**МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ’Я УКРАЇНИ**

**ІВАНО-ФРАНКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**КАФЕДРА ТРАВМАТОЛОГІЇ, ОРТОПЕДІЇ ТА ВПХ**

Завідувач кафедри: д.мед.н. проф. Сулима В.С.

Викладач: ас. Гуцуляк В.І.

**ІСТОРІЯ ХВОРОБИ**

Куратор: студентка 5 курсу 2\* групи

Процюк Христина Володимирівна

Оцінка за написання:

Оцінка за захист:

Викладач (підпис):

Івано-Франківськ

2013 рік

**І. Паспортна частина**

**(Pars officialis)**

1. Прізвище, ім’я, по батькові: Кушвид Валерій Семенович
2. Вік: 46 років, 20.02.1967 р.н.
3. Стать: чоловіча
4. Освіта: вище професійне училище №21 м.Івано-Франківська
5. Професія і місце роботи: слюсар, ПАТ Івано-Франківський завод «Промприлад»
6. Адреса місця проживання: с. Старий Лисець Тисменицького р-ну Івано-Франківської обл.
7. Сімейний стан: одружений
8. Дата і час поступлення в стаціонар: 08.04.13., 09.00 год.
9. Поступив в стаціонар за екстреними показаннями: так
10. Через скільки годин після травми: через 2 дні після травми
11. Діагноз установи, яка направила хворого: Закритий перелом діафіза правої плечової кістки
12. Клінічний діагноз:

* Основний: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Fractura traumatica occulta obliqua ossis humeri dextri in partis media consolidans.
* Супутній: -

1. Заключний діагноз:

* Основний: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Стан після інтрамедулярного остеосинтезу. Fractura traumatica occulta obliqua ossis humeri dextri in partis media consolidans. Osteosynthesis intramedullaris.
* Ускладнення: -
* Супутній: -

1. Дата виписки: 15.04.13.
2. Захворювання закінчилось: покращенням

**ІІ. Скарги хворого на день курації**

**(Querellae aegroti)**

Хворий скаржиться на незначний біль в правому плечі після перенесеної операції, який дещо посилюється при рухах рукою, навантаженні на плечову кістку. Також є скарги на порушення функції правої верхньої кінцівки, загальну слабість.

**ІІІ. Анамнез травми**

**(Anamnesis traumatis)**

За словами пацієнта, травма виникла 06.04. після того, як хворий йшов пізно ввечері додому, спіткнувся і невдало впав на праву руку. Після цього виник інтенсивний ниючий біль в правому плечі, який посилювався при спробах рухати рукою, при пальпації та осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці, плече стало дещо вкороченим. Наступного дня вказані симптоми посилились, проте хворий вважав, що в нього забій і все мине самостійно. Для зменшення болю приймав но-шпу. Оскільки біль, набряклість та обмеженість рухів не минали, 08.04. хворий звернувся по допомогу в травматологічний пункт Івано-Франківської міської клінічної лікарні №1, де він в той же день був прооперований.

**IV. Анамнез життя**

**(Anamnesis vitae)**

Кушвид В.С. народився від других пологів в сім’ї столяра та медсестри. Проживав у Старому Лисці. Ріс і розвивався в задовільних матеріально-побутових умовах. В фізичному та психічному розвитку від ровесників не відставав. Щеплення проводились за календарем. Після закінчення школи навчався в вищому професійному училищі, після чого почав працювати слюсарем на заводі «Промприлад». Умови праці задовільні. В 23-річному віці одружився, має двох дітей. Проживає в задовільних умовах. Харчується регулярно. Перенесені захворювання: в дитинстві переніс кір, вітряну віспу. В зв’язку з апендицитом у 20-річному віці був прооперований. ГРВІ хворіє не частіше 2-х разів на рік. 11 років тому при ударі отримав травму – внутрішньосуглобовий перелом правої плечової кістки. Спадкові, венеричні, психічні, онкологічні захворювання, туберкульоз, гепатити, ортопедичну патологію в себе та в родичів заперечує. Не курить, не приймає наркотиків, деколи вживає алкоголь. Алергологічний анамнез не обтяжений.

**V. Загальний стан хворого**

**(Status praesens objectivus)**

Загальний стан задовільний. Свідомість ясна. Контакт з хворим доступний. Положення в ліжку активне. Конституція нормостенічна. Шкіра блідо-рожева, помірної еластичності, без висипань. Видимі слизові блідо-рожевого кольору, вологі, без висипань і крововиливів. Зуби сановані. Мигдалики не збільшені, без нальоту. Лімфатичні вузли не пальпуються. Підшкірно-жирова клітковина помірно розвинена. М’язи розвинені добре. Набряки відсутні. Температура тіла – 36,7˚С.

