1. **Общие сведения (Паспортная часть)**

Фамилия: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

Имя: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Отчество: \_\_\_\_\_\_\_\_

Адрес: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 19 лет

Пол: мужской

Профессия: студент

Место учёбы: ГГАТК

2. Дата и время поступления (название направившего учреждения): 20.11.2011г. Глубокская ЦРБ

3. Диагноз при направлении: Рваная рана левой щеки. Ссадина носа, шеи слева. Травматический перелом левой скуловой кости.

4. Диагноз при поступлении: Рваная рана левой щеки. Перелом скуловой кости слева без смещения.

5. Клинический диагноз: Рваная рана левой щеки. Перелом скуловой кости слева без смещения.

6. Окончательный диагноз:

А) Основное заболевание: Рваная рана левой щеки. Перелом скуловой кости слева без смещения.

Б) Осложнения: -

В) Сопутствующие заболевания: -

7. Операции (Название, Дата, Продолжительность): Ушивание рваной раны левой щеки, 20.11.2011, 30 мин

8. Виды обзболивания: Инфильтрационная анестезия

9. Осложнения во время операции: -

10. Гистологический диагноз: -

11. Исход (дата выписки или смерти): -

1. **Жалобы**

Жалобы на боль в области левой щеки.

1. **История настоящего заболевания**

В ночь с 17 на 18 ноября 2011 упал на улице находясь в состоянии алкогольного опьянения. Рана была ушита этой же ночью в ВОКБ. От госпитализации больной отказался. 20 ноября обратился в Глубокскую ЦРБ с жалобами на боль в области левой щеки и был направлен в ВОКБ в отделение челюстно-лицевой хирургии.

1. **История жизни**

Родился 2-м ребёнком в семье, рос и развивался нормально, окончил среднюю школу. Жилищные и санитарно-гигиенические условия нормальные. Питание регулярное, сбалансированное. Наследственный и аллергологический анамнез не отягощён. Из перенесённых заболеваний отмечает ОРВИ; вирусный гепатит и СПИД отрицает. Нарушения прорезывания зубов, заболевания челюстно-лицевой области отрицает. Умеренно курит и употребляет алкоголь. Трансфузионный анамнез не тягощён.

**Общее состояние больного**

Общее состояние: удовлетворительное

Сознание: Ясное

Положение: Активное

Общий вид больного: соответствует возрасту и полу

Выражение лица: спокойное

Телосложение: нормостеническое

Индекс Кетле: 24,6

Температура тела: нормальная

Кожные покровы: цвет – нормальный, бледно-розовый

Кожа эластичная, тургор – хороший

Кровоизлияний, ангиом, сосудистых звёздочек рубцов, зуда, наружных опухолей на коже больного нет

Слизистая оболочка: розовая, патологических образований и высыпаний нет

Миндалины: размер – нормальный

Задняя стенка глотки: без изменений

Оволосение: соответствует полу и возрасту, выпадения волос не отмечается

Подкожная жировая клетчатка: развита умеренно, толщина кожной складки в области трёхглавой мышцы – 1,5 см, подкожно-жировая клетчатка наиболее выражена внизу живота; пастозности, отёков – нет

Периферические лимфоузлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные, локтевые, паховые) – не увеличены

Глаза: отёков и опущения век – нет, зрачки – семмитричны, одинаково реагируют на свет

Шея: патологической пульсации, расширения вен – нет

Щитовидная железа: не увеличена, безболезненна при пальпации, мягко-эластической консистенции

Мышечная система: мышцы развиты умеренно, при пальпации – безболезненны, сила мышц в кисти, бёдрах, голени – умеренная, симметричная; тонус мышц – нормальный, судорог – нет

Костно-суставная система: деформаций и искривлений костей – нет. Суставы не деформированы, температура кожи над ними нормальная; флюктуации, болезненности и хруста при движениях – нет; Объём активных и пассивных движений – нормальный

Позвоночник: искривлений отдельных позвонков при ощупывании и постукивании – нет; походка – нормальная

