**МОСКОВСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ**

**имени И. М. Сеченова**

**Кафедра отоларингологии**

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

**Куратор студент**

**Преподаватель**

**Москва**

**2002 год**

**Фамилия Имя Отчество:**

**Возраст:** 52 года

**Место работы:** домохозяйка

**Дата поступления:** 12 февраля 2002 года

**Дата курации:** 22 февраля 2002 года

**Жалобы**

На момент поступления на: чувство переливания, тяжести, шума, которые более выраженные в левом ухе; снижение слуха на левое ухо. Заложенность левой половины носа.

На момент курации: Жалобы остались прежними.

**История заболевания**

Считает себя больной с 1997 года, когда после перенесенного гриппа, на фоне полного благополучия, ощутила острую боль в левом ухе. Обратилась в поликлинику, где было назначено лечение стрептомицином, после лечения, которым стала отмечать снижение слуха слева. В конце 1997 года перенесла подслизистую резекцию перегородки носа, через несколько после проведения, которой у больной снова развился приступ сильной боли в ушах.

В марте 1998 года пациентка была госпитализирована в городскую больницу, с диагнозом острый спазм гортани, где ей была произведена трахиостомия. В октябре этого же года больная с жалобами на изменение голоса была госпитализирована и прооперированна в Онкологическом научно – исследовательском институте имени Герцена по поводу подозрения на рак гортани, диагноз которого был исключен во время операции. Во время операции больной был поставлен расширитель гортани. После операции у больной опять отмечалось появление болей, чувства переливания в ушах. Функция голосообразования так и не была восстановлена. Снижение слуха прогрессировало.

В середине 1999 года пациентка ощутила отечность наружного слухового прохода, с чем и обратилась к врачу оториноларингологу. После обследования врач поставил диагноз хронический экссудативный средний отит и назначил внутрикатетеризацию слуховой трубы с введение гидрокортизона и химотрипсина. После курса лечения состояние улучшилось, но слух так и продолжал ухудшаться.

В течение всего этого времени больная предъявляла жалобы на затруднение носового дыхания из-за заложенности носа. Насморки лечила, самостоятельно применяя для этого капли в нос «Галазолин».

12 февраля 2002 года по направлению из поликлиники поступил в клинику болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова для обследования и решения вопроса о лечении.

**История жизни**

Перенесенные заболевания: В 1997 году подслизистая резекция перегородки носа, 1998 году острый стеноз гортани с трахиостомией, в этом же году операция по поводу подозрения на рак гортани с установкой расширителя гортани.

Предрасположенность к простудным заболеваниям, частые ОРВИ. Профессиональных вредностей не имел. Вредные привычки: не курит, алкоголем не злоупотребляет. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен.

**Данные объективного обследования больного**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, больная правильно ориентирована в пространстве и времени. Кожные покровы обычной окраски, подкожный жировой слой развит умеренно, отеков нет. Частота дыхания: 18 в минуту, ритм правильный. Пульс: 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Физиологические отправления в норме. Рабочее АД 120/80 мм.рт.ст.

**ЛОР – органы**

**Нос и околоносовые пазухи:**

При осмотре область наружного носа не изменена, пальпация наружного носа и околоносовых пазух безболезненна. Пальпация точек выхода 1ой и 2ой ветвей V пары черепномозгоых нервов безболезненна, крепитации нет.

Носовое дыхание затруднено слева.

Обоняние сохранено.

Преддверие носа без патологических изменений.

Слизистая оболочка полости носа бледно – розовая. Объем носовых раковин несколько увеличен. Носовые ходы свободны. В полости носа отделяемое не определяется.

Перегородка носа располагается по средней линии.

Регионарные лимфатические узлы (предушные, поднижнечелюстные) не пальпируются.

Схема носа и околоносовых пазух

1. Лобные пазухи
2. Орбита
3. Носовые раковины
4. Носовой ход
5. Слизистая
6. Верхнечелюстная пазуха

**Носоглотка** (задняя риноскопия):

Слизистая оболочка носоглотки бледная. Хоаны свободны, задние концы носовых раковин не изменены. Устья слуховых труб и тубарные валики без патологических изменений, отделяемое определяется у устья правой слуховой трубы, имеет слизистый характер.

Регионