***Паспортные сведения о больном.***

###### **Ф.И.О.**

**Возраст**  \_\_\_\_\_\_\_\_

**Национальность** русская

**Образование** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Место работы** пенсионерка

**Адрес**

**Дата травмы** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Дата поступления в стационар** \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Травма:** бытовая

*Жалобы при поступлении*: на болезненность, отечность и деформацию в области правого коленного сустава, невозможность опоры на правую ногу.

*Анамнез заболевания.*

Бытовая травма произошла 28.10.2000 в 20:00. В саду (80 км. от города) поскользнулась на деревянном полу, упала на правый бок, ударилась коленом об деревянный стеллаж. Появилась боль, деформация в области правого коленного сустава. Не могла самостоятельно подняться с пола. С помощью мужа легла на кровать. Транспортной иммобилизации и обезболивания не проводилось. 30.10.2000 доставлена на машине в травмпункт №32, где была наложена шина Крамера на поврежденную конечность. Оттуда направлена в ГКБ №13. Механизм травмы – прямой: сильный удар в область нижней трети правого бедра.

*История жизни:*

Родилась \_\_\_\_\_\_\_\_. Росла и развивалась соответственно полу и возрасту. Семейное положение: замужем, имеет троих детей. Трудовой анамнез: работать начала с 20 лет. Работала оператором. В настоящее время не работает.

Жилищно-бытовые условия удовлетворительные.

Вредных привычек нет.

Перенесённые заболевания: ОРЗ, грипп, корь, ветряная оспа, сахарный диабет II типа (с 1989 г.). В 1969 г. перелом обеих лодыжек правой голени.

На лекарственные препараты аллергии нет.

Наследственность не отягощена.

***Данные объективного исследования.***

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение вынужденное, вызванное скелетным вытяжением. Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное.

Кожа бледно-розовой окраски, повышенной влажности, тургор и эластичность снижены. Видимые слизистые оболочки обычной физиологической окраски. Подкожная жировая клетчатка умеренно выражена.

Лимфатические узлы не увеличены.

Мышечная система развита удовлетворительно, мышцы безболезненны, тонус и сила их достаточные.

*Простейшие измерения тела.*

1. Рост: 165см.
2. Масса тела: 64 кг.
3. Температура тела: 36,80С.

***Дыхательная система.***

*Осмотр и пальпация грудной клетки.*

При осмотре грудная клетка правильной формы, симметричная. Ход рёбер обычный, межрёберные промежутки не расширены. Частота дыхания 18 в мин., дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный.

Грудная клетка при сдавлении упругая, податливая. При пальпации целостность рёбер не нарушена, поверхность их гладкая. Болезненность при пальпации грудной клетки не выявляется. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

*Перкуссия лёгких.*

1. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью лёгких определяется ясный лёгочный звук.
2. При топографической перкуссии:

Нижняя граница легкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ориентиры | Справа (ребра) | Слева (ребра) |
| Парастернальная линия  Срединно-ключичная  Передняя подмышечная  Средняя подмышечная  Задняя подмышечная  Лопаточная  Околопозвоночная | Хрящ V ребра  V  VII  VIII  IX  X  XI | VII  VIII  IX  X  XI |

Подвижность легочного края:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Линии перкуссии | Вверх | Вниз | Общая |
| Срединноключичная  Средняя подмышечная  Лопаточная | 2,5  3  2 | 2,5  3  2 | 5  6  4 |

Высота стояния верхушек лёгких:

*Спереди*: на 2,5 см. выше ключицы.

*Сзади*: на уровне остистого отростка VII шейного позвонка.

При аускультации в легких везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются.

***Сердечно-сосудистая система.***

Набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимая пульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

Сердечный горб и сердечный толчок визуально не определяются.

АД 160/90

*При пальпации:* верхушечный толчок определяется слева на 2 см. кнутри от срединно-ключичной линии в области 5 межреберья. Верхушечный толчок невысокий, умеренной силы, шириной 2 см. Феномен «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

При пальпации лучевых артерий пульс одинаковый на обеих руках, ритмичный, нормального напряжения, удовлетворительного наполнения, по величине большой, по форме – нормальный, ЧСС 75 уд/мин,

*При аускультации*: тоны сердца приглушены, ритмичны. Акцент второго тона над аортой. Патологические шумы не прослушиваются.

*При перкуссии:*

Ширина сосудистого пучка – 4,5 см.

Границы относительной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по правому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 1,5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 3 ребре

Границы абсолютной тупости сердца:

Правая - на уровне 4 межреберья проходит по левому краю грудины

Левая - на уровне 5 межреберья на 2,0 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии

Верхняя - по левой окологрудинной линии на 4 ребре

Конфигурация сердца не изменена (нормальная).

