**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Дата и время поступления в лечебное учреждение:** 12.02.2015г. 10:05;

**ФИО:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Возраст:** 30 лет;

**Пол:** мужской;

**Профессия, должность:** Инвалид 2 группы;

**Домашний адрес:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_;

**Кем направлен пациент:** городская поликлиника №3;

**Диагноз направившего лечебного учреждения:** Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма.

**Предварительный диагноз при поступлении:** Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма. Ложный сустав средней 1/3 левой голени

**Клинический диагноз:**

Основной: Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма. Ложный сустав средней 1/3 левой голени

Осложнения основного: нет.

Сопутствующий: нет.

**Операции:** 05.03.15 г. Санация остеомиелитического очага левой голени, декортикация, Трансплантация кости с кортикальным слоем (взятие из гребня подвздошной кости) для закрытия дефекта левой кости в средней 1/3. Остеосинтез левой голени по Илизарову.

20.03.15 г. Остеосинтез левой голени в аппарате Илизарова (второй этап остеосинтеза).

**ОСНОВНЫЕ ЖАЛОБЫ ПАЦИЕНТА**

**Жалобы пациента при поступлении:** пациент предъявлял жалобы на боли в левой голени при движении, пальпации, наличие раны.

**Жалобы на момент курации:** пациент предъявляет жалобы на боли в области послеоперационной раны.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Пациент считает себя больным с 26.11.2013 года, когда при дорожно-транспортном происшествии получил травму -- открытый перелом средней 1/3 большеберцовой и малоберцовой костей. В БСМП 09.12.13 выполнен остеосинтез пластиной. В августе 2014 года открылся свищ. В это время пациент отмечает появление боли в левой голени, повышение температуры тела. 06.10.14 пластина удалена. В декабре 2014 года выполнена санация остеомиелитического очага левой голени.12.02.2015 г. по направлению поликлиники №3 пациент госпитализирован во второе хирургическое отделение ВОКБ с диагнозом: Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма.

**При осмотре пациента врачом в приёмном отделении было выявлено:** общее состояние пациента удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,7оС; кожный покров бледно-розовый. Периферические лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, безболезненны. При перкуссии легких – ясный легочной звук. Аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс – 76 пульсовых волн в минуту, АД – 130/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации во всех отделах. **Локальный статус:** на передней поверхности средней 1/3 левой голени свищ со скудным серозным отделяемым. Окружающие мягкие ткани отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации.

Патологических изменений со стороны других органов и систем выявлено не было.

**ИСТОРИЯ ЖИЗНИ**

Пациент родился в г.Витебск в семье рабочих. Рос и развивался соответственно возрасту. Образование средне-специальное, работал оператором на станках с ЧПУ. В настоящее время инвалид II группы (МРЭК 28.01.15) . Пациент женат, имеет 1-го здорового ребенка 3 лет.

Жилищные и санитарно-гигиенические условия благоприятные. Питание регулярное, высококалорийное, сбалансированное, 3-4 раза в день.

Вредные привычки: пациент не курит. Алкоголем не злоупотребляет.

Из перенесенных заболеваний пациент отмечает простудные.

Вирусный гепатит, туберкулёз, сифилис, ВИЧ – инфекцию и венерические заболевания у себя и у родственников отрицает. Контакт с инфекционными пациентами отрицает.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Операций и травм не было.

Переливание крови, кровезаменителей не проводилось.

**ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

**ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО**

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение тела активное, температура тела 36,7. Пациент не общителен, ориентирован во времени. Рост 187 см, вес 93 кг, ИМТ=27. Питание нормальное, телосложение правильное. Тип конституции гиперстенический. Подкожная жировая клетчатка хорошо развита, толщина жировой складки не превышает 2 см.

Кожный покров бледно-розовый, чистый, зуда нет. Тургор сохранен, эластичная. Влажность достаточная. Патологических элементов не найдено. Рубцов нет. Усиления кожного рисунка, извилистости и расширения поверхностных вен не выявлено.

Видимые слизистые бледно-розового цвета, влажные, без видимых патологических изменений. Язык влажный, чстый.Небо физиологической окраски, налетов, кровоизлияний нет. Миндалины физиологической окраски, налетов кровоизлияний, гнойных пробок, гнойников в лакунах нет.Десны розовые, кровоточивости, гноетечения нет. Склеры нормальной окраски.

Волосы и ногти не изменены. Оволосение по мужскому типу.

Щитовидная железа не увеличена, подвижна, не спаяна с окружающими тканями, гладкая, при пальпации безболезненная. Поджелудочная железа не пальпируется.

Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены, безболезненны.

**КОСТНО-МЫШЕЧНО-СУСТАВНАЯ СИСТЕМА:**

Мышечная система: степень развития мышц хорошая, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти, бёдрах, голени - хорошая, симметричная, тонус мышц нормальный, судорог нет.

Кости черепа, грудной клетки без патологических изменений.

Позвоночник: не искривлен, при пальпации по ходу остистых отростков болезненности не выявлено.

