ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 18 лет

Время поступления в клинику: 6.02.2006

Пол: женский

Национальность: белоруска

Домашний адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Профессия: студентка.

Место работы (учебы): Училище искусств

# ЖАЛОБЫ Больной.

При поступлении больная предъявлял жалобы на сильные боль и деформацию правого предплечья.

На момент курации больная предъявлял жалобы на умеренные боли при пальпации в области операционной раны.

### АНАМНЕЗ ЖИЗНИ

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Туберкулез, венерические болезни, вирусный гепатит отрицает. Наследственный анамнез не отягощён. Операции больной не проводились. Ранее травм и ранений больная не получала. Гемотрансфузий на проводилось. Больная отмечает аллергию на антибиотики (ампициллин). Вредные привычки отрицает. Проживает в общежитии, условия быта и труда удовлетворительные.

## АНАМНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Травма была получена вечером 18 декабря 2005 года в г. Шумилино, во время катания с горок. Механизм травмы прямой. Первая медицинская помощь не оказывалась больная сама дошла до приёмного пункта больницы. В больнице больной было произведено рентгенологическое исследование и выставлен диагноз закрытый оскольчатый перелом обеих костей предплечья со смещением по ширине. Была произведена репозиция и наложена гипсовая повязка. Репозиция отломков не была осуществлена в полной мере, в связи с чем больная была направлена на оперативное лечение в травматологическое отделение ВОКБ. 6.02. 2006 года в 10.00 была доставлена в травматологическое отделение ВОКБ. На основании диагноза (закрытый застарелый оскольчатый перелом средней трети предплечья со смещением) был произведён открытый накостный остеосинтез локтевой кости пластиной.

 Больной после травмы не была оказана первая медицинская помощь в виде иммобилизации повреждённой конечности, которая предотвратила бы смещение костных отломков и способствовала бы скорейшему сращению перелома. Иммобилизацию можно было провести с помощью импровизированной шины из подручных материалов, больную надо было транспортировать в положении сидя или лёжа.

 В большинстве случаев диа­физарных переломов предплечья со смещением не удается устранить все виды смещения или предупредить вторичное угловое смещение, обус­ловленное сближением отломков лучевой и локтевой костей, вследствие большого количества окружающих мышц, которые вызывают тракцию костных отломков. Поэтому больной сразу после травмы должны были произведены открытая репозиция и накостный остеосинтез.

ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Общее состояние больной на момент курации удовлетворительное. Сознание сохранено, адекватна, ориентирована, на вопросы отвечает чётко. Кожные покровы чистые, теплые, сухие, бледно-розовой окраски, тургор тканей хороший. Видимые слизистые оболочки розовые.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Ритм дыхания правильный. Тип дыхания грудной. Число дыханий – 18 в мин. Форма грудной клетки нормостеническая. Деформаций и ассиметрий не наблюдается. В дыхательном акте задействованы обе половины грудной клетки. Над- и подключичные ямки выражены с обеих сторон одинаково, реберные промежутки не увеличены. Дыхание через нос, свободное. Пальпация безболезненна, голосовое дрожание одинаково на симметричных участках грудной клетки.

При сравнительной перкуссии в симметричных участках над обеими легкими слышен одинаковый легочный звук.

При топографической перкуссии:

Верхняя граница легких - высота стояния верхушек обоих лёгких спереди на 2 см выше ключиц, сзади - на уровне VII шейного позвонка.

Нижняя граница:

правого лёгкого

- l. parasternalis: 6-е межреберье

- l. medioclavicularis: 7-е ребро

- l. axillaris anterior: 8-е ребро

- l. axillaris media: 9-е ребро

- l. axillaris posterior: 10-е ребро

- l. scapularis: 11-е ребро

- l. paravertebralis: остистый отросток XII грудного позвонка

левого лёгкого

- l. axillaris anterior: 8-е ребро

- l. axillaris media: 9-е ребро

- l. axillaris posterior: 10-е ребро

- l. scapularis: 11-е ребро

- l. paravertebralis: остистый отросток XII грудного позвонка

Подвижность нижнего края лёгких по l.axillaris media: справа - 3 см, слева - 4 см.

Ширина полей Кренига - 7 см справа и слева.

При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов, шума трения плевры нет.

Сердечно-сосудистая система.

При осмотре области сердца сердечный горб, сердечный толчок, патологическая пульсация в области сердца не выявлены. Набухание и видимая пульсация шейных вен отсутствуют.

При пальпации верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье на 1,5 см кнутри от среднеключичной линии, его площадь менее 1 см2, толчок нормальной величины и силы.