***Желудочно-кишечный тракт.***

Губы физиологичной окраски. Слизистая полости рта равномерной розовой окраски, язык обычной величины и формы, влажный, розовый, с белесоватым налетом и выраженными сосочками, мягкое и твердое небо розовые, без пятен и налета, миндалины не увеличены. Неприятный запах изо рта не отмечается, глотание не нарушено. Живот округлый, обе половины симметричны, активно участвуют в акте дыхания, пупок умеренно втянут, кожа живота бледно-розовая, сосудистые звездочки и грыжевые выпячивания не наблюдаются.

*При пальпации:* уплотнений и опухолевидных образований не обнаружено, резистентность мышц пресса выражена умеренно. Зона проекции поджелудочной железы безболезненна. Край печени ровный, гладкий, обнаруживается некоторая ее болезненность. Зона Шоффара безболезненна.

Размеры печени по Курлову:

1 размер (по правой срединно-ключичной линии) – 9 см.

2 размер (по передней срединной линии) – 8 см.

3 размер (по краю левой рёберной дуги) – 7 см.

***Мочеполовая система.***

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положениях лёжа на спине не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников безболезненны с обеих сторон. Симптом Пастернацкого отрицательный.

При пальпации мочевой пузырь не выступает за верхний край лобка.

***Эндокринная система.***

Вторичные половые признаки, физические и умственные способности соответствуют полу и возрасту, формы отдельных частей скелета, туловища, конечностей, черепа и черты лица пропорциональные. Кожа бледно-розовой окраски, нормальной температуры. Щитовидная железа не увеличена.

***Нервная система.***

Характер спокойный, устойчивый, дружелюбно относится к медицинскому персоналу. Ориентирован во времени, месте, ситуации. Судороги и непроизвольные движения не наблюдаются, трофических нарушений и болезненность по ходу нервных стволов нет, обоняние и вкус не нарушены.

Движение глазных яблок в полном объеме, зрение +4,5 диоптрий на оба глаза, со стороны черепно-мозговых нервов патология не обнаружена, мимическая мускулатура симметрична, язык располагается посередине.

***Опорно-двигательная система.***

Положение вынужденное, вызванное скелетным вытяжением.

*Верхние конечности:* при осмотре кожа бледно-розовой окраски, видимых деформаций костей и суставов нет. Мышцы умеренно развиты. При пальпации кости и суставы безболезненны, их целостность не нарушена. Пульсация артерий сохранена.

*Измерение длинны верхних конечностей и их сегментов:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Справа | Слева |
| Плечо (от акромиального отростка лопатки до локтевого отростка) | 31 см | 31 см |
| Предплечье (от локтевого отростка до шиловидного отростка локтевой кости) | 29 см | 29 см |
| Вся конечность (от акромиального отростка лопатки до кончика III пальца) | 74 см | 74 см |

*Измерение окружности верхних конечностей:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | справа | слева |
| Плечо: верхняя треть  средняя треть  нижняя треть | 36  34  32 | 36  33,5  31,5 |
| Локтевой сустав | 30 | 30 |
| Предплечье: верхняя треть  средняя треть  нижняя треть | 32  25  23,5 | 32  24,5  23 |
| Лучезапястный сустав | 18 | 18 |

*Нижние конечности:* при осмотре кожа бледно-розовой окраски, видимых деформаций костей и суставов нет. Мышцы умеренно развиты. При пальпации кости и суставы безболезненны, их целостность не нарушена. Пульсация артерий сохранена. На правую конечность наложено скелетное вытяжение.

*Измерение окружности нижней конечности:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Справа | Слева |
| Бедро: верхняя треть  средняя треть  нижняя треть | Скелетное  вытяжение | 65 см  60 см  52 см |
| Коленный сустав | 50 см |
| Голень: верхняя треть  средняя треть  нижняя треть | 49 см  50 см  35 см |
| Голеностопный сустав | 25 см |

*Измерение длинны нижней конечности и ее сегментов:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Сегмент | Справа | Слева |
| Бедро: абсолютная длина (от большого вертела до суставной щели коленного сустава)  относительная длина (от передней верхней ости подвздошной кости до суставной щели коленного сустава) | Скелетное вытяжение | 48 см  51 см |
| Голень (от суставной щели коленного сустава до нижнего края наружной лодыжки) | 45 см |
| Вся конечность абсолютная длина (от большого вертела до нижнего края наружной лодыжки)  относительная длина (от передней верхней ости подвздошной кости до нижнего края наружной лодыжки) | 93 см  96 см |

Status locales:

При осмотре правой нижней конечности в шине Крамера на момент поступления в стационар имеется деформация и отек в области коленного сустава, осевая нагрузка на конечность болезненна, движения в коленном суставе болезненны. Определяется локальная боль в области мыщелков бедра, крепитация обломков.

