**Фамилия: ..................x**

**Имя: ..........................x**

**Отчество: .............x**

**Возраст: ......................16 лет**

**Пол: ..........................женский**

**Семейное положение:. не замужем**

**Место работы: .....ООО «Хлебопродукт»**

**Инвалидность: .................нет**

**Домашний адрес: ....Г. Москва**

**Время поступления в клинику: 07 мая 1997 г. 17 часов 00 минут.**

**Клинический диагноз: Глубокая флегмона бедра**

**Жалобы больной при поступлении в клинику:**

**Обратилась в клинику с жалобами на:**

1. **резкие разлитые боли при движении в правой конечности, а также при легком прикосновении к передней поверхности бедра в нижней и средней его третях, быстро нарастающие в течении последних суток;**
2. **появившийся с вечера 5 мая отёк в области бедра и верхней трети голени и менее выраженную отёчность в других областях правой конечности, которые быстро нарастали;**
3. **интенсивную гиперемию на внутренней и передней поверхностях бедра,**
4. **ограничение подвижности правой конечности в коленном и тазобедренном суставах**
5. **жар, озноб, стойкая температура 39 - 40 С в течение последних суток,**

**сопровождающиеся общей слабостью, отсутствием аппетита, тошнотой.**

1. **При опросе больная предъявляет также жалобы**
2. **на периодические тупые боли в пояснице, частота которых усиливается при простудных заболеваниях ;**
3. **на частые простудные заболевания и ангину ;**
4. **на тошноту, появляющуюся при употреблении жареной и жирной пищи**.

**История настоящего заболевания:**

**Со слов пациентки, ночью 04 мая 1997 года после совместного распития спиртных напитков с неизвестным мужчиной получила ножевое ранение в правое бедро ( в область на границе нижней и средней трети переднемедиальной поверхности бедра). С наружным кровотечением ( со слов больной, потеряла около 1 л крови) незамедлительно обратилась в 36-е отделение милиции, где ей была оказана первая медицинская помощь - остановка кровотечения путем наложения жгута. Больная на карете скорой помощи была отправлена в гор. больницу №13, где без первичной хирургической обработки на рану были наложены швы, и через сутки выписана с болями в зашитой ране. Ночью с 5 на 6 мая, со слов матери пациентки, спала неспокойно, стонала, резко поднялась температура до 39 С. Утром больная обнаружила значительный отёк правой конечности, выраженную гиперемию кожных покровов в области швов, напряжение тканей на передней и медиальной поверхности бедра. Выпив 2 таблетки кислоты ацетилсалициловой, с высокой температурой и с сильными болями при движении в правой конечности 6 мая вышла на работу, но во второй половине дня в связи с ухудшением самочувствия: усилением интенсивности болей в ноге, увеличением отёка, повышением температуры тела, с прогрессирующей общей слабостью обратилась в районную поликлинику, откуда срочно санитарным транспортом была доставлена в гор. больницу №23. В 17.00 06 мая 1997 года в сознании больная поступила во ВТОРОЕ гнойное хирургическое отделение, была снята ЭКГ и после проведения предоперационной подготовки в экстренном порядке в 12.00 7 мая пациентка оперировалась. Под общим наркозом проведена поздняя хирургическая обработка раны с иссечением некротизированных тканей без наложения первичных швов. Сразу после операции были проведены необходимые мероприятия интенсивной терапии: дезинтоксикационная терапия, восстановление сердечно-сосудистой деятельности, устранение нарушений микроциркуляции (в/венное вливание реополиглюкина 3 по 250 ml ), коррекция метаболических нарушений, сбалансированное парентеральное питание (изотонический раствор глюкозы в/венно 2 флакона по 500 ml) . Состояние больной было средней тяжести. К вечеру больная уже самостоятельно вставала с постели и передвигалась. Температура нормализовалась на 5-ый день после операции, интенсивность болей в ноге при движении и при пальпации тканей вокруг раны за неделю заметно уменьшилась. Из слов больной удалось выяснить, что лечащим врачем проводится каждое утро санация раны, перевязка, предписано следующее медикаментозное лечение : утром и вечером по 1/4 таблетки анальгин, а также внутримышечные инъекции антибиотиков(цефотаксин, кефзол) . Интенсивность болей при движении в ноге за неделю заметно уменьшилась, при надавливании пальцем разлитой характер болей не наблюдается, боли локализовались в области раны.**

