КУРСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА: ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ЗАВ.КАФЕДРОЙ: проф.д.м.н. НАЗАРЕНКО.П.М.

ПРЕПОДАВАТЕЛЬ: асс. РАЗЕНЬКОВ А.Г.

КУРАТОР: студентка 4 группы V курса лечебного

факультета Чухраева Елена Александровна

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

|  |  |
| --- | --- |
| Ф.И.О. | *Волков Александр Николаевич* |
| Возраст | *14 лет* |
| Место жительства | *Суджанский р-н, с.Махновка, ул. Рязанская 19.* |
| Дата поступления | *22.03.1999* |
| курации | *05.05.1999* |
| Клинический диагноз | *Хронический остеомиелит. Секвестральная форма.* |

ЖАЛОБЫ

На момент курации больной предъявлял жалобы на

1. Боли в ноге
2. Невозможность согнуть ногу
3. Боли в области операционной раны

На момент поступления больной предъявлял жалобы на

1. Боли в ноге
2. Невозможность согнуть ногу
3. Мокнутие в области постоперационного рубца, наличие гнойного отделяемого из него.

Жалоб на другие системы органов не предъявляет.

ANAMNESIS MORBI

Считает себя больным с 12.08.1998 года, когда впервые появились боли в ноге, поднялась температура до 39,60С, принимал аспирин, парацетамол, но гипертермия не купировалась. Был отправлен в ЦРБ, а от туда после проведенного диагностического комплекса в ДОБ с диагнозом остеомиелит, где находился на стационарном лечении в 18.08 по 18.09.98. больному была произведена операция по вскрытию остеомиелитической флегмоны бедра. В удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга поликлиники. В постоперационном периоде отмечает мокнутие в области послеоперационного рубца. Позднее наступило образование свищевого хода, через который постоянно отходило гнойное отделяемое. 22.03.99 госпитализирован для продолжения лечения. 30.03.99 была проведена операция – корытообразная разекция с удалением секвестров под эндотрахеальным наркозом.

ANAMNESIS VITAE

Родился в с. Махновка, Суджанского района пятым ребенком от шестой беременности, протекавшей без патологии. Роды срочные в ягодичном предлежании. Вес при рождении 4600. Искусственное вскармливание с 20 дней. Прививки согласно графику. Рос и развивался нормально. В школу пошел с 7 лет, учеба дается легко. Материально-жилищные условия нормальны. Питается регулярно, дома. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРЗ, грипп. Семейный анамнез: туберкулез, новообразования, венерические, кожные заболевания, психические расстройства, алкоголизм у себя и близких родственников отрицает. Болезнью Боткина не болел. Генетический анамнез не отягощен. Не курит, алкоголь не употребляет. Мать здорова, вредных привычек нет.

Гормонами не лечился.

Аллергологический анамнез без особенностей. Аллергическую реакцию на лекарственные препараты не отмечает.

ОБЩИЙ ОСМОТР.

Общее состояние удовлетворительное. Внешний вид соответствует возрасту. Сознание ясное. Положение тела - активное. Телосложение нормостеническое. Температура тела нормальная. Выражение лица спокойное.

Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие, без очагов депигментации. Сосудистых изменений не выявлено, видимых опухолей не обнаружено. Ногти нормальной конфигурации, не ломкие. Волосы не ломкие. Подкожная клетчатка развита нормально, распространена равномерно. Отеков нет. Подкожной эмфиземы нет.

Подчелюстные, шейные, затылочные, подключичные, кубитальные, паховые, подколенные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Кожа над ними нормальной температуры и окраски.

Мускулатура развита нормально, симметрично с обеих сторон, тонус нормальный, мышцы безболезненны при пальпации. Судорог и мышечного дрожания нет. Мышечная сила одинаковая с обеих сторон, нормальна.

Кости не деформированы, безболезненны при пальпации и постукивании. Симптом "барабанных пальцев" отсутствует. Суставы нормальной конфигурации, припухлости нет. Болезненности при сгибании в суставах конечностей, поворотах и сгибании туловища нет. Движения во всех суставах в полном объеме. Позвоночник не имеет патологических изгибов. Болезненность остистых отростков и паравертебральных зон отсутствует. Подвижность в норме, походка естественная. Череп нормальной формы и размеров.

Глаза без патологического блеска, склеры белые, роговицы нормальны, глазные синдромы отсутствуют.

