**Паспортные данные больного**

1. ФИО:

2. Возраст: 35 лет.

3. Профессия: не работает

4. Место жительства: Владивосток.

5. Дата поступления в стационар: 7 декабря 2010 года.

6. Дата курации: 9 декабря 2010 года.

**Жалобы:**

 На заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, чувство заложенности в ушах, на отделяемое из носовых ходов, стекающие по задней стенке глотки, желто-зеленого цвета, густое.

**ИСТОРИЯ НАСТОЯЩЕГО ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

 Считает себя больной 3 недели назад, когда впервые появились чувство заложенности в носу, нарушение носового дыхания с 2-х сторон, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5оС. Начало заболевания связывает с переохлаждением. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала сосудосуживающие капли в нос. В течение последующих двух недель появилась головная боль без четкой локализации, заложенность в ушах, после чего больная обратилась за помощью в поликлинику, где ей было назначено промывание полости носа антисептиками и физиолечение. Улучшения от назначенного лечения не наступило, в течение последующей недели усилились головные боли, особенно при наклоне вперед. Был сделан рентген-снимок, на котором был выявлен двусторонний воспалительный процесс в гайморовых и решетчатых пазухах. В результате больная была направлена на госпитализацию в лор-отделение.

**История жизни больного (Anamnesis vitae)**

Место рождения – город Владивосток. Родилась 1-м по счету ребенком. Физическое и психическое развитие в пределах нормы. Не работает. Образование – среднее.

*Жилищно-бытовые условия* – удовлетворительные. Питание регулярное, 3 раза в день, диеты не придерживается. Питается в основном дома. Пребывание на свежем воздухе – регулярное, физическая нагрузка умеренная.

*Перенесенные ранее заболевания и травмы:*

Операция по поводу острого аппендицита в 1993 году.

Острый гайморит в 2000 году, производили пункцию гайморовой пазухи.

Туберкулез, венерические заболевания, вирусные гепатиты отрицает.

*Семейный анамнез:* не отягощен.

*Половая и семейная жизнь:* Половое созревание происходило в срок, менструации с 13 лет, регулярные, безболезненные. Не замужем. Половая жизнь – с 17 лет.

*Эпидемиологический анамнез.* Контакты с инфекционными больными отрицает. Укусам насекомых, грызунов не подвергалась. В последние 1,5 – 2 месяца в отъезде не была.

*Привычные интоксикации:* курение, употребление алкоголя, наркотиков отрицает.

*Аллергологический анамнез:* наличие аллергических заболеваний у себя и родственников отрицает; переливания крови, введение сывороток не производилось; аллергические реакции на введение вакцин и прием медикаментов отрицает; реакции на употребление различных пищевых продуктов, напитков, на наличие запахов, пыльцы растений, шерсти животных, пыли, постельные принадлежности отрицает.

**Объективное обследование (Status praesens)**

ОБЩИЙ ОСМОТР БОЛЬНОГО.

Общее состояние - удовлетворительное. Сознание ясное. Положение – активное. Выражение лица - спокойное. Походка – свободная. Телосложение - правильное. Конституционный тип – нормостеник. Рост – 175см. Вес – 60кг. Индекс массы тела [ИМТ=вес (кг) /рост2 (м2)] – 19,6.

Кожные покровы – бледно-розовые; тургор сохранен, влажность умеренная. Тип оволосенения – по женскому типу. Слизистые оболочки (глаз, носа, губ, полости рта) – бледно-розового цвета, чистые. Отеки не обнаружены.

Лимфатические узлы: увеличен заднешейный лимфоузел справа до 1 см в диаметре, не спаянный с окружающей клетчаткой, мягкоэластической консистенции, подвижный; затылочные, шейные, околоушные, подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные, локтевые, паховые, подколенные) не увеличены.

Мышечная система: степень развития – обычная; тонус – обычный, болезненность при пальпации и движении не выявлена.

Кости: не изменены.

Суставы: обычной конфигурации; активные и пассивные движения – в полном объеме; болезненности при пальпации и при движениях не выявлено.

 ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ.

 Форма грудной клетки – нормостенисческая, грудная клетка симметрична с обеих сторон, над- и подключичные ямки выражены умеренно, лопатки плотно прилекают к грудной клетке, развитие мышц плечевого пояса нормальное.

 Обе половины грудной клетка одинаково участвуют в акте дыхания; тип дыхания – смешанный с преобладанием грудного; дыхание обычной глубины, ритмичное; число дыханий в минуту – 16. Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Пальпаторно грудная клетка безболезненна, эластична, межреберные промежутки – нормальной ширины; голосовое дрожание – равномерно проводится по всем легочным полям.

При проведении сравнительной перкуссии по методу Г.И.Сокольского над всей поверхностью легких, по всем топографическим линиям правого и левого легкого определяется ясный легочный звук.