**История жизни больного:**

**Пациентка родилась в городе Москве 18 ноября 1980 года. 1 -ый ребёнок в семье.** **роды были своевременными и проходили без осложнений. Вес при рождении 3кг 100 г.**  **Возраст матери и отца на момент её рождения 24 и 30 лет соответственно. Со слов больной: мать и отец здоровы.Ребёнок до 1,5 лет вскармли­вался материнским молоком. В физическом и умственном отразвитии от сверст­ников не отставал, рахитом не страдал. Говорить начал рано, ходить в 12 меся­цев.**

**В 7 лет пошла в школу. Закончила 8 классов общеобразовательной школы школы, устроилась работать кондитером на хлебопекарню. Параллельно учится в вечерней школе. Обучение сопряжено с трудностями, по определению пациентки: «всегда училась на «3». Трудовой стаж 1 год (с 1995 года по 1997 год). Социально-бытовые условия неблагоприятные: проживают в коммунальной квартире на 4х человек( в том числе на 2х разнополых детей ) приходится 2 малогабаритных комнаты.**

**Менструирует с 13 лет , каждые 30 дней, по 7 дней,с интенсивной болезненностью. Регу­лярные menses установились в 15 лет. Для снятия тягостных ощущений при menses принимает спазмолитик «Но - Шпу». Роды, выкидыши, искусственное преры­вание беременности пациентка отрицает. Половая жизнь с 15 лет.**

**Со слов больной, туберкулёз не переносила. Во время обучения в школев 1993году (12 лет) перенесла гепатит группы А. В декабре в 1996 г. после стресса на фоне сформировавшегося депрессивного состояния перерезала вены на левом предплечье, но своевременно была доставлена родственниками в районную поликлинику, где на поврежденные сосуды и ткани были наложены швы. С раннего детства часто страдает ангиной и простудными заболеваниями.**

**Семейный анамнез:**

**Семейное положение: девица. Семья состоит из 4х человек.**

**Бытовые условия: Проживает в коммунальной квартире в кирпичном доме. Дом сухой, достаточная степень инсоляции жилых помещений. Условия жизни неудовлетворительные: на 4 х человек (в том числе на двух взрослых разнополых ребёнка) приходится две малогабаритных комнаты.**

**Питается регулярно 3 раза в день горячей высококалорий ной пищей с преобладанием углеводов.**

**Режим внерабочего времени: Правила личной гигиены соблюдает. Во время ра­боты имеет отпуск 30 рабочих дней. Работает кондитером. Производственное помещение находится в подвале, условия работы не удовлетворительные: в цехе температура 50,0 C, вентиляция практически не функционирует, чрезмерны физические нагрузки: приходится поднимать мешки с мукой весом по 25 - 30кг. Увлекается баскетболом, до 15 лет профессионально занималась женским футболом. Каждое утро совершает пробежки на расстояние 1 - 1,5 км, занимается утренней гимнастикой.**

**Вредные привычки: пациентка выкуривает с 14 лет по 20 папирос «LM», «Marlboro» в день.Со слов больной, выпивает она лишь по праздникам по 50 - 70 ml этилового спирта, однако есть основания полагать, что информация не достоверна: при проведении операции у неё была выявлена высокая толерантность к средствам для наркоза. По мнению пациентки, наркотическими, психостимулирующими и другими веществами психотропного действия она не злоупотребляет.**

**Перенесённые заболевания:**

**В возрасте 7 лет перенесла эпидемический паротит, в возрасте 8 лет корь. Часто болела ангинами и ОРВИ. В 10 лет проходила стационарное лечение по поводу появившегося после переохлаждения ночного недержания мочи и болей в области поясницы, после лечения тупые боли в пояснице сохранились. В 12 лет при общении с больным заразилась болезнью Боткина и в течении нескольких недель проходила лечение в стационаре. В 14 лет в результате падения получила сотрясение мозга, через 12 часов с момента получения травмы была госпитализирована, проходила стационарное лечение в течении 1 недели. В 15 лет( декабрь 1996 года) после стресса произвела суициидальную попытку. Своевременно была доставлена родственниками в районную поликлинику, где на поврежденные сосуды и ткани были наложены швы.**

**Аллергологический анамнез:**

**Со слов пациентки, аллергических реакций на лекарственные средства не имеет. Однако, отмечает выраженную аллегическую реакцию на красители, добавляемые в некоторые спиртные напитки и на отечественные лаки для волос. Аллергическая реакция проявляет себя кожной сыпью, зудом, местной гиперемией. Эти симптомы проходят самостоятельно через 7 дней.**

**Наследственность:**

**Отягощения наследственности как со стороны матери, так и со стороны отца не выявлено. Опухолевыми, нервными, психическими заболеваниями никто из членов семьи или родственников не страдает.**

**СОЦИАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ:**

**Сахарным диабетом, глаукомой, тифом, паратифом, туберкулезом, дизентерией, малярией , со слов пациентки, не болела.**

**В возрасте 7 лет перенесла ветряную оспу, в 12 лет - болезнь Боткина.**

**ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ ВРЕДНОСТИ: Работает в кондитерском цехе при температуре 50С, помещение сырое, так как находится в подвале, в воздухе повышенная концентрация мучной пыли, на которой обитают хлебные клещи.**

**ОБЪЕКТИВНОЕ/ФИЗИЧЕСКОЕ/ ИССЛЕДОВАНИЕ.**

**Настоящее состояние больного:**

**Общее состояние: средней тяжести.**

**Сознание: ясное.**

**Положение больного: вынужденное.** **правая нога слегка приведена в тазобедрен ном и коленном суставе, т. к. полное разгибание ноги в этих суставах вызывает боль.**

**Выражение лица больного: спокойное.**

**Телосложение: астеническое.**

**Рост: 178 см.**

**Масса тела: 62 кг.**

**Состояние психики: не изменена**

**Кожные покровы:**

**Окраска кожных покровов: бледно-розовая. Выраженного цианоза, иктеричности и участков патологической пигментации не наблюдается. Кожные покровы сухие, тургор кожи и эластичность в норме. Слизистые чистые, желтушного прокрашивания уздечки языка и склер нет.Патологической потливости отмечено не было. Волосяной покров - развит нормально. Оволосение по женскому типу.** **Грибкового поражения не отмечен**о. **Конъюнктива глаз бледная.**

**В верхней трети плеча правой руки и на запястье левой руки визуализируются высыпания. На внутренней поверхности левого предплечья на границе средней и нижней трети рубец от разреза и двух швов длинной 4,5см. На переднемедиальной поверхности целостность кожных покровов нарушена - открытая рана (см. ) .Других изменений не отмечено. Осмотр проводился естественном освещении.**

**Температура 36,8 С**

**Подкожная жировая клетчатка:**

**Развита нормально (толщина кожной складки на уровне пупка 2 см).**

**Отёков не выявлено, кроме тканей правого бедра. (см. ).**

**Лимфатическая система:**

**При осмотре лимфатические узлы не визуализируются. При пальпации определяются справа и слева одиночные подчелюстные лимфатические узлы, передние шейные, локтевые, размером с маленькую горошину. Пальпируются паховые лимфатические узлы, бобовидной формы несколько увеличенные: слева 1 и справа 2 узла). Все пальпируемые лимфатические узлы мягко-эластической консистенции, подвижные, безболезненные, не спаянные друг с другом и окружающими тканями. Кожные покровы и подкожная клетчатка над лимфатическими узлами не изменены. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются.**

**Мышечная система:**

**Мышечная система развита хорошо. Мышечная сила удовлетворительная. Гиперкинетических расстройств не выявлено. Ограничение двигательной функции правой конечности (см. ).**

**Костная и суставная системы:**

**Жалобы - боль при движении и ограничение подвижности правой ноги в коленном и тазобедренном суставах.**

**Осмотр Телосложение нормостеническое. Длина левой и правой руки по 78см, левой и правой ноги по 103см. Нарушения нормальных осей конечностей. Движения в правых тазобедренном и коленном суставах ограничены, полное разгибание в суставах вызывает боль, в области правого коленного сустава отмечена нерезко выраженная отечность околосуставных тканей, кожные покровы над ними не изменены, при пальпации легкая болезненность. Симптом флюктуации отсутствует, хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Изменения при осмотре, пальпации и простукивании костей скелета и других суставов не выявлены.**

**Таблица № 1. «Окружность симметричных суставов».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***№*** | ***Суставы:*** | ***Правый (см)*** | ***Левый (см)*** |
| ***1.*** | Плечевые | ***38 см*** | ***38 см*** |
| ***2.*** | Локтевые | ***24 см*** | ***23,51 см*** |
| ***3.*** | Лучезапястные | ***15,5 см*** | ***15 см*** |
| ***4.*** | Коленные | ***35,5 см*** | ***34 см*** |
| ***5.*** | Галеностопные | ***25 см*** | ***25 см*** |

**СИСТЕМА ДЫХАНИЯ:**

**Жалобы. Предъявляет жалобы на частые простудные заболевания и ангину. Болей в области грудной клетки не бывает. На отдышку, кашель, отхождение мокроты, кровохарканье не жалуется. Носовых кровотечений не бывает.**

