**Фамилия Имя Отчество:**

**Возраст:** 46 лет

**Место работы, профессия:** учитель

**Место жительства:**

**Дата обращения в стационар:**

**Жалобы при поступлении:** затруднение носового дыхания справа, гнойные выделения из носа, боль в области проекции верхнечелюстной пазухи справа, возникающая во второй половине дня, храп.

**Анамнез заболевания:**

С детства отмечала затруднение носового дыхания, по поводу чего в 18 лет (1983 г.) перенесла операцию, ликвидирующую искривление носовой перегородки, после которой отмечала улучшение носового дыхания.

С 23 лет (1988 г.) ежегодно (1-3 раза в год) обращалась в стационар для лечения острого гайморита, возникавшего на фоне ОРВИ, где проводились пункции верхнечелюстных пазух, антибиотикотерапия, физиотерапия. В межприступный период применяла капли в нос с сосудосуживающим эффектом: галазолин, нафтизин; после применения которых наступало кратковременное улучшение носового дыхания и исчезало чувство заложенности носа.

Последнее обострение процесса в июне 2011г., амбулаторно проводилась антибиотикотерапия.

В сентябре 2011г. на приеме у стоматолога при анализе рентгенограммы верхней челюсти было обнаружено затемнение правой верхнечелюстной пазухи, в связи с чем обратилась в ЛОР-отделение 1-й Университетской клинической больницы и была госпитализирована для дополнительного обследования и лечения.

**Анамнез жизни:**

Родилась в г. Москве. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. Образование высшее.

Профессиональных вредностей нет.

Вредные привычки отрицает.

Перенесенные заболевания: в 7 лет – ветряная оспа

Аллергические реакции на кошачью, собачью шерсть, растительный и животный пух, химические агенты, строительную пыль, проявляющиеся чиханием, сухим кашлем с астматическим компонентом.

Наследственность не отягощена.

**Status praesens**

На момент осмотра: общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7 оС жалоб, указывающих на патологию органов систем кровообращения, дыхания, пищеварения не предъявлялось.

**ЛОР-статус.**

***Нос и околоносовые пазухи.***

При осмотре: наружный нос правильной формы, припухлостей и изменений кожных покровов в области носа не отмечается. При пальпации и поколачивании в области наружного носа и околоносовых пазух болезненности не выявлено.

При передней риноскопии: перегородка носа не изменена, слизистая оболочка носовых раковин гиперемирована, отечна в области нижней носовой раковины, справа в среднем носовом ходе отмечается скопление гнойного отделяемого. Просвет носового хода справа значительно сужен.

Носовое дыхание ослаблено, через правый носовой ход более затруднено, чем через левый. Обоняние, со слов больной, сохранено.

***Глотка.***

При фарингоскопии: слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без высыпаний. Зубы санированы. Язык чистый, влажный. Небная миндалина слева за дужки не выступает, справа резко увеличена (гипертрофия II степени), бледно-розового цвета, спаек с дужками нет, лакуны без патологических изменений, при надавливании на переднюю дужку патологического отделяемого нет. Дужки бледно-розового окраса, патологических изменений не определяется. Слизистая оболочка задней стенки глотки розового цвета, блестящая, влажная. Лимфоидные гранулы не видны.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

При задней риноскопии: свод свободен, дифференцируются устья слуховых труб. Задние концы носовых раковин не увеличены, глоточная миндалина не изменена.

При гипофарингоскопии: слизистая оболочка валекул, надгортанника бледно-розовой окраски, не инфильтрирована. Грушевидные синусы свободны.

***Гортань.***

Дыхание осуществляется свободно. Гнусавости голоса не определяется.

При наружном осмотре: нормальной формы, при пальпации хрящи гортани подвижны, ощущается крепитация.

При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка надгортанника, черпалонадгортанных и вестибулярных складок бледно-розовая, не инфильтрирована. Края голосовых складок беловатого цвета, движения их симметричны. Во время фонации смыкаются полностью. Подскладочное пространство, видимый отдел трахеи не изменены

***Уши.***

**AD:**

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно.

При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отечности нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено. Слуховая труба проходима.

**AS:**

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно.

