Формальные данные

 Ф.И.О. больного:

 Возраст: 47 лет

 Пол: муж.

 Место жительства: Томский район, с.Турунтаево

 Профессия и место работы: ТОО ``Ель'', кочегар

 Дата поступления в стационар: 27.01.1997 г.

 Диагноз направления: Перелом нижней челюсти слева.

 Диагноз клинический:

Перелом нижней челюсти в области 8.

 Прогноз: благоприятный

Анамнез

 Жалобы пациента:

Больного беспокоит боль в области нижней челюсти слева, которая

усиливается при движении челюстей: при жевании, разговоре.

Предъявлены жалобы на припухлость лица в области поражения и

затруднения при открывании рта.

 Начало и развитие данного заболевания.

Гапон А. Д. считает себя больным с 17 января 1997 года, когда имела

место травма в быту. Момент травмы сопровождался

возникновением выраженной боли в области нижней челюсти

и непродолжительным кровотечением из полости носа. Сознание не

терял. В течение короткого времени на фоне приёма анальгина и

холодного компресса боль уменьшилась. За медицинской помощью сразу не

обратился.

На следующий день интенсивность боли не спала, появилась припухлость

в области нижней челюсти слева, затруднена речь и приём пищи. Обратился

в отделение челюстно-лицевой хирургии городской больницы N3, где было

проведено рентгенографическое исследование нижней челюсти. От

предложенной госпитализации отказался. Повторно обратился 22 января.

Госпитализирован в ЧЛО для стационарного лечения.

 Анамнез жизни

Родился и воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми

условиями, в сельской местности. В семье воспитывался один, старший и

младший братья умерли в младенческом возрасте --- причины смертей не

известны. Питание полноценное и достаточное во все периоды жизни. В

детстве перен "ес корь. Операций не было. В 1988 г. имел место

перелом правого голеностопного сустава. Курит, алкоголем не

злоупотребляет. Аллергии, атопических заболеваний не отмечалось.

Психические, венерические заболевания отрицает.

 Семейный анамнез. Наследственность

Полноценный семейный анамнез собрать не удалось в связи с

неконтактностью пациента. Наличие хронической патологии у сына

отрицает. Наследственность не отягощена.

Объективное исследование

 Вес: 60 кг

 Рост: 170 см

 Тип телосложения: нормостенический

 Положение пациента: активное

 Сознание: полное, ясное.

 Выражение лица: осмысленное.

 Кожа и видимые слизистые оболочки.

Кожа розового цвета. Тургор сохран "ен.

Дермографизм белый. Рубцов нет. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов

 розовые, чистые, отделяемого нет.

 Волосы, ногти.

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикул "еза не

выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле

или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без

поперечной исчерченности, ухожены.

 Подкожная жировая клетчатка.

Подкожная жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно.

Пастозности, отеков нет.

Патологического локального скопления жира не найдено.

 Мышечная система.

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и

сила сохранены, болезненности нет. Участков гипотонии,

гипертрофии, парезов и параличей не обнаружено.

 Костный аппарат.

 Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа,

грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. Пальпация и перкуссия костей безболезненная.

 Суставы.

Функция височно-нижнечелюстного сустава снижена, подробно см. в status

localis. Остальные суставы не увеличены, не имеют ограничений

пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста,

изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких

тканей.

 Лимфатические узлы.

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение

шейных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные.

Другие лимфатические группы не прощупываются, что

соответствует норме.

 Полость рта.

См. status localis.

 Шея.

Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яр "емных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

 Грудная клетка.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на

одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно,

расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное --- 16 в минуту.

Грудная клетка эластична, голосовое дрожание ощущается с одинаковой силой в

симметричных участках. Хруста и крепитации нет.

При перкуссии над передними, боковыми и задними отделами л "егких в

симметричных участках перкуторный звук одинаковый, л "егочный,

гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия л "егких без особенностей.

При аускультации л "егких определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не

выявлено. При изучении бронхофонии над периферическими участками л "егких

слышны неразборчивые звуки, что соответствует норме.

 Сердце.

При осмотре области сердца сердечного горба, усиления верхушечного толчка,

выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также

эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не

обнаружено.

Перкуссия сердца без особенностей.

Границы сердца соответствуют норме.

Высота стояния правого атриовазального угла находится на III реберном хряще

у нижнего его края, на 0.5 см правее правого края грудины.

Размеры сердца: поперечник (сумма двух расстояний правой и левой границ

сердца от срединной линии тела) --- 14 см, длинник (расстояние от

правого атриовазального угла до крайней левой точки контура сердца)

--- 15 см. Ширина сосудистого пучка --- 6.5 см. Сердце имеет

нормальную конфигурацию.

При аускультации сердца в

ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном

дыхании и его задержке выслушиваются нормальные тоны сердца.

Ослабления, расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа,

дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана,

добавочный систолический тон) и шумов сердца не обнаружено.

 Аорта и сосуды.

Пульсации аорты не обнаружено. Извитости и видимой пульсации

области височных артерий, ``пляски каротид'', симптома Мюссе и

капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены.

Сосудистых зв "ездочек и ``caput medusae'' нет. Венный пульс не

определяется. Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую

величину.

Артериальное давление.

 Систолическое Диастолическое

Правая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Левая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Пульсовое давление --- 40 мм рт. ст.

 Живот.

Живот нормальной формы. Жидкость в брюшной полости методом

флюктуации не определяется. Признаков расстройства портального

кровотока, тромбоза и сдавления vv. cavae superior et inferior

не обнаружено. Грыжевых выпячиваний в области пупка, паховых

областях, в области белой линии живота нет. Признаков

метеоризма, видимой перистальтики, грелочных пигментаций во

время исследования не обнаружено.

 Желудок.

Осмотр области желудка не да "ет информации. При перкуссии

нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускультафрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная.

 Кишечник.

При поверхностной л "егкой пальпации болезненности нет.

Сигмовидная кишка расположена правильно, диаметр 2 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Caecum расположена правильно, диаметр 3 см,

эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная,

урчания нет. Поперечно ободочная кишка расположена

выше пупка на 2 см, диаметр 3 см, эластичная, стенка

гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно,

диаметр 2.5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно,

диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная,

безболезненная, урчания нет.

 Поджелудочная железа.

Pancreas не пальпируется, что является нормой.

 Печень.

Перкуссия без особенностей.

При поверхностной пальпации печени болезненности не выявлено.

При глубокой --- на глубоком вдохе край печени выходит из-под

края реберной дуги на 0.5 см по linea clavicularis

dextra. Край печени эластичный, гладкий, острый, ровный,

безболезненный.

 Селез "енка.

Перкуссия без особенностей.

Поперечник селез "енки --- 6 см, длинник ---12 см.

Селез "енка не пальпируется, что соответствует норме.

 Почки и мочевыводящие пути.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь не

определяется, перкуторный звук над лобком без притупления.

болезненности при поколачивании по поясничным областям нет.

Status localis.

При внешнем осмотре отмечается асимметрия правой и левой половин лица

за счёт отёчности мягких тканей в области угла нижней челюсти слева.

Цвет кожных покровов розовый с петехиальными элементами в левой

части лица. Кожа эластичная, чрезмерно упругая в области левого угла

mandibulae. Рубцов на лице нет. Форма и длина носа, форма и величина

губ обычны. Слизистая оболочка красной каймы розового цвета, трещин

и язв нет. Размеры ротовой щели обычные, углы располагаются

асимметрично. Рот открывается в полном объёме.

При пальпации отмечено усиление болезненности в области нижней

челюсти. Отмечено увеличение

шейных узлов до 3 мм в диаметре --- безболезненные,

эластичные, подвижные.

Положительный симптом осевой нагрузки в области

угла нижней челюсти слева. Отмечается

патологическая подвижность нижней челюсти в области 8. Перкуссия

болезненна.

Полость рта. Отмечено нарушение прикуса. Зубы и краевой парадонт без

особенностей. Все dentes serotini прорезаны. Количество зубов 32,

расположены по зубным дугам, цвет белый с желтоватым оттенком,

чёрный налёт на аппроксимальных поверхностях резцов. Кариозных зубов

нет. Парадонтальные области 8 отёчны. Определение степени

подвижности 8 на момент исследования невозможно в связи с

отсутствием инструментария и выраженной болевой реакцией. Слизистая

оболочка губ, щёк, альвеолярных отростков, языка, подъязычной

области не изменена. Язык без особенностей.

Верхняя челюсть не изменена.

Височно-нижнечелюстной сустав. Открывание рта в полном объёме.

Боковые движения нижней челюсти невозможны. Мягкие ткани в области

суставов не изменены.

Слюнные железы не изменены.

Лабораторные исследования.

 Анализ крови клинический. Дата: 23.01.1997 г.

Показатель Результат Норма

Гемоглобин 110 г/л М --- 132.0--164.0 г/л, Ж --- 115.0--145.0 г/л

СОЭ 10 мм М --- 1--10 мм/ч,

 Ж --- 2--15 мм/ч

Лейкоциты $8.5 cdot 10^ 9 $ $(4.0-8.8) cdot 10^ 9 $

Нейтрофилы сегментоядерные 70 % 47--72 %

Лимфоциты 21 % 19--37 %

Моноциты 5 % 3--11 %

 Заключение: верхние границы СОЭ, лейкоцитов; тенденция к

 развёртыванию картины крови как реакции на воспаление

 Анализ мочи клинический. Дата: 23.01.1997 г.

Показатель Результат Норма

Цвет мочи соломенно--ж "елтый соломенно--ж "елтый

Прозрачность прозрачная прозрачная

Относительная плотность 1.020 1.010--1.025

Белок отр. до 0.012 г/л

 Заключение: изменений нет.

Лучевая диагностика.

На рентгенографических снимках лицевого черепа в передней и левой

боковой проекциях от 18.01.1997 г. линия перелома нижней челюсти,

проходящая в проекции 8, без смещения отломков.

Предварительный диагноз:

Перелом нижней челюсти в области 8.

Обоснование диагноза и диагноз.

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты

параклинических тестов демонстрируют картину нарушения целостности

нижней челюсти.

При изучении субъективной стороны проявлений болезни пациент

указывает на наличие бытовой травмы с возникновением боли в области

нижней челюсти слева, которая усиливается при движении челюстей:

при жевании, разговоре. Также предъявлены жалобы на припухлость

лица в области поражения и затруднения при открывании рта. Данная

информация свидетельствует о травматическом повреждении

челюстно-лицевой области неогнестрельного генеза.

Объективное исследование пациента выявило следующие отклонения от

нормы, которые способствовали дальнейшему развитию диагностической

гипотезы в пользу перелома нижней челюсти:

асимметрия правой и левой половин лица за счёт отёчности

мягких тканей в области угла нижней челюсти слева

петехиальные элементы в левой части лица

чрезмерная упругость кожи в области левого угла mandibulae

усиление болезненности в области нижней челюсти при её пальпации

положительный симптом осевой нагрузки в области угла нижней челюсти

слева

отмечается патологическая подвижность нижней челюсти в

области 8

перкуссия нижней челюсти слева болезненна

нарушение прикуса

при исследовании cavitas oris парадонтальные области 8 отёчны

боковые движения нижней челюсти невозможны

Для окончательного подтверждения факта перелома нижней челюсти и

уточнения его локализации назначено рентгенологическое исследование,

на котором визуализирована линия перелома нижней челюсти в области

проекции 8.

 Клинический диагноз:

Перелом нижней челюсти в области 8.

Дифференциальный диагноз

Своеобразная картина перелома нижней челюсти практически не

оставляет места для предположения какой-либо другой нозологической

единицы. Возможные диагностические ошибки в данном случае практически

полностью предупреждены рентгенологическим исследованием лицевого

черепа.

Необходима дифференциация с патологическими переломами: в анамнезе,

при объективном исследовании и параклиническом тестировании не

обнаружены данные за патологию, в результате которой возможно

снижение механической прочности челюсти (остеомиелит, кисты,

ретенированные зубы, опухоли).