**Осмотр и пальпация: Нос не деформирован. Дыхание через нос свободное. Болей самостоятельных или при давлении и поколачивании у кончика носа, на местах лобных пазух и гайморовых полостей не наблюдается. Гортань нормальной формы, ощупывание безболезненно. Болей при разговоре, глотании нет. Голос громкий, чистый.**

**Форма грудной клетки коническая, без деформаций. Правая и левая половины грудной клетки симметричны. Над- и подключичные ямки обозначены слабо, выражены одинаково справа и слева. Движение обеих половин грудной клетки, синхронно, без отставания. Вспомогательные дыхательные мышцы в дыхании не участвуют. Окружность грудной клетки на уровне нижних углов лопаток и IV-х ребер спереди : при спокойно дыхании - 89 см, при максимальном вдохе - 92 см, при максимальном выдохе - 86 см. Максимальная экскурсия грудной клетки - 6 см. Тип дыхания - преимущественно реберный. Частота дыхания - 17 в минуту в покое. Ритм дыхания в покое правильный.**

**Пальпация грудной клетки безболезненна. Голосовое дрожание не изменено, ощущается в симметричных участках грудной клетки с одинаковой силой. Грудная клетка эластичная.**

**Перкуссия**

**сравнительная: в симметричных участках ясный легочный звук над всей грудной клеткой, очаговых изменений перкуторного звука не отмечается;**

**топографическая:**

**Таблица № 2 а.и «Границы лёгких и подвижность легочных краёв».**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| верхняя граница | слева | справа |
| **спереди** | 3, 5 см | 3 см |
| **сзади** | на 0,5см выше на уровне  остистого отростка VII шейного позвонка | |
| **ширина поля Кренига** | 5, 3см | 5см |

**Таблица № 2 б «нижние границы лёгких по топографическим линиям»**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***окологрудинная*** | ------------- | 5-е межреберье |
| ***среднеключичная*** | ------------- | ребро |
| ***передняя подмышечная*** | ребро | ребро |
| ***средняя подмышечная*** | ребро | ребро |
| ***задняя подмышечная*** | ребро | ребро |
| ***лопаточная*** | ребро | ребро |
| ***околопозвоночная*** | остистый отросток грудного позвонка | |

**Подвижность легочных краев справа слева**

**По среднеключичной линии +/ - 2см=4см -----**

**средней подмышечной +/- 3см=6см +/ - 3 см=6см**

**лопаточной +/- 2см=4см +/- 2см=4см**

**Аускультация легких. Над всей поверхностью грудной клетки выслушивается везикулярное дыхание. Побочные шумы не выслушиваются. Бронхофония не изменена.**

**СИСТЕМА КРОВООБРАЩЕНИЯ:**

**Субъективных жалоб не предъявляет.**

**Осмотр и пальпация. Осмотр проводился при естественном освещении. Цианоза иктеричность не наблюдаются Слизистые чистые, склеры и уздечка языка свободны от желтушного прокрашивания. Конъюнктива глаз бледная. Форма ногтей и концевых фаланг пальцев рук не изменена. Отек тканей в области бедра (см. ). Патологической пульсации на теле не наблюдается.**

**Грудная клетка в области сердца не изменена. Верхушечный толчок невидим, пальпируется в V-ом межреберье на 1см кнутри от среднеключичной линии, локализованный /шириной 2 см/, низкий, неусиленный, нерезистентный. Сердечный толчок отсутствует. Диастолическое, систолическое дрожание, симптом ,,кошачьего мурлыканья" не определяются.**

**Перкуссия сердца.**

***Границы относительной тупости сердца.***

***Правая* - на 1см кнаружи от правого края грудины в IV-ом межреберье;**

***Левая* - в V-ом межреберье на 1см кнутри от среднеключичной линии;**

***Верхняя* - на III ребре (по линии, проходящей на 1 см кнаржи от левого края грудины).**

***Поперечный размер* относительной тупости сердца - 3 +8,5=11 см.**

**Конфигурация сердца нормальная.**

***Границы абсолютной тупости сердца.***

***Правая* - левый край грудины;**

***Левая -* 2 см кнутри от левой среднеключичной линии;**

***Верхняя -* на уровне IV ребра;**

***Поперечный размер* относительной тупости сердца - 5,7 см.**

***Сосудистый пучок.***

**Поперечник сосудистого пучка во II-ом межреберье с обеих сторон грудины 5,3 см.**

**Дуга аорты не восстаит над углом грудины.**

**Аускультация. Тоны сердца нормальной звучности. Частота сердечных сокращений 68 ударов/мин. Ритм правильный. Шумов нет.**