Нос правильной формы, крылья носа в акте дыхания не участвуют. Герпетических высыпаний нет.

Губы нормальной окраски, без герпетических высыпаний, рубцов, трещин.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.

Дыхание через нос свободное, отделяемого из носа и носовых кровотечений нет. Гортань недеформирована, припухлостей в области гортани нет.

Форма грудной клетки нормостеническая. Над- и подключичные ямки выражены умеренно. Межреберные промежутки умеренные, эпигастральный угол прямой, лопатки и ключицы выступают умеренно. Грудная клетка симметрична.

Дыхание смешанное. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Дыхание поверхностное, ритмичное. ЧДД - 18 в минуту. Признаков одышки не выявлено.

При пальпации грудной клетки выявлена умеренная резистентность. Межреберные промежутки умеренно ригидны. Голосовое дрожание на симметричных участках не ослаблено, одинаковое.

При сравнительной перкуссии на симметричных участках грудной клетки звук ясный, легочный.

Границы легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Нижняя граница легких | Слева | Справа |
| Linea parasternalis | V межреберье | - |
| Linea mammilaris | VI ребро | - |
| Linea axilaris anterior | VII ребро | VII ребро |
| Linea axilaris media | VIII ребро | VIII ребро |
| Linea axilaris post. | IX ребро | IX ребро |
| Linea scapularis | X ребро | X ребро |
| Linea paravertebralis | XI ребро | XI ребро |

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Спереди | 3,5 см | 3,5 см |
| Сзади | на уровне VII | шейного позвонка |

Ширина полей Кренига справа и слева по 6 см

Подвижность нижнего края легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Слева | Справа |
| Linea mammilaris | 4 см | - |
| Linea axilaris media | 6,5 см | 6,5 см |
| Linea scapularis | 4 см | 4 см |

Над симметричными участками легких дыхание везикулярное.

Бронхофония над симметричными участками легких не ослаблена. Шум трения плевры отсутствует.

СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ

При осмотре области сердца выпячивания области сердца, видимой пульсации не обнаружено.

Верхушечный толчок пальпируется в V межреберье слева на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии, сила умеренная, резистентный.

Сердечный толчок и эпигастральная пульсация не отмечаются.

Дрожания в области сердца не выявлено, зон гиперстезии и болезненности при пальпации не обнаружено.

Границы относительной тупости сердца, выявленные перкуторно

|  |  |
| --- | --- |
| Справа | на 1 см вправо от правого края грудины в IV межреберье |
| Слева | на 1 см кнутри от linea mammilaris в V межреберье |
| Вверху | III ребро по linea parasternalis sinistra |

Границы абсолютной сердечной тупости, выявленные перкуторно.

|  |  |
| --- | --- |
| справа | левый край грудины |
| слева | на 2 см кнутри от linea mammilaris |
| вверху | IV ребро |

Ширина сосудистого пучка - 5,5 см

Конфигурация сердца – нормальная

Тоны сердца ритмичные. ЧСС - 76 уд.в минуту. Дополнительных тонов, органических и функциональных шумов не выслушивается. При осмотре артерий пульсации их не выявлено. Пальпаторно стенки артерий эластичные, гладкие. При аускультации побочные шумы не выслушиваются. Артериальный пульс на лучевых артериях синхронный, ритм правильный, наполнение умеренное, напряжение повышено. Пульс на артериях стоп синхронен с таковым на лучевых артериях. АД на плечевых артериях - 120/90 мм.рт.ст. При осмотре и пальпации яремных вен их расширения и набухания не выявлено, видимой пульсации нет. Сосудистые симптомы не наблюдаются.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

**Желудочно-кишечный тракт**

Язык, десны и зев обычной окраски, налета нет. Язык сухой. Имеются кариозные зубы. Миндалины не увеличены, налета нет.

Выпячиваний живота нет. Живот участвует в акте дыхания. Венозная сеть не выражена. Видимой перистальтаки желудка нет. Пупок не выбухает.

Живот не вздут, безболезненен при поверхностной пальпации.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, безболезненный. Белая линия живота без изменений. Симптом Щеткина-Блюмберга отрицательный. Симптом Менделя отрицательный. Болезненности в точке Мак-Бурнея нет. При определении методом флюктуации и перкуссии свободной жидкости не обнаружено.