*Дихальна система*

Огляд. Дихання носом вільне, виділень з носа немає. Надключичні та підключичні ямки виражені помірно. Лопатки щільно пристають до грудної клітки з обох боків. Грудна клітка циліндричної форми. Обидві половини грудної клітки приймають однакову участь в акті дихання. Тип дихання – черевний. Частота дихальних рухів – 18 за хвилину.

Пальпація. Грудна клітка при пальпації не болюча, еластична, голосове тремтіння проводиться однаково на симетричних ділянках.

Перкусія. Над легенями ясний легеневий звук. Границі легень не виходять за межі норми.

Аускультація. Над легенями везикулярне дихання.

*Серцево-судинна система*

Огляд. Ділянка серця не змінена, пульсація судин шиї не помітна.

Пальпація. При пальпації ділянки серця відчувається верхівковий поштовх, що розташований у 5-му міжребер’ї на 1 см досередини від лівої серединно-ключичної лінії, середньої висоти, помірної сили та резистентності. Пульс – 72 за хвилину, ритмічний, задовільного наповнення та напруження.

Перкусія. Відносні та абсолютні границі серця знаходиться в межах норми. Судинний пучок не виходить за краї грудини.

Аускультація. Тони серця чисті, звучні, ритмічні. Частота серцевих скорочень – 72 за хвилину. Артеріальний тиск – 125/80 мм. рт. ст.

*Система органів травлення*

Огляд. Язик вологий, чистий. Ясна блідо-рожеві, чисті, не кровоточать. Зуби сановані. Мигдалики звичайних розмірів, рожеві. Задня стінка глотки гладка, рожева. Живіт овальної форми, не збільшений в об’ємі.

Пальпація. При поверхневій пальпації живіт м’який, не болючий, розходжень м’язів не виявлено, симптоми подразнення очеревини від’ємні. При глибокій пальпації патології не виявлено.

Перкусія. Над животом тимпанічний звук.

Аускультація. Над кишківником прослуховуються перистальтичні шуми.

Печінка: при пальпації нижній край печінки не виходить з-під реберної дуги, м’якої консистенції, загострений, рівний, не болючий, поверхня його гладка. Границі по Курлову: 9 см – 8 см – 7 см.

Жовчний міхур не пальпується, при пальпації болю не виникає.

Шлунок: при аускультофрикції нижня межа знайдена на рівні 3 см вище пупка.

Підшлункова залоза не пальпується, при пальпації болю не виникає.

Селезінка не палькується. Перкуторно визначається між 9-им та 11-им ребрами.

*Сечовидільна система*

Огляд. Набряклості в ділянці попереку немає. Ділянка сечового міхура не змінена.

Пальпація. Нирки та сечовий міхур не пальпуються. При пальпації болю не виникає.

Перкусія. Симптом Пастернацького негативний з обох боків.

*Ендокринна система*

Щитоподібна залоза не збільшена. Підшкірно-жирова клітковина розподілена рівномірно. Первинні та вторинні статеві ознаки відповідають віку та статі.

*Нервова система*

Тактильна, температурна, больова чутливість не порушена. Рефлекси збережені, симетричні. Патологічних рефлексів не виявлено. Симптоми натягу від’ємні. Парези чи паралічі відсутні. Слух, зір, нюх, смак не порушені.

**VI. Об’єктивне ортопедичне обстеження**

**(Status praesens orthopedicus)**

Положення хворого в ліжку активне. Постава нормальна. Деформацій кінцівок, грудної клітки і черепа немає. Хода не порушена. При пальпації та перкусії кісток біль не визначається. Права плечова кістка недоступна для пальпації та перкусії через накладену гіпсову лонгету. При осьовому навантаженні на праву плечову кістку визначається болючість. Навантаження по осі інших кінцівок, хребта, тазу не болюче. Вісь кінцівок не викривлена. Довжина правої нижньої кінцівки – 87 см (стегна – 47 см, гомілки – 40 см). Довжина лівої нижньої кінцівки – 87 см (стегна – 47 см, гомілки – 40 см). Довжина правої руки – 60 см (плеча – 32 см, передпліччя – 28 см), лівої – 60 см (плеча – 32 см, передпліччя – 28 см). Обвід лівого плеча на відстані 15 см від акроміального відростка лопатки становить 30 см, обвід лівого передпліччя на відстані 10 см від ліктьового відростка – 24 см. Обвід правого стегна на відстані 25 см від найбільш виступаючої точки великого вертлюга становить 47 см, обвід правої гомілки на відстані 20 см від щілини колінного суглобу – 31 см. Обвід лівого стегна на відстані 25 см від найбільш виступаючої точки великого вертела становить 47 см, обвід лівої гомілки на відстані 20 см від щілини колінного суглобу – 31 см. Обвід сегментів правої верхньої кінцівки не вдалось визначити через наявність на ній гіпсової лонгети. Активні і пасивні рухи у суглобах лівої руки та нижніх кінцівок виконуються у повному об’ємі. Об’єм рухів у суглобах за Марксом-Дебрунером:

