**Паспортная часть:**

ФИО:

Пол: женский

Возраст:

Место проживания:

Профессия:

Дата обращения в клинику:

**Жалобы больной на момент поступления:**

На затруднение носового дыхания, заложенность носа, периодически слизисто-гнойные выделения из носа, снижение обоняния.

**Жалобы больной на момент курации:**

Никаких жалоб не предъявляет.

**Anamnes morbi:**

Считает себя больной с 1999 года, когда после долгого пребывания на морозе появилась заложенность носа, которая не проходила долгое время. В 2000 году обратилась за помощью в больницу. Там ей сделали снимок. На снимке был виден уровень жидкости в верхнечелюстных пазухах. Больной назначили пункцию верхнечелюстных пазух. Далее больная проводила курсы лечения топическими стероидами с недостаточным положительным эффектом. Поступила для хирургического лечения.

**Anamnes vitae**:

Родилась вторым ребенком в семье. Физически и умственно развивалась нормально, от сверстников не отставала.

*Перенесенные заболевания:* ОРЗ, ОРВИ

*Наследственность*: не отягощена

*Аллергический анамнез:* аллергическая реакция в виде отека рук и лица на молочные продукты, пыльцу, траву.

*Вредные привычки и профессиональные вредности*: отрицает.

*Сопутствующие заболевания*: в анамнезе хронический пиелонефрит, в течение многих лет обострения нет.

*Туберкулез, гепатиты, ВИЧ:* отрицает.

**Status presens:**

Общее состояние удовлетворительное, стабильное, кожные покровы чистые, физиологический окраски. Тоны сердца ритмичные, ясные. ЧСС 72 удара в минуту. Печень по краю реберной дуги, селезенка не увеличена. Стул, диурез в норме. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.

**Органы дыхания:**

Форма грудной клетки: коническая. Ритм дыхания: правильный. Обе половины равномерно участвуют в акте дыхания.

**Органы кровообращения:**

Пульс ритмичный. Частота 72 в мин.

**Органы пищеварения:**

Аппетит хороший, отвращения к пищи нет. Регулярный стул. Глотание и прохождение пищи по пищеводу свободное.

**Органы мочеотделения:**

Боли при мочеиспускании нет. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный.

**Нервно-психический статус:**

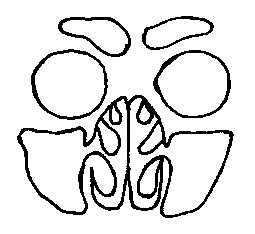
Сознание ясное. Головной боли нет. Хорошая работоспособность. Сон не нарушен. Интеллект соответствует уровню своего развития. Память не снижена.

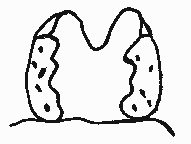
**Эндокринная система:**

Тремор век, языка, пальцев рук – нет. Щитовидная железа не увеличена.

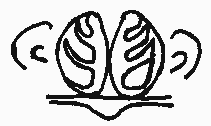
**ЛОР-статус:**

**НОС:** Наружный нос не деформирован. Носовое дыхание затруднено через обе половины носа. В средних носовых ходах густое слизистое отделяемое, серого цвета образования, гладкие с эластичной консистенцией. Перегородка носа существенно не искривлена. Слизистая оболочка бледная, при анемизации сокращается удовлетворительно. Нижние носовые раковины несколько отечны, после анемизации сокращаются.

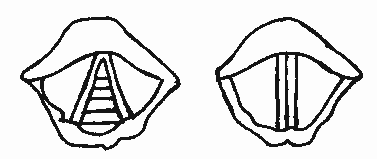
  
**ГЛОТКА:** Миндалины выступают за небные дужки, лакуны без казеозного содержимого. Задняя стенка глотки чистая. Язык розовый, сосочки хорошо выражены, без налета.

****

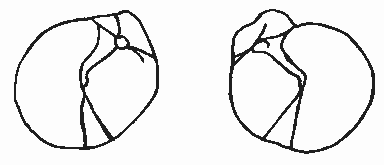
**НОСОГЛОТКА:** Купол и свод свободны. Слизистая влажная, бледная, патологического отделяемого нет. Задние концы нижних носовых раковин не увеличены.

****

**ГОРТАНЬ:** Голос звучный. Вход свободный, надгортанник не изменен, подвижность голосовых складок сохранена в полном объеме. Грушевидные синусы и валекулы свободны. Слизистая гортани влажная, розовая. Дыхательная щель широкая.

****

**УШИ:** AD=AS В слуховом проходе отделяемого нет. Кожа слухового прохода не изменена. Барабанные перепонки светло-серые, подвижны, слегка втянуты. Опознавательные контуры четко контурируются.

****

**ИССЛЕДОВАНИЕ СЛУХА:** **Исследование вестибулярного аппарата:**

**AD AS** Спонтанная субъективная и объективная

4м **Шепотная речь** 4м вестибулярная симптоматика отсутствует.

**Разговорная речь**

**Громкая речь**  Головокружения, тошноты, рвоты нет.

Равновесие не нарушено.

**О.Вебера**

+ **О.Рине** + Спонтанный нистагм отсутствует.

Пальце-носовая проба в норме. В позе

Ромберга устойчива.

+ **О.Федеричи** +

+ **О.Желе** +

В.К. В.К. Адиадохокинез отсутствует.

**С 128**

29 17 **С 512** 32 17 Прессорная проба отрицательная.

**С 2048**

**Вестибулометрия:**

1. Головокружение отсутствует.
2. Спонтанный нистагм отсутствует.
3. Спонтанное отклонение рук отсутствует.
4. Пальценосовая проба положительная с открытыми и закрытыми глазами.
5. Пальце-пальцевая проба положительная с открытыми и закрытыми глазами.
6. Устойчива в позе Ромберга.
7. Проба на адиодохокинез отрицательная.
8. Походка прямая, без патологических изменений.
9. Фланговая походка без патологических изменений.
10. Прессорная проба отрицательная.

**Заключение:** патологические изменения не выявлены.

**Данные компьютерной томографии, рентгенографии околоносовых пазух от 09.09.11:**

Утолщение слизистой оболочки обеих верхнечелюстных пазух, клеток решетчатого лабиринта.

**Диагноз:** Двусторонний хронический верхнечелюстной синусит, двусторонний этмоидит.

**Обоснование диагноза:**

1. Жалобы: затруднение носового дыхания через обе половины носа, ощущение заложенности носа, периодические слизисто-гнойные выделения из носа, снижение обоняния.
2. Анамнез: считает себя больной с 1999 года, когда после долгого пребывания на морозе появилась заложенность носа, которая не проходила долгое время. В 2000 году обратилась за помощью в больницу. Там ей сделали снимок. На снимке была видна жидкость в верхнечелюстной пазухе. Больной назначили пункцию верхнечелюстных пазух. Далее больная проводила курсы лечения топическими стероидами с недостаточным положительным эффектом. Поступила для хирургического лечения.
3. Клинические данные: носовое дыхание затруднено через обе половины носа. В средних носовых ходах густое слизистое отделяемое, серого цвета образования, гладкие с эластичной консистенцией.
4. КТ от 09.09.2011: утолщение слизистой оболочки обеих верхнечелюстных пазух, клеток решетчатого лабиринта.

**Дифференциальный диагноз:**

Проводится с синуситами других локализаций ( в дифференциальном диагнозе ведущую роль играют методы лучевой диагностики – КТ и рентгенография черепа, которые и подтверждают наличие патологических изменений в соответствующих пазухах), а также с острым верхнечелюстным синуситом ( в данном случае помимо методов лучевой диагностики имеет анамнез пациентки, в котором указывается давность процесса и его характер течения – рецидивирующий процесс) и одонтогенным гайморитом ( данные анамнеза – отсутствие взаимосвязи со стоматологическим вмешательством)

**План обследования и лечения:**

1. Хирургическое: Эндоскопическая операция на обеих верхнечелюстных пазухах под местной анестезией.

Операция проводится с помощью специальной аппаратуры **– эндоскопа.** Он представляет собой гибкую трубочку, в толще которой имеется оптоволокно. На одном конце эндоскопа имеется объектив. На другом конце – окуляр, в который смотрит врач. Эндоскоп позволяет увидеть протекающий в пазухе патологический процесс воочию.

Одним из преимуществ эндоскопической хирургии околоносовых пазух по сравнению с традиционным методом является то, что при этом не требуется проведения хирургического разреза. Другим преимуществом эндоскопического метода является то, что он позволяет лечить непосредственно саму причину синусита. С его помощью можно врач может увидеть непосредственно патологический очаг и удалить его, за счет расширения собственного соустья верхнечелюстной пазухи, что значительно уменьшает излишнюю травматизацию, ускоряет послеоперационный период, уменьшает риск самой операции и послеоперационных осложнений. Метод характеризуется отсутствием наружного рубца, небольшим отеком после операции и меньшей интенсивностью болей.

1. Местно – туалет полости носа, анемизация слизистой оболочки, промывание верхнечелюстных пазух раствором хлоргексидина.
2. Симптоматическая терапия.

**Рецепты:**

1. Rp.: Sol. Calcii ehloridi 10% 10 ml

D.t.d.N. 6 in ampulis.

S. По 5 – 10 мл в вену.

1. Rp.: Sol. Chlorhexidini bigluconatis 0,005 – 100 ml

D.S. для промывания полости носа и гайморовых пазух.