### Орловский государственный университет

### Медицинский институт

### Кафедра общей хирургии и анестезиологии

### Зав. кафедрой: академик РАЕН,

### д. м. н., профессор Горпинич А.Б.

### Преподаватель: доцент Исайкин А.А.

### История болезни

### Солодиловой Ларисы Вячеславовны, 30 лет

### Клинический диагноз:

### Основной: политравма – закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочки», закрытый вертикальный перелом суставного края подвздошной кости в левом крестцово-подвздошном суставе, смещение левой половины таза кверху на 1 см. Закрытый перелом 8, 9 рёбер справа и 6, 7 рёбер слева без смещения фрагментов. Закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе без смещения фрагментов. Закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки в области правого голеностопного сустава без смещения отломков 16-дневной давности.

### Осложнения: нет

### Сопутствующие заболевания: нет

### Куратор:

### Студентка 5 курса 10 группы

### Новикова Е.В.

### Дата курации: с 1.09.2008 по 6.09.2008

### Орёл, 2008

### Паспортная часть

### 1. Солодилова Лариса Вячеславовна

### 2. Возраст: 12.07.1977 год, 30 лет

### 3. Пол: женский

### 4. Место жительства: г. Орёл, Советский район, ул. Генерала Жданова, д. 21, кв. 15

### 5. Место работы, должность: ЗАО ОРЛЭКС

### 6. Дата поступления: 25.08.2008, 14.38

### 

### Жалобы

### На момент курации больная предъявляет жалобы на боли в левой лопаточной области, ограничение движений левой рукой. Не может сидеть, нарушена функция опорно-двигательного аппарата. Отмечает наличие гипсовой ленты на правой голени. Отмечает появление острых болей при глубоком вдохе в правой половине грудной клетки, слева болей нет. При попытке движения отмечает появление болей в правой половине таза.

### При целенаправленном опросе по другим системам и органам жалоб не предъявляет.

### Anamnesis morbi

### Травма получена в быту при дорожно-транспортном происшествии, произошедшем 17.08.2008. При травме была потеря сознания и сейчас не помнит всех обстоятельств. Была доставлена в Нарышкинскую ЦРБ, где лечилась консервативно, проводилась инфузионная терапия. При достижении компенсированного состояния больная переведена в ООКБ для дальнейшего лечения.

### Anamnesis vitae

### Родилась 12.07.1977 в г. Орле, первым и единственным ребёнком в семье. Развивалась в удовлетворительных условиях, в умственном и физическом развитии от сверстников не отставала.

### Замужем. Менструации регулярные, Б – 2, Р – 2, А – 0.

### Трудовая деятельность не способствует появлению травм.

### Жилищные и санитарно – гигиенические условия в быту удовлетворительные. Питание регулярное, разнообразное.

### Из вредных привычек отмечает курение (курит с 20 лет; по 7 сигарет в день).

### Из перенесённых заболеваний отмечает: детские инфекции, ОРЗ, грипп. Венерические болезни, туберкулёз, желтуху у себя и родственников отрицает.

### Операций не проводилось.

### Наследственность и аллергоанамнез не отягощены.

### 

### Status praesens

Общее состояние средней тяжести.

Положение вынужденное на спине.

Сознание ясное.

Телосложение нормостеническое, рост: 165 см., вес: 67 кг.

Кожные покровы обычной окраски, умеренной влажности, видимые слизистые чистые, влажные. Ногти не изменены.

Подкожная клетчатка умеренно выражена. Лимфоузлы не пальпируются.

Мышечно-суставная система патологии не имеет.

Органы дыхания

Дыхание через нос не затруднено. Грудная клетка конусовидной формы. Тип дыхания брюшной. Над- и подключичные ямки незначительно выражены. Ход рёбер умеренно косой, эпигастральный угол = 90 0 . Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует. ЧДД 18 в минуту.

Голосовое дрожание по всем точкам проводится с одинаковой силой.