* Правий плечовий суглоб: не вдалось визначити через накладену гіпсову лонгету.
* Лівий плечовий суглоб:
* відведення/приведення 180˚/0˚/40˚
* згинання/розгинання 160˚/0˚/40˚
* зовнішня/внутрішня ротація при зігнутому лікті: 50˚/0˚/30˚
* Правий ліктьовий суглоб: не вдалось визначити через накладену гіпсову лонгету
* Лівий ліктьовий суглоб:
* згинання/розгинання 150˚/0˚/10˚
* пронація/супінація 80˚/0˚/80˚
* Правий променево-зап'ястковий суглоб: не вдалось визначити через накладену гіпсову лонгету.
* Лівий променево-зап'ястковий суглоб:
* згинання/розгинання 80º/ 0˚/70˚
* променева/ліктьова девіація 20˚/0˚/30˚
* Правий кульшовий суглоб:
* згинання/розгинання 130˚/0˚/10˚
* відведення/приведення 50˚/0˚/40˚
* зовнішня/внутрішня ротація 50˚/0˚/50˚
* Лівий кульшовий суглоб:
* згинання/розгинання 130˚/0˚/10˚
* відведення/приведення 50˚/0˚/40˚
* зовнішня/внутрішня ротація 50˚/0˚/50˚
* Правий колінний суглоб:
* згинання/розгинання 140˚/0˚/5˚
* Лівий колінний суглоб:
* згинання/розгинання 140˚/0˚/5˚
* Правий гомілково-ступневий суглоб:
* згинання/розгинання 40˚/0˚/30˚
* Лівий гомілково-ступневий суглоб:
* згинання/розгинання 40˚/0˚/30˚

М’язева сила за методами Коржа та Юмашева лівої верхньої кінцівки становить 5 балів, правої нижньої кінцівки – 5 балів, лівої нижньої кінцівки – 5 балів. М’язеву силу правої верхньої кінцівки не вдалось визначити через накладену гіпсову лонгету.

Пульсація периферичних судин задовільна.

**VII. Місце захворювання**

**(Locus morbi)**

Права рука – в гіпсовій лонгеті від аксілярної ямки до кисті, зафіксована бинтами, зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90˚. Шкіра довкола чиста, без ознак запалення, крововиливів, висипань, пігментацій. Колір шкіри правої верхньої кінцівки, відкритої для огляду, не змінений. Рухи обмежені. Периферична чутливість (больова, температурна, тактильна) збережена, периферична пульсація збережена. Ознак ураження периферичних нервів немає.

Для уточнення локального статусу необхідне рентгенологічне обстеження в стандартних положеннях.

**VIII. Попередній діагноз**

**(Diagnosis praeliminaris)**

На основі скарг хворого, що виникли після травми: інтенсивний ниючий біль в правому плечі, який посилювався при спробах рухати рукою, при осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці, виникнення болючості при осьовому навантаженні на праву плечову кістку, права рука – в гіпсовій лонгеті від аксілярної ямки до кисті, зафіксована бинтами, зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90˚, рухи кінцівки обмежені **можна виставити попередній діагноз:**Закритий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням відламків. Fractura traumatica occulta ossis humeri dextri in partis media consolidans.

**IX. Додаткові методи обстеження**

**(Rationes inguirendi)**

1. *Загальний аналіз крові* (08.04)

Еритроцити - 4,3·1012/л  
Гемоглобін - 142 г/л  
Кольоровий показник - 0,1  
Ретикулоцити – 5%

Тромбоцити - 270·109/л  
Лейкоцити – 6,4·109/л  
Базофіли - 0%  
Еозинофіли - 2%  
Паличкоядерні - 4%  
Сегментоядерні - 61%  
Моноцити - 6%  
Лімфоцити - 27%  
ШОЕ – 7 мм/год

1. *Загальний аналіз сечі* (09.04.)

Кількість - 80 мл  
Колір - солом’яно-жовтий  
Прозорість - прозора  
Лейкоцити - 1-2 в полі зору  
Еритроцити – 0 в полі зору  
Циліндри – 0 в полі зору

Бактерії – не виявлено

Білок – не виявлено  
Солі - окс +

1. *Аналіз крові на групу, резус-фактор* (08.04.)

0 (І), Rh (+) – позитивний

1. *Аналіз крові на RW* (08.04.)

RW (-) - негативна

1. *Біохімічний аналіз крові (загальний білок, білкові фракції, загальний білірубін, загальний холестерин, глюкоза, АлТ, АсТ, тимолова проба, креатинін, сечовина, Са)* (08.04.)

Загальний білок - 72 г/л  
Альбуміни - 43 г/л  
Глобуліни - 29 г/л  
Загальний білірубін - 13,2 мкмоль/л

Загальний холестерин – 3,28 мкмоль/л  
Глюкоза - 4,1 ммоль/л  
АлТ - 0,28 мкмоль/(г·л)  
Аст - 0,24 мкмоль/(г·л)  
Тимолова проба - 2,2 од.  
Сечовина - 5,1 ммоль/л  
Креатинін - 84,5 мкмоль/л

Са – 2,35 ммоль/л

1. *Коагулограма* (08.04.)

Протромбіновий індекс - 90%  
Фібриноген - 9 мкмоль/л  
Час по Лі-Уайту - 7 хв  
АЧТЧ - 30 с

Тромботест – V

1. *Аналіз калу на яйця глистів* (08.04.)

Яйця глистів не знайдено

1. *Рентгенографія правої плечової кістки в прямій та боковій проекції* (08.04.)

Визначається косий перелом середньої третини діафізу правої плечової кістки зі зміщенням уламків.

1. *Електрокардіографія* (08.04.)

Ритм синусовий, правильний з частотою 75 уд/хв. Електрична вісь серця не відхилена. Дистрофічних змін міокарда не виявлено.

1. *Консультація невропатолога* (08.04.)

Ознак ураження нервової системи не виявлено.

**X. Опис рентгенограм з малюнком**

**(Descriptio roentgenogrammatum cum schematem)**

Після травми Після лікування



На ретгенограмі в прямій проекції визначається косий перелом діафізу правого плеча. Проксимальний відламок зміщений назовні, дистальний – досередини. Кут деформації відкритий досередини.

Заключення: косий перелом середньої третини діафізу правої плечової кістки зі зміщенням уламків.

**ХІ. Диференціальний діагноз**

**(Diagnosis differentialis)**

Диференціальну діагностику доцільно проводити з:

1. **Закритим переломом хірургічної шийки плечової кістки**

*Спільні ознаки*: біль в плечі при пальпації та осьовому навантаженні, вкорочене плече, обмеження рухів в правому плечі.

*Відмінні ознаки:* біль в ділянці плечового суглобу, його набряклість, деформований плечовий суглоб, зміщена вісь плеча, на рентгенограмі – перелом хірургічної шийки плеча.

біль в правому плечі, який посилювався при спробах рухати рукою, при осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці.

1. **Закритим переломом діафізу плечової кістки з ушкодженням променевого нерва**

*Спільні ознаки:* біль в правому плечі, що посилюється при рухах рукою, при пальпації та осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці, вкорочене плече.

*Відмінні ознаки:* пасивно звисаюча кисть, пальці зігнуті, а І палець приведений, неможливість активно вивести кисть з долонного згинання, виконати тильне розгинання пальців, відвести І палець, парестезії в кисті, пальцях.

**ХІІ. Клінічний діагноз**

**(Diagnosis clinicae)**

* На основі попереднього діагнозу
* На основі даних додаткових методів дослідження: рентгенографія правої плечової кістки: косий перелом середньої третини діафізу правої плечової кістки зі зміщенням уламків.
* На основі проведеної диференціальної діагностики з закритим переломом хірургічної шийки плечової кістки та закритим переломом діафізу плечової кістки з ушкодженням променевого нерва

можна виставити такий клінічний діагноз:

* Основний: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Fractura traumatica occulta obliqua ossis humeri dextri in partis media consolidans.
* Ускладнення: -
* Супутній: -

**ХІІІ. Етіологія і патогенез**

**(Aetiologia et pathogenesis)**

 Переломи діафізу плечової кістки трапляються рідше, ніж переломи проксимального кінця, і найчастіше у людей зрілого віку. Переломи діафізу майже завжди повні. Лише у дітей бувають підокістні переломи, причому навіть зміщені під кутом відламки можуть утримуватися окістям, що вціліло. В діафізі плеча спостерігаються всі види переломів – поперечні, косі, спіральні, осколкові та різне їх сполучення.

*Механогенез травми* визначає локалізацію і вид перелому. Переломи діафіза, плечової кістки можуть виникати внаслідок прямої травми (удар по плечу, ДТП) або під час непрямої травми (падіння на витягнуту руку або лікоть). За прямої дії травмуючого зусилля виникають поперечні та осколкові переломи. Наслідком непрямої травми є косі або спіральні переломи діафіза плечової кістки.

Переломи можуть бути у верхній, середній і нижній третинах діафізу, а також можуть бути ускладненими пошкодженнями плечової артерії або променевого нерва.

Характер зміщення відламків зумовлений як механізмом травми, так і рефлекторним скороченням м’язів, тобто зміщення відламків залежить від рівня перелому і, отже, від напряму тяги м’язів, прикріплених до центрального і периферичного відламків.