Деформации и искривления костей нет. Суставы: деформации, дефигурации нет, температура кожи над суставами нормальная, флюктуации, болезненности и хруста при движениях не выявлено; объём активных и пассивных движений достаточный, нарушения функции суставов нет.

**Локальный статус:** на передней поверхности средней 1/3 левой голени свищ со скудным серозным отделяемым. Окружающие мягкие ткани отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации.

**СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр.**

Осмотр сердечной области: сердечный горб отсутствует; верхушечный толчок на глаз не определяется. Отрицательного верхушечного толчка нет. Эпигастральная пульсация отсутствует.

Осмотр крупных сосудов: набухание шейных вен, расширение подкожных вен туловища и конечностей, а также видимаяпульсация сонных и периферических артерий отсутствуют.

**Пальпация.** Верхушечный толчок пальпируется в 5 межреберье на 0,5 см кнутри от левой срединно-ключичной линии; ритмичный, , средней силы и высоты. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыканья», трение перикарда отсутствуют. Ретростернальная пульсация аорты не пальпируется.

Пульс на обеих лучевых артериях одинаковый, ритмичный, частота - 86 в минуту, дефицита пульса нет, пульс удовлетворительного напряжения и наполнения. Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных и артериях стопы.

**Перкуссия сердца.** Границы сердца не расширены.

**Аускультация.** Тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. АД 130/80 мм.рт.ст.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ**

**Осмотр грудной клетки.** Грудная клетка нормостеническая: переднезадний размер меньше бокового, над- и подключичные ямки выражены умеренно, ребра имеют косой ход, межреберные промежутки выражены умеренно, эпигастральный угол около 90 о, лопатки хорошо контурируются.

Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания, отставания одной половины от другой нет. Смешанный тип дыхания. Ритм дыхания правильный. Дыхательные движения средней глубины; частота дыхательных движений – 17 в минуту. Объективные признаки одышки: изменение частоты и глубины дыхания, участие вспомогательной мускулатуры и крыльев носа в акте дыхания, акроцианоз, ортопноэ, – отсутствуют.

**Пальпация.** Резистентность грудной клетки нормальная. Болезненности по ходу межреберных нервов, мышц, ребер нет. Голосовое дрожание не изменено, проводится одинаково на симметричных участках грудной клетки. Ощущения трения плевры при пальпации нет. Экскурсия грудной клетки при спокойном дыхании составляет 3 см, максимальная экскурсия – 8 см.

**Перкуссия грудной клетки.**

*Топографическая перкуссия:* границы легких не изменены;

*Сравнительная перкуссия:*над симметричными участками легких перкуторно ясныйлегочный звук.

**Аускультация.** Над симметричными участками легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы (хрипы, шум трения плевры, крепитация) отсутствуют.

**ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯСИСТЕМА**

**Осмотр**. Живот правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Пупочное кольцо не расширено, пупок втянут. Видимая перистальтика и венозная сеть на поверхности живота отсутствуют. Признаков расстройства портального кровотока, головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых областях, в области белой линии живота нет. Признаков метеоризма, видимой перистальтики во время исследования не обнаружено.

**Поверхностная пальпация живота в вертикальном и горизонтальном положении.**Живот мягкий, безболезненный, умеренной резистентности и напряжения.Грыжевые отверстия, расхождение прямых мышц живота, опухолевидные образования отсутствуют. Асцит методом флюктуации не определяется. Увеличение органов брюшной полости не отмечается.

**Глубокая методическая пальпация по Образцову-Стражеско.**

Патологических изменений при глубокой пальпации не выявлено.Перитонеальные симптомы отсутствуют.

**Пальпация печени по Образцову.** Нижний край печени не выступает из-под края реберной дуги.

**Пальпация желчного пузыря.** Желчный пузырь не пальпируется. СимптомыОртнера, Образцова-Мерфи, Курвуазье, Георгиевского-Мюсси отрицательные.

**Пальпация поджелудочной железы.** Поджелудочная железа не пальпируется. Болезненность в треугольнике Шоффара не отмечается. Симптомы Гротта, Мейо-Робсона, Катча отрицательные.

**Пальпация селезенки.**Селезенка в положении лежа на спине и на правом бокуне пальпируется.

Симптом Поргеса отрицательный.

**Перкуссия живота.** Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптом Образцова отрицательный.

**Аускультация.** Выслушиваются шумы перистальтики во всех отделах кишечника. Шум трения брюшины над печенью, селезенкой не выслушивается. Систолический шум над аортой и мезентериальными артериями отсутствуют.

**МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА**

**Осмотр.** Поясничная и надлобковая область при осмотре не изменена.Мышцы поясничной области не напряжены.

**Пальпация.** Почки в горизонтальном и вертикальном положении не пальпируются. Пальпаторно мочевй пузырь не определяется. Пальпация по ходу мочеточников безболезненна.

