**ФИО больного**:

**Дата рождения**: 1939

**Пол**: мужской

**Профессия**: пенсионер (инженер)

**Дата обращения в отделение**: 18.02.08

**Диагноз при поступлении**: хронический полипозный риносинуит

**Жалобы**: больной жалуется на затруднение носового дыхания, дыхание через рот, частое чихание, сухость во рту и отделяемое из полости носа зеленого цвета слизистой консистенции.

**Anamnesis morbi**: появление полипов беспокоит больного с 1981г. Процесс протекает с периодическими обострениями и ремиссиями. Больной перенес более 10 полипэктомий и гайморотомию. Обратился в клинику в плановом порядке для проведения полипотомии.

**Anamnesis vitae**: в детском возрасте рос и развивался нормально, не отличался от сверстников в физической и интеллектуальной сферах. Профессиональные вредности отрицает. Сопутствующие заболевания: уролитиаз, грыжа, артериальная гипертензия, бронхиальная астма (около 10 лет), инсульт (1983г.).

**Аллергологический анамнез**: чувствительность к аспирину (провоцирует бронхиальную астму).

**Status praesens**: конституция нормостеническая, состояние больного удовлетворительное, положение активное. Вес 75 кг, рост 178 см. Кожа бледного цвета, высыпания отсутствуют. Окраска видимых слизистых нормальная (язык обложен желтоватым налетом). Эластичность кожи в пределах нормы. Периферические лимфоузлы не увеличены (околоушные, подчелюстные, шейные, яремные, надключичные, подмышечные, локтевые, паховые). Вирховский метастаз не определяется. Щитовидная железа не увеличена, при пальпации мягкая и безболезненная. Грудные железы развиты правильно, выделений из сосков нет, при пальпации опухолевых образований не обнаружено.

**ЛОР-статус**

Нос: при наружном осмотре видимых отклонений нет, пальпация носа и околоносовых пазух безболезненная. Передняя риноскопия: носовые раковины бледные, отечные, перегородка слегка искривлена, видны полипы. Задняя риноскопия: виднеются желтовато-серые образования в области хоан – полипы. Носовое дыхание затруднено билатерально. Глоточные миндалины, устья слуховых труб – без патологии.

Глотка: Орофарингоскопия: слизистая оболочка полости рта розовая, без видимых дефектов. Мягкое небо, небные дужки и миндалины не увеличены, нормальной окраски и консистенции, лакуны чистые, без налета.

Гортань: голос не изменен, гортань смещается во время акта глотания, подвижна, безболезненна при пальпации. Непрямая ларингоскопия: черпаловидные хрящи, межчерпаловидное пространство, черпалонадгортанные складки, преддверные и голосовые складки в норме, не гиперемированы, движение симметрично.

Уши: правая и левая ушные раковины без патологии, сосцевидные отростки не изменены. Ширина наружного слухового прохода в пределах нормы, барабанная перепонка не изменена. Отделяемое отсутствует. Полипов, грануляций и других изменений не наблюдается. Отоскопия: без патологии.

Слуховой паспорт: норма.

Слуховой анализатор: слух не нарушен.

Вестибулометрия: устойчив в пробе Ромберга, пальценосовая и пальцепальцевая пробы отрицательны, головокружение отсутствует. Проба на адиадохокинез отрицательна.

Состояние вестибулярного анализатора: в норме.

Дополнительные исследования:

1. общий анализ крови

2. общий анализ мочи

3. ЭКГ

4. кровь на RW, ВИЧ, HCV, HbsAg

5. кровь на группу крови и Rh-фактор

6. рентгенография легких, носоподбородочной проекции головы

7. консультация терапевта (перед операцией)

Рентгенография: пятнистые затемнения в проекции гайморовых пазух (носоподбородочная проекция).

**Диагноз**: хронический полипозный риносинуит в стадии обострения.

**Обоснование диагноза**: пациент жалуется на затрудненное дыхание через обе половины носа, выделения из полости носа. Также в анамнезе - с 1981 г полипозный риносинуит, который протекает с периодами временного обострения и ремиссии. Перенес более 10 полипотомий и гайморотомия. Осмотр ЛОР-органов, при котором подтверждается наличие полипов в полости носа, а также данные рентгенографии (пятнистые затемнения в области носа и гайморовых пазух) позволяет утверждать о хроническом полипозном риносинуите.

**Дифференциальный диагноз**: ринит, синуит

Ринит

Простой хронический ринит чаще всего бывает вторичным, как результат затянувшегося или повторяющегося острого насморка, вызываемого длительным действием вредных внешних факторов (например, пребывание в холодной или жаркой атмосфере, охлаждение отдаленных частей тела, действие пыли различных физико-химических свойств, раздражение слизистой оболочки носа гнойным секретом, поступающим из придаточных пазух). *Симптомы хронических ринитов.* Больные жалуются на затруднение носового дыхания и обильное слизеотделение. Обусловливаются эти симптомы закупоркой полости носа набухшей или гиперплазированной слизистой оболочкой и чрезмерной продукцией тканевой жидкости, секрета слизистых желез и бокаловидных клеток. Вследствие обтурации обонятельной щели наступает гипосмия и даже аносмия (anosmia mechanica). При гиперпластических катарах вследствие сдавления лимфатических щелей соединительной тканью нарушается обмен лимфы в полости черепа и полости носа. В результате наступает задержка лимфооттока из полости черепа, часто сопровождающаяся головными болями. Этот симптом в свою очередь вызывает расстройство сна, понижение трудоспособности и развитие чрезмерной утомляемости.

Выключение носового дыхания и замена его ротовым приводит к нарушению вентиляционной функции евстахиевой трубы с последующим понижением слуха, а также к заболеваниям глотки, гортани, трахеи и бронхов.

Синусит

Этиологическим фактором хронических гнойных воспалений придаточных пазух носа чаще всего бывают неизлеченные острые и подострые процессы. В ряде случаев хроническое воспаление одной из пазух распространяется и на другие пазухи. Тяжелые травмы лицевого скелета, длительное пребывание инородных тел в пазухах или в близком соседстве с ними, а также инфекционные гранулемы и опухоли придаточных пазух, как правило, сопровождаются хроническим воспалением их. К факторам, способствующим развитию хронических эмпием, относятся неблагоприятные анатомические особенности выводных отверстий и каналов придаточных пазух. Как известно, естественные отверстия гайморовой пазухи расположены в верхней части ее медиальной стенки. Лобно-носовой канал нередко бывает узким, извитым, а отверстия решетчатого лабиринта и основной пазухи сплошь и рядом суживаются за счет уменьшения просвета среднего и верхнего носовых ходов вследствие чрезмерно развитой bulla ethmoidalis и прижатия средней и верхней раковин носа искривленной носовой перегородкой.

Все перечисленные факторы, затрудняя отток секрета из пазух, способствуют переходу острых и подострых процессов в хронические. Переходу острых процессов в хронические способствует также и неполноценность слизистой оболочки пазух. В таких случаях процесс не ограничивается одной пазухой или даже одной стороной, а поражает все пазухи обеих сторон (пансинуит), отличается торпидным течением, трудно поддается лечебным воздействиям.

При хронических воспалениях болезнь протекает длительное время, нередко без общих явлений и головных болей. Пациенты отмечают понижение трудоспособности; гнойные выделения вследствие развития анаэробов становятся зловонными, отчего возникает субъективная какосмия, а вследствие гиперплазии слизистой оболочки и образования полипов наступает затруднение носового дыхания и даже его полное выключение.

Лечение:

1.**Н1-блокаторы**: *Фармакологическое действие - противоаллергическое, антигистаминное, холинолитическое, седативное, снотворное, спазмолитическое*. Блокирует гистаминовые H**1**-рецепторы и м-холинорецепторы. Ослабляет спазмогенное действие гистамина на гладкую мускулатуру бронхов и кишечника, уменьшает его гипотензивный эффект и влияние на проницаемость сосудов. Предупреждает развитие и облегчает течение аллергических реакций немедленного типа. Оказывает противозудное, седативное и снотворное действие. Обладает умеренной периферической холинолитической и спазмолитической активностью.
При приеме внутрь полностью и быстро всасывается. Концентрация в крови достигает максимума в течение 2 ч и сохраняется на терапевтическом уровне на протяжении 4–6 ч. Равномерно распределяется в организме, проникает через ГЭБ. Метаболизируется в печени, выводится почками и кишечником.

Rp.: Claritini 0,01

 D.t.d. N. 7 in tabulettis

 S. Принимать внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки.

2. **Лазерная полипотомия полости носа**

Хирургическое удаление полипов полости носа с помощью лазера под контролем эндоскопа позволяет оперировать также больных с сопутствующей бронхиальной астмой. Производится деструкция полипа в области ножки, после чего полип свободно извлекается из полости носа посредством пинцета, частично полипозная ткань выпаривается, частично коагулируется. Операция проводится поэтапно с интервалом в 10 дней на фоне предоперационной подготовке и послеоперационного лечения. Для лечения необходим Rg-снимок придаточных пазух носа, клинический анализ крови + свертываемость.

3. Эндоскопическая полисинусотомия.