При глубокой методической пальпации по методу Образцова-Стражеско сигмовидная кишка прощупывается в виде цилиндра шириной 3 см, не урчит, располагается в левой подвздошной области на границе средней и наружной трети linea umbilicoileaca. Слепая кишка определяется на границе средней и наружной трети linea umbilicoiliaca справа в виде умеренно напряженного, слегка расширяющегося книзу цилиндра с закругленным дном диаметром 3-4 см, урчащего при надавливании.

Подвздошная кишка определяется в виде плотного урчащего цилиндра диаметром 1 см.

Поперечно-ободочная кишка 2-2,5 см, не урчит, безболезненна.

Нижняя граница желудка не прощупывается, шума плеска нет. Привратник в виде тяжа, слабо урчащего при перекатывании.

## **Печень и желчный пузырь**

При перкуссии границы печени по Курлову:

* Верхняя граница абсолютной тупости печени по правой среднеключичной линии на уровне нижнего края V ребра;
* Нижняя граница абсолютной тупости печени по правой среднеключичной линии на уровне края реберной дуги, по передней срединной линии – 2 см.

При пальпации нижней край печени мягкий, острый, ровный, безболезненный.

Размер печени по Курлову по среднеключичной линии – 9 см, серединной линии – 8 см, по краю реберной дуги слева – 7 см.

Желчный пузырь не пальпируется.

Симптомы Мюсси, Ражбе, Ортнера, Калька, Кера отрицательны.

Выпячиваний в области правого подреберья, ограничения участия правой половины живота в дыхании не выявлено.

Селезенка

Выпячивания в области левого подреберья не выявлено. Селезенка не пальпируется. Размеры по Курлову 0-4-6 см.

МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Покраснения, припухлости, отечности в поясничной области не наблюдается. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Почки не пальпируются.

### ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА

#### Гипоталамо-гипофизарная система

Телосложение правильное, пропорциональное, по мужскому типу. Упитанность больного нормальная. Увеличения размеров конечностей, носа, языка, челюстей, ушных раковин нет. Лицо округлое, нормальное.

#### Щитовидная железа

Щитовидная железа не пальпируется. Безболезнена при пальпации. Тремор конечностей отсутствует. Глазные синдромы отсутствуют.

##### Поджелудочная железа

Зона проекции поджелудочной железы безболезненна при пальпации.

##### Паращитовидные железы

Судорожный синдром отсутствует. Парестезий нет. Симптомы Хвостека и Труссо отрицательные.

#### Надпочечники

Подкожная жировая клетчатка развита нормально, равномерно. АД = 120/90.

**Половые железы**

Вторичные половые признаки развиты нормально.

### НЕРВНАЯ СИСТЕМА И ОРГАНЫ ЧУВСТВ

Сознание ясное, ориентация в пространстве, времени, ситуации не нарушена. Интеллект соответствует уровню развития, не ослаблен. Участков гипо-, гипер- и парестезий нет. Патологических рефлексов нет. Зрение, слух, вкус, осязание в норме.

### STATUS LOCALIS

Правое бедро в гипсовой лонгете. По наружной поверхности бедра наложена асептическая повязка. Конечность не увеличена в объеме, отека нет. Отмечается умеренная болезненность в области послеоперационной раны.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:

***Хронический остеомиелит***

### ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови
2. Анализ крови на сахар
3. Биохимический анализ крови
4. Анализ крови на ВИЧ, RW
5. Общий анализ мочи
6. ЭКГ
7. Рентгенография

РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Эритроциты | 4,3х1012/л |
| Гемоглобин | 135 г/л |
| ЦП | 0,91 |
| Тромбоциты | 275.2 х109/л |
| Лейкоциты | 9,9 х109/л |
| П/ядерные | 7 |
| С/ядерные | 56 |
| Эозинофилы | 1 |
| Лимфоциты | 23 |
| Моноциты | 10 |
| СОЭ | 4 |

2. Биохимический анализ крови

|  |  |
| --- | --- |
| Общий белок | 78,5 г/л |
| Креатинин | 8,30 |
| Мочевина | 4,88 |
| Альбумины  α  β  γ | 61,0  12,0  11,0  16,2 |
| А/г | 1,56 |
| Na | 130 |
| К | 5,8 |
| Билирубин (о,п,н) | 18,0- 6,2- 11,8 |

3. Анализ крови на сахар

глюкоза - 5,8

4. Общий анализ мочи

|  |  |
| --- | --- |
| Цвет | Желтый |
| Мутность | Прозрачная |
| Плотность | 1020 |
| РН | Кислая |
| Эритроциты | 0 в п/з |
| Лейкоциты | 2-3 в п/з |
| Эпителий | 0 в п/з |
| Белок | Следы |
| Цилиндры  Зернистые | 0-1 в п/з |

5. Анализ крови на

- ВИЧ - отрицательный

- RW - отрицательный

6. ЭКГ

Ритм синусовый правильный, синусовая тахикардия. ЭОС не смещена. Изменения в пределах возрастной нормы.

