**Ф.И.О.** – \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Возраст** – 70 лет ( 25.09.1930 г. )

**Профессия** – пенсионерка, до выхода на пенсию работала вахтером. Имеет 2 группу инвалидности ( ИБС ).

**Дата поступления в клинику** – 4.06.2001 г.

**Место жительства** – г. Москва, ул. Костромская, 12 а – 15.

 Тел.: 902-14-81.

**Диагноз при поступлении :** – правосторонний гайморит, двусторонний гайморит ?

**Отделение** – ЛОР.

**Палата** – 324.

Больная предъявляет жалобы на неприятные болевые ощущения в области носа и околоносовой области, которые постепенно нарастают, менее выражены утром и нарастают к вечеру. Болевые ощущения резкие, интенсивные, постоянные, усиливаются при наклоне головы, чихании.

Появился насморк, сначала с прозрачным, а затем с желто-зеленым отделяемым, преимущественно с правой стороны. Больная также жалуется на затруднение носового дыхания, чувство « заложенности » носа. Голос приобрел гнусавый характер. Появилось нарушение обоняния.

У больной повысилась температура тела до 37,5\* С.

Больная испытывает постоянные головные боли, чувство

« тяжести в голове », слабость, ощущение « разбитости », повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, бессонницу.

Больная считает себя заболевшей с 24.05.2001 года, когда после переохлаждения появились неприятные болевые ощущения в области носа и околоносовой области, которые постепенно нарастают, менее выражены утром и нарастают к вечеру. Болевые ощущения резкие, интенсивные, постоянные, усиливаются при наклоне головы, чихании. В тот же день появился насморк, сначала с прозрачным, а спустя 2 дня - с желто-зеленым отделяемым, преимущественно с правой стороны. Больная стала испытывать затруднение носового дыхания, локализующееся в правой половине носа, чувство

« заложенности » носа. Голос приобрел гнусавый характер. Появилось нарушение обоняния.

У больной повысилась температура тела до 37,5\* С.

Больная последние 10 дней испытывает постоянные головные боли, чувство « тяжести в голове », слабость, ощущение « разбитости », повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, бессонницу.

С этими жалобами больная обратилась в поликлинику по месту жительства, откуда и была направлена в

ЛОР – отделение ГКБ № 50 на дальнейшее обследование и лечение.

Солдатова Вера Алексеевна родилась в г. Москве в семье рабочих. С детства физически и интеллектуально развивалась согласно возрасту, от сверстников в развитии не отставала. Работала вахтером, условия работы удовлетворительные, без профессиональных вредностей. Характер и условия труда на протяжении всей жизни менялся не существенно. На пенсию вышла в 1986 году в возрасте 56 лет.

В Великой Отечественной войне участия не принимала.

Замужем, имеет сына, внуков.

**Вредные привычки :** наличие вредных привычек отрицает. Не курит, алкоголь, наркотики не употребляет.

**Перенесенные заболевания :**

Грипп, ОРЗ, ангины.

Гипертоническая болезнь сердца, стенокардия, ишемическая болезнь сердца, радикулит, остеохондроз.

Перенесла также аппендэктомию в 1967 году.

С 1982 года страдает сахарным диабетом 2 типа.

В 1988 году – холецистэктомия.

Дважды была оперирована по поводу грыжи белой линии живота.

1988 г – удаление полипов носа.

В течение последних 20 лет страдает вегето-сосудистой дистонией.

1993 г – сильное носовое кровотечение, была госпитализирована в ЛОР-отделение ГКБ № 50.

Имеется 2-я группа инвалидности ( ИБС ).

Психические травмы и конфликтные ситуации в течение жизни отрицает.

За стоматологической помощью обращалась регулярно. Осложнений в процессе стоматологической помощи не помнит.

**Семейный анамнез :**  не отягощен.

**Аллергологический анамнез :** аллергические реакции на « Коринфар », поллиноз.

Самочувствие удовлетворительное, общее состояние здоровья больной удовлетворительное, состояние сознания ясное. Положение активное.