Частота пульса 70 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, сосудистая стенка эластичная, пульс одинаковый на обеих лучевых артериях. Артериальное давление 110 /70 мм рт. ст. Симптом «кошачьего мурлыканья» отрицательный.

Перкуссия: границы относительной тупости сердца:

Слева:

 5-ое межреберье − по среднеключичной линии;

 3-е межреберье − 3 см влево от левой парастернальной линии;

 2-е межреберье − парастернальная линия;

Справа:

 4-ое межреберье − 1,5 см вправо от правой парастернальной линии;

 3-е межреберье − 0,5 см вправо от парастернальной линии;

 2-е межреберье − парастернальная линия.

 границы абсолютной тупости сердца:

 правая: в 4-м межреберьи − по левому краю грудины

 левая: в 5-м межреберьи − на 2 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Аускультация сердца: тоны ясные, ритмичные, шумов нет.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ

При осмотре слизистая оболочка рта без видимых изменений. Язык обложен белым налетом Зев чистый. Зубы санированы. Глотание свободное. Живот правильной формы, активно участвует в акте дыхания. Пупочное кольцо не расширено. Видимая перистальтика и венозная сеть на поверхности живота отсутствуют.

При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный.

При глубокой пальпации: в левой подвздошной области определяется сигмовидная кишка плотноэластической консистенции; безболезненная, подвижная, урчащая; в правой подвздошной области пальпируется слепая кишка: безболезненная, подвижная, слегка урчащая. Поперечно-ободочная кишка пальпируется на уровне пупка, безболезненная. Большая кривизна желудка определяется методом шороха на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линии тела;

Видимое выбухание и пульсация печени отсутствует.

Размеры печени по Курлову

по linea medioclavicularis dextra  9 см

по linea mediana anterior  8 см

по левой реберной дуге  7 см.

При пальпации: печень не выходит за край реберной дуги, пальпируется ее нижний край гладкий, мягкий, безболезненный.

Желчный пузырь не пальпируется. Симптомы Мерфи, Ортнера-Грекова, Кера отрицательные.

Селезенка не пальпируется. Перкуссия селезенки:

 поперечник (по среднеподмышечной линии)  6 см

 длинник (по X ребру)  8 см.

Стул регулярный.

Описание локального статуса (на момент курации)

На момент курации положение больного активное, положение поврежденной конечности вынужденное. Конечность согнута в локтевом суставе под углом 90° и находится в гипсовой лонгете от пястно-фаланговых сочленений до верхней трети плеча. Кожные покровы бледно-розового цвета, отёка нет, венозная сеть не выражена, регионарные лимфатические узлы не увеличены. При осмотре видимые деформации, патологическая подвижность в суставах, укорочение конечности не выявлены. Стояние и ходьба без дополнительной опоры, хромоты не выявлено. При пальпации кожные покровы теплые, чувствительные, сухие, мышцы в тонусе. Отмечается умеренная болезненность в области послеоперационной раны. Крепитация костных отломков и опухолевидные образования не выявлены.

Предварительный диагноз

### • На основании жалоб больной на деформацию и боль правого предплечья в средней трети.

### • на основании анамнеза болезни, из которого известно, что больная получила травму правого предплечья 18 .12. 2005 г., в результате которой образовался закрытый перелом обеих костей правого предплечья в средней трети, по поводу которого больной в больнице г. Шумилино было произведено рентгенологическое исследование и выставлен диагноз закрытый оскольчатый перелом обеих костей предплечья со смещением по ширине . Была произведена репозиция и наложена гипсовая повязка. Репозиция отломков не была осуществлена в полной мере, в связи с чем была направлена на оперативное лечение в травматологическое отделение ВОКБ.

### • на основании данных объективного исследования (на момент поступления): деформация конечности, укорочение абсолютной длины конечности, болезненность при пальпации, можно поставить предварительный диагноз основного заболевания: Закрытый застарелый оскольчатый перелом средней трети предплечья со смещением по ширине.