Перкуторно определяется ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия лёгких: нижняя граница лёгких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линия перкуссии | Справа | Слева |
| L. parasternalis | 5 м/р | --- |
| L. medioclavicularis | 6 ребро | --- |
| L. axillaris anterior | 7 ребро | 7 ребро |
| L. axillaris media | 8 ребро | 8 ребро |
| L. axillaris posterior | 9 ребро | 9 ребро |
| L. scapularis | 10 ребро | 10 ребро |
| L. paravertebralis | Остистый отросток 11 гр. позвонка | |

Высота стояния верхушек.

По передней поверхности: справа – 3 см; слева - 3 см

По задней поверхности: справа и слева – на уровне 7 шейного позвонка

Активная подвижность нижнего лёгочного края.

справа – 6 см.

слева - 6 см.

Аускультация лёгких

По передней поверхности над гортанью и ярёмной ямкой выслушивается ларинготрахеальное дыхание; в точках аускультации спереди, по бокам и сзади над лёгкими дыхание везикулярное.

Органы кровообращения

Видимой пульсации шейных сосудов нет. Пульсация сонных артерий, определяемая пальпаторно, выражена умеренно. Пульсация на периферических сосудах сохранена.

Верхушечный толчок визуально не определяется. Пальпаторно: в 5 межреберье на 1,5 см кнутри от L. medioclavicularis sinistra.

Толчок правого желудочка, сердечный толчок, эпигастральная пульсация не определяются. Диастолическое и систолическое дрожание отсутствуют.

Перкуссия сердца

* Границы относительной тупости сердца:

правая – 5 межреберье, на 1 см. кнаружи от правого края грудины;

левая – на 1,5 см. кнутри от L. medioclavicularis sinistra

верхняя – середина 3 ребра;

* Границы абсолютной тупости сердца:

правая – по левому краю грудины в 5 межреберье;

левая – на 2,5 см. кнутри от L. medioclavicularis sinistra

верхняя – нижний край 4 ребра;

Поперечник относительной тупости: 12 см.

Ширина сосудистого пучка 5 см. во 2 межреберье.

Аускультация сердца

Ритм правильный, тоны ясные, чистые, звучные.

Артериальное давление: 120/80 мм. рт. ст.

Пульс: 75 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения и напряжения.

Органы пищеварения

Язык влажный, чистый. Слизистая рта розовая, чистая.

Живот овальной формы, мягкий, безболезненный, расхождения прямых мышц живота нет, левая и правя половины живота симметричны, равномерно участвуют в акте дыхания. Видимой перистальтики нет.

Печень при пальпации гладкая, безболезненная не выступает из-под рёберной дуги. Размеры по Курлову: 10-8-7 см.

Селезёнка не пальпируется, длинник 6 см., поперечник 5 см. Верхняя граница на уровне 9 ребра, нижняя на уровне 11 ребра. Поджелудочная железа не пальпируется.

Органы мочевыделения

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Диурез нормальный (дневной преобладает над ночным), безболезненный.

Нервная система

Поведение адекватное, ориентирована в месте и пространстве. Двигательная сфера нарушена в местах наличия травм.

Status localis

Положение вынужденное на спине (скелетное вытяжение через бугристость большеберцовой кости). Под коленными суставами находится валик высотой 25 см. Небольшие участки имбибиции тканей на левом плече, туловище, области таза, нижних конечностей. В вене на левом предплечье стоит катетер для инфузий. Флебита нет. Правая рука – без особенностей. Ключицы сохранены. Пассивные и активные движения левой рукой возможны, но возникают боли в левой лопаточной области и имеется отёк тканей.

На стопах чувствительность и пульсация артерий сохранена, возможно совершение активных движений стопами и голенями. Ткани стоп и голеней тёплые. На правой голени У-образная лангета. Отёк области правого голеностопного сустава небольшой. При пальпации таза отмечаются боли в правой его половине. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Вдоль остистой линии спины отмечаются небольшие поверхностные пролежни. Остистые отростки не выступают и их пальпация не вызывает болей. Ассиметрии зрачков и мимических мышц нет.

На рентгенограммах: кости черепа – без повреждений.

