Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 53 года

Пол: мужской

Место работы: не работает

Профессия: в прошлом – военный. В настоящее время на пенсии.

Место жительства: г. Москва.

**Жалобы**.

Жалуется на затруднение носового дыхания через обе половины носа, слизисто-гнойные выделения, иногда с сукровичным компонентом, боли в области лба и в проекции верхнечелюстных пазух, больше справа, больше к концу дня.

**История настоящего заболевания (anamnesis morbi)**

Затруднения носового дыхания появились 16 лет назад, наиболее вероятно, примерно за 1 год до дебюта аспириновой астмы, спровоцированного приемом НПВС (аспирина и анальгина) по поводу болей в ухе. Затруднение носового дыхания , сопровождалось болями в области лба и в проекции верхнечелюстных пазух. Тогда же в 1986 году у больного были обнаружены полипы, в среднем носовом ходе, по поводу которых была предпринята операция удаления полипов из полости носа. Полипы также удалялись в 1991, 1994, и 2000 годах. До начала данного заболевания, примерно с 1980 периодически отмечал у себя насморк, наиболее вероятно – аллергической природы. Страдал насморком чуть менее 1 раза в год, использовал сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, галазолин) при усилении затрудненности носового дыхания. За 10 дней перед последней госпитализацией (12 апреля) отмечал у себя закладывание правого уха при сморкании.

**Анамнез жизни (anamnesis vitae)**

Родился в 1948 в Москве. Рос и развивался гармонично, от сверстников не отставал, однако относительно часто болел простудными заболеваниями (примерно 1 раз в год, преимущественно зимой).

Наследственный анамнез: не отягощен

Аллергологический анамнез: аллергия на некоторые пищевые продукты (цитрусовые). Не переносит НПВС.

Вредные привычки: отрицает.

Перенесённые заболевания: в детстве приблизительно раз в 2 года болел простудными заболеваниями, перенес корь, скарлатину, ветряную оспу, инфекционный паротит. С 1978 появился хронический кашель, по поводу которого по рекомендации врача использовал беротек. В 1980 с января по май перенес несколько ОРЗ и пневмонию. В мае того же года госпитализирован по скорой помощи с приступом удушья, который купировали внутривенным введением гидрокортизона. Позднее провели краткий курс гормонотерапии – по 4 таб. преднизолона в день в течение недели с последующим снижением дозы и полной отменой в течение 25 дней. После этого стал постоянно принимать астемизол (Н2-блокатор длительного действия) по 1 таб. в день и ингаляционно – бекотид по 6 вдохов. Такая схема поддерживалась в течение 4 лет, но прием бекотида приходилось постепенно увеличивать до 12 вдохов и тогда было принято решение перейти на ежедневный пероральный прием глюкокортикоидов по 1 таб. преднизолона в день. Эта схема была эффективной следующие 4 года. В период обострения больной принимал по 3 таб. триамцинолона. Однако впоследствии в связи с частыми обострениями пришлось перейти на постоянное применение триамцинолона, по 1,5 – 2 таб. в день (4 мг триамцинолона в 1 таблетке). К таблеткам триамцинолона впоследствии был снова добавлен бекотид (ингаляционно). В 1988 были попытки снизить дозу триамцинолона, но при снижении менее 1,5 таблеток в день, начиналось сильное выделение гноя из носа. Одновременно с триамцинолоном применял бекотид. В 1996 стал делать ингаляции с беродуалом. Госпитализировался в 1998 году в пульмонологическое отделение 57 больницы, где эти ингаляции были отменены и заменены ингаляциями фликсотида (ингаляционный глюкокортикоид) и вентолина (сальбутамол – β2-адреномиметик). В 2000 году в течение 3 месяцев самостоятельно отменил таблетки триамцинолона, но при этом, со слов больного развилась отечность слизистой полости носа и значимо нарушилось дыхание через нос. Далее самостоятельно вернулся к приему триамцинолона и в настоящее время принимает его по 2 таблетки в день. Больной отмечает, что обострение астмы по времени обычно совпадает у него с усилением жалоб со стороны носа и околоносовых пазух.

**Status praesens**

Общий осмотр.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное, выражение лица без болезненных проявлений, телосложение нормостеническое, походка не изменена­; кожные покровы бледно-розовые, сухие. Эластичность и тургор кожи соответствуют возрасту.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Толщина подкожно-жировой клетчатки на реберной дуге 0,5см, на плече 0,7см. Отёков нет.