Телосложение правильное, осанка правильная, конституциональный тип по гиперстенческому типу.

Рост- 160 см.

Вес- 70 кг.

Температура тела-36,7\*С, ознобов нет.

Кожные покровы бледно-розового цвета, теплые, чистые, тургор снижен, соответственно возрасту. Наличия пигментаций, депигментаций, сыпи, расчесов, рубцов, шелушений, пролежней не обнаружено.

Оволосение по женскому типу, волосы седые.

Ногти правильной формы, без трофических нарушений.

Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно.

Отеки на момент осмотра отсутствуют.

**Лимфатическая система.**

Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены в размере, плотной консистенции, размером 1 см, безболезненны, подвижны.

Мышечная система

развита слабо, мышцы безболезненны, тонус слабый. Тремора, паралича, парезов, уплотнений не выявлено.

**Костно-суставная система.**

Болей в костях нет. При ощупывании и поколачивании плоских костей болезненность не выявлена. Деформаций в костях не обнаружено.

Болей в суставах нет. Суставы правильной конфигурации.

Болезненности при пальпации и в движении не отмечается. Хруст и флюктуация отсутствуют. Объем активных и пассивных движений в суставах сохранен в полном объеме.

Цвет кожных покровов в области суставов без нарушения окраски.

**Эндокринная система**.

При осмотре передней поверхности шеи щитовидная железа не увеличена в размере, при ориентировочной пальпации поверхность железы гладкая, узлов нет, безболезненная. При осмотре наблюдаем равномерное распределение подкожно-жирового слоя. Оволосение по женскому типу.

Кашля нет. Болей в грудной клетке, удушья нет.

Носовое дыхание ослаблено с двух сторон, слизистая оболочка носа резко отечна. Дыхание через нос затруднено с обеих сторон. В носовых ходах с двух сторон гнойное отделяемое. Болезненность в области верхнечелюстной пазухи. Боли в горле при глотании, в гортани при разговоре не возникает. У больной наблюдается небольшой гнусавый оттенок в голосе. Обоняние несколько снижено.

Нос без деформации, окраска кожи бледно-розового цвета. Грудная клетка гиперстеническая, симметричная с обеих сторон, без видимых деформаций.

Число дыханий в минуту – 20 дыханий / мин, вдох в 2 раза короче выдоха. Тип дыхания грудной, дыхание ритмичное, средней глубины. Обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания.

Дыхание – везикулярное. Патологические шумы отсутствуют.

При осмотре грудная клетка в области сердца не деформирована. Верхушечный толчок визуально не определяется.

При аускультации : ритм сердца неправильный, выслушиваются отдельные преждевременные сокращения с последующей паузой.

ЧСС - 80 ударов в минуту.

Тоны сердца глухие.

Пульсация периферических удовлетворительная.

Пульс аритмичный, частый, слабого напряжения, удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках.

При пальпации сосудистая стенка артерий и вен эластичная, упругая, безболезненная.

PS – 80 ударов в мин

АД – 140/90

Систолическое – 140

Диастолическое – 90

Пульсовое - 50

Аппетит не нарушен. Жажда, сухость во рту не беспокоят. Жевание, глотание, и прохождение пищи по пищеводу свободное. Изжога, отрыжка, тошнота и рвота не отмечаются. Иногда беспокоят запоры. Вздутия, урчания, тяжести в животе нет. Стул регулярный, оформленный, 1 раз в день, акт дефекации безболезненный, без зуда в заднем проходе, отхождение газов свободное.

Запах изо рта обычный. Слизистая губ бледно-розового цвета, без нарушения целостности, умеренно увлажнена, язв и трещин на губах не выявлено.

Слизистая внутренней поверхности губ, щек, твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, чистая, без изъязвлений, трещин, геморрагий и пигментаций.

