добавочные дыхательные шумы*** – нет.

**Система органов кровообращения**

**Осмотр области сердца и сосудов**

Сердечный толчок и сердечный горб не определяются.

Надчревная пульсация отсутствует.

Пульсация сосудов шеи и других зон без видимых патологических изменений.

Частота сердечных сокращений 130 в минуту.

**Пальпация области сердца и сосудов**

Верхушечный толчок пальпируется в пятом межреберье на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии, S=1 cм2, умеренной высоты и резистентности. «Кошачье мурлыканье» отсутствует.   
Пульс на лучевых артериях: одинаковый на обеих руках, ритмичный, 130 уд/мин, сосудистая стенка эластичная, удовлетворительного наполнения и напряжения.  
Пульс на сонных и бедренных артериях симметричный, без особенностей.  
Дефицита пульса нет.

**Перкуссия сердца и сосудистого пучка**

***Границы относительной тупости сердца:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| В 4 межреберье по правой окологрудинной линии. | В 5 межреберье на 2 см кнаружи от левой срединноключичной линии. | 2 ребро. |

Конфигурация сердца – нормальная.   
Размеры поперечника относительной тупости сердца 5 см.

***Граница абсолютной тупости сердца***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая | Левая | Верхняя |
| Левый край грудины на уровне 4 межреберья | Ближе к левой среднеключичной линии (с внешней стороны) | 2 межреберный промежуток |

**Аускультация сердца и сосудов**Ритм сердца правильный, тоны сердца приглушены, изменений 1 и 2 тонов нет. Добавочные тона не определяются. Шумов сердца нет. Экстракардиальных шумов нет. При аускультации крупных сосудов патологий не выявлено.

**Измерение артериального давления**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Положение пациента | Правая рука | Левая рука |
| Систолическое АД мм.рт.ст. | 95 | 95 |
| Диастолическое АД мм.рт.ст. | 70 | 70 |

**Система органов пищеварения**

Аппетит сохранен. Боли со стороны желудочно-кишечного тракта, отсутствуют, глотание свободное, безболезненное. Отрыжка, тошнота, рвота не беспокоят. Тенезмы отсутствуют. Кал оформленный, 2 раза в сутки. Цвет испражнений коричневый. Патологических примесей нет. Боли при акте дефекации, со слов матери, отсутствуют.

**Общий осмотр** Зев не гиперемирован. Слизистая оболочка ротовой полости розового цвета, пигментации отсутствуют, кровоизлияний нет. Миндалины не увеличены, налеты отсутствуют.  
 Десны нормальные, разрыхленности нет, кровоточивости нет.   
 Язык розового цвета, влажный, не обложен, не увеличен, трещин, изъязвлений нет.

**Исследование живота в горизонтальном положении**

***Общий осмотр***

Живот симметричен, нормальной конфигурации, без местных выпячиваний, видимой перистальтики нет, расширение вен передней брюшной стенки отсутствует. Сыпи и пигментации нет***.***

***Перкуссия живота***

Выслушивается притупленный звук. Метеоризм, свободная жидкость в брюшной полости отсутствуют.

***Аускультация живота***

При аускультации тонкого кишечника – 7 перистальтических движений в минуту, перистальтика толстого кишечника составила 4 перистальтических движений.

***Поверхностная ориентировочная пальпация***

Болезненности и напряжения мышц передней брюшной стенки нет, объемных опухолевидных образований не определяется, грыж нет. Мышцы передней брюшной стенки не напряжены, податливы.

***Пальпация печени***

Нижний край печени выступает из-под края рёберной дуги по среднеключичной линии на 1 см, мягкий, слегка закругленный по форме, ровный по своим очертаниям, безболезненный.

***Пальпация селезенки***

Селезенка не пальпируется.

**Мочеполовая система**

**Осмотр поясничной области**

Выпячивания поясничной области нет. Покраснений и отечности кожи нет.

**Перкуссия почек**

Симптом поколачивания отрицательный.

**Пальпация мочеточниковых точек**

Пальпация подреберных, верхних мочеточниковых, средних мочеточниковых, реберно-позвоночных, реберно-поясничных точек безболезненна.

