ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

1. 59 лет.
2. Русская.
3. Пенсионер.
4. п. Новонежено, ул. Моледежная 6.
5. Время поступления 20 мая 2002 г.

# ЖАЛОБЫ ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ

Жалобы на снижение слуха на оба уха, больше справа. Шум в ушах.

## ANAMNES MORBI

Больной себя считает около года, когда внезапно перестала слышать на правое ухо. Проходила лечение в КГБ №2, где был выставлен диагноз: сенсоневральная тугоухость справа. После лечения был назначен курс амбулаторного лечения, который больная не проходила. В феврале 2002 г. произошло внезапное снижение слуха на левое ухо. В марте 2002 г. находилась на стационарном лечении в лор-отделении ГКБ №1 с диагнозом: сенсоневральная тугоухость, там же бала сделана тональная аудиограмма от 21.03.02 (повышение пороговой чувствительности на высокие частоты, диагноз: двухсторонняя сенсонавральная тугоухость срава III ст., слева I ст.). 20 мая поступила для повторного курса лечения.

### ANAMNES VITAE

Родилась в г. Большой Камень, первым ребенком в семье. Росла и развивалась соответственно возрасту. Работала продавцом, постоянно на холоде. С 1997 г. не работает.

Жилищно-бытовые условия удовлитворительные. Питание не регулярное, разнообразное, низкокалорийное.

Перенесенные заболевания: в детстве перенесла корь, многократно грипп. Простудные заболевания 2 - 4 раза в месяц. Туберкулез, венерические болезни, травмы отрицает. Перенессенные операции: внематочная беременность в 1968 г. В контакте с инфекционными больными не была, болезнь Боткина в 1948 г. . Гематрансфузионный анамнез: переливание крови по поводу внематочной беременности в 1968 г., без осложнений.

Алкоголем не злоупотребляет, других вредных привычек не имеет.

Наследственный анамнез не отягощен.

Аллергологический анамнез не отягощен.

### ОБЩЕЕ СОСТОЯНИЕ БОЛЬНОГО

#### Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное, походка свободная. Телосложение правильное, конституционный тип астенический.

*Кожа и видимые слизистые:* окраска бледно-розовая. Сыпь, рубцы, сосудистые звездочки, ксантомы, ксантелазмы отсутствуют. Кожа умеренной влажности. Тургор кожи сохранен. Оволосение по женскому типу.

*Подкожно-жировая клетчатка:* умеренно развита, пастозности нет.

*Лимфатические узлы:* подчелюстные и паховые лимфатические узлы при пальпации безболезненные, подвижные, не спаянные между собой, 0,5-1 см. Миндалины гиперемированы, гнойных пробок в лакунах нет.

*Мышцы:* степень развития нормальная, тонус в норме, безболезненные при пальпации и движении. Дрожания, парезов и параличей конечностей нет.

*Кости:* видимой деформации костей туловища нет. Изменений концевых фаланг пальцев кистей и стоп нет. Симптом барабанных палочек отрицательный. Пальпация безболезненная.

*Cуставы:* нормальной конфигурации, объем активных и пассивных движений свободный. Безболезненные при пальпации и движениях. Хруста, флюктуации, контрактур нет.

*Дыхательная система.* При осмотре грудная клетка астенической формы, симметричная. Патологических искривлений позвоночника нет. Лопатки плотно прилежат к грудной клетке.

Дыхание смешанного типа, ЧД – 18 в мин. Одышки нет.

При пальпации грудная клетка эластичная, голосовое дрожание проводится равномерно на симметричных участках грудной клетки. Ширина межреберных промежутков в норме.

При перкуссии на симметричных участках грудной клетки ясный легочный звук.

Границы легких в пределах возрастной нормы.

При аускультации на симметричных участках обоих легких выслушивается везикулярное дыхание.

Бронхофония на симметричных участках легких проводится одинаково.

*Сердечно-сосудистая система.*

При осмотре области шеи патологической пульсации не выявлено. Визуально область сердца не изменена. Верхушечный толчок локализуется на 1,5 см. кнутри от срединно-ключичной линии, умеренной силы и величины, площадью 2 см. Сердечный толчок не определяется.

Симптом «кошачьего мурлыкания» отрицательный.

Границы относительной сердечной тупости в пределах возрастной нормы. Контуры сердца не изменены. Конфигурация сердца нормальная.

При аускультации тоны сердца громкие, ритмичные. Патологических шумов нет.

Пульс синхронный, ритмичный, частотой 80 уд. в мин., среденго наполнения и напряжения. Дефицита пульса нет.

Капиллярный пульс отрицательный.

Артериальное давление 122/80 мм. рт. ст.

*Пищеварительная система.*

При осмотре полость рта розового цвета. Зубы со следами кариозных поражений, десны бледно-розового цвета. Миндалины розового цвета, гипертрофированны. Гнойных пробок в лакунах нет. Язык розовый, влажный, обложен белым налётом.