*Зубная формула:*

 К К

1. 0 0 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 6 0 0

 0 0 0 0 0 0 0 1 1 2 3 0 0 0 0 0

 К К К К

В ретенционных зонах обозначается мягкий зубной налет белесоватого цвета, десны бледно-розового цвета, без геморрагий. Целостность не нарушена.

Язык розового цвета, обложен сероватым налетом, у корня сосочки языка атрофированы, умеренно увлажнен, без нарушения целостности поверхности, отечности, воспаления нет.

Живот правильной округлой формы, симметричен, передняя брюшная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Расхождения прямых мышц живота не наблюдается, видимая перистальтика желудка и кишечника отсутствуют. При поверхностной пальпации живот мягкий, безболезненный; напряжения нет.

В области желчного пузыря болезненность не наблюдается.

Печень, поджелудочная железа, селезенка не пальпируется, болезненности при пальпации не выявлено.

Поясничная область и область мочевого пузыря безболезненна. Мочеиспускание свободное, безболезненное, преимущественно в дневное время суток, 5-6 раз в день. Пальпаторно почки не определяются, болезненность при пальпации отсутствует. Симптом поколачивания отрицательный. Почечные (реберно-мышечные и реберно-позвоночные) и мочеточниковые (верхние и нижние) точки безболезненны.

Половая система развита согласно возрасту.

Сознание ясное, интеллект не нарушен, контактность сохранена, память несколько снижена, сон нарушен. Головные боли, головокружения на момент осмотра не беспокоят.

Речь связная. Походка не нарушена. Судороги, параличи не выявлены.

Зрение снижено. Отмечается снижение слуха.

Обоняние незначительно нарушено.

##### Нос.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. лобная пазуха
2. глазница
3. решетчатая кость
4. верхняя носовая раковина
5. средняя носовая раковина
6. нижняя носовая раковина
7. средний носовой ход
8. верхний носовой ход
9. верхнечелюстная пазуха
10. нижний носовой ход
11. общий носовой ход
12. перегородка носа
 |

Наружный нос правильной формы, без деформаций. Окраска кожи бледно-розового цвета. Носовое дыхание затруднено обеих сторон. Обоняние несколько снижено. При пальпации придаточных пазух носа определяется болезненность в области верхнечелюстной пазухи, а также болезненность в проекции левой лобной пазухи. В проекции точек выхода ветвей тройничного нерва болезненности нет.

Передняя риноскопия: Перегородка носа несколько смещена в правую сторону.

Слизистая оболочка носовой полости отечна, гиперемирована, особенно в области среднего носового хода, гнойное отделяемое стекает из-под средней носовой пазухи.

У больной отмечается симптом Заблодского – Десятовского: при наклоне головы вниз и вбок, наблюдается истечение отделяемого из пазухи противоположной стороны.

##### Носоглотка.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. клетки решетчатого лабиринта
2. лобная пазуха
3. клиновидная пазуха
4. верхняя носовая раковина
5. средняя носовая раковина
6. нижняя носовая раковина
7. отверстие слуховой трубы
8. язычная миндалина
9. твердое небо
10. надгортанник
11. носоглотка
12. ротоглотка
13. гортаноглотка
 |

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. носоглоточная миндалина
2. Ямка Рюзентюллера
3. устье слуховой трубы
4. глоточный конец слуховой трубы
5. мягкое небо
6. язычок мягкого неба
7. передняя небная дужка
8. задняя небная дужка
9. нижняя носовая раковина
10. средняя носовая раковина
11. верхняя носовая раковина
12. хоаны
 |

Задняя риноскопия: свод свободный, хоаны широкие, глоточная миндалина в норме, устья слуховых труб открыты.

**Ротоглотка.**

Слизистая оболочка полости рта – розовая, умеренно увлажнена.