Симптом баллотирования надколенника положителен.

Чувствительность и пульсация артерий на правой конечности сохранена.

***Рентгенологическое исследование***

* + 1. На рентгенограмме нижней трети правого бедра с коленным суставом в двух проекциях определяется У-образный перелом мыщелков с переходом в нижнюю треть диафиза.
    2. На контрольной рентгенограмме нижней трети правого бедра с коленным суставом в двух проекциях сохраняется смещение обломков под углом открытым кнаружи и кзади.

*Результаты лабораторных исследований.*

1) Общий анализ крови.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от  (31.10.00) |
| Эритроциты  Гемоглобин  СОЭ  Цветовой показатель  Лейкоциты  Эозинофилы  Нейтрофилы палочкоядерные  Нейтрофилы сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты | 3.5\*1012  107 г/л  11 мм./час  0,9  6.5\*109  1  3  67  28  1 |

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели крови | Данные от  (14.11.00) |
| Эритроциты  Гемоглобин  СОЭ  Цветовой показатель  Лейкоциты  Эозинофилы  Нейтрофилы палочкоядерные  Нейтрофилы сегментоядерные  Лимфоциты  Моноциты | 4.2\*1012  126 г/л  47 мм./час  0,9  4.3\*109  2  2  52  41  3 |

2) Анализ крови от 14.11.2000

ПТИ 90 %

3) Сахар крови в динамике от 3.11.2000-11-19

I пор. 5,3 ммоль/л

II пор. 10,2 ммоль/л

III пор. 10,5 ммоль/л

4) Общий анализ мочи.

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 30.10.00 |
| Удельный вес  Цвет  Прозрачность  Кислотность  Белок  Лейкоциты  Плоские эпителиальные клетки  Сахар | 1012  с/ж  прозрачная  кислая  0,125%  4-4-5 в п. з.  10-15-18 в п. з.  2,5% |

|  |  |
| --- | --- |
| Показатели | Данные от 03.11.00 |
| Удельный вес  Цвет  Прозрачность  Кислотность  Белок  Лейкоциты  Сахар | 1030  с/ж  прозрачная  кислая  0,033%  1-3-4 в п. з.  4% |

5) Электрокардиография от 31.10.00

Заключение: Синусовый ритм с ЧСС 81 уд/мин.

ЭОС вертикальная. Локальное снижение электрической активности миокарда в задне-диафрагмальном отделе.

***Клинический диагноз и его обоснование.***

*Основной:* Закрытый внутрисуставной оскольчатый

перелом дистального эпиметафиза правого бедра со смещением обломков.

*Сопутствующие:* Сахарный диабет II типа. Диабетическая ангиопатия. Гипертоническая болезнь II ст.

Диагноз поставлен на основании:

1. *жалоб:* на болезненность, отечность и деформацию в области правого коленного сустава, невозможность опоры на правую ногу.
2. *анамнеза:* Бытовая травма произошла 28.10.2000 в 20:00. В саду (80 км. от города) поскользнулась на деревянном полу, упала на правый бок, ударилась коленом об деревянный стеллаж. Появилась боль, деформация в области правого коленного сустава. Не могла самостоятельно подняться с пола. С помощью мужа легла на кровать. Транспортной иммобилизации и обезболивания не проводилось. 30.10.2000 доставлена на машине в травмпункт.

*3) данных рентгенологического исследования:*

* + 1. На рентгенограмме нижней трети правого бедра с коленным суставом в двух проекциях определяется У-образный перелом мыщелков с переходом в нижнюю треть диафиза.

***План лечения.***

*Режим:* постельный

*Диета:* № 9

Учитывая общее состояние, возраст больной, наличие сопутствующих заболеваний: сахарный диабет II типа, диабетическая ангиопатия, гипертоническая болезнь II ст. показано скелетное вытяжение до консолидации обломков.

Медикаментозное лечение:

1. Обезболивающие:

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2 ml

D.t.d № 1 in amp.

S. Внутримышечно

2. Антиагреганты:

Rp.: Tab. Aspirini 0,5 № 10

D.S. По ¼ таб. в день в теч. 10 дней.

3) Негормональные анаболики:

Метилурацил 0,25 по 1 таб. 3 раза в день.

4) Препакаты кальция:

Rр.: Sol. Саlcii gluconatis 10 % 10 ml

D.t.d. N. 10 in amp.

