МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РФ

**Владивостокский Государственный Медицинский Университет**

**Кафедра оториноларингологии*.***

Зав. кафедрой: профессор Обыденников Г.Т.

Преподаватель кафедры: Таранова С.В.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**ФИО:** 13 лет.

**Клинический диагноз**: Острый двухсторонний гнойный гаймороэтмоидит.

**Осложнения:**

Куратор: студентка 501 гр. п/ф

Пантюхова Л.А.

Дата курации: 12.05.05

Владивосток

2005г.

Паспортная часть

1. Ф.И.О.:– 13 лет.
2. Адрес: ул. Русская 43 – 15.
3. Место учебы: СШ №
4. Дата поступления: 9.05.05
5. Дата курации: 12.05.05

# **Жалобы при поступлении.**

Жалобы на заложенность носа, головную боль, обильное гнойное отделяемое из носа.

## **Жалобы на момент курации.**

Жалобы на заложенность носа, головную боль.

**Анамнез жизни**

Родился в Приморском крае в 1992 году вторым ребенком второй беременности. Течение беременности физиологическое. Вес при рождении 3200г., рост 52 см. Пуповина отпала на третьи сутки. Закричал сразу. Рос и развивался соответственно возрасту.

Перенесенные заболевания: аппендэктомия в 2003 году.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Эпидемиологический анамнез: инфекционный гепатит, малярию и туберкулёз отрицает. Последние 6 месяцев кровь не переливалась, контакта с инфекционными больными не имел.

Наследственность не отягощена.

Травм не переносил.

### **Анамнез заболевания**

### В течении 2 – х недель, когда на фоне перенесенной инфекции появилась заложенность носа. С 5.05.05 беспокоит сильная головная боль, заложенность носа, обильное гнойное отделяемоеиз носа. 9.05.05 состояние ухудшилось. Был доставлен бригадой СМП в ЛОР отделение ДГКБ №1 с диагнозом острый двухсторонний гнойный гаймороэтмоидит.

### Проведена пункция верхних гайморовых пазух – получен гной с обеих сторон. По экстренным показаниям был госпитализирован.

##### Объективное исследование

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное. Температура тела 36,4 АД 90/60, ЧСС 82 ударов в мин.

Подкожно-жировая клетчатка 1,5см. Вес 33кг, рост 152см. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые чистые. Пигментация не выявляется, отеков и расширенных вен нет.

## **Органы дыхания**

Осмотр грудной клетки

При осмотре грудная клетка нормостенической формы, симметричная. Эпигастральный угол прямой. Над- и подключичные ямки глубокие, одинаковые с обеих сторон. Ход ребер обычный. Межреберные промежутки не расширены. Дыхание грудного типа. Частота дыхания составляет 18 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины. Обе половины грудной клетки участвуют в акте дыхания равномерно. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено.

Пальпация грудной клетки

Грудная клетка при сдавливании упругая, податливая. При пальпации целостность ребер не нарушена, поверхность их гладкая, болезненность при ощупывании ребер, межреберных промежутков и грудных мышц не выявляется.

Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаковое на симметричных участках грудной клетки.

Сравнительная перкуссия легких

При сравнительной перкуссии определяется ясный легочный звук

Аускультация легких

При сравнительной аускультации легких по сегментам с обеих сторон определяется везикулярное дыхание. Бронхофония без изменений.

#### **Сердечно-сосудистая система**

При осмотре деформаций в прекардиальной области нет. Пульсаций не видно.

При пальпации верхушечный толчек в V межреберье по левой медиоклавикулярной линии, не разлитой, ширина 0,5 см, высота 0,5 см, резистентный, несильный. Сердечного толчка нет. Симптом “кошачьего мурлыканья” отрицательный. Аортальной пульсации и пульсации легочной артерии нет.

При аускультации тоны сердца ритмичные, звучные. I тон на верхушке не изменен. II тон на легочной артерии не изменен. II тон на аорте не изменен. III и IV тонов нет. Тон открытия митрального клапана отсутствует. Расщепления и раздвоения тонов нет, шумов нет.

Пульс хорошего наполнения и напряжения. Частота сердечных сокращений 82 ударов в минуту. Артериальное давление - 90/60 мм рт.ст.

## **Органы пищеварения**

**Осмотр полости рта**

Слизистая полости рта и глотки бледно-розовая, чистая, влажная, губы не изменены. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Язык розовый, с белым налетом у корня (легко снимается), влажный, вкусовые сосочки хорошо выражены, запаха изо рта нет.

Миндалины не выступают из-за небных дужек, однородные, с чистой поверхностью, лакуны неглубокие, без отделяемого, акт глотания не нарушен.

**Исследование живота**

**При осмотре** живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания не определяются.

**Пальпация живота**

При пальпации живот безболезненный, пупочное кольцо не расширено.

**Перкуссия живота**

При перкуссии определяется “кишечный” (тимпанический) перкуторный звук.

**Аускультация живота**

При аускультации живота выявляются шумы перистальтики кишечника в

виде периодического урчания и переливания жидкости. Шум трения брюшины отсутствует.

**Исследование желудка**

**При пальпации** болезненности нет, на 2,0 см выше пупка прощупывается большая кривизна желудка в виде мягкого, гладкого, малоподвижного, безболезненного валика, идущего поперечно позвоночнику в обе стороны от него. Шум плеска над желудком методом суккуссии не выявляется.