Лимфоузлы не видны; пальпируются подчелюстные лимфатические узлы (размером 5 – 7 мм, мягкой консистенции, не спаяны с окружающими тканями), пальпация в их проекциях безболезненна. Мышечная система развита умеренно. Костно-суставная система без патологических изменений, кости и суставы обычной конфигурации, суставы безболезненны при пальпации, активные и пассивные движения в суставах безболезненны, в полном объеме.

Исследование органов дыхания.

Жалобы на затруднение дыхания через нос, а так же периодически возникающий кашель одышку, приступы удушья (в настоящее время не беспокоят, так как больной постоянно принимает глюкокортикоидные препараты. Осмотр: форма грудной клетки цилиндрическая; обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания. Эпигастральный угол прямой. Ритм дыхания правильный.

Пальпация: грудная клетка не ригидна, болезненность межрёберных промежутков отсутствует на всём протяжении, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

Исследование органов сердечно-сосудистой системы.

Жалобы: бывает стенокардия при сильной физической нагрузке.

Осмотр: верхушечный толчок виден в V-м межреберье по l. medioclavicularis sinistra; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет.

Пальпация: верхушечный толчок пальпируется в V-м межреберье по l. medioclavicularis sinistra, не расширен, не высокий, не резистентный; сердечного горба, сердечного толчка, пульсации в эпигастрии нет; пульс 70 удара в минуту, ритмичный с единичными выпадениями, нормального наполнения и напряжения, симметричен на обеих лучевых артериях; АД 130/80 мм рт. ст.

Аускультация: тоны сердца ясные.

Исследование органов системы мочевыделения.

Жалоб нет. При осмотре области почек патологических изменений не обнаруживается. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицателен с обеих сторон.

Эндокринная система.

Жалоб нет. При осмотре передней поверхности шеи изменений не отмечается. Щитовидная железа не пальпируется. Симптомы Грефе, Кохера, Мебиуса, Дальримпля отрицательны.

Нервно-психическая сфера.

Отмечает сильные боли в области лба и висков; больной правильно ориентирован в пространстве, времени и в собственной личности. Контактен. Внимание не ослаблено. Поведение адекватное.

Нарушений со стороны болевой, температурной, тактильной чувствительности, двигательной сферы, изменения зрения, слуха, зрачковых рефлексов, появления рефлексов Бабинского, Россолимо, не выявляется.

Органы пищеварения

Со слов больного, имеется хронический панкреатит.

**ЛОР-статус:**

1. Нос и околоносовые пазухи: при наружном осмотре форма носа не изменена (нет отклонения спинки носа от средней линии, не отмечается ее западения), пальпация наружного носа безболезненна, при пальпации области околоносовых пазух, точки выхода V пары черепно-мозговых нервов больной отмечает болезненность; носовое дыхание затруднено через обе половины, больше справа, обоняние ослаблено.

Передняя риноскопия: преддверие носа свободно, перегородка носа отклонена вправо , слизистая оболочка бледная, отечная, в среднем носовом ходе с обеих сторон полипы , нижняя носовая раковина справа увеличена в объеме, густое слизистое отделяемое в среднем носовом ходе.

2. Глотка. Полость рта: слизистая оболочка полости рта розовая, язык не обложен, без следов зубов, состояние зубов удовлетворительное. Ротовая часть глотки (фарингоскопия): миндаликовые ниши глубокие, миндалины уменьшены в размерах, не гиперемированы, без патологического содержимого в лакунах. Мягкое небо, небные дужки без патологических изменений. Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки без патологических изменений.. Шейные лимфатические узлы не увеличены, слегка пальпируются. Носовая часть глотки (задняя риноскопия): носоглотка свободна, видны гипертрофированные задние концы нижних носовых раковин. Свод носовой части глотки без патологических изменений, хоаны свободны, глоточная миндалина не увеличена, устья слуховых труб не изменены, трубные миндалины не увеличены. Гортанная часть глотки (гипофарингоскопия): язычная миндалина не увеличена, валлекулы без патологических изменений, грушевидные синусы свободны.

3. Гортань – Голос звучный, дыхание спокойное, ритмичное, не нарушено; при наружном осмотре состояние хрящей гортани без патологических изменений, смещаемы, симптом крепитации положителен. Непрямая ларингоскопия – наружное кольцо гортани не изменено. Надгортанник развернут в виде листка, прикрывающего передние отделы голосовых складок. Голосовые складки белого цвета, в задней трети подвижность в полном объеме.

4. Уши:

Правое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, безболезненно при пальпации и надавливании на козелок. Перкуссия области сосцевидного отростка безболезненна. Наружный слуховой проход нормальной ширины, имеется небольшой экзостоз на передне-нижней стенке наружного слухового прохода. Барабанная перепонка – со всеми опознавательными пунктами, серого цвета. Патологического отделяемого, перфораций перепонки не выявлено.

