**2. Время поступления:** 11.09.2002 г.

**3. Время выписки:** 16.09.2002 г.

**4. Пол:** мужской

**5. Возраст:** 19.08.1951 г. (51 год)

**6. Профессия и место работы:** моторист, инвалид II группы

**8. Семейное положение:** вдовец, детей нет

**9. Диагноз направления:** двусторонний перелом нижней челюсти слева и справа

**10. Диагноз при поступлении:** двусторонний перелом нижней челюсти в области ветвей слева и справа

**11. Клинический диагноз:**

* Основное заболевание: двусторонний перелом нижней челюсти в области ветвей слева и справа
* Осложнения: нет
* Сопутствующие заболевания: сотрясение головного мозга

**II . Анамнез данного заболевания** (anamnesis morbi):

***1. Жалобы при поступлении:***

**Основные жалобы:**

* Боли в нижней челюсти
* Болезненная припухлость мягких тканей лица
* Кровоподтеки
* Невозможно полноценно пережевывать пищу

**Дополнительные жалобы:**

* Головная боль

1. ***Начало и дальнейшее развитие заболевания:***

Со слов больного, в районе Спичечной фабрики в 20:30 11 ентября избит неизвестными. Потерял сознание, обстоятельства травмы не помнит. Обратился в городскую больницу №1, оттуда направлен на госпитализацию в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы №3.

**III. Анамнез жизни** (anamnesis vitae)**:**

Пациент — родился в Томске, первый ребенок ребенок в семье, беременность и роды проходили без осложнений. Рос и развивался нормально, от сверстников не отставал. Детские болезни — не помнит.

Окончил школу в 17 лет. После окончания школы пошел в армию. После армии окончил техникум и стал работать мотористом.

Инфекционные болезни (гепатит, туберкулез, венерические заболевания) отрицает. Оперативным вмешательствам не подвергался. Нервно-психических заболеваний не наблюдалось

1. **Социально-бытовой**

Пациент материально обеспечен плохо, длительное время проживает в неблагоустроенном жилье (удобства во дворе). Питается нерегулярно. Вредные привычки – злоупотребляет алкоголем, курит.

Туберкулез и венерические заболевания отрицает.

1. **Семейный.**

Родители умерли в пожилом возрасте, причины не знает. Наличие у близких родственников сахарного диабета, психических заболеваний отрицает.

1. **Аллергологический анамнез:**

Не отягощен - аллергических реакций у больного и родственников не отмечалось. Все медикаменты переносит удовлетворительно.

**IV. ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ** (Status praesens).

**Рост –** 175 см

**Вес –** 72 кг

**Температура тела** **–** 36.5 С

**Тип телосложения** **–** нормостеник

**Положение** – активное.

**Пропорциональность развития -** пропорционально

**Общее состояние** – удовлетворительное.

**Состояние кожи –** нормального цвета, нормальной влажности

**Подкожная клетчатка** (степень развития, отеки) **–** развита умеренно, отека - нет

**Состояние слизистых оболочек** – чистые, бледно-розовые без патологических образований. Окраска склер **–** субиктеричная

**Волосы –** нормальные, седые, не жирные.

**Выражение лица** **–** обычное

**Сознание –** ясное

**Поведение –** без особенностей, пациент неохотно идет на контакт

**Лимфатические узлы** – периферические не увеличены, при пальпации – подвижные, безболезненные, овальной формы.

**Шея (щитовидная железа, сосуды) –** пальпируются две равных доли щитовидной железы, не увеличена, движется вместе с гортанью, поверхность – ровная; пульс сосудов шеи не выявляется.

**Череп** **–** деформаций нет

**Грудная клетка –** нормостенической формы, над- и подключичные ямки умеренно выражены, межреберные промежутки косовосходящего направления, симметричность обеих половин грудной клетки, эпигастральный угол 90 0

**Позвоночник** – обычной конфигурации.

**Суставы** (конфигурация, болезненность, хруст, флюктуация) – обычной конфигурации, безболезненны, подвижность достаточная

**Ногти –** умеренной прозрачности, прочные

**Кости** (деформация, периоститы и т. д.) – без видимой деформации

**Мышечная система** (степень развития, тонус, болезненность) **–** безболезненны, тонус не изменен

**ВНУТРЕННИЕ ОРГАНЫ.**

СИСТЕМА ДЫХАНИЯ.

