**ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ**

**НОВОСИБИРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКОЯ АКАДЕМИЯ**

# КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ХИРУРГИИ С КУРСОМ УРОЛОГИИ

**ЛЕЧЕБНОГО ФАКУЛЬТЕТА НГМА**

# ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Больной: Волков Сергей Александрович

Диагноз: инфицированная рана задней поверхности области правого локтевого сустава. Сопутствующие заболевания: анкилоз локтевого сустава, диффузный пятнистый остеопороз правой локтевой кости.

Заведующий кафедрой: проф. Атаманов В.В.

Руководитель: проф. Кузнецов В.Е.

Куратор: студент 4 курса 22 группы Золотухин Е.Е.

**!ОБРАТИТЕ ВНИМАНИЕ!**

Медицина - постоянно изменяющаяся наука и не все виды терапии установлены однозначно. Новые исследования изменяют препараты, да и сами способы лечения, почти ежедневно. Автор приложил максимальные усилия, чтобы обеспечить информацию, которая является современной и точной, а также общепринята в пределах медицинских стандартов к моменту публикации. Однако, поскольку медицинская наука постоянно изменяется, и человеческая ошибка всегда возможна, автор не гарантирует, что информация в этой статье абсолютно точна и полна, при этом он не ответственен за упущения или ошибки в статье, или допущенные в результате использования этой информации. Читатель должен подтвердить информацию, приведенную в этой статье, из других источников до её использования (в частности, все дозы препаратов, симптомы, и противопоказания должны быть подтверждены у производителя лекарственного средства).

С уважением Е. Золотухин.

Ugen-sibir@yandex.ru

[www.ugen-sibir.narod.ru](http://www.ugen-sibir.narod.ru)

**г. Новосибирск**

**2004 г.**

**Формальные данные.**

1. Волков Сергей Александрович.
2. Родился 03.02.1976, 28 лет.
3. Мужской.
4. Не работает.
5. Должность: —
6. Без ОМЖ.
7. Поступил: 20.04.2004г.
8. Диагноз при поступлении: флегмона задней поверхности области правого локтевого сустава в начальной стадии, алкогольное опьянение.
9. Клинический диагноз: инфицированная рана задней поверхности области правого локтевого сустава, анкилоз локтевого сустава, диффузный пятнистый остеопороз
10. Сопутствующие заболевания: анкилоз правого локтевого сустава, диффузный пятнистый остеопороз правой локтевой кости.
11. Осложнения: —
12. Название операции: —
13. Послеоперационный диагноз: —
14. Патологоанатомический диагноз: —

**Anamnesis morbi.**

1. Жалобы при поступлении: острая боль в области правого локтевого сустава при прикосновении, невозможность осуществить движения в правом локтевом суставе, ощущение жара, общая слабость, потливость.
2. Начало и дальнейшее развитие болезни: считает себя больным с июня 2003 г., когда в алкогольном опьянении после падения был перелом локтевого отростка справа. Был госпитализирован в МУЗ ГКБ №1, проводилось оперативное лечение, какое — не помнит. Был выписан в июле 2003 г. в связи с выздоровлением. В ноябре 2003 г. после падения (больной находился в алкогольном опьянении) был повторный перелом правого локтевого отростка. Госпитализировался в МУЗ ГКБ №1, где была произведена операция, сути проводившегося лечения не помнит. Был выписан в январе 2004 г., точной даты не помнит. Отмечает исчезновение подвижности в правом локтевом суставе. Со слов больного, на момент выписки на задней поверхности области правого локтевого сустава имелась незажившая послеоперационная рана (края раны разошлись сразу после снятия швов). С момента выписки до последней госпитализации самостоятельно перевязывал рану подручными материалами (стандартные перевязочные средства не применял в виду низкой социальной адаптированности).

С начала марта 2004 г. отмечает появление гнойного отделяемого из раны, прогрессирующую болезненность при надавливании на область раны, ощущение жара, общую слабость. В ЛПУ не обращался.

20.04.04 отмечает субъективное ощущение жара, общей слабости. Бригадой СМП доставлен в МУЗ ГКБ № 1 с диагнозом начинающаяся флегмона правого локтевого сустава. При поступлении установлено алкогольное опьянение (отмечалось нарушение артикуляции, учащение дыхания, расширение зрачков, содружественная реакция на свет, проведено исследование крови на факт содержания алкоголя с положительным результатом).

**Anamnesis vitae.**

1. Наследственность не отягощена.
2. Перенесенные заболевания.
* Остро заразные, венерические, туберкулез, психические — отрицает;
* Операции: в области правого локтевого сустава в июне 2003г. и в ноябре 2004г., названий и сути проводившихся операций не помнит.
* Травматические повреждения: перелом правого локтевого отростка в июне 2003г. и в ноябре 2004г.
1. Условия труда и быта: низкие (БОМЖ).
2. Вредные привычки: курит, злоупотребляет алкоголем (примерно 0,5 л водки каждый день).

