**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О.

Возраст – 8.01.1990 года

Профессия, специальность - учащиеся 8 классе.

Дата поступления в клинику –Дата выписки из клиники

Пол – муж

Дом. адрес –

Диагноз: основной Двусторонний острый гнойный пансинусит

Осложнение основного Киста правой верхнечелюстной пазухи. Антрохоанальный полип справа. Аденоиды 3 ст.

Сопутствующее заболевание нет

Операция Катетеризация правой верхнечелюстной пазухи. Аденоидэктомия. Обезболевание: местная анестезия Группа крови и резус принадлежность l гр. Rh+

Исход болезни улучшен

**STATUS PREASENS SUBJECTIVUS**

Жалобы на постоянные интенсивные пульсирующие боли в верхнечелюстной области справа и слева, на заложенность носа справа, на гнойное отделяемое из обоих носовых ходов, на головную боль, на слабость и повышение температуры тела до 37,5 - 38,0 С Нарушения обоняния.

ANAMNESIS **MORBI**

Считает себя больным с, когда впервые вечером почувствовал ноющие боли в области проекции правой верхнечелюстной пазухи и заложенность носа справа. Отметил повышение температуры тела и начинающуюся головную боль. Утром следующего дня появилось обильное гнойное отделяемое из правого хода. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В дальнейшем самочувствие ухудшалось: боли в области проекции правой верхнечелюстной пазухи стали постоянными, интенсивными, пульсирующими, усиливающиеся при наклоне головы вперед, появилась слабость, разбитость. В связи с этим обратился в, где и была произведена катетеризация правой верхнечелюстной пазухи. и было получено 2 мл гноя и было назначено дальнейшее лечение (сосудосуживающие средства, антибактериальная терапия). После этого самочувствие больного улучшилось: боли стали умеренными, снизилась температура тела, уменьшилась слабость.

ANAMNESIS **VITAE**

в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интеллектуально развивался нормально, от сверстников не отставал. С 7 лет пошел в школу. Учится хорошо.

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Детские инфекции и простудные заболевания.

**НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

Наследственность не отягощена.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ** ХОЛОСТ

**ВРЕДНЫХ ПРИВЫЧЕК** не имеет.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ** Аллергологический анамнез не отягощен

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Из перенесенных отмечает простудные и детские инфекции. Туберкулёз, гноетечение из ушей, венерические заболевания, травмы, гепатит, сифилис отрицает.

За последнее время переливания крови не было, за пределы города не выезжал и контакта с инфекционными больными не имел.

**Специальные исследования**

**ПОЛОСТЬ РТА**

Форма губ правильная. Слизистая губ и твердого неба розовая, гладкая, влажная, чистая. Десна без изменений. Зубы сохранены. Язык обычных размеров, влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены.. Прикус нарушен.

**РОТОГЛОТКА**

Слизистая мягкого неба, небных дужек умеренно гиперемированна, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Слизистая умеренно гиперемирована. Расположение миндалин за дужками.

Гортань— голосовые складки подвижны, симметричны, при фонации слипаются полностью.

**НОС И ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА**

Нос обычной формы. Кожные покровы носа телесного цвета, обычной влажности. Отмечается гиперемия, легкая отечность в области проекции правой верхнечелюстной пазухи. Выявляется болезненность при пальпации в области проекции правой верхнечелюстной пазухи Перкуссия в проекции лобной пазухи безболезненна

Передняя риноскопия: слизистая умеренно гиперемированна справа и слева в общем носовом ходе гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено, дышит ртом. Носовая перегородка в задних отделах стоит слева. Дыхание через левый носовой ход свободнее, чем через правый. Нарушения обоняния.

**НОСОГЛОТКА**

Задняя риноскопия: хоаны и свод носоглотки свободны, слизистая оболочка глотки и раковин – слизистая с синюшным оттенком, задние концы раковин не выходят из хоан, сошник стоит по средней линии. Глоточная миндалина розовая, не увеличена. В носоглотке аденоидные вегетации

**ГОРТАНЬ И ГОРТАНОГЛОТКА**

Область шеи без видимых изменений. Кожа шеи телесного цвета, обычной влажности. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы овальной фор­мы, длиной 2 см, шириной 1 см, эластической консистенции, с подлежа­щими тканями не спаяны, подвижные, безболезненные.

