Министерство образования и науки РФ

Пензенский Государственный университет

Медицинский институт

Кафедра «Хирургия»

Курс «Стоматология»

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

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

Преподаватель: к.м.н., доцент

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

**Курсовая работа**

**Академическая история болезни**

Куратор: студентка IV курса

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

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

Пенза

2007год

**Паспортная часть**

ФИО: …

Возраст: 11.11.1980г.р. (26 лет)

Профессия: безработный

Место жительства: …

Дата поступления: 14.03.2007, 1340

Направлен: Вадинская ЦРБ

Диагноз направившего учреждения: Открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа

Клинический диагноз: Открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа

**Жалобы**

Больной предъявляет жалобы на тупую интенсивную постоянную локализованную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, и отек в области нижней челюсти справа, изменение прикуса, затруднение открывания рта, разговора и приема пищи, периодическую болезненность слизистой оболочки ротовой полости, незначительное онемение нижней губы.

**Anamnesis morbi**

Болен с 10 марта 2007г., когда, находясь в состоянии алкогольного опьянения, упал и ударился лицом о крыльцо своего дома. Сознание не терял. Тошноту, головокружение, рвоту, кровотечение из носа, ушей отрицает.

В течение 3 суток за специализированной медицинской помощью не обращался Состояние пациента ухудшилось: интенсивность боли и отек нарастали.

13 марта 2007 г. обратился к хирургу в Вадинскую ЦРБ, где на основании жалоб (постоянная интенсивная боль и отек в области нижней челюсти справа, затруднение открывания рта и приема пищи), данных осмотра (нарушение симметрии лица за счет отека мягких тканей щечной и подчелюстной областей справа, открывание рта на 2 см.), пальпации (пальпация болезненна, определяется патологическая подвижность нижней челюсти справа между 47,48) и рентгенологического исследования (на рентгенограмме – ангулярный перелом нижней челюсти справа) был поставлен диагноз открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа.

Для лечения был направлен в отделение челюстно–лицевой хирургии ОКБ им. Бурденко. 14 марта 2007 года был госпитализирован в отделение челюстно–лицевой хирургии ОКБ им. Бурденко для проведения стационарного лечения.

**Anamnesis vitae**

Родился в Вадинском районе, с.Рахмановка в полной семье. Рос и развивался соответственно полу и возрасту. В 1998 году окончил школу. Учился в железнодорожном техникуме. Служил в армии.

Не женат. Детей не имеет.

Не работает.

Проживает с родителями. Жилищные и санитарно-гигиенические условия удовлетворительные. Питание регулярное.

Вредные привычки: курит с 17 лет по 10 сигарет в день, употребляет спиртные напитки.

Из перенесенных заболеваний: ОРВИ, перелом правой руки в 1986 году.

Эпидемиологический анамнез: ВИЧ, вирусный гепатит, туберкулез, венерические заболевания, брюшной и сыпной тифы отрицает. За последние 6 месяцев за пределы района не выезжал. Контакта с инфекционными больными не было.

Аллергические реакции на лекарственные препараты и пищевые продукты не отмечает.

Наследственность: наследственной предрасположенности к заболеваниям не отмечается.

Эмоционально-нервно-психический анамнез: тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергалась.

Гемотрансфузии по словам больного производились.

**Status praesens objectivus**

Общий осмотр.

Общее состояние относительно удовлетворительное. Положение больного активное. Сознание ясное.

Кожа, слизистые оболочки обычной окраски, чистые, умеренно влажные. Ногти овальной формы, бледно-розового цвета, деформация ногтевых пластин отсутствует.

Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, мягкой эластичной консистенции.

Опорно-двигательный аппарат без особенностей.

Дыхательная система.

Осмотр: жалоб нет, дыхание носовое свободное, герпетических высыпаний на лице не наблюдается, голос звонкий четкий. Грудная клетка нормостенична, симметрична. Тип дыхания смешанный, дыхание симметричное, дыхательные движения ритмичны. Дыхание практически бесшумное, средней глубины, с частотой 18 в минуту.

При пальпации грудная клетка безболезненна, эластичная. Голосовое дрожание не изменено, определяется с одинаковой силой в симметричных участках поверхности грудной клетки.

При сравнительной перкуссии легких патологических изменений не выявлено. Перкуторный звук в симметричных участках одинаковый, ясный легочный.

Топографическая перкуссия легких.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Верхние границы легких | | |
|  | Правое легкое | Левое легкое |
| Передняя | На 3 см. выше ключицы | На 3.5 см.выше ключицы |
| Задняя | На уровне остистого отростка CVII по околопозвоночной линии | |
| Нижние границы легких | | |
| Топографические линии | Правое легкое | Левое легкое |
| Окологрудинная | VI межреберье | - |
| Среднно-ключичная | VI ребро | - |
| Передняя подмышечная | VII ребро | VII ребро |
| Средняя подмышечная | VIII ребро | VIII ребро |
| Задняя подмышечная | IX ребро | IX ребро |
| Лопаточная | X ребро | X ребро |
| Околопозвоночная | Остистый отросток TXI | Остистый отросток TXI |

При аускультации выслушивается нормальный везикулярный шум.

Сердечно-сосудистая система.

Осмотр: жалоб нет, цианоз, отеки, набухания вен не наблюдаются. Пульс-80 ударов в минуту, ритмичный. АД - 130 и 80 мм.рт.ст. Эпигастральная пульсация не выражена.

Перкуторное определение границ относительной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование границы | Расположение границы |
| Првая граница | На уровне правого края грудины |
| Левая граница | На 2.5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| Верхняя граница | На уровнеIII ребра |
| Верхушечный толчок | В V межреберье на 2.5 см. кнутри от срединно-ключичной линии |

Перкуторное определение границ абсолютной тупости сердца.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование границы | Расположение границы |
| Правая граница | По левому краю грудины |
| Левая граница | На 3.5 см. кнутри от левой срединно-ключичной линии |
| Верхняя граница | На уровне IV ребра |

При аускультации выслушиваются I и II тоны сердца нормальной громкости, без расщеплений и шумов.

Пищеварительная система.

Больной предъявляет жалобы на затруднение приеме пищи.

Осмотр: форма живота без изменений, подкожные вены не выделяются, грыж белой линии и пупочного кольца не обнаружено, брюшная стенка участвует в дыхании.

При перкуссии живота жидкости в брюшной полости не обнаружено.

Перкуторное определение границ печени по методу В.П. Образцову.

|  |  |
| --- | --- |
| Наименование границы | Расположение границы |
| Верхняя граница | По правой парастернальной и правой срединно-ключичной линиям на уровнеVI ребра  По передней подмышечной линии – VII ребра |
| Нижняя граница | По парастернальной линии на 0,5 см. ниже края реберной дуги  По правой срединно-ключичной линии - по краю реберной дуги  По передней подмышечной линии - по X ребру  По передней срединной линии - на границе верхней и средней трети расстояния от пупка до мечевидного отростка  По левой парастернальной линии – по левой реберной дуге |

Пальпаторно живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Перистальтика желудочно-кишечного тракта умеренная.

Нервная система.

Обоняние, вкус: не изменены.

Органы зрения: подвижность глазных яблок нормальная, косоглазия нет; величина зрачков 3 мм., форма округлая, реакция зрачков на свет, аккомодацию и конвергенцию положительная.

Слух и вестибулярный аппарат: функции не нарушены.

Мимическая мускулатура развита удовлетворительно, параличей не отмечается.

Акт глотания и движения языка болезненны. Речь плавная, разборчивая, без расстройств.

Координация движений не нарушена. Гиперкинезы отсутствуют. Дрожаний нет. Поверхностная и глубокая чувствительность в норме.

Менингеальных симптомов не выявлено.

Эндокринная система.

Признаков патологического ожирения не выявлено.

Щитовидная железа не увеличена, мягкой консистенции на ощупь, безболезненная. Вторичные половые признаки выражены соответственно полу и возрасту.

Прочие расстройства со стороны эндокринной системы не наблюдаются.

Мочеполовая система.

Осмотр: поясничная и надлобковые области внешне не изменены.

Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

**Хирургический статус**

Жалобы на тупую интенсивную постоянную локализованную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, и отек в области нижней челюсти справа, изменение прикуса, затруднение открывания рта, разговора и приема пищи, периодическую болезненность слизистой оболочки ротовой полости.

Осмотр: симметрия лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной и подчелюстной областей справа, имеется гиперемия. Прикус изменен (смещение большего отломка справа, ротация кнаружи). Движения головы не ограничены. При пальпаторном исследовании определяется припухлость плотной консистенции, болезненность и патологическая подвижность нижней челюсти справа между 47, 48. Пальпация в точках Вале безболезненна, отмечается незначительное онемение нижней губы.