**Перкуссия.** Симптом Пастернацкого отрицательный. Перкуторно мочевй пузырь не определяется.

**ПСИХОНЕВРОЛОГИЧЕСКИЙ СТАТУС**

Сознание ясное. Очаговой неврологической симптоматики не обнаружено. Менингиальных знаков не выявлено. Локомоторная функция без нарушений, поведение спокойное, эмоции сдержаны

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб (при поступлении пациент предъявлял жалобы на боли в левой голени при движении, пальпации, наличие раны); данных анамнеза заболевания (Пациент считает себя больным с 26.11.2013 года, когда при дорожно-транспортном происшествии получил травму -- открытый перелом средней 1/3 большеберцовой и малоберцовой костей. В БСМП 09.12.13 выполнен остеосинтез пластиной. В августе 2014 года открылся свищ. В это время пациент отмечает появление боли в левой голени, повышение температуры тела. 06.10.14 пластина удалена. В декабре 2014 года выполнена санация остеомиелитического очага левой голени.12.02.2015 г. по направлению поликлиники №3 пациент госпитализирован во второе хирургическое отделение ВОКБ с диагнозом: Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма); данных объективного исследования (на передней поверхности средней 1/3 левой голени свищ со скудным серозным отделяемым. Окружающие мягкие ткани отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации) пациенту можно поставить следующий ***предварительный диагноз:***

*Основной* Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма. Ложный сустав средней 1/3 левой голени

*Осложнения основного:* нет.

*Сопутствующий:* нет.

**ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Общий анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

3. Определение группы крови, резус-фактора.

4. Анализ крови на RW.

5. Иммунограмма

6. ЭКГ.

7. Рентгенография органов грудной клетки.

8. Рентгенография левой голени.

9. Фистулография левой голени.

10. Сцинтиграфия скелета

11. УЗДГ сосудов нижних конечностей.

12. Микробиологическое исследование отделяемого свищевого канала и определение чувствительности к антибиотикам.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ**

***Общий анализ крови от 13.02.15 г.:***

Hb - 132 г/л (130 – 170)

Эритроциты (RBC) – 4,48 x1012 (3,8 – 4,5)

Гематокрит (HCT) – 410%

Средний оббьем эритроцитов (MCV, fl) – 82 фл (81 – 100)

Среднее сод гемогл в отдельном эритр (МСН) – 29,6 пг (27 – 34)

Среднее сод гемогл в эритр (МСНС) – 322 г/л (320 – 360 )

Лейкоциты (WBC) – 7,3 х 109/л (4 – 9)

Палочкоядерные- 1%

Сегментоядерные- 62%

Лимфоциты- 28%

Моноциты- 7%

Эозинофилы- 1%

СОЭ- 10 мм/ч

**Заключение:** общий анализ крови без патологических изменений.

***Биохимический анализ крови 13.02.15***

Глюкоза – 5,6 ммоль/л (3,7 – 6,1)

Мочевина – 5 ммоль/л(2,61 – 8,35)

Креатинин – 0,71 ммоль/л (0,044 – 0,1)

Общий белок – 70 г/л (65 – 85)

Билирубин общий – 18,8 мкмоль/л (8,5 – 20,5)

Билирубин прямой – 4,2 мкмоль/л (2,1 – 5,1)

Холестерин – 4,1 ммоль/л (2,99 – 5,3)

**Заключение:** биохимический анализ крови без патологических изменений.

***Анализ крови на RW 13.02.15:*** отрицательный.

***Общий анализ мочи 13.02.15***

Цвет - соломенно-желтый

Прозрачность – полная

Реакция - кислая

Удельный вес – 1026

Белок – нет

Сахар – нет

Плоский эпителий – 1 – 2 в пл.зр

Лейкоциты – 1 – 2 в пл. зр

Соли – оксалаты

**Заключение:** общий анализ мочи без патологических изменений.

***Фистулография левой голени 13.02.15:***

**Заключение:** Определяется свищевой ход с депо контраста в средней трети диафиза большеберцовой кости.

***Микробиологическое исследование биологического материала (раневого отделяемого) от 12.02.15г*** *(дата выдачи 16.02.15)****.:***

**Заключение:** выделены микроорганизмы – Staphylococcus aureus. Чувствителен к амикацину, ванкомицину, клиндамицину, оксациллину, офлоксацину, цефотаксиму, ципрофлоксацину.

***Определение группы крови 17.02.15:*** АВ(4) группа крови, Rh (-).

***Имунограмма17.02.15***

Т- лимфоциты активные – 25% (24 – 30)

Т- лимфоциты общие – 45% (58 – 67)

Т-хелперы – 20% (35 – 48)

Т-супрессоры – 25% (18 – 25)

Иммунорегуляторный индекс – 0,8 (1,4 – 2,0)

Циркулирующие иммунные комплексы – 72 (до 56)

НСТ-тест – спонтанный – 42 (2 – 12 %)

– стимулированный (стафилкокк) – 61 (50 – 70 %)

Фагоцитарный индекс (ФИ) (стафилкокк) – 73 (60 – 80 %)

Фагоцитарное число (ФЧ) – 8,3 (8 – 12)

**Заключение:** лабораторные признаки иммунодефицита с отрицательной иммунорегуляцией Т-клеточного звена. Выраженная стимуляция бактерицидной активности нейтрофилов.

