Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова

Кафедра челюстно-лицевой хирургии

История болезни по стоматологии.

Исполнитель: студент 4 курса л/ф

40 группы

Брицко Дмитрий Борисович

Преподаватель:

Москва 2001 г.

Паспортная часть:

Фамилия, Имя, Отчество больного:

Возраст: 21 год

Пол: мужской

Профессия и место работы:

Семейное положение: не женат

Место жительства:

Дата поступления в стационар: 19 ноября 2001 года в 20ч 15мин

Жалобы больного на момент поступления: На отечность нижней челюсти справа, на болезненность при открывании рта, жевании, боль слабой интенсивности, возникающая при нагрузки на нижнюю челюсть, тупого характера. Болезненность, подвижность 8∣, при нагрузки. Паро-орбитальную гематому справа.

Anamnesis morbi: 18.11.01 пострадавший получил удар ногой по правой половине лица, после чего возникли вышеуказанные жалобы. В момент получения травмы потери сознания не было, появление в дальнейшем тошноты, головокружения, головной боли пострадавший отрицает. 19.11.01 больной обратился в травмпункт по месту жительства, где получил направление в клинику челюстно-лицевой хирургии, куда больной поступил по прошествии более 24 часов от момента получения травмы.

Жалобы больного на момент курации: На чувство парестезии, периодический хруст в области нижней челюсти справа, усиливающийся ночью.

Anamnesis vitae:

1) Краткие биографические сведения:

Родился в 13 мая 1980 года в городе Москва, где окончил среднюю школу. Жилищные условия были хорошими (жил с семьей в отдельной квартире). В 18 лет был призван в на службу в Вооруженные Силы. После прохождения службы в армии работает участковым инспектором в УВД «Обручевский»

2) Перенесенные заболевания:

Со слов больного в детском возрасте перенес корь, краснуху, ветряную оспу, паротит. Простудными заболеваниями болел редко. Хронических заболеваний нет.

3) Наличие наследственных заболеваний у родителей больной отрицает. Аллергические проявления на лекарственные препараты, пищевые продукты, растения и животных отсутствуют.

4) Вредные привычки: отсутствуют.

Status praesens:

Состояние: относительно удовлетворительное.

Положение: активное.

Телосложение: нормостеническое. Рост 172 см. Вес 65 кг.

Кожные покровы: обычной окраски и влажности, чистые. Тургор кожи нормальный. Развитие подкожно жирового слоя умеренное.

Костная система: искривления, выбухания и прочей деформации не выявлено.

Мышечная система: хорошей степени развития.

Осмотр суставов: активные и пассивные движения в суставах не ограничены, безболезненны, отечности, деформации суставов не выявлено.

Лимфатические узлы: затылочные, околоушные, шейные, подмышечные, паховые не пальпируются.

Органы дыхания: Жалоб нет. Дыхание через нос свободное, обе половины грудной клетки участвуют в дыхании равномерно, при пальпации безболезненны, голосовое дрожание не изменено. ЧДД 16 в минуту. При перкуссии ясный легочный звук, при аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет.

Органы кровообращения: Жалоб нет. При осмотре: сердечный горб, сердечный толчок отсутствует. Локальной эктопической пульсации в прекардиальной области нет. Верхушечный толчок определяется в 5 межреберье кнутри от среднеключичной линии. Местной болезненности при пальпации нет. При аускультации тоны ясные, ритмичные, шумов нет, ЧСС 70. Пульс на лучевых артериях одинаковый 70 в минуту, сосудистая стенка гладкая. Артериальное давление: 120/80 мм. рт. ст. При исследование вен голеней расширение, извитость не выявлена.

Органы брюшной полости: Жалоб нет. Аппетит нормальный. Живот симметричный, не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень в норме, безболезненная при пальпации. Стул регулярный. Селезенка не увеличена, не пальпируется, безболезненная, расположена между IX-XI ребрами.

Мочевыделительная система: жалоб нет, мочеиспускание свободно. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

Нервно-психическая сфера:

Больной правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Контактен, охотно общается. Восприятие не нарушено. Внимание не ослаблено. Память сохранена. Интеллект высокий. Мышление не нарушено. Настроение ровное, поведение адекватное. Головных болей, обмороков нет. При исследовании черепно-мозговых нервов двигательных и рефлекторной сфер патологических изменений не выявлено. Нарушение чувствительности не отмечается. Дермографизм красный не стойкий.

Status locales: При осмотре наблюдается паро-орбитальная гематома справа, асимметрия лица из-за припухлости справа в области нижней челюсти обусловленной гематомой. При пальпации мягкой консистенции, безболезненная, с нечеткими контурами. Состояние и цвет кожных покровов над областью припухлости не изменен. Деформация костных тканей отсутствует. Слизистая оболочка предверия и полости рта бледно-розового цвета, чистая, увлажнена прозрачной слюной. Дальнейший осмотр полости рта невозможен в связи с наложением двучелюстных шин с зацепными петлями, зафиксированными резиновыми тягами. Артикуляция из-за шинирования нарушена. Состояние прикуса – не изменен. Больной питается жидкой пищей через зубы.

По данным обзорной ортопантомограмме зубная формула: 8765432П|П234П678

076543ПП|12345670

Предварительный диагноз: Открытый травматический перелом нижней челюсти в области 8|.

Дифференциальный диагноз: С травматическим закрытым переломом нижней челюсти справа, вывихом нижней челюсти справа.

План лечения:

Обследование в рамках ОМС.

Иммобилизация нижней челюсти на срок 4 недели.

Резекция 8|.

Курс антибиотикотерапии.

Общеукрепляющие средства.

При обследование выявлено:

Результаты на RW, ВИЧ, HbsAg – отрицательные.

Общий анализ крови от 20.11.01:

Эритроциты: 4,68 х 1012/л

Гемоглобин: 145,8 г/л

Гематокрит: 40%

Лейкоциты: 12,3 х 109/л

Палочкоядерные: 3%

Сегментоядерные: 72%

Лимфоциты: 15%

Моноциты: 10%

СОЭ: 30 мм/ч

Коагулограмма крови от 20.11.01: повышение уровня фибриногена.

Биохимическое исследование крови от 20.11.01: увеличение уровня глюкозы до 116 мг /дл;

Общий билирубин-2,1 мг/дл.

Группа крови I, резус положительный

Общий анализ мочи от 20.11.01:

РН 5

Ацетон: резко положительный

Лейкоциты: 2 – 4 в поле зрения

Эритроциты: 0 –2 в поле зрения

Слизь: много

Бактерии: немного

Рентгенологическое исследование от 20.11.01: На ортопантомограмме определяется нарушение целостности костной ткани в области угла нижней челюсти справа, без смещения. В области линии перелома расположен 8|.

Клинический диагноз: Открытый травматический перелом нижней челюсти в области 8|.

Лечение:

Под местной инфильтрационной анестезией удален 8|.

Произведено шинирование бимандибулярными шинами с зацепными петлями. Прикус в правильном положении, компонент зафиксирован резиновыми тягами.

Линкомицин 2% 3 мл х 3 раза в день в/м.

Нистатин по 500 ед. х 4 раза в день.

Супрастин по 1 т х 2 раза в день.

Поливитамины по 2 драже х 3 раза в день.

Прогноз: При выдерживание больным сроков иммобилизации и приема лекарственных препаратов благоприятный.