## МЗРФ

ВЛАДИВОСТОКСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ

МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ

# Кафедра оториноларингологии.

Зав. кафедрой: д.м.н.,

проф. Обыденников Г. Т.

Преподаватель: к.м.н.,

доцент Таранова С. В.

##### История болезни

Больного., 9 лет.

Клинический диагноз:

Основной: Острый двусторонний гнойный гайморит.

Осложнения: нет.

Сопутствующий: нет.

Куратор: студент 510 гр.

 лечебного факультета Ефиценко Е. В.

Владивосток 2003 г.

**I. Паспортная часть.**

1. Фамилия, имя, отчество ребенка:
2. Возраст: 9 лет.
3. Национальность: азербайджанец.
4. Дата поступления в клинику: 18.11.2003,

 в 1200.

1. Домашний адрес: пос. Трудовое, ул. Советская 19-47
2. Детское учреждение: школа № 79, 2Г класс.

**II. Жалобы больного при поступлении в клинику.**

Предъявляет жалобы на заложенность носа, обильное слизисто-гнойное отделяемое, головные боли в области лба, усиливающиеся при наклоне вперёд, слабость, плохое общее самочувствие.

**III. Начало и течение настоящего заболевания.**

Заболел месяц назад: отмечались насморк, кашель, повышение температуры до 37,5. Обратился в поликлинику по месту жительства. Больному было назначено следующее лечение: прогревание носа, сосудосуживающие капли в нос (санорин). Эффект был незначительный. В течение месяца держалась субфебрильная температура. Наблюдалось обильное отделяемое из носа слизисто-гнойного характера, появилась головная боль в области лба, усиливающаяся при наклоне вперед. Для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения участковым врачом больной был направлен в лор отделение ГКБ№1.

**IV. Анамнез жизни.**

Ребенок родился от первой беременности, первым ребенком в семье. Беременность протекала благополучно, роды естественным путем, без осложнений. Период новорожденности протекал спокойно. Ребенок в течение первого года жизни находился на естественном вскармливании. Умственно и физически после первого года жизни рос и развивался нормально, не отставая от своих сверстников. Посещал ясли и детский сад, с 6 лет читает, пошел в школу с 7 лет.

Перенесенные заболевания: редко ОРВИ, легкой степени тяже­сти, длительностью 5-7 дней, без осложнений. На диспансерном учете не стоит. Корью, скарлатиной, дифтерией, ветряной оспой, коклюшем, эпидемическим паротитом, краснухой не болел.

Аллергологический анамнез - не отягощен. Непереносимости пищевых и лекарственных веществ не отмечено. Гемотрансфузии не выполнялись.

Материально-бытовые условия и уход. Семья состоит из трех человек, родители здоровы. Семья проживает в отдельной трехкомнатной квартире. Родители заботятся о здоровье ребенка, выполняют все рекомендации врача-педиатра, состояние своего здоровья оценивают как хорошее. С 7 лет посещает школу, осваивает школьную программу, успеваемость хорошая, учиться легко. Длительность ночного сна составляет 9 часов.

Привычные интоксикации: не курит, спиртные напитки не употребляет.

Наследственный анамнез: в семье наблюдаются онкологические заболевания (рак желудка у деда, по линии отца), других заболеваний, которые могут передаваться по наследству не выявлено.

 Эпидемиологический анамнез: с инфекционными больными (в том числе ВИЧ-инфицированными) не контактировал, укусам насекомых, грызунов, больных животных не подвергался.

**V. Данные объективного исследования.**

**Состояние больного** на момент курации удовлетворительное, самочувствие хорошее.

**Положение в постели** активное.

**Сознание больного** ясное.

**Нервная система.** Настроение спокойное, ровное, сон глубокий, спокойный. Больной свободно общается.

**Состояние кожи и видимых слизистых оболочек.** Кожные покровы цвета легкого загара, умеренно влажные. Толщина кожной складки 1 см, эластичная. Видимые слизистые оболочки – розовые

Подкожно-жировая клетчатка однородной консистенции, распределена равномерно, отеков не наблюдается.

**Состояние мышечной системы.** Мышечная система нормально развита, соответствует возрасту.

**Состояние костной системы.**

Патологических искривлений позвоночника и конечностей нет. Суставы нормальной конфигурации, гиперемии кожи в области суставов нет. Активные и пассивные движения в конечностях - в полном объеме.

**Лимфатическая система**. Периферические лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненны.

**Органы дыхания.**

Нос прямой, дыхание через нос затруднено, наблюдается скудное слизисто-гнойное отделяемое. Гортань без деформаций. Голос ровный, без осиплости. Кашля, мокроты нет.

При осмотре грудная клетка правильной, нормостенической формы, симметричная. Обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Тип дыхания смешанный. Вспомогательные дыхательные мышцы не участвуют. Частота дыхания 18 в минуту. Голосовое дрожание равномерно проводится над симметричными участками грудной клетки.

При сравнительной перкуссии на фоне физиологических особенностей на симметричных участках грудной клетки над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук.

Верхние и нижние границы легких при топографической перкуссии не изменены.

Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Побочные дыхательные шумы отсутствуют. Бронхофония проводится равномерно над всей легочной поверхностью, на симметричных участках.

**Сердечно - сосудистая система.**

При осмотре шеи пульсация сонных артерий, набухание и пульсация шейных вен отсутствуют, пульсации в эпигастральной области не выявлено.

Верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью 2 кв. см., умеренной силы, средней амплитуды.

Границы относительной тупости сердца:

- правая - на 0,5 см кнаружи от правой парастернальной линии;

- верхняя - во II межреберье у левого края грудины;

- левая - в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии.

Границы абсолютной тупости:

- правая - левый край грудины;

- верхняя - III межреберье;

- левая - между левой срединно-ключичной и парастернальной линиями.

В пяти классических точках аускультации выслушивается 2 тона и две паузы. Тоны ритмичные, ясные. Шумы и патологические ритмы не выслушиваются. Ритм сердца правильный. ЧСС 80 ударов в минуту.

*Пульс* одинаковый на правой и левой лучевых артериях. Частота пульса – 80 в минуту. Ритм правильный. Пульс умеренного напряжения и наполнения, средней величины, нормальной формы. Артериальное давление 110/70 мм. рт. ст. на обеих руках.

**Желудочно-кишечный тракт.**

Слизистые полости рта, зева и губы розового цвета, блестящие, без патологических изменений. Язык влажный, необложен. Миндалины розового цвета, не увеличены, без признаков воспаления. Ротовая полость санирована.

Живот округлой формы, симметричный, равномерно участвует в акте дыхания.

*При перкуссии* над всей поверхностью отмечается кишечный тимпанит разной степени выраженности.

*При поверхностной пальпации*: влажность и тургор кожи сохранены, живот не напряжен. Болезненности не отмечается. Расхождение мышц живота, расширения вен передней брюшной стенки не выявлено.

*При глубокой пальпации* болезненности не отмечается. Сигмовидная кишка пальпируется в левой подвздошной области в виде гладкого плотноватого цилиндра толщиной 1,5 см, как безболезненное, легко смещаемое образование, не урчит.

Слепая кишка - в виде умеренно напряженного цилиндра диаметром 1,5 см, урчит при надавливании, легко смещается, безболезненна.

Восходящая ободочная и нисходящая ободочная кишки не утолщены, диаметром 1,5 см.

Поперечная часть ободочной кишки - в виде цилиндра умеренной плотности толщиной 1,5 см на один сантиметр выше пупка, подвижна, безболезненна.

*При аускультации* выслушивается перистальтика кишечника.

Стул самостоятельный, регулярный, 1 раз в сутки, оформленный, обычного цвета и запаха.

Болезненности в области проекции поджелудочной железы не выявлено.

При пальпации печень мягкая, гладкая, безболезненная, край закруглен-ный, расположен на 1 см ниже края реберной дуги.

Перкуторное определение границ абсолютной печеночной тупости

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| линии | верхняя граница | нижняя граница |
| parasternalis dextra | у верхнего края VI ребра | на 1 см ниже края реберной дуги |
| medioclavicularis dextra | на VI ребре | на 1 см ниже края реберной дуги |
| axillaris anterior dextra | на VII ребре | на X ребре |

Перкуторное определение размеров печени по Курлову:

По правой среднеключичной линии - 8 см;

По передней срединной линии - 7 см;

По краю реберной дуги - 6 см.

Желчный пузырь пальпаторно не прощупывается..

*Исследование селезенки.*

При перкуссии: верхняя граница - на уровне ІX ребра,

 нижняя граница - на уровне XІ ребра.

Размеры селезеночной тупости: поперечник - 5 см,

 длинник - 6 см.

Селезенка не пальпируется.

**Мочевыделительная система.**

При осмотре поясничной области видимой деформации, гиперемии нет. Почки не пальпируются. Пальпация по ходу мочеточников и в области мочевого пузыря безболезненна. Симптом поколачивания по поясничной области отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание 5-6 раз в сутки, самостоятельное, безболезненное.

**Эндокринная система.**

Нарушения роста и массы тела нет. Щитовидная железа визуально не определяется, пальпируется перешеек как тонкий тяж эластической консистенции, безболезненный, гладкий, смещаемый при глотании. Наружные половые органы без патологии. Вторичные половые признаки: отсутствуют. Половое развитие соответствует полу и возрасту ребенка.

**VI. ЛОР – статус.**

НОС И ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА

Форма наружного носа правильная, деформаций костей и хрящей стенок визуально и пальпаторно не выявлено. Кожные покровы носа телесного цвета, обычной влажности. Пальпация передней стенки лобных пазух у места выхода первой и второй ветвей тройничного нерва безболезненна. Отмечается умеренная болезненность пердней стенки вернечелюстных пазух.

 Передняя риноскопия: Преддверие носа справа и слева свободно, на коже его имеются волосы. Слизистая оболочка носа гиперемирована, отечна, раковины не изменены, выявляется скопление гнойного секрета в общем, больше в среднем носовом ходе, стекающего из под средней раковины. Носовая перегородка стоит по средней линии, не имеет значительных искривлений. Дыхание через носовые ходы затруднено. Обоняние не нарушено.

ПОЛОСТЬ РТА

Слизистая полости рта розовая, гладкая, влажная, чистая. Десна, внутренняя поверхность щек без изменений. Устья выводных протоков слюнных желез отчетливо видны.Зубы санированы. Язык чистый, розовый, влажный, сосочки выражены умеренно.

РОТОГЛОТКА

Небные дужки контурируются. Слизистая мягкого неба, небных дужек розовая, влажная, чистая. Небные миндалины не увеличены, не выходят за пределы небных дужек, розовые, лакуны чистые. Задняя стенка глотки влажная, розовая. Глоточный рефлекс сохранён. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

НОСОГЛОТКА

Задняя риноскопия: Хоаны и свод носоглотки свободны, слизистая оболочка глотки и раковин розовая, гладкая, задние концы раковин не выходят из хоан, сошник стоит по средней линии. Устья слуховых труб хорошо контурируются, свободны. Глоточная миндалина розовая, не увеличена.

 ШЕЯ

Область шеи без видимых изменений. Кожа шеи телесного цвета, нормальной влажности. Набухание и пульсация шейных вен отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы (подчелюстные, подбородочные, передние и задние шейные) не увеличены. Пальпируется перешеек щитовидной железы, как тонкий тяж эластической консистенции, безболезненный, гладкий, смещаемый при глотании.

ГОРТАНЬ И ГОРТАНОГЛОТКА

Непрямая ларингоскопия: Видны надгортанник в виде развернутого лепестка, два бугорка черпаловидных хрящей. Слизистая розовая, влажная, чистая. Язычная миндалина не гипертрофированна. Валекулы свободны. Грушевидные ямки свободны. Надгортанник подвижный, ход в гортань свободный.