Открывание рта на 2 см, болезненное. При осмотре слизистой – отек и разрыв слизистой оболочки ротовой полости в области 47,48.

При перкуссии зубов – болезненность нижней челюсти справа.

Рентгенологическое исследование (13.03.2007). Заключение: ангулярный перелом нижней челюсти справа в области 47,48.

**Предварительный диагноз**

Открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа.

Жалобы пациента, объективное исследование и результаты рентгенологического исследования демонстрируют картину нарушения целостности нижней челюсти.

При изучении субъективной стороны проявлений болезни пациент указывает на наличие травмы с возникновением боли в области нижней челюсти справа, которая усиливается при движении челюстей: при жевании, разговоре. Также предъявляет жалобы на припухлость лица в области поражения и затруднения при открывании рта.

Объективное исследование пациента выявило следующие отклонения от нормы, которые подтверждают диагноз: асимметрия правой и левой половин лица за счёт отёчности мягких тканей в области угла нижней челюсти справа, усиление болезненности в области нижней челюсти при её пальпации, отмечается патологическая подвижность нижней челюсти в области 47, 48, перкуссия зубов нижней челюсти справа болезненна, нарушение прикуса, при исследовании ротовой полости парадонтальные области 47, 48 отёчны, имеется разрыв слизистой оболочки, боковые движения нижней челюсти невозможны.

Результаты рентгенологического исследования: ангулярный перелом нижней челюсти справа в области 47,48.

**План обследования больного**

Общий анализ крови.

Анализ крови на общий белок, билирубин, глюкозу, мочевину.

Анализ крови на ВИЧ, RW.

Общий анализ мочи.

ЭКГ.

Прицельная рентгенография угла нижней челюсти справа.

**Данные лабораторных и инструментальных исследований**

Общий анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 14.03 | Норма |
| Гемоглобин, г/л. | 136 | 130-160 |
| Эритроциты, г/л. | 4,5·1012 | 4-6·1012 |
| Цветовой показатель | 0,9 | 0,86 – 1,1 |
| Лейкоциты, клеток в 1 л. | 5·109 | 4-9·109 |
| Нейтрофилы: палочки, %  сегмент., % | 4  59 | 1-6  45-70 |
| Эозинофилы, % | 3 | 1-5 |
| Лимфоциты, % | 30 | 18-40 |
| Моноциты, % | 3 | 2-9 |
| СОЭ, мм/ч. | 5 | 2-15 |

Биохимический анализ крови.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 14.03 | Норма |
| Общий белок, г/л. | 75 | 65-85 |
| Мочевина, ммоль/л. | 3,2 | 2,5-8,3 |
| Креатинин, мкмоль/л. |  | 44-100 |
| Билирубин, мкмоль/л. | 18,4 | 8,5-20,5 |
| Глюкоза, ммоль/л. | 5,5 | 3,5-5,5 |
| Серомукоид | 281 |  |
| ПТИ, % | 92 |  |

Анализ мочи.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 14.03 | Норма |
| Количество, мл. | 40 |  |
| Цвет | с/ж | с/ж |
| Прозрачность | прозр. | прозр. |
| Фракция мочи | кисл. | кисл. |
| Плотность, г/л | 0,018 | 0,010 – 0,025 |
| Белок, г/л | отр. | отр. |
| Эпителий, клеток  в поле зрения | 0 - 1 | не опр. |
| Лейкоциты, клеток  в поле зрения | 1 - 2 | не опр. |
| Эритроциты, клеток  в поле зрения | не опр. | не опр. |
| Соли | Мочевые кислоты (++) |  |

Анализ крови на ВИЧ,RW:отрицательно.

ЭКГ (14.03.2007).

Заключение: Ритм синусовый, правильный, ЧСС 80 ударов в минуту. Продолжительность атриовентрикулярной проводимости 0,16 с. Продолжительность внутрижелудочковой проводимости 0,08 с. Нормальное расположение электрической оси сердца. Зубцы Тв стандартных и грудных отведениях положительные с изоэлектрическим интервалом S-T

Рентгенография нижней челюсти справа (14.03.2007).

Заключение: Ангулярный перелом нижней челюсти справа в области 47,48.

**Клинический диагноз**

Открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа.