Лабораторные И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Лабораторные исследования:

 *Общий анализ крови от 7.02.2006*

 эритроциты - 4,4 х 1012/л

 гемоглобин - 141 г/л

 лейкоциты – 7,3 х 109/л

 палочкоядерные - 6%

 сегментоядерные - 58%

 лимфоциты - 32%

 моноциты - 3%

#  СОЭ - 14 мм/час

 *Общий анализ мочи от 7.02.2006*

 цвет - соломенно-желтый

 реакция - кислая

 удельный вес - 1016

 прозрачность - прозрачная

 белок – нет

 сахар - нет

 эпителий - плоский в незначительном количестве

 лейкоциты – 2-3 в поле зрения

*Реакция Вассермана от 7.02.2006*

Отрицательная

*Группа крови по системе АВО:*

 O(I), Rh +

*Биохимический анализ крови от 7.02.2006*

Общий белок - 81 г/л

Глюкоза – 4,7 ммоль/л

Общий билирубин 7,6 мкмоль/л

Мочевина - 5,3 ммоль/л

Холестерин – 3,6 ммол/л

### ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 Следует проводить с:

1. Ушиб предплечья: механизм повреждения – прямой, характерны боль, припухлость при пальпации, возможна гематома в области повреждения, деформация и искривление оси предплечья отсутствуют. Для дифференциального диагноза с переломом костей предплечья используют следующий прем: в стороне от болезненного участка предплечье захватывают с боков и сдавливают (сближающее давление на локтевую и лучевую кости), при этом в случае перелома появляется болезненность не в зоне давления, а в зоне перелома. Для подтверждения диагноза необходима рентгенограмма предплечья в двух проекциях с захватом локтевого и лучезапястного суставов.
2. Изолированный прелом лучевой кости: механизм повреждения – прямой, характерны боль, припухлость при пальпации, возможна гематома в области повреждения, при осмотре области перелома возможна деформация вследствие смещения отломков, искривление оси предплечья отсутствует. При пальпации лучевой кости определяется локальная болезненность. Характерно для перелома диафиза лучевой кости отсутствие активных пронационных и супинационных движений предплечья. Пассивные ротационные движение предплечья резко болезненны. Для подтверждения диагноза необходима рентгенограмма предплечья в двух проекциях с захватом локтевого и лучезапястного суставов.
3. Изолированный прелом локтевой кости: механизм повреждения – прямой, характерны боль, припухлость при пальпации, возможна гематома в области повреждения, при осмотре области перелома возможна деформация вследствие смещения отломков, искривление оси предплечья отсутствует. При пальпации локтевой кости определяется локальная болезненность, нарушение непрерывности ребра локтевой кости. Активных пронационные и супинационные движения предплечья, сгибание и разгибание в локтевом суставе возможны в небольшом объёме. Для подтверждения диагноза необходима рентгенограмма предплечья в двух проекциях с захватом локтевого и лучезапястного суставов.
4. Перелом локтевой кости с вывихом головки лучевой кости (перелом Монтеджи): механизм травмы прямой или косвенный – при падении на землю с опорой на руку, отражение удара палкой поднятым вверх и согнутым под углом 90° предплечьем. При осмотре отмечается характерная для данной травмы деформация конечности: со стороны локтевой кости имеется западение, на лучевой — выбухание. Предплечье укорочено. При пальпации, определяются нарушение непрерыв­ности локтевой кости и уступообразное смещение ее отломков, а также вывихнутая головка лучевой кости. В местах деформации пальпация вызывает локальную болезненность и усиление ее при надавливании. Активные движения невозможны. При пассивном сгибании ощущаются боль и пружинящее сопротивление. Невро­логическое обследование позволяет своевременно установить повреждение лучевого, нерва или его ветвей. Рентгенография предплечья в двух проекциях с обязательным захватом лучевого и локтевого суставов уточняет характер повреждения и степень смещения отломков.
5. Перелом лучевой кости с вывихом головки локтевой кости (перелом Галеации): механизм травмы косвенный – при падении на землю с опорой на руку, или прямой при ударах по предплечью. При осмотре определяется характерная для данного вида травмы деформация предплечья в нижней трети и в области лучезапястного сустава. На тыльной поверхности предплечья с лучевой стороны имеется западение, а на ладонной — выпячивание, обусловленные угловым смещением отломков лучевой кости. На тыльно- или -ладонно-локтевой поверхности лучезапястного сустава наблюдается выбухание при соответствующем западении с ладонной или тыльной стороны этой области, обусловленное смещением головки локтевой кости. Пальпация выявляет болезненность в области травмы, искривление оси лучевой кости. При ощупывании легко определяется плотное костное выпячивание на. локтевой стороне лучезапястного сустава —.головка локтевой костив. Нагрузка по оси предплечья болезненна. При надавливании на область головки локтевой кости она легко вправляется и повторно смещается при прекращении давления или движениях предплечья. Рентгенография предплечья с лучезапястным и локтевым суставами в двух проекциях уточняет диагноз и характер смещения отломков.

