**I. Паспортная часть**

Ф.И.О.:

Возраст: 38 лет

пол женский

Место работы, профессия: акушерка в поликлинике, сейчас - торговля.

Место жительства: г. Москва

Дата курации:

**II. Жалобы больного.**

При поступлении в стационар больная предъявляла жалобы на:

Постоянную заложенность обеих половин носа, на холоду - серозные выделения из носа; колющую головную боль в области надбровья, ощущение "шлема" на голове, не купирующуюся анальгетиками (НПВС), боль усиливается после полудня(во второй половине дня) и при респираторной инфекции, приступ длится несколько дней (до 5 дней); постоянную ломящую боль в обоих ушах, "закладывание" ушей при сморкании; снижение слуха (больше на левое ухо), появляющееся и проходящее спонтанно, без связи с другими симптомами.

***III. История настоящего заболевания*** *(anamnesis morbi)****:***

Считает себя больной с апреля 2000 года, когда перенесла острое респираторное заболевание, сопровождавшееся насморком. Обращалась в поликлинику, где был назначен нафтизин 2-3 раза в день (пользуется им до сих пор), протаргол и колларгол. Лечение было без эффекта, насморк сохранился, больная продолжала пользоваться нафтизином. В июне 2000 года перенесла сильный стресс, и с июля присоединились головные боли, появилась субфебрильная температура: 37,3 с утра, 37,6 вечером, раз в месяц температура поднималась до 38 градусов. Обращалась в поликлинику, где были назначены антибиотики - сумамед, цифран, фортум курсами по неделе. На этом фоне сохранялся насморк, температура становилась нормальной в течение недели после курса антибиотикотерапии, после чего поднималась на первоначальный уровень. В ноябре была госпитализирована в военный госпиталь Бурденко, где в течение 10 дней проводили курс промываний околоносовых пазух раствором фурацилина без положительной динамики. В декабре 2000г. присоединилась боль в ушах, в январе 2001г больная сделала себе теплый компресс на ухо с камфорным маслом и потеряла сознание. Была доставлена в неврологическое (вегетологическое) отделение 33-й больницы, где состояние больной было расценено как "расстройство нервного характера" и были назначены антидепрессанты. На фоне приема антидепрессантов пациентка отметила улучшение своего состояния, однако насморк, головная боль и боль в ушах сохранились, ухудшилось зрение и появилась незначительная диплопия, ухудшился слух (нарушилось восприятие тихих звуков, особенно левым ухом), в связи с чем она была направлена на госпитализацию в ЛОР отделение. 27 марта2001 года поступила в ЛОР - клинику ММА им. И. М. Сеченова для постановки диагноза и лечения.

***IV. История жизни*** *(anamnesis vitae)****:***

Родилась доношенным ребенком в 1963 году в Москве. Росла и развивалась нормально. В физическом и умственном развитии не отставала от сверстников.

*ЛОР - заболевания:* В детстве часто болела простудными заболеваниями, ангинами (в среднем 4 раза в год). Хронический тонзиллит. Периодически беспокоят охриплость голоса, до афонии, боль при "пустом" глотке. *Перенесенные заболевания: корь,* эпидемический паротит, ветряная оспа, крупозная пневмония в 1999г., гепатит А, хронический холецистит, хронический панкреатит

Черепно-мозговая травма в январе 2001года.

Операции: 1991г. перенесла операцию по поводу фиброаденомы молочной железы, в 1998г - внематочная беременность.

*Гинекологический анамнез:* менархе в 14 лет, цикл установился сразу - по 5 дней каждые 30 дней, обильные, болезненные. Беременностей - 4: 2 родов - 1981г. - срочные роды, беременность без осложнений, сын; 1995год - ранний токсикоз и нефропатия беременных, срочные роды через естественные родовые пути, дочь;1982г. - медицинский аборт; 1998г. - внематочная беременность. Изменений цикла после беременностей не отмечает.

*Профессиональный анамнез:* образование среднее специальное, работала акушеркой в поликлинике, сейчас работает в сфере торговли, отмечает частые стрессы.

*Вредные привычки:* курит с 25 лет (в течение 13лет), алкоголь употребляет не чаще 1 раза в месяц 100-150 грамм вина, плохо переносит алкоголь (усиливаются головные боли).