*Зубная формула:*

 К К

1. 0 0 0 0 3 0 0 0 0 0 0 0 6 0 0

 0 0 0 0 0 0 0 1 1 2 3 0 0 0 0 0

 К К К К

Слизистая оболочка твердого и мягкого неба бледно-розового цвета, чистая, без изъязвлений, трещин, геморрагий и пигментаций.

Твердое и мягкое небо симметрично. Язычок мягкого неба расположен по средней линии. Небные дужки контурируются. Слизистая задней стенки глотки – розовая. Небные миндалины увеличены, 1 степени ( выступают на 1/3 расстояния от края передней небной дужки до средней линии глотки ), не спаяны с небными дужками, чистые с поверхности, лакуны не расширены, отделяемого в лакунах нет. Мягкое небо подвижно. Шейные лимфатические узлы не пальпируются.

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. корень языка
2. задняя стенка ротоглотки
3. небная миндалина
4. устья лакун небной миндалины
5. язычок мягкого неба
6. передняя небная дужка
7. задняя небная дужка
8. мягкое небо
 |

**Гортаноглотка. Гортань.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. надгортанник
2. подъязычная кость
3. щитовидный хрящ
4. перстневидный хрящ
5. хрящи трахеи
6. вестибулярная складка
7. гортанный желудочек
8. голосовая складка
9. черпалонадгортанные складки
10. вестибулярный отдел
11. голосовой отдел
12. подскладочный отдел
	1. Вестибулярный отдел
	2. Голосовой отдел
	3. Подскладочный отдел
 |

Гортанная часть глотки:

Конфигурация шеи не изменена, пальпация гортани и ее хрящей безболезненна, пассивно подвижна. Симптом крепитации хрящей выражен.

Подчелюстные лимфатические узлы слегка увеличены в размере, плотной консистенции, размером 1 см, безболезненны, подвижны.

Глубокие шейные, задние, преларингеальные, претрахеальные – не пальпируются.

Гипофарингоскопия: язычная миндалина в норме, валлекулы свободны, надгортанник обычной конфигурации, грушевидные синусы свободны.

Непрямая ларингоскопия : слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства и вестибулярных складок розового цвета, влажная, с гладкой поверхностью. Голосовые складки перламутрово-серые, надгортанник развернут в виде лепестка, голосовые складки при фонации симметрично-подвижные, полностью смыкаются.

**Гортань при дыхании.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | 1. черпалонадгортанная складка
2. надгортанник
3. складка преддверия
4. голосовые складки
5. черпаловидные хрящи
6. просвет трахеи
7. черпалонадгортанные складки
8. язычная миндалина при фонации
9. межчерпаловидное пространство
10. грушевидные синусы
 |

При вдохе – голосовая щель широкая. Подкладочное пространство – свободное. Верхние кольца трахеи – бледно-розового цвета, без видимых изменений.

**Уши.**

|  |  |
| --- | --- |
|  | * 1. расслабленная часть
	2. натянутая часть
	3. световой конус
	4. пучок
	5. рукоятка молоточка
	6. передняя складка молоточка
	7. задняя складка молоточка
	8. короткий отросток молоточка

Квадранты барабанной перепонки: Передненижний1. Задненижний
2. Задневерхний
3. Передневерхний
 |

**Правое ухо :**

ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка ушной раковины и козелка – безболезненна. Наружный слуховой проход – широкий, содержит умеренное количество серы. Барабанная перепонка серого цвета, с перламутровым оттенком, стянута. Короткий отросток и рукоятка молоточка, передние и задние складки хорошо различимы. Световой конус также хорошо виден. Изменений при отоскопии не отмечается. Перфорации барабанной перепонки не обнаружено. Полипы и грануляции отсутствуют. Проходимость слуховой трубы не нарушена.