Диагноз поставлен на основании:

* жалоб больного на постоянную, тупую, локализованную, интенсивную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, и отек в области угла нижней челюсти справа, затруднение открывания рта и приема пищи;
* анамнеза заболевания: 10 марта 2007г., находясь в состоянии алкогольного опьянения, упал и ударился лицом о крыльцо. 13 марта 2007 г. обратился к хирургу в Вадинскую ЦРБ, где был поставлен диагноз открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа. Для лечения 14.03.2007г. поступил в отделение челюстно–лицевой хирургии ОКБ им. Бурденко;
* данных объективного исследования: конфигурация лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной и подчелюстной областей справа, открывание рта на 2 см. Отмечается усиление болезненности в области нижней челюсти при её пальпации, патологическая подвижность нижней челюсти в области 47, 48. Перкуссия зубов нижней челюсти справа болезненна. Нарушение прикуса. При исследовании ротовой полости - парадонтальные области 47, 48 отёчны, имеется разрыв слизистой оболочки, боковые движения нижней челюсти невозможны;
* для окончательного подтверждения факта перелома нижней челюсти и уточнения его локализации назначено рентгенологическое исследование, на котором визуализирована линия перелома угла нижней челюсти.

**План лечения**

Интерпозиция отломков путём шинирования.

Создание благоприятных условий для репаративной регенерации в области перелома.

Профилактика инфекционно-воспалительных осложнений.

Симптоматическая терапия.

**Хирургическое лечение**

Предоперационный эпикриз.

Жалобы на тупую интенсивную постоянную локализованную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, и отек в области нижней челюсти справа, изменение прикуса, затруднение открывания рта, разговора и приема пищи, периодическую болезненность слизистой оболочки ротовой полости, незначительное онемение нижней губы.

Болен 3 дня. 13.03.2007 года обратился к хирургу в Ввадинскую ЦРБ, был направлен в ОКБ им. Бурденко. Госпитализирован в ОКБ 14.03.2007 по экстренным показаниям.

На данный момент состояние относительно удовлетворительное.

Температура тела 36,8 °С.

В сознании, адекватен.

Кожный покров обычной окраски.

Дыхание везикулярное по всем легочным полям, хрипов нет, ЧДД 18 в минуту.

Тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 130 и 80 мм.рт.ст., ЧСС 80 ударов в минуту.

При осмотре обнаружено: симметрия лица нарушена за счет отека мягких тканей щечной и подчелюстной областей справа. Прикус изменен. Движения головы не ограничены. При пальпаторном исследовании определяется припухлость плотной консистенции, болезненность и патологическая подвижность нижней челюсти справа между 47, 48. Пальпация в точках Вале безболезненна, отмечается незначительное онемение нижней губы.

Открывание рта на 2 см, болезненное. При осмотре слизистой – разрыв слизистой оболочки ротовой полости в области 47,48.

При перкуссии зубов – болезненность нижней челюсти справа.

При рентгенологическом исследовании визуализируется линия перелома угла нижней челюсти справа в области 47,48.

Поставлен диагноз - открытый ангулярный перелом нижней челюсти справа.

Показано оперативное вмешательство – интерпозиция костных отломков бичелюстными шинами Тигерштедта с зацепными петлями и резиновыми тягами, удаление 47, 48.

Согласие больного на операцию получено.

Противопоказаний к операции не выявлено.

Риск осложнений: невысокий.

Риск тромбоэмболических осложнений: низкий.

Протокол операции.

Дата: 14.03.2007

Операция: интерпозиция костных отломков бичелюстными шинами Тигерштедта с зацепными петлями и резиновыми тягами, удаление 47, 48.

Обезболивание: местная инфильтрационная анестезия 2 % раствором новокаина.

Ход операции:

Удаление марлевым тампоном, смоченным 0,1% раствором перманганата калия, налета и пищевых остатков во слизистой оболочки и зубов в области 47,48.

Удаление 48, 47 щипцами для удаления зубов нижней челюсти при ограниченном открывании рта – горизонтальные щипцы изогнутые по плоскости. Захватив коронку зуба между щечками щипцов плотно их фиксируют. Вывихивают зуб раскачивающими движениями. Вывихнутый зуб извлекают вверх и в щечную сторону. В такой же последовательности удаляют второй зуб.

Шины с зацепными петлями изготавливают на обе челюсти.