Непрямая ларингоскопия: Видны надгортанник в виде развернутого лепестка, два бугорка черпаловидных хрящей. Слизистая их, а также слизистая вестибулярных и черпалонадгортанных складок розовая, глад­кая, чистая. Голосовые складки подвижны, симметричные, при фонации слипаются полностью. Слизистая голосовых складок белого цвета, гладкая. Голо­совая щель треугольной формы. Голосовые складки и черпаловидные хрящи подвижны. Слизистая оболочка гортаноглотки (валлекул, грушевидных си­нусов) гладкая, розового цвета.

Дыхание затруднено. Голос без изменений.

**УШИ**

Ушные раковины симметричны, без деформаций. Кожные покровы уш­ных раковин, заушных областей и областей впереди от козелка телесного цвета, обычной влажности. Пальпация сосцевидного отростка безболез­ненная.

Отоскопия: (правое и левое ухо) Наружный слуховой проход покрыт кожей розового цвета, чистой, в перепончато-хрящевой части имеются волосы и небольшое количество ушной серы. Барабанная перепонка блед­но-серого цвета с перламутровым оттенком, на ней визуализируется ко­роткий отросток, рукоятка молоточка и световой конус.

Слуховой паспорт.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тесты  | Правое ухо  | Левое ухо  |
| Шум в ухе  | -  | -  |
| Шепотная речь  | 6 м  | 6 м  |
| Разговорная речь  | 6 м  | 6 м  |
| Крик у раковины при маскировки противопо­ложного уха трещеткой Барани  | +  | +  |
| Камертон Ci28  | 30 с  | 35 с  |
| Камертон Сасие  | 60 с  | 60 с  |
| Костная проводимость в опыте Швабаха  | нормальная  | нормальная  |
| Латерализация звука в опыте Вебера  | нет  | нет  |
| Опыт Ринне  | *+*  | +  |
| Опыт Бинга  | *+*  | +  |
| Опыт Желле  | *+*  | +  |
| Проходимость слуховых труб  | проходима  | проходима  |

Аудиограмма

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

**СТАТОКИНИТИЧЕСКИИ ПАСПОРТ**.

Спонтанные вестибулярные расстройства

|  |  |
| --- | --- |
| Тесты  | Результаты исследования  |
| Головокружение  | нет  |
| Спонтанный нистагм  | нет  |
| Отклонение тела в позе Ромберга  | нет  |
| Отклонение рук при указательной пробе Барани  | нет  |
| Отклонение тела при глазами  | ходьбе с открытыми  | нет  |
| Отклонение тела при  | ходьбе с закрытыми  | нет  |
| Глазами | 1  |
| Нарушение фаланговой походки  | нет  |

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

**OAK**

Эритроциты - 4,89\* 1012/л

Гемоглобин- 117 г/л

Тромбоциты - 286

Лейкоциты - 3,9\* 109/л

СОЭ - 31 мм/ч

Юные 1, П 9, С 58, л 28, м 3.

**ОАМ**

Цвет - с/ж

Прозрачность - прозрачна

Реакция - кислая

Уд. вес-1010

Лейкоциты - 1-2-1 в поле зрения

Эритроциты - 2-1-1 в поле зрения

Белок - отр.

Сахар - О

Уробилин - отр

Желч. Пигменты - отр.

Б/Х крови

Общ белок - 79 г/л Мочевина - 6,8 ммоль/л Тимоловая проба - 2,8 ЕД Глюкоза - 4,8 В-липопротеиды - 14,6 АЛТ-9 ACT-12

Рентгенологическое исследование

На рентгенографии определяется затемнение обоих верхнечелюстной пазухи справа—тотальное, слева—с горизонтальным уровнем жидкости. Уменьшении прозрачности обоих лобных пазух, их глубина около 1 см.

**STATUS PRAESENS ОБЩИЙ ОСМОТР**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительна. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 90 уд в мин, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 125/80 мм рт ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. ЧД 22 уд. /мин. При сравнительной перкуссии легких над симметричными точками выслушивается ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край острый, эластичный. Видимых изменений в области поясницы не обнаружено. Симптом Пастернацкого отрицательный.

Физиологические отправления не нарушены

# ДНЕВНИК

Жалобы на умеренную заложенность носа.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Нос - слизистая с синюшным оттенком, справа в общем носовом ходе гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено,. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Зев, уши - без патологии. Проведено: пазуха промыта - в промывной жидкости - гнойное отделяемое. Лечение продолжает.