Грудная клетка – перелом 8, 9 рёбер справа и 6, 7 рёбер слева, лёгкие расправлены с обеих сторон.

Таз – перелом ветвей лонных и седалищных костей типа «бабочка» и перелом суставного края левой подвздошной кости в крестцово-подвздошном суставе, левая половина таза смещена кверху на 1 см.

Измерение окружности конечностей

Измерение длины сегментов

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Конечность | Окружность (см) | | |
| В/3 | С/3 | Н/3 |
| Правая голень |  |  |  |
| Левая голень |  |  |  |
| Правое бедро |  |  |  |
| Левое бедро |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Конечность | Длина (см) |
| Бедро |  |
| Голень |  |
| Стопа |  |

Дифференциальный диагноз

Дифференциальный диагноз множественных травм у данной больной можно провести с двойными (окончатыми) переломами рёбер; изолированным переломом грудины; повреждением переднего полукольца таза; повреждением заднего полукольца таза.

**Двойные переломы ребер** — так называемые окончатые (створчатые) переломы, при которых ребра ломаются на одной стороне в двух местах. Образуется фло­тирующий «реберный клапан» и возникает парадоксальное его движение: при вдохе, когда грудная клетка расширяется, «ребер­ный клапан», потерявший связь с грудной клеткой, втягивается внутрь, как бы западая, вследствие отрицательного давления в плевральной полости и, наоборот, при выдохе грудная клетка спа­дается, а «реберный клапан» выпячивается. Клиника – болевые лока­лизованные ощущения различной интенсивности. Боли носят характер тупых в покое, острых и режущих — на высоте вдоха. Они усиливаются при глубоком дыхании, кашле, натуживании. Экскурсия грудной клетки на стороне поражения ограничена из-за болей. На месте перелома могут быть припухлость и гематома. Пальпация области перелома резко болезненна; иногда можно определить место перелома в виде уступа. При осторожном сжатии груди между ладонями и стороне от поврежденного участка возникают боли, отраженные от области перелома ребра. Сравнительную перкуссию выполняют для определения воздуха (тимпанит) и жидкости (притупление) в плевральной полости. Аускультативно определяют, как проводится дыхание, функционирует ли легкое, наличие хрипов, шума, трения плевры.

**Изолированный перелом грудины** возникает вследствие прямого удара или давления на область грудины в переднезаднем направлении. Перелом грудины сопро­вождается кровоизлиянием в клетчатку переднего средостения. При этом возникают резкая боль, усиливающаяся при вдохе и пальпации, затруднение дыхания, одышка, цианоз, иногда удушье. На месте перелома имеются припухлость, деформация, гематома. На профильной рентгенограмме определяется деформация груди­ны вследствие смещения отломков. Наиболее характерно передне-заднее их смещение. При этом дистальный отломок чаще смеща­ется кзади и вверх, а проксимальный — кпереди и вниз.

**Повреждения переднего полукольца таза.** Больные жалуются на боль в тазовой области и промежности. Движение ногами вы­зывает усиление болей. Положение вынужденное. При переломе верхней ветви лобковой и седалищной костей ноги слегка согну­ты в тазобедренных и коленных суставах, бедра разведены — «положение лягушки» (симптом Волковича). При переломе вблизи симфиза и его разрыве бедра сведены и слегка согнуты; попыт­ка развести их вызывает резкую боль. Симптом «прилипшей пятки» резко положителен. Пальпация в области лобка и седа­лищных бугров болезненна. Переднезаднее и боковое сдавление таза усиливает боли в области перелома. Резкое усиление болей отмечается и при попытке развести подвздошные кости в сторо­ны.

**Повреждения заднего полукольца** (разрыв крестцово-подвздошного сочле­нения, вертикальный перелом крестца или подвздошной кости). При осмотре это повреждение можно заподозрить по положению больного. Таз несколько по­вернут так, что больной лежит на здоровом боку. Активные дви­жения ноги на стороне повреждения ограничены, болезненны. При пальпации отмечают болезненность в области повреждения. При разрыве крестцово-подвздошного сочленения удается пальпи­ровать смещенный кзади край подвздошной кости. Иногда на рентгенограмме в переднезадней проекции не удается выявить подобный разрыв. В этих случаях прибегают к специальным ук­ладкам, поворачивая таз на 20° в противоположную сторону.