*Наследственный анамнез*:

у деда - рак прямой кишки;

у сына - хронический фронтит.

*Аллергологический анамнез*: аллергия в виде кожной сыпи на пенициллин.

Контакт с больными туберкулезом, венерические болезни в анамнезе отрицает.

***V. Общий статус****( status praesens)*:

Состояние больного удовлетворительное, положение активное, тип телосложения астенический.

Кожные покровы– Видимые участки желтовато - розового цвета, чистые, эластичные.

Слизистые оболочки - влажные, розовые, незначительная иктеричность склер, язык не обложен белым налетом.

Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, отеков нет.

Лимфатическая система – при пальпации определяются подчелюстные, передние шейные и подколенные лимфатические узлы, размером с горошину, безболезненные, мягко эластической консистенции, не спаянные друг с другом и окружающими тканями;

Костно-мышечная система – тонус мышц не изменен; суставы не изменены, активные и пассивные движения в полном объеме.

*Органы и системы*.

**Дыхательная система.**

Дыхание через нос свободное, сухости нет. Отделяемое из носа слизистое прозрачное скудное..

Ритм дыхания правильный. Частота дыхания (ЧДД) - 16/мин. Тип дыхания: брюшной.

**Сердечно-сосудистая система.**

ЧСС - 68 в минуту. Ритм сокращений правильный.

При ощупывании и осмотре артерии головы и конечностей мягкие, с эластичными тонкими стенками. Пульс ритмичный, ненапряженный, хорошего наполнения, АД = 90/60мм.рт.ст. Патологии крупных сосудов не выявлено.

**Пищеварительная система**

Аппетит хороший. Дефекация регулярная. Слизистая рта розовая; язык влажный, розовый; форма его не изменена. Зубы требуют санации.

**Мочевыделительная система.**

Мочеиспускание свободное, безболезненное, 4-5 раз в день, ночных позывов, недержания нет.

**Эндокринная система.**

Щитовидная железа не пальпируется; жажды и сухости кожи не выявлено.

**Нервно-психический статус.**

Сон не нарушен. Сознание ясное, в контакт вступает легко. Правильно ориентирован в пространстве, времени и собственной личности.

***VI. ЛОР - статус.***

1. Нос и околоносовые пазухи : При наружном осмотре спинка носа прямая, по средней линии, при пальпации крепитации и смещения костных структур не выявлено. При пальпации наружного носа, области околоносовых пазух, точек выхода ветвей V пары черепно-мозговых нервов болезненности не отмечает. Кожа носовой области чистая, при осмотре преддверья носа видна внутренняя поверхность крыльев носа, с расположенными на их поверхности волосами, и часть перегородки. Воспалительных процессов на коже носовой области и в преддверии носа не выявлено. Носовое дыхание несколько затруднено с обеих сторон. Жалоб на нарушение обонятельной функции носа нет.

Передняя риноскопия: Внутренняя поверхность крыльев носа не

изменена с обеих сторон. Перегородка в заднем (костном) отделе несколько отклонена влево. Слизистая оболочка носовых раковин и перегородки гиперемирована и несколько отечна, в связи с чем носовые ходы незначительно сужены. В среднем носовом ходе с обеих сторон видна белесоватая полоска (слизисто - гнойное отделяемое).

1. Глотка. При осмотре полости рта : слизистая бледно-розового цвета, чистая, влажная, язык нормального размера и формы, не отечен, подвижен, налета нет, отпечатки зубов отсутствуют. Зубы требуют санации, вторичная частичная одонтия (отсутствуют моляры с обеих сторон на нижней и верхней челюстях).

Ротовая часть глотки(фарингоскопия): мягкое небо обычной формы, бледно-розовой окраски, язычок по средней линии, при фонации подвижен, розового цвета. Слизистая оболочка небных дужек незначительно гиперемирована в области свободных краев передних дужек. Небные миндалины уменьшены в размерах, овальной формы, мягко-эластичной консистенции, бледно-розового цвета, с просвечивающими желтоватыми точками (картина "звездного неба"), "пробок" нет, при надавливании шпателем на область передних дужек из лакун выступает прозрачное слизистое содержимое.