**Status praesens communis.**

1. Положение: активное;
2. Общее состояние удовлетворительное;
3. Температура – 36,60 С, пульс – 68 в мин., дыхание – 18 в 1 мин., артериальное давление – 120/80;
4. Телосложение правильное, питание недостаточное;
5. Кожа чистая, телесного цвета, нормальной влажности, тургор нормальный;
6. Видимые слизистые оболочки влажные, розового цвета;
7. Подкожная жировая клетчатка маловыражена, толщиной до 1,5 см.;
8. Периферические лимфатические узлы не пальпируются;
9. Периферические сосуды без особенностей, артерии пальпируются на симметричных участках конечностей;
10. Мышечная система развита удовлетворительно, тонус мышц не снижен;
11. Костно-суставной аппарат: со слов больного, отсутствуют активные и пассивные движения в правом локтевом суставе, в остальном - без особенностей;
12. При исследовании нервной системы патологии не выявлено;
13. Дыхательная система: носовое дыхание не затруднено. ЧДД 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы. Границы и экскурсия краев легких в пределах нормы. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Перкуторно в легких ясный легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное. Бронхофония не нарушена.
14. Сердечно-сосудистая система: границы сердца и сосудистого пучка в пределах нормы. Верхушечный толчок в 5-м межреберье, в 2-х см от левого края грудины. ЧСС=82 в минуту. АД=125/80.
15. Живот и органы брюшной полости: при пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень из-под края реберной дуги не выступает, размеры печени по Курлову - 10х8х7 см.
16. Мочеполовая система: мочеиспускание произвольное, безболезненное. Симптом поколачивания по области почек отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется.
17. Щитовидная железа нормальной локализации, не увеличена, однородна, мягкая при пальпации.

**Status localis.**

На задней поверхности правой руки в области локтевого сустава наложена гипсовая лонгета (от середины плеча до дистальной трети предплечья) и фиксирующая бинтовая повязка, что делает недоступным осмотр и исследование движений в указанной области, пальпация локтевого сгиба через повязку болезненна.

**Дополнительные данные.**

1. Рентгенологические данные:
* Рентгенограмма правого локтевого сустава от 20.04.04 в 2-х проекциях. Укладка вынужденная. Заключение: застарелый неконсолидированный перелом локтевого отростка локтевой кости со смещением, диффузный пятнистый остеопороз правой локтевой кости.
* Рентгенограмма органов грудной клетки в прямой проекции от 21.04.04 №3189.

 Заключение: сердце и легкие без патологических изменений.

1. Лабораторные данные:

Общий анализ мочи, 20.04.04

Цвет: желтый, прозрачность – слабо мутная, реакция – кислая;

Белок — 0,12 г/л

Лейкоциты – единичные в поле зрения;

Эритроциты - 0-2 в поле зрения;

Эпителий – плоский, единичные эпителиоциты в поле зрения.

Заключение: протеинурия 0,12 г/л.

Общий анализ крови:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 20.04.04г. | Л | Гемоглобин | Эритроциты | Эозинофилы | Палочкоядерные | Сегментоядерные | Лимфоциты | Моноциты |
| 6,6 | 107 | 5,6 | 3 | 4 | 56 | 35 | 7 |
| Норма  | 4,5-9х109 | 130-160 г/литр | 4,5-5х1012 | 1-4% | 1-4% | 50-65% | 25-40% | 2-8% |

СОЭ=21 мм/час (норма – 6-12). Цветовой показатель=0,64

Заключение: Гипохромная анемия. Белая кровь без патологии. Выраженное повышение СОЭ вследствие употребления алкоголя.

1. Инструментальные исследования, пункция, биопсия не проводились.

Для выбора наиболее эффективной антибактериальной терапии необходимо осуществить бактериальный посев на питательную среду с последующим определением чувствительности к антибиотикам.

**Дифференциальная диагностика.**

Дифференциальная диагностика с флегмоной проводится на основании данных анамнеза: в отличие от флегмоны заболевание не имело внезапного начала, болезненность и отечность здоровых тканей в окружности раны развивались в течение 1,5 месяцев, имеется четкая граница зоны воспалительной гиперемии, повышение температуры носило постепенный длительный характер, отсутствовал симптом флюктуации, в ОАК отсутствуют лейкоцитоз и нейтрофилез.

**Диагноз и его обоснование.**

На основании жалоб на острую боль в области правого локтевого сустава при прикосновении, невозможность осуществить движения в правом локтевом суставе, данных объективного и рентгенологического исследований поставлен диагноз: инфицированная рана задней поверхности области правого локтевого сустава, анкилоз локтевого сустава, диффузный пятнистый остеопороз.