**Левое ухо :**

ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка ушной раковины и козелка – безболезненна. Наружный слуховой проход – широкий, содержит умеренное количество серы. Барабанная перепонка серого цвета, с перламутровым оттенком, стянута. Короткий отросток и рукоятка молоточка, передние и задние складки хорошо различимы. Световой конус также хорошо виден. Изменений при отоскопии не отмечается. Перфорации барабанной перепонки не обнаружено. Полипы и грануляции отсутствуют. Проходимость слуховой трубы не нарушена.

**Слуховой паспорт.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **АD** |  | **AS** |
| ----------- | Шум в ухе | ----------- |
| 5 м | Шепотная речь | 5 м |
| 7 м | Разговорная речь | 7 м |
| 22 сек | Воздушная проводимостьС128 | 22 сек |
| 19 сек | Костная проводимостьС128 | 19 сек |
| 31 сек | Воздушная проводимостьС2048 | 31 сек |
| + | Опыт Вебера | + |
| + | Опыт Швабаха | + |
| + | Опыт Ринне | + |
| + | Опыт Желле | + |

 ***Заключение :***

Слуховой анализатор в норме.

**Вестибулометрия.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правая сторона |  | Левая сторона |
| ---------- | Субъективные ощущения | ---------- |
| ---------- | Спонтанный нистагм | ---------- |
| попадает | Пальцеуказательная проба | попадает |
| попадает | Пальценосовая проба | попадает |
| устойчив | Проба Ромберга | устойчив |
| нет | Проба на адиадохокинез | нет |
| выполняет | Прямая походка | выполняет |
| выполняет | Фланговая походка | выполняет |
| ---------- | Прессорная проба | ---------- |

***Заключение о состоянии вестибулярной функции:***

Ориентация в пространстве не нарушена, вестибулярный аппарат без патологии.

### ***Общий анализ крови ( 5.06.2001) :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Результат | Норма |
| Гемоглобин  | МЖ | 138 | 135,0 – 165,0120,0 – 140,0 | Г/л |
| Эритроциты | МЖ | 4,4 | 4,2 – 5,23,7 – 4,7 |  1210 /л |
| Цветной показатель | 0,9 | 0,89 – 1,05 |  |
| Среднее содержание гемоглобина в 1 эритроците |  | 30,0 – 35,0 | пг |
| Ретикулоциты |  | 2,0 – 10,0  | %0 |
| Тромбоциты | 246 | 180,0 – 320,0 |  910 /л |
| Лейкоциты | 5,3 | 4,0 – 10,0 |  910 /л |
| Нейтрофилы | Миелоциты |  | ---------------- |  910 /л |
| Метамиелоциты |  | ---------------- |  910 /л |
| Палочкоядерные |  | 1,0 | 1,0 – 6,0 |  910 /л |
| Сегментоядерные |  | 56,0 | 47,0 – 72,0 |  910 /л |
| Эозинофилы |  | 1,0 | 0,5 – 5,0 |  910 /л |
| Базофилы |  |  | 0 – 1,0 |  910 /л |
| Лимфоциты |  | 36,0 | 19,0 – 37,0 |  910 /л |
| Моноциты |  | 6,0 | 3,0 – 11,0 |  910 /л |
| Плазматические клетки |  | ---------------- |  910 /л |
| СОЭ | МЖ | 22,0 | 2,0 – 6,08,0 – 10,0 | Мм/ч |

### ***Анализ мочи ( 5.06.2001 ).***

Цвет - соломенно - желтый.

Прозрачность – неполная.

Относительная плотность – 1010.

Реакция – кислая.

Белок – отсутствует.

Глюкоза – не обнаружено.

Микроскопия.

Эритроциты – неизмененные 2-3 в п/з.

Лейкоциты – 4-5 в п/з.

Эпителий плоский - немного.

Рентгенограмма грудной клетки.

Легочные поля: прозрачные.

Корни легких не расширены.

Диафрагма подвижна.

Синусы свободные.

Аорта и сердце в пределах возрастных изменений.

**Острый двусторонний гайморит.**

Ставим на основании жалоб больного, анамнеза, данных осмотра, дополнительных и лабораторных исследований.

