Общие сведения (паспортная часть)

 Фамилия, имя, отчество: x

 Возраст: 53 года Пол: мужской Национальность: неважна Образование: среднее Домашний адрес: г. Саратов Профессия: слесарь Выполняемая работа и должность: слесарь Дата поступления: 29 ноября 1996 года по направлению из

 стомполиклиники N 2

 Диагноз направившего учреждения: Остеома левой скуловой кости

 Диагноз при поступлении: Остеома левой скуловой кости

 Клинический диагноз: Остеома левой скуловой кости

 ЖАЛОБЫ

 Больной жалуется на наличие деформации левой половины лица,

 ограничение открывания рта до 1 см, головную боль постоянного

 характера.

 АNAMNESIS MORBI

 Больным себя считает с июня 1996 года, когда впервые в леовй скуловой

 области обнаружил опухолевидное образование, которое постепенно (в

 течении 6 месяцев) увеличивалось в размере. Больной отмечает, что за

 2-3 недели до первого появления данных жалоб при падении ударился

 левой скулой. Обратился с данными жалобами в стомполиклинику по месту

 жительства, где ему проводилось лечение по поводу гематомы

 околоушно-жевательной области.

 Так как опухолевидное образование увеличивалось в размере, появилося

 ограничение открывания рта, больной обратился к стоматологу

 (стомполиклиника N2) и был направлен в отделение челюстно-лицевой

 хирургии 9-й горбольницы с диагнозом остеома левой скуловой кости.

 Здесь диагноз был подтвержден, в настоящее время проводится лечение.

 ANAMNESIS VITAE

 Родился в Саратове в 1943 году в семье рабочего. Рос и развивался

 нормально. В физическом и психическом развитии не отставал от

 сверстников.В школу пошел в 7 лет. Учился удовлетворительно. По

 окончании школы работал слесарем. В данный момент работает слесарем

 на СЗЭМ. Отмечает, что с детства часто переносил ангины, предлагалась

 операция по удалению миндалин, от которой он отказывался.

 Лекарственной непереносимости не отмечается.

 Туберкулез, психические и венерические заболевания у себя и

 родственников отрицает.

 Status praesens universalis

 При общем осмотре:

 Состояние больного удовлетворительное, положение активное, сознание

 ясное,выражение лица и глаз доброжелательное.

 Телосложение правильное.

 При осмотре кожных покровов кожа бледно - розовая,нормальной

 влажности, теплая наощупь, пролежней, сыпей, расчесов, участков

 шелушений нет, кровоизлияний, сосудистых звездочек нет, тургор кожи

 сохранен. При осмотре видимые слизистые оболочки розовые,

 кровоизлияний,изъязвлений, корочек нет. Тип оволосения мужской,

 волосы густые, каштановые, блестящие. Пальцы и ногти обычной

 формы,"барабанных палочек" и "часовых стекол" нет, ногти на руках и

 ногах блестящие, ровные , исчерченности и ломкости ногтей нет.

 При пальпации нижнечелюстные, шейные,надключичные, подключичные,

 подмышечные, паховые лимфатические узлы не пальпируются. Питание

 достаточное, подкожно-жировая клетчатка развита удовлетворительно,

 толщинна 1 см, распределена равномерно,отеков нет.

 Мышцы развиты удовлетворительно, тонус мышц сохранен, при пальпации,

 активных и пассивных движениях безболезненны.

 Искривлений, деформаций костей нет, кости при надавливании и

 покалачивании безболезненны.

 В суставах болезненности, деформации, хруста при пальпации и движении

 нет.

 Состояние по органам и функциональным системам

 Система дыхания

 Грудная клетка астенической формы, западений, выбуханий нет,

 имеется левосторонний скалеоз грудного отдела позвоночника,

 надключичные и подключичные ямки западают, левая ключица и левая

 лопатка выше соответственно правой ключицы и правой лопатки.

 Эпигастральный угол меньше 90 градусов.

 Дыхание через нос, свободное, брюшного типа, ритмичное, средней

 глубины с частотой 16 дыхательных экскурсий в минуту.

 Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

 Одышки, удушья видимых на глаз нет.

 При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и

 точной пальпации безболезненна.

