Министерство здравоохранения РФ

Алтайский государственный медицинский университет

Заведующий кафедрой: проф.

Преподаватель:

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз:

Основной: Острый левосторонний гайморит

Осложнения: нет

Сопутствующие заболевания: нет

Куратор

Дата курации

Барнаул 2006 г.

**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

Ф.И.О.\_\_\_\_\_\_\_

Возраст: 49 лет

Место жительства:\_\_\_\_\_\_

Профессия: инженер

Место работы: Проектный институт

Дата госпитализации: 23 октября 1996 года

**STATUS PRAESЕNS SUBJECTIVUS**

Жалобы: на постоянные, интенсивные, пульсирующие боли в области проекции левой верхнечелюстной пазухи и в области проекции клеток решетчатого лабиринта, усиливающиеся при выходе на холодный воздух, на заложенность носа слева, на гнойное отделяемое из левого носового хода, на головную боль в области темени, на слабость и повышение температуры тела до 37,5°С.

**ANAMNESIS MORBI**

Считает себя больной с 29 октября, когда впервые вечером почувствовала ноющие боли в области проекции левой верхнечелюстной пазухи и заложенность носа слева. Отметила повышение температуры тела и начинающуюся головную боль. Утром следующего дня появилось обильное слизистое отделяемое из левого носового хода. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В дальнейшем самочувствие ухудшалось: боли в области проекции левой верхнечелюстной пазухи стали постоянными, интенсивными, пульсирующими, стали усиливаться при выходе на улицу, присоединились боли в области проекции клеток решетчатого лабиринта, появилась слабость, разбитость, отделяемое стало слизисто-гнойным. В связи с этим обратилась к лечащему врачу, так как находилась на лечении в эндокринологическом отделении больницы им. Петра Великого по поводу подострого тиреоидита. После его осмотра больная была направлена на консультацию к оторинолярингологу. На высоте болей 31 октября больная была осмотрена оторинолярингологом, был поставлен диагноз: "Острый левосторонний гайморит", и назначено дальнейшее обследование и пункция гайморовой пазухи с последующим лечением (сосудосуживающие средства, антибактериальная терапия). После этого самочувствие больной улучшилось: боли стали умеренней, снизилась температура тела, уменьшилась слабость.

**ANAMNESIS VITAE**

Родилась в 1947 году в Барнауле в семье рабочих 2-м ребенком. Физически и интеллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. С 7-ми лет пошла в школу. Училась хорошо. По окончании школы поступила в политехнический институт. По его окончании работает инженером в проектном институте. Материально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с семьей из 4-х человек. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

**ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ**

Детские инфекции. Аппендэктомия в 1985 году. Операция устранения искривления носовой перегородки в 1985 году. В 1988 году лечение по поводу правостороннего гайморита и кисты правой гайморовой пазухи. В 1990 году удаление фиброаденомы матки. Язва желудка в 1994 году, в этом же году пиелонефрит и нефроптоз.

**НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ**

Ближайшие родственники здоровы.

**СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ**

Замужем, имеет двоих взрослых сыновей.

**ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ**

Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

**АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Аллергические реакции пищевые продукты не отмечает. Из медицинских препаратов аллергия на аскорбиновую кислоту.

**ГИНЕКОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Беременностей-2, родов-2, абортов-0. Месячные с 13 лет, регулярные, умеренные, безболезненные.

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ**

Гепатит, венерические заболевания, малярию, тифы и туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась 3 недели назад, инъекции не производились, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела. Стул регулярный-1 раз в день, коричневый, оформленный, без примесей.

**СТРАХОВОЙ АНАМНЕЗ**

Последний больничный лист с 23 октября 1996 года.

**ОБЩИЙ ОСМОТР**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 1,5 см. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Щитовидная железа чувствительна при пальпации, плотная, увеличена в размерах, больше правая доля. Пульс 90 уд/мин, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 120/70 мм.рт.ст. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Частота дыхания 22/мин. При сравнительной перкуссии над симметричными точками выслушивается ясный легочный звук. Дыхание везикулярное. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, край острый, эластичный, болезненный. Видимых изменений в области поясницы не обнаружено. Симптом покалачивания по поясничной области отрицательный.