**Исследование сосудов. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Капиллярный пульс не определяется. Симптом Попова-Савельева отрицательный. Сосуды при внешнем осмотре не изменены. Пальпируется пульсация лучевых, височных, сонных, подключичных, бедренной, подколенных, подмышечных, плечевых артерий, артерий стопы. Ритм правильный. Частота 68 ударов/мин. Дефицит пульса отсутствует. Пульс полный, ненапряженный, величина немного снижена. Форма (скорость) пульса не изменена. Артериальное давление 110/60 мм рт. ст.**

**При пальпации вен изменений нет. При аускультации сосудов патологических изменений не обнаружено.**

**СИСТЕМА ПИЩЕВАРЕНИЯ:**

**Жалобы : пациентка высказывает жалобы на полное отсутствие аппетита с момента развития воспаления в области ранения. Отрыжки, рвоты , затруднений при глотании не бывает. После того, как переболела желтухой заметила тошноту, которая появляется сразу после приема жирной и жареной пищи, часто бывает горечь во рту .**

**Исследование органов пищеварения. Язык розового цвета, нормальной формы и величины, спинка языка обложена, сосочки хорошо выражены. Слизистая языка влажная, без видимых дефектов. Десны розовые, кровотечений и дефектов нет. Зев чистый, не отечный, чуть красноватый, миндалины не увеличены.**

**Ротовая полость санирована**

**Исследование живота.**

***Осмотр.* Живот нормальной формы, симметричен. Коллатерали на передней поверхности живота и его боковых поверхностях не выражены. Рубцов и других изменений кожных покровов не отмечается. Окружность живота на уровне пупка 71 см. Мышцы брюшной стенки активно учавствуют в акте дыхания. Грыжы не выявлены.**

***Перкуссия.* При сравнительной перкуссии отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности. При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Симптомы Менделя и локальной перкуторной болезненности в эпигастрии отрицательные.**

***Поверхностная ориентировочная пальпация.* Живот не напряжен. Симптом Щёткина - Блюмберга отрицательный. Отмечена болезненность в средней трети эпигастральной области . Зон кожной гипералгезии нет. Диастаз прямых мышц живота отсутствует.**

**При *глубокой методической скользящей пальпации по Образцову - Стражешко - Василенко* пальпируются все отделы толстой кишки, кроме прямой и аппендикса. А также терминального отдела тонкой кишки. Болезненность, а также патологические изменения каких-либо отделов не отмечены.**

***Нижняя граница желудка* при перкуссии, методом глубокой пальпации, стетоакустической пальпации граница желудка определяется на 2,5см выше пупка. Методом перкуторной пальпации по Образцову также не удалось определить (пить воду больная отказалась).**

**Малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.**

**Шум плеска справа от срединной линии (симптом Василенко) не определяется.**

**Исследование живота.**

**При аускультации живота определяется (на слух) активная перистальтика кишечника, слышна пульсация брюшного отдела аорты.**

**Живот умеренно вздут, в правой подвздошной области напряжён. При поверхностно - ориентировочной пальпации болезненности не отмечено. Наблюдается пульсация в эпигастрии: в связи с кахексичностью пациентки, очевидно разновидность физиологической нормы (пульсация брюшной части аорты). Наблюдается диастаз прямых мышц живота. Окружность живота на уровне пупка 60 см.**

**При сравнительной перкуссии ярко выражен кишечный тимпанит в левой части живота, справа же укорочение перкуторного звука.** **Грыж нет. Коллатерали на передней и боковых поверхностях живота не выражены.**

**При перкуссии болезненности и свободной жидкости не обнаружено. Синдром Менделя «-» . Симптом Щёкина - Блюмберга «-». Зон гипералгезии нет. При скользящей пальпации по Образцову - Стражешко пальпируется сигмовидная кишка: плотной консистенции, перистальтирующая, диаметром около 1,6 см. При пальпации слепой кишки отмечается умеренная болезненность. В средней её трети пальпируется плотное образование размерами приблизительно 3,2 на 2,5 см. Поперечная ободочная кишка напряжена, плотной консистенции, лежит на 4 см ниже уровня пупка. Диаметром 2 см. При пальпации все отделы кишечника урчат под руками пальпирующего врача, кроме слепой кишки. Терминальные отделы тонкой кишки не пальпируются. Поперечная и нисходящая ободочные кишки не подвижны. Последняя диаметром 2,5 см; урчит.**

**Границы желудка при перкуссии и стетоакустической пальпации не определяются в связи с поликистозом поджелудочной железы и проведённой лапароскопией.**