 Аускультативно выслушивается везикулярное дыхание.

Бронхофония - выслушивается равномерно по всем легочным полям.

ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Верхушечный толчок визуально не определяется.

Пальпаторно верхушечный толчок определяется в 5 межреберье на 1 см кнутри от левой срединно-ключичной линии, площадью около 2см2 , умеренной высоты и силы, не резистентный, совпадающий по времени с пульсом на лучевой артерии.

Границы относительной тупости сердца: правая - в 4 межреберье, на 1см от правого края грудины; верхняя – в 3 межреберье по линии, идущей от левого грудинно-ключичного сочленения; левая – в 5 межреберье на 1 см кнутри от срединно-ключичной линии.

 Тоны сердца – ясные, чистые, ритмичные. Частота сердечных сокращений – 76 ударов в минуту.

При исследовании артериального пульса на лучевой артерии: пульс одинаковый на обеих руках по наполнению и времени появления пульсовых волн; частота – 76 в минуту, среднего наполнения, напряжения, средний по величине, медленный, ритмичный; дефицита пульса нет.

Артериальное давление

на правой руке: систолическое– 110мм рт. ст., диастолическое – 70мм рт. ст.;

на левой руке: : систолическое– 110мм рт. ст., диастолическое – 70мм рт. ст.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ:

Слизистая оболочка полости рта чистая, розовая, без патологических высыпаний; состояние зубов – нормальное; язык – обычной формы, чистый, влажный, розовый; десны не изменены, розовые; зев чистый, розовый, миндалины не увеличены.

Живот обычной формы, симметричный, принимает участие в акте дыхания.

При проведении поверхностной ориентировочной пальпации живота во всех топографических областях живот безболезненный, мягкий; симптом раздражения брюшины Щеткина-Блюмберга – отрицательный.

Перкуссия печени по методу Курлова:

Верхняя граница печени по правой срединной ключичной линии находится на уровне V межреберья (первая точка), нижняя граница по этой же линии - на уровне края правой реберной дуги (вторая точка); верхняя граница печени по передней срединной линии - на уровне основания мечевидного отростка (третья точка), нижняя граница по этой линии – на 9см выше пупка (четвертая точка); левая граница печени по левой реберной дуге – на уровне VII ребра (пятая точка).

Размеры печени:

первый размер (по правой срединной ключичной линии, между первой и второй точками) – 10см;

второй размер (по передней срединной линии, между третьей и четвертой точками) - 8см;

третий размер (между третьей и пятой точками) – 7см.

При пальпации печени по передней подмышечной, срединно-ключичной и передней срединной линии край печени не пальпируется.

Исследование селезенки:

Селезенка не пальпируется.

Перкуссия селезенки: длинник – 7см, поперечник – 5см.

Исследование поджелудочной железы:

 При пальпации поджелудочной железы по Гроту болезненность не выявлена.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

Мочеиспускание свободное, безболезненное

Область почек с обоих сторон не изменена, почки не пальпируются; мочевой пузырь не пальпируется. Симптом поколачивания – отрицательный.

ИССЛЕДОВАНИЕ НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКОЙ СИСТЕМЫ.

Сознание ясное. Интеллект сохранен. Память не нарушена. Настроение хорошее . Сон полноценный. Расстройств речи не наблюдается. Движения скоординированы. Реакция зрачков на свет – быстрая, содружественная. Корнеальные, глоточные рефлексы сохранены.

ЭНДОКРИННАЯ СИСТЕМА.

Визуально щитовидная железа не определяется. Наличие вторичных половых признаков соответствует полу.

**Предварительный диагноз.**

**Клинический диагноз**

**Основной:** Острый гнойный двусторонний гаймороэтмоидит.

**Сопутствующий:** нет

**Осложненный:**  нет

 **План обследования.**

1. Клинический анализ крови.
2. Общий анализ мочи
3. Анализ крови на ЭДС.
4. Рентгенография в носоподбородочной проекции.
5. Бактериологическое исследование отделяемого, полученного при пункции верхнечелючтной пазухи.

**Результаты обследования больного:**

**Клинический анализ крови (8.12.10):**

Гемоглобин – 130 г/л (норма: 130 – 160 г/л).

Эритроциты - 4,25 \*1012г/л (норма: 4,0 – 5,1\*1012г/л).

Лейкоциты – 9,1х109 /л (норма: 4 – 9 \*109/л)

СОЭ – 12 мм/час (норма: 1 – 10 мм\час).

Нейтрофилы:

 сегментоядерные – 57,7% (норма: 45-70%),

Лимфоциты – 34,5% (норма: 18 – 40%),

Моноциты – 7,8% (норма: 2-9%)

**Общий анализ мочи (8.12.10):**

Цвет – светло-желтый (норма: светло-желтый).

Удельный вес – 1015 (норма: 1012-1026).

Реакция слабокислая (норма: слабокислая).

 Белок – нет (норма: 0,033г/л ).

Сахар – нет (норма: отсутствует).

Эритроциты в поле зр. – ед. (норма: 0-2).

Лейкоциты в поле зр. – 4 -5 в п/з (норма: 0-3).

Эпителий пл. - 6 – 8 в п\з

Оксолаты - +

Слизь - +++

**Анализ крови на антиген ЭДС (8.12.10):** отрицательный.

**Бактериологическое исследование отделяемого, полученного при пункции верхнечелюстных пазух:**  данные исследования не получены.

**Рентгенологическое исследование пазух в носоподбородочной проекции (8.12.10):**

 На рентгенограмме определяется затемнение обеих верхнечелючтных пазух с горизонтальном уровнем жидкости с обеих сторон, слизистая пазух утолщена. Выявляется затемнение решетчатых пазух.

**Обоснование диагноза**

 На основании 1)полученных жалоб (на заложенность носа, затрудненное носовое дыхание, чувство заложенности в ушах, на отделяемое из носовых ходов, стекающие по задней стенке глотки, желто-зеленого цвета, густой консистенции);

2) данных анамнеза болезни (заболела 3 недели назад, когда впервые появилась заложенность в носу, нарушение носового дыхания с 2-х сторон, слабость, недомогание, повышение температуры до 37,5оС; начало заболевания связывает с переохлаждением, в течение последующего времени появились головная боль без четкой локализации, заложенность в ушах, усилились головные боли, особенно при наклоне вперед);

3) клинических данных ( А: передней риноскопии - слизистая полости носа отечна, гиперемирована с обеих сторон, общий носовой ход справа и слева сужен, отделяемое в небольшом количестве в области средней носовой раковины; Б: задней риноскопии - слизистая полости носа отечная, гиперемирована, имеется небоьшое количество гнойного отделяемого на уровне средней носовой раковины ; В: других данных объктивного осмотра - имеется увеличенный заднешейный лимфоузел справа до 1 см в диаметре, не спаянный с окружающей клетчаткой, мягкоэластической консистенции, подвижный);

4) параклинических данных (имеется небольшой лейкоцитоз, ускорено СОЭ);

5) данных рентгенологического исследования пазух в носоподбородочной проекции (затемнение обеих верхнечелючтных пазух с горизонтальном уровнем жидкости с обеих сторон, слизистая пазух утолщена, выявляется затемнение решетчатых пазух)

Следует поставить окончательный клинический диагноз - острый двусторонний гнойный гаймороэтмоидит.

**Дифференциальный диагноз**

Иногда встречаются трудности при проведении дифференциальной диагностики между риногенными и одонтогенными гайморитами. В развитии одонтогенного гайморита играют заболевания зубов, оперативные вмешательства на зубах и альвеолярном отростке верхней челюсти, сопровождающиеся перфорацией и инфицированием пазухи. Одонтогенные как правило моносинуситы. В развитии риногенного синусита имеет значения патология полости носа и в процесс вовлекаются несколько пазух. У данной больной патологии зубов не выявлено, а, напротив, имеется связь с острым воспалительным процессом в полости носа.

 При проведении дифференциальной диагностики между острой и хронической формой гайморита обращает на себя внимание длительность процесса. Если воспалительный процесс в пазухе не прекращается к конку 6 недели, то его следует считать хроническим. Для хронического процесса характерен гипертрофический процесс, который после анемизации слизистой не уменьшается. При остром процессе развивается воспалительный отек, который уменьшается при анемизации, улучшая носовое дыхание. Клиническое течение хронического гайморита характеризуется периодами ремиссий и обострений.

**План лечения**

1. Режим свободный.
2. Стол № 15.
3. Лекарственная терапия.
4. Местно - сосудосуживающие препараты (нафтизин) для улучшения оттока секрета из пазух.

Rr.: Sol. Naphthyzini 0,1% - 10 ml

D.S. По 2 капли в каждую половину носа 3 раза в день в течение 7 дней.

1. Антибиотикотерапия.

Rr.: Amoxyklavi 1,2

 D.t.d. N. 10.

 S. Содержимое флакона растворить в изотоническом растворе натрия хлорида непосредственно перед введением. Вводить внутримышечно по 1,2 2 раза в день.

Rr.: Sol. Natrii chloridi 0,98% - 2 ml

 D.t.d. N. 10 in amp.

 S. Для разведения антибиотиков.

3. Диагностическо-лечебная пункция правой и левой верхнечелюстной пазухи с промыванием растворами антисептиков (фурацилина) ежедневно в течение 7 дней.

4. Физиолечение (УВЧ, УФО).