**Органы дыхания**

Нос: прямой, наружный край ноздрей и слизистая носа без высыпаний и изъязвлений

Голос: обычный

Грудная клетка: окружность, форма – нормостеническая, эпигастральный угол – 90, симметрична, без деформаций; экскурсия обеих сторон грудной клетки при дыхании равномерная

Дыхание через нос свободное, брюшной тип дыхания; частота – 16 в мин; глубина и ритм дыхания – нормальный; дистанционные хрипы, шумы, одышка – нет; болезненность при пальпации грудной клетки по ходу межрёберных нервов, мышц, рёбер – нет; ригидность – сохранена; Голосовое дрожание не изменено

При сравнительной перкуссии над всей проекцией лёгких слышен ясный легочной звук

Топографическая перкуссия лёгких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница | | |
| Линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Парастернальная | Верхний край VI ребра | IV ребро |
| Медиоклавикулярная | Нижний край VI ребра | VI ребро |
| Передняя аксилярная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя аксилярная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя аксилярная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Паравертебральная | На уровне остистого отростка XI ребра | На уровне остистого отростка XI ребра |

Верхняя граница лёгких:

Высота стояния верхушек спереди справа и слева – 4 см

Высота стояния верхушек сзади справа и слева – на уровне остистого отростка VII шейного позвонка

Ширина полей Кренига справа и слева – 6 см

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Подвижность нижних краёв лёгких | | |
| Линии | Правоё лёгкое (см) | Левоё лёгкое (см) |
| Медиоклавикулярная | +-2-3 | - |
| Средняя аксилярная | +-3-4 | +-3-4 |
| Лопаточная | +-2-3 | +-2-3 |

При аускультации: дыхание везикулярное, неизменённое; дополнительных дыхательных шумов – нет; Бронхофония не изменена над всей поверхностью лёгких

**Сердечно-сосудистая система**

При осмотре: выпячивания и пульсации в области крупных сосудов – нет

При пальпации: зоны гиперестезии – нет, верхушечный толчок – в правом межреберье, на 1,5 см кнутри от срединно-ключичной линии, приподнимающий, умеренной резистентности; сердечный толчок – нет; симптом “кошачьего мурлыканья” – нет; Патологическая пульсация отсутствует.

При перкуссии границы:

Границы относительной сердечной тупости:

Левая - в 5-м межреберье на 1 см кнутри от среднеключичной линии

Правая- в 4-м межреберье на 1,5 см кнаружи от правого края грудины

Верхняя - на уровне 3-го ребра между l. sternalis et l. parasternalis sinistrae

Границы абсолютной сердечной тупости:

Правая - по левому краю грудины

Верхняя - на уровне 4-го ребра

Левая - на 2,5 см кнутри от границы относительной сердечной тупости

Ширина сосудистого пучка – 5 см. Конфигурация сердца – нормальная; Размеры сердца по Курлову – длинник – 13 см, поперечник – 12 см.

При аускультации:

Тоны сердца – ритмичные

Тоны над верхушкой сердца, над аортой, над легочной артерией, над трёхстворчатым клапаном, в точке Боткина III и IV тоны не изменены; тон открытия митрального клапана – нет; Шума трения перикарда – нет

Пальпация пульса на магистральных артериях и определение его свойств – одинаковый на обеих руках, частота 86 в минуту, ритмичный, удовлетворительного напряжения и наполнения. Артериальная стенка эластичная, мягкая.

Артериальное давление на правой и левой руке – 120/80 мм рт ст

**Система органов пищеварения**

Исследование ротовой полости - слизистая розового цвета, сыпи, язв нет. Десны розового цвета, плотные. Зубы среднего размера, правильной формы, плотно прилегают друг к другу. Язык треугольной формы, поверхность влажная без налета.

Исследование живота в вертикальном положении – живот плоский, без выпячиваний.

Расширенных вен, рубцов, сыпи, пигментации на животе нет. Перкуторно определяется тимпанит.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный, расхождения прямых мышц живота нет. При проникающей пальпации живота в точках проекции желчного пузыря, аппендикса и луковицы двенадцатиперстной кишки болезненность отсутствует. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Аускультативно выслушивается перистальтика.