### На основании жалоб больной на деформацию и боль правого предплечья в средней трети.

### на основании анамнеза болезни, из которого известно, что больная получила травму правого предплечья 18 .12. 2005 г., в результате которой образовался закрытый перелом обеих костей правого предплечья в средней трети, по поводу которого больной в больнице г. Шумилино было произведено рентгенологическое исследование и выставлен диагноз закрытый оскольчатый перелом обеих костей предплечья со смещением по ширине . Была произведена репозиция и наложена гипсовая повязка. Репозиция отломков не была осуществлена в полной мере, в связи с чем была направлена на оперативное лечение в травматологическое отделение ВОКБ.

### на основании данных объективного исследования (на момент поступления): деформация конечности, укорочение абсолютной длины конечности болезненность при пальпации, данных рентгенологического исследования (перелом средней трети правого предплечья со смещением отломков по длине и по ширине) можно поставить диагноз - закрытый застарелый не осложнённый неправильно срастающийся оскольчатый перелом средней трети предплечья со смещением по ширине и длине.

Этиология повреждения

Данная травма произошла во время катания с горок. Для предупреждения данного рода травм надо соблюдать осторожность во время активного отдыха и проводить его в специально подготовленных местах, со средствами защиты опорно-двигательного аппарата (шлем, наколенники, налокотники, защита спины, щитки на голень и предплечье). Кроме этого рекомендуется укрепление опорно-двигательного аппарата постоянными физическими нагрузками и упражнениями.

### ЛЕЧЕНИЕ.

Диафизарные переломы костей предплечья составляют 53 % всех переломов костей верхних конечностей и могут возникать как при прямом, так и непрямом механизме травмы, В отличие от переломов другой локализации для диафизарных переломов обеих костей предплечья характерно сближение отломков луче­вой и локтевой костей, обусловленное натяжением межкостной мембраны. Именно это смещение и трудности его устранения во многом определяют выбор метода лечения

При переломе обеих костей предплечья без сме­щения отломков накладывают лонгетно-циркулярную гипсовую повязку от головок пястных костей до середины плеча при согнутом до прямого угла в локтевом суставе предплечье. Ему придают положение, среднее между супинацией и пронацией; кисть устанавливают в положении тыль­ного сгибания под углом 25—35°. Со 2—3-го дня производят активные движе­ния пальцев и в плечевом суставе. Срок иммобилизации 8—10 нед, после чего на­значают дозированные движения в локте­вом суставе и физиотерапевтические про­цедуры. Трудоспособность восстанавли­вается через 10—12 нед.

Репозиция, а тем более длительное удержание отломков в правильном поло­жении при лечении диафизарных перело­мов костей предплечья со смещением от­ломков нередко представляют большие трудности. Одномоментную репозицию производят ручным путем или с помощью дистракционного аппарата.

Общепринятым правилом является придание конечности определенного поло­жения в зависимости от уровня перелома: при переломе в верхней трети (выше при­крепления круглого пронатора) пред­плечье следует установить в положении максимальной супинации (такая установ­ка сближает отломки лучевой кости). При переломе в средней трети дистальный отдел предплечья и кисть устанавли­вают в положении полупронации, а при переломе в нижней трети вправление осуществляют в положении пронации с последующим переводом дистального отдела и кисти в полупронационное поло­жение. После наложения гипсовой повязки обязательно конт­рольное рентгенологическое исследование. Иммобилизацию про­должают в течение 10—12 нед. После снятия гипсовой повязки назначают физиотерапию и ЛФК. Трудоспособность восстанав­ливается через 12—14 нед. Однако в большинстве случаев диа­физарных переломов предплечья не удается устранить все виды смещения или предупредить вторичное угловое смещение, обус­ловленное сближением отломков лучевой и локтевой костей.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Остеосинтез костей предплечьяа — стержнями; б — пластинами |

Показанием к опера­тивному лечению диафизарных переломов обеих костей предплечья явля­ются интерпозиция мяг­ких тканей, смещение от­ломков более чем на по­ловину диаметра кости, вторичное и угловое сме­щение отломков. Фикса­ция отломков костей пред­плечья может быть дости­гнута посредством накост­ного, чрескостного или внутрикостного остеосинтеза пластинами, прово­лочными швами, шурупа­ми, металлическими стер­жнями или винтами. Анатомически обоснованно сочетать интрамедуллярный остеосинтез

.локтевой кости стержнем с экстрамедуллярным остеосинтезом лучевой кости компрессирующей пластиной.

После операции остеосинтеза костей предплечья на руку, согнутую в локтевом суставе под углом 90°, накладывают гипсо­вую лонгету от пястно-фаланговых сочленений до верхней трети плеча. Иммобилизацию конечности продолжают в течение 10— 12 нед. Этот срок в связи с замедленной консолидацией может быть увеличен. Через 4—6 нед гипсовую повязку с локтевого сустава можно снять, обеспечив возможность разработки дви­жений в нем. ЛФК должна быть дозированной. Трудоспособ­ность восстанавливается через 14—13 нед.