***Сцинтиграфия костей скелета + SPECT с РФП 19.02.15:*** При профильном исследовании костей в передней и задней проекциях и томогафии н/к имеется деформация и утолщение в области средней трети левой б/берцовой кости с очаговым повышением накопления РФП с интенсивностью захвата до 1600 %. Указанные изменения могут носить воспалительный характер.

**Заключение:** признаки остеомиелита левой б/берцовой кости.

***Электрокардиограмма от 04.03.15:***

Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 75 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

***Имунограмма 5.03.15***

Т- лимфоциты активные – 20% (24 – 30)

Т- лимфоциты общие – 46% (58 – 67)

Т-хелперы – 24% (35 – 48)

Т-супрессоры – 22% (18 – 25)

Иммунорегуляторный индекс – 1,1 (1,4 – 2,0)

Циркулирующие иммунные комплексы – 95 (до 56)

НСТ-тест – спонтанный – 30 (2 – 12 %)

– стимулированный (стафилкокк) – 56 (50 – 70 %)

Фагоцитарный индекс (ФИ) (стафилкокк) – 52 (60 – 80 %)

Фагоцитарное число (ФЧ) – 6,2 (8 – 12)

**Заключение:** явления сниженного функционального резерва нейтрофилов и поглотительной активности фагоцитоза.

***Рентгенография левой голени интраоперационно 05.03.15: Постановка МОС аппарата Илизарова –*** Ложный сустав в проекции средней 1/3 диафиза б/берцовой кости с участками деструкции – посттравматический остеомиелит.

***Патогистологическое исследование участков мягкой и костной ткани из очага поражения 06.03.15:***

Фрагменты мягких тканей с участками некроза, наличием грануляционной ткани с воспалительной инфильтрацией и примесью сидерофагов. Хронический остеомиелит.

***Рентгенография левой голени в 2-х проекциях 19.03.15:*** Перелом средней 1/3 б/берцовой кости слевас участками деструкции и возможным формированием секвестра в аппарате Илизарова.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Хронический (вторичный) остеомиелит следует дифференцировать с *опухолями костей*, посттравматическим *периоститом*, редко со *специфическим остеомиелитом* (при сифилисе, туберкулёзе, актиномикозе костей, ревматизме), ещё реже с внутрикостной *гемангиомой, лимфогранулематозом, подагрой, остеопорозом*. Окончательный диагноз ставят обычно на основании клинико-рентгенологических и морфологических данных.

Характерным рентгенологическим признаком *хронического остеомиелита* является утолщение кости с образованием одной или нескольких полостей, в которых могут обнаруживаться секвестры. Костные полости, как правило, окружены значительной зоной склероза. Вследствие этого костномозговой канал сужен (или не выявляется) на рентгенограммах. Нередко участки остеосклероза чередуются с небольшими зонами разрежения костной ткани. Большую диагностическую роль в подобных случаях играет томография, позволяющая избавиться от суммарного эффекта и «заглянуть» в послойную структуру костной ткани. Именно с помощью томографии у больных удается нередко выявить скрытые воспалительные очаги деструкции и секвестры.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

Особенно большое значение имеет как можно более ранняя дифференциация остеомиелит с *остеогенной саркомой.*Для остеогенной саркомы характерно постепенное нарастание симптомов заболевания, в анамнезе нет ясных указаний на перенесённый ранее острый остеомиелит, боли значительно интенсивнее и носят постоянный характер, не уменьшаясь даже при иммобилизации конечности; на рентгенограмме отмечается разрушение кортикального слоя кости и отслойка надкостницы в виде «козырька», наличие радиально направленных периостальных спикул и другие. При пункции в зоне новообразования кости получают не гнойный экссудат, а серозно-геморрагическую жидкость, в которой можно обнаружить опухолевые клетки. Если приведённые методы исследования не позволяют отдифференцировать хронический остеомиелит от опухоли костной ткани, то делают биопсию.

*При посттравматическом периостите* в анамнезе есть указания на бывшую травму, а не на острый остеомиелит; отсутствует чередование ремиссий и рецидивов; нет и не было свищей; на рентгенограммах отсутствуют характерные остеомиелитические полости, секвестры, чередование участков остеосклероза и остеопороза и другие. При лабораторных исследованиях крови, как правило, не отмечается ни лейкоцитоза, ни сдвига лейкоцитарной формулы, ни ускорения РОЭ.

*При сифилитическом остеомиелите* у детей 8—10-летнего и подросткового возраста округлые или овальные очаги деструкции чаще всего располагаются в диафизах и метадиафизах большеберцовой, плечевой, бедренной костей, реже в других трубчатых костях. При диффузном сифилитическом поражении в костях наблюдается множество мелких очагов. Клинически процесс протекает без острых явлений; свищи открываются безболезненно, располагаясь на симметричных участках костей. При приобретённом сифилисе дифференциации помогает наличие других характерных признаков этого заболевания. При сифилитическом остеомиелите наблюдается некроз кости и надкостницы, что проявляется на рентгенограммах очагами просветления со слоистым периоститом в виде луковицы (гумма).