S. По: 10 мл в/м

5) Витаминотерапия:

Ксантинола никотинат 1,0 в/м

Вит В1 через день в/м

Вит В6 через день в/м

6) Лечение сопутствующих заболеваний:

Maninili по 1 таб. 2 раза в день

Еnаlаpril 0,01 по 1 таб. В день

7) Профилактика застойной пневмонии:

Tab. Clotrimazole 0,48 по 1 таб. 2 раза в день.

12. *Дневник.*

11.11.2000. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД 160/90. ЧСС 76 в мин. При аускультации тоны сердца приглушены. Акцент II тона над аортой. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Дизуретических явление нет.

Больная находится на скелетном вытяжении. Чувствительность и микроциркуляция в пораженной конечности сохранена. Пульсация в периферических артериях не нарушена.

15.11.2000. Состояние удовлетворительное. Жалоб нет. АД 150/90. ЧСС 80 в мин. При аускультации тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. При аускультации в легких везикулярное дыхание, хрипов нет. Дизуретических явление нет.

Чувствительность и микроциркуляция в пораженной конечности сохранена. Пульсация в периферических артериях не нарушена

20.11.2000. Состояние удовлетворительное. АД 160/95. ЧСС 78 в мин. Жалобы на осиплость голоса. При аускультации тоны сердца приглушены, акцент II тона над аортой. При аускультации в нижних долях легких выслушиваются мелкопузырчатые хрипы. Дизуретических явлений нет. Чувствительность и микроциркуляция в пораженной конечности сохранена. Пульсация в периферических артериях не нарушена.

*Этапный эпикриз 20.11.2000:*

Больная ФИО находиться на стационарном лечении в травматологическом отделении ГКБ №13 с 30.10.2000. Поступила через два дня после бытовой травмы правого бедра с жалобами на болезненность, отечность и деформацию в области правого коленного сустава, невозможность опоры на правую ногу. После проведенного обследования был выставлен диагноз:

*основной:* Закрытый внутрисуставной оскольчатый перелом дистального эпиметафиза правого бедра со смещением обломков.

*Сопутствующие:* Сахарный диабет II типа. Диабетическая ангиопатия. Гипертоническая болезнь II ст.

Было наложено скелетное вытяжение на правую голень, назначено медикаментозное лечение. На контрольной рентгенограмме нижней трети правого бедра с коленным суставом в двух проекциях от 09.11.2000 сохраняется смещение обломков под углом открытым кнаружи и кзади. Планируется дорепонирование обломков.

*Прогноз.*

* Для жизни – благоприятный.
* Для здоровья – благоприятный.
* Для трудовой деятельности – временная нетрудоспособность, ограничение физической нагрузки.

*Список использованной литературы*.

1. Ю.Г.Шапошников «Травматология и ортопедия» руководство для врачей. Москва, «Медицина» 1997 г.
2. Г.С. Юмашев «Травматология и ортопедия» Москва, «Медицина» 1990 г.
3. М.Ф.Романов «Практикум по травматологии» Москва 1988 г.
4. Журнал «Советская медицина» №3 1979 г. Кистаури А.Г. « Перелом бедра у больных с сахарным диабетом».
5. Военно-медицинский журнал 1992 №3 Климов Б.Д. «Использование внутрикостного компрессионного остеосинтеза при многооскольчатых переломах нижней трети бедра
6. Вестник хирургии им. Грекова 1980 №7 Прохоров. В.П. «Причины и динамика инвалидности при переломах бедра»
7. Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Пирогова 1996 №3, 1997 №1
8. Ортопедия, травматология, протезирование 1987 №3 О.М. Демьянов «Лечение больных с низкими переломами бедренной кости методом чрезкостного остеосинтеза»
9. Казанский медицинский журнал 1993 №2 Ибатуллин И.А., Лазарева Л.В. «О патогенезе закрытого перелома бедра»
10. Сборник тезисов IV научно-практической Республиканской конференции травматологов-ортопедов БАССР «Организация лечебно-профилактической помощи населению при травмах, около- и внутрисуставных повреждениях и заболеваниях суставов», Уфа 1988 г.
11. «Современные способы лечения повреждений и заболеваний опорно-двигательного аппарата», Ташкент, 1989 г.
12. Унгбаев Т.Э. «Отдаленные результаты оперативного лечения У-образных переломов дистального конца бедренной кости».
13. В.К. Султанов «Исследование объективного статуса больного» СПб, 1997 г.
14. В.К. Милькаманович, «Методическое обследование, симптомы и симптомокомплексы в клинике внутренних болезней», Минск, ˝ Полифакт-Альфа ˝, 1994 г.
15. Покровский В.И. «Краткая медицинская энциклопедия», Москва, 1994 г.
16. Схема оформления истории болезни. Уфа – 1999 г.
17. Данные компьютерной сети Internet.
18. Лекционный материал.