Жалобы на умеренную заложенность носа.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Нос - слизистая с синюшным оттенком, справа в общем носовом ходе гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено,. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Зев, уши - без патологии

Дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД

120/80 мм рт ст. Стул и диурез не нарушены. Произведена аденоидэктомия.

Проведено: пазуха промыта - в промывной жидкости - гнойное отделяемое. Лечение продолжает.

Жалобы на умеренную заложенность носа.

Объективно: состояние относительно удовлетворительное. Нос – слизистая cлабо гиперемированна, отечна, справа в общем носовом ходе гнойное отделяемое, носовое дыхание слегка затруднено,. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. Зев, уши - без патологии

Дыхание везикулярное. Сердечные тоны приглушены, ритмичные. АД

120/80 мм рт ст. Стул и диурез не нарушены.

Проведено: пазуха промыта - в промывной жидкости - гнойное отделяемое. Лечение продолжает.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая жалобы больного на постоянные, интенсивные, пульсирующие боли в области проекции правой верхнечелюстной пазухи, на заложенность носа справа и слева, на гнойное отделяемое из правого и левого носового хода, на головную боль, на слабость и повышение температуры тела до 37,5 - 38,0 С; учитывая анамнез заболевания: острое развитие всех симптомов; анамнез жизни, данные объективного исследования: при передней риноскопии - слизистая умеренно гиперемированна справа и слева в общем носовом ходе гнойное отделяемое; и данных рентгенографии - на рентгенографии верхнечелюстной пазухи справа—тотальное, слева—с горизонтальным уровнем жидкости. Уменьшении прозрачности обоих лобных пазух, их глубина около 1 см.

Основной диагноз: Двусторонний острый гнойный пансинусит.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение больного:

1. Назначение сосудосуживающих средств (адреналин, нафтизин, санорин) для улучшения оттока секрета из верхнечелюстной пазухи.

Rp.: Soi. Naphthyzini 0,1% - 10 ml

DS no 2 капли в левый носовой ход 3 раза в день

2. Назначение антибактериальной терапии, так как есть воспалительный процесс и гнойное выделение.

- Цефотаксим.

Rp.: "Cefotaxim" 1,0

D.t.d№10.

S. Содержимое флакона растворить в 5мл физ. раствора, В/М 3 раза в сутки

- Сульфопиридазин.

Rp.: Tab. Sulfapyridazini 0,5

D t d №20

S. На первый прием 2 таблетки, потом no l таблетке 4 раза в сутки.

3. Диагностическо-лечебные пункции правой и левой верхнечелюстной пазухи с промыванием раствором фурациллина.

1. На области пазухи физиотерапевтические воздействия (УВЧ, ультрафиолетовое облучение).

При Необходимости повторных пункций околоносовых пазух прибегают к посто­янным дренажам, представляющим собой тонкие полиэтиленовые либо фтороластовые трубочки, которые вводятся в пазуху на весь период лечения, избавляя больного от малоприятных манипуляции.

Через введенную дренажную трубку проводят систематическое промывание пазухи изотоническим либо фурациллиновым (1: 5OO0) раствором и вводят другие лекарственные припереты (чаще антибиотики) Введение лекарственных растворов в околоносовые пазухи возможно по мето­ду «перемещения» по Проетцу. При этом методе в полости носа с помощью хирур­гического отсоса создается разрежение. Оно позволяет удалять из пазух патологи­ческое содержимое, и после вливания в полость носа лекарственных растворов последние устремляются в открывшиеся пазухи.

Более успешно беспункционный метод лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух, особенно при полисинуситах, проводится с помощью синус-катетера «ЯМиК» (Марков Г.И., Козлов B.C.,1990; Козлов B.C., 1997). Данный аппа­рат позволяет создавать управляемое давление в полости носа и околоносовых пазухах и за счет этого эвакуировать патологический экссудат из пазух с последую­щим введением в них лекарственных растворов через открывшиеся соустья.

При одонтогенных верхнечелюстных синуситах следует удалить соответствующие кариозные зубы. При этом возможно нежелательное вскрытие верхнечелюстной пазу­хи. Образовавшийся канал, соединяющий пазуху с полостью рта (ороантральный свищ), может закрыться самостоятельно или после повторных смазываний йодной настой­кой. В противном случае прибегают к пластическому закрытию свища путем переме­щения лоскута, выкроенного из мягких тканей десны, что представляет собой непрос­тую операцию, наиболее успешно выполняемую челюстно-лицевыми хирургами.

В последнее время для закрытия свежих ороантральных сообщений применяют имплантационные материалы (коллагеновые пленки с метилурацилом и компози­ции "гидроксиапатит-хонсурид"), предложенные В.Н. Балиным, что значительно со­кращает сроки лечения и повышает его эффективность {Рождественская Е.Д., 1998).

Р. Г. Анютин (1999) для этой цели применяет другие композитные материалы, созданные на основе гидроксиапатита - гидроксиапол и колапол.

**ЭТИОЛОГИЯ Двусторонний острый гнойный пансинусит**

При острых синуситах бактериальный спектр отличается от хронического. Здесь чаще выделяют золотистый стафилококк, пневмококк, гемофильная палочка, грамотрицательные бактерии, грибки. Преобладание аэробов при острых синуситах можно объяснить изменениями, происходящими в синусах. Прежде всего это улучшение и повышении рН, что создает благоприятные условия для развития этих микроорганизмов.

При острых синуситах преобладают *S.pneumoniae* и *H.influenzae.*

# МЕТОДЫ И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ

**Антибактериальная терапия**

***Выбор антибиотика***

Основная **цель антибиотико гсрапии** острого и обострений хронического синусита это **эрадикация инфекции и восстановление стерильности пораженного синуса.** Важным является вопрос о том, когда надо начинать антибактериальную терапию. В первые дни заболевания на основании клинической картины бывает трудно различить ОРВИ, при которых не требуется назначение антибиотиков, и острый бактериальный синусит, при котором они играют главную роль в лечении. Считается, что **если симптомы ОРВИ,** несмотря на симптоматическое лечение, **сохраняются без улучшения более 10 дней или прогрессируют, то необходимо назначение антибиотиков.**

Для установления конкретного возбудителя и его чувствительности требуется пункция пораженного синуса с последующим микробиологическим исследованием полученного материала. Но на практике больные не всегда соглашаются на пункцию синусов, а микробиологическое исследование не является стандартной процедурой при каждом случае острого неосложненного синусита. Поэтому назначение препарата чаще происходит эмпирически, на основании данных об основных возбудителях и их чувствительности к антибиотикам в регионе.

**Основные принципы выбора антибиотика для лечения острого синусита** следующие:

активность против *S.pneumoniae* и *H.influenzae;*

способность преодолевать резистентность возбудителей к антибиотику;

хорошее проникновение в слизистую оболочку синусов с достижением концентрации выше *минимальной подавляющей концентрации* (МПК) для данного возбудителя;

сохранение концентрации в сыворотке крови выше МПК в течение 40 — 50% времени между приемами препарата.

Учитывая все вышеизложенное, препаратом выбора для лечения острого синусита должен быть **амоксициллин** внутрь. Из всех доступных пероральных пенициллинов и цефалоспоринов, включая цефалоспорины II - III поколений, **амоксициллин является наиболее активным против пенициллинорезистентных пневмококков.** Он достигает высоких концентраций в сыворотке крови, превышающие МПК основных возбудителей, редко вызывает нежелательные реакции (в основном со стороны желудочно-кишечного тракта), удобен в применении (принимается внутрь 3 раза в сутки независимо от приема пищи).

К недостаткам амоксициллина можно отнести его способность разрушаться Ь-лактамазами, которые могут продуцировать гемофильная палочка и моракселла. Поэтому его альтернативой, особенно при неэффективности терапии или рецидивирующих процессах, является **амоксициллин/клавуланат** (амоксиклав, аугментин) комбинированный препарат, состоящий из амоксициллина и ингибитора B-лактамаз *клавулановой кислоты.*

Достаточно высокой эффективностью при лечении острого синусита обладают **цефалоспорины 11** *(цефуроксим аксетил, цефаклор)* и III *(цефотаксим (цефабол), цефтриаксон (лендацин, цефтриабол), цефоперазон и др.)* поколений.