**Исследование печени и желчного пузыря:**

**Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.**

**Таблица № 3. «Границы печени».**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ЛИНИИ** | **ВЕРХНЯЯ ГРАНИЦА** | **НИЖНЯЯ ГРАНИЦА** | **ВЫСОТА ПЕЧЁНОЧНОЙ ТУПОСТИ** |
| Передне - подмышечная правая | VІІ ребро | X ребро | 11,5см |
| Средне - ключичная правая | VІ ребро | край реберной  дуги | 10см |
| Окологрудинная правая | на уровне  верхнего края  VІ ребра | на 2см ниже края реберной дуги | 9см |
| Передняя срединная |  | на 4см ниже основания мечевидного отростка грудины | по Курлову  8 см |
| **Граница левой доли** | на левой окологрудинной по  краю реберной дуги | | косой размер  (по Курлову )  7,5 см |

**Печень пальпируется на 1см ниже края реберной дуги (по правой среднеключичной линии), нижний край печени плотный, ровный, закругленный, с гладкой поверхностью, безболезненный.**

**Желчный пузырь не пальпируется. Болезненность при пальпации в точке желчного пузыря отсутствует. Симптомы Ортнера, Захарьина, Василенко, Мерфи, Георгиевского-Мюсси - отрицательные.**

***Исследование селезенки***

**При перкуссии ( по методу Образцова ) по линии, проходящей на 4 см кзади и параллельно левой реберно-суставной линии, определены следующие границы селезеночной тупости:**

**верхняя граница - на уровне ІX ребра,**

**нижняя граница - на уровне XІ ребра.**

**Передняя граница селезеночной тупости не выходит за linea costoarticularis sinistra.**

**Размеры селезеночной тупости:**

**поперечник - 5,8 см,**

**длинник - 7,5 см.**

**Селезенка не пальпируется.**

***Поджелудочная железа* не пальпируется. Болезненности при пальпации в зоне Шоффара и панкреатической точке Дежардена не отмечается. Симптом Мейо- Робсона отрицательный.**

**При аускультации живота выслушиваются нормальные перистальтические кишечные шумы. Осмотр перректум непроводился. Нарушения стула, изменения характера кала нет.**

**СИСТЕМА МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ:**

**Жалобы.** **В 10 лет после переохлаждения появились тупые боли в поясничной области. С этого же момента появились непроизвольные ночные мочеиспускания( возможно энурез ???). После стационарного лечения дизурические явления исчезли, но тупые боли в поясничной области остались ( какую-либо закономерность при их появлении не отмечает). Цвет мочи, со слов больной, соломенно-желтый, задержки мочеиспускания нет.**

**Исследование почек. При осмотре области почек патологических изменений не выявлено. Почки не пальпируются. Болезненность при пальпации в области верхних и нижних мочеточниковых точек отсутствует. Симптом Пастернацкого с правой стороны положительный.**

**Мочевой пузырь перкуторно не выступает над лонным сочленением**.

***Исследование почек.* Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Удалось пропальпировать в горизонтальном положении нижний полюс правой и левой почки: примерно на одном уровне. Консистенция нижних полюсов почек мягко эластичная, поверхность гладкая. Отмечена болезненность при пальпации правой почки.**

***Мочевой пузырь* перкуторно не выступает над лонным сочленением.**

**ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА:**

**Жалоб нет. Сахарным диабетом и другими эндокринными заболеваниями не страдала. Симптомы Мебиуса, Грефе, Штельвага, Дальримпля, Кохера - отрицательные, мелкий тремор пальцев вытянутых рук и экзофтальм отсутствуют. Повышенного блеска или тусклости глазных яблок не наблюдается . На передней поверхности шеи изменений не отмечается. Окружность шеи на уровне щитовидной железы спереди и остистого отростка VІІ шейного позвонка сзади - 34 см. Щитовидная железа не *пальпируется.* При *перкуссии и аускультации* патологических изменений в области щитовидной железы не обнаружено.**

**НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКАЯ СФЕРА:**

**Жалоб нет. Головные боли, головокружения, обмороки отсутствуют, ночной сон не нарушен, патологической сонливости нет. В анамнезе выявлено сотрясение мозга в 14 лет, попытка суицида в 15 лет(см. перенесенные заболевания)**

**Осмотр. При исследовании черепно-мозговых нервов патологических изменений не выявлено. Движения в правых тазобедренном и коленном суставах ограничены, полное разгибание в суставах вызывает боль (см. ). Других патологических изменений чувствительности, в двигательной и рефлекторной сферах нет. Дермографизм красный ,нестойкий**