 При сравнительной перкуссии над всеми полями легких определяется

 ясный легочный звук.

 Аускультативные данные в норме.

 Система кровообращения

 При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб

 отсутствует, верхушечный толчок не виден.

 При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок

 определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой

 средене-ключиной линии. Верхушечный толчок низкий, средней силы,

 резистентный, ограниченный, площадь 1 см.

 При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме.

 При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости в норме.

 При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные,ослабления,усиления

 или раздвоенпия тонов нет, шумы отсутствуют, шума трения

 перикарда нет.

 При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках,

 одинаковый по величине, ритмичный, с частотой 74 удара в минуту,

 нормальный по наполнению,напряжению и величине, обычный по форме.

 При измерении артериальное давление 120/70.

 Система пищеварения и органы брюшной полости

 Глотание свободное, безболезненное.

 При осмотре области живота живот округлой формы, симметричный, не

 вздут,выпячиваний, западений,видимой пульсации, перистальтики нет.

 Расширений вен брюшной стенки и видимой на глаз пульсации в

 околопупочной области нет.

 Кожа живота чистая, рубцов нет.

 Живот участвует в акте дыхания.

 При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий,

 безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет.

 При глубокой пальпации по правой среднеключичной линии нижний край

 печени выступает на 6 см из-под нижней реберной дуги.

 Размеры печени по Курлову в норме.

 Моче-половые органы

 При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет.

 При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен.

 При поверхностной пальпации болезненность не определяется.

 При глубокой по почки не пальпируются.

 Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

 Нервная система

 Больной сдержан, к окружающему миру относится с интересом,

 способность сосредоточения сохранена, общителен, ориентируется во

 времени и пространстве,не страдает бессоницей,, головокружений,

 обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет.

 Патологических рефлексов нет.

 Болевая и температурная чувствительность сохранены.

 Зрение, слух, обоняние в норме.

 Нарушений вкуса нет.

 STATUS LOCALIS

 Конфигурация лица изменена за счет наличия в скуловой и

 околоушно-жевательной области опухолевидного образования овальной

 формы, размером 5\*8 см, плотной консистенции, с четкими границами,

 неподвижное.

 Кожные покровы нормального цвета, имеется рубец в левой скуловой

 области в результате давнего ( до 10 лет назад) ранения осколком

 стекла.

 Слизистая оболочки полости рта бледно-розового цвета, изъязвлений нет.

 Зубная формула:

 Pl 0 0 0 0 0 0 0 Pl

 8 7 6 5 4 3 2 1¦ 1 2 3 4 5 6 7 8

 ----------------+----------------

 8 7 6 5 4 3 2 1¦ 1 2 3 4 5 6 7 8

 ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: на основании данных жалоб, анамнеза, общего

 осмотра, данных по системам и status localis можно поставить следующий

 диагноз: остеома левой скуловой кости.

 Результаты лабораторных и инструментальных исследований

 Анализ крови: (от 7.12.96)

 Гемоглобин 116 г/л

 Эритроциты 3.17\*10^12

 Лейкоциты 5.4\*10^9

 Лимфоциты 19

 Палочкоядерные 6

 Сегментоядерные 64

 Лимфоциты 19

 Моноциты 4

 СОЭ - 10 мм/ч

 Анализ мочи: (27.11.96)

 Моча соломенно-желтого цвета, прозрачная, без запаха, удельный вес

 1015. Белок,сахар,кровьи,желчные пигменты не определяются.

 Небольшое количество плоского эпителия.

 ЭКГ: (27.11.96)

 Ритм синусовый. Изменений желудочкового комплекса нет.

 Кал на яйцеглист: (27.11.96) - отрицательный

 Рентген: (28.11.96)

 Напредставленных рентгеноснииках нижней челюсти в правой и левой

 проекциях на ветви нижней челюсти слева проецируется овальной формы

 значительных размеров тень костной плотности.

 Необходима рентгенография в носо-подбородочной и аксиальной проекциях.

 Рентген: (5.12.96)

 На рентгенограмме лицевого черепа в носо-подбородочной и аксиальной

 проекциях слева определяется овальной формы, костной плотности

 образование размерами 5.5\*3 см, с довольно тонким основанием,

 исходящее из тела скуловой кости.