Живот не вздут, симметричный, участвует в акте дыхания. Видимой перистальтики желудка и кишечника, расширенных подкожных вен и видимых грыжевых выпячиваний нет.

При поверхностной пальпации: живот мягкий, без- болезненный по ходу толстой кишки.

При глубокой пальпации: в левой повздошной области определяется сигмовидная кишка плотной консистенции; безболезненная, подвижная, вздутая, урчащая.

В правой повздошной области пальпируется слепая кишка: безболезненная, подвижная, вздутая урчащая.

Поперечно-ободочная кишка плотной консистенции, пальпируется на уровне пупка, вздутая, безболезненная.

При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Симптом «мышечной защиты» отрицательный, симптом Щеткина-Блюмберга, симптом флюктуации отрицательные. Грыж и расхождений мышц брюшной стенки нет. На передней брюшной стенки постоперационный рубец по поводу внематочной беременности в 1968 г.

Большая кривизна желудка пальпируется в виде валика с ровной поверхностью, расположенного на 2 см выше пупка по обе стороны от средней линии тела

Привратник не пальпируется

Нижний край печени выступает из по рёберной дуге, ровный, тупой, мягкой консистенции по всей длине, безболезненный. Размеры печени по Курлову - 9:8:7 см.

Селезёнка не пальпируется. Перкуторно определяется по l. axillaris media с 9-го ребра.

*Мочевыделительная система:*

Кожные покровы в поясничной области не изменены. Почки не пальпируются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не затруднено.

**ОБОСНОВАНИЕ ДИАГНОЗА**

Учитывая жалобы больной на снижение слуха на оба уха, больше справа. Шум в ушах. Учитывая данные анамнеза заболевания: больной себя считает около года, когда внезапно перестала слышать на правое ухо. Проходила лечение в КГБ №2, где был выставлен диагноз: сенсоневральная тугоухость справа. После лечения был назначен курс амбулаторного лечения, который больная не проходила. В феврале 2002 г. произошло внезапное снижение слуха на левое ухо. В марте 2002 г. находилась на стационарном лечении в лор-отделении ГКБ №1 с диагнозом: сенсоневральная тугоухость. Учитывая данные анамнеза жизни: Работала продавцом, постоянно на холоде. Перенесенные заболевания: в детстве перенесла корь, многократно грипп. Простудные заболевания 2 - 4 раза в месяц. Болезнь Боткина в 1948 г. Гематрансфузионный анамнез: переливание крови по поводу внематочной беременности в 1968 г. , без осложнений. Алкоголем не злоупотребляет, других вредных привычек не имеет. Наследственный анамнез не отягощен. Аллергологический анамнез не отягощен. Учитывая данные объективного исследования: по органам и системам без видимой патологии. Также учитывая данные ЛОР-статуса: лицо, нос и предаточные пазухи без патологии, глотка, шея, гортань и пищевод без патологии. Ушные раковины правильной формы, безболезненные при пальпации. Кожные покровы в области сосцевидных отростков не изменены, безболезненные при пальпации, дефектов костной ткани нет. Область скуловых отростков не изменена. Регионарные лимфоузлы не изменены. Наружный слуховой проход справа и слева обычной формы, проходимы, кожные покровы не изменены. Отделяемого нет. Барабанная перепонка не изменена. Учитывая данные тональной аудиомтрии от 21.03.02: повышение пороговой чувствительности на высокие частоты, диагноз: двухсторонняя сенсоневральная тугоухость справа III ст., слева I ст., также учитывая время прошедшее с момента возникновения заболевания (справа около года, слева около 3 месяцев), можно поставить следующий клинический диагноз: двухсторонняя сенсоневральная тугоухость: острая слева I ст., хроническая справа III ст.

**ДИАГНОЗ**

Двухсторонняя сенсоневральная тугоухость: острая слева I ст., хроническая справа III ст.

**ОБЩЕЕ ЛЕЧЕНИЕ**

Лечение должно быть направлено в первую очередь на устра­нение или нейтрализацию причин заболевания, в связи с чем показа­но безотлагательное применение терапевтических средств. Терапия инфекционной тугоухости предусматривает воздействие главным об­разом на процесс воспаления, включая источник и пути проникнове­ния инфекции. С этой целью необходимо назначать антибиотики негликозидного ряда: пенициллин по 1000000 ЕД 4 раза в день; оле-тетрин в таблетках по 250000 ЕД 4 раза в день (нистатин по 250000 ЕД 4 раза в сутки).

Стимулирующая терапия включает подкожное введение экстрак­та алоэ по 1 мл вдень, на курс лечения 25—30 инъекций; подкожное введение стекловидного тела по 2 мл, на курс лечения 20 инъекций. При нейросенсорной тугоухости любой этиологии показана вита­минотерапия (витамины С, и группы В) и внутривенные вли­вания 40% раствора глюкозы по 20 мл в течение 15-20 дней. Ин­фекционную нейросенсорную тугоухость целесообразно лечить фи­зическими методами. Наиболее эффективными из них являются электрофорез 5% йодида калия на область сосцевидных отростков (15 сеансов): токи Дарсонваля. Для уменьшения шума и звона в ухе показан курс внутрикожных новокаиновых блокад (1,0 мл 1,0% раствора новокаина подкожно в наружный слуховой проход, от­ступя от входа в него 1-1,5 см; на курс 12 инъекций).