**Состояние средней тяжести. Больная в полном сознании. Интеллект соответствует уровню развития. Нарушения памяти, внимания не отмечено. Настроение ровное, пациентка адекватно реагирует на все, что ее окружает, контактна.**

**TATUS LOCALIS:**

**Движения в правой ноге в тазобедренном и коленном суставах ограничены. Положение правой нижней конечности вынужденное : правая нога слегка согнута в тазобедренном и коленном суставах.**

**Пальпируются паховые лимфатические узлы, бобовидной формы несколько увеличенные: слева 1и справа 3 узла, мягкоэластичной консистенции, безболезненны, подвижны, не спаяны с подлежащими тканями.**

**Диаметр бедер на симметричных участках : в верхней трети правого - 56 см, левого - 54 см; в нижней трети правого - 38 см, левого - 37см. В области правого коленного сустава отмечена нерезко выраженная отечность околосуставных тканей с медиальной стороны, кожные покровы над суставом не изменены, окружность правого коленного сустава 35,5см (левого 34см). При пальпации суставов болезненности нет. Симптом флюктуации отсутствует, хруст и крепитация при движении в суставах не отмечаются. Местного повышения температуры в области правого и левого коленных суставов, а также на симметричны участках правого и левого бедра не наблюдается.**

**При осмотре на переднемедиальной поверхности в области средней трети правого бедра открытая рана. Вокруг раны ткани отечны, отмечается некоторая напряженность тканей , гиперемии нет. При легком надавливании на окружающие рану ткани появляется неинтенсивная боль, локализующаяся в области переднемедиальной поверхности бедра. Рана длиной 15см и шириной 9см. Дно раны образовано передней и медиальной группой мышц бедра. Дно и стенки раны обильно покрыты сгустками фибрина, при снятии фибрина в ране видны незначительные участки некроза темно-серого цвета на поверхности мышечной ткани и ярко-красные, сочные, зернистые, плотные островки грануляционной ткани. Края раны ровные, подвижны. В ране по направлению к приводящему каналу имеется глубокий карман.**

**План обследования и лечения:**

**Лабораторные исследования (необходимые при поступлении и в процессе лечения):**

**-Общий анализ крови ( СОЭ, периферическая кровь, лейкоцитарная формула, коагулограмма)**

**-биохимия крови : белки, белковые фракции (электрофорез на бумаге*)***

**диспротеинемические тесты**

**остаточный азот и его компоненты**

**на сахар, компоненты углеводного обмена**

**минеральный обмен в крови**

**активность ферментов крови**

**кислотно-основное состояние крови**

**-иммунологический статус с целью проведения целенаправленной избирательной иммунотерапии (показатели фагоцитоза,содержание иммуноглобулинов в сыворотке крови*,* содержание Т- и В-лимфоцитов в плазме крови**

**-кровь на**

**на СПИД**

**на австралийский антиген**

**мазок из влагалища для определения микрофлоры**

**-посев крови ( на наличие бактериемию )**

**-посев экссудата из раны (для выяснения вида возбудителя гнойно-воспалительного процесса, для проведения адекватной антибиотикотерапии).**

**-общее анализ мочи по м. Ничипоренко (или м. Зимницкого),**

**на содержание сахара в моче и суточное количество**

**-анализ кала (на скрытое носительство ряда кишечных инфекций)**

***Проведение общих анализов крови и мочи каждые 4 дня (для предупреждения осложнений антибиотикотерапии, за наблюдением нормализации гомеостаза ворганизме).***

1. **Инструментальные методы**

**ЭКГ**

**Рентгеноскопия грудной клетки (на наличие туберкулеза легких)**

**Скинирование**

1. **В ранний послеоперационный период:**

**- противовоспалительная терапия,**

**- перевязки и санация раны ( с использованием нативных протеолитических ферментов /, химической антисептики / фурацилин, раствор перикиси водорода, сульфаниламидные прпрепараты /, гипертонических растворов, лазеротерапия, ультразвуковой кавитации; при переходе в фазу репаративной регенерации примененим повязок с мазями, улучщающих регенерацию /метилурациловая мазь/, сближение краев раны лейкопластырем) ежедневные в фазу воспаления и пролиферации и менее частые в фазу регенерации.**

**- антибактериальная терапия (применение аминогликозидов и других лекарственных препаратов, выводимых преимущественно почками, избегать, исходя из жалоб больной, на наличие нарушений в системе мочеотделения. Направить больную на консультацию с урологом)**

