ПГУ им. Т.Г. Шевченко

Медицинский факультет

Кафедра «Хирургии с циклом онкологии»

Зав. кафедрой

**История болезни**

Начало курации: 14.10.15.

Конец курации: 17.10.15.

Дата сдачи истории болезни:24.10.15.

**Паспортная часть**

1. Фамилия, имя, отчество:

2. Год рождения (возраст):

. Пол: мужской.

.Место учебы:

. Место постоянного жительства:

. Дата и время поступления в стационар:

8. Кем направлен: нач. мед. сл.

. Диагноз направившего учреждения: Острое респираторное заболевание.

.Клинический диагноз: Хронический двусторонний гайморит в стадии обострения.

**II. Жалобы**

Жалобы на момент курации:

на заложенность носа.

общую слабость.

повышение температуры тела (38 0С)

обильное слизисто-гнойное отделяемое.

на головную боль в области лба, усиливающуюся при наклоне вперед.

полное отсутствие обоняния (аносмию).

**III. История настоящего заболевания**

**(Аnamnesis morbi)**

Со слов больного, заболевание началось остро, 12.10.15. с повышения температуры тела до39 0С, сопровождающейся общей слабостью, вялостью, болью при надавливании в области пазух на щеки. Поспособствовало этому переохлаждение. Самостоятельного лечения не принимал, обратился в нач.мед. службу к терапевту. Был направлен на госпитализацию в лор отделение ГУ. РКБ. для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения.

**IV. История жизни (Аnamnesis vitae)**

Родился в 1996год, в срок. Находился на естественном вскармливании, рахитом не болел. С 7 лет ходил в школу, учился хорошо, в физическом и умственном развитии от сверстников не отставал. Жилищные условия и питание в период детства и юности хорошие. Обстановка в семье благоприятная.

Семейный анамнез. Проживает в Тирасполе в отдельной квартире, жилищно-бытовые условия удовлетворительные, общий бюджет удовлетворительный, обстановка благоприятная. Питается дома, питание удовлетворительное. Употребление алкоголя, наркотиков и курение отрицает.

Перенесённые заболевания. Со слов больного, в детстве перенес краснуху, ветряную оспу. ВИЧ, гепатит, туберкулез отрицает. Наличие операций отрицает.

Аллергологический анамнез. Аллергические реакции на лекарства, пищевые продукты, пыльцу растений и т.д. не отметаются.

Страховой анамнез.

Студент.

**V. Настоящее состояние (Status praesens)**

**ОБЩИЙ ОСМОТР:**

Общее состояние: средней степени тяжести.

Сознание: ясное.

Положение: активное.

Телосложение: астеническое. Рост 190см, вес 70 кг.

Температура тела: 38,5С

Кожный покров: бледно - розового цвета; шелушения, очаговых пигментаций, высыпаний, кровоизлияний, «сосудистых звездочек», ангиом, рубцов, расчесов, сыпи, зуда, нет.

Видимые слизистые оболочки: без изменений, бледно-розового цвета, нормальной влажности.

Оволосение: тип оволосения соответствует полу.

Ногти: форма правильная - овальная, ровная поверхность, прозрачные. Исчерченности, ломкости, матовости нет.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно.

Отеков нет.

Периферические лимфатические узлы (шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные) пальпируются, не увеличены.

Мышечная система: степень развития мышц умеренная, при пальпации мышц болезненности нет, сила мышц в кисти, бёдрах, голени - умеренная.

Костно-суставная система: деформации и искривления костей нет.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ.**

**Осмотр**

Нос: форма носа не изменена, дыхание через нас затруднено. Наблюдается слизисто-гнойное отделяемое из носовой полости.

Гортань: деформаций и припухлости в области гортани нет. Голос тихий, чистый.

Грудная клетка: форма грудной клетки астеническая.

Дыхание: тип дыхания - грудной. Вспомогательная мускулатура в дыхании не участвует. Число дыхательных движений - 18в минуту. Дыхание ритмичное. Видимого затруднения дыхания нет.

**Перкуссия грудной клетки.**

Сравнительная перкуссия: на симметричных участках ясный легочный звук.

Топографическая перкуссия.

Высота стояния верхушек легких спереди на 5 см выше края ключицы.

Высота стояния верхушек легких сзади на 1 см выше остистого отростка VII шейного позвонка.

Ширина полей Кринига: справа - 6см, слева - 7см.