План обследования

1. Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3. Биохимический анализ крови (кальций, белок общий, глюкоза, мочевина, билирубин)

4. Анализ крови на RW, HbsAg, анти HCV

5. Анализ на определение группы крови и резус-фактора

6. Электрокардиограмма

7. Эхоэнцефалограмма

8. Рентгенограмма черепа

9. Рентгенограмма грудной клетки

10. Рентгенограмма левой лопатки

11. Рентгенограмма таза

12. Рентгенограмма правого голеностопного сустава

Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования

1. Общий анализ крови

Гемоглобин 90 г/л

Эритроциты 2,9 \* 10 12 /л

Цветовой показатель 0,9

Тромбоциты 300 \*10 9 /л

Лейкоциты 11,1 \* 10 9 /л

Палочкоядерные нейтрофилы 3%

Сегментоядерные нейтрофилы 70%

Эозинофилы 2%

Базофилы 0%

Лимфоциты 19%

Моноциты 10%

Скорость оседания эритроцитов 64 мм/ч

Заключение: нормохромная анемия, лейкоцитоз, высокий уровень СОЭ

2. Общий анализ мочи

Количество 100 мл.

Цвет соломенно-жёлтый

Удельный вес 1028

Прозрачность полная

Белок не обнаружен

Сахар не обнаружен

Желчные пигменты не обнаружены

Эритроциты 1 в поле зрения

Лейкоциты 2 - 3 в поле зрения

Цилиндры не обнаружены

Клетки плоского эпителия 1 - 2 в поле зрения

Клетки желчного эпителия не обнаружены

Соли (оксалаты) немного

Заключение: вариант нормы

3. Биохимический анализ крови

Кальций 1,9 ммоль/л

Белок общий 61 г/л

Глюкоза 4,35 ммоль/л

Мочевина 7,908 моль/л

Билирубин 12,5 мкмоль/л

Заключение: гипопротеинемия, гипокальциемия

4. Анализ крови на RW, HbsAg, анти HCV – отрицательный

5. Группа крови А(2), Rh+

6. ЭКГ

Заключение: ритм синусовый, ЧСС 83 в минуту, метаболические нарушения в миокарде

7. ЭЭГ

Заключение: срединное М-ЭХО устойчивое с острой вершиной, узким основанием. Дополнительные сигналы не регистрируются. Латеральное ЭХО расположено в типичном месте. Пульсация не изменена.

8. Рентгенограмма черепа

Заключение: без повреждений

9. Рентгенограмма грудной клетки

Заключение: лёгкие расправлены, закрытый перелом 8,9 рёбер по правой лопаточной линии с небольшим смещением отломков, 6,7 рёбер по левой лопаточной линии без смещения отломков

10. Рентгенограмма левой лопатки

Заключение: закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе

11. Рентгенограмма таза: закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочка», закрытый вертикальный перелом суставного края левой подвздошной кости в крестцово-подвздошном сочленении, смещение левой половины таза на 1 см кверху.

12. Рентгенограмма правого голеностопного сустава

Заключение: закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки без смещения отломков

Клинический диагноз и его обоснование

### Клинический диагноз:

### Основной: политравма – закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочки», закрытый вертикальный перелом суставного края подвздошной кости в левом крестцово-подвздошном суставе, смещение левой половины таза кверху на 1 см. Закрытый перелом 8, 9 рёбер справа и 6, 7 рёбер слева без смещения фрагментов. Закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе без смещения фрагментов. Закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки в области правого голеностопного сустава без смещения отломков 16-дневной давности.

