**Министерство образования и науки РФ**

**Пензенский Государственный университет**

**Медицинский институт**

**Кафедра «Хирургия»**

**Курс «Стоматология»**

Заведующий кафедрой: д.м.н., проф.

Митрошин А.Н.

Преподаватель: к.м.н., доцент

Иванов П.В.

**Курсовая работа**

**Академическая история болезни**

---------------------------------

Куратор: --------------------

**1. Паспортная часть**

ФИО больного: ---------------------------

Возраст: 12.11.1959 (47 лет)

Профессия: не работает

Место жительства: --------------------------------------------------------

Дата и час поступления: 21.05.2007 , 14.55- 15.10

Кем направлен больной: областная поликлиника

Предварительный диагноз: Обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита слева.

Клинический диагноз: Обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита слева.

Аллергологический анамнез, переносимость антибиотиков: аллергических реакций не отмечает, все лекарственные препараты переносит хорошо

Дата курации: 21.05.2007 – 28.05.2007

**2. Жалобы**

Предъявлены жалобы в момент поступления на боль в верхней челюсти слева, отек на десне, ассиметрию лица.

*Основные жалобы:*

Жалобы на боли: постоянные, интенсивные боли локализующиеся в верхней челюсти слева.

Жалобы общего характера: слабость, недомогание, потеря аппетита, плохой сон.

Жалобы, связанные с нарушением функции органов:

Со стороны сердечно-сосудистой системы тоны сердца приглушены; со стороны дыхательной и пищеварительной систем патологии не обнаружено.

**3. История развития заболевания**

Со слов больного зимой заболел зуб на верхней челюсти слева, позже в апреле появился отёк, обратился к стоматологу по месту жительства, была назначена противовоспалительная терапия, зуб не удалили. Отёк прошёл, но сохранилась заложенность носа слева. Около 10-12 дней назад был удалён 6 зуб на верхней челюсти слева в городе Москва. Со слов больного, из лунки выделилось немного гноя. С тех пор беспокоит гнойное отделяемое из левого носового хода и боль в верхней челюсти слева. Был осмотрен лор-врачём в городе Пушкин 14.05.2007 года.

Диагноз: Левосторонний одонтогенный гайморит. Направлен 21.05.2007 года из Городищенской ЦРБ на консультацию в Областную больницу. Осмотрен лор-врачём, врачём-стоматологом областной поликлиники. Госпитализирован в 16 отделение.

**4. История жизни**

Родился в селе Верхняя Елюзань. Роды без особенностей, рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Родители здоровы. Климатические условия благоприятные. Воспитывался в семье с благоприятными социально-бытовыми условиями. С 6 лет посещал среднюю школу. Образование неполное среднее (6 классов). Питание регулярное, сбалансированное. Курит 2 пачки в день с 16 лет, алкоголем не злоупотребляет.

Эпидемиологический анамнез: отсутствие гепатита, туберкулеза, малярии, венерических заболеваний, ВИЧ-инфекции. Гемотрансфузий не проводилось.

Семейный анамнез. Женат, имеет 2 детей.

Наследственность. Наследственной предрасположенности нет.

Аллергологический анамнез: непереносимости на лекарственные препараты и продукты питания не отмечает.

**5. Объективное исследование больного**

**Общий осмотр**

Общее состояние больного: средней тяжести

Состояние сознания: ясное, ориентирован в пространстве и времени

Положение пациента: активное

Температура 36,8о С

Пульс 72 в минуту

ЧДД 16 в минуту

Артериальное давление правая рука120/80 мм. рт. ст.

Левая рука 115/80 мм.рт.ст.

Рост: 168 см

Тип телосложения: нормостенический

Вес: 65 кг

**Исследование кожи и слизистых оболочек:**

Кожа чистая, бледно-розового цвета, эластичная, тургор кожи сохранен, умеренно влажная.

Кровоизлияний, расчесов, рубцов, «сосудистых звездочек», ангиом нет. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет

Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет.

**Подкожная клетчатка:** развитие подкожной жировой клетчатки умеренное, распределена равномерно. Толщина кожной складки в области трехглавой мышцы плеча, лопатки, под ключицей – 2,5 см. Отеков нет. Подкожных опухолей нет, отеков нет. Локального патологического скопления жира не найдено.

**Лимфатические узлы**

При исследовании лимфатических узлов отмечено незначительное увеличение подчелюстных лимфатических узлов слева. Другие лимфатические узлы не пальпируются, что соответствует норме.

**Волосы, ногти**

Волосы пигментированы, чистые. Перхоти нет. Педикулеза не выявлено. Нарушений роста волос в виде чрезмерного роста на теле или облысения не обнаружено. Ногти гладкие, блестящие, без поперечной исчерченности.

**Опорно-двигательный аппарат**

Мышцы

Мышцы конечностей и туловища развиты удовлетворительно, тонус и сила сохранены, болезненности нет. Участков гипотонии, гипертрофии, парезов и параличей не обнаружено.

Кости.

Костная система сформирована правильно. Деформаций черепа, грудной клетки, таза и трубчатых костей нет. Плоскостопия нет. Осанка правильная. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага.

Суставы.

Все суставы не увеличены, не имеют ограничений пассивных и активных движений, болезненности при движениях, хруста, изменений конфигурации, гиперемии и отечности близлежащих мягких тканей не наблюдается.

**Органы дыхания**

Осмотр: носовое дыхание нарушено через левый носовой ход, гнойное густое отделяемое, внешних деформаций носа нет. Герпетические высыпания отсутствуют. Охриплости и афонии не выявлено. Шея правильной формы. Щитовидная железа не пальпируется.

Пульсация сонных артерий прощупывается с обеих сторон.

Набухания и пульсации яремных вен нет.

Ограничений подвижности нет.

Грудная клетка.

Грудная клетка нормостеничной конфигурации, ключицы расположены на одном уровне. Надключичные и подключичные ямки выражены удовлетворительно, расположены на одном уровне, при дыхании не изменяют своих форм.

Лопатки симметричны, двигаются синхронно в такт дыхания.

Тип дыхания смешанный. Дыхание ритмичное, ЧДД 16 в минуту.

Правая и левая половины грудной клетки двигаются синхронно.

Вспомогательная мускулатура в акте дыхания не участвует.

Окружности грудной клетки составляют 82 см на выдохе и 88 см на вдохе.

Экскурсия нижнего края легких достаточная 5 см

Пальпация грудной клетки: болевых точек не обнаружено, голосовое дрожание проводится с одинаковой силой в симметричных участках грудной клетки. Грудная клетка эластичная, хруста и крепитации нет.

Перкуссия легких: перкуторный звук легочный над передними, боковыми и задними отделами легких, одинаковый над симметричными участками.

Гамма звучности сохранена.

Топографическая перкуссия легких:

*Высота стояния верхушек легких*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Границы** | **Слева** | **Справа** |
| Спереди | 4 см | 4 см |
| Сзади | Ниже уровня седьмого шейного позвонка на 0,5 см с обеих сторон. | |

Ширина полей Кренига 7 см с обеих сторон

*Нижняя граница легких по линиям*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Границы** | **Правое легкое** | **Левое легкое** |
| Около грудинная линия | 5 межреб. | - |
| Средне ключичная линия | 6 ребро | - |
| Переднеподмышечная линия | 7 ребро | 7 ребро |
| Среднеподмышечная линия | 8 ребро | 8 ребро |
| Заднеподмышечная линия | 9 ребро | 9 ребро |
| Лопаточная линия | 10 ребро | 10 ребро |
| Околопозвоночная линия | Остистый отросток 11 грудного позвонка | |

Аускультации легких: в клиностатическом и ортостатическом

положениях при спокойном и форсированном дыхании определяется

физиологическое везикулярное дыхание над передними, боковыми и

задними отделами легких. Дополнительных дыхательных шумов не выявлено, хрипов нет.

**Сердечно-сосудистая система**

Осмотр сердечной области: при осмотре области сердца сердечного горба, выпячиваний в области аорты, пульсации над легочной артерией, а также эпигастральной пульсации в ортостатическом и клиностатическом положениях не обнаружено.

Пальпация: верхушечный толчок в 5 межреберье на 2 см кнутри от срединно-ключичной линии, положительный, ограничен, не усилен.

Перкуссия сердца:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Границы** | **Относительная тупость** | **Абсолютная тупость** |
| Правая | На 1,5 см от правого края груди | На уровне срединной линии тела |
| Верхняя | 3 ребро | 4 ребро |
| Левая | По левой срединно-ключичной линии в 5 межреберье | На 1,5 см кнутри от левой границы относительной тупости сердца |

Границы сердца соответствуют норме

Размеры сердца: поперечник 14 см, длинник 15 см.

Ширина сосудистого пучка 6.5 см.

Сердце имеет нормальную конфигурацию.

Аускультации сердца: ритм синусовый, в ортостатическом и клиностатическом положениях при спокойном дыхании и его задержке выслушиваются приглушенные тоны сердца. Расщепления и раздвоения тонов сердца, ритма галопа, дополнительных тонов (щелчок открытия митрального клапана, добавочный систолический тон) не обнаружено. Первый тон выслушивается на верхушке сердца после длительной паузы, совпадает с пульсовой волной на сонной артерии, громче, ниже второго тона. Второй тон на основании сердца, где выше и громче первого тона, следует после короткой паузы. Тоны сердца приглушены. Шумы не выслушиваются.

Исследование сосудов:Аорта не пульсирует. Извитости и видимой пульсации области височных артерий, "пляски каротид", симптома Мюссе и капиллярного пульса нет. Вены конечностей не переполнены. Сосудистых звездочек и "caput medusae" нет. Венный пульс не определяется.

Артериальный пульс на обеих лучевых артериях имеет одинаковуювеличину; пульс аритмичен, частота 79 в минуту, дефицита нет, пульс напряженный, твердый, полный , равномерный по наполнению, скорый по форме. Пульсовая волна пальпируется на височных, сонных, бедренных, подколенных артериях стопы.

При аускультации артерий и вен выслушиваются I и II тоны на aa.carotis communis и aa.subclaviae, на других артериях тонов нет. Шумов не отмечено. Над венами не выслушиваются ни тоны, ни шумы.

Артериальное давление ( столическое и диастолическое)

Правая рука 120 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Левая рука 115 мм рт. ст. 80 мм рт. ст.

Ширина сосудистого пучка – 6 см

**Мочевыводящая система**

Почки и мочевыводящие пути: гиперемия, припухлость кожи, сглаживание контуров поясничной области отсутствуют, симптом Пастернацкого отрицательный.

Левая и правая почки не пальпируются. Мочевой пузырь не определяется перкуторно.**Нервная система.**

Психоэмоциональная сфера: контакт с окружающими сохранен, память сохранена.

Зрение: одинаково обоими глазами; глазные щели нормальные, широкие, симметричные; положение глазных яблок в орбите нормальное; движение глазных яблок свободное; зрачки нормальной формы, величины, симметричны, содружественно, живо реагируют на свет; корниальный рефлекс сохранен. Лицо симметрично в покое и при движении. Слух сохранен с обеих сторон. Изменение объема движения языка не обнаружено.

Двигательная сфера: объемы движения рук и ног, походка сохранены, симптом Ромберга отрицательный.

Чувствительная сфера: болезненность по ходу нервных стволов отсутствует; поверхностная чувствительность (тактильная, болевая, температурная) сохранены, а в эпигастральной области повышена.

Менингиальные симптомы (симптом Кернига, ригидность затылка) отрицательны.

**Органы пищеварения**

Осмотр:

Язык обложен. Слюна густая и тягучая. Изо рта неприятный запах.

Живот нормальной округлой формы, симметричен. Не вздут, мягкий, безболезненный. Признаков расстройства портального кровотока, тромбоза и сдавления vv. сavae superior et inferior в виде головы медузы и усиления сосудистой сети на брюшной стенке не обнаружено.

Аускультация:

Желудок.

При перкуссии нижняя граница определяется на 3 см выше пупка, что

подтверждается при аускульто-аффрикции. Шум плеска не определяется. Большая кривизна расположена на 3 см выше пупка, стенка желудка ровная, эластичная, подвижная, безболезненная. Выслушивается периодическая перистальтика кишечника.

Перкуссия:

жидкость в брюшной полости методом флюктуации не определяется. Над всей поверхностью брюшной полости определяется тимпанический перкуторный звук.

Пальпация:

Поверхностная пальпация живота: болезненности нет, умеренное напряжение мышц брюшного пресса, расхождение прямых мышц живота, грыжи белой линии и пупочного кольца отсутствуют, симптом Щеткина- Блюмберга отрицательный.

Глубокая пальпация живота (глубокая методическая скользящая пальпация по Образцову - Стражеско):

Сигмовидная кишка расположена правильно в виде гладкого, плотноватого, безболезненного легко смещаемого цилиндра диаметром 3 см, урчания нет. Слепая кишка расположена правильно, диаметром 4 см, мягкой, эластичной консистенции, безболезненная, выявляется урчание.

Поперечно ободочная кишка расположена выше пупка на 2 см, диаметр 6 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, легко и значительно смещается, урчания нет.

Восходящая часть толстого кишечника расположена правильно, диаметр 2,5 см, эластичная, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Нисходящий отдел расположен правильно, диаметр 2 см, эластичный, стенка гладкая, ровная, подвижная, безболезненная, урчания нет. Большая кривизна желудка пальпируется в виде мягкого, эластического валика, практически безболезненного. Привратник пальпируется в виде эластичного, косорасположенного безболезненного цилиндра, размером 2 см.

Печень и желчные пути: печень не выступает за край реберной дуги, эластичная, безболезненна при пальпации, край острый. Размеры по Курлову: по правой срединно-ключичной линии 9 см, по передней срединной линии 8 см, по левой реберной дуге 7 см.

Селезенка:

Осмотр: выпячиваний и дефомации в области селезенки нет, по данным перкуссии – длинник –8 см, поперечник 6 см; не пальпируются.

**Местные изменения (status lokalis)**

Лицо практически симметричное, незначительно увеличены лимфатические узлы подчелюстные слева, безболезненные. Открытие рта в полном физиологическом объёме. В полости рта лунка 26 в стадии эпителизации, гнойного отделяемого нет. Умеренная гиперемия слизистой оболочки в области передней стенки гайморовой пазухи и в области лунки 26. пальпация безболезненна.

На рентгенограмме ППН – затемнение левой пазухи больше половины, не исключено сообщение с лункой. Рото – носовая проба отрицательна.

Диагноз: обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита слева.

**6. Предварительный диагноз**

Предварительный диагноз: обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита слева.

Обоснование: Предварительный диагноз поставлен на основании жалоб больного на постоянные, интенсивные боли локализующиеся в верхней челюсти слева; данных анамнеза заболевания о том, что считает себя больным около 10-12 дней, когда был удалён зуб на верхней челюсти слева, появился отек; данных обьективного исследования - незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей верхней челюсти слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта 26 зуб удалён, лунка в стадии эпителизации, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага и увеличение подчелюстных лимфатических узлов слева, а также результатов проведенного лабораторно-инструментального исследования (повышение СОЭ, лейкоцитоз), данных рентгенографии верхней челюсти: на рентгенографии верхней челюсти слева затемнение левой пазухи более половины, не исключено сообщение с лункой.

**7. План обследования**

Общий анализ крови, биохимический анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография верхней челюсти.

**8. Результаты лабораторного и инструментального исследования больного**

Рентгенография верхней челюсти: На рентгенограмме верхней челюсти слева – затемнение левой пазухи более половины, не исключено сообщение с лункой. Рото – носовая проба отрицательна.

Диагноз: обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита.

**Общий анализ крови: 22.05.07**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показатели | Норма |
| Гемоглобин | 149 | 118-166 г\л |
| Эритроциты | 4,79 | 3,5-5,0 \*10 12 л |
| Лейкоциты | 9,9 | 4,0-9,0\* 10 9 л |
| Нейтрофилы:  палочкоядерные  сегментноядерные | 6  53 | 1-6%  45-70% |
| Базофилы | 1 | 0-5% |
| Лимфоциты | 33 | 18-40% |
| Моноциты | 7 | 2-9% |

СОЭ 12 мм/час

**Биохимический анализ крови 22.05.07**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Показатели | Норма |
| Общий белок | 68 | 65-85 ммоль/л |
| ПТИ | 88 | 6,9-10,5% |
| Билирубин | 13,6 | 8,5-20,5 ммоль/л |
| Глюкаоза | 5,2 | 3,5-5,5ммоль/л |

**Общий анализ мочи: 23.05.07**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Показатели |
| Количество | 150 мл |
| Прозрачность | Прозрачная |
| Реакция | Кислая |
| Цвет | Желтая |
| Плотность | 1021 |
| Белок | нет |

**Микроскопический анализ мочи: 15.03.07**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Показатели |
| Эпителий:  переходной | 0-1 в поле зрения |
| Лейкоциты | 5-6в поле зрения |

**9. Клинический диагноз**

Клинический диагноз: обострение хронического одонтогенного гнойного верхнечелюстного синусита слева.

Обоснование: Клинический диагноз поставлен на основании жалоб больного на острые, постоянные, интенсивные боли локализующиеся в верхней челюсти слева; данных анамнеза заболевания о том, что считает себя больным около 10-12 дней, когда был удалён зуб на верхней челюсти слева, появился отек ; данных обьективного исследования - незначительная ассиметрия лица за счет воспалительного отека мягких тканей верхней челюсти слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта 26 зуб удалён, лунка в стадии эпителизации, слизистая оболочка вокруг отечная, пальпация болезненная. Слизистая оболочка альвеолярного отростка гиперемирована и отечна как со стороны преддверия полости рта, так и с небной стороны, высыпаний нет. Десны отечны и гиперемированы, не кровоточивы, разрыхлены. Язык нормальной формы и величины, влажный, обложен, выраженность сосочков в пределах нормы. Трещин, прикусов, язвочек нет. Слизистая глотки розового цвета, влажная, гладкая, блестящая, налетов, изъязвлений, рубцов нет. При пальпации определяется болезненность по наружной поверхности челюсти в области воспалительного очага и увеличение подчелюстных лимфатических узлов слева, а также результатов проведенного лабораторно-инструментального исследования (повышение СОЭ, лейкоцитоз), данных рентгенографии верхней челюсти: на рентгенографии верхней челюсти слева затемнение левой пазухи более половины, не исключено сообщение с лункой.

**10. План и методы лечения больного**

1. Клинико-лабораторное обследование, консультация лор-врача.

2. Антибактериальная терапия:

Rp.: Cefotaxim 1,0

D.t.d. №10

S. Содержимое флакона развести в 5 мл физиологического раствора. Вводить глубоко в ягодичную мышцу.

3. Местное лечение:

* Rp. : Sol.Naphthyzini 0,1%

D.t.d. № 2

S. Капли в нос по 1 капле 3 раза в день в течение 5 дней.

* Пункция верхнечелюстной пазухи.

**23.05.07.**

Прокол был произведён через нижний носовой ход, предварительно была выполнена анемизация нижнего и среднего носового ходов путем смазывания 2% раствором дикаина с адреналином. После прокола получено жидкое зловонное гнойное содержимое и после этого при слабом давлении налита промывная вода. При обратном токе получена молочно-мутная жидкость с комками гноя. Затем произведено промывание пазухи дезинфицирующим раствором: раствором фурацилина.

Rp.: Sol. Furacilini 0, 02%

D.t.d. № 5

S. Для промывания верхнечелюстной пазухи методом перемещения жидкости. Жидкость вводят в пазуху через иглу, а выводят через естественное соустье пазухи с носом вместе с содержимым пазухи. При промывании голову нужно наклонить вперед или вниз, чтобы вода выливалась через нос и не попадала в носоглотку.

**25.05.07**

Прокол был произведён через нижний носовой ход, предварительно была выполнена анемизация нижнего и среднего носового ходов путем смазывания 2% раствором дикаина с адреналином. После прокола получено жидкое зловонное гнойное содержимое и после этого при слабом давлении налита промывная вода. При обратном токе получена молочно-мутная жидкость с комками гноя. Затем произведено промывание пазухи дезинфицирующим раствором: раствором фурацилина.

Rp.: Sol. Furacilini 0, 02%

D.t.d. № 5

S. Для промывания верхнечелюстной пазухи методом перемещения жидкости. Жидкость вводят в пазуху через иглу, а выводят через естественное соустье пазухи с носом вместе с содержимым пазухи. При промывании голову нужно наклонить вперед или вниз, чтобы вода выливалась через нос и не попадала в носоглотку. Оперативное вмешательство – гайморотомия.

**13. Дневники наблюдений**

**21.05.07**

Больной чувствует себя удовлетворительно, жалобы на боль в верхней челюсти слева, отек на десне, ассиметрию лица. t вечером 36,8,

Пульс 72/мин, ЧДД 16/мин

АД правая рука 120/80 мм.рт.ст.

левая рука 115/80 мм.рт.ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Живот не вздут, мягкий при пальпации.

Назначено:

Режим общий.

Стол №15

Rp.: Cefotaxim 1,0

D.t.d. №10 in amp.

S. Содержимое флакона развести в 5 мл физиологического раствора. Вводить глубоко в ягодичную мышцу.

Осмотр лор-врача.

**23.05.07**

Отмечается улучшение общего состояния больного, жалобы на небольшую боль в верхней челюсти слева, отек на десне, ассиметрию лица, гнойный насморк. t вечером 36,6.

Пульс 76/мин, ЧДД 18/мин

АД правая рука 120/70 мм.рт.ст.

левая рука 115/70 мм.рт.ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Тоны сердца приглушены. В легких везикулярное дыхание.

Окружающие ткани гиперемированы.

Назначения:

Режим общий.

Стол №15

*Антибактериальная терапия:*

Rp.: Cefotaxim 1,0

D.t.d. №10

S. Содержимое флакона развести в 5 мл физиологического раствора. Вводить глубоко в ягодичную мышцу.

*Противовоспалительная терапия:*

Rp.: Paracetamoli 0,5

D.t.d. № 20

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp. : Sol.Naphthyzini 0,1%

D.t.d. № 2

S. Капли в нос по 1 капле 3 раза в день в течение 5 дней.

УФО в аритмической дозе по 7 мин. при выходной мощности 10 Вт.

Осмотр лор - врача.

**25.05.07**

Больной чувствует себя удовлетворительно,болей нет, незначительное количество отделяемого из левого носового хода. t вечером 36,8,

Пульс 72/мин, ЧДД 16/мин

АД правая рука 110/70 мм.рт.ст.

левая рука 110/70 мм.рт.ст.

Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. В легких везикулярное дыхание. Язык чистый, влажный. Окружающие ткани гиперемированы.

Назначения:

Режим общий.

Стол №15

*Антибактериальная терапия:*

Rp.: Cefotaxim 1,0

D.t.d. №10 in amp.

S. Содержимое флакона развести 5 мл физиологического раствора.

*Противовоспалительная терапия:*

Rp.: Paracetamoli 0,5

D.t.d. № 20

S. Принимать по 1 таблетке 3 раза в день.

Rp. : Sol.Naphthyzini 0,1%

D.t.d. № 2

S. Капли в нос по 1 капле 3 раза в день 5 дней

УФО в аритмической дозе по 7 мин. при выходной мощности 10 Вт.

Осмотр лор - врача. Оперативное вмешательство – гайморотомия.

**14.Рекомендации**

1. Рекомендована повторная пункция верхнечелюстной пазухи с промыванием раствором фурацилина.

2. Оперативное вмешательство – гайморотомия.

3. Дальнейшее наблюдение.