На каждой шине изгибают 5 – 6 зацепных крючков (петель): на большом отломке 3 – 4 петли и на малом – 2 – 3. Длина зацепных петель 3—5 мм. На верхней челюсти они обращены вверх, на нижней — вниз и составляют с осью зуба угол 35—45°. Вершина петли должна отстоять от слизистой оболочки десны на 2 мм, что предотвращает возможность образования пролежней от резиновых колец. Петля должна располагаться на твердых тканях, а не в межзубном промежутке. Изгибая зацепные петли, руководствуются следующими приемами: добившись контакта проволоки с зубом, на уровне которого предполагается изогнуть петлю, щечками крампонных щипцов захватывают проволоку так, чтобы угол между ними и коронкой зуба был 35-450. В этом положении крампонных щипцов выводят шину изо рта и располагают ручки щипцов в вертикальном положении. Большим пальцем левой руки, располагая его как можно ближе к щечкам щипцов, изгибают проволоку от себя на 900. Затем, удерживая проволоку (заготовку шины) левой руки за длинный конец, щечки щипцов фиксируют на нем, располагая их строго в углу, который образовался в результате предыдущей манипуляции. После этого, не меняя положения крампонных щипцов, указательным пальцем левой руки изгибают проволоку к себе на 1800, формируя металлический выступ (часть зацепной петли). далее фиксируют щечками щипцов этот металлический выступ, отступя от угла его на толщину металла, и большим пальцем левой руки изгибают проволоку от себя на 900, заканчивая формирование зацепной петли. Следует помнить, что шина при ее изготовлении должна быть расположена строго в горизонтальной плоскости, а щипцы — в вертикальной. Необходимо следить, чтобы изгиб слева и справа от петли был строго на одном уровне, что обеспечивает, равномерное прилегание ее к зубу.

При изготовлении шины с зацепными петлями на верхнюю челюсть первый изгиб проволоки под углом 900 делают к себе, второй — от себя и третий — к себе, т. е. в обратном порядке по сравнению с шиной на нижнюю челюсть. Обе шины обязательно фиксируют лигатурной проволокой к максимальному количеству зубов, так как надетые на зацепные петли резиновые кольца создаю дополнительную нагрузку на них. На следующий день следует убедиться в правильности стояния отломков и достаточном их скреплении, прочности фиксации шин на зубах, подтянуть лигатуры сменить растянувшиеся резиновые колечки.

**Консервативное лечение**

1) стол №13;

2) Sol. Analgini 50% - 2 ml, в/м, при болях, до 3-х раз в сутки;

3) Cefazolinum sodium 0,5, развести в 4 мл. новокаина, в/м, 2 р/день;

4) Tab. Methyluracili 0,5, по 1 таблетке 3 р/д.;

5) Extr. Aloes fluidum 1,0 – в/м, 1 р/день;

6)Поливитамины «Компливит», по 1таб. в день;

7) Электрофорез CaCl2 10% - № 6;

8)Смена растянувшихся резиновых колечек;

9) Полоскание ротовой полости раствором фурацилина.

**Дневник наблюдения 22.03.2007**

Состояние больного с положительной динамикой.

Жалобы на слабую боль, возникающую при движении нижней челюсти, периодическую болезненность слизистой оболочки ротовой полости.

В сознании, адекватен. Кожный покров и слизистые розового цвета. АД – 125 и 80 мм.рт.ст.; пульс – 80 ударов в минуту, ритмичный. Температура тела 36,7°С.

В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 18 в минуту.

Симметрия лица не нарушена. Прикус не изменен. При пальпаторном исследовании определяется небольшая болезненность нижней челюсти справа. Шина Тигерштедта состоятельна.

Лечение проводится.

**Этапный эпикриз**

Шачнев Алексей Анатольевич поступил 14.03.2007 г. в отделение челюстно-лицевой хирургии ОКБ им. Бурденко по поводу перелома нижней челюсти с жалобами на постоянную, тупую, локализованную, интенсивную боль, усиливающуюся при движении нижней челюсти, и отек в области угла нижней челюсти справа, затруднение открывания рта и приема пищи.

Взят на курацию 23.03.2007 года. В отделении проведены диагностические мероприятия: объективное исследование, клинические анализы крови и мочи, рентгенография нижней челюсти. На основании полученных данных выставлен клинический диагноз: ангулярный перелом нижней челюсти справа. С целью репозиции и иммобилизации проведено шинирование нижней челюсти по Тигерштедту. Назначено лечение, стимулирующее регенерацию, профилактическое, симптоматическое.

На данный момент состояние с положительной динамикой.

**Прогноз**: благоприятный при условии выполнения назначений и прохождения полного курса лечения.

**Рекомендации**: тщательный уход за полостью рта для предупреждения осложнений, переход на диету с повышенным содержанием кальция, фосфора и белка для стимуляции кальцификации мозоли, здоровый образ жизни.