### Осложнения: нет

### Сопутствующие заболевания: нет

Диагноз поставлен на основании:

### - жалоб: боли в левой лопаточной области, ограничение движений левой рукой. Не может сидеть, нарушена функция опорно-двигательного аппарата. Отмечает наличие гипсовой ленты на правой голени. Отмечает появление острых болей при глубоком вдохе в правой половине грудной клетки, слева болей нет. При попытке движения отмечает появление болей в правой половине таза.

### - истории заболевания: травма получена в быту при дорожно-транспортном происшествии, произошедшем 17.08.2008. При травме была потеря сознания и сейчас не помнит всех обстоятельств.

- локального статуса: положение вынужденное на спине (скелетное вытяжение через бугристость большеберцовой кости). Под коленными суставами находится валик высотой 25 см. Небольшие участки имбибиции тканей на левом плече, туловище, области таза, нижних конечностей. Правая рука – без особенностей. Ключицы сохранены. Пассивные и активные движения левой рукой возможны, но возникают боли в левой лопаточной области и имеется отёк тканей.

На стопах чувствительность и пульсация артерий сохранена, возможно совершение активных движений стопами и голенями. Ткани стоп и голеней тёплые. На правой голени У-образная лангета. Отёк области правого голеностопного сустава небольшой. При пальпации таза отмечаются боли в правой его половине.

- лабораторных данных: ОАК – нормохромная анемия, лейкоцитоз, высокий уровень СОЭ; БАК – гипопротеинемия, гипокальциемия.

- инструментальных данных: рентгенограмма грудной клетки – лёгкие расправлены, закрытый перелом 8,9 рёбер по правой лопаточной линии с небольшим смещением отломков, 6,7 рёбер по левой лопаточной линии без смещения отломков;

рентгенограмма левой лопатки – закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе;

рентгенограмма таза – закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочка», закрытый вертикальный перелом суставного края левой подвздошной кости в крестцово-подвздошном сочленении, смещение левой половины таза на 1 см кверху;

рентгенограмма правого голеностопного сустава – закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки без смещения отломков.

Лечение

1. Режим постельный

2. Диета ОВД

3. Ненаркотический анальгетик

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2,0

D. t. D. № 10 in amp.

S. При болях

4. Миотропный спазмолитик

Rp.: Tab. Euphyllini 0,15

DS. 3 раза в день после еды

5. Сульфаниламидный препарат

Rp.: Tab. Biseptoli 0,1

DS. 2 раза в день после еды

6. Антиагрегант

Rp.: Tab. Trombo-ACC 0,1

DS. 2 раза в сутки

7. Препарат, стимулирующий метаболические процессы

Rp.: Tab. Methyluracili 0,5

DS. 4 раза в сутки после еды

Физиотерапия:

8. ЛФК

9. Дыхательная гимнастика

10. УФО на месте

11. Туалет спины

12. R-контроль в динамике

Дневники

2.09.2008

Состояние больной средней степени тяжести.

Сон нарушен из-за болей, аппетит сохранён.

Жалобы на общую слабость, боли в грудной клетке с обеих сторон, в левой лопаточной области, при попытке движения отмечает появление болей в правой половине таза.

Кожные покровы бледноватые, обычной влажности. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые.

ЧДД 18 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 82 удара в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует.

Стул и диурез со слов в норме.

Назначения выполняются.

4.09.2008

Состояние больной средней степени тяжести.

Сон нарушен из-за болей, аппетит сохранён.

Жалобы на общую слабость, боли в грудной клетке с обеих сторон, при попытке движения отмечает появление болей в правой половине таза.

Кожные покровы обычной окраски и влажности. Видимые слизистые чистые, розовые, влажные.

ЧДД 17 в минуту. Дыхание везикулярное, хрипов нет.

Тоны сердца ритмичные, ясные. Пульс 84 удара в минуту. АД 120/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, в акте дыхания участвует.

Стул и диурез со слов в норме.

Назначения выполняются.