Нижние границы легких:

Топографические линии Правое легкое Левое легкое



Активная подвижность нижних краев легких (см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
|  | Вдох | Выдох | В сумме | Вдох | Выдох | В сумме |
| L medioclavicularis | 2 | 3 | 5 | - | - | - |
| L axillaris media | 3 | 5 | 8 | 3 | 5 | 8 |
| L scapularis | 2 | 3 | 5 | 2 | 2,5 | 4,5 |

**Аускультация легких.**

При аускультации на симметричных участках легких выслушивается неизмененное везикулярное дыхание. Бронхиальное дыхание выслушивается на боковой поверхности гортани спереди, на уровне 7 шейного позвонка сзади, в области рукоятки грудины, в межлопаточной области на уровне 2-4 грудных позвонков. Добавочных дыхательных шумов, крепитации, хрипов нет. Бронхофония на симметричных участках грудной клетки не изменена.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ КРОВООБРАЩЕНИЯ**

**Жалобы**:

На боли в области сердца больной жалоб не предъявлял.

Удушья нет.. Жалоб на появление отеков нет.

**Осмотр:**

Осмотр шеи: наружные яремные вены и сонные артерии без видимых патологических изменений. Набухания вен шеи или усиленной пульсации сонных артерий нет.

Осмотр области сердца: верхушечный толчок виден в V межреберье слева, на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии. Сердечный толчок, эпигастральная пульсация визуально не определяются.

**Пальпация:**

Верхушечный толчок: пальпируется на 2 см. кнаружи от срединно-ключичной линии в 5 межреберье, несколько усиленный, занимает площадь 2-х концевых фаланг среднего пальца правой руки.

Сердечный толчок: не определяется.

Эпигастральная пульсация: отсутствует.

Пальпаторная болезненность и зоны гиперестезии в области сердца отсутствуют.

**Перкуссия:**

|  |
| --- |
| Относительная тупость сердца: |
| Границы | Ориентиры |
| Правая | Правый край грудины |
| Левая | На 2 см кнаружи от левой срединно-ключичной линии на уровне V межреберья |
| Верхняя | Верхний край III ребра |

Поперечник относительной тупости сердца 17 см. Ширина сосудистого пучка 6 см. Конфигурация сердца нормальная.

|  |
| --- |
| Абсолютная тупость сердца |
| Границы | Ориентиры |
| Правая | Левый край грудины |
| Левая | 3 см кнутри от среднеключичной линии на уровне V межреберья |
| Верхняя | IV ребро |

**Аускультация** Тоны сердца ритмичные, ясные, звучные; соотношение тонов не изменено. Артериальное давление 120/70 мм рт. ст.. Число сердечных сокращений (ЧСС) - 65уд/мин.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ**

ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНЫЙ ТРАКТ

**Жалобы:**

Боли в животе отсутствуют.

Диспепсические явления, в том числе затруднения глотания, тошноты, рвоты, отрыжки, изжоги и вздутия живота нет.

Аппетит сохранен, отвращения к пище (жирной, мясной и т.п.) нет.

Стул: обычно 1 раз в сутки, количество умеренное. Кал оформленный, коричневого цвета, обычного запаха. Примеси крови и слизи в кале нет.

Кровотечения: Признаков пищеводного, желудочного, кишечного и геморроидального кровотечений (рвота кровью, «кофейной гущей», алая кровь в кале, мелена) нет.

**Осмотр:**

Полость рта: язык розового цвета с небольшим цианотичным оттенком, влажный, без налётов. Зубные протезы. Дёсны, мягкое и твёрдое небо обычной окраски, геморрагий и изъязвлений нет.

Живот: обычной формы, подкожно-жирового слой развит умеренно, равномерно. Живот симметричный, выбухания или втяжения отсутствуют. Живот участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника отсутствует. Венозных коллатералей передней брюшной стенки нет.

**Перкуссия:**

Перкуторный звук - тимпанический над всей поверхностью живота. Свободной или осумкованной жидкости в брюшной полости нет.

**Пальпация:**

Поверхностная ориентировочная: передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна во всех отделах. Симптомы Щеткина-Блюмберга, Образцова, Мерфи, Ортнера, френикус-симптом отрицательны.

Расхождения прямых мышц живота нет, пупочной грыжи, грыжи белой линии живота нет. Поверхностно расположенных опухолевидных образований нет.

Методическая глубокая скользящая пальпация по В.П. Образцову и Н.Д. Стражеско: Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде эластического цилиндра, с ровной поверхностью шириной 2 см. Подвижная, не урчащая, безболезненная.

Слепая кишка пальпируется в типичном месте в виде цилиндра эластической консистенции, с ровной поверхностью, шириной 2 см, подвижная, не урчащая, безболезненная.