Налетов нет. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, гладкая, сосуды ее несколько расширены. Пальпируются подчелюстные и передние шейные лимфатические узлы размером с горошину плотноэластической консистенции, безболезненные, не спаянные с кожей и окружающими тканями.

Носовая часть глотки (задняя риноскопия):

Купол носовой части глотки не изменен, задняя часть перегородки носа по средней линии, хоаны одинаковой формы, свободны. Слизистая носовых ходов и раковин несколько отечна и гиперемирована. Отмечается также некоторая отечность в области устьев слуховых труб. Глоточная миндалина не гипертрофированна, бледно-розового цвета.

Гортанная часть глотки (гипофарингоскопия):

Язычная миндалина не изменена, грушевидные синусы свободны. Надгортанник несколько гиперемирован. Слизистая оболочка обычного цвета.

1. Гортань. Голос сохранен, изменение его высоты, тембра пациентка в последнее время не отмечает. Дыхание беззвучное без усилий.

При осмотре: гортань симметрична, кожа над областью гортани обычной окраски. При пальпации безболезненна, хрящи гортани не деформированы, смещаются без усилия безболезненно, при этом отмечается крепитация.

Непрямая ларингоскопия. Черпаловидные хрящи, межчерпаловидное пространство, надгортанник, черпало-надгортанные складки не деформированы. Целостность слизистой оболочки не нарушена. Слизистая розового цвета. Вестибулярные складки не изменены, не деформированы. Голосовые складки белого цвета, симметричны, подвижны, при фонации полностью смыкаются.

Голосовая щель обычных размеров( не сужена, имеет форму равнобедренного треугольника). Подскладочное пространство и верхний отдел просвета трахеи без патологических изменений.

1. Уши.

Правое ухо (AD): ушная раковина не деформирована, гиперемия и отечность кожи отсутствуют. При пальпации верхушки и площадки сосцевидного отростка, заушной области и области козелка, а также при потягивании за ухо болезненности не отмечается. Наружный слуховой проход умеренно широкий, стенки его не изменены, кожа обычной окраски, отделяемое отсутствует, имеется небольшое количество серной смазки. Барабанная перепонка жемчужно-серого цвета, при осмотре четко выделяются опознавательные пункты, световой конус сужен - в виде полоски. Проходимость слуховой трубы хорошая.

Левое ухо (AS): ушная раковина не деформирована, гиперемия и отечность кожи отсутствуют. При пальпации верхушки и площадки сосцевидного отростка, заушной области и области козелка, а также при потягивании за ухо болезненности не отмечается. Наружный слуховой проход умеренно сужен, стенки внешне не изменены, кожа обычной окраски, отделяемое отсутствует, имеется небольшое количество серной смазки. Барабанная перепонка серого цвета, без перфораций и рубцовых изменений. При осмотре четко определяются опознавательные пункты: световой конус, рукоятка, короткий отросток молоточка, пупок. Проходимость слуховой трубы хорошая ( проба Вальсальвы положительна).

*Слуховой паспорт*

Правое ухо(AD) левое ухо (AS)

- Шум в ухе -

больше, чем с 6 м Шепотная речь больше 6 м

> 20м Разговорная речь >20м

+ Опыт Рине R +

 Опыт Вебера W

+ Опыт Желле +

Звукопроводимость, с

К В К В

5 12 С128 5 18

10 5 С2048 7 18

Заключение о состоянии звукового анализатора: кондуктивная тугоухость справа, поражение звуковоспринимающего аппарата слева (снижение длительности слышимости сигнала).

1. Исследование вестибулярного анализатора.

Головокружений, тошноты, рвоты, нарушений равновесия нет. Спонтанный нистагм влево при взгляде влево и прямо (II степени), горизонтальный, мелкоразмашистый. Спонтанного отклонения рук нет. Пальценосовую и пальце-пальцевую пробы выполняет правильно, не промахивается. В позе Ромберга устойчива. Адиадохокинеза нет. Прямая и фланговая походки не изменены, не нарушены. Фистульная проба отрицательная

Вывод: со стороны вестибулярного анализатора патологии нет.