**План лечения**
Наличие у больной Масюковой Натальи Александровны закрытого застарелого оскольчатого перелома средней трети предплечья со смещением является показанием к операции.
Планируется выполнить открытую репозицию правой локтевой кости, открытый накостный остеосинтез правой локтевой кости пластиной.

Заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем не отмечено.
Группа крови 0 (I), Rh (+) положительный.
Согласие больной получено.

**Протокол операции.**
Дата 09.02.2005 г.

Операция: открытая репозиция правой локтевой кости, открытый накостный остеосинтез правой локтевой кости пластиной.
Вид обезболивания – проводниковая анестезия плечевого сплетения
Описание операции.

Под проводниковой анестезией после обработки операционного поля йодом дважды, сделан продольный разрез по локтевой стороне правого предплечья в средней трети. Послойно обнажено место перелома локтевой кости. Выполнена открытая репозиция отломков локтевой кости. Произведён накостный остеосинтез лучевой кости пластиной. Было произведено рентгенологическое исследование. Наложены послойные швы на рану. Кожа обработана йодом. Наложена асептическая повязка. На руку в положении сгибания в локтевом суставе под углом 90°, наложена гипсовая лонгета от пястно-фаланговых сочленений до верхней трети плеча.

**План лечения после операции.**

1. Режим свободный.
2. Иммобилизация конечности в течение 10-12 недель
3. Стол 15
4. Медикаментозное лечение:
обезболивающие
Sol. Promedoli 2% - 1,0
5. После снятия гипсовой повязки ЛФК.

ДНЕВНИК

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата  | Оценка общего состояния и данные наблюдения | Назначения |
| 13.02.2006 | Общее состояние удовлетворительное. Больная находиться в сознании, адекватна. Жалобы на ноющие боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розового цвета. Температура 36,7°. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет. ЧД -17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. АД 110/70 мм. Рт. ст. ЧСС 80 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез достаточный. | Режим свободный.Стол 15 |
| 17.02.2006 | Общее состояние удовлетворительное. Больная находиться в сознании, адекватна. Жалобы на умеренные боли в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розового цвета. Температура 36,6°. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет. ЧД -17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. АД 110/80 мм. Рт. ст. ЧСС 75 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез достаточный. | Режим свободный.Стол 15 |
| 21.02.2006 | Общее состояние удовлетворительное. Больная находиться в сознании, адекватна. Жалобы на умеренные боли при пальпации в области послеоперационной раны. Кожные покровы бледно-розового цвета. Температура 36,6°. Дыхание везикулярное; хрипов в легких нет. ЧД -17 в мин. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. АД 110/80 мм. Рт. ст. ЧСС 70 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Стул и диурез достаточный. | Режим свободный.Стол 15 |

##### ЭПИКРИЗ

Больная \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 18 лет, получившая травму 18.12.2005 г. поступила в \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 6.02.2006. Больная предъявляла жалобы на боль и деформацию правого предплечья, травма была получена во время катания с горок. Лечилась в больнице г. Шумилино, с диагнозом закрытый оскольчатый перелом средней трети правого предплечья где её было произведена репозиция косных отломков и наложена гипсовая повязка. Репозиция отломков не была осуществлена в полной мере, в связи с чем была направлена на оперативное лечение в травматологическое отделение ВОКБ.

Лечение: 09.02.2005 г. была произведена операция – открытая репозиция и открытый накостный остеосинтез правой локтевой кости пластиной. Течение послеоперационного периода гладкое.

Планируемое лечение:

• снятие швов

• снятие гипса через 3 нед

• лечебная физкультура

Рекомендации: наблюдение травматолога и терапевта по месту жительства.

Прогноз для жизни, здоровья и трудоспособности больной благоприятный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Механизм травмы прямой. Клиническая картина и течение являются типичными для переломов костей предплечья. На мой взгляд оперативное лечение было произведено не в полной мере, так как кроме остеосинтеза локтевой кости должен был произведён остеосинтез перелома лучевой кости, так как в связи с тракцией отломков лучевой кости мышцами предплечья нельзя добиться полной её репозиции.Литература:

1. «Травматология и ортопедия» Под редакцией Г. С. Юмашева изд. 3 М., «Медицина» -1990.
2. «Схема написания истории болезни по травматологии и ортопедии» М. А. Никольский Витебск, 1990.
3. «Травматология: европейские стандарты» Л. Н. Анкин, Н. Л. Анкин М., «Медпресс» - 2005