**1)** ***Ф. И. О. больного:***

**2)** ***Возраст:*** 26 лет

**3)** ***Профессия и место работы:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4)** ***Дата и время поступления:*** 27.03.2003

**5) *Семейное положение:*** не замужем.

**6)** ***Место жительства:*** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7) ***Диагноз направившего учреждения:*** Травматический остеомиелит нижней челюсти справа.

**8)** ***Диагноз при поступлении:*** Травматический остеомиелит нижней челюсти справа, очаговый, без консолидации.

**9)** ***Клинический диагноз:*** Травматический остеомиелит нижней челюсти справа, очаговый, без консолидации.

#  Жалобы:

1. При поступлении больная жалуется на: не значительную болезненность в области перелома, полученного 16.02.2003г., а так же на уплотнение и шишкообразное выпячивание в той же области.
2. На момент курации больная предъявляет жалобы на не значительную болезненность в области перелома и послеоперационной раны, не значительное отделяемое из операционной раны серозного характера.

#####  История развития настоящего

 ***заболевания:***

Данное заболевание развивалось на фоне перелома нижней челюсти, который больная получила 16.02.2003г. Подробности о получении данной травмы больная предоставить отказалась. После перелома пациентка обратилась за медицинской помощью только через 2 недели. Ей был поставлен диагноз: «Правосторонний ангулярный перелом нижней челюсти». По поводу, которого лечилась оп месту жительства. Лечение заключалось в 1) репозиции костных обломков (под местной анестезией Sol. Lidocoini 2%-10ml) 2) мобилизации не проводилась 3) антибиотикотерапия не проводилась. Больная наблюдалась амбулаторно в течение 2-х недель. 25.02.2003 была произведена контрольная рентгенограмма, на которой была выявлена секвестрация в области перелома. 26.02.2003. лечащим врачом пациентка была направлена в отделение хирургической стоматологии Смоленской областной клинической больницы, где и была госпитализирована 27.02.2003. В стационаре больной проводилось лечение антибиотиками (Sol. Linсomycini 2%-2ml три раза в день по 2 мл.). 03.03.2003. проведена операция: «секвестрэктомии и внеочаговый остеосинтез фрагментов нижней челюсти под местным обезболиванием. Наложен аппарат для внеочагового остеосинтеза Ермолаева-Кулагова». Пациентки проводились обследования: ЭКГ, ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, RW, анализ на ВИЧ, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, рентгенография нижней челюсти.

 ***История жизни больного:***

Больная родилась в срок, в семье учителей, единственным ребенком. Вскармливалась на искусственном питании с 6-и месяцев. Ходить и говорить начала в скок. В развитии от сверстников не отставала. Закончила 11 классов и поступила на курсы парикмахеров, которые окончила в 1994 году. Работает в парикмахерской «Виолла». Два года назад родила дочь. Сейчас больная находится в отпуске по уходу за ребёнком.

Отец пациентки умер в 1998 году в возрасте 60-ти лет от инфаркта миокарда. Страдал хроническими заболеваниями: язвенная болезнь, хронический бронхит, гипертоническая болезнь.

Матери пациентки 61 год. Хроническими заболеваниями не страдает.

Дочь относительно здорова.

Больная живёт в благоустроенной двух комнатной квартире вместе с матерью и дочерью. Дом располагается в жилом районе города Смоленска. Вблизи местожительства больной загрязнителей окружающей среды нет.

Правила личной гигиены больная соблюдает.

Пациентка курит с 22-х лет по одной пачке в день. Алкоголем не злоупотребляет. Отравлений суррогатами алкоголя не отмечает. Питанье полноценное как в качественном, так и в количественном отношении.

Больная отмечает из перенесённых заболеваний: ОРЗ, ОРВИ, ангина, краснуха. Указаний на болезнь Боткина нет. Венерические заболевания у себя отрицает.

Аллергию на лекарственные средства у себя отрицает.

Менструации начались с 13 лет сначала не регулярные, а затем регулярные через 28 дней по 3-4 дня, не обильные безболезненные. Первый половой контакт был в 17 лет.