 Заключение: Имеются рентгенологические признаки остеомы скулолвой

 кости слева. Для уточнения природы образования требуется

 гистологическое исследование.

 ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 На основании жалоб, анамнеза, данных объективного и субъетивного

 исследования следует дифференцировать: остеому, саркому, хронический

 остеомиелит, лимфаденит.

 Для лимфаденита характерно развитие в качестве осложнения

 какого-либо воспалительного процесса, что у данного больного

 отсутствует, следовательно, диагноз лимфаденит следует исключить.

 Хронический остеомиелит, как правило, развивается как продолжение

 острого остеомиелита, харктеризуется признаками хронического

 воспалительного процесса, имеет характерную рентгенологическую картину

 секвестрации, что отсутствует у данного больного, что позволяет

 исключить диагноз хронический остеомиелит.

 Для саркомы характерна неправильная форма образования,быстрый рост,

 развитие в молодом возрасте, рост чаще из надкостницы,наличие

 системных изменений, свидетельствующих о развитии злокачественной

 опухоли. Несмотря на отсутствие вышеперечисленных данных у больного,

 для окончательного исключения диагноза саркома, необходимо

 гистологическое исследование.

 Для остеомы характерен медленный рост из тела кости, отсутствие

 системных проявлений заболевания, рентгенологически остеома

 определяется в виде участка кости повышенной плотности, с четкими

 границами, чаще округлой формы, что подтверждается данными больного.

 Т о, остеома - наиболее вероятный диагноз, однако, необходимо

 гистологическое исследование.

 ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

 На основании данных жалоб, анамнеза, объективных и субъективных

 исследований: Остеома левой скуловой кости.

 ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

 Лечение хирургическое(после гистологического подтверждения природы

 образования) - удаление опухоли.

 Режим общий. Стол N15.

 ДНЕВНИК

 2.12.1996

 Общее состояние удовлетворительное.

 Больной жалуется на деформацию левой половины лица, ограничение

 открывания рта до 1 см, затруднения при приеме пищи.

 Status localis без изменений. Физиологические отправления в норме.

 3.12.96

 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы, st localis без динамики.

 Физиологические отправления в норме.

 4.12.96

 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы, st localis без динамики.

 Физиологические отправления в норме.

 5.12.96

 Общее состояние удовлетворительное. Жалобы, st localis без динамики.

 Физиологические отправления в норме.

 6.12.96

 Произведена манипуляция: биопсия опухоли в области ветви нижней

 челюсти слева под местной инфильтрационной анастезией.

 Введено: Sol.Novocaini 1%-15.0 + нейролептанальгезия.

 Подчелюстным доступом слева обнажена нижняя треть ветви челюсти, где

 обнаружено плотное новообразование, которое уходит вверх ( в сторону

 скуловой кости). С помощью долота взят участок 1.0\*1.0\*1.0 см опухоли

 для гистологического исследования. Рана зашита наглухо, дренирована.

 Наложена асептическая повязка.

 Введено: Sol.Analgini 50%-20.0

 Sol.Dimedroli 1%-1.0

 16 часов - У больного умеренное кровотечение из раны по дренажу.

 Повязка заменена, наложена давящая повязка.

 18 часов - Повязка пропиталась кровью. AD 180/100.

 Введено: Sol.Dibasoli 1%-6.0

 Давление на прежних цифрах.

 Введено: Sol.Benzohexonii 2.5%-1.0 в 10 мл физиолгического раствора

 Давление на прежних цифрах.

 7.12.96

 Вследствие наличия выраженного кровотечения, повышение AD, отсутствие

 эффекта от гипотензивных средств и давящей повязки проведена ревизия

 послеоперационной раны с целбю гемостаза. Швы удалены, кровоточащие

 сосуды лигированы, ввиду продолжающегося диффузного кровотечения из

 мышцы рана затампонирована с 2% раствором перекиси водорода.

 8.12.96

 Общее состояние удовлетворительное.

 Кровотечения из раны нет. AD 120/70.

 Больной жалуется на деформацию левой половины лица, ограничение

 открывания рта до 0.5 см, затруднения при приеме пищи.

 Status localis без изменений. Физиологические отправления в норме.