МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ РФ

ПЕНЗЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ УНИВЕРСИТЕТ

МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

КАФЕДРА ХИРУРГИИ

КУРС СТОМАТОЛОГИИ

Зав. кафедрой: профессор -----------------------

Преподаватель: к.м.н., доцент -----------------

**Курсовая работа**

**Академическая история болезни**

Куратор: студентка группы ---------------

--------------------------

Пенза, 2007.

**1. Паспортная часть**

ФИО больного: -------------------------

Возраст: 20.01.1988 (19 лет)

Группа крови и резус-фактор: B (III ) группа, Rh (-)

Профессия: студент III курса лицея № 4

Место жительства: г. Пенза, ул. Суворова

Дата и час поступления: 15.03.2007 , 1.15- 1.35

Кем направлен больной: стоматологический кабинет

Предварительный диагноз: Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

Клинический диагноз: Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Подчелюстной лимфаденит слева. Повышенный рвотный рефлекс.

Дата, время и название выполненной операции: Вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса 15.03.2007, 1.15 – 1.40,

Аллергологический анамнез, переносимость антибиотиков: непереносимость на пенициллин

Дата курации: 15.03.2007

Дата выписки: 19.03.2007

**2. Жалобы**

Предъявлены жалобы в момент поступления на острую боль в нижней челюсти слева, ноющие боли в подчелюстной области слева, отек на десне и в подчелюстной области слева, ассиметрию лица.

Основные жалобы:

Жалобы на боли: постоянные, острые, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева, а также ноющие боли в подчелюстной области слева.

Жалобы общего характера: слабость, недомогание, потеря аппетита, плохой сон, бессонница.

Жалобы, связанные с нарушением функции органов:

Со стороны сердечнососудистой системы тоны сердца приглушены; со стороны дыхательной и пищеварительной систем патологии не обнаружено.

**3. История развития заболевания**

Считает себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38С°. Обратился за помощью в экстренный кабинет, где был осмотрен дежурным стоматологом-хирургом. Больной был госпитализирован в 16 хирургическое отделение ОКБ им. Н.Н. Бурденко. Данная госпитализация связана с вскрытием и дренированием субпериостального абсцесса. Цель госпитализации – обследование и оперативное лечение.

**4. История жизни**

Родился в городе Пенза. Роды без особенностей. Родители здоровы. Климатические условия благоприятные. Образование общее. Является студентом III курса лицея № 4. Воспитывается в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. Питание регулярное, сбалансированное. Не курит, алкоголем не злоупотребляет.

Эпидемиологический анамнез: отсутствие гепатита, туберкулеза, малярии, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции. Гемотрансфузий не проводилось. В анамнезе имеет место хронический ринит. Повышенный рвотный рефлекс. Привит по календарю.

Семейный анамнез. Наследственность.

Наследственной предрасположенности нет.

Аллергологический анамнез: непереносимости на лекарственные препараты – пенициллин.

Страховой анамнез: инвалидности нет.

**5. Объективное исследование больного**

Общий осмотр.

Общее состояние больного: средней тяжести

Состояние сознания: ясное, ориентирован в пространстве и времени

Положение пациента: активное

Температура 38,0о С

Пульс 79 в минуту

ЧДД 16 в минуту

Артериальное давление 110/70 мм. рт. ст.

Рост: 160 см

Тип телосложения: нормостенический

Вес: 55 кг

Исследование кожи и слизистых оболочек:

Кожа чистая, бледно-розового цвета, эластичная, тургор кожи сохранен, умеренно влажная.

Кровоизлияний, расчесов, рубцов, «сосудистых звездочек», ангиом нет. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет

Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет.

Подкожная клетчатка: развитие подкожной жировой клетчатки умеренное, распределена равномерно. Толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча, лопатки, под ключицей – 2,5 см. Отеков нет. Подкожных опухолей нет, отеков нет. Локального патологического скопления жира не найдено.

Лимфатические узлы.

При исследовании лимфатических узлов отмечено увеличение подчелюстных лимфатических узлов до 3 мм в диаметре, болезненные при пальпации, эластичные, подвижные. Также пальпируются паховые лимфоузлы - множественные, до 4 мм, безболезненные, эластичные, неподвижные. Другие лимфатические группы не пальпируются, что соответствует норме.

Волосы, ногти.

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности.

Опорно-двигательный аппарат.

Мышцы

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила сохранены, болезненности нет. Участков гипотонии, гипертрофии, парезов и параличей не обнаружено.

Кости.

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет.

Осанка правильная. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага.

Суставы.

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей не наблюдается.

Органы дыхания

Осмотр: дыхание носом свободное, внешних деформаций носа нет. Герпетические высыпания отсутствуют. Охриплости и афонии не выявлено. Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яремных 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.

Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, ЧДД 16 в минуту.

Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Окружности грудной клетки составляют 82 см на выдохе и 88 см на вдохе.

Экскурсия нижнего края легких достаточная 5 см

Пальпация грудной клетки: болевых точек не обнаружено, голосовое дрожание проводится с одинаковой силой в симметричных участках грудной клетки. Грудная клетка эластичная, хруста и крепитации нет.

Перкуссия легких: перкуторный звук легочный над передними, боковыми и задними отделами легких, одинаковый над симметричными участками.

Гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия легких:

Высота стояния верхушек легких

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Слева | Справа |
| Спереди | 4 см | 4 см |
| Сзади | Ниже уровня седьмого шейного позвонка на 0,5 см с обеих сторон. |

Ширина полей Кренига 7 см с обеих сторон

Нижняя граница легких по линиям

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Правое легкое | Левое легкое |
| Около грудинная линия | 5 межреб. | - |
| Средне ключичная линия | 6 ребро | - |
| Переднеподмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Среднеподмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Заднеподмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Аускультации легких: в клиностатическом и ортостатическом положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено, хрипов нет.

**Сердечнососудистая система.**

Осмотр сердечной области: при осмотре области сердца сердечного горба, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.

Пальпация: верхушечный толчок в 5 межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии, положительный, ограничен, не усилен.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Границы | Относительная тупость | Абсолютная тупость |
| Правая | На 1,5 см от правого края груди | На уровне срединной линии тела |
| Верхняя | 3 ребро | 4 ребро |
| Левая | По левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье | На 1,5 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца |

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 14 см, длинник 15 см.

Ширина сосудистого пучка 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

Аускультации сердца: ритм синусовый, в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются приглушенные тоны сердца. Расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) не обнаружено. Первый тон выслушивается на верхушке сердца после длительной паузы, совпадает с пульсовой волной на сонной артерии, громче, ниже второго тона. Второй тон на основании сердца, где выше и громче первого тона, следует после короткой паузы. Тоны сердца приглушены.Шумы не выслушиваются.

**Исследование сосудов:**

Аорта не пульсирует. Извитости и видимой пульсации области височных артерий, "пляски каротид", симптома Мюссе и капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены.

Сосудистых звездочек и "caput medusae" нет. Венный пульс не определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковую величину; пульс аритмичен, частота 79 в минуту, дефицита нет, пульс напряженный, твердый, полный , равномерный по наполнению, скорый по форме. Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных артериях стопы.

При аускультации артерий и вен выслушиваются I и II тоны на aa.carotis communis и aa.subclaviae, на других артериях тонов нет. Шумов не отмечено. Над венами не выслушиваются ни тоны, ни шумы.

Артериальное давление ( столическое и диастолическое)

Правая рука 110 мм рт. ст. 70 мм рт. ст.

Левая рука 110 мм рт. ст. 70 мм рт. ст.

Пульсовое давление 40 мм рт. ст.

Ширина сосудистого пучка – 6 см

Мочевыводящая система.

Почки и мочевыводящие пути: гиперемия, припухлость кожи, сглаживание контуров поясничной области отсутствуют, симптом Постернацкого отрицательный.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь не определяется перкуторно.

**Нервная система**

Психоэмоциональная сфера: контакт с окружающими сохранен, память сохранена.

Зрение: одинаково обоими глазами; глазные щели нормальные, широкие, симметричные; положение глазных яблок в орбите нормальное; движение глазных яблок свободное; зрачки нормальной формы, величины, симметричны, содружественно, живо реагируют на свет; корниальный рефлекс сохранен. Лицо симметрично в покое и при движении. Слух сохранен с обеих сторон. Изменение объема движения языка не обнаружено.

Двигательная сфера: объемы движения рук и ног, походка сохранены, симптом Ромберга отрицательный.

Чувствительная сфера: болезненность по ходу нервных стволов отсутствует; поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная) сохранены, а в эпигастральной области повышена.

Менингиальные симптомы (симптом Кернига, ригидность затылка) отрицательны.

**Органы пищеварения**

Осмотр:

Язык обложен. Слюна густая и тягучая. Изо рта неприятный запах.

 Живот:

Живот нормальной округлой формы, симметричен. Не вздут, мягкий, безболезненный. Признаков расстройства портального кровотока, тромбоза и сдавления vv. сavae superior et inferior в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено.

Аускультация:

Желудок.