Гортань правильной формы, пассивно подвижна, слизитая розового цвета, влажная и чистая. Слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства и вестибулярных складок розового цвета, влажная с гладкой поверхностью, голосовые складки серого цвета, не изменены, при фонации симметрично подвижны, смыкаются полностью. Голосовая щель треугольной формы. Подсвязочное пространство свободно. Дыхание свободное. Голос звучный.

 ТРАХЕЯ, БРОНХИ

При непрямой ларингоскопии видны верхние кольца трахеи, покрытые бледно-розовой слизистой оболочкой.

 ПИЩЕВОД

Прохождение пищи свободное.

 УШИ

 Правое ухо.

Ушная раковина правильной формы. Контуры сосцевидного отростка не изменены. Пальпация ушной раковины, сосцевидного и скулового отростков, козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Содержит умеренное количество серы. Патологического содержимого нет. Барабанная перепонка серого цвета с перламутровым оттенком. Короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передние и задние складки хорошо контурируются.

 Левое ухо.

Ушная раковина правильной формы. Контуры сосцевидного отростка не изменены. Пальпация ушной раковины, сосцевидного и скулового отростков, козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий. Содержит умеренное количество серы. Патологического содержимого нет. Барабанная перепонка серого цвета с перламутровым оттенком. Короткий отросток и рукоятка молоточка, световой конус, передние и задние складки хорошо контурируются.

Слуховой паспорт.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тесты | Правое ухо | Левое ухо |
| С Ш | - | - |
| Ш Р | 6 м | 6 м |
| РР | 20 м | 20 м |
| Камертон С128  возд./костн. | 30 /20с | 30/20 с |
| Камертон С2048 | 60 с | 60 с |
| Латерализация звука в опыте Вебера | нет | нет |
| Опыт Ринне | + | + |
| Проходимость слуховых труб | проходима | проходима |

 Аудиограмма.

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

*Заключение о состоянии слуха:* звуковосприятие и звукопроведение не нарушено.

Вестибулярный паспорт.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| правая сторона | Тесты | левая сторона |
| нет | Головокружение и др. субъективные ощущения | нет |
| нет | Спонтанный нистагм | нет |
| нет | Спонтанная реакция отклонения рук | нет |
| не отклоняется | Пальцеуказательная проба | не отклоняется |
| не отклоняется | Пальценосовая проба | не отклоняется |
| нет | Адиадохокинез | нет |
| устойчив | Поза Ромберга | устойчив |
| устойчив | Спонтанное падение при поворотах головы | устойчив |
| выполняет | Ходьба с открытыми глазами | выполняет |
| выполняет | Ходьба с закрытыми глазами | выполняет |
| выполняет | Фаланговая походка | выполняет |
| нистагм влево появился через 30 с, продолжит. 40 с, среднеразмашистый, живой, II степени | Калорическая проба( 100 мл. 20о воды) | нистагм вправо появился через 30 с, продолжит. 40 с, среднеразмашистый, живой, II степени |

Вращательная проба

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| правая сторона |  | левая сторона |
| 20 с. | послевращательный нистагм | 20 с. |
| нет | падение, промахивания | нет |
| нет | защитные движения | нет |
| нет | вегетативные реакции | нет |

*Заключение о состоянии вестибулярно-мозжечковой системы:* вестибулярные функции не нарушены.

**VII. Предварительный диагноз.**

Основной диагноз: Острый двусторонний гнойный гайморит.

Сопутствующие заболевания: нет.

Осложнения: нет.

**VIII. План обследования.**

I. Обязательное исследование:

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Рентгенография органов грудной клетки.

II. Дополнительные специальные методы исследования:

1. Рентгенография придаточных пазух носа.

**IX. Результаты лабораторных и инструмен-тальных методов исследования.**

1. Клинический анализ крови от 19 .11.03г:*.*

Эритроциты – 4,41 х 1012/л

Гемоглобин – 142 г/л

Цветовой показатель – 0,9

СОЭ – 8 мм/час

Тромбоциты – 160 х 109 в 1 л

Лейкоциты – 5,1 х 109 в 1л

Нейтрофилы:

- палочкоядерные – 1%

- сегментоядерные – 55%

Эозинофилы – 3%

Базофилы – 1%

Лимфоциты – 36%

Моноциты – 4%

Заключение: норма.