**Аускультация почек**

Шум в реберно-позвоночном углу не выслушивается.

**Нервно-эндокринная система**

Сознание ясное. Сон сохранен. Болевая чувствительность не нарушена. Патологических рефлексов не наблюдается. Щитовидная железа не увеличена, объемных образований или свищей на шее нет.

**Лабораторные, специальные и дополнительные методы исследования**

(на момент поступления)

1. **Общий анализ крови (12.11.2017г.):**

Эритроциты 3,7х10 12/л

Гемоглобин 114 г/л

ЦП 0,93

Лейкоциты 13,5х10 9/л

Эозинофилы 1

Сегментоядерные 57

Лимфоциты 31

Моноциты 10

СОЭ 15 мм/ч

Заключение: повышены показатели СОЭ, лейкоцитов.

1. **Общий анализ крови (12.12.2017г.):**

Гемоглобин (Hb) 132 г/л   
Эритроциты 4,3x10¹²/л

ЦП 0,92  
Тромбоциты 220х10 9/л   
Лейкоциты 8,44х10 9/л

Эозинофилы 4%  
Сегментоядерные 30%   
Моноциты 10%   
Лимфоциты 56%   
СОЭ 5 мм/час

**Заключение:** норма.

1. **Общий анализ мочи** **(12.11.2017г.):**  
   Физические свойства:   
   цвет – бледно-желтый  
   реакция – кислая  
   относительная плотность – 1009  
   Химические свойства:   
   белок – нет  
   глюкоза – нет  
   Микроскопическое исследование:   
   лейкоциты 1-2 в п/з  
   эпителий плоский 0-1 в п/з  
   слизь – нет   
   **Заключение:** Общий анализ мочи в пределах нормы.
2. **Рентгенография №10206.1.17. (12.11.2017 г.):**

Скелетное вытяжение – ось бедра правильная, сохранена, захождение отломков по длине 1,2 см. 

**Обоснование диагноза**

На основании жалоб(На момент поступления жалобы на боль в правом бедре), истории заболевания (Со слов матери, 11.11.2017 пациентка в 7 часов вечера упала с высоты собственного роста, была доставлена в городокскую ЦРБ бригадой скорой медицинской помощи. В ЦРБ было проведено обследование: сделан рентгеновский снимок. Поставлен диагноз - закрытый перелом правого бедра. Наложена гипсовая лангета, в/м введен анальгин и димедрол. После этого доставлена бригадой скорой медицинской помощи в ВОДКЦ. 12.11.2017 в 00.15 госпитализирована в травматологическое отделение), истории жизни (Ребенок от первой беременности, родился через естественные родовые пути. Беременность протекала хорошо. Растет и развивается по возрасту), данных настоящего состояния (Сознание ребенка ясное, общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Вес 13200 г., рост 84 см. Кожный покров и видимые слизистые бледно-розовые, без патологических изменений. Тургор кожи нормальный, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, пастозности и отеков нет, лимфатические узлы не пальпируются. Усиление венозного рисунка отсутствует. Гиперкератоза или шелушения не наблюдается. Локальной болезненности, гиперестезии, гипо- или гипертермии не выявлено. Ногтевые пластинки правильной формы, нормального цвета. Изменений околоногтевого валика нет. Волосяной покров без особенностей), данных лабораторных и инструментальных методов исследования (Общий анализ крови (12.11.2017г.): повышены показатели СОЭ, лейкоцитов, рентгенографии №10206.1.17. (12.11.2017 г.): Скелетное вытяжение – ось бедра правильная, сохранена, захождение отломков по длине 1,2 см) можно поставить диагноз:

Основной: Закрытый перелом средней трети правого бедра со смещением.

Сопутствующий: нет.

**Лечение**

Реферат «Лечение перелома бедра»

**Основной метод лечения**- вытяжение, различное в зависимости от возраста ребенка и характера перелома. Неудовлетворительные результаты лечения при переломах бедренной кости со смещением в большинстве случаев объясняются применением гипсовых повязок, которые не гарантируют от вторичных смещений с образованием деформаций типа галифе.

Детей до 3-летнего возраста с переломами бедренной кости лечат вертикальным вытяжением по Шеде. Вытяжение осуществляют при помощи лейкопластыря, полоски которого приклеивают к наружной и внутренней поверхностям бедра и голени. Во избежание пролежней в области лодыжек в петлю лейкопластыря вставляют дощечку-распорку. Ногу, разогнутую в коленном суставе, подвешивают на любой раме (удобнее всего дуга Назарова) с грузом от 1 , 5 до 3 кг. При достаточном грузе ягодица на больной стороне должна быть приподнята над плоскостью кровати на 2-3 см. У беспокойных детей, которых трудно удержать в правильном положении, применяют вертикальное вытяжение за обе ноги, что удобно для ухода за ребенком. Бедренная кость в этом возрасте нормально срастается в среднем за 2-3 нед.

**При лейкопластырном вертикальном вытяжении по Шеде**действие растягивающей силы передается мышцам через покрывающие их мягкие ткани. Поэтому лучший эффект наблюдается в случае приложения силы на возможно большей площади. Максимальный растягивающий эффект достигается в области проксимальных концов наклеенных полос. Поэтому лейкопластырь накладывают на всю конечность независимо от уровня перелома. К осложнениям при накожном вытяжении относятся ссадины и фликтены на коже, мацерация кожи, сползание повязок и пролежни, увеличение смещения отломков.

У детей старше 3 лет применяют классическое скелетное вытяжение на функциональной шине Белера при помощи спицы Киршнера, которую проводят через проксимальный метафиз большеберцовой кости ниже ее бугристости, реже - через нижний метафиз бедренной кости (в основном при эпифизеолизах и остеоэпифизеолизах со смещением головки, переломах шейки, под- и чрезвер-тельных переломах бедренной кости). Одномоментная закрытая репозиция под общим обезболиванием с периодическим рентгенологическим контролем показана при поперечных переломах бедренной кости с большим смещением отломков на 3-5-е сутки с момента наложения скелетного вытяжения. Тот же метод применяют при переломах в нижней трети бедренной кости или эпифизеолизах и остеоэпифизеолизах, когда дистальный отломок ротируется и уходит кпереди и наверх. В последнем случае ногу, согнутую в коленном суставе, после репозиции фиксируют гипсовой повязкой.

**Оперативное вмешательство при переломах бедренной кости**показано при неудаче консервативного лечения, интерпозиции мягких тканей между отломками, открытых переломах со значительным повреждением мягких тканей и при неправильно сросшихся переломах. Опыт лечения детей с переломами бедренной кости показал, что в большинстве случаев открытая репозиция производится по поводу переломов в области проксимального конца. Интрамедул-лярный металлоостеосинтез бедренной кости стержнем Богданова, гвоздем ЦИТО и др. практически не отражается на росте кости в длину.

**Срок консолидации перелома бедренной кости**зависит от характера повреждения, стояния отломков в процессе лечения, а также возраста и общего состояния ребенка к моменту повреждения. У детей моложе 3 лет кости срастаются к концу 3-й недели, от 4 до 7 лет - к концу 4-5-й недели, а у детей старшей возрастной группы - примерно через 1 , 5 мес. Сроки иммобилизации удлиняются у детей ослабленных, страдающих гиповитаминозом, рахитом, больных туберкулезом, а также при патологических и открытых переломах, оставшихся допустимых смещениях костных отломков.

В процессе допустимы угловое смещение до 10 ° в плоскости движения конечности, а также укорочение в пределах от 1 до 1 , 5 см, которое с ростом бедра всегда компенсируется. Варусное или вальгусное отклонение оси бедра, а также ротационные смещения следует устранять полностью. Укорочение более 2 см остается и может отразиться на функции ноги, изменить походку, правильное положение таза и вызвать компенсаторное искривление позвоночника.

**Лечение данного пациента**

***Консервативное лечение***

Режим постельный. Стол Б.