Исследование живота в горизонтальном положении – живот плоский, выпячиваний нет. Пальпаторно – живот мягкий , безболезненный , брюшная стенка не напряжена, реакции на пальпацию нет. Свободная жидкость не определяется.

Глубокая, скользящая, методическая пальпация по Образцову-Стражеско

При глубокой скользящей методической пальпации по Образцову-Стражеско в левой подвздошной области пальпируется сигмовидная кишка в виде гладкого, умеренно плотного тяжа толщиной 2-3см; она безболезненная, легко смещается, не урчит, перистальтика вялая и редкая. В правой подвздошной области пальпируется слепая кишка в виде гладкого, мягкого, эластичного, немного расширенного книзу цилиндра толщиной 3-4см; она безболезненная, умеренно подвижная, урчит при надавливании. Восходящие и нисходящие отделы толстой кишки пальпируются, соответственно, в области правого и левого фланков в виде подвижных, умеренно плотных безболезненных цилиндров толщиной 2см. Поперечный отдел ободочной кишки определяется на 2 см выше пупка в виде поперечно лежащего, дугообразно вогнутого книзу, умеренно плотного цилиндра диаметром около 2,5см, безболезненного, который легко смещается вверх и книзу. На 4см выше пупка пальпируется большая кривизна желудка в виде гладкого, мягкого, малоподвижного, безболезненного валика.

Перкуссия печени – границы абсолютной тупости

правая передняя подмышечная линия – нижний край 7 ребра (верхняя граница ), нижний край 10 ребра (нижняя граница),

срединно-ключичная линия – нижний край 6 ребра (верхняя граница ), край реберной дуги (нижняя граница ),

окологрудинная линия – верхний край 6 ребра ( верхняя граница), 1,5 см. ниже реберной дуги (нижняя граница ),

срединная линия – на границе верхней и средней 1/3 расстояния между пупком и мечевидным отростком .

Слева - (нижняя граница ) край реберной дуги . Размеры печени по Курлову – правая срединно-ключичная линия – 10 см., передняя срединная линия – 8 см. , косой размер – 7 см.

Высота абсолютной печеночной тупости - правая передняя подмышечная линия – 11 см. ,

правая срединно-ключичная линия – 10 см. , правая окологрудинная линия – 9,5 см.

Размер селезенки – поперечный размер – 4 см. , продольный – 6 см.

Перкуссия селезеночной тупости – верхняя граница – нижний край 9 ребра , нижняя – верхний край 11 ребра , передняя – 1 см. левее передней подмышечной линии – 9 межреберье , задняя – задняя подмышечная линия – 10 межреберье .

Печень пальпируется на уровне окологрудинной линии справа на 1,5 см. ниже реберной дуги; край ровный, эластичный, безболезненный, мягкий. Селезенка не пальпируется.

Желчный пузырь не пальпируется.

В месте проекции поджелудочной железы болезненности нет

Свободной жидкости в брюшной полости – нет

**Мочеполовая система**

Поясничная область симметричная, гиперемия и отек отсутствуют, кожа бледно-розового цвета.

Осмотр наружных половых органов – волосяной покров развит хорошо. Кожа бледно-розового цвета, язв, пигментации нет.

Почки, мочевой пузырь не пальпируются. Болезненности в области проекции мочевыводящих путей нет.

Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. В надлобковой области определяется тимпанический перкуторный звук.

**Нервно-психическая сфера**

Сознание – ясное, ориентирован во времени и пространстве, концентрация внимания – без усилий. Интеллект – развит хорошо, память – хорошая, речь – живая. Сон – нормальный. Поведение, критика – адекватны обстановке. Настроение – спокойное. Сухожильные и брюшные рефлексы – сохранены. Красный дермографизм.

Зрение – хорошее. Дрожания глаз, косоглазие – отсутствуют. Положение глазных яблок – норма. Нистагм – отсутствует. Зрачковые рефлексы – сохранены. Слух, обоняние – хорошие. Чувствительность – сохранена.

**IV Состояние челюстно-лицевой области**

При внешнем осмотре асимметрии правой и левой половин лица не отмечается. Цвет кожных покровов бледно-розовый. Регионарные лимфоузлы не увеличены. При пальпации отмечается болезненность в области ушитой раны щеки. Рубцов на лице нет.