**Этиология и патогенез.**

Наиболее частым (около 80%) инфекционным агентом на верхней конечности является Staphylococcus aureus, гемолитический стрептококк ответственен за инфекцию ран в 3% случаев. Другие наиболее часто встречающиеся микробы: энтерококки, Pseudomonas, Proteus и Klebsiella. У наркоманов, алкоголиков и пациентов с приобретенным иммунодефицитом возможно сочетание возбудителей.

Однако наличие инфекции в ране ещё не означает развитие гнойного процесса. Для его развития необходимы 3 фактора:

 1. Характер и степень повреждения тканей.

 2. Наличие в ране крови, инородных тел, нежизнеспособных тканей.

 3. Наличие патогенного микроба в достаточной концентрации.

Доказано, что для развития инфекции в ране необходима концентрация микроорганизмов Ах105 (100000) микробных тел на 1 грамм ткани. Это так называемый "критический" уровень бактериальной обсемененности. Только при превышении этого кол-ва микробов возможно развитие инфекции в нормальных неповрежденных тканях. Но "критический" уровень может быть и низким. Так, при наличии в ране крови, инородных тел, лигатур для развития инфекции достаточно 10 в 4ст.(10000) микробных тел, а при завязывании лигатур и вызванном этим нарушение питания (лигатурная ишемия) - достаточно 10 в 3ст. (1000) микробных тел на 1 грамм ткани.

 При нанесении любой раны (операционной, случайной) развивается так

называемый раневой процесс. Раневой процесс- это сложный комплекс местных и общих реакций организма, развивающихся в ответ на повреждение тканей и внедрение инфекции.

 По современным данным, течение раневого процесса условно подразделяют на 3 основные фазы:

 1 фаза - фаза воспаления;

 2 фаза - фаза регенерации;

 3 фаза - фаза организации рубца и эпителизации.

 1 фаза - фаза воспаления - делится на 2 периода:

 А - период сосудистых изменений;

 Б - период очищения раны;

В 1 фазе раневого процесса наблюдаются:

 1. Изменение проницаемости сосудов с последующей экссудацией;

 2. Миграция лейкоцитов и др. клеточных элементов;

 3. Набухание коллагена и синтез основного вещества;

 4. Ацидоз за счет кислородного голодания.

В 1 фазе наряду с экссудацией идет и всасывание (резорбция) токсинов, бактерий и продуктов распада тканей. Всасывание из раны идет до закрытия раны грануляциями.

При обширных гнойных ранах резорбция токсинов приводит к интоксикации организма, возникает резорбтивная лихорадка.

2 фаза - фаза регенерации - это формирование грануляций, т.е. нежной соединительной ткани с новообразованными капиллярами.

 3 фаза - фаза организации рубца и его эпителизации, при которой нежная соединительная ткань трансформируется в плотную рубцовую, эпителизация начинается с краев раны.

Выделяют:

 1. Первичное заживление ран (первичным натяжением) - при соприкосновении краев раны и отсутствии инфекции, за 6-8 суток. Операционные раны - первичным натяжением.

 2. Вторичное заживление (вторичным натяжением) - при нагноении ран или большом диастазе краев раны. При этом заполняется грануляциями, процесс длительный, в течение нескольких недель.

 3. Заживление раны под струпом. Так заживают обычно поверхностные раны, когда они покрываются кровью, клеточными элементами, образуется корка. Эпителизация идет под этой корочкой.

**Методы лечения:**

1. Консервативное лечение:
* мазь "Левомиколь" на рану;
* сухая асептическая повязка (1 перевязка в сутки, можно реже в зависимости от количества гнойного отделяемого);
* внутримышечно раствор бензилпенициллина натриевой соли по 250 000 ЕД каждые 4 часа;

Rp.: Веnzylpenicillini-natrii 250 000 ЕД

 D.t.d. №50 in flaconis.

 S. Вводить внутримышечно струйно каждые 4 часа, содержимое флакона предварительно развести 3 мл р-ра Новокаина 0,5%.

1. Оперативные:
* первичная хирургическая обработка раны. Заключается в иссечении краев и дна раны и ревизии раневого канала с целью исключения проникающего в полость локтевого сустава ранения, наложение швов; проводится под местной анестезией 1% р-ром Новокаина.
* по желанию пациента для лечения анкилоза правого локтевого сустава может быть проведена операция артропластики либо артродез локтевого сустава.
1. Показания к операции:
* ПХО показана в виду наличия инфицированной раны;
* показанием к проведению операции артропластики является афункциональное положение конечности;
1. Сущность предложенной операции и предполагаемые методы обезболивания:
* первичная хирургическая обработка раны заключается в иссечении краев и дна раны и ревизии раневого канала с целью исключения проникающего в полость локтевого сустава ранения, наложение швов; проводится под местной анестезией 1% р-ром Новокаина.

Дневник.