Необходимость дифференцировать хронический (вторичный) остеомиелит от *туберкулёзного*может возникнуть в тех случаях, когда острый гематогенный остеомиелит у больного с самого начала протекал торпидно, без выраженных клинических проявлений и значительной деструкции костной ткани. Туберкулез костей начинается подостро без выраженной общей и температурной реакции. Для туберкулёзного поражения характерна рано наступающая атрофия мягких тканей конечности; свищи окружены блеклыми грануляциями, гной жидкий с наличием казеозных масс. Рентгенологические (преобладание остеопороза над остеосклерозом без выраженных явлений периостита), биохимический и микробиологические исследования, специфические туберкулиновые пробы, биопсия кости помогают поставить правильный диагноз.

*При актиномикотическом поражении кости* к грибковой инфекции часто присоединяется вторичная кокковая флора. Разрушая актиномикотические друзы, она препятствует выявлению их при микробиологические исследовании, тогда как сама легко обнаруживается, что затрудняет дифференциальную диагностику с хроническим неспецифическим остеомиелитом. Для актиномикоза характерно медленное подострое клинические, течение с довольно поздним образованием гнойных язв, которые можно принять за обычные остеомиелитические свищи. Достоверный диагноз актиномикоза устанавливают при обнаружении в гное или соскобах из язв (свищей) актиномикотических друз, а также с помощью серологических реакций.

Отличить *хронический остеомиелит от ревматизма* относительно нетрудно. При ревматизме чаще наблюдается полиартрит мелких суставов, а при остеомиелите поражаются в основном крупные кости; на рентгенограммах при ревматизме отсутствуют деструктивные изменения и перестройка костной ткани, характерные для хронического остеомиелита.

*Диагноз подагры* считается достоверным при обнаружении отложений уратов в тканях. К числу характерных признаков подагры относятся: 1) повышение концентрации уратов в суставной жидкости; 2) острый артрит, характеризующийся внезапностью появления, локализацией в области плюснефаланговых суставов первых пальцев, быстрым развитием местного отёка, резкой болезненностью, выраженной гиперемией кожи и быстрым наступлением (через 1—3 недель) полной ремиссии; 3) обострение артрита в связи с употреблением пищи, богатой пуриновыми основаниями, жирами, алкоголя или применением лекарственных средств, приводящих к гиперурикемии (рибоксин, мочегонные и другие); 4) гиперурикемия, превышающая норму на 2 мг/100 мл; 5) тофусы. Сочетание 2—3 указанных признаков (при наличии гиперурикемии) позволяет с достаточной определённостью поставить диагноз подагра.

*Остеопороз* долгое время протекает [латентно](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B0%D1%82%D0%B5%D0%BD%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%81%D1%82%D0%B0%D0%B4%D0%B8%D1%8F). Пациент, не подозревая о его наличии, получает первые гипотравматические переломы. Чаще всего страдают [тела позвонков](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D0%BA), вызывая боль и заставляя обратиться к врачу. От компрессии страдают передние отделы тел позвонков, вызывая их клиновидную деформацию. Это приводит к изменению [осанки](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9E%D1%81%D0%B0%D0%BD%D0%BA%D0%B0) и уменьшению роста (до 5 см и более в течение нескольких лет). Самые характерные признаки остеопоротических  [переломов позвонков](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9F%D0%B5%D1%80%D0%B5%D0%BB%D0%BE%D0%BC_%D0%BF%D0%BE%D0%B7%D0%B2%D0%BE%D0%BD%D0%BE%D1%87%D0%BD%D0%B8%D0%BA%D0%B0) — боль и деформация позвоночника. Болевой синдром обычно выражен, когда страдают позвонки сегмента (Th XII — LI). Боль возникает остро, иррадиирует по межреберным промежуткам в переднюю стенку брюшной полости. Приступы возникают вследствие резких поворотов тела, прыжков, кашля, чихания, поднятия тяжести и др.

Обычная рентгенография не выявляет остеопороз в ранней стадии, поскольку он становится заметен на рентгенограмме визуально только при снижении плотности  [костной ткани](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BA%D0%B0%D0%BD%D1%8C)  на четверть и более. Ранний остеопороз выявляют при [компьютерной томографии](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BC%D0%BF%D1%8C%D1%8E%D1%82%D0%B5%D1%80%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) или на [магнитно-резонансном томографе](http://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9C%D0%B0%D0%B3%D0%BD%D0%B8%D1%82%D0%BD%D0%BE-%D1%80%D0%B5%D0%B7%D0%BE%D0%BD%D0%B0%D0%BD%D1%81%D0%BD%D0%B0%D1%8F_%D1%82%D0%BE%D0%BC%D0%BE%D0%B3%D1%80%D0%B0%D1%84%D0%B8%D1%8F) в виде очагов снижения плотности костной ткани в губчатой кости (пятнистый остеопороз). Раньше исчезают трабекулы, которые меньше участвуют в функциональной нагрузке.