7.Рентгенография правого бедра.

В средней и частично в нижней трети диафиза по наружному краю бедренной кости имеется костный дефект корытообразной формы размерами 15,0х2,0 см. задняя стенка, являющаяся его дном, утолщена периостальными напластованиями, компактный слой неравномерно уплотнен, фрагментирован.

### ОПЕРАЦИЯ

30.03.99 была проведена операция – корытообразная разекция с удалением секвестров под эндотрахеальным наркозом.

Обработка кожи. По наружно-боковой поверхности рассечены мягкие ткани длиной 20 см, рассеченв надкостница толстая, плотная. Затем долотом от здоровых тканей средней трети бедра и до метафиза убрана костная пластинка 2,5х20 см. кость утолщена до 1.5 см. костно-мозговой канал выполнен множественными секвестрами размером от 1 до 6 см, игольчатыми, а также грануляциями. Подлость неоднократно обработана перекисью водорода.

Гемостаз. В просвете полости дренажная трубка от системы переливания крови. Туалет. Рана ушита послойно, наглухо, швы на кожу. Асептическая повязка. Гипсовая лонгета.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

**Хронический остеомиелит правого бедра, секвестральная форма**

Диагноз поставлен на основании:

* жалоб больного на боли в ноге, невозможность согнуть ногу, мокнутие в области постоперационного рубца, наличие гнойного отделяемого из него.
* Истории болезни: считает себя больным с 12.08.1998 года, когда впервые появились боли в ноге, поднялась температура до 39,60С, принимал аспирин, парацетамол, но гипертермия не купировалась. Был отправлен в ЦРБ, а оттуда после проведенного диагностического комплекса в ДОБ с диагнозом остеомиелит, где находился на стационарном лечении в 18.08 по 18.09.98. больному была произведена операция по вскрытию остеомиелитической флегмоны бедра. В удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга поликлиники. В постоперационном периоде отмечает мокнутие в области послеоперационного рубца. Позднее наступило образование свищевого хода, через который постоянно отходило гнойное отделяемое. 22.03.99 госпитализирован для продолжения лечения.
* Лабораторных и инструментальных данных: Рентгенография правого бедра выявила, что средней и частично в нижней трети диафиза по наружному краю бедренной кости имеется костный дефект корытообразной формы размерами 15,0х2,0 см. задняя стенка, являющаяся его дном, утолщена периостальными напластованиями, компактный слой неравномерно уплотнен, фрагментирован.
* Данных, полученных в результате оперативного вмешательства. 30.03.99 была проведена операция – корытообразная разекция с удалением секвестров под эндотрахеальным наркозом. По наружно-боковой поверхности рассечены мягкие ткани длиной 20 см, рассеченв надкостница толстая, плотная. Затем долотом от здоровых тканей средней трети бедра и до метафиза убрана костная пластинка 2,5х20 см. кость утолщена до 1.5 см. костно-мозговой канал выполнен множественными секвестрами размером от 1 до 6 см, игольчатыми, а также грануляциями.

### ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ

1. Режим постельный
2. Диета №15
3. Инфузионная терапия (глюкоза внутривенно капельно (400 мл 1 раз в день+ 6 ЕД инсулина)
4. Кефзол по1,0 2 раза в день
5. Линкомицин 1,0 2 раза в день
6. Аскорутин по 1 таб. 3 раза в день
7. Поливит по 1 таб. 2 раза в день
8. Глюконат Са по 1 таб. 3 раза в день

### ДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ ДИАГНОЗ

Остеомиелит необходимо дифференцировать

* с флегмоной бедра, что легко достигается при рентгенографии,
* c туберкулезом. В отличие от остеомиелита начало туберкулеза постепенное, без высокой температуры. Рано отмечаются атрофия и контрактура сустава. Свищи обычно связаны с суставом и имеют вялые стекло­видные грануляции. На рентгенограмме преобладают процессы остеопороза, отсутствуют большие секвестры (они напоминают тающий сахар), выраженного периостита не бывает. В стадии ре­парации отмечается восстановление костных трабекул (но вначале они носят спутанный характер), незаметно переходящих в нор­мальную ткань, уменьшение остеопороза.
* С саркомой Юинга, которая протекает волнообразно. Во время приступа повышается температура и усиливается боль. Чаще опухоль пора­жает диафизы длинных трубчатых костей. Рентгенологически этот вид опухоли характеризуется луковицеобразным контуром на огра­ниченном участке диафиза, рассеянным пятнистым остеопорозом, кортикальным остеолизом без секвестрации и сужением костно­мозгового канала. Остеогенная саркома характеризуется отсут­ствием зоны склероза вокруг очага, отслойкой кортикального слоя и надкостницы в виде «козырька», а также «спикулами» — иголь­чатым периоститом.
* С остеоид-саркомой. Остеоид-остеому часто бывает очень трудно отдифференцировать от остеомиелита. Она характеризуется выраженным ободком перифокального уплотнения трабекул вокруг очага разрежения и обширными периостальными наложениями при отсутствии значительной деструкции. Для нее характерна ночная боль в области пораженной кости. Иногда диагноз ставят только при помощи биопсии.
* травматическими повреждениями, которые можно выделить уже на стадии сбора анамнеза и при рентгенографии.

ДНЕВНИК КУРАЦИИ БОЛЬНОГО

05.04.99

Жалобы на боли в области постоперационной раны, вынужденное положение тела.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс 76 уд/мин, АД 120/80. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации безболезнен.

Правое бедро в гипсовой лонгете. По наружной поверхности бедра наложена асептическая повязка. Конечность не увеличена в объеме, отека нет. Отмечается умеренная болезненность в области послеоперационной раны.

Стул и диурез со слов больного не нарушены.

06.04.1999

Жалобы на боли в области постоперационной раны, невозможность ходить.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, звучные. Пульс 70 уд/мин, АД 110/80. Язык сухой, у корня обложен белым налетом. Живот не вздут, при пальпации безболезнен.

Правое бедро в гипсовой лонгете. По наружной поверхности бедра наложена асептическая повязка. Конечность не увеличена в объеме, отека нет. Отмечается умеренная болезненность в области послеоперационной раны.

Стул и диурез со слов больного в норме

###### ЭТАПНЫЙ ЭПИКРИЗ

Больной Волков А.Н., 14 лет, поступил в городскую детскую больницу №2 с диагнозом хронический остеомиелит, секвестральная форма. При поступлении больной предъявлял жалобы на боли в области постоперационного рубца, мокнутие его, выделение гнойного отделяемого.

Считает себя больным с 12.08.1998 года, когда впервые появились боли в ноге, поднялась температура до 39,60С, принимал аспирин, парацетамол, но гипертермия не купировалась. Был отправлен в ЦРБ, а от туда после проведенного диагностического комплекса в ДОБ с диагнозом остеомиелит, где находился на стационарном лечении в 18.08 по 18.09.98. больному была произведена операция по вскрытию остеомиелитической флегмоны бедра. В удовлетворительном состоянии выписан домой под наблюдение хирурга поликлиники. В постоперационном периоде отмечает мокнутие в области послеоперационного рубца. Позднее наступило образование свищевого хода, через который постоянно отходило гнойное отделяемое. 22.03.99 госпитализирован для продолжения лечения. После проведенного диагностического комплекса больному 30.03.99 была проведена операция – корытообразная разекция с удалением секвестров под эндотрахеальным наркозом.. По наружно-боковой поверхности рассечены мягкие ткани длиной 20 см, рассеченв надкостница толстая, плотная. Затем долотом от здоровых тканей средней трети бедра и до метафиза убрана костная пластинка 2,5х20 см. кость утолщена до 1.5 см. костно-мозговой канал выполнен множественными секвестрами размером от 1 до 6 см, игольчатыми, а также грануляциями. Подлость неоднократно обработана перекисью водорода.Гемостаз. В просвете полости дренажная трубка от системы переливания крови. Рана ушита послойно, наглухо. Наложены швы на кожу, асептическая повязка, гипсовая лонгета. Больной получает лечение кефзолом, линкомицином, аскорутином, поливитом, глюконатом Са, инфузионную терапию. Больному рекомендовано продолжение лечения в условиях стационара.

Прогноз для жизни – благоприятный.

Прогноз для здоровья - благоприятный.