При перкуссии нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускульто-аффрикции. Шум плеска не определяется.

Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка

ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. Выслушивается периодическая перистальтика кишечника.

Перкуссия:

жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется. Над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук.

Пальпация:

Поверхностная пальпация живота: болезненности нет, умеренное напряжение мышц брюшного пресса, расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца отсутствуют, (-) симптом Щеткина- Блюмберга.

Глубокая пальпация живота (глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско):

Сигмовидная кишка расположена правильно в виде гладкого, плотноватого, безболезненного легко смещаемого цилиндра диаметром 3 см, урчания нет. Слепая кишка расположена правильно, диаметром 4 см, мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, выявляется урчание.

Поперечно ободочная кишка расположена выше пупка на 2 см, диаметр 6 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, легко и значительно смещается, 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. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, эластического валика, практически безболезненного. Привратник пальпируется в виде эластичного, косорасположенного безболезненного цилиндра, размером 2 см.

Печень и желчные пути: печень не выступает за край реберной дуги, эластичная, безболезненна при пальпации, край острый. Размеры по М.Г. Курлову: по правой срединно-ключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см.

Селезенка:

Осмотр: выпячиваний и дефомации в области селезенки нет, по данным перкуссии – длинник –8 см, поперечник 6 см; не пальпируются.

Местные изменения (status lokalis).

При внешнем осмотре больного наблюдается незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей нижней челюсти слева.

Пальпаторное исследование: при пальпации околочелюстные мягкие ткани уплотнены, болезненны, кожа с подлежащими тканями спаяна, с трудом собирается в складку, цвет изменен от интенсивно-розового до ярко-красного, температура тканей повышена. При пальпации отмечается болезненность и увеличение подчелюстных лимфатических узлов слева.

Обследование полости рта: открывание рта не ограничено. В полости рта 37 разрушен на 2\3, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Перкуссия 37 болезненная. Переходная складка в области 35,36,37 сглажена. Кровоизлияний, расчесов, рубцов, «сосудистых звездочек», ангиом нет. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет

Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет.

**6. Предварительный диагноз**

Предварительный диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева.

Обоснование: диагноз поставлен на основании жалоб больного на острые, постоянные, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева; данных анамнеза заболевания о том, что считает себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38С°.; данных обьективного исследования - незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей нижней челюсти слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта 37 разрушен на 2\3, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Перкуссия 37 болезненная. Переходная складка в области 35,36,37 сглажена. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет.

При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага.

**7. План обследования**

Общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография нижней челюсти.

**8. Результаты лабораторного и инструментального исследования больного**

Рентгенография нижней челюсти: На рентгенографии нижней челюсти слева – очаг деструкции костной ткани в области корней 37 с четким контуром, диаметр 1,0 см.

Общий анализ крови: 15.03.07

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показатели | Норма |
| Гемоглобин | 132 | 118-166 г\л |
| Эритроциты | 4,4 | 3,5-5,0 \*10 12 л |
| Цветовой показатель | 0,97 | 0,8-1,1 |
| Лейкоциты | 9,8 | 4,0-9,0\* 10 9 л |
| Нейтрофилы:палочкоядерныесегментноядерные | 1656 | 1-6%45-70% |
| Эозинофилы | 2 | 0-5% |
| Лимфоциты | 24 | 18-40% |
| Моноциты | 2 | 2-9% |

СОЭ 36 мм/час

Общий анализ мочи: 15.03.07

|  |  |
| --- | --- |
|  | Показатели |
| Количество | 100 мл |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Цвет | Соломенно-желтая |
| Плотность | 1007 |
| Белок | - |

Микроскопический анализ мочи: 15.03.07

|  |  |
| --- | --- |
|  | Показатели |
| Эпителий:плоскийпереходной | 0-2 в поле зрения0-1 в поле зрения |
| Лейкоциты | 0-1в поле зрения |

**9. Клинический диагноз**

Клинический диагноз: острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Подчелюстной лимфаденит слева. Повышенный рвотный рефлекс.

Обоснование: Клинический диагноз поставлен на основании жалоб больного на острые, постоянные, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева, а также ноющие боли в подчелюстной области слева; данных анамнеза заболевания о том, что считает себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38 С°.; данных обьективного исследования - незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей нижней челюсти слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта 37 разрушен на 2\3, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Перкуссия 37 болезненная. Переходная складка в области 35,36,37 сглажена. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага и увеличение подчелюстных лимфатических узлов слева, а также результатов проведенного лабораторно-инструментального исследования (повышение СОЭ, лейкоцитоз), данных рентгенографии нижней челюсти: на рентгенографии нижней челюсти слева – очаг деструкции костной ткани в области корней 37 с четким контуром, диаметр 1,0 см.