*Облитерирующий эндартериит* характеризуется воспалительными и дистрофическими процессами в артериях, преимущественно дистальных отделов нижних конечностей, приводящими к постепенному стенозу и облитерации сосудов. Для эндартериита характерно сохранение пульсации на бедренных артериях и отсутствие признаков атеросклероза (нормальный уровень холестерина, молодой возраст). Артериальные тромбозы и эмболии характеризуются внезапным развитием синдрома острой ишемии нижних конечностей на фоне полного благополучия — появление острых интенсивных болей в нижней конечности, ее бледность, снижение или полное отсутствие чувствительности. При артериальных тромбозах и эмболиях характерно некоторое усиление пульсации сосудов над местом окклюзии, нарушение функции конечности вплоть до мышечной контрактуры вследствие развития острой ишемии. Такое состояние требует неотложной госпитализации в ближайший хирургический стационар.

*Атеросклероз нижних конечностей.*

Первым клиническим признаком болезни является синдром перемежающейся хромоты. Болевой синдром разнообразен и проявляется жгучей, распирающей или схваткообразной болью в икроножных мышцах, иногда же - только чувством чрезмерного утомления конечности, вызванным ишемией скелетной мускулатуры, проявляющейся при физической нагрузке. Боли в ногах появляются при ходьбе и проходят после небольшого отдыха, в результате человек вынужден остановится, немножко постоять и за тем, продолжить ходьбу.

*Тромбоз артерий* конечностей возникает, как правило, внезапно. Лишь иногда ей предшествуют некоторые расстройства сердечной деятельности (аритмия, тахикардия и др.), боли, онемение, парестезии в конечности. Основным первоначальным признаком эмболии артерии является внезапная острая боль в конечности («как удар кнута»). К тому присоединяется чувство похолодания («нога как обледенелая»), побледнение и понижение чувствительности («рука как мертвая»). При осмотре определяется вынужденное положение конечности с когтеобразным положением пальцев, бледность или «мраморность» кожи.

Конечность холодная, болезненная. Пульс (ниже места закупорки и на периферии конечности) отсутствует. Иногда на месте закупорки сосуда можно прощупать его утолщение (место нахождения эмбола). Активные движения в суставах ниже места закупорки артерии обычно отсутствуют. С помощью специальных методов исследования, применяемых в основном в условиях стационара (термометрия кожи, капилляроскопия, осциллография, артериография и др.), можно более точно определить степень нарушения прохождения артерий, локализацию эмбола и др.

**ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

На основании жалоб пациента (при поступлении пациент предъявлял жалобы на боли в левой голени при движении, пальпации, наличие раны), данных анамнеза заболевания (пациент считает себя больным с 26.11.2013 года, когда при дорожно-транспортном происшествии получил травму -- открытый перелом средней 1/3 большеберцовой и малоберцовой костей. В БСМП 09.12.13 выполнен остеосинтез пластиной. В августе 2014 года открылся свищ. В это время пациент отмечает появление боли в левой голени, повышение температуры тела. 06.10.14 пластина удалена. В декабре 2014 года выполнена санация остеомиелитического очага левой голени.12.02.2015 г. по направлению поликлиники №3 пациент госпитализирован во второе хирургическое отделение ВОКБ с диагнозом: Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма); данных объективного исследования (на передней поверхности средней 1/3 левой голени свищ со скудным серозным отделяемым. Окружающие мягкие ткани отечны, гиперемированы, болезненны при пальпации), данных инструментальных методов исследования (***Фистулография левой голени 13.02.15:*** Определяется свищевой ход с депо контраста в средней трети диафиза большеберцовой кости.

***Микробиологическое исследование биологического материала (раневого отделяемого) от 12.02.15г*** *(дата выдачи 16.02.15)****.:*** выделены микроорганизмы – S.aureus. Чувствителен к амикацину, ванкомицину, клиндамицину, оксациллину, офлоксацину, цефотаксиму, ципрофлоксацину.

***Имунограмма17.02.15:*** лабораторные признаки иммунодефицита с отрицательной иммунорегуляцией Т-клеточного звена. Выраженная стимуляция бактерицидной активности нейтрофилов.

***Сцинтиграфия костей скелета + SPECT с РФП 19.02.15*:** признаки остеомиелита левой б/берцовой кости.

***Имунограмма 5.03.15*:** явления сниженного функционального резерва нейтрофилов и поглотительной активности фагоцитоза.

***Rtg левой голени интраоперационно 05.03.15: Постановка МОС аппарата Илизарова –*** Ложный сустав в проекции средней 1/3 диафиза б/берцовой кости с участками деструкции – посттравматический остеомиелит.

***Патогистологическое исследование участков мягкой и костной ткани из очага поражения 06.03.15:*** Фрагменты мягких тканей с участками некроза, наличием грануляционной ткани с воспалительной инфильтрацией и примесью сидерофагов. Хронический остеомиелит.

***Rtg левой голени в 2-х проекциях 19.03.15:*** Перелом средней 1/3 б/берцовой кости слевас участками деструкции и возможным формированием секвестра в аппарате Илизарова) пациенту можно поставить следующий клинический диагноз:

***Основной:*** Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма.

***Осложнения основного:*** нет.

***Сопутствующий:*** нет.

**ЛЕЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

При остром гематогенном остеомиелите проводится комплексное хирургическое и консервативное лечение, которое включает:

- иммобилизацию поврежденной конечности;

- антибиотикотерапию;

- дезинтоксикационное лечение;

- иммунную терапию;

- коррекцию обменных процессов;

- хирургическое лечение.

Лечение при хроническом остеомиелите должно преследовать основную цель - ликвидацию очага гнойно-деструктивного процесса в костной ткани. Для достижения этой цели необходимо комплексное лечение, сочетающее радикальное хирургическое вмешательство с целенаправленной антибактериальной терапией и активизацией иммунных сил организма.

Показаниями для оперативного лечения являются:

- наличие секвестра;

- наличие остеомиелитической полости, свища, язвы;

- повторяющиеся рецидивы заболевания с болевым синдромом и нарушением функции опорно-двигательного аппарата;

- обнаружение патологических изменений со стороны паренхиматозных органов, вызванных гнойной инфекцией;

- локальная малигнизация костей.

Хирургическое лечение длинных трубчатых костей условно делится на 2 этапа. На первом этапе проводится санация гнойно-некротического очага, а на втором – восстановительные операции. Оба этапа хирургического лечения либо осуществляются в ходе одной операции (в этом случае восстановительные операции носят первичный характер), либо второй этап откладывается на некоторое время, пока не стихнет острый воспалительный процесс.

Лечение посттравматического остеомиелита такое же, как и гематогенного, особенно в отдаленном послеоперационном периоде. При этом всегда показано хирургическое лечение, при котором удаляются секвестры, свободно лежащие костные отломки, проводится некрэктомия, иссекаются гнойные грануляции и гнойные свищи. Удаление фиксирующих конструкций нарушает стабильность иммобилизации, поэтому предпочтение следует отдавать внеочаговому компрессионному остеосинтезу. Важное значение имеют своевременная диагностика и радикальное оперативное лечение. Прогноз при травматическом остеомиелите такой же, как и при гематогенном. Результат лечения считается хорошим при ремиссии 2 года и более.

**ЛЕЧЕНИЕ ДАННОГО ПАЦИЕНТА**

Режим постельный.

Стол Б.

**Операции:** 05.03.15 г. Санация остеомиелитического очага левой голени, декортикация, Трансплантация кости с кортикальным слоем (взятие из гребня подвздошной кости) для закрытия дефекта левой кости в средней 1/3. Остеосинтез левой голени по Илизарову.

20.03.15 г. Остеосинтез левой голени в аппарате Илизарова (второй этап остеосинтеза).

Рекомендовано: соблюдение постельного режима.

***Медикаментозная лечение:***

Sol. Analgini 50 % - 2,0 (12.02)

Sol. Dimedroli 1% - 1,0 в/м 3 р/д

Sol. Ciprofloxaicini 0,4 х 2 р/д в/в кап (12.02 – 25.02)

Sol. Timalini 20 mg в/м 1 р/сут (20.02 – 04.03)

Sol. Cefazolini 2,0 в/в 3 р/сут (25.02 – 05.03)

Sol. Klindomicini 600 mg в/в кап 3 р/сут (05.03 – 23.03)

Sol. Amicacini 400 mg 2 р/сут per os (с 13.03)

Sol. Tramadoli 5% – 2,0 в/м 2 р/сут

*Местно:* асептическая повязка на правую голень с мазью « Меколь».

*Физиотерапия:*

Ультрафиолетовое облучение на левую голень (с 18.02)

**ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЙ**

**24.03.15 г.**

Общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела – 36,7 С. Пациент предъявляет жалобы на боли в области послеоперационной раны.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожный покров бледно-розовый, сухой, чистый. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 17 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 78 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины.

Аускультация сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 78 в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. В правой гипогастральной области имеется послеоперационный рубец.

Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул 1 раз в сутки.

*Местный статус:* Левая голень в аппарате Илизарова. Наложена асептическая повязка в области п/о раны. Повязка фиксирована хорошо, со скудным кровянистым отделяемым..

**25.03.15 г.**

Общее состояние пациента удовлетворительное. Температура тела – 36,6 С.

Пациент предъявляет жалобы на незначительные боли в области послеоперационной раны.

Объективно: сознание ясное, положение в постели активное. Кожный покров бледно-розовый, чистый. Периферические лимфатические узлы не пальпируются.

Дыхание ритмичное, частота дыхательных движений – 17 в минуту. При перкуссии определяется ясный легочной звук. При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание, хрипов нет. Пульс - одинаковый на обеих руках, ритмичный, частота – 76 пульсовых волн в минуту, удовлетворительного напряжения и наполнения, средней величины.

Аускультация сердца – тоны сердца ясные, ритмичные, частота сердечных сокращений – 76 в минуту. Артериальное давление – 130/80 мм.рт.ст.

При пальпации живот мягкий, безболезненный, обе половины живота одинаково участвуют в акте дыхания. В правой гипогастральной области имеется послеоперационный рубец.

Мочеиспускание безболезненное, не затруднено. Стул 1 раз в сутки.

*Местный статус:* Левая голень в аппарате Илизарова. Наложена асептическая повязка в области п/о раны. Повязка фиксирована хорошо, чистая, сухая.

**ПРОГНОЗ**

Прогноз для жизни – благоприятный, для выздоровления – относительно благопиятный, для восстановления трудоспособности - относительно благоприятный.

**ЭПИКРИЗ**

Пациент Макаревич Андрей Геннадьевич, 13.08.1985 (30 лет)

с 12.02.15 находится на лечении во втором хирургическом отделении ВОКБ с диагнозом: **Основной:** Хронический посттравматический остеомиелит левой голени, свищевая форма. **Осложнения основного:** нет. **Сопутствующий:** нет.

***Проведенное лечение:***Sol. Analgini 50 % - 2,0; Sol. Dimedroli 1% - 1,0 в/м 3 р/д; Sol. Ciprofloxaicini 0,4 х 2 р/д в/в кап; Sol. Timalini 20 mg в/м 1 р/сут; Sol. Cefazolini 2,0 в/в 3 р/сут; Sol. Klindomicini 600 mg в/в кап 3 р/сут; Sol. Amicacini 400 mg 2 р/сут per os, Sol. Tramadoli 5% – 2,0 в/м 2 р/сут; *Местно:* асептическая повязка на правую голень с мазью « Меколь». *Физиотерапия:*Ультрафиолетовое облучение на левую голень

*Операции:* 17.02.2015 г. Катетеризация a. epigastricа inferior dextra под спинномозговой анестезией. 04.03.15 г. Трансплантация кости с кортикальным слоем для закрытия дефекта правой б/берцовой кости в нижней 1/3. Санация остеомиелитического очага.

***Результаты проведенных лабораторных и инструментальных методов исследования: ОАК 13.02.15 г.:*** Hb - 132 г/л Эр– 4,48 x1012 Гематокрит– 410% , Ср оббьем эр– 82 фл , Ср сод гемогл в отд эр– 29,6 пг , Ср сод гемогл в эр– 322 г/л

Лейкоц– 7,3 х 109/л , Пал- 1%, Сег- 62%, Лимф- 28%, М- 7%, Э- 1%, СОЭ- 10 мм/ч

***БХ кр 13.02.15*** Гл – 5,6 ммоль/л, Мочев – 5 ммоль/л, Креат– 0,71 ммоль/л, Об б – 70 г/л, Бил об – 18,8 мкмоль/л, Билн пр – 4,2 мкмоль/л, Холест – 4,1 ммоль/л

***Ан крови на RW 13.02.15:*** отрицательный.

***ОАМ 13.02.15*** Цвет – с/ж, Прозр – полн, Р-я – кис, Уд вес – 1026, Белок – нет, Сахар – нет, Пл эпит – 1 – 2 в пл.зр, Лейкоц– 1 – 2 в пл. зр, Соли – оксалаты

***Фистулография левой голени 13.02.15:*** Определяется свищевой ход с депо контраста в средней трети диафиза большеберцовой кости.

***Микробиол исслед биол матер 12.02.15г*** выделены микроорганизмы – S.aureus. Чувствителен к амикацину, ванкомицину, клиндамицину, оксациллину, офлоксацину, цефотаксиму, ципрофлоксацину.

***Опр гр крови 17.02.15:*** АВ(4) группа крови, Rh (-).

***Имунограмма17.02.15*** лабораторные признаки иммунодефицита с отрицательной иммунорегуляцией Т-клеточного звена. Выраженная стимуляция бактерицидной активности нейтрофилов.

***Сцинтиграфия костей скелета + SPECT с РФП 19.02.15:***признаки остеомиелита левой б/берцовой кости.

***ЭКГ 04.03.15:*** Ритм синусовый, частота сердечных сокращений – 75 в минуту. Вертикальное положение электрической оси сердца.

***Имунограмма 5.03.15*** явления сниженного функционального резерва нейтрофилов и поглотительной активности фагоцитоза.

***Rtg*** ***лев голени интраоперац 05.03.15: Постановка МОС аппарата Илизарова –*** Ложный сустав в проекции средней 1/3 диафиза б/берцовой кости с участками деструкции – посттравматический остеомиелит.

***Патогистологич исслед уч-ков мягкой и костной ткани из очага поражения 06.03.15:*** Фрагменты мягких тканей с участками некроза, наличием грануляционной ткани с воспалительной инфильтрацией и примесью сидерофагов. Хронический остеомиелит.

***Rtg лев голени в 2-х проекциях 19.03.15:*** Перелом средней 1/3 б/берцовой кости слевас участками деструкции и возможным формированием секвестра в аппарате Илизарова.

Отмечается положительная динамика, улучшение общего состояния пациента. Боли в правой стопе стали менее выраженными. Рекомендовано:

* Наблюдение у хирурга поликлиники по месту жительства.
* Принимать таб офлоксацин 400 мг х 2 р/сут.
* Ходить с дозированной нагрузкой на правую ногу
* ЛФК, массаж, физиотерапевтическое лечение.
* Rtg-контроль ч/з 1,5 – 2 мес.
* Явка ч/з 6 мес на противорецидивное лечение.