Больная предъявляет жалобы на неприятные болевые ощущения в области носа и околоносовой области, которые постепенно нарастают, менее выражены утром и нарастают к вечеру. Болевые ощущения резкие, интенсивные, постоянные, усиливаются при наклоне головы, чихании.

Появился насморк, сначала с прозрачным, а затем с желто-зеленым отделяемым, преимущественно с правой стороны. Больная также жалуется на затруднение носового дыхания, чувство « заложенности » носа. Появилось нарушение обоняния. У больной повысилась температура тела до 37,5\* С. Больная испытывает постоянные головные боли, чувство « тяжести в голове », слабость, ощущение « разбитости », повышенную утомляемость, отсутствие аппетита, бессонницу. Все это соответствует поставленному диагнозу.

При сборе анамнеза выявляем факторы, предрасполагающие к возникновению данного заболевания:

 состояния, нарушающие носовое дыхание: частые простудные заболевания, аллергическое заболевание носа, т.к острый насморк обычно сопровождается острым воспалением в придаточных пазухах.

 нарушение иммунитета, к которому приводят длительные хронические заболевания ( сахарный диабет, гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца и т.д. ), аллергические состояния (поллиноз ), возраст ( 70 лет).

 несвоевременное и неправильное лечение простудных заболеваний.

Данные осмотра:

Носовое дыхание затруднено обеих сторон. Обоняние несколько снижено. При пальпации придаточных пазух носа определяется болезненность в области верхнечелюстной пазухи, а также болезненность в проекции левой лобной пазухи.

Передняя риноскопия: Перегородка носа несколько смещена в правую сторону.

Слизистая оболочка носовой полости отечна, гиперемирована, особенно в области среднего носового хода, гнойное отделяемое стекает из-под средней носовой пазухи.

У больной отмечается симптом Заблодского – Десятовского: при наклоне головы вниз и вбок, наблюдается истечение отделяемого из пазухи противоположной стороны.

В общем анализе крови наблюдается повышение СОЭ, что

является косвенным признаком острого воспалительного процесса.

Все эти данные свидетельствуют о наличии у пациентки острого двустороннего гайморита.

Острый двусторонний гайморит следует дифференцировать:

 с острым ринитом 3 степени

 с хроническим катаральным ринитом

 с хроническим гиперпластическим ринитом

 с хроническим атрофическим ринитом

Острый ринит 3 степени наступает через несколько дней - неделю. Всегда двусторонний. Остается заложенность носа, выделения густые, гнойного характера, больные жалуются на слабость, головную боль, появляется чиханье, слезотечение, снижается обоняние, изменяется тембр голоса.

Хронический катаральный ринит. Периодическая заложенность носа и обильное слизистое отделяемое. При риноскопии видны застойная разлитая гиперемия и равномерная отечность слизистой оболочки. Больные указывают, что левая половина носа заложена при положении на левом боку, правая – на правом, носовое дыхание затруднено в положении лежа на спине. Общее состояние обычно не страдает. Полное исчезновение отечности слизистой оболочки носа после закапывания сосудосуживающими каплями указывает на хронический катаральный ринит. Если отечность не исчезает после смазывания поверхности слизистой раствором адреналина - хронический гиперпластический ринит.

Хронический атрофический ринит. Больные жалуются на сильную сухость в носу, образование корок, затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа, нарушение обоняния, возникновение перфорации перегородки носа.

При риноскопии: носовые ходы очень широкие, слизистая оболочка бледная, истонченная, в носовых ходах на поверхности раковин скопления вязкого отделяемого желтой окраски, образующего большие корки.

 Постельный режим.

 Жаропонижающие средства

( ацетилсалициловая кислота, амидопирин, анальгин, парацетамол ).

 Сульфаниламидные препараты

( этазол, норсульфазол, сульфадимезин, фтазин ).