Поперечная ободочная кишка не пальпируется.

Восходящая ободочная кишка не пальпируется.

Нисходящая ободочная кишка не пальпируется.

Желудок: большая кривизна методом аускульто-перкуссии и методом определения шума плеска - на половине расстояния между пупком и мечевидным отростком. Большая и малая кривизна желудка и привратник не пальпируются.

**Аускультация:**

Выслушивается нормальная перистальтика кишечника. Шума трения брюшины нет. Сосудистые шумы в области проекции брюшной аорты, почечных артерий не выслушиваются.

**ПЕЧЕНЬ И ЖЕЛЧНЫЙ ПУЗЫРЬ**

**Жалобы:**

Жалоб на боли в правом подреберье, диспепсические расстройства, тошноту, рвоту, отрыжку, кожный зуд, желтушное окрашивание кожи и видимых слизистых больной не предъявляет.

**Осмотр:**

Выпячивания в области правого подреберья нет. Ограничение этой области в дыхании отсутствует.

**Перкуссия:** Границы печени по Курлову

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Линии | Верхняя граница | Нижняя граница |
| Правая срединно-ключичная линия | VI ребро | На 1 см ниже края рёберной дуги |
| Передняя срединная линия | - | Средняя треть расстояния от пупка до мечевидного отростка |
| Левая рёберная дуга | - | Левая парастернальная линия |

Симптом Ортнера отрицательный.

**Пальпация:** Нижний край печени выступает из-под рёберной дуги на 1 см, при пальпации безболезненный, эластичной консистенции с закруглённым краем.

Размеры печени по Курлову:

|  |  |
| --- | --- |
| Линии | Размеры |
| Правая среднеключичная | 10 см |
| Передняя срединная | 9 см |
| Левая рёберная дуга | 7 см |

Желчный пузырь не пальпируется. Симптом Керра и френикус-симптом отрицательны. Симптомы Ортнера, Василенко не выявляются.

**Аускультация:**

Шума трения брюшины в области правого подреберья нет.

**СЕЛЕЗЕНКА**

**Жалобы** на боль в левом подреберье отсутствуют.

**Осмотр:** Выпячивания в области левого подреберья нет, ограничения этой области в дыхании нет.

**Перкуссия:** Продольный размер селезенки по X ребру - 7 см, поперечный - 5 см.

**Пальпация:** Селезенка не пальпируется.

**Аускультация:** Шума трения брюшины в области левого подреберья нет.

**ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА**

**Жалоб** на боли и диспепсические явления, тошноту и рвоту, понос и запоры нет. Жажды и ощущения сухости во рту нет.

**Пальпация:** Поджелудочная железа не пальпируется.

Болезненности в панкреатических точках Де-Жардена и Мейо нет.

**СИСТЕМА ОРГАНОВ МОЧЕОТДЕЛЕНИЯ**

**Жалоб** на опоясывающие боли в поясничной области, по ходу мочеточников или внизу живота нет.

Мочеиспускание: количество мочи за сутки около 1,5 л. Полиурии, олигурии, анурии или ишурии нет.

Дизурические явления отсутствуют. Мочеиспускание не затруднено. Резь, жжение, боль во время мочеиспускания, ложные позывы на мочеиспускание отсутствуют. Поллакиурии или ночного мочеиспускания нет.

Симптом Пастернацкого отрицательный.

**V1. Лор-статус**

Нос и околоносовые пазухи.

Форма наружного носа правильная, деформаций костей и хрящей стенок визуально и пальпаторно не выявлено. Пальпация передней стенки лобных пазух у места выхода первой и второй ветвей тройничного нерва безболезненна.

Отмечается умеренная болезненность пердней стенки вернечелюстных пазух.

При передней риноскопии вход в нос свободный носовая перегородка не смещена, расположена по средней линии.Слизистая гиперемирована, умеренно отечна. Дыхание затруднено, отмечается обильное слизисто-гнойное отделяемое.

Полость рта.

Слизистая полости рта розовая влажная, чистая. Устья выводных протоков слюнных желез отчетливо видны. Зубы санированы.

Язык чистый, розовый, влажный, сосочки выражены умеренно.

Ротоглотка.

Небные дужки контурируются. влажные, чистые, розовые. Миндалины не увеличены. Задняя стенка глотки влажная, розовая. Лимфоидная ткань не изменена. Глоточный рефлекс сохранён.

Носоглотка.

Свод носоглотки свободен. Глоточные миндалины не изменены. Слизистая розовая, влажная. Сошник по средней линии. Хоаны свободные. Носовые раковины не гипертрофированны. Устья слуховых труб хорошо дифференцированы, свободны. Трубные миндалины и боковые валики не увеличены.