Дана травма характеризується наступним: центральний відламок внаслідок скорочення м’язів займає положення відведення, відхилення вперед і зовнішньої ротації. Периферичний відламок же зміщується по ширині досередини з деякою внутрішньою ротацією, а по довжині – догори.

**XIV. Основні методи і методики лікування даної патології**

**(Methodes curationis)**

**Консервативне лікування**

Рекомендовані для іммобілізації плеча торакобрахіальні пов'язки в даний час застосовуються рідко. Іммобілізацію частіше проводять гіпсовими лонгетами або функціональними пов'язками  за Сормієнто. Консервативне лікування повинне базуватися на точному знанні його техніки, адаптованої до даного методу і відповідному веденні пацієнта.

При накладенні пов'язки слід уважно стежити за тим, щоб не створювати перешкод дихальним рухам грудної клітки. Первинну репозицію проводять тільки при грубому ротаційному зміщенні з метою корекції осі. При невеликому зміщенні і невираженій нестабільності застосовують II -подібну гіпсову лонгету, при вираженій нестабільності — полегшену відмодельовану пов'язку Дезо.

Іммобілізація плеча за Сормієнто передбачає рухи в плечовому і ліктьовому суглобах. Техніка накладення пов'язки зазвичай наступна. Дві відповідно змодельовані лонгети накладають на плече і обережно проводять репозицію перелому. Через 2-3 тижні у стадії формування кісткової мозолі накладають пов'язку Сормієнто. Функціональну гіпсову пов'язку застосовують протягом 2-3 міс. Відносними протипоказаннями до лікування методом Сормієнто є переломи в проксимальній і дистальній третині, оскільки пов'язка недостатньо фіксує фрагменти. Загальна тривалість фіксації для косих переломів — 6 тижнів, для всіх інших переломів — 6-8 тижнів.

У ранній період, коли ще є крепітація фрагментів, рекомендують вправи для пальців кисті, маятникоподібні рухи в ліктьовому суглобі, супінаційно-пронаційні рухи передпліччя. Через 3 тижні, коли крепітація проходить, рекомендуються додаткові вправи з тягою і напругою, вправи  зі сходинками на стіні, вправи з палицею.

**Оперативне лікування**

При неефективності консервативного лікування, при супутньому пошкодженні променевого нерва, при множинних осколчатих переломах в дистальному і проксимальному відділах показаний остеосинтез. Для остеосинтезу застосовують передньо-латеральний, дорзальний і медіальний хірургічні доступи.

При визначенні показів враховують:

1) тип перелому;

2) пошкодження м'яких тканин;

3) пошкодження променевого нерва;

4) супутні пошкодження (пошкодження верхньої кінцівки, пошкодження грудної клітки, двосторонні пошкодження верхніх кінцівок, політравма);

5) попередні захворювання, особливо дихальна недостатність;

6) попередні переломи суглобів (плечового і ліктьового);

7) конституцію пацієнта (ожиріння);

8) соціальну ситуацію;

9) вік і активність пацієнта.

Час лікування залежить від супутніх пошкоджень м'яких тканин, пошкодження променевого нерва, від загального стану пацієнта. Як правило, за невідкладними показами оперують відкриті переломи і переломи із закритими пошкодженнями м'яких тканин IV-V ступеня. При пошкодженнях променевого нерва показана декомпресія нерва при невідкладному хірургічному втручанні. Рання стабілізація перелому показана при загрозі дихальної недостатності. При «ланцюгових» пошкодженнях верхньої кінцівки, комбінуванні перелому плеча з торакальними пошкодженнями, при переломах плеча і передпліччя, а також при двосторонніх переломах плеча слід проводити негайне оперативне лікування, причому обидва переломи стабілізувати оперативно.

У пацієнтів з політравмою для створення можливості оптимального інтенсивного безболісного лікування в максимально зручному положенні пацієнта закриті переломи також краще лікувати оперативно. Хірургічне лікування показане при інтерпозиції м'яких тканин, загрозі перфорації шкіри фрагментом кістки, при захворюванні суглобів з наявним або загрозливим обмеженням рухів (запобігання подальшій функціональній недостатності).

Переломи з відкритими і закритими пошкодженнями м'яких тканин є абсолютним показом до оперативного лікування. Після хірургічної обробки рани перелом стабілізують пластиною.

Наявність політравми є показом для ранньої фіксації переломів діафіза плеча, оскільки для оптимального лікування політравми безболісне ведення пацієнта обов'язкове. У критичних ситуаціях стабілізацію перелому краще виконати зовнішнім фіксатором з подальшою заміною методу стабілізації на цвях або пластину.

**Хірургічні доступи**

Передньо-латеральний хірургічний доступ найкраще придатний для проксимально розташованих переломів до середини діафіза. Чим більш проксимально розташований перелом, тим більше допомогає відсікання дельтовидного мязу. Поверхневі і глибоку фасції дельтовидного мязу зберігають. При доступі необхідний постійний контроль за положенням променевого нерва і дбайливе ставлення до нього. На стороні нерва не слід користуватися гачком або важелем, відтісняти тканини краще пальцем.