В последнее время на рынке стали появляться **фторхинолоны** с расширенным спектром активности, эффективные против *S.pneumoniae* и *H.influenzae.* В частности, к таким препаратам относится *моксифлоксацин.*

**Макролиды** в настоящее время рассматриваются как антибиотики второго ряда, и в основном их используют при аллергии к b-лактамам. Из макролидов при остром синусите оправдано применение *азитромицина* и *кларитромщина,* хотя эрадикация пневмококка и гемофильной палочки при их использовании ниже, чем при приеме амоксициллина. *Эритромицин* не может быть рекомендован для терапии острого синусита, так как не обладает активностью против гемофильной палочки, и, кроме того, вызывает большое количество нежелательных явлений со стороны желудочно-кишечного тракта.

Из группы **тетрациклинов** достаточную эффективность при лечении острого синусита сохраняет один *доксициклин,* но его **нельзя применять у детей до 8 лет.**

Особо следует сказать о таких распространенных препаратах, как *ко-тримоксазол, линкомщин* и *гентамицин.* Во многих зарубежных источниках *ко-тримоксазол* относится к препаратам, высокоэффективным в лечении острого синусита. Однако в России выявлен высокий уровень резистентности пневмококков и гемофильной палочки к этому препарату, поэтому его применение должно быть ограниченно. *Линкомщин* не рекомендуется для терапии острого синусита, так как не действует на гемофильную палочку, но может применяться при обострении хронического синусита, если есть подозрение на остеомиелит. *Гентамицин* не активен против *S.pneumoniae* и *H.influenzae,* поэтому не показан для лечения синусита.

При обострении хронического синусита выбор антибиотиков не отличается от острого, но необходимо учитывать большую роль анаэробов.

Имеются некоторые отличия в антибактериальной терапии тяжелых и осложненных случаев синусита. В такой ситуации надо отдавать предпочтение таким препаратам, или комбинации препаратов, которые перекрывали бы весь возможный спектр возбудителей и могли преодолевать резистентность бактерий.

***Путь введения антибиотиков***

В подавляющем большинстве случаев антибиотики следует назначать **внутрь.** Парентеральное введение в амбулаторной практике должно являться исключением. В условиях стационара **при тяжелом течении заболевания** или развитии осложнений начинать терапию следует с **парентерального (желательно внутривенного)** введения и затем, по мере улучшения состояния, переходить на пероральный прием (ступенчатая терапия). Ступенчатая терапия предполагает двухэтапное применение антибактериальных препаратов: вначале парентеральное введение антибиотика, а при улучшении состояния (как правило, на 3 - 4 день) переход на пероральный прием этого же или сходного по спектру активности препарата. Например, амоксициллин/клавуланат в/в или ампициллин/сульбактам в/м в течение 3 дней, далее амоксициллин/клавуланат внутрь; цефуроксим в/в в течение 3 дней, далее цефуроксим аксетил внутрь.

***Длительность антибактериальной терапии***

Единой точки зрения о продолжительности антибактериальной терапии при остром синусите нет. В различных источниках можно найти рекомендуемые курсы от 3 до 21 дней. Но большинство экспертов считают, что при единственном эпизоде инфекции околоносовых синусов **антибиотики должны назначаться в течение 10 - 14 дней.** При **обострении хронического синусита** длительность антибактериальной терапии больше и составляет в среднем **3-4 недели.**

При необходимости повторных пункций прибегают к постоянным дренажам.

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Для двустороннего острого гнойного пансинусита характерны:

Жалобы на постоянные интенсивные пульсирующие боли в верхнечелюстной области справа и слева, на заложенность носа справа, на гнойное отделяемое из обоих носовых ходов, на головную боль, на слабость и повышение температуры тела до 37,5 - 38,0 С Нарушения обоняния

При риногенных синуситах характерно: поражение сразу многих пазух – полисинуситы, головная боль обычно в области лба при поражении верхней челюстной пазухи может локализоваться в области верхней челюсти, веска иррадирует в зубы верхней челюсти при фронтите – в проекции лобной пазухи, при сфеноидите – в области затылка, боли отмечаются преимущественно в первой половине дня. Типичными для поражения лобной пазухи являются боли в области медиального края брови. Боли при синуситах не сопровождаются тошнотой, рвотой, не усиливаются в тепле; если воспалительный процесс не переходит на мозговые оболочки. При острых синуситах может наблюдаться воспалительный отек мягких тканей лица; при поражении верхней челюстной пазухи этот отек захватывает нижнее веко, при этмоидите и фронтите – верхнее веко, при гайморите может отмечаться болезненность в области собачьей ямки и т.д. Медикаментозное лечение синусита заключается в выборе деконгенстантов местного введения (галазолин, нафтизин, називин), с антигистаминным эффектом (виброцил). Антибактериальная терапия должна быть серьезно обоснована. При тяжелом течение и угрозе развития осложнений назначают антибиотики парантерально. Кроме консервативного лечения, которое является основным, при осложнениях применяют и хирургическое вмешательство.