Гортаноглотка.

Слизистая розовая, влажная, чистая. Язычная миндалина не гипертрофированна. Валлекулы свободны. Грушевидные синусы свободны.

Надгортанник подвижный, ход в гортань свободный.

Гортань.

Регионарные лимфатические узлы (подчелюстные, глубокие шейные, преларингеальные, претрахеальные) не увеличены. Гортань правильной формы, пассивно подвижна, слизитая розового цвета, влажная и чистая. При ларингоскопии слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидныххрящей, межчерпаловидного пространства и вестибулярных складок розового цвета, влажная с гладкой поверхностью, голосовые складки серого цвета, не изменены, при фонации симметрично подвижны, смыкаются полностью.

Подсвязочное пространство свободно.

Дыхание не нарушено. Голос звучный.

Правое ухо.

Ушная раковина правильной формы. Контуры сосцевидного отростка не изменены. Пальпация ушной раковины, сосцевидного отростка и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Содержит умеренное количество серы. Патологического содержимого нет. Барабанная перепонка серого цвета с перламутровым оттенком. Короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передние и задние складки хорошо контурируются.

Левое ухо.

Ушная раковина правильной формы. Контуры сосцевидного отростка не изменены. Пальпация ушной раковины, сосцевидного отростка и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Содержит умеренное количество серы. Патологического содержимого нет. Барабанная перепонка серого цвета с перламутровым оттенком. Короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передние и задние складки хорошо контурируются.

Вестибулярные функции не нарушены.

**V11. Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного (заложенность носа, общая слабость, обильное слизисто-гнойное отделяемое, повышение температуры тела до 38 0 С, головную боль в области лба, усиливающуюся при наклоне вперед, полное отсутствие обоняния) можно сделать заключение об остром двустороннем гайморите.

**V111. Дополнительные методы исследования**

ОАК, БАК

ОАМ

ВИЧ

Рентгенография придаточных пазух носа: интенсивное гомогенноезатемнение обеих верхнечелюстных пазух по сравнению с глазницами.

Передняя риноскопия гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних носовых раковин с обеих сторон, сужение просвета носовых ходов.

**X. Клинический диагноз.**

**Хронический двусторонний гайморит в стадии обострения**

На основании:

**жалоб** (на заложенность носа, общую слабость, обильное слизисто-гнойное отделяемое, на головную боль в области лба, усиливающуюся при наклоне вперед, полное отсутствие обоняния).

**данных анамнеза** ( заболевание началось остро, из-за переохлаждения 12.10.15. с повышения температуры тела до39 0 С, сопровождающейся общей слабостью, вялостью, болью при надавливании в области пазух на щеки).

**рентгенографии придаточных пазух носа** (интенсивное гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух по сравнению с глазницами).

**данных лабораторных исследований:**





**-данных передней риноскопии**: гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних носовых раковин с обеих сторон, сужение просвета носовых ходов.

**X Лечение.**

1) общий режим -2

) диета №15

) Этиотропное лечение- антибиотики (цефазолин в\м)

) Симптоматическое лечение:

Ненаркотический анальгетик (анальгин 2мл. в\м )

Десенсебилизирующие (димедрол в\м, лоратадин по 1 таб. 3 раза в день)

Муколитики (амброксол 1 таб. 3 р\д)

Сульфаниламидные препараты (сульфадимезин 1т. 3 раза в день)

Раздражающие средства (синупрет по 2 драже\сут.)

) Хирургическое лечение - **пункция гайморовых пазух**.

Показания к пункции: с диагностической и лечебной целью. Согласие получано. Противопоказаний нет. К операции подготовлен.

Техника проведения. Пункцию выполняют под местной анестезией, для которой применяют 10% раствор лидокаина. Пациент сидит напротив врача на стуле. Пункцию выполняют специальной иглой (игла Куликовского). Она имеет загиб на кончике, поэтому её можно подвести под нижнюю носовую раковину, а сквозь её широкий просвет в верхнечелюстную пазуху можно провести проводник.

Пункция верхнечелюстной пазухи выполняется в области нижнего носового хода, для чего от переднего конца нижней носовой раковины отступают около 2 см. Здесь кость имеет наименьшую толщину.

Чтобы игла преодолела костную стенку, её вводят не прямо, а лёгкими вращательными движениями. Направление иглы - к наружному углу глаза на стороне прокола.