1. Форма грудной клетки – обычная.

2. Частота дыхания **–** 16 движ/мин, отношение вдоха к выдоху = 4/5, равномерное участие в дыхании обеих половин грудной клетки, тип дыхания **–** брюшной. Дыхание нормальной глубины, ритмичное.

*3. Пальпация грудной клетки*: болевые точки не выявлены, эластичная, голосовое дрожание в симметричных участках **–** одинаковой силы, не усилено.

*4. Сравнительная перкуссия*: над передними, боковыми, задними отделами грудной клетки в симметричных участках перкуторный звук одинаковый, легочный.

*5. Гамма звучности*

**–** над задними отделами: самый ясный, низкий и продолжительный звук **–** под лопатками; между лопатками, над ними, под лопатками - звук становится тише, короче, выше

**–** над передними отделами: самый ясный звук - во II и III межреберьях; в I межреберье, над верхушками - звук становится короче, тише, выше.

**–** в моренгеймовской ямке **–** звук наиболее тихий

*6. Топографическая перкуссия легких:* соответствует норме

*7*. Аускультация легких:

– при бронхофонии на периферии прослушиваются неразборчивые звуки, что соответствует норме.

– над всеми отделами легких тип дыхания — жесткое, в базальных отделах наличие единичных мелкопузырчатых хрипов.

СЕРДЕЧНО - СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА.

1. Осмотр грудной клетки, сосудов шеи - видимой пульсации нет

Пальпация верхушечного толчка – не пальпируется

2. *Перкуссия сердца:*

|  |  |
| --- | --- |
| Границы относительной тупости | |
| Левая | V м/р по левой ср.ключичной линии |
| Правая | ΙΙΙ ребро, 1 см кнаружи от правого края грудины |
| Верхняя | 3 ребро по левой парастернальной линии |
| Высота правого атриовазального угла | 3 реберный хрящ справа |
| Ширина сосудистого пучка | 6 см |
| Длинник | 15 см |
| Поперечник | 14 см |

3. Аускультация сердца:

А. Тоны ясные, ритмичные, соотношение сохранено

Б. Соотношение силы и высоты II тона на аорте и легочной артерии:

- акцент II тона на аорте

В. В области верхушки сердца — изолированный систолический шум (не проводится в подмышечную область), не изменяется в положении пациента лежа на спине, на левом боку

1. Аорта и сосуды: видимой пульсации аорты, расширения вен — не обнаружено
2. Пульс:

– на лучевой артерии – ритмичный, частота — 68 уд/мин, умеренного напряжения и наполнения, одинаковый на обеих руках, стенка сосуда эластичная.

– на тыльных артериях стоп - пульсация сохранена

6. Артериальное кровяное давление:

|  |  |
| --- | --- |
|  | На правой руке |
| Систолическое | 120 мм.рт.ст. |
| Диастолическое | 70 мм.рт.ст. |
| Пульсовое | 80 мм.рт.ст. |

ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА.

1. Живот – не увеличен, развитие подкожно-жировой клетчатки — умеренное. При поверхностной пальпации болезненности нет, тонус брюшных мышц умеренный, дыхательные движения обеих половин брюшной стенки симметричные, видимой перистальтики нет, активно участвует в акте дыхания

2. *Желудок:*

Видимой перистальтики – нет

Определение нижней границы:

– перкуторно – 3 см выше пупка

– пальпация большой кривизны – расположена на 3 см выше пупка, ровная, эластичной консистенции, подвижность около 2 см, безболезненна

4. *Кишечник:* все области кишечника, доступные пальпации (слепая кишка; восходящий, поперечно-ободочный и нисходящий отделы толстого кишечника, сигмовидная кишка) при исследовании – эластичные, безболезненные, расположены правильно.

5. *Поджелудочная железа* не пальпируется

6. *Печень:*

– нижний край печени по срединноключичной линии совпадает с краем реберной дуги

– при пальпации - нижний край острый, эластичной консистенции, поверхность гладкая

– *границы печени*:

1. верхняя по срединноключичной линии глубокой перкуссией IV ребро, поверхностной перкуссией — V ребро

2. нижняя по срединноключичной линии — совпадает с краем реберной дуги

3. по срединной линии — между верхней и средней третями от пупка до мечевидного отростка

4. левая — совпадает с левой парастернальной линией

Размеры печени по М.Г.Курлову:

– от верхней границы по срединноключичной линии до нижней 9,5см

– от основания мечевидного отростка до нижней границы по срединной линии 9 см

– от основания мечевидного отростка до левой границы 8 см

7. *Желчный пузырь —* не пальпируется, что соответствует норме.

8. *Селезенка:*

– верхняя граница - IX ребро (по средней лопаточной линии)

– нижняя граница - XI ребро (по средней лопаточной линии)

– задний верхний полюс - по лопаточной линии

– передний нижний полюс – 1 см от центра поперечника селезенки по направлению к пупку

* поперечник (верхняя — нижняя граница) — 8 см
* длинник (задний верхний — передний нижний полюс) — 10 см

МОЧЕ-ПОЛОВАЯ СИСТЕМА.

Симптом Пастернацкого (поколачивания) – отрицательный

Пальпация почек – не пальпируются

Дизурические явления – не выявлены

НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ.

Интеллект - не снижен

Настроение - устойчивое

Реакция на окружающее - адекватная, без раздражительности

Головные боли, головокружение - не отмечено

Сон - глубокий

Речь - без нарушений

Координация движений - сохранена

Органы чувств: слух, обоняние – без отклонений, зрение – удовлетворительное

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Щитовидная железа - не увеличена, признаков тиреотоксикоза или гипотиреоза не выявлено.

**V. ДАННЫЕ ОБЪЕКТИВНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ОБЛАСТИ И ШЕИ (Status localis).**

**Наружный осмотр**

Асимметрия лица, припухлость в области угла нижней челюсти за счет посттравматического отека мягких тканей лица. Кровоподтеки подглазничной области справа и слева. Кожа синюшного оттенка. Симптом нагрузки резко положителен в области ветви справа и слева. Припухлость при пальпации болезненна. Рубцов нет.

**Пальпаторно:** кожа с подкожной клетчаткой подвижны. Регионарные лимфатические узлы увеличены. Открывание рта невозможно из-за наложения шины Тигерштетта.

**Исследование полости рта:**

**Губы:** розовый, сухие, изъязвлений и трещин нет.

**Язык:** недоступен для осмотра.

**Слизистые оболочки полости рта:** розовый, дефектов слизистой не обнаружено.

**Десны:** розовые, нормальной плотности.

**Слюнные железы:** нормальных размеров, безболезненны.

**Зубы:** прикус нарушен (прогнатия)

|  |  |
| --- | --- |
| 8 0 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 0 |
| 0 7 6 5 4 3 2 1 | 1 2 3 4 5 6 7 0 |

**Зев:** не доступен для исследования.

**Речь:** обычная.

**VI. РЕЗУЛЬТАТЫ ПАРАКЛИНИЧЕСКИХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**Общий анализ крови:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 11.09.2002 | Норма |
| Гемоглобин | 140 | 130 – 160 г/л |
| Эритроциты | 4,58 | 4,0 – 5,1\*1012/л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,86 – 1,05 |
| Лейкоциты | 6,4 | 4,0 – 8,8\*109/л |
| СОЭ | 42 | 1 – 10 мм/ч |
| Лейкоцитарн.ф-ла: |  |  |
| Нейтрофилы: |  |  |
| палочко-ядерные | 0 | 1 – 6% |
| Сегментоядерные | 81 | 47 – 72% |
| Базофилы | 0 | 0 – 1% |
| Эозинофилы | 2 | 0 – 5% |
| Лимфоциты | 11 | 18 – 40% |
| Моноциты | 6 | 2 –9% |
| Плазмоциты | 0 | Отсутствуют |

Заключение: СОЭ увеличена, повышенное количество с/я нейтрофилов, что связано с патологичеким процессом.

**Общий анализ мочи: (11.09.2002)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 11.09.2002 | Норма |
| Цвет | Соломенно-желтый | Соломенно-желтый |
| Прозрачность | Прозрачная | Прозрачная |
| Удельный вес | 1025 | 1008 – 1026 |
| Белки | Отр | Отр |
| Микроскопия: |  |  |
| * лейкоциты | Единичные | 0 – 3 |
| * эпителиальные клетки | Единичные, плоские | Незначительное количество |

Заключение: соответствует норме.

**Проба по Раппопорту –** отрицательная

**Рентгенография:** на рентгенограмме нижней челюсти определяется фрактура собственной ветви нижней челюсти справа и слева.

**VII. ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб, данных внешнего осмотра, объективных данных данных рентгенографии челюстно-лицевой области можно поставить диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти в области ветвей слева и справа.

**VIII. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Дифференциальную диагностику перелома нижней челюсти необходимо дифференцировать со следующими заболеваниями:

1. Ушиб. При ушибе нижней челюсти будут боль и отек, но значительнее менее выраженные, чем при переломе нижней челюсти. Не будут смещаться костные отломки, крепитация костных отломков при пальпации, нарушение речеобразования и открывания рта менее выражены, чем при переломе. Ушиб нижней челюсти лечится консервативно (холод, покой, давящая или иммобилизирующая повязка типа пращевидной) за гораздо более короткий срок.

2. Вывихи нижней челюсти, как и переломы, бывают одно- и двусторонним. Обычно наблюдается передний односторонний вывих, при котором подбородок смещается в сторону здорового сустава, нарушается правильное смыкание зубов. Патологической подвижности, крепитации отломков, как при переломе, не наблюдается. Под скуловой дугой пальпируется головка нижней челюсти, значительно смещенная кпереди. Функция жевания резко нарушается. При введении мизинца в наружный слуховой проход контуры вывихнутой головки нижней челюсти не определяются, чего не бывает при переломе. При двустороннем вывихе, наряду с указанным, наблюдается выпячивание головки нижней челюсти под краем скуловой дуги с двух сторон и отсутствие их пальпаторного ощущения по передней стенке наружного слухового прохода. Вследствие несмыкания челюстей рот открыт. Речь, прием пищи невозможны. Выраженный болевой синдром.

**IX. КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб, данных внешнего осмотра, объективных и рентгенографических данных челюстно-лицевой области, дифференциального диагноза можно поставить диагноз: двусторонний перелом нижней челюсти в области ветвей слева и справа.

**X. ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Переломы нижней челюсти встречаются чаще, чем переломы других костей лицевого скелета. Этому способствует анатомо-физиологические особенности костей нижней челюсти. Расположение нижней челюсти в нижнем отделе лица делает ее более уязвимой для механических повреждений.

Причиной двустороннего перелома нижней челюсти послужило ее механическое повреждение вследствие нанесенных телесных повреждений.

**ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ**

**План лечения:**

1. Стол челюстной, режим стационарный
2. Шинировать
3. Антибиотикотерапия, десенсибилизация, общеукрепляющая терапия
4. ОАК, ОАМ, RW, t-кривая

Хирургическое лечение:

12.09.2002 г. операция: межчелюстное лигатурное скручивание. Зубы сомкнуты по прикусу.

Местная анестезия – раствор новокаина 2% - 40ml

**ДНЕВНИК**

Было назначено курсовое лечение следующими препаратами:

|  |  |
| --- | --- |
| Sol Lyncomycini hydrochloridi 30% - 1,0 | В/м 1 мл 3 р/д |
| Sol Dimedroli 1% - 1,0 | В/м по 1 мл при болях |
| Sol Analgini 50% - 4,0 | В/м по 2 мл при болях |

|  |  |
| --- | --- |
| Дата | Состояние больного |
| 12.09 | Удовлетворительное, активных жалоб не предъявляет |
| 13.09 | Удовлетворительное |

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. Баженов Н. Н. Стоматология. М., М-на, 1990
2. Кабаков Б. Д. Переломы челюстей. М., М-на, 1981.
3. Шаргородский А.Г. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи. М., М-на, 1985.
4. Шаргородский А.Г. Руководство к практическим занятиям по хирургической стоматологии. М., М-на, 1985.