**Исследование печени**

**При осмотре** области проекции печени ограниченного или диффузного выбухания, расширения кожных вен и анастомозов, кровоизлияний, сосудистых “звездочек” не обнаружено.

**Перкуссия печени**

Верхняя граница печени находится на уровне V ребра, нижняя граница – по правой срединно-ключичной линии на уровне нижнего края реберной дуги, по передней срединной линии – на границе верхней и средней трети расстояния между мечевидным отростком и пупком. По левой реберной дуге – на уровне VII ребра.

Границы печени по Курлову: 9-8-7 см.

**Пальпация печени**

Нижний край печени острый, ровный, мягкий, безболезненный, на 1 см выступает из-под реберной дуги, передняя поверхность печени не пальпируется.

**Исследование желчного пузыря**

При осмотре области проекции желчного пузыря на правое подреберье в фазе вдоха выпячивания или фиксации этой области нет.

При поверхностной пальпации в этой области болезненности и резистентности передней стенки живота нет.

При глубокой пальпации желчный пузырь не прощупывается.

**Исследование селезенки**

При осмотре подреберья в области проекции селезенки выбухания не отмечено.

Перкуторные границы селезенки по левой средней подмышечной линии: верхняя – на IX ребре, нижняя – на XI (ширина притупления – 5 см); края селезенки по X ребру: задний по лопаточной линии, передний по передней подмышечной (длина притупления – 7 см). Селезенка в положении лежа на спине и на правом боку (по Сали) не пальпируется.

## **Органы мочевыделительной системы**

Поясничная область **при осмотре** не изменена.

Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются.

**Проникающая пальпация** в проекции почек и мочеточников безболезненна с обеих сторон, симптом Пастернацкого отрицательный справа и слева.

**При аускультации** шумы над почечными артериями отсутствуют.

Мочевой пузырь пальпаторно и перкуторно не выявляется.

## **Исследования нервно-психической системы**

Рефлексы (зрачков на свет, корнеальные, глоточные, ахилловы, коленные) сохранены. Судорог, параличей, изменения чувствительности нет, менингиальных симптомов не обнаружено.

## **Эндокринные железы**

Симптомов гипертиреоза, микседемы, гигантизма, нанизма, поражений гипофиза, аддисоновой болезни нет. Оволосение и вторичные половые признаки соответствует полу и возрасту.

# **План обследования.**

1. Клинический анализ крови
2. Общий анализ мочи
3. ЭДС
4. Рентгенография придаточных пазух носа.
5. Кал на я/г + энтеробиоз
6. Мазок из зева и носа на дифтерию

**Результаты обследований**

1. Клинический анализ крови

Эритроциты -   
 Hb -   
 Цвет. Показатель -   
 Лейкоциты -   
 эозинофилы - %  
 палочкоядерные - %  
 сегментоядерные - %  
 Лимфоцитов - %  
 Моноцитов - %  
 CОЭ - мм/ч

1. общий анализ мочи.  
   Цвет желтый Белок 0  
   Прозрачность прозрачная Сахар 0  
   Реакция кислая Уробилин (-)  
   Уд. вес 1026 Желч. пигменты (-)
2. Отоскопия – барабанные перепонки AD=AS серые, блестящие, опознавательные знаки четкие.
3. На рентгенограмме п/п носа от 09.05.05: снижена пневмотизация верхнечелюстных пазух с обеих сторон + решетчатой кости.

**Дифференциальный диагноз**

**Обоснование диагноза**

Диагноз выставлен на основании:

Жалоб больной - на гноетечение из правого уха, снижение слуха на правое ухо, шум в ушах. Головокружение, заторможенность, слабость, шаткость походки.

Анамнеза заболевания - ухо болит с детства, обострение процесса наблюдается с ноября 2003года. В феврале 2004года удалены грануляции из правой барабанной полости, отмечалось улучшение. В августе присоединилась невропатия лицевого нерва. 25 августа произведена общеполостная операция на правом ухе.

Данных отоскопии - тотальное прободение барабанной перепонки округлой формы – выставлен диагноз

Обострение хронического гнойного тотального мезотимпанита справа, полость после радикальной операции. С осложнением – невропатия лицевого нерва.

**Лечение**

1. Стол №15
2. Режим общий
3. Медикаментозное лечение

Rp.: Sol. Acidi Borici 3%

Проводить промывание уха 1 раз в день

Rp.: Sol. Tetraoleani 250mg

Sol. Natrii chloridi 0,9% -50ml

Suspensio Hydrocortisoni 2,5% - 2ml

Промывать ухо через аттиковую канюлю 1 раз в день

Rp.: Aerosoli “Oxycortum”

Инстиллировать аэрозоль в широкую ушную раковину, введенную в наружный слуховой проход.

1. Физиотерапевтическое лечение

При отсутствии гноя Уф облучение через тубус

1. Витаминотерапия

Rp.: Tab. “Complivitum”

По 1 таблетке 3 раза в день

Прогноз для жизни и трудоспособности благоприятный.

**Список литературы**

1. Пальчун В.Т. «Оториноларингология», М-1997
2. Пальчун В.Т, атлас «Болезни уха, горла и носа», М-1991
3. Солдатов И.Б. «Лекции по оториноларингологии», М-1990
4. Машковский М.Д. «Лекарственные средства», М-2002