**- наложение ранних вторичных швов для заживления раны по типу первичного натяжения при нормализации температуры тела, состава крови , при исчезновении отека и гиперемии кожи вокруг раны, очищении раны от гноя, некротизированных тканей, при наличии ярких сочных грануляций и отсутствии корманов и максимальной адаптации краев и стенок раны /при необходимости можно поставить сначала дренажи /**

**- назначить иммуномодуляторы (тималин, тактивин, левамизол), , индукторы эндогенного интерферона (полудан - поли аденил уридиловая кислота), поливитамины(«Ревит», «Ундевит» по 1 таблетке 3 раза в день)**

**- восстановление двигательной функции правой конечности ( лечебная физкультура)**

**Рекомендуется осмотр и консультация следующих врачей:**

**-терапевта (для выявления причин хронических диспепсических явлений )**

**-гинеколога (в связи с жалобами на болезненные менструации)**

**-уролога (для выявления возможного наличия заболевания мочевыделительной системы)**

**-психиатра (в связи с наличием в анамнезе жизни суицидальных попыток)**

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:**

**Основное заболевание:**

**глубокая флегмона бедра правой конечности**

**Осложнения основного заболевания:**

**временное ограничение двигательной функции правой нижней конечности.**

**Сопутствующие заболевания:**

**нет**

**Обоснование диагноза:**

**В результате ножевого удара в переднемедиальную область правого бедра нанесена колотая рана; раннее осложнение - наружнее кровотечение. Результатом неправильной обработки раны явилось позднее осложнение (через 2 суток после ранения) - первичное нагноение, которое проявилось острым началом, быстрым нарастанием клинических признаков гнойно-воспалительного процесса : гиперемией и отеком и напряжение окружающих тканей, быстро усиливающиеся боли, локализованные в зашитой ране, появляющиеся при незначительной двигательной активности и при легкой пальпации , стали разлитыми, что привело к ограничению подвижности пораженной конечности, появление и быстрое прогрессирование симптомов интоксикации (резкое повышение температуры до 39 С, отсутствие аппетита, тошнота, слабость). На основании вышеперечисленного поставлен диагноз - глубокая флегмона правого бедра .**

**Для дальнейшего лечения выявленного заболевания и предупреждения возможных осложнений : распространения процесса из ложа медиальной группы мышц бедра через приводящий канал в подколенную ямку, по ходу прободающих сосудов в заднюю область бедра, в бедренный треугольник и через сосудистую лакуну в забрюшинную клетчатку, по ходу запирательной артерии через запирательный канал в подбрюшинную клетчатку , по паравазальной клетчатке сосудов в глубокое клетчаточное пространство ягодичной области, а затем в клетчаточное пространствомалого таза, а также сепсиса - предлагается на основании проведенных мероприятий (см. Анамнез настоящего заболевания) следующий план лечения.**

**Литература:**

**1)Гостищев В.К.**

**«Общая Хирургия»**

**Издательство «Медицина», Москва 1993**

**2)Федор Леонидович Гребенев**

**Аркадий Александрович Шептулин**

**«Руководство по гастроэнтерологии »**

**том 1, 2. Издательство «Медицина», Москва 1995**

1. **Андрей Леонидович Гребенев**

**«Пропедевтика внутренних болезней» учебник, четвёртое издание.**

**Издательство «Медицина», Москва 1995**

**4) Федор Леонидович Гребенев**

**Аркадий Александрович Шептулин**

**«Непосредственное исследование больного» учебное пособие.**

**Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1992**

1. **Андрей Леонидович Гребенев**

**Трухманов А. С.**

**«Справочник основных клинических симптомов» учебное пособие**

**Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1991**

1. **Ляпон Д. О.**

**Васильева О.М.**

**«Схема клинического исследования больного» учебное пособие**

**Издательство ММА им. Сеченова И.М., Москва 1994, типография «Нефтяник»**

1. **Линденбратен Л. Д.**

**Королюк И.П.**

**«Медицинская радиология и рентгенология»**

**Издательство «Медицина», Москва 1993**

**8) Под редакцией проф. Литвицкого Петра Франциевича**

**«Патофизиология» курс лекций**

**Издательство «Медицина», Москва 1995**

1. **Струков Анатолий Иванович**

**Серов Виктор Викторович**

**«Патологическая анатомия» учебник 3-е издание**

**Издательство «Медицина», Москва 1993**

1. **под редакцией Серова В. В., Пальцева Михаила Александровича.**

**«Лекции по патологической анатомии болезней » ( частный курс)**

**Издательство «Медицина», Москва 1996**