Форма и длина носа, форма и величина губ обычны.

Слизистая оболочка рта красной каймы розового цвета, трещин и язв нет. Размеры ротовой щели обычные, углы располагаются симметрично. Рот открывается в полном объёме.

Зубная формула:

З З П З З З З З З З З З З З З З

18 17 16 15 14 13 12 11¦ 21 22 23 24 25 26 27 28

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

38 37 36 35 34 33 32 31¦ 41 42 43 44 45 46 47 48

З З З З З З З З З З З З З П З З

Полость рта. Прикус: ортогнатический. Зубы и краевой парадонт без

особенностей. Количество зубов 32, расположены по зубным дугам, цвет белый с желтоватым оттенком. Кариозных зубов нет. 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. Мягкие ткани в области суставов не изменены.

Слюнные железы не изменены. Нёбо без особенностей.

Локальный статус: Ушитая рана в левой скуловой области. Швы лежат хорошо. Открывание рта в полном объёме.

**IV Предварительный диагноз**

На основании жалоб пациента на боли и припухлость мягких тканей левой щеки слева, анамнеза, общего осмотра, объективного исследования – наличие рваной раны левой щеки (полученной 18 ноября 2011г.), а после ушитой. При пальпации крепитации костных отломков не отмечается. Открывание рта болезненное, в полном объеме, можно думать, что у пациента рваная рана левой щеки(18.11.11 г.), перелом скуловой кости слева, без смещения.

**V План обследования**

1. Общий анализ крови
2. Биохимический анализ крови
3. Кровь на RW
4. Общий анализ мочи
5. ЭКГ
6. Рентгенография черепа в прямой и боковой проекциях
7. Осмотр хирурга, терапевта

**VI Результаты лабораторных и инструментальных исследований**

**1 Общий анализ крови (20.11.2011г) - Норма**

эритроциты – 5,8\*10\*12/л

гемоглобин – 152г/л

лейкоциты 7.2 \*10\*9/л:

-палочкоядерные 1%

-сегментоядерные 61%

-лимфоциты 30%

-моноциты 5%

-эозинофилы 3%

СОЭ 7 мм/ч

2 Биохимический анализ крови **(20.11.2011г)** – глюкоза 5,7 ммоль/л. - Норма

3 Кровь на RW **(20.11.2011г)** – отрицательная

4 Общий анализ мочи **(20.11.2011г)** – Норма

светло-желтого цвета, реакция слабо кислая, плотность 1,021, 1-2 плоского эпителия в поле зрения, 1-2 лейкоцита в поле зрения

5 ЭКГ **(20.11.2011г)** – Норма

синусовый ритм, нормальное расположение ЭОС, частота сердечных сокращений 86 в минуту

7 Обзорная рентгенография черепа в прямой и боковой проекция (**20.11.2011г)**

На представленных обзорных рентгеноснимках лицевого черепа во фронтальной и боковой проекциях имеются признаки перелома левой скуловой кости.

**VIII Клинический диагноз и его обоснование**

На основании жалоб пациента на боли и припухлость мягких тканей левой щеки слева, анамнеза, общего осмотра, объективного исследования – наличие рваной раны левой щеки (полученной 18 ноября 2011г.), а после ушитой. При пальпации крепитации костных отломков не отмечается. Открывание рта болезненное, в полном объеме. На рентгенограммах черепа в прямой и боковой проекциях признаки перелома левой скуловой кости без смещения; на основании результатов лабораторных и инструментальных исследований; можно поставить клинический диагноз:

А) Основное заболевание: Рваная рана левой щеки. Перелом скуловой кости слева без смещения.

Б) Осложнения: -

В) Сопутствующие заболевания: -

**IX Дифференциальный диагноз**

**Между переломом скуловой кости и скуловой дуги:**

Клиника переломов скуловой кости (скуловерхнечелюстного комплекса).

Определяются следующие симптомы:

· Повреждения мягких тканей скуловой области (отеки, раны, кровоизлияния), которые маскирует западение в скуловой области.