Ощущение провала указывает на проникновение иглы в верхнечелюстную пазуху. Когда игла попала в пазуху, к ней можно присоединить шприц и потянуть за его поршень. Попадание в шприц воздуха или патологического отделяемого указывает на правильное введение иглы. Проводят промывание пазухи, для чего используют **смесь дексаметазона и диоксидина**. Вливание смеси в пазуху происходит через шприц, а выливание его наружу - через соустье (отверстие, которым верхнечелюстная пазуха сообщается с полостью носа). Промывание способствует выведению наружу всего патологического отделяемого, которое скопилось в гайморовой пазухе. Голову пациента при промывании пазухи следует немного наклонить вперёд, чтобы содержимое пазухи вытекало через нос, а не попадало в носоглотку.

Пункторована гайморова полость слева, VD/VS=9 см 3.В промывной жидкости слизисто-гнойные выделения. Пункторована гайморова полость справа, VD/VS=8см 3.В промывной жидкости слизисто-гнойные выделения.

В полость введена смесь дексаметазона и диоксидина.Установлены тефлоновые дренажи.

)физиотерапевтическое воздействие (УВЧ, УФО)

**Дневники**

**день. 14.10.15.**

Общее состояние больного- средней степени тяжести. АД 120/80, Ps 70 уд/мин, температура тела 38 0С, наблюдаются головные боли в области лба, усиливающиеся при наклоне вперед, затруднение носового дыхания. Объем вливаемой жидкости VD/VS 10см3. В промывной жидкости видны слизисто-гнойные выделания. Стул и диурез в норме, отеков нет, симптом Пастернацкого отрицательный. Живот мягкий, безболезненный. Сердце и легкие без изменений.

**2 день. 15.10.15.**

Общее состояние больного- средней степени тяжести. АД 120/80, Ps 70 уд/мин, температура тела 38 0С, наблюдаются головные боли в области лба, усиливающиеся при наклоне вперед, затруднение носового дыхания. Объем вливаемой жидкости VD/VS 12см.3

В промывной жидкости видны слизисто-гнойные выделения.

Стул и диурез в норме, отеков нет, симптом Пастернацкого отрицательный. Живот мягкий, безболезненный. Сердце и легкие без изменений.

**3 день. 17.10.15.**

Состояние больного улучшилось, температура тела 36,80 С, АД 120/80,

Ps 70 уд/мин. Стул и диурез в пределах нормы, симптом Пастернацкого отрицательный. Живот мягкий, безболезненный. Сердце и легкие без изменений. Отеков нет. Объем вливаемой жидкости VD/VS= 15 см3. В промывной жидкости видны слизисто-гнойные выделения.

**Эпикриз**

Больной поступил 13.10.15. в 14 40 с диагнозом - хронический двусторонний гайморит в стадии обострения. Назначено и проведено лечение:

) общий режим -2

) диета №15

) Этиотропное лечение- антибиотики (цефазолин в\м)

) Симптоматическое лечение :

Ненаркотический анальгетик (анальгин 2мл. в\м )

Десенсебилизирующие (димедрол в\м, лоратадин по 1 таб. 3 раза в день)

Муколитики (амброксол 1 таб. 3 р\д)

Сульфаниламидные препараты (сульфадимезин 1т. 3 раза в день)

Раздражающие средства (синупрет по 2 драже\сут.)

) Хирургическое лечение - **пункция гайморовых пазух**.

Общее состояние больного улучшилось. Температура тела N. Покровы обычной окраски. Лимфоузлы не пальпируются. Пульс ритмичный 76/мин, удовлетворительного наполнения. АД 120/80. В легких и сердце без особенностей. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицателен. Отеков нет. Стул и диурез в норме.

ЛОР-статус. Наружный нос обычной формы. Слизистая оболочка носа гиперемированная, в носовых ходах слизисто-гнойные выделения. Носовое дыхание затруднено. При пункции в промывных водах VD/VS=8см 3, видны слизисто-гнойные выделения. Была введена АС смесь (диоксидин + дексаметазон).

Были проведены следующие методы исследования:

-ОАК, БАК

ОАМ

ВИЧ

Рентгенография придаточных пазух носа: интенсивное гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух по сравнению с глазницами.

Передняя риноскопия: гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижних носовых раковин с обеих сторон, сужение просвета носовых ходов.

хронический гайморит лечение заболевание





Выписан 19.10.15. в удовлетворительном состоянии, прогноз для жизни благоприятный.

Рекомендации: освободить от занятий физкультуры.

Витаминотерапия (компливит по 1 таб. 2р\д, вит.С 500мг 2р.\сут.)

Общеукрепляющие (эхинасаль по 1 ст.л. 3-4 раза.\день).