*Хирургическое лечение* 1. Пункции верхней челюстной пазухи

Трепано пункция лобной пазухи

При одонтогенных синуситах (гайморитах). Главным отличием от риногенных, одонтогенные являются моносинуситом, имеют первой причинной зубное происхождение. Предрасполагающим моментом служит тип строения гаймуровой пазухи. Принято считать что причинным зубом может быть только гангренозный, легко обнаруживаемый визуально. Патологические десневые карманы содержащие гнойный эксудат также могут служить источником инфекции. Еще одна особенность одонтогенных синуситов – насморк односторонний, может повышаться температура. В начале появляются ощущение давления в области верхней челюстной пазухи, затем боль в проекции «причинного» зуба. На рентгене – затемнение только одной верхней челюстной пазухи может позволить предположить одонтогенный характер синусита. При риногенных синуситах воспаление преимущественно в решетчатом лабиринте и нескольких других пазухах в том числе верхней челюстной. Пункция гноя не приводит к окончательной ликвидацией воспаления. Для этого надо удалить «причинный» зуб. Лечение только хирургическое.

## Необходимость в дополнительном исследовании

**Необходимость хирургического лечения и его показание.**

Показаниями к срочному хирургическому вмешательству явля­ются местные или общие осложнения: абсцесс (флегмона) орбиты, внутричерепной абсцесс, менингит, сепсис. В этих случаях произ­водят радикальную операцию на верхнечелюстной пазухе и обычно через нее вскрывают решетчатый лабиринт, элиминируют гнойный очаг, затем проводят антибактериальную терапию. Нередко хирур­гическое лечение показано при остром одонтогенном гайморите, когда он протекает с остеомиелитом верхнечелюстной. КТ и МРТ – исследования расширяют диагностические возможности. Тепловидение и ультрозвуковая локация, как не несущие лучевой нагрузки предпочтительны в качестве предварительного обследования на доклиническом уровне и позволяют отсеять пациентов, не требующих более углубленного (рентгенологического) обследования. К диагностическим и лечебным методом относятся пункции и зондирования пазух.

**ЭПИКРИЗ**

поступил с жалобами на постоянные интенсивные пульсирующие боли в верхнечелюстной области справа и слева, на заложенность носа справа, на гнойное отделяемое из обоих носовых ходов, на головную боль, на слабость и повышение температуры тела до 37,5 - 38,0 С Нарушения обоняния.

На основании жалоб, анамнеза заболевания: острое развитие всех симптомов; анамнеза жизни; данных объективного исследования: при передней риноскопии - слизистая умеренно гиперемированна справа и слева в общем носовом ходе гнойное отделяемое; и данных рентгенографии - на рентгенографии затемнение обоих верхнечелюстной пазухи справа—тотальное, слева—с горизонтальным уровнем жидкости. Уменьшении прозрачности обоих лобных пазух, их глубина около 1 см; был поставлен диагноз: Двусторонний острый гнойный пансинусит. После чего была произведена катетеризация правой верхнечелюстной пазухи и было получено 2мл гноя. В последующем проводилось ежедневное промывание пазухи через канюлю с раствором фурацилина. Канюля удалена через сутки после промывания при чистой промывной жидкости. Получал также: нафтизин для анемизации слизистой носа; цефотаксим; сульфопиридазин; физиотерапия. В процессе лечения воспалительные явления купированы.

# РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНОМУ

Закаливание организма и профилактика инфекционных заболеваний. Прием поливитаминов. Полное восстановление работоспособности возможно, при исключении переохлаждения.

**ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА**

1. «Оториноларингология» И.Б. Солдатова, В.Р Гофмана Санкт Петербург 2001

1. «Клинические лекции по оториноларингологии» Н.А. Арефьева Уфа 2004
2. *Пальчун В.Т. Крюков А.И. Оториноларингология Москва ”Литера“ 1997 г.*

4 «Лекарственные средства» М.Д. Машковский Москва 2002

«Терапевтический справочник» М. Вудли А. Уэлан Москва 1995

#### Заключения преподавателя