***VII. Данные дополнительных методов исследования:***

**Общий анализ крови 13.04.2001:** 12

* Эритроциты - 4,2\*10
* Гемоглобин – 13,1
* Цветной показатель - 1,05
* Гематокрит - 37,3%
* Тромбоциты - 220 тыс
* Лейкоциты – 7,2тыс.

(палочкоядерные 4%, сегментоядерные –58%)

* Лимфоциты – 30%
* Моноциты – 6%
* Эозинофилы – 2%

СОЭ =3 мм\ч

**Результаты серологического исследования 14.03.2001:** HBs , HCV– отрицательно; RW – отрицательна; Ат к ВИЧ - отр.

**Общий анализ мочи 21.03.2001:**

* Цвет – соломенный
* pH –кисл.
* Удельный вес -1020
* Прозрачность –полная
* Белок – нет
* Глюкоза – нет
* Эпителиальные полиморфные клетки - немного

Лейкоциты – 2-3 в п/зр.

**Биохимический анализ крови 02.04.2001:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Общий белок | 6,6 | 6,0-8,0(N) | Г/дл |
| Альбумин | 4,4 | 3,5-5,0 | Г/дл |
| Креатинин | 1,2 | 0,7-1,4 | Мг/дл |
| Неорганич. фосфор | 2,7 | 2,5-4,5 | Мг/дл |
| Глюкоза | 102 | 80-120 | Мг/дл |
| Азот мочевины | 15 | 10-20 | Мг/дл |
| Общий билирубин | 1,0 | 0,2-1,0 | Мг/дл |
| Прямой билирубин | 0,2 | 0,0-0,3 | Мг/дл |

**Томосцинтиграфия костей головы/шеи 06.04.2001:**На сериях ТСГрамм в ортогональных сечениях отчетливо визуализируется включение индикатора в костные структуры. Очагов патологической гиперфиксации не выявлено.

Дополнительно выполнена сцинтиграфия костей туловища: распределение индикатора латерально - симметричное, очаги гиперфиксации не выявлены.

P.S. На ТСГ черепа отмечается асимметрия клиновидной кости, однако накопление индикатора в правых и левых ее отделах отличается не более, чем на 15-20%. Данных за наличие костной опухоли не получено. Вариант строения(?).**МРТ-томография головного мозга. 10.04.2001:**

На серии Т1 и Т2-взвешенных томограмм головного мозга получены изображения суб- и супратекториальных структур. Срединные образования не смещены. Желудочки обычной формы и размеров. Очаговые изменения в веществе головного мозга не выявлены. Субарахноидальное пространство не расширено. Гипофиз в размерах не увеличен. Стволовые структуры без особенностей. Основная пазуха имеет асимметричное строение, в ее проекции справа определяется овальной формы участок (связанный с основной костью) размерами 17\*10 мм, с сигналом, характерным для жировой ткани. Гайморовы, фронтальные пазухи воздушны.

Заключение: небольшой участок жировой ткани в проекции основной пазухи справа.

**Аудиометрия** - двусторонняя нейросенсорная тугоухость.

**Тимпанограмма** типа "А".

**Консультация отоневролога 30.03.2001:** Состояние после ЧМТ, нейросенсорная тугоухость (в расширенном диапазоне частот). Отоневрологических нарушений не выявлено.

**Консультация аллерголога 05.04.2001:**

По данным скарификационных и внутрикожных проб атопия отвергнута (пробы с бытовыми, пыльцовыми, эпидермальными аллергенами - отрицательны).

**Консультация офтальмолога 05.04.2001:**

Картина застойных дисков зрительных нервов.

**Клинический диагноз:**

Основное заболевание: Хронический аллергический риносинусит отечная стадия, инфекционно-аллергическая форма в фазе обострения;

Сопутствующее заболевание: хронические двусторонние аллергические гайморит и этмоидит, отечная форма;

Осложнение основного заболевания: Евстахиит;

Сопутствующие заболевания: Двусторонняя нейросенсорная тугоухость острая (посттравматическая?)