Дорзальний доступ придатний для переломів в середній і дистальній третині діафіза, а також при переломах з пошкодженням променевого нерва. Оптимальним для цього доступу є положення пацієнта лежачи на животі, причому плече встановлюється на підставці таким чином, що передпліччя вільно звішується під кутом 90˚. Розріз шкіри проводиться дорзо-медіально. Після розтину поверхневої фасції проксимально між обома поверхневими головками трицепса виявляється променевий нерв, який не слід звільняти від тканин, що оточують його.

Переваги медіального доступу в тому, що пацієнт знаходиться в положенні лежачи на спині, відведена рука на ручному столику легкодоступна, доступ до кісток не блокується м'язами, тому вірогідність пошкодження їх незначна. Крім того, зручно проводити ревізію і лікування судин та ліктьового і серединного нервів.

**Вибір імплантата і техніка остеосинтезу**

Імплантантом вибору є широка (4,5 мм) пластина з обмеженим або мінімальним контактом. У пацієнтів і, перш за все, пацієнток з крихкими плечима застосовується вузька пластина з мінімальним контактом. У обидва головні фрагменти при накістковому остеосинтезі слід вводити по три гвинти. При косих та спіральних спіральних переломах додатково вводять інтерфрагментарний компресуючий гвинт. При дорзальному розташуванні пластини імплантат знаходиться під нервом. Променевий нерв в області встановлення пластини у жодному випадку не повинен препаруватися від тканин, що оточують його. Пошкодження його в ході операції спостерігається в 2-10% випадків.

При первинному пошкодженні променевого нерва слід виконати його декомпресію і стабілізацію перелому. Для цієї мети рекомендують виключно дорзальний доступ з оголенням названого нерва. Не дивлячись на необхідність декомпресії, не слід оголяти нерв на всю довжину — звичайно достатньо мобілізації його в міжмязовій перегородці. Від первинного мікрохірургічного невролізу слід відмовитися, щоб залишити інтактним епіневрій. При розсіченні променевого нерва після стабілізації перелому проводять його мікрохірургічне зшивання під операційним мікроскопом.

Пошкодження нерва можливе не тільки при остеосинтезі, але і при видаленні пластини, у зв'язку з чим в протоколі операції необхідно відзначати розташування нерва щодо пластини. Пластину розміщують, як правило, по зовнішній або задній поверхні кістки. При складних багатоосколчатих переломах типу С3 застосовують довші пластини і проводять кісткову пластику спонгіозною тканиною.

При багатофрагментарних та осколчатих переломах переважає так званий малоінвазивний остеосинтез.

Закритий остеосинтез плечової кістки стрижнем завдяки відкриттю нових імплантів і використанню нової техніки знайшов широке застосування. При багатьох переломах, перш за все у пацієнтів з остеопорозом, при поперечних і коротких косих переломах в середній третині діафіза багато хірургів віддають перевагу інтрамедулярному остеосинтезу. Введення цвяха виконують в положенні пацієнта лежачи на спині, але можна вводити його також в положенні хворого сидячи, що має значення у пацієнтів з черепно-мозковою травмою.

Передньо-латеральний розріз шкіри завдовжки 5 см проводять через дельтовидний м'яз дистально. Дельтовидний м'яз розтинають по ходу волокон, точка введення в плече залежить від виду імплантата. Як правило, вона розташовується на верхівці великого горбика. Слід уважно стежити за тим, щоб не пошкодити м'язи-ротатори і довге сухожилля двоголового м'яза плеча.

Показання до застосування ретроградного інтрамедуллярного методу в даний час ще повністю не визначені. Переваги остеосинтезу стрижнями за Револі в протилежність іншим традиційним методам полягають в незначному пошкодженні кістковомозкового каналу і безпечному доступі в дистальному відділі плеча.

Доступ проводять над променевим виростком або проксимально щодо ліктьової ямки. Після закритої репозиції перелому через отвір з радіального боку плеча в кістковомозковий канал вводять під рентгенконтролем 3-5 цвяхів, які еластично затискаються в кістці.

Негативним моментом інтрамедулярного остеосинтезу є небезпека імпіджмент-синдрому. У зв'язку з цим фахівці останніми роками рекомендують при переломах плечової кістки ретроградний інтрамедулярний остеосинтез стрижнем. На їх думку, операція безпечна, надійна, гарантує досягнення добрих результатів.

Як правило, застосовують наступну техніку операції. Пацієнт лежить на операційному столі на животі, зламане плече розташоване на рентгеннегативній підставці для руки. Рука зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90 °. Розріз завдовжки 8 см проводять по задній поверхні плеча від ліктьового відростка вгору. Капсула ліктьового суглобу не розкривається, тому немає небезпеки виникнення оссифікації і контрактур.

Кістковомозковий канал розкривають в центрі передбачуваного трикутника між медіальним і латеральним надвиростками і ямкою ліктьового відростка. У плечовій кістці в цій точці 3,2-міліметровим свердлом розсвердлюють 3 отвори у формі трикутника. Отвори розширюють 4,5-міліметровим свердлом, а потім конічним бором до розмірів 10 мм завширшки і 20 мм в довжину. В ході розсвердлювання зменшують кут нахилу бору до тих пір, поки він не розташуватиметься на одній лінії з ходом кістковомозкового каналу. При дуже вузькому кістковомозковому каналі для збільшення його діаметру використовують ручне сверло.

Обертальними рухами цвях вводять в кістковомозковий канал до лінії перелому, а після репозиції - в проксимальний фрагмент. Виконуюь блокування. Виступаючий кінець цвяха закривають ковпачком. Операцію закінчують первинною хірургічною обробкою рани та її ушиванням з дренуванням.

**XV. План лікування даного хворого**

**(Schema curationis)**

1. Режим палатний.
2. Дієта №15
3. Оперативне втручання: інтрамедулярний остеосинтез штифтом
4. Накладення гіпсової лонгети після операції
5. Нестероїдний протизапальний засіб: кеторолак
6. Комплексний вітамінний препарат – «Аевіт»
7. ЛФК
8. УВЧ

**XVI. Курація даного хворого**

**(Curatio aegroti nostri)**

Передопераційний епікриз: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Показання: внутрішньосуглобовий перелом правої плечової кістки в минулому. Протипокази: не виявлено. Хворий дав згоду на операцію. Операція: інтрамедулярний остеосинтез. Наркоз: кетамін + пропофол.

В даний час хворому накладена гіпсова лонгета після проведеного оперативного втручання. Лонгета накладена від акроміального відростка лопатки до кисті.

Штамп Шифр

09.04.13.

Гр-ну: Кушвиду В.С., 46 р.

Л-р: Процюк Х.В.

Rp.: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml

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

S.: вводити в/м по 1 мл 3 р/д

#

Rp.: Tab. “Aëvit” N. 10

D.S.: всередину по 1 капс. 1р/д

М.П.

**XVII. Щоденник**

**(Decursus morbi)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата | Перебіг захворювання | Призначення |
| 11.04.2013  t=36,7°C  АТ=125/80 мм.рт.ст.  ЧД=18/хв  ЧСС=72уд/хв.  13.04.13.  t=36,7°C  АТ=125/80 мм.рт.ст.  ЧД=18/хв  ЧСС=72уд/хв. | Загальний стан хворого задовільний. Хворий скаржиться на незначний біль в правому плечі після операції, який дещо посилюється при рухах рукою, навантаженні на плечову кістку; на порушення функції правої верхньої кінцівки, загальну слабість. Об’єктивно: шкіра та видимі слизові – блідо-рожевого кольору. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Над легенями перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно - дихання везикулярне. Межі серця не змінені. Серцеві тони ясні, ритмічні, чисті. Живіт м’який, не болючий. Симптом Пастернацього від’ємний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі. Місце хвороби: права рука – в гіпсовій лонгеті від аксілярної ямки до кисті, зафіксована бинтами, зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90˚. Шкіра довкола чиста, без ознак запалення, крововиливів, висипань, пігментацій. Колір шкіри правої верхньої кінцівки, відкритої для огляду, не змінений. Рухи обмежені. Периферична чутливість та пульсація збережені.  Загальний стан хворого задовільний. Хворий скаржиться на незначний біль в правому плечі після операції, порушення функції правої верхньої кінцівки. Об’єктивно: шкіра та видимі слизові – блідо-рожевого кольору. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Над легенями перкуторно ясний легеневий звук, аускультативно - дихання везикулярне. Межі серця не змінені. Серцеві тони ясні, ритмічні, чисті. Живіт м’який, не болючий. Симптом Пастернацього від’ємний з обох боків. Фізіологічні відправлення в нормі. Місце хвороби: права рука – в гіпсовій лонгеті від аксілярної ямки до кисті, зафіксована бинтами, зігнута в ліктьовому суглобі під кутом 90˚. Шкіра довкола чиста, без ознак запалення, крововиливів, висипань, пігментацій. Колір шкіри правої верхньої кінцівки, відкритої для огляду, не змінений. Периферична чутливість та пульсація збережені. | 1. Режим палатний 2. Дієта № 15 3. Фармакотерапія:  * Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml, вводити в/м по 1 мл 3 р/д * Tab. “Aëvit” N. 10, всередину по 1 капс. 1р/д  1. ЛФК 2. УВЧ 3. Режим палатний 4. Дієта № 15 5. Фармакотерапія:  * Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml, вводити в/м по 1 мл 3 р/д * Tab. “Aëvit” N. 10, всередину по 1 капс. 1р/д  1. ЛФК 2. УВЧ |

**XVIII. Заключний діагноз**

**(Diagnosis definita)**

* На основі клінічного діагнозу
* На основі проведеного лікування та спостереження за хворим

можна виставити такий заключний діагноз:

* Основний: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Стан після інтрамедулярного остеосинтезу. Fractura traumatica occulta obliqua ossis humeri dextri in partis media consolidans. Osteosynthesis intramedullaris.
* Ускладнення: -
* Супутній: -

**XIX. Прогноз**

**(Prognosis)**

* Прогноз для життя (Prognosis quo ad vitam) – сприятливий
* Прогноз для одужання (Prognosis quo ad valetudinem) – сприятливий
* Прогноз для праці (Prognosis quo ad laborem) - сприятливий
* Прогноз для функції (Prognosis quo ad functionem) - сприятливий

**XX. Наслідки захворювання**

**(Consequentiae morbi)**

В динаміці вивлено покращення самопочуття хворого, зменшення больових явищ.

Наслідок захворювання: покращення.

**XXI. Епікриз**

**(Epicrisis)**

Кушвид Валерій Семенович, 46 років, 08.04.13р. поступив в стаціонар травматологічного відділення Івано-Франківської міської клінічної лікарні №1 зі скаргами на інтенсивний ниючий біль в правому плечі, який посилювався при спробах рухати рукою, при пальпації та осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці, дещо вкорочене плече. З анамнезу хвороби відомо: травма виникла 06.04. після того, як хворий йшов пізно ввечері додому, спіткнувся і невдало впав на праву руку. Після цього виник інтенсивний ниючий біль в правому плечі, який посилювався при спробах рухати рукою, при пальпації та осьовому навантаженні, припухлість середньої третини плеча, обмеженість рухів в травмованій руці, плече стало дещо вкороченим. Наступного дня вказані симптоми посилились, проте хворий вважав, що в нього забій і все мине самостійно. Для зменшення болю приймав но-шпу. Оскільки біль, набряклість та обмеженість рухів не минали, 08.04. хворий звернувся по допомогу в травматологічний пункт Івано-Франківської міської клінічної лікарні №1, де він в той же день був прооперований. Об’єктивно: набряклість правого плеча, плече дещо вкорочене, рухи в ньому обмежені. Пальпація та осьове навантаження на кінцівку болючі. Дані додаткових методів обстеження: рентгенологічний висновок – косий перелом середньої третини діафізу правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Виставлено діагноз: Закритий косий перелом середньої третини діафіза правої плечової кістки зі зміщенням уламків. Проведено лікування: оперативне втручання - інтрамедулярний остеосинтез штифтом. Здійснено накладення гіпсової лонгети після операції. Призначено: Sol. Ketorolaci 3% - 1 ml, в/м по 1 мл 3 р/д, Tab. “Aëvit” N. 10, всередину по 1 капс. 1р/д, а також ЛФК та УВЧ. В результаті проведеного лікування стан хворого покращився.

Подальші рекомендації:

1. Уникати фізичних навантажень
2. Продовжити прийом таб. «Аевіт», по 1 капс. 1р/д протягом 1 міс.
3. ЛФК
4. УВЧ
5. Санаторно-курортне лікування

**XXII. Помилки й ускладнення**

**(Culpae et complicationes)**

Ускладнення, що могли виникнути:

1.Інфекція.

Лікування інфекції після остеосинтезу включає антибіотикотерапію, радикальну вторинну хірургічну обробку.

2.Псевдоартрози.

Після інтрамедулярного остеосинтезу може розвинутися гіпертрофічний псевдоартроз унаслідок ротаційної нестабільності. Лікування повинне полягати в поліпшення стабільності.

**XXIII. Література**

**(Series literaturae)**

* Травматология и ортопедия. Юмашев Г.С.- М.: Медицина, 1983
* Травматологія і ортопедія. Скляренко Є.Т.- К.: Здоров'я, 2005
* Травматология (европейские стандарты). Анкин А.Н., Анкин Н.А. - М.: МЕД­пресс-информ, 2005
* Травматология и ортопедия. Руководство для врачей. Шапошников Ю.Г.- М.: Медицина, 1997
* Травматология. Корнилов Н.В., Грязнухин Э.Г.- Санкт-Питербург: Гиппократ, 1999

Підпис куратора:

**Рецензія викладача на навчальну історію хвороби:**

Історія хвороби перевірена\_\_\_\_\_ Оцінка\_\_\_\_ Підпис викладача\_\_\_\_\_\_

Історія хвороби захищена\_\_\_\_\_\_ Оцінка\_\_\_\_ Підпис викладача\_\_\_\_\_\_