10. План и методы лечения больного.

1. Клинико-лабораторное обследование.

2. Вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса, удаление 37 зуба под наркозом.

3. Медикаментозная терапия.

11. Предоперационный эпикриз.

На операцию 15.03 2007 подготовлен больной Шкодин Евгений Игоревич с диагнозом острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Подчелюстной лимфаденит слева. Повышенный рвотный рефлекс.

 Больной был госпитализирован в экстренном порядке 15.03.2007. Диагноз поставлен на основании жалоб больного на острые, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева; данных анамнеза заболевания о том, что считал себя больным около двух дней, когда заболел зуб на нижней челюсти слева, появился отек, повышение температуры тела до 38С°; данных обьективного исследования - незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей нижней челюсти слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта 37 разрушен на 2\3, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Перкуссия 37 болезненная. Переходная складка в области 35,36,37 сглажена. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага, а также результатов проведенного лабораторно-инструментального исследования (повышение СОЭ, лейкоцитоз), данных рентгенографии нижней челюсти: на рентгенографии нижней челюсти слева – очаг деструкции костной ткани в области корней 37 с четким контуром, диаметр 1,0 см.

 Поставленный диагноз является абсолютным показанием к операции.

 Планируется под местной анестезией провести вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса. Группа крови B (III ), Rh (-)

 Согласие больного на операцию получено.

12. Протокол операции.

Дата: 15.03.2007 Начало: 1:15 Конец: 1:40

Операция: Вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса, удаление 37 зуба под наркозом.

Вид обезболивания: местная анестезия, лидокаин 2% - 4,0

Описание операции: вскрыт и дренирован субпериостальный абсцесс нижней челюсти слева от 37 зуба. Внеротовые разрезы проводят под местным обезболиванием лидокаин 2% - 4,0. Разрез проводится параллельно нижнему краю нижней челюсти и ниже его на 1,5-2 см. В полость абсцесса вводят порошки антибиотика. Рану зашивают послойно, на кожу накладывают швы полиамидной нитью. Между швами оставляют дренаж, который удаляют на следующий день после операции Выполнена попытка удаления 37 зуба. В связи с повышенным рвотным рефлексом удаление отложено.

**13. Дневник наблюдений**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Цифровые показатели | Текст дневника | Назначения |
| 15.03.07t вечером 37.8, Пульс 79/мин, ЧДД 18/минАД 110/70  | . Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий при пальпации. Отмечает болезненность в области операционной раны. Диурез адекватный. Окружающие ткани гиперемированы. | Режим палатный. Обильное питье, полноценное питание с высоким содержанием белков и витаминов. После еды туалет полоти рта.Sol. Linkomycini hydrohloridy 30% - 1 mlS. По 1 мл 2 раза в сутки в\м.Tab. Aethazoli 1,0 S. По 1 таб. 4 раза в сутки.Tab. Tavegili 0,025 S. По 1 таб. 3 раза в сутки.Витамин С, лимонник китайский, общее кварцевое облучение 6 раз каждые 2 дня, УФО в аритмической дозе по 7 мин. при выходной мощности 10 Вт. |

**14. Прогноз**

1. для жизни: благоприятный

2. для полного выздоровления: благоприятный

3. для восстановления трудоспособности: благоприятный

**15. Профилактика**

Общее оздоровление организма, коррекция иммунитета.

**16. Эпикриз.**

Больной --------------------------- 20.01.1988 года рождения 15.03.07 поступил в ОКБ им. Н.Н. Бурденко в 16 хирургическое отделение с жалобами на постоянные, острые, интенсивные боли локализующиеся в нижней челюсти слева, а также ноющие боли в подчелюстной области слева.

В ОКБ им. Н.Н. Бурденко в 16 хирургическом отделении проведены следующие диагностические приемы: опрос, объективное исследование, ОАК, ОАМ, рентгенография нижней челюсти. На основе полученных данных был выдвинут окончательный диагноз: Острый одонтогенный остеомиелит нижней челюсти слева. Подчелюстной лимфаденит слева. Повышенный рвотный рефлекс.

Проведено вскрытие и дренирование субпериостального абсцесса нижней челюсти слева, удаление 37 зуба под наркозом.

Назначена антибактериальная терапия.

Операция и послеоперационный период протекали без осложнений. Заживление раны первичное.

Больной выписан на амбулаторное лечение в удовлетворительном состоянии.