*Обоснование диагноза:*

Диагноз "хронический инфекционно-аллергический риносинусит отечная форма" был поставлен на основании:

* Жалоб на постоянные серозные выделения из носа с апреля 2000 года;
* Данных анамнеза - выделения появились после перенесенного ОРЗ, инфекционный процесс значительно утяжеляет течение заболевания, а также то, что у пациентки присутствует определенный аллергический фон( аллергия на пенициллин);
* Данных объективного обследования - осмотр: отечная слизистая носа, передняя риноскопия: в среднем носовом ходу полоска беловатого секрета;

***ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ:***

Хронический аллергический риносинусит необходимо дифференцировать с хроническими гипертрофическим и катаральным риносинуситом:

1. Хронический катаральный риносинусит: в пользу данного диагноза свидетельствуют отрицательные аллергологические пробы (однако с их помощью можно выявить лишь до 15% аллергенов) и длительное применение местных сосудосуживающих препаратов ( "нафтизин"), что способствует переходу острого ринита в хронический катаральный вследствие некорректируемого паралитического расширения сосудов полости носа. Однако и в этом случае нельзя забывать, что хронизация могла произойти в результате сенсибилизации к носовым каплям. При катаральном рините также достаточно часто вовлекаются в процесс пазухи и среднее ухо. Однако при катаральном рините характерна лабильность симптомов, попеременное вовлечение половин носа, а также зависимость локализации симптомов от положения головы. В данном случае насморк присутствовал постоянно в обеих половинах носа и периодичности в локализации "закладывания" носа не наблюдалось.

Для подтверждения диагноза необходимо исследование носового секрета, определение концентрации эозинофилов в нем, проведение провоцирующих эндоназальных аллергических тестов.

1. Хронический гипертрофический ринит: при обоих заболеваниях может наблюдаться серозно-слизистое отделяемое из носа, "закладывание" носа, сужение носовых ходов при риноскопии. Однако в данном случае сужение носовых ходов является следствием гипертрофии носовых раковин (в отличие от исходного случая, когда сужение ходов являлось следствием отека слизистой оболочки полости носа), при этом отсутствует реакция слизистой на применение сосудосуживающих средств (что противоречит данным анамнеза), и радикально причины могут быть устранены только хирургическим путем.

Отечная форма аллергического риносинуита нуждается в сравнении и дифференцировании с полипозной формой аллергического риносинуита:

1. В данном случае объективно и на снимках при дополнительных исследовании пазух не было выявлено никаких патологических изменений в пазухах, что не имело бы место при полипозной форме, однако при незначительных изменениях и небольшом количестве секрета может быть при отечной форме аллергического риносинуита. Если учитывать срок существования процесса, то можно ожидать скорого перехода его в полипозную форму при отсутствии адекватной терапии.

Необходимо также дифференцировать, в каких именно пазухах протекает аллергическое катаральное воспаление. Дифференциальный диагноз различных форм синуситов довольно сложен, поскольку зачастую болевой синдром может быть одинаков при разных формах, что можно объяснить иррадиацией импульсов по ветвям тройничного нерва.

1. Гайморит и сфеноидит. В данном слечае в пользу сфеноидита свидетельствует: симптом Овчинникова - давящая боль по типу"каски", выявление при МРТ-исследовании некоторых отклонений с строении пазухи, что может быть фактором, поддерживающим хронический процесс, а также двустороннее нарушение зрение, диплопия (однако нарушение зрения могло развиться как из-за ЧМТ, так и в результате этмоидита( что маловероятно в связи с двусторонним характером поражения на фоне слабо выраженной клинической картины). Однако при задней риноскопии не было отмечено присутствие какого-либо секрета на задней стенке глотки, а была отмечена полоска секрета в среднем носовом ходе, где локализуется устье верхнечелюстной пазухи. Диагностически важным можно считать также то, что боли усиливаются во второй половине дня (днем в вертикальном положении нарушен отток из Гайморовой пазухи), тем более, что боли, имеющие характер опоясывающих голову, не имеют преимущественной локализации в затылке. Для более точной дифференциации необходмо провести пробу Вольфковича, чтобы обнаружить причину ухудшения зрения, и зондирование или пунктирование основной пазухи, что довольно затруднительно и требует специальной подготовки и оборудования.

1. Этмоидит и фронтит. Локализация боли при этих формах синусита очены похожа - при этмоидите боль локализуется в области переносья, корня носа с иррадиацией в область лба, что наиболее точно отражает характер болей описанных пациенткой; при фронтите же боль также может локализоваться в области переносья, лба и при катаральном воспалении, которое мы подразумеваем в данном случае, болезненности при пальпации и перкуссии области лобной пазухи, очевидно, не будет. Рентгенологически обе пазухи интактны, т.е. при наличии воспалительного процесса в них, он может затрагивать только поверхность слизистой, выстилающей пазухи, и не приводить к каким-либо рентгенологическим феноменам. Обе пазухи открываются в средний носовой ход. Однако поражение зрительного нерва вероятнее будет при развитии этмоидита, если допустить, что симптомы со стороны зрения обусловлены поражением пазух. Для того, чтобы диагноз не вызывал сомнений, необходимо более тщательно обследовать состояние всех околоносовых пазух.
2. Наконец, необходимо дифференцировать евстахиит и катаральный (секреторный) отит: ориентируясь на жалобы - нет характерного шума в ушах, ощущения переливания жидкости, присутствует ощущение "заложенности" уха, отоскопически картина более характерна для евстахиита - втяжение барабанной перепонки, заметной по уменьшению светового конуса до ширины полоски. По результатам дополнительных методов исследования картине кондуктивной тугоухости, полученной при исследовании звукопроводимости (даже с учетом того, что опыт Вебера отражает поражение звуковоспринимающего аппарата) соответствует тимпанограмма типа "А", что можно допустить, поставив диагноз евстахиит.

**Лечение:**

Необходимо соблюдать правильный режим труда и отдуха, соблюдать гипоаллергенную диету и следить за чистотой воздуха в жилых и рабочих помещениях. Рекомендована также:

1. Неспецифическая гипосенсибилизирующая терапия - аколат, стероиды местно (флексоназе, альдецин) как патогенетическое лечение риносинуита, для уменьшения отека и улучшения ветиляции пазух и барабанной полости.
2. Анемизация слизистой носовой полости с целью улучшения оттока из околоносовых пазух и проходимости слуховой трубы( эфедрин, санорин, галазолин).
3. Аэрозольные ингаляции антисептиков с гидрокортизоном для создания их повышенной концентрации в слизистой оболочке, с целью местной гипосенсибилизации, а также предотвращения бактериальной инфекции, которая может возникнут на фоне десквамации эпителия и снижения местной резистентности из-за иммуносупрессивного действия глюкокортикоидов.
4. Прием иммуномодулирующих средств, снижающих дисбаланс иммунной системы, который является причиной любой аллергической реакции, а также прием антикоагулянта и дезагрегантов (курантил, трентал) с целью предупреждения нарушения агрегатного состояния крови в отечной стадии ( в данном случае наблюдается некоторое сгущение крови). Эту комбинацию можно применять и как противорецидивное лечение, позволяющее нормализовать иммунный статус и микроциркуляцию .
5. Прием внутрь витаминов группы В(для улучшения метаболических процессов в тканях) и С( для уменьшения проницаемости сосудистой стенки) как общеуктепляющих средств, а также вит. Е - антиоксидантов.
6. Применение физиотерапевтических процедур ( УВЧ, соллюкс, эндоназальный электрофорез лекарственных веществ), а также акупунктуру с целью угнетения рефлексогенных зон слизистой оболочки полости носа.
7. С целью улучшения слуха показано комплексное лечение: гипосенсибилизация, витаминотерапия, средства, улучшающие кровоток( трентал, кавинтон, стугерон), антихолинэстеразные препараты (галантамин, прозерин), иглотерапия, улучшающая общее состояние больных.

*Список использованной литературы:*

* Арефьева Н.А. "Патогенез, клиника и лечение различных форм ринита и риносинуита с рецидивирующим течением" - автореф.М.,1990
* Евдощенко Е. А. "К этиологии и лечению острых ринитов и риносинуитов", Журнал ушных, носовых и горловых болезней №4, 1980
* Быкова В.П. "Некоторые вопросы патогенеза хронических риносинуситов", Архив патологии, т.35,№2,1973
* "Новые методы диагностики, лечения, профилактики заболеваний уха и их осложнений" - сборник, Ташкент, 1986г

1. Зевелева, Медветкова "К вопросу о связи хронических ринитов с кондуктивной тугоухостью"