Этапный эпикриз

### Больная Солодилова Л.В., 30 лет поступила в травматологическое отделение ООКБ 25.08.2008 по поводу

### Основное заболевание: политравма – закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочки», закрытый вертикальный перелом суставного края подвздошной кости в левом крестцово-подвздошном суставе, смещение левой половины таза кверху на 1 см. Закрытый перелом 8, 9 рёбер справа и 6, 7 рёбер слева без смещения фрагментов. Закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе без смещения фрагментов. Закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки в области правого голеностопного сустава без смещения отломков 16-дневной давности.

### Осложнения: нет

### Сопутствующие заболевания: нет

Больная предьявляла жалобы на боли в левой лопаточной области, ограничение движений левой рукой. Невозможность сидеть, нарушение функции опорно-двигательного аппарата. Отмечала наличие гипсовой ленты на правой голени. Отмечала появление острых болей при глубоком вдохе в правой половине грудной клетки, слева болей нет. При попытке движения отмечала появление болей в правой половине таза.

Из анамнеза заболевания: травма получена в быту при дорожно-транспортном происшествии, произошедшем 17.08.2008. Была доставлена в Нарышкинскую ЦРБ, где лечилась консервативно, проводилась инфузионная терапия. При достижении компенсированного состояния больная переведена в ООКБ для дальнейшего лечения.

Из данных общего осмотра: положение вынужденное на спине (скелетное вытяжение через бугристость большеберцовой кости). Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы.

Из данных локального осмотра: под коленными суставами находится валик высотой 25 см. Небольшие участки имбибиции тканей на левом плече, туловище, области таза, нижних конечностей. В вене на левом предплечье стоит катетер для инфузий. Флебита нет. Правая рука – без особенностей. Ключицы сохранены. Пассивные и активные движения левой рукой возможны, но возникают боли в левой лопаточной области и имеется отёк тканей. На стопах чувствительность и пульсация артерий сохранена, возможно совершение активных движений стопами и голенями. Ткани стоп и голеней тёплые. На правой голени У-образная лангета. Отёк области правого голеностопного сустава небольшой. При пальпации таза отмечаются боли в правой его половине. Вдоль остистой линии спины отмечаются небольшие поверхностные пролежни. Остистые отростки не выступают и их пальпация не вызывает болей.

Из данных лабораторных методов исследования: ОАК - нормохромная анемия, лейкоцитоз, высокий уровень СОЭ; ОАМ – вариант нормы; БАК - гипопротеинемия, гипокальциемия.

Из инструментальных методов исследования: Рентгенограмма грудной клетки - лёгкие расправлены, закрытый перелом 8,9 рёбер по правой лопаточной линии с небольшим смещением отломков, 6,7 рёбер по левой лопаточной линии без смещения отломков. Рентгенограмма левой лопатки - закрытый краевой перелом левой лопатки в верхнем её отделе. Рентгенограмма таза - закрытый перелом ветвей обеих лонных и седалищных костей по типу «бабочка», закрытый вертикальный перелом суставного края левой подвздошной кости в крестцово-подвздошном сочленении, смещение левой половины таза на 1 см кверху. Рентгенограмма правого голеностопного сустава - закрытый поперечный перелом внутренней лодыжки без смещения отломков.

На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика.

Рекомендации:

З-1. Режим постельный

2. Диета ОВД

3. Ненаркотический анальгетик

Rp.: Sol. Analgini 50% - 2,0

D. t. D. № 10 in amp.

S. При болях

4. Миотропный спазмолитик

Rp.: Tab. Euphyllini 0,15

DS. 3 раза в день после еды

5. Сульфаниламидный препарат

Rp.: Tab. Biseptoli 0,1

DS. 2 раза в день после еды

6. Антиагрегант

Rp.: Tab. Trombo-ACC 0,1

DS. 2 раза в сутки

7. Препарат, стимулирующий метаболические процессы

Rp.: Tab. Methyluracili 0,5

DS. 4 раза в сутки после еды

Физиотерапия:

8. ЛФК

9. Дыхательная гимнастика

10. УФО на месте

11. Туалет спины

12. R-контроль в динамике

Прогноз

Для жизни благоприятный;

Для выздоровления сомнительный;

Для трудоспособности сомнительный.