У больной была одна беременность, которая закончилась своевременными родами живой девочкой массой 3600 гр. Беременность протекала без особенностей, больная указывает на анемию первой степени в третьем триместре беременности.

Аборты и выкидыши больная отрицает.

  ***Общий осмотр. (ektoskopia).***

Сознание ясное, положение активное, осанка правильная, походка не изменена, конституциональный тип телосложения норм астенический.

Голова мезэнцефалическая обычной величены, лицо спокойное, глазные яблоки, конъюнктивы, склеры, зрачки, веки и околоорбитальная клетчатка без видимых изменений. Кожные покровы телесного цвета, чистые, умеренной влажности, эластичные, тургор сохранён, дериваты кожи без видимых изменений, видимые слизистые оболочки розовые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно толщина жирового слоя на передней брюшной стенке уровне пупка около 3 см. Видимых отёков нет. Периферические лимфатические узлы доступные пальпации не определяются.

Мышцы развиты умеренно, безболезненны. Мышечная сила достаточная, тонус мышц сохранён. Костная система без видимых деформаций. Суставы обычной конфигурации. Активные и пассивные движения в них в полном объёме, мягкие ткани вокруг них не изменены.

Антропометрическое исследование:

Рост: 167 см

Масса тела: 53 кг

Температура тела:36,8 С.

 ***Исследование сердечно-сосудистой***

 ***системы.***

1) ***Inspection.*** Видимых деформаций грудной клетки в области сердца нет. Верхушечный толчок визуально не определяется. Патологических пульсаций в области сердца, при осмотре сосудов шеи и в эпигастральной области не выявлено.

2) ***Palpatio.*** Верхушечный толчок пальпируется в 5-ом межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии, площадью 2 см^2. Сердечный толчок, систолическое и диастолическое дрожание грудной клетки пальпаторно не определяется. Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях, синхронный, ритмичный, частотой 68/мин. нормального наполнения и напряжения, равномерный, не ускорен, сосудистая стенка эластичная.

3) ***Percussio.***Границы относительной тупости сердца:

Правой: 4-ое межреберье на 1 см кнаружи от правого края грудины.

Левой: 5-ое межреберье на 1 см кнутри от lin. mediaclavicularis.

Верхняя: по нижнему краю 3-го ребра.

Границы абсолютной тупости сердца:

Правой: 4-ое межреберье по левому краю грудины.

Левой: 5-ое межреберье на 1 см кнутри от левой границы относительной тупости.

Верхняя: по нижнему краю 4-ого ребра.

Ширина сосудистого пучка 4 см. Абрис сердца нормальный. Правый диаметр сердца (md) 4см. Левый диаметр (ms) 8 см. Поперечник сердца (T) 12 см. md:ms=1:2

4) ***Auskultatio.***Тоны сердца ритмичные звучные, шумов и акцентов 2-го тона нет.

Артериальное давление:

систолическое 125 мм. рт. ст.

диастолическое 75 мм. рт. ст.

пульсовое 50 мм. рт. ст.

 ***Дыхательная система***.

1. ***Inspection.***Нос обычной формы. Носовое дыхание не затруднено. Носовая перегородка не искривлена. Болезненности при пальпации в местах проекции придаточных пазух носа нет. Голос громкий. Грудная клетка нормостенической формы. Обе половины грудной клетки симметричны, одинаково участвуют в акте дыхания. Ключицы и лопатки располагаются на одинаковом уровне, над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Дыхание смешанного типа, ритмичное, нормальной глубины ЧД=18/мин. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания участия не принимает. Окружность грудной клетки 88см. Дыхательная экскурсия грудной клетки 8см.
2. ***Palpatio***. Грудная клетка без болезненна, эластична, голосовое дрожание не изменено, одинаково проводится в симметричные отделы грудной клетки. Приёмы Янковского и Шепельмана не вызывают появления боли в грудной клетке.
3. ***Percussio.*** При сравнительной перкуссии над симметричными областями грудной клетки выявляется ясный лёгочный звук.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек обоих лёгких спереди на 3 см выше середины ключицы, сзади на 3 см латеральнее остистого отростка 7-го шейного позвонка.