Нос и придаточные пазухи носа:

Нос обычной формы. Кожные покровы носа телесного цвета, обычной влажности. Отмечается гиперемия и легкая отечность кожи в области проекции левой верхнечелюстной пазухи. Пальпация носа безболезненна. Выявляется болезненность при пальпации области проекции гайморовой пазухи и клеток решетчатого лабиринта слева.

Передняя риноскопия: Преддверие носа справа и слева свободно, на коже его имеются волосы. Справа слизистая оболочка носа розовая, гладкая, умеренно влажная, раковины не увеличены, нижний и общий носовые ходы свободны. Носовая перегородка стоит по средней линии, не имеет значительных искривлений. Слева слизистая оболочка носа гиперемирована, отечна, раковины увеличены, выявляется скопление гнойного секрета в общем, больше в среднем носовом ходе, стекающим из-под средней раковины.

Дыхание через правый носовой ход свободное, через левый - затруднено. Обоняние не изменено.

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 закрыты. Глоточная миндалина розовая, не увеличена.

Полость рта:

Форма губ правильная. Слизистая губ и твердого неба розовая, гладкая, влажная, чистая. Десна без изменений. Зубы сохранены. Язык обычных размеров, влажный, покрыт белым налетом, сосочки выражены.

Ротоглотка:

Слизистая мягкого неба, небных дужек розовая, влажная, чистая. Миндалины не выходят за пределы небных дужек. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

Гортань и гортаноглотка:

Область шеи без видимых изменений. Кожа шеи телесного цвета, обычной влажности. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы овальной формы, длиной 2 см, шириной 1 см, эластической консистенции, с подлежащими тканями не спаяны, подвижные, безболезненные.

Непрямая ларингоскопия: Видны надгортанник в виде развернутого лепестка, два бугорка черпаловидных хрящей. Слизистая их, а также слизистая вестибулярных и черпалонадгортанных складок розовая, гладкая, чистая. Слизистая голосовых складок белого цвета, гладкая. Голосовая щель треугольной формы. Голосовые складки и черпаловидные хрящи подвижны. Слизистая оболочка гортаноглотки (валлекул, грушевидных синусов) гладкая, розового цвета.

Дыхание свободное. Голос без изменений.

Уши:

Ушные раковины симметричны, без деформаций. Кожные покровы ушных раковин, заушных областей и областей впереди от козелка телесного цвета, обычной влажности. Пальпация сосцевидного отростка безболезненная.

Отоскопия: (правое и левое ухо) Наружный слуховой проход покрыт кожей розового цвета, чистой, в перепончато-хрящевой части имеются волосы и небольшое количество ушной серы. Барабанная перепонка бледно-серого цвета с перламутровым оттенком, на ней визуализируется короткий отросток, рукоятка молоточка и световой конус.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Тесты | Правое ухо | Левое ухо |
| Шум в ухе | - | - |
| Шепотная речь | 6 м | 6 м |
| Разговорная речь | 20 м | 20 м |
| Крик у раковины при маскировки противоположного уха трещеткой Барани | + | + |
| Камертон С128 | 30 с | 30 с |
| Камертон С2048 | 60 с | 60 с |
| Костная проводимость в опыте Швабаха | нормальная | нормальная |
| Латерализация звука в опыте Вебера | нет | нет |
| Опыт Ринне | + | + |
| Опыт Бинга | + | + |
| Опыт Желле | + | + |
| Проходимость слуховых труб | проходима | проходима |

Слуховой паспорт

|  |  |
| --- | --- |
| Тесты | Результаты исследования |
| Головокружение | нет |
| Спонтанный нистагм | нет |
| Отклонение тела в позе Ромберга | нет |
| Отклонение рук при указательной пробе Барани | нет |
| Отклонение тела при ходьбе с открытыми глазами | нет |
| Отклонение тела при ходьбе с закрытыми глазами | нет |
| Нарушение фаланговой походки | нет |

**СТАТОКИНИТИЧЕСКИЙ ПАСПОРТ**

Спонтанные вестибулярные расстройства

**ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

Клинический анализ крови. Эритроциты- 4,18х10^12/л Hb- 126 г/л Цвет. показатель- 0,95 Лейкоциты- 9,2х10^9/л палочкоядерные- 1% сегментоядерные- 73% Лимфоцитов- 25% Моноцитов- 1% CОЭ- 25 мм/ч

Анализ мочи. Цвет желтый Белок 0,033 г/л Прозрачность слабо-мутная Сахар 0 Реакция кислая Уробилин (-) Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-) Лейкоциты 1-3 в поле зрения Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения

**РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

В верхнечелюстной пазухе слева горизонтальный уровень жидкости. Клетки решетчатого лабиринта визуализированы. Лобная пазуха пневмотизирована.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Учитывая жалобы больной на постоянные, интенсивные, пульсирующие боли в области проекции верхнечелюстной пазухи и в области проекции клеток решетчатого лабиринта, усиливающиеся при выходе на холодный воздух, на заложенность носа слева, на гнойное отделяемое из левого носового хода, на головные боли в области темени, на слабость и повышение температуры тела; учитывая анамнез заболевания: острое развитие всех симптомов, и лечение больной в эндокринологическом отделении по поводу подострого тиреоидита (предраспологающий фактор - снижение резистентности организма), длительное переохлаждение; анамнез жизни - перенесенный в 1988 году правосторонний гайморит, лечение у стоматолога три недели назад; данные объективного исследования: выявление при передней риноскопии гиперемии, отека слизистой оболочки левого носового хода, увеличения раковин, скопления гнойного секрета в общем, больше в среднем носовом ходе, стекающим из под средней раковины; данных клинического анализа крови - выявления лейкоцитоза; и данных рентгенографии - выявления в верхнечелюстной пазухе слева горизонтального уровня жидкости, мы можем говорить об остром воспалении левой верхнечелюстной пазухи.

Основной диагноз: Острый левосторонний гайморит.

Сопутствующий диагноз: Подострый тиреоидит.

**ЛЕЧЕНИЕ**

Назначение сосудосуживающих средств (адреналин, нафтизин, санорин) для улучшения оттока секрета из верхнечелюстной пазухи. Rp.: Sol. Naphthyzini 0,1%-10 ml D.S. По две капли в левый носовой ход 3 раза в день.

Назначение антибактериальной терапии, так как есть воспалительный процесс и гнойные выделения. Цефотаксим. Rp.: "Cefotaxim" 1,0 D.t.d.N. 10 S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раство- ра, вводить внутримышечно 3 раза в сутки. Сульфопиридазин. Rp.: Tab. Sulfapyridazini 0,5 D.t.d.N. 20 S. На первый прием 2 таблетки, потом по 1 таблетки 4 раза в сутки.

Диагностическо-лечебные пункции левой гайморовой пазухи с промыванием раствором фурациллина.

На область пазухи физиотерапевтические воздействия (УВЧ, ультрафиолетовое облучение).

**ПРОФИЛАКТИКА**

Профилактика только неспецифическая. Лечение подострого тиреоидита.

**РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНОМУ**

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

**ЭПИКРИЗ**

Больная … , поступил в лор-отделение, по направлению поликлинического отделения, с жалобами на ноющую боль в ушах, иррадиацию болей в правую затылочную область, усиление болей при чихании, кашле, гнойные выделения из ушей, насморк, плохой слух, нарушение обоняния. При объективном обследовании установлено: наличие сукровично-гнойного отделяемого слуховых проходах с двух сторон, двустороннее снижение слуха, Mt гиперемированы, с обоих сторон, имеются перфорации , слева 1,5х3 мм, справа 2х3 мм. Отмечается болезненность при перкуссии сосцевидного отростка слева. Больному поставлен окончательный диагноз: Острый левосторонний гайморит.

На фоне проводимого консервативного лечения поставлен вопрос о необходимости хирургического лечения.

**ЛИТЕРАТУРА**

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

Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология. М.: «ЛИТЕРА». 1997.

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