 Антибиотики широкого спектра действия

( Ампициллин по 0,5 – 1,0 г внутрь каждые 4 – 6 часов,

Олететрин по 0,5 каждые 4 – 6 часов внутрь,

 Левомицетин по 0,5 – 0,75 г 4 – 6 раз в день ).

Благоприятное действие оказывают также ингаляции антибиотиков ( Биопарокс ).

 Антигистаминные средства

( Димедрол, Дипразин, Супрастин, Тавегил, Телфаст, Кларитин ).

 Гипосенсибилизирующие средства

( пипольфен, кальция хлорид ).

 Витамины.

(Витамин В1, В6 - внутримышечно, Аснитин, Аэровит, Пентовит, Гептавит, Декамевит, Ундевит, Квадевит, Олиговит, Триовит ).

 Местное применение сосудосуживающих препаратов, которые можно использовать в виде капель, спреев, ингаляторов.

(адреналин, нафтизин, тизин, навизин, санорин, ксимелин, назол, галазолин, «для нос» и т. д. )

При закапывании стараются направить капли в область среднего носового хода.

 Физиотерапевтическое лечение: лампа синего света, соллюкс, токи УВЧ, ультрафиолетовое облучение. Перед каждым сеансом УВЧ –терапии рекомендуется введение в нос сосудосуживающих средств. Диатермию назначают после стихания острых явлений при хорошем оттоке содержимого из пазухи.

 Прокол верхнечелюстной пазухи производится как с диагностической, так и с лечебной целью специальной иглой или троакарами. Можно использовать иглу для спинномозговой пункции.

Пунктирование верхнечелюстной пазухи осуществляется через нижний носовой ход. Пункция проводится в такой последовательности :

1. Анестезия слизистой оболочки нижнего носового хода смазыванием 10 % раствором тримекаина, в случае непереносимости – 10 % раствором димедрола.
2. Введение на 5 минут в средний носовой ход зонда с ватой, пропитанной адреналином, для расширения соустья пазухи.
3. Введение под контролем зрения в свод нижнего носового хода ( где костная ткань тоньше ) специальной пункционной иглы так, чтобы ее конец был направлен на латеральный угол глазницы.
4. После прокола стенки пазухи иглу соединяют со шприцем и производят отсасывание содержимого. Определяют его характер, забирают материал для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Затем промывают пазуху дезинфицирующими растворами.
5. После того как промывная жидкость становится прозрачной, в пазуху через иглу вводят лекарственные средства (растворы антибиотиков, ферментов). Больного следует уложить на бок на 30 минут, чтобы введенное лекарство не выливалось через соустье.

Обычно пункция пазухи проходит благополучно, однако возможны и осложнения: проникновение иглы, прошедшей через пазуху, наполненную гноем, в глазницу и возникновение вследствие этого флегмоны глазницы, проникновение конца иглы в мягкие ткани щеки в случаях, когда игла прошла и через переднюю стенку пазухи. В особо тяжелых случаях возможно возникновение воздушной эмболии, развитие коллапса и шока.

Поскольку каждая пункция для больного является событием стрессового характера, в случаях, когда предполагается прибегать к повторному, иногда многократному пунктированию, лучше уже после первой пункции ввести в созданное в стенке пазухи отверстие полиэтиленовую трубочку, которая хорошо фиксируется в созданном при проколе отверстии и не бывает видна снаружи. Через эту трубочку можно как угодно долго производить промывание пазухи и вводить лекарственные вещества.

Прогноз для жизни благоприятный.

Сводится к повышению защитных сил организма, его закаливанию. С этой целью рекомендуются занятия физкультурой и спортом, прогулки на свежем воздухе, водные процедуры, лечение заболеваний носа, ведущих к нарушению носового дыхания. При сильном насморке запрещается сильное сморкание, способствующее попаданию слизи в верхнечелюстные пазухи. Следует избегать переохлаждений.

Можно посоветовать санаторно –курортное лечение.