Ширина полей Кренига справа и слева 5 см.

Нижняя граница лёгких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| Lin. parasternalis | Нижний край 5-го ребра | ----------------------------------- |
| **Lin. mediaclavicularis** | Нижний край 6-го ребра | ----------------------------------- |
| **Lin. acsilaris anterior** | Нижний край 7-го ребра | Нижний край 7-го ребра |
| **Lin. acsilaris media** | Нижний край 8-го ребра | Нижний край 8-го ребра |
| **Lin. acsilaris posterior** | Нижний край 9-го ребра | Нижний край 9-го ребра |
| **Lin. scapularis** | Нижний край 10-го ребра | Нижний край 10-го ребра |
| **Lin. paravertebralis** | На уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка | На уровне остистого отростка 11-го грудного позвонка |

Дыхательная подвижность нижнего края лёгкого

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Топографические линии** | Правое лёгкое | Левое лёгкое |
| **Lin. mediaclavicularis** |  6см |  ----- |
| **Lin. acsilaris media** | 8см |  8см |
| **Lin. scapularis** | 6см |  6см |

 4) ***Auskultatio.***Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, кроме мест выслушивания физиологического бронхиального дыхания. Побочных дыхательных шумов нет. Бронхофония не изменена.

Проба Штанге-35 сек.

Проба Генча-20 сек.

######  ПИЩЕВАРИТЕЛЬНАЯ СИСТИМА

1. ***Inspection.***Слизистая полости рта, небных дужек, задней стенки глотки, мягкого и твёрдого нёба розовая. Язык влажный, не обложен. Дёсны не кровоточат, кариозных зубов нет. Миндалины не выступают из-за нёбных дужек. Глотание не нарушено. Прохождение жидкой и густой пищи по пищеводу не затруднено. Живот овальной формы симметричный. Передняя брюшная стенка участвует в акте дыхания.
2. ***Palpatio***. При поверхностной ориентировочной пальпации тонус мышц передней брюшной стенки в норме, болезненности нет. Расхождение прямых мышц живота и грыжевых выпячиваний по белой линии не найдено. Болезненности в точках и зонах желчного пузыря и поджелудочной железы не отмечено. При глубокой методической пальпации по методу В. П. Образцова и Н. Д. Стражеско в левой подвздошно-паховой области пальпируется сигмовидная кишка в форме гладкого плотноватого цилиндра диаметром около 2 см, безболезненного, умеренно подвижного, не урчащего; в правой подвздошно-паховой области – слепая кишка в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром около 3 см, безболезненного, слегка урчащего, смещаемого до 2 см. Терминальный отдел подвздошной кишки и аппендикс пропальпировать не удалось. Восходящий отдел ободочной кишки пальпируется бимануально в правой боковой области в виде цилиндра диаметром около 2,5 см умеренной плотности безболезненного, смещаемого. Нисходящий отдел ободочной кишки пальпируется в левой боковой области в виде безболезненного, умеренно подвижного цилиндра диаметром около 3 см. Печеночный и селезёночный изгибы её пальпаторно не определяются. Поперечный отдел ободочной кишки удалось пропальпировать билатерально на 3 см ниже предварительно определённой аускультативно-фрикционным методом нижней границы желудка в виде поперечно расположенного цилиндра умеренной плотности диаметром около 2,5 см, безболезненного, не урчащего, легко смещаемого.

Большая кривизна желудка пальпируется на 2,5 см выше пупка по обе стороны

от белой линии живота в виде безболезненного эластичного валика. Привратник

пропальпировать не удалось.

Поджелудочная железа не пальпируется.

Нижний край печени пальпируется на уровне рёберной дуги, он закруглённый,

безболезненный, эластичной консистенции с гладкой поверхностью.