**1.  Sol. Analgini 50% - 0,2 в/м (12.11.17г.)**

**Показание к применению**  Болевой синдром (слабой и умеренной выраженности).

**2. Sol. Dimedroli 1% - 0,2 в/м (12.11.17г.)**

**Оперативное лечение**

Операция 12.11.2017г.

Премедикация

Sol. Analgini 50% - 0,2 в/м

Sol. Dimedroli 1% - 0,2 в/м

Наркоз – севофлюран.   
Поведена операция – скелетное вытяжение бедренной кости.

**Этапный эпикриз**

Течение болезни до дня курации: поступила 12.11.2017 г. в 00 часов 15 минут в экстренном порядке. Было проведено рентгенологическое исследование.

На основании лабораторно-инструментальных обследований, данных анамнеза, истории заболевания было назначено следующее лечение:

Консервативное:

1. Sol. Analgini 50% - 0,2 в/м
2. Sol. Dimedroli 1% - 0,2 в/м

Оперативное лечение: 12.11.2017 операция – скелетное вытяжение бедренной кости.

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ ЗА ПАЦИЕНТОМ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  13.12.2017г.  *Время* 10.30  *T0С* 36,7  *ЧСС* 96 в мин.  *АД* 90/75 мм.рт.ст. | Общее состояние удовлетворительное.  Жалобы, со слов матери, отсутствуют.  Объективно: кожные покровы бледно-розовые; слизистые полости носа, задней стенки глотки и небных дужек нормальной окраски.  Дыхание везикулярное, прослушивается во всех отделах, хрипов нет. ЧД 28 в мин.  Тоны сердца ясные, ритмичные.  Осмотр живота: округлой формы, симметричен, участвует в дыхании.  Локальный статус: гипсовая лонгета на правой нижней конечности от кончиков пальцев до гребня подвздошной кости. Кончики пальцев подвижны, теплые на ощупь, розовые. Отёков нет.  Мочеиспускание безболезненное, стул в норме  Куратор студент Сергеев Д.И. | Режим постельный.  Лечение: гипсовая лонгета. |

**Эпикриз**

Пациентка \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 03.03.2016 г.р. (1 год 9 месяцев) 12.11.2017г. был экстренно доставлена из гордокской ЦРБ в УЗ «ВОДКЦ» с диагнозом - Закрытый перелом правого бедра. Сопутствующий: нет.. Жалобы на момент поступления на боль в области правого бедра.

При поступлении были проведены следующие лабораторно-инструментальные исследования:

1. **Общий анализ крови (12.11.2017г.):**

Заключение: повышены показатели СОЭ, лейкоцитов.

1. **Биохимический анализ крови (12.11.2017г**

Заключение: норма.

1. **Общий анализ мочи** **(12.11.2017г.):**   
   Заключение: Общий анализ мочи в пределах нормы.
2. **Рентгенография** №10206.1.17. (12.11.2017 г.): Скелетное вытяжение – ось бедра правильная, сохранена, захождение отломков по длине 1,2 см **Заключение:** гидронефроз слева 3 ст.

На основании лабораторно-инструментальных обследований, данных анамнеза, истории заболевания было назначено следующее лечение:

Консервативное:

1. Sol. Analgini 50% - 0,2 в/м
2. Sol. Dimedroli 1% - 0,2 в/м

Оперативное лечение: 12.11.2017 операция – скелетное вытяжение бедренной кости.

Был выставлен следующий диагноз:

Заключительный: Закрытый перелом средней трети правого бедра со смещением. Сопутствующий: нет.

Прогноз для жизни благоприятный.

**Рекомендации:**

1. Ходьба с дозированной нагрузкой под контролем родителей.
2. Массаж.
3. Физиолечение.
4. Витаминотерапия.

**Список использованной литературы:**

1. Т.В.Капитан/ Пропедевтика детских болезней с уходом за детьми/ Москва: 2006.
2. Ю. Ф. Исаков. Хирургические болезни у детей: учебник. – 1998.
3. Шмаков А.П. Практикум по детской хирургии: уч. Пособие 92-е издание, (переработанное и дополненное). Витебск, ВГМУ, 2016 – 309 с.