2. Общий анализ мочи от 19.11.03г:

Цвет – соломенно-жёлтый

Реакция – щелочная

Удельный вес – 1010

Белок – отсутствует

Сахар – отсутствует

Эпителиальные клетки плоские – нет

Эритроциты – единичные в поле зрения

Лейкоциты – единичные в поле зрения

Бактерии – нет

Цилиндры – нет

*Заключение:* норма.

3. Рентгенография придаточных пазух носа от 18.11.03г: интенсивное гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух по сравнению с глазницами. Клетки решетчатого лабиринта визуализированы. Лобная пазуха пневмотизирована.

4. Рентгенография органов грудной клетки от 10.09.03г.

*Заключение:* отклонений от нормы не замечено.

**X. Дифференциальный диагноз.**

Дифференцировать острый гайморит от фронтита и этмоидита позволяет рентгенография придаточных пазух носа. Гомогенное затемнение пазух по сравнению с глазницами позволяет говорить о том или ином синусите.

Установить форму заболевания помогает диагностическая пункция верхнечелюстных пазух.

**XI. Клинический диагноз и его обоснование.**

Диагноз поставлен на основании:

1. *жалоб больного*: заложенность носа, обильное слизисто-гнойное отделяемое, головные боли в области лба, усиливающиеся при наклоне вперёд.
2. *анамнестических данных*: симптомы респираторного заболевания полностью не купировались проводимым лечением - наблюдалась обильное слизисто-гнойное отделяемое и постоянный субфебрилитет, позже появилась головная боль.
3. *данных объективного исследования*: выявление при передней риноскопии гиперемии, отека слизистой оболочки носовых ходов, скопления гнойного секрета, больше в среднем носовом ходе, стекающего из под средней раковины.
4. *рентгенографии придаточных пазух носа*: интенсивное гомогенное затемнение обеих верхнечелюстных пазух по сравнению с глазницами. Клетки решетчатого лабиринта визуализированы. Лобная пазуха пневмотизирована.

Итак, окончательный клинический диагноз:

Основной диагноз: Острый двусторонний гнойный гайморит.

Сопутствующие заболевания: нет.

Осложнения: нет.

**XII. Лечение.**

Цель лечения – улучшение оттока секрета из верхне-челюстных пазух путем расширения соустья, соединяющего пазуху с полостью носа.

*1. Режим* - общий.

*2. Диета* - №15 .

*3. Консервативное лечение.*

*Медикаментозная терапия.*

1. Назначение сосудосуживающих средств для улучшения оттока секрета из верхнечелюстной пазухи.

Rp.: Sol. Naphthyzini 0,1%-10 ml
 D.S. По пять капель в каждую половину носа 3 раза в день.

1. Назначение антибактериальной терапии, так как есть воспалительный процесс и гнойные выделения.

Rp.: Tab. Sulfapyridazini 0,5
 D.t.d.N. 20
 S. По 1 таблетки 3 раза в сутки.

*Физиотерапевтическое лечение.*

На область верхнечелюстных пазух физиотерапевтические воздействия (УВЧ-терапия №10).

*4. Хирургическое лечение.*

Диагностико-лечебные пункции гайморовых пазух с промыванием раствором фурациллина.

**XIII. Рекомендации пациенту.**

Закаливание организма и профилактика инфекционных заболеваний. Лечение всех хронических очагов инфекции. Прием поливитаминов. Исключение переохлаждения.

Прогноз – благоприятный, полное восстановление работоспособности.

**XIV. Литература, использованная при написании истории болезни.**

1. М.Д. Машковский, Лекарственные средства, Харьков, 1997.
2. Методические указания к практическим занятиям по оторинолярингологии для студентов медицинских институтов, Ленинград, 1981.
3. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Оториноларингология, М., 1997.
4. И.Б. Солдатов, Лекции по оториноларингологии. М., 1990.
5. Диагностический справочник терапевта, под редакцией Ч.А. Чиркина, Минск, 1993.