**Паспортная часть.**

Ф.И.О. –

Возраст – \_\_\_\_\_\_\_

Адрес –

Профессия - плиточник

Дата поступления \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Время курации – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Жалобы при поступлении:**

На боли в области левого т/бедренного сустава и средней трети бедра, резкое ограничение движений в левом т/бедренном суставе, невозможность поднять прямую ногу; боль в левом плечевом суставе, отсутствие активных движений; боль в правой половине грудной клетки, усиливающуюся при глубоком вдохе; болезненность в области послеоперационного шва на передней брюшной стенке.

**Анамнез заболевания:**

Со слов больного: тяжелую сочетанную травму получил в ДТП 6.09.02 (лобовое столкновение, сидел на пассажирском месте за водителем). Был доставлен в бессознательном состоянии бригадой СМП в Никольскую участковую больницу Одинцовского района, где была оказана медицинская помощь: лапаротомия, спленэктомия, ушивание разрывов печени и поджелудочной железы, наложена иммобилизационная гипсовая лонгета на левое плечо, от левой лопатки до пястно-фаланговых сочленений левой кисти. Через 4 дня переведен в 21 корпус ГКБ им. Боткина.

**Анамнез жизни:**

Родился в 1968 году. Рос и развивался нормально. Закончил 10 классов средней школы и ПТУ.

Перенесенные заболевания и операции: детские инфекции - корь, пневмония в 10 летнем возрасте. Наследственность: не отягощена (туберкулез, сахарный диабет, злокачественные новообразования отрицает).

Аллергологический анамнез: не отягощен.

Вредные привычки: курит в течение 20 лет пачку в день, выпивает умеренно по праздникам.

Жилищные условия: удовлетворительные. Живет в отдельной квартире. Питание регулярное, умеренное, сбалансированное.

**Status praesens.**

Состояние больного тяжелое. Телосложение правильное. Конституция астеническая. Температура тела 36.8оС.

Кожные покровы: нормальной окраски, чистые, эластичность нормальная, умеренной влажности. Оволосение по мужскому типу. Видимые слизистые оболочки (глаз, носа, губ) бледно-розовые.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы: визуально не увеличены, глубокие лимфатические узлы не пальпируются. Периферические лимфоузлы не увеличены, безболезненны, подвижны, с ровным контуром, размером с горошину.

Мышечная система: развиты нормально, тонус и мышечная сила умеренные, атрофии, гипертрофии, болезненности при пальпации не выявлено.

Суставы: (за исключением левого плечевого и левого тазобедренного) конфигурация внешне не изменена, не увеличены в размере, припухлости и гиперемии нет, активные и пассивные движения в полном объеме, без ограничений, безболезненны. Кожа над поверхностью суставов не изменена.

**Органы дыхания:**

Дыхание через нос свободное, ритмичное, самостоятельное. ЧДД = 22 в мин. Признаков дыхательной Грудная клетка цилиндрической формы, без видимых деформаций, правая и левая половины симметричны, экскурсия правой половины грудной клетки ограничена из-за боли, которая усиливается при глубоком дыхании. Эластичность грудной клетки нормальная, голосовое дрожание не проводится в нижние отделы правого легкого. Определяется болезненность при пальпации по средней подмышечной линии справа в области 5, 6 ребер.

Перкуторный звук над симметричными участками обоих легких при сравнительной перкуссии легочный, имеется притупление перкуторного звука в нижнем отделе правого легкого.

Топографическая перкуссия:

Высота стояния верхушек легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Спереди | Сзади |
| Слева | 3 см выше уровня ключицы | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |
| Справа | 3 см выше уровня ключицы | на уровне остистого отростка VII шейного позвонка |

Ширина перешейков полей Кренига слева и справа 5 см.

Нижняя граница легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Справа | Слева |
| L. parasternalis | пятое межреберье | ------ |
| L. medioclavicularis | VI ребро | ----- |
| L. axillaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| L. axillaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| L. axillaris posterior | IX ребро | IX ребро |
| L. scapularis | X ребро | X ребро |
| L. paravertebralis | Oстистый отросток XI грудного позвонка | Остистый отросток XI  грудного позвонка |

Экскурсия нижнего края правого и левого легкого по средней подмышечной линии – 3,5 см.

При аускультации – дыхание жесткое, проводится во все отделы одинаково. Единичные хрипы в н/отделах правого легкого.

**Сердечно-сосудистая система:**

При осмотре – область сердца и крупных сосудов не изменена. Верхушечный и сердечный толчок на глаз не видны. При пальпации верхушечный толчок не уширен, не усилен, низкой амплитуды.

## Относительная тупость сердца:

правая граница – по правому краю грудины

левая граница – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии

верхняя граница – в III межреберье

Абсолютная тупость сердца:

правая граница – левый край грудины

левая граница – на 1,0 см кнутри от левой среднеключичной линии

верхняя граница – III ребро

Аускультация сердца: тоны сердца приглушены, ритм правильный. Шумы не выслушиваются. ЧСС = 105 уд в мин. Пульс на периферических артериях симметричен, удовлетворительного наполнения и напряжения. PS пр. = PS лев.= 105 уд в мин. Дефицита пульса нет. АД пр.= АД лев.= 130/90 мм рт ст.

**Органы желудочно-кишечного тракта**:

При осмотре: язык чистый, влажный, без налета. Слизистая полости рта бледно – розовая. Аппетит сохранен. Глотание свободное. Живот не увеличен, симметричен, в дыхании участвует равномерно, венозная подкожная сеть визуально не определяется.

При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в области послеоперационного рубца, грыжевидных выпячиваний не выявлено. При глубокой, скользящей пальпации по Образцову-Стражеско: без патологии.

Перкуссия печени:

верхняя граница: L. axilaris anterior VII ребро

L. clavicularis media VI ребро

L. parasternalis dextra VI ребро

нижняя граница: L. axilaris anterior Х ребро

L. clavicularis media край реберной дуги

L. parasternalis dextra на 1 см ниже края реберной дуги

L. mediana anterior на 2 см ниже мечевидного отростка

Размеры печени по Курлову: 9 – 8 - 7 см

При пальпации: край печени ровный, мягкий, безболезненный. Поверхность печени гладкая, ровная. Пальпация в области проекции желчного пузыря безболезненна, симптом Ортнера, Курвуазье, Захарьина, френикус-симптом – отрицательные.

Селезенка не пальпируется, произведена спленэктомия. Пальпация области селезенки безболезненна. Симптомы раздражения брюшины отрицательные.

При аускультации выслушиваются активные перистальтические шумы.

Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

**Мочевыделительная система:**

При осмотре области почек выбухания, гиперемии нет. Пальпация области почек безболезненна. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеотделение через катетер.

**Эндокринная система:**

При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Пальпация: щитовидная железа не увеличена, симметрична. Экзофтальма нет, симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса отрицательные. Пальпация области проекции поджелудочной железы безболезненна.

**Нервно-психическая сфера:**

Сознание ясное. Правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности, контактен. Поведение адекватное. Очаговой неврологической симптоматики нет. Взор фиксирует.

OD = OS. Судорог нет. Движения правых конечностей в норме.

### Status localis

При осмотре область левого т/бедренного сустава отечна, болезненна при пальпации. Симптом «прилипшей пятки» слева. Пассивные движения в левом т/бедренном суставе ограничены из-за боли. Болезненность при осевой нагрузке в области тазобедренного сустава и в с/3 левого бедра. Левое бедро в с/3 деформировано, отечно. Определяется относительное укорочение конечности в пределах 2 см. Определяется крепитация костных отломков. В области перелома имеется ушитая рана размерами до 5 см, расположенная по наружной поверхности, без признаков воспалительного процесса. Нейро-сосудистых расстройств в дистальных отделах левой нижней конечности не выявлено. Движения и чувствительность в пальцах левой стопы не нарушены.

Область левого плечевого сустава деформирована, отечна. Имеется относительное укорочение левого плеча на 1,5-2 см. Гематома в области левого плечевого сустава размером 4х3 см. Наблюдается болезненность при осевой нагрузке и ротационных движениях. Пальпация болезненна, активные движения в левом плечевом суставе не возможны, пассивные – ограничены, из-за болевого синдрома. При пальпации плечевого сустава по наружно верхней поверхности определяется фрагмент левой плечевой кости, смещенный кверху. Нейро-сосудистых расстройств в дистальных отделах левой верхней конечности не выявлено. Движения и чувствительность в пальцах левой кисти не нарушены.

Экскурсия правой половины грудной клетки ограничена из-за боли, которая усиливается при глубоком дыхании. Определяется болезненность при пальпации по средней подмышечной линии справа в области 5, 6 ребер.

**Предварительный диагноз:**

Перелом шейки левой бедренной кости. Открытый перелом диафиза левого бедра в с/3. Перелом шейки левой плечевой кости со смещением отломков. Перелом 5, 6 ребер справа.

**План обследования.**

1. Рентгенография: левого т/бедренного сустава, левой бедренной кости, левого плечевого сустава, грудной клетки.
2. Общий анализ крови.
3. Общий анализ мочи.
4. Биохимический анализ крови.
5. ЭКГ.
6. Группа крови, резус-фактор.
7. RW, HBs-Ag, HcV, ВИЧ.

**Лабораторные и инструментальные методы исследования.**

Рентгенография левого т/бедренного сустава:

Определяется базальный перелом шейки левого бедра со смещением дистального фрагмента кнутри.

Рентгенография левого бедра

Оскольчатый перелом диафиза бедра в с/3 со смещением дистального фрагмента на поперечник кнутри.

Рентгенография левого плечевого сустава

Перелом хирургической шейки левого плеча со значительным смещением дистального фрагмента кверху.

Рентгенография грудной клетки

Справа в легком – понижение прозрачности без четких контуров, средостение не смещено. Правый купол диафрагмы приподнят. Заключение: правосторонняя пневмония, нельзя исключить выпот в правую плевральную полость.

Общий анализ крови 10.09.02г.

Гемоглобин 95 г/л

Эритроциты 4.1 х 1012/л

Лейкоциты 6.0 х 109/л

Нейтрофилы палочкоядерные 2 %

Нейтрофилы сегментоядерные 62 %

Лимфоциты 30 %

Моноциты 2 %

Эозинофилы 4 %

СОЭ 14 мм\час

RW 10.09.02 г. – отриц.

Антитела к ВИЧ 10.09.02 г. не обнаружены.

Антитела к HCV от 10.09.02 обнаружены.

Общий анализ мочи. 11.09.02г.

Цвет соломенно-желтый

Прозрачность полная

Относительная плотность 1015

Реакция слабо-щелочная

Белок 0,06

Эпителий плоский 2 – 3 в п. зр.

Цилиндры гиал. нет

Лейкоциты нет

Эритроциты 0 – 1 в п. зр.

Бактерии нет

Слизь нет

Соли нет

Биохимический анализ крови. (10.09.02 г.)

Общий белок 66 г/л

Билирубин общий 20,0 мкмоль/л

Билирубин прямой 7,6 мкмоль/л

Мочевина 6,8 ммоль/л

АЛТ 148 ммоль/ч л

АСТ 132 ммоль/ч л

Сахар крови 10.09.02г.: 3,7 ммоль/л

ЭКГ 12.09.02 г.

Ритм правильный. Синусовая тахикардия. ЧСС 105 в мин. ЭОС расположена вертикально.

**КЛИНИЧЕСИЙ ДИАГНОЗ.**

ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, множественные разрывы печени, разрыв селезенки, размозжение тела и хвоста поджелудочной железы, гемоперитонеум; базальный перелом шейки левого бедра, открытый перелом диафиза левого бедра в с/3 со смещением, аддукционный перелом шейки левой плечевой кости со смещением, перелом 5, 6 ребер справа; постгеморрагическая анемия.

**Обоснование диагноза.**

Диагноз базальный перелом шейки левого бедра со смещением отломков поставлен на основании:

жалоб больного на боли в области левого т/бедренного сустава, усиливающихся при пассивных движениях в левом т/бедренном суставе.

анамнеза – травма возникла при ДТП

данных клинического обследования симптом «прилипшей пятки», укорочения ноги с наружной ротацией.

данных рентгенографии – базальный перелом левого бедра со смещением отломков.

Диагноз открытый перелом диафиза левого бедра в с/3 со смещением можно поставить на основании жалоб больного: боли в области с/3 бедра, невозможности поднять прямую ногу; данных объективного метода обследования: деформация и болезненность при пальпации в с/3 бедра, относительное укорочение левого бедра на 1,5-2 см, обнаружения раны размером 5 см по наружной поверхности с/3 левого бедра; данных рентгенографии - оскольчатый перелом диафиза бедра в с/3 со смещением дистального фрагмента на поперечник кнутри.

Диагноз: аддукционный перелом хирургической шейки левого плеча можно поставить на основании жалоб больного на боль в области плечевого сустава, отсутствие активных движений и снижение амплитуды пассивных; припухлости, гематомы, болезненности при пальпации, крепитации костных отломков, деформации сустава; механизме травмы – в момент аварии плечо пострадавшего находилось в состоянии прведения; и данных рентгенограммы - перелом хирургической шейки левого плеча со значительным смещением дистального фрагмента кверху.

Диагноз перелом 5,6 ребер справа ставим на основании характерных жалоб больного: боль в правой половине грудной клетки, усиливающаяся при глубоком дыхании; объективного обследования – болезненность при пальпации в области 5, 6 ребер справа по средней подмышечной линии.

**Дифференциальный диагноз.**

Перелом шейки бедра следует дифференцировать от:

1. Вывиха бедра.

При вывихе бедра отмечается пружинящее сопротивление при попытке пассивного отведения ноги и движений в т/бедренном суставе. Нога находится в вынужденном положении - согнута в коленном суставе и ротирована кнутри. Нет патологической подвижности и костной крепитации в области б/вертела.

2. Чрезвертельных переломов бедра.

При чрезвертельных переломах бедра болезненность при пальпации отмечается больше в области б/вертела, а при переломе шейки бедра болезненность больше в паховой области.

На рентгенограммах левого т/бедренного сустава четко выявляется перелом шейки бедра, в отличии от чрезвертельного перелома бедра.

3. Подвертельного перелома бедра.

При подвертельном переломе отмечается отечность и болезненность в в/3 бедра, патологическая подвижность и крепитация костных отломков там же, подтверждается R-ки.

Открытый перелом диафиза бедра следует дифференцировать:

* от закрытого перелома бедра, при котором нет нарушения целостности кожного покрова в области перелома.
* От переломов диафиза бедра на других уровнях, что определяется рентгенологическим методом исследования.

Перелом шейки плечевой кости следует дифференцировать от:

1. Вывиха плеча.

При вывихе плеча отмечается пружинящее сопротивление при попытке пассивного отведения руки и движений в плечевом суставе. Рука находится в вынужденном положении. Нет патологической подвижности и костной крепитации.

2. Переломов диафиза плеча.

При переломах диафиза плеча болезненность при пальпации отмечается больше в области перелома, а при переломе шейки плеча болезненность больше в области плечевого сустава, уровень перелома подтверждается R-ки.

### Лечение

При лечении переломов необходимо стремиться выполнить 2 основные задачи: возможно более полное восстановление анатомической структуры кости и устойчивую надежную фиксацию отломков. Оба этих фактора в дальнейшем будут способствовать скорейшему сращению перелома и более полному восстановлению функции конечности.

#### Лечение переломов шейки бедра можно разделить на 2 типа: консервативный, оперативный.

Первый способ лечения подразумевает нахождение больного на скелетном вытяжении от 1,5 до 2,5 мес.

*Хирургическое лечение.* Операцию производят по неотложным показаниям. Если ее выполняют не в день поступления, то до операции накладывают скелетное вытяжение за бугристость большеберцовой кости (груз 6— 8 кг) на стандартной шине Белера.

Существует два основных метода остеосинтеза медиальных переломов шейки бедра: 1) закрытый (внесуставной), когда сустав не вскрывают и место перелома не обнажают; 2) открытый (внутрисуставной), применяемый только в тех случаях, когда закрытая репозиция невозможна (чаще при интерпозиции капсулой и при старых переломах). Если рентгенологический контроль за положением отломков и фиксатора во время операции невозможен, также показан открытый остеосинтез.

Закрытый остеосинтез проводят под местной анестезией или под наркозом после закрытой репозиции скелетным вытяжением или после одномоментной репозиции на ортопедическом столе.

*Одномоментная репозиция по Уитмену.* Осуществляют тракцию по длине выпрямленной ноги, пока ее относительная длина не будет равна длине здоровой конечности. При продолжающейся тракции ногу ротируют кнутри до 40 — 50º и фиксируют в положении отведения на 20º. Положение больного на ортопедическом столе должно обеспечить фиксацию достигнутой репозиции перелома и удобство рентгенологического контроля в двух проекциях за тазобедренным суставом.

Оперативное лечение заключается в закрытой репозиции и фиксации отломков одним из способов: Г-образной пластиной, 3-х лопастным гвоздем с накладкой, канюлированными винтами, внеочаговым чрескостным остеосинтезом различными аппаратами внешней фиксации: Илизарова, Волкова-Огонесяна, Фурдюка.

*Послеоперационное лечение.* После закрытого остеосинтеза гипсовую повязку не накладывают. *С* боков ноги для предупреждения ее наружной ротации укладывают валики с песком. После открытого остеосинтеза до снятия швов (на 7 — 10-е сутки) накладывают заднюю гипсовую лонгету от XII ребра до пальцев стопы. С первых же дней после операции показано активное ведение больных (повороты в постели, дыхательная гимнастика). В течение 3-й и 4-й недели больные начинают ходить на костылях без опоры на больную ногу. С целью профилактики асептического некроза головки бедра (особенно при субкапитальных переломах) нагрузку на больную ногу не разрешают до *5 —* 6 мес после операции. Гвоздь или винты удаляют после полной консолидации перелома: обычно не раньше чем через год после операции. Трудоспособность оперированных закрытым методом восстанавливается через 7 — 18 мес.

#### Лечение переломов диафиза бедра можно разделить на 2 типа: консервативный, оперативный.

Первый способ лечения подразумевает нахождение больного на скелетном вытяжении за бугристость большеберцовой кости от 1 до 2,5 мес, с последующим наложением циркулярной гипсовой повязки.

Оперативное лечение заключается в закрытой репозиции и фиксации отломков одним из способов:

* накостным остеосинтезом пластинами имеющими большое количество отверстий (8 – 12) и винтов с упорной нарезкой;
* внеочаговым чрескостным остеосинтезом различными аппаратами внешней фиксации: Илизарова, Волкова-Огонесяна, Гудуашури, Сиваша, Демьянова, Фурдюка, аппарат РАПФИС – спицы и стержни аппаратов проводятся через тело кости через линию перелома и вне области перелома и путем манипуляций с фиксаторами можно добиться хорошего сопоставления отломков закрытым путем и стабильной фиксации до полного сращения кости.

При переломах хирургической шейки плеча со смещением лечение проводится постоянной репозицией (скелетное вытяжение), одномоментной репозицией и оперативными методами. Метод постепенной репозиции на отводящей шине с вытяжением за локтевой отросток – наиболее щадящий. Вытяжение накладывается на 3 – 4 недели, а шину снимают на 5 – 6 неделе.

При абдукционных переломах руку подвешивают на косынке, положив валик в подмышечную ямку. Под действием тяжести верхней конечности искривление устраняется.

Оперативное лечение заключается в репозиции отломков и их остеосинтезе, используя: спицы, винты, штифты, спице - стержневые аппараты, цапку Каплана, Т- и L-образные пластины.

**Динамическое наблюдение.**

**17.10.02.** Состояние средней тяжести. Сознание ясное. Жалобы на боли в области переломов и послеоперационного шва на передней брюшной стенке. Объективно: температура тела – 36,8 С. АД=180/90, пульс – 85. Тоны сердца ритмичны, приглушены. Дыхание в легких жесткое, выслушиваются влажные мелкопузырчатые хрипы в нижнем отделе правого легкого. ЧДД – 18 в мин. Аппетит сохранен. Определяется болезненность в области лапаротомического послеоперационного рубца на передней брюшной стенке. Стул в норме. Мочеотделение через катетер в количестве 700 мл/сут.

Левая нижняя конечность уложена в физиологическое положение, проводится скелетное вытяжение за надмыщелковую область левой бедренной кости с грузом 8 кг. Воспалительных явлений в месте проведения спицы нет. Рана наружной поверхности левого бедра закрылась. Послеоперационная рана живота полностью эпителизировалась, в области бугристости большеберцовой кости (где ранее проводилось вытяжение) рана поверхностная, не беспокоит. Покрыта формирующимся струпом.

**Предоперационный эпикриз (19.10.02.)**

Больной \_\_\_\_\_ поступил в \_\_\_\_\_\_\_\_\_ с диагнозом: ЗЧМТ, сотрясение головного мозга, множественные разрывы печени, разрыв селезенки, размозжение тела и хвоста поджелудочной железы, гемоперитонеум;

базальный перелом шейки левого бедра, открытый перелом диафиза левого бедра в с/3 со смещением, аддукционный перелом шейки левой плечевой кости со смещением, перелом 5, 6 ребер справа, постгеморрагическая анемия.

Переведен из Никольской участковой больницы, где было проведено: Ушивание ран печени и поджелудочной железы, оментогепатопексия, спленэктомия, иммобилизационная гипсовая лонгета на левую верхнюю конечность и шина Беллера на левую нижнюю конечность.

В травматологическом отделении в 21 корпусе ГКБ им. Боткина снята гипсовая лонгета, проводилось скелетное вытяжение за бугристость левой большеберцовой кости, после прорезывания спицы – вытяжение за надмыщелки бедра. Зона прорезавшейся спицы – заживление под струпом.

Планируется остеосинтез шейки левого бедра канюлированными винтами и перелома диафиза левого бедра пластиной. Согласие больного получено.

Транспортировать в операционную на шине Крамера.

**Анестезия (23.10.02.)**

В асептических условиях проведена пункция субарахноидального пространства на уровне L3 – L4 интратенально, введен Sol. Marcaini spinal 20 mg. Адекватный блок развился через 15 мин. Sol. Midazolami 15mg дробно. Больной спит, дыхание ровное. АД 120/70 – 130/75, PS – 100. Инфузия: Sol. NaCl 0,9% - 2800; Sol. Ringer 2000; Sol. Metrogili 100; Sol. Poliglucini 100; CЗП 560, эритромасса – 536 AII Rh+.

Течение анестезии гладкое, выход из анестезии адекватный. Больной проснулся с сохраненным спинальным блоком, перевезен в палату под наблюдением мед. персонала.

**Протокол операции.**

23.10 10:20 – 12:55. Операция – Остеосинтез левой бедренной кости пластиной; остеосинтез шейки левой бедренной кости канюлированными винтами.

Под эпидуральной анестезией:

1. – произведен разрез кожи около 15 см по наружной поверхности средней трети левого бедра. Послойное обнажение зон перелома диафиза бедренной кости, гемостаз. При ревизии: двойной оскольчатый перелом в средней трети бедра со смещением, один из центральных отломков сросся с проксимальным фрагментом с некоторым ротационным смещением, костные фрагменты выделены и освежены; репозиция; остеосинтез пластиной и 10 кортикальными винтами, остеосинтез стабилен. Дополнительные отломки фиксированы 2 шурупами. Рана промыта H2O2, произведен гемостаз, рана послойно ушита, наложена спиртовая повязка.
2. – после репозиции на ортопедическом столе под контролем электронно-оптического преобразователя произведен остеосинтез 3 канюлированными губчатыми винтами без рассечения тканей. Наложена спиртовая повязка.

**Назначено:**

#### Режим палатный

Стол 15 (хирургический), питье без ограничений

Ренгенография левого бедра с захватом т/б сустава

Sol. Analgini 50% - 2,0 в/м 3р/д

Sol. Dimedroli 15 – 2,0 в/м на ночь

Claforani 1,0 в/в 3р/д

Metrogili 100,0 в/в кап 2р/д

Fraxiparini 0,3 п/к

ФТЛ

Контроль Hb

**23.10.02**

Состояние больного соответствует тяжести операции. Жалобы на боли в области операционной раны. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела 37,3 С. АД=130/70, PS – 72 уд/мин, ЧДД – 16 в мин. Физиологические отправления в норме. На перевязке: по дренажу выделилось – 200 мл. Повязка умеренно промокла кровью. Наложена асептическая повязка. Назначено: Omnoponi 20% - 1,0 п/к. Снятие швов через 7 дней.

**24.10.02.**

Состояние больного удовлетворительное. Жалобы на боль в области послеоперационной раны. Объективно: температура тела 37,20С. АД=130\80 мм рт ст.

PS= ЧСС=78 в мин. ЧД=16 в мин. Физиологические отправления в норме. Нейро-сосудистых расстройств левой нижней конечности нет.

На перевязке: Повязки умеренно промокли кровью, по дренажу – 50 мл. Рана без воспалительных явлений. Из раны выделилось около 1 мл крови, резиновые выпускники извлечены, обработаны края раны фурациллином, наложена спиртовая повязка. Рекомендовано: ампиокс 1,0г - 4 р/д в/м, перевязки, ФТЛ.

На контрольных рентгенограммах области переломов левой бедренной кости - стояние отломков, пластины и винтов удовлетворительное, ось бедренной кости правильная.

Рекомендовано проведение остеосинтеза Т или L- образной пластиной через 2 недели после проведенной операции остеосинтеза шейки бедра канюлированными винтами и остеосинтеза пластиной диафиза бедра в связи с тяжелым состоянием больного.

**Список использованной литературы.**

1. Вайнштейн В.Г. Руководство по травматологии. Л.: Медицина 1983г.
2. Зверев Е.В. Внутрикостный остеосинтез плечевой кости. // Травматология ортопедия и протезирование – 1988 - №7.
3. Мусалатов Х.А., Юмашев Г.С. Травматология и ортопедия. М.: Медицина 1995 г. 560 с.
4. Каплан А.В. Повреждение костей и суставов.

М.: Медицина, 1979г.

5. Литтманн И. Оперативная хирургия. Будапешт, Изд-во академии наук Венгрии. 1995 г. 1176 с.