Министерство здравоохранения РФ

Владивостокский Государственный Медицинский Университет

## Кафедра ЛОР болезней

Зав. кафедрой: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Преподаватель:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ.**

**Ф. И. О. больного:**

**Возраст:** 43 года.

### КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ

**Основной:** Болезнь Меньера. Тяжелое течение.

**Сопутствующий:** нет

**Осложнения:** нет

# Выполнила: студентка 507 гр. Л/Ф

Ющенко О. В.

Владивосток 2001 год.

## Паспортная часть

1. Ф.И.О.
2. Возраст 43 года
3. Национальность: русская
4. Семейное положение: замужем
5. Место работы: домохозяйка
6. Дом. адрес: ул. Березовая 9-99
7. Дата поступления: 11 декабря 2001 года

**Жалобы:** на гул в голове, шум в ушах, стойкое снижение слуха на оба уха.

**Anamnesis morbi:** Считает себя больной с сентября 1977 года, когда у больной на фоне полного здоровья случился приступ головокружения с потерей сознания, тошнотой и рвотой. В тот момент она находилась на уборке картофеля, было очень жарко и все решили, что это тепловой удар. Через 1,5 суток состояние больной улучшилось без вмешательства медицинских работников. В ноябре того же года случился новый приступ, который продолжался несколько часов.

 В феврале 1978 года вновь прошел приступ. На этот раз ей вызвали СМП, которая доставила ее в поликлинику. Приступ продолжался несколько часов. В поликлинике больной провели полное обследование, но причина возникающих приступов не была установлена. После этого приступы не повторялись.

 В 1982 году после рождения сына постепенно стал ухудшаться слух \больная заметила , что стала громко включать телевизор\.

 В период с 1983 по 1984 год проходя проф. осмотр, она предъявила жалобы на головокружение и снижение слуха. Ее направили на консультацию к невропатологу, который поставил следующий диагноз: Вегето-сенсорная дистония.

 В период с 1985 по 1987 год к приступам прибавилось онемение кистей рук. Пациентка обратилась к невропатологу, который назначил ей следующее лечение: Церебролизин, Кавинтон, Ноотропил. На фоне проведенного лечения исчезли приступы.

 В 1988 году приступы повторялись примерно два раза в год, слух продолжал снижаться. Обратилась к ЛОР –врачу. Ей поставили следующий диагноз: Церебро-васкулярная недостаточность с меньероподобным синдромом. Лечение: Церебролизин, Кавинтон, Ноотропил. На фоне проведенного лечения приступы исчезли, слух не улучшился.

 В 1994 году приступы появились вновь, но количество их резко возрасло \ до 5 раз в неделю\, затем неделю был перерыв на неделю Этот период длился в течение двух месяцев. Обратилась к ЛОР врачу по месту жительства. Врач направил ее в краевую клинику, где ей была проведена аудиограмма \результат больная не помнит\. Затем больную госпитализировали, провели ей полное обследование и рентгенографию черепа. На снимке было обнаружено объемное образование головного мозга в области височной кости. КТ не подтвердило наличие образования. Лечение: Церебролизин, Кавинтон, Ноотропил. На фоне проведенного лечения приступы исчезли, слух не улучшился.

 В 1996 году появилась заложенность правого уха, которая продолжалась несколько месяцев. Началось прогрессированное снижение слуха на оба уха. Лечение то же.

 В 1998 году снова возобновились частые приступы, бьыла госпитализирована в ЛОР отделение ГКБ № 1, где ей была выставлена болезнь Меньера. Лечение то же.

 В 1999 году больной было проведено лечение теми же препаратами амбулаторно по месту жительства.

 В 2000 году с сентября по ноябрь приступы головокружения почти не прекращклись, они были настолько сильные, что больная не могла встать с постели. Больная самостоятельно курс лечения теми же препаратами.