Нижний полюс селезёнки в клиностатическом положении и в положении по Сали

не пальпируется.

 При проведении болевой пальпации по Гротту пациент болезненности не отмечает.

3) ***Percussio.*** При сравнительной перкуссии над симметричными отделами живота выявляется тимпанический звук различной высоты.

 Высота абсолютной тупости печени:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Топографические линии***  |  Размер (см) |
| **Lin. parasternalis dex.** |  **9** |
| **Lin. mediaclavicularis dex.** |  **10** |
| **Lin. acsilaris anterior dex.** |  **11** |

Перкуторные размеры селезенки:

|  |  |
| --- | --- |
| ***Поперечник*** |  **4 см** |
| ***Длинник*** |  **6 см** |

4) ***Auskultatio.*** Выслушивается перистальтика умеренной силы. Шум трения брюшины и сосудистые шумы не определяются.

 ***Мочевыделительная система.***

 Поясничная область не изменена, при пальпации безболезненна. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

 ***Нейроэндокринная система.***

Нарушение роста и пропорциональности частей тела нет. Щитовидная железа не

увеличена. Вторичные половые признаки соответствуют полу и возрасту.

 ***Местный статус.***

Лицо симметрично, отёков нет. В области дуги нижней челюсти находится наружная часть аппарата ЕК-1. Открытие рта на 1,5 см, болезненное. Гиперемия слизистой в дёсно-щёчной области. Отсутствуют 47, 45, 44 зубы.

На рентгенограмме в прямой прекции выявляется очаг воспаления в кости нижней челюсти справа (секвестр), перелом нижней челюсти справа в области 5-6.

87654321|12345678

8у6уу321|12345678

Определить пломбированные и кариозные зубы не предоставляется возможным из-за невозможности открыть рот.

***Дополнительные методы исследования***.

1. Общий анализ крови от 28.02.03.

Эритроциты – 3,7\*10^12 /л

Гемоглобин – 133 гр/л

Лейкоциты – 5,8\*10^9 /л

Эозинофилы – 2%

Палочкоядерные нейтрофилы – 2%

Сегментоядерные нейтрофилы – 55%

Лимфоциты – 36%

Моноциты – 5%

СОЭ – 5 мм

Заключение: повышение лимфоцитов.

1. Общий анализ мочи от 28.02.03.

Цвет – светло-жёлтый

Эпителиальные клетки – единичные в поле зрения

Белок – abs

Эритроциты - abs

Лейкоциты – 0-1 в поле зрения.

Заключение: норма

1. ЭКГ от 28.02.03.

ЧСС – 85/мин

Ритм синусовый, правильный. Вертикальное расположение электрической оси сердца. Нарушение процессов восстановления миокарда, в задней стенке. (гипоксия?)

1. Биохимический анализ крови от 28.02.03.

Глюкоза – 4 ммоль/л

Креатинин – 105 мкмоль/л

Общий белок – 74 г/л

Биллирубин – 17 мкмоль/л

Заключение: в пределах нормы.

1. Антитела к ВИЧ не обнаружены от 28.02.03
2. RW – отрицательно
3. На рентгенограмме нарушение целостности нижней челюсти в области 45, линия перелома расширена, секвестры в линии перелома.
4. Группа крови – I(0) Rh +

  ***Клинический диагноз:*** Травматический остеомиелит нижней челюсти справа, очаговый, без консолидации.

 ***Основание диагноза.***

Диагноз поставлен на основании:

1. Жалоб больного на боль в области перелома.
2. Анамнеза: больная получила травму ( перелом нижней челюсти справа 16.02.2003)
3. Рентгена: на рентгенограмме обнаружены секвестры.

 ***Дифференциональный диагноз.***

Остеомиелит следует дифференцировать с туберкулёзом и актиномикозом.

С туберкулёзом дифферецируется на основании:

При туберкулёзе выявляется

1. Положительная реакция Манту.
2. Наличие вне костного очага туберкулёза, чаще лёгочного.

При остеомиелите – наличие травмы в анамнезе.

При актиномикозе:

1. Положительная проба с актинолизатом.
2. Положительная реакция связывания комплимента.
3. Наличие друз актиномицетов в гное.

 ***Этиология и патогенез.***

Травматический остеомиелит возникает в результате заноса инфекции из окружающей среды через ворота. В хронической стадии остеомиелита происходит некроз и отторжение костных участков с образованием секвестров. Вокруг секвестров развивается воспалительный процесс, который влечёт за собой образование грануляционной ткани и создание секвестральной капсулы, ограничивающей костные фрагменты. Исходом хронического остеомиелита является отторжение некротизированных участков кости и удаление их из организма.

 ***Лечение.***

03.03.03. – проведена операция: секвестэктомия с внеочаговым остеосинтезом фрагментов нижней челюсти аппаратом ЕК-1, под местным обезболиванием.

Премедикация:

Sol. Atropini sulfatis 0,1%-1,0ml

Sol. Analgini 50%-1,0ml

Sol. Dimedroli 2%-1,0ml

Операционное поле обработано люголем. Под мандибулярной анестезией произведён разрез в под поднижнечелюстной области L=5см. удалён секвестр размером 1,0х0,5, удалена грануляционная ткань. Рана промыта Sol. Furacillini 1/5000. Рана послойно ушита. Наложен аппарат для внеочагового остеосинтеза ЕК-1.

1) Произведена антибиотикотерапия

Rp: Sol. Lincomycini 2%-2ml

 D.t.d. №10 in amp.

 S. Вводить внутримышечно 3 раза в день.

1. Противоболевая терапия:

Rp: Sol. Analgini 50%-1,0ml

 D.t.d. №10 in amp.

 S. Внутримышечно при сильных болях.

 ***Прогноз.***

**Для жизни** – благоприятный.

**Для работы** - благоприятный.

**Для здоровья** - благоприятный.

 ***Дневник.***

05.03.2003. Общее состояние больной удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная. AD 110/75 мм. рт. ст. пульс 76/мин. Повязка сухая.

Местно: затруднение жевания. Прикус не изменён.

От анальгетиков отказалась.

Антибиотикотерапия:

Rp: Sol. Lincomycini 2%-2ml

 D.t.d. №10 in amp.

 S. Вводить внутримышечно 3 раза в день.

06.03.2003. Общее состояние больной удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная. Отёков нет. AD 110/70 мм. рт. ст. пульс 71/мин.

Лекарственная терапия та же.

07.03.2003.Общее состояние больной удовлетворительное. Жалоб не предъявляет. Температура тела нормальная. Отёков нет. AD 115/70 мм. рт. ст. пульс 78/мин.

Лекарственная терапия та же.

 ***Эпикриз.***

ФИО поступила 27.02.2003 в отделение хирургической стоматологии Смоленской областной клинической больницы. Было назначено: ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови, RW, анализ на ВИЧ, определение чувствительности микрофлоры к антибиотикам, рентгенография нижней челюсти, ЭКГ. На основании анамнеза, данных дополнительных методов обследования поставлен диагноз: «Травматический остеомиелит нижней челюсти справа, очаговый, без консолидации», в связи, с чем было произведено лечение:

1. Консервативное – антиботикотерапия (линкомицин)
2. Оперативное - секвестэктомия с внеочаговым остеосинтезом фрагментов нижней челюсти аппаратом ЕК-1, под местным обезболиванием.

Состояние больной к моменту окончания курации удовлетворительное, жалоб нет.

 ***Список используемой литературы:***

1. *А. Г. Шаргородский* «Клиника, диагностика, лечение и профилактика воспалительных заболеваний лица и шеи». *Москва ГЭОТАР-МЕД 2002г.*
2. *Н. Н. Бажанов*. «Стоматология» *Москва ГЭОТАР-МЕД 2001г.*
3. *А. Г. Шаргородский, Стефанцов Н.М.* «Повреждение мягких тканей и костей лица». *Москва ВУНМЦ 2000г.*