Лечение.

План лечения составлен из соображений получения в максимально короткий

срок сращения отломков в положении, обеспечивающем полное

восстановление функций нижней челюсти.

План лечения

Фиксация отломков на период консолидации путём шинирования

Создание благоприятных условий для репаративной регенерации в области

перелома

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений

Симптоматическая терапия

23.01 Шинирование.

Проведена местная инфильтрационная анестезия 2 % раствором новокаина.

На челюсти наложены проволочные назубные шины Тигерштедта. Для

профилактики инфекционно-воспалительных осложнений из линии

перелома экстрагирован 8. Зубные ряды поставлены в прикус.

Наложена межчелюстная резиновая тяга.

Назначения:

Стол стоматологический с переходом на общий при восстановлении

функций челюстно-лицевого аппарата.

Режим стационарный

Поливитамины ``Гексавит'' по 1 драже 3 раза в день после еды.

Смена через каждые 3 дня резиновой тяги с контролем фиксации назубных

шин

Ретаболил однократно (см. в дневнике)

УВЧ на нижнюю челюсть

Орошение полости рта раствором фурацилина 1:5000 до 6 раз в сутки

Симптоматическая терапия отражена в дневнике

Дневник.

Дата Течение болезни Назначения

23.01 День операции. Температура утром и вечером нормальная, пульс

68, АД 130/70мм.рт.ст., состояние удовлетворительное. Жалоб нет.

Физиологические функции организма в норме. Режим клинический. Стол

жидкий. Анальгин 50 % - 2мл в/м до 3-х раз в сутки при болях.

Ретаболил 2 мл в/м однократно.

24.01 Состояние без изменений. Температура не повышалась. Прогноз

благоприятный. Конец курации. Ретаболил отменить. Анальгин до 2 раз

в сутки с 1мл 1 % раствора димедрола на ночь. Остальные назначения

те же.

Этапный эпикриз.

X поступил 22.1.1997 г. в экстренном порядке в отделение

челюстно-лицевой хирургии городской больницы N3 по поводу перелома

нижней челюсти.

В отделении проведены диагностические мероприятия:

объективное исследование, клинические анализы крови и мочи,

рентгенография лицевого черепа. На основании полученных данных

выставлен клинический диагноз: перелом нижней челюсти в области 8.

С целью репозиции и иммобилизации проведено шинирование нижней

челюсти по Тигерштедту. Назначено лечение, стимулирующее регенерацию,

профилактическое, симптоматическое.

На данный момент состояние больного удовлетворительное, отмечается

положительная динамика.

 Прогноз: благоприятный при условии выполнения назначений и

прохождения полного курса лечения.

 Рекомендации: тщательный уход за полостью рта для

предупреждения осложнений, переход на диету с повышенным содержанием

кальция, фосфора и белка для стимуляции кальцификации мозоли,

здоровый образ жизни.

 Подпись куратора : САВЮК В.Я.

Хирургическая стоматология. Под ред. В.А.~Дунаевского. --- М.:

Медицина, 1979, 472 с., ил.

Островерхов~Г.Е., Бомаш~Ю.М., Лубоцкий~Д.Н. Оперативная

хирургия и топографическая анатомия. --- Курск: АП ``Курск'', 1995.

Бажанов~Н.Н. Стоматология: Учебник, 4-е изд.,перераб. и доп. ---

М.: Медицина, 1990. --- 336 с., ил.

Струков~А.И., Серов~В.В. Патологическая анатомия: Учебник. --- М.:

Медицина, 1993

Тетенев~Ф.Ф. Физические методы исследования в клинике внутренних

болезней (клинические лекции). --- Томск: Изд-во Том. ун-та, 1995.

Справочник практического врача / Под ред. А.И.~Воробь "ева --- М.:

Медицина, 1992. --- В 2 томах. Т. 1.

Машковский~М.Д. Лекарственные средства. В двух частях. Ч. 1. --- М.:

Медицина, 1993.