 В 2001 году в марте было 1-2 приступа. С марта по сентябрь принимала цинаризин, ноотропил,церебролизин. В октябре этого года снова появились приступы, больная обратилась к врачу, который направил ее на госпитализацию. 11 декабря 2001 года больная госпитализирована в ЛОР отделени ГКБ № 1.

**Anamnesis vitae:** Родилась в 1958 году, первым ребенком в семье. Развивалась в соответствии с полом и возрастом. Детские инфекции: ангины, ветряная оспа.

Операции, травмы отрицает.

Венерические заболевания, вредные привычки, болезнь Боткина, туберкулез отрицает.

Наследственность: не отягощена

Условия быта оценивает как удовлетворительные.

Эпидемиологический анамнез: в контакте с инфекционными больными не находилась.

Аллергологический анамнез: аллергическая реакция на осот в виде крапивницы.

Гинекологический анамнез: менструации с 11 лет, по 7 дней, через30 дней, обильные, болезненные. Беременностей-4,родов-2,аборт-1 \ на сроке 8 недель\, выкидыш-1 \на 16 неделях\. Роды и аборт без осложнений.

**Status praesents:** Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Больная удовлетворительного питания.

Кожа и видимые слизистые розовые, чистые, умеренно влажные.

Лимфатические узлы: мягкие, однородной консистенции, при пальпации безболезненные, нормальной величины, между собой и окружающими тканями не спаяны.

Мышечная система развита в соответствии с полом и возрастом.

Костно-суставная система без особенностей. Со стороны эндокринной системы изменений нет.

ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ: Дыхание носом.. Грудная клетка нормостенична, симметрична, равномерно участвует в акте дыхания. Деформация грудной клетки отсутствует. Окружность 92 см, тип дыхания смешанный. Дыхание до 16 в минуту, нормальной глубины. При пальпации грудная клетка безболезненна, эластична, голосовое дрожание в норме

Перкуссия:

 Высота стояния верхушек:

 Верхушка правого легкого: 3 см

 Верхушка левого легкого: 4 см

 Ширина полей Кренига: 6 см

Нижние границы легких в пределах нормы. Подвижность легочного края по срединно-ключичной линии – 2 см, по средней подмышечной – 5 см, по лопаточной линии – 3 см. При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких выслушивается ясный легочный звук.

При аускультации над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет.

СЕРДЕЧНО – СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА: При осмотре области сердца видимых изменений не выявлено. Сердечный толчок не определяется. Верхушечный толчок не пальпируется.

При перкуссии:

 Правая граница относительной тупости сердца – 1 см кнаружи от правого края грудины,

 Левая граница относительной тупости сердца – 1 см кнутри от срединно-ключичной линии в пятом межреберье слева,

 Верхняя граница – верхний край третьего ребра.

Границы сосудистого пучка в пределах нормы.

При аускультации во всех пяти точках выслушиваются два быстро следующих один за другим тона и две паузы. Тоны сердца ясные, ритмичные. При аускультации артерий и вен никаких изменений не выявлено.

Пульс ритмичный, хорошего наполнения и напряжения, одинаковый на обеих руках. Частота пульса – 78 ударов в минуту. Дифицита пульса нет. АД – 110 на 70 мм.рт.ст.

ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ: Слизистая без особенностей. Зев чистый, язык влажный, розовый, налета не отмечается.

Живот мягкий безболезненный по всем топографическим областям. Край печени не пальпируется. Край селезенки не определяется.

Размеры печени по Курлову:

 Между 1 и 2 точками – 9 см

 Между 3 и 4 точками – 7 см

 Между 4 и 5 точками – 8 см.

ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ: Область почек визуально не определяется. Почки при пальпации безболезненные. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Суточный диурез 1500 мл. Нервная система и органы чувств без особенностей.

**ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ**.

 **ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови.
2. ЭДС
3. Общий анализ мочи.
4. Кал на я/ глист
5. ЭКГ
6. Консультация невропатолога.
7. Аудиометрия.
8. Глюкоза крови.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ**

1. Клинический анализ крови:

Hb – 120 г/л

ЦП – 0,9

Эритроциты: 4\*1012/л

Лейкоциты: 7\*109/л

 миелоциты – 0 %

 метамиелоциты –1%

 нейтрофилы:

 палочкоядерные – 5 %

 сегментоядерные – 46 %

 эозинофилы –8%

 базофилы –3%

 лимфоциты – 30 %

 моноциты – 7 %

 Тромбоциты: 200\*109/л

 Ретикулоциты: 2 %

 СОЭ – 6 мм/ч

 Гематокрит – 48 %

1. Анализ крови на ЭДС – отрицательно
2. Общий анализ мочи:

 Количество мочи – 100 мл

 Удельный вес – 1021

 Цвет: соломенно-желтый

 Прозрачность: полная

 Реакция: слабокислая

 Белок – нет

 Сахар – нет

 Эритроциты – отсутствуют

 Лейкоциты – 1 – 2 в поле зрения

 Цилиндры – отсутствуют

 Слизь – отсутствует

1. Кал на я/глист:

я/глист не обнаружены

1. ЭКГ

Заключение: ритм синусовый. ЧСС – 72 в мин. Положение изоэлектрической оси сердца в норме. Зубцы без патологических изменений.

1. Глюкоза крови: натощак – 5,5 ммоль\л.

 **ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Диагноз болезни Меньера не вызывает сомнений.

Учитывая наличие триады следующих симптомов: приступы головокружения, сопровождающиеся тошнотой и рвотой; снижение слуха сначала на одно ухо, а затем и на второе; шум в том же ухе, с которого началось заболевание. Из анамнеза: в течение нескольких лет повторяющиеся приступы вплоть до того, что больная не могла встать с постели, приступы возникали в любое время дня. В периоды ремиссии, которые в первые годы болезни продолжались несколько лет, а в последнее время несколько месяцев состояние пациентки оставалось удовлетворительным. Так как частота приступов доходила до 5 раз в неделю, можно выставить тяжелое течение заболевания.

Учитывая основные жалобы пациентки, данные анамнеза, данные осмотра ЛОР органов, выставляется следующий диагноз:**БОЛЕЗНЬ МЕНЬЕРА. ТЯЖЕЛОЕ ТЕЧЕНИЕ**.

 **ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

 Дифференциальный диагноз болезни Миньера проводят прежде всего с шейным остеохондрозом и инфекционными лабиринтитами. При шейном остеохондрозе необходимо наличие болей в области шеи при поворотах головы и наклонах ее в стороны в анамнезе. Для инфекционного лабиринтита характерно острое начало с постепенным развитием неврологической симптоматики. Отмечается сухость глаз, расстройство вкуса и слюноотделения. Кроме того при осмотре уха можно выявить наличие экссудативных изменений и отека мягких частей лабиринта, возможно повышение температуры тела. Шум в ушах чаще всего высоких тонов, в данном же случае пациентка не акцентировала внимание на тональности шума. При исследовании больного уха пациентки вегетативных реакций типа бледности или гиперемии кожных покровов, потливости, рвоты не наблюдалось, что характерно для болезни Миньера.

**ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ**

1. Режим 2
2. Диета с пониженным содержанием соли.
3. Упражнения для тренировки вестибулярного аппарата.
4. Новокаиновая блокада звездчатого узла и симпатического ствола шейного отдела.
5. Tab “Microser” по 1 таблетке 2 раза в день во время еды .
6. Tab “Aeroni”- 0,005 по 1 таблетке 2 раза в день.
7. Ac. Nicotinici in tab – 0,05 № 50 по2 таблетки 2 раза в день.
8. “Cavinton” – 0,005 № 50 in tab по 2 таблетки 3 раза в день в течение 2-ух недель, затем по 1 таблетке 3 раза в день в течение 3 месяцев.
9. ЛФК.