· Выраженный отек век и кровоизлияние в клетчатку вокруг одного глаза, что ведет к сужению или закрытию глазной щели.

· Кровотечение из носа (из одной ноздри).

· Ограниченное открывание рта вследствие блокировки венечного отростка нижней челюсти, смещенной скуловой.

· Анестезия или парестезия мягких тканей в зоне иннервации подглазничного нерва на стороне повреждения (верхняя губа, крыло носа, подглазничная область и др.).

· Нарушения бинокулярного зрения (диплопия или двоение в глазах) за счет смещения глазного яблока.

· Западение, определяемое при пальпации в скуловой области.

· Боль и симптом «ступеньки» при пальпации по нижнеглазничному краю, верхне-наружному краю орбиты, по ходу скуловой дуги и по скуло-альвеолярному гребню.

Клиника переломов скуловой дуги:

· Повреждения мягких тканей скуловой области (отеки, раны, кровоизлияния), которые маскирует западение в скуловой области.

· Ограниченное открывание рта вследствие блокировки венечного отростка нижней челюсти смещенной скуловой дугой.

· Отсутствие односторонних боковых движений нижней челюсти.

· Западение, боль и симптом «ступеньки» при пальпации в области скуловой дуги.

**X Лечение**

1. Стол Б
2. Общий режим
3. Цефазолин 1,0×3 раза в день в/м
4. Sol. Analgini 50% - 2.0 – 3 р в сут
5. Sol. Dimedroli 2% - 1.0 – 3 р в сут

**XI Дневники**

20.11.11 t – 36,8 C АД 120/80 мм.рт.ст. Ps – 80 / мин

Общее состояние удовлетворительное. Беспокоят умеренные боли в левой половине лица. Положение – активное. При объективном исследовании - тоны сердца в норме, ЧСС 80 в мин. В легких выслушивается над всей поверхностью везикулярное дыхание, бронхофония одинакова с обеих сторон. ЧД 16 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей.

21.11.11 t – 36,7 C АД 120/80 мм.рт.ст. Ps – 84 / мин

Общее состояние удовлетворительное. Беспокоят умеренные боли в левой половине лица. Положение – активное. При объективном исследовании - тоны сердца в норме, ЧСС 84 в мин. В легких выслушивается над всей поверхностью везикулярное дыхание, бронхофония одинакова с обеих сторон. ЧД 15 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей.

22.11.11 t – 36,5 C АД 120/70 мм.рт.ст. Ps – 86 / мин

Общее состояние удовлетворительное. Новых жалоб нет. Положение – активное. При объективном исследовании - тоны сердца в норме, ЧСС 86 в мин. В легких выслушивается над всей поверхностью везикулярное дыхание, бронхофония одинакова с обеих сторон. ЧД 15 в мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез без особенностей.

**XII Прогноз**

Прогноз при переломе скуловой кости без смещения и рваной раны лица в целом благоприятный. Последствиями переломов скуловой кости в дальнейшем могут быть хронический гайморит, деформация лица, остеомиелит (инфекционный процесс) скуловой кости.

**XIII Профилактика**

Профилактика переломов в целом и скуловой кости в частности направлена на предупреждение травматизма и устранение предрасполагающих к переломам факторов.

**XIV Эпикриз**

Пациент \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, 19 лет, находится на лечении в ЧЛХ отделении ВОКБ с 20.11.11г по настоящее время по поводу перелома скуловой кости слева.

В ночь с 17 на 18 ноября 2011 упал на улице находясь в состоянии алкогольного опьянения.

При поступлении было выявлено – ушитая рана левой щеки, в прошлом-рваная рана, в скуловой области слева гематома 3×4 см, пальпация болезненна. На рентгенограмме признаки перелома левой скуловой кости слева.

Проводится консервативное лечение. Наблюдается положительная динамика.

**XV Литература**

Кабанова, Погоцкий, Князева, Чернина, Базылянская “Стоматология и ЧЛХ”, Витебск 2009г

Немцов, Юпатов “Клиническое обследование и оформление истории болезни”, Москва 2008г