Лечение токсических форм нейросенсорной тугоухости преду­сматривает в первую очередь проведение мероприятий по прекраще­нию поступления токсинов и срочному их выведению из организма. Для этого назначают мочегонные и потогонные средства. При острой интоксикации ототоксическими антибиотиками показано безотлага­тельное подкожное или внутримышечное введение унитиола (1 мл 5% раствора на 10 кг массы тела больного) в сочетании с витаминами В1, В6, В12. В 1-е сутки унитиол вводят 3—4 раза, на 2-е — 2—3 раза, в последующие 7 дней — по 1—2 раза.

Показана кокарбоксилаза по 50 мг ежедневно в течение 30 дней в сочетании с приемом внутрь таблетированного апилака (таблетка содержит 0,01 г препарата) по 1 таблетке под язык 3 раза в день после еды в течение месяца. Для улучшения обменных процессов в нервной ткани назначают внутримышечные инъекции АТФ по 1—2 мл 1% рас­твора в течение месяца.

В начале 90-х годов для лечения нейросенсорной тугоухости, обусловленной патологией улитки, начал использоваться метод эн-даурального фоноэлектрофореза. Метод основан на комплексном использовании лекарственного препарата (метаболического или спазматического действия) в концентрации, не превышающей 3%, постоянного электрического тока силой 0,1 мА и ультразвука час­тотой 880 кГц и интенсивностью не более 0,2 Вт/см2. Лекарствен­ный раствор заливается при этом в наружный слуховой проход, кожа которого предварительно обезжиривается спирто-эфирной смесью. В раствор погружается ультразвуковой излучатель, кото­рый служит одновременно пассивным электродом. Активный элек­трод из свинца помещают на сосцевидный отросток с противопо-лоной стороны. Благодаря электрофоретическому и фонофорети-ческому эффектам лекарственный препарат насыщает сосудистый бассейн наружного слухового прохода. Поскольку названный бас­сейн анастомозирует с васкулярными системами среднего и внут­реннего уха, препарат достигает сосудистой полоски. Ультразвук, воздействуя на эндотелий капилляров сосудистой полоски, вызы­вает временное открытие гематолабиринтного барьера, способст­вуя тем самым проникновению препарата в жидкости и ткани внутреннего уха (в том числе улитки). Экспериментально на ор­ганной культуре внутреннего уха мышиных эмбрионов было по­казано, что лекарственные препараты (коферменты), вводимые таким методом, стимулируют метаболические процессы, приводя тем самым к повышению функциональной активности органа. По­ложительный терапевтический эффект отмечается у пациентов с токсической тугоухостью, нарушением кровообращения в систе­ме лабиринтной артерии.

С целью восстановления кровообращения и дезинтоксикации желательно применение в виде капельного внутривенного раствора гемодеза, маннитола и др. средств.

Хороший терапевтический результат в виде уменьшения или исчезновения шума и звона наблюдается у ряда больных при прове­дении курса иглоукалывания (акупунктуры).

Прогноз зависит от степени выраженности слуховых наруше­ний и времени начала лечения. При легкой форме заболевания в течение первых 4 месяцев возможно улучшение слуха, при более тяжелых формах — его стабилизация.

Лечение внезапной формы тугоухости требует незамедлитель­ного обеспечения больному полного покоя и быстрого проведения курсов дезинтоксикации, дегидратации и стабилизации кровооб­ращения в соответствии с тем, как это осуществляется вообще при нейросенсорной тугоухости. При установлении вирусной природы заболевания показано использование специфических иммунологи-ческих и противоинфекционных средств. В частности, считается необходимым использование специфической вакцино- и серотера­пии при паротифе. Оценка эффективности лечения затрудняется фактом спонтанного излечения. Прогноз зависит от времени иден­тификации признаков тугоухости и начала лечения. При благо­приятных условиях положительный результат лечения может дос­тигать 50-90%.

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Машковский М. Д. Лекарственные средства. М. 2000 г.
2. Евдошенко Е. А. Косаковский А. Л. Нейросенсорная тугоухость. Киев. Здлровье. 1989 г.
3. Данилова Л. А. Анализы крови и мочи. С.-П. 2000 г.
4. Султанов В. К. Исследование объективного статуса больного. С.-П. 2000 г.
5. Муминов А. И Новые методы диагностики и лечения тугоухости у взрослых и детей. Ташкент. ТашМИ. 1985 г.
6. Свашко Л. Г. Патогенез, клиника и лечение негнойных и гнойных заболеваний уха. Казань. 1974 г.
7. Пальчун В. Т. Крюков А. И. Оториноларингология. Курск. КГМУ. Москва. Литера. 1997 г.