Левое ухо: ушная раковина внешне без патологических изменений, правильной формы, безболезненно при пальпации. Перкуссия области сосцевидного отростка безболезненна. Наружный слуховой проход нормальной ширины. Барабанная перепонка – со всеми опознавательными пунктами, серого цвета. Без патологического отделяемого, перфораций перепонки не выявлено.

Слуховой паспорт

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое ухо |  | Левое ухо |
| **-** | шум в ухе | - |
| 5м | шепотная речь | 5м |
| 20м | разговорная речь | 20м |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| положительный | опыт Рине | положительный |
| положительный | опыт Желле | Положительный |
| положительный | опыт Федериччи | Положительный |
| ← | W | → |
| Звукопроводимость | | |
| воздушная, 28 с тканевая, 14с | С128 | воздушная, 28с тканевая, 14с |
| воздушная,26 с | С2048 | воздушная,26 с |

Заключение о состоянии звукового анализатора: все показатели в норме, патологии со стороны звукового анализатора не выявляется.

**Исследование вестибулярного анализатора**: жалоб нет: головокружение, тошнота рвота, нарушение равновесия– не беспокоят. Спонтанный нистагм, спонтанное отклонение рук, отсутствуют; пальце-носовая проба выполняется больным удовлетворительно, дисдиадохокинез не выявляется, поза Ромберга, походка (прямая, фланговая) в норме, без отклонений.

**Дополнительные исследования**

1. Рентгенологическое (рентген околоносовых пазух): негативное «пятнистое» затемнение обеих верхнечелюстных пазух.

2. Анализы

Общий анализ крови (от 05.02.01)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Показатель | Величина | Единицы измерения |
| Лейкоциты | 7,0 | 103/мм3 |
| Эритроциты | 4,6 | 106/мм3 |
| Hb | 157 | г/л |
| Эозинофилы | 1 | % |
| лимфоциты | 32 | % |
| моноциты | 4 | % |
| ретикулоциты | 10 |  |
| Тромбоциты | 230 | 103/мм3 |
| Цветной показатель | 1,0 |  |
| СОЭ | 9 | мм/ч |

3. Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи.

**Диагноз и**  **обоснование диагноза**

Аллергический риносинуит, полипозная форма в рамках аспириновой гормон-зависимой астмы.

Судя по динамике жалоб в течение дня, а именно то, что жалобы нарастают к вечеру, можно предположить, что в данном случае в процессе задействованы преимущественно верхнечелюстные пазухи (что подтверждается рентгенологически).

Диагноз поставлен на основании анамнеза, рентгенологического исследования и диагностической пункции.

Из анамнеза жизни больного известно, что он болеет аспириновой астмой (что неоднократно подтверждалось при отслеживании реакции организма на употребление НПВС), которой часто предшествуют вазомоторный ринит, продолжающийся примерно в течение года, вслед за которым развивается гиперпластический риносинуит с назальными полипами (неоднократно выявляемыми и удаляемыми у нашего больного), после чего уже развивается собственно астма.

**Дифференциальный диагноз**

Определить то, что задействована преимущественно верхнечелюстная околоносовая пазуха, можно по тому, что жалобы на головную и зубную боль усиливаются в конце дня, так как в вертикальном положении хуже возможности для оттока из верхнечелюстной пазухи. Кроме того, при рентгенологическом исследовании выявлено «пятнистое» негативное затемнение верхнечелюстных пазух, что свидетельствует об именно такой локализации процесса.

Отдифференцируем полипозную форму аллергического риносинуита от отечной формы риносинуита. В нашем случае мы имеем картину преобладания полипов (как при риноскопии, так и на рентгеновском снимке), по сравнению с картиной отека преобладающей при отечной форме. И та, и другая формы являются стадиями хронического вазомоторного ринита.

Уточнить характер воспаления помогает также диагностическая пункция.

**План лечения**

Считаю необходимым на фоне продолжающейся терапии глюкокортикоидами, к которым можно еще добавить препарат из группы конкурентных антагонистов лейкотриеновых рецепторов – зафирлукаст, монтелукаст. Следует провести у больного полипотомию, возможно наложение широкого соустья между верхнечелюстной пазухой и нижним носовым ходом, а также резекция гипертрофированной правой носовой раковины.

Московская медицинская академия им.И.М.Сеченова

Кафедра ЛОР-заболеваний

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Выполнил:

Проверил: