Алтайский Государственный Медицинский Университет

Кафедра Оториноларингологии

Зав.кафедрой: проф.д.м.н.Хрусталева Е.В.

Преподаватель: Нестеренко Т.Г.

Куратор: студент 408 гр. Таштамышев В.Н.

**История болезни**

хххххххххххх

Клинический диагноз: Острый гнойный пансинусит, обострение

Барнаул 2008 г.

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. Фамилия, имя, отчество: ххххххх
2. Возраст: хххххх
3. Дата рождения: ххххххх
4. Место жительства: ххххххххххххххх 7.
5. Дата поступления: ххххххххххххххх.
6. Дата курации: хххххххххххххх.
7. Диагноз: Острый гнойный пансинусит, обострение.

ЖАЛОБЫ:

При поступлении: на заложенность носа, нарушение носового дыхания, речевую гнусавость. на постоянную боль в области головы, умеренной интенсивности (более выраженные слева), не изменяющиеся при изменении положения тела, на припухлость мягких тканей в левой надбровной дуге – болезненной при пальпации, на обильное слизисто-гнойное отделяемое, без запаха из полости носа, на повышение температуры тела до 38- 39 градусов. На общую слабость, недомогание, снижение работоспособности и аппетита.

ANAMNESIS MORBI:

Обследуемый считает себя больным приблизительно с 9.05.2008г, когда появился насморк, кашель, головная боль и наблюдалось повышение температуры тела до 37,90 С. Пациент проводил самостоятельное лечение простудного заболевания аспирином, антигрипином, что позволило больному снизить температуру, но насморк по прежнему оставался. 12.05.08г появились обильные слизистые выделения из полости носа, затрудненное носовое дыхание, появились боли в области левой надбровной дуги, после чего появилось ощущение тяжести в проекции гайморовых пазух. 14.05.08г. появились слизисто-гнойные отделения из носа, тяжесть в левой надбровной области, увеличение интенсивности головной боли более выраженную слева. 15.05.08г. обратился к ЛОР-врачу в Новую Краевую поликлинику, где и была проведена рентгенограмма околоносовых пазух. 16.05.08г. поступил в АККБ на стационарное лечение, была проведена пункция верхнечелюстных пазух носа. сохранялось затрудненное носовое дыхание, особенно правой ½ носа, появилось умеренное слизисто – гнойное отделяемое из правой ½ носа, температура тела оставалась повышенной, в связи с чем обратился в молодежную поликлинику, где был поставлен диагноз: обострение хронического гнойного полипозного синусита и направлен на лечение в ЛОР – клинику. В ЛОР отделении была выполнена операция, после которой состояние больного улучшилось: боли стали менее выраженными, температура снизилась.

ANAMNESIS VITAE:

Колосев А.Ю. родился в Алтайском крае, г. Барнауле. Рос и развивался в соответствии с возрастом. Отмечает частые простудные заболевания как в детстве так и в настоящее время. Наличие туберкулеза, гепатита, психических, венерических заболеваний у себя и родственников отрицает. Гемотрансфузий не было. Аллергологический анамнез и наследственность не отягощена. Травмы и хронические заболевания отрицает. Вредные привычки: курение. Перенесенные заболевания: В 1999г. Острый гнойный гайморит слева, ОРЗ, ОРВИ.

ЛОР – STATUS:

Наружный осмотр: Форма носа не изменена, симметричная, в области проекции на лицо лобных пазух – припухлость мягких тканей в левой надбровной дуге, при пальпации отмечается слабая болезненность. Ушные раковины не изменены, симметричны. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Место выхода ветвей лицевого и тройничного нервов без особенностей.

Осмотр носа и околоносовых пазух: носовое дыхание затруднено по обеим носовым ходам. Обонятельная функция снижена.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка преддверья полости носа покрыта слизистым налетом, гиперемированна. Носовая перегородка искривлена в верхней части влево. Размеры носовых раковин не увеличены, носовые ходы в норме. Слизистая полости носа гиперемированна.

Задняя риноскопия: слизистая гиперемированна, просвет хоан и задние концы носовых ходов покрыты слизистыми выделениями. Глоточные, трубные миндалины без особенностей.

Ороскопия: слизистая полости рта чистая и без изъязвлений и налета. Есть кариозные, зубы требующие санации. Язык чистый.

Осмотр ротоглотки: слизистая гиперемированна. Небные миндалины не увеличены. Функция глотания не нарушена.

Осмотр гортаноглотки: валекулы свободные, слизистая розового цвета, влажная.

Осмотр гортани: слизистая розового цвета, вестибулярные складки розового цвета, голосовые складки белесоватого цвета.

Уши: кожные покровы ушных раковин в области сосцевидного отростка не изменены. Форма ушных раковин не изменена. И пальпация и перкуссия в области сосцевидного отростка без болезненна. Наружный слуховой проход широкий, свободен справа и слева. Барабанная перепонка справа и слева – серо-перламутрового цвета, опознавательные знаки выражены четко, перфораций нет.

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНАВАНИЕ.

На основании жалоб, анамнестических данных, результатов объективного физикального обследования можно предположить, что в патологический процесс вовлечена система органов дыхания.

Пациент предъявляет жалобы на заложенность носа, нарушение носового дыхания, речевую гнусавость. на постоянную боль в области головы, умеренной интенсивности (более выраженные слева), не изменяющиеся при изменении положения тела, на припухлость мягких тканей в левой надбровной дуге – болезненной при пальпации, на обильное слизисто-гнойное отделяемое, без запаха из полости носа, на повышение температуры тела до 38- 39 градусов. На общую слабость, недомогание, снижение работоспособности и аппетита. На основании данных анамнеза жизни и заболевания: Острый гнойный гайморит слева, ОРЗ, ОРВИ. Исходя из данных осмотра: носовое дыхание затруднено по обеим носовым ходам, в области проекции на лицо лобных пазух – припухлость мягких тканей в левой надбровной дуге, при пальпации отмечается слабая болезненность. Передняя риноскопия: слизистая оболочка преддверья полости носа покрыта слизистым налетом, гиперемированна. Носовая перегородка искривлена в верхней части влево. Размеры носовых раковин не увеличены, носовые ходы в норме. Слизистая полости носа гиперемированна. Задняя риноскопия: слизистая гиперемированна, просвет хоан и задние концы носовых ходов покрыты слизистыми выделениями.

На основании выше изложенного можно поставить диагноз: острый гнойный пансинусит, обострение.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ МЕТОДЫ ИСЛЕДОВАНИЯ:

1.Общий анализ крови

2. Общий анализ мочи

3.Исследование на ВИЧ, сифилис

4.Рентгенография носовых пазух

5.Пункция верхнечелюстных пазух

6.Контрастная гайморография

7.Компьютерная томограмма околоносовых пазух

8.Бактериологическое исследование на флору, чувствительность к антибиотикам.

ЛЕЧЕНИЕ**:**

Консервативное лечение:

1.Сосудосуживающие средства: галозалин, санарин, нафтизин.

Rр: Sol. Galasolini 0,1-10ml

D.S.По 3-5 капель в левую ноздрю 2-3 раза в день.

2.Промывание полостей

3.Антибактериальная терапия: амоксиклав, бензилпеницилина –натрия.

Rр: Benzylpenicillini-natrii 500000 ЕД

D.t.d. N10 in amp.

S.По 1 флакону в\м ,разводить в 1 мл.0,25% раствора новокаина 4 раза в день.

4.Антигистаминные препараты: Супрастин, Тавегил

Rp: Tavegili 0,001

D.t.d. N10 in tab.

S.По 1 таблетке 2 раза в день.

5.Физио лечение: магнитотерапия на область пазух, УВЧ

6.Витамины

7.Лечение методом перемещения лекарственных средств

# РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНОМУ

## Лечение всех хронических очагов инфекции. Закаливание организма и профилактика инфекционных заболеваний. Прием поливитаминов. Полное восстановление работоспособности возможно, при исключении переохлаждения.

ПРОГНОЗ.

При соблюдении назначенного лечения прогноз для выздоровления благоприятный, возможен переход в хроническую форму.

Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный.

ЛИТЕРАТУРА.

1. Н.А. Преображенский, В.П. Гамов. Болезни уха, горла, носа. М.: Медицина 1992.

2. Ю.М. Овчинников. Оториноларингология М.: Медицина. 1995. С. 129 – 143.

3. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков. Оториноларингология М.: Литера. 1997.С 173 – 196.

4. Курс лекций по оториноларингологии. Проф. Г.М.Портенко. ТГМА. Кафедра оторино ларингологии с курсом детской оториноларингологии. Тверь. 2004.

5. Болезни уха, горла и носа. Под ред. В.Т.Пальчуна. М.: «Медицина». 1991.

6. Лекционный материал