При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отечности нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено. Слуховая труба проходима.

**Слуховой паспорт.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **AD** | **ПАРАМЕТРЫ** | **AS** |
| - | шум в ухе | - |
| 6 метров | шепотная речь | 6 метров |
|  | разговорная речь |  |
| + | Опыт Ринне | + |
| = **AS** | опыт Вебера | **= AD** |
| + | опыт Желле | + |
|  | Звукопроводимость |  |
| 60 сек | С128 воздушная | 60 сек |
| 30 сек | С128 костная | 30 сек |

Заключение: Нарушений звуковосприятия и звукопроведения не выявлено.

**Вестибулометрия:**

- Головокружение, рвоты, потери равновесия – нет.

- Спонтанный нистагм – нет.

-Спонтанное отелонение рук - не выявлено

- Пальценосовая проба – в норме.

- Пальцепальцевая проба – в норме.

- В позе Ромберга устойчива

- Прямая походка не изменена.

- Фланговая походка не нарушена.

- Адиадохокинез не выявлен.

Заключение: вестибулярных расстройств нет, возбудимость вестибулярного аппарата нормальная, симметричная.

**Клинический диагноз:** хронический правосторонний гнойный гайморит.

**Обоснование диагноза**:

Диагноз хронического правостороннего гнойного гайморита можно поставить основываясь на:

характерных жалобах больной на волнообразное течение болезни, характеризующееся чередованием периодов ремиссии и обострения процесса, на затруднение носового дыхания, особенно справа, наличия гнойных выделений из носа, боли в проекции правой верхнечелюстной пазухи, возникающие во второй половине дня из-за не достаточного оттока гнойного секрета через соустье, расположенного у верхней стенки пазухи;

данных передней риноскопии: гиперемия и отек слизистой оболочки в области нижней носовой раковины справа, скопление гнойного отделяемого в среднем носовом ходе, сужение просвет носового хода справа.

**Дифференциальный диагноз.**

Необходимо проводить с:

Хроническим полипозным гайморитом при котором при передней риноскопии определяются полипы (доброкачественные образования с гладкой поверхностью голубовато-серой окраски) в среднем носовом ходе. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется пятнистость верхнечелюстных пазух.

Фронтитом при котором пациенты предъявляют жалобы на головную боль в области лба, ощущение тяжести в проекции лобных пазух (усиливающиеся утром). При передней риноскопии определяюстя гнойные или слизистого характера выделения в среднем носовом ходе. На рентгенограмме определяется гомогенное затемнение одной или обеих пазух.

Этмоидитом при котором пациентов беспокоит заложенность носа, гнойные или слизистые выделения, ощущение тяжести у корня носа, головная боль в области лба. При передней риноскопии определяется отечность слизистой оболочки в области среднего носового хода, скопление гнойного секрета. На рентгенограмме видно затемнение ячеек решетчатого лабиринта.

Сфеноидитом при котором пациентов беспокоит боль в затылочной области, ощущение. Что голова находится в тесной каске, нарушение сна, головокружение и шаткость при ходьбе, слабость, ослабление памяти. При осмотре можно выявить офтальмоплегию, птоз, экзофтальм, слезотечение. При задней риноскопии выявление стекания гноя по задней стенке носоглотки, при отсутствии изменений при передней риноскопии.

**План лечения.**

Больной показана эндоскопическая операция на правой верхнечелюстной пазухе.

Целью эндоскопической операции является расширение отверстия пазухи для восстановления вентиляции и дренажа пораженной пазухи через физиологический путь.

В послеоперационный период применение Флуимуцил-антибиотика ИТ путем введения в околоносовые пазухи по 1-2 мл раствора 1 раз в сутки в течение 7 дней, и 0,1% раствора нафтизина интраназально по 3 капли 3 раза в день в течение 5 дней.

Rp.: Fluimucili - Antibiotici IT 0,5

D. t. d. N 7 in fl.

S. Содержимое флакона растворить в 4 мл. воды для инъекций. Вводить в правую верхнечелюстную пазуху по 2 мл 1 раз в сутки.

#

Rp.: Sol. Naphthyzini 0,1 % 10 ml

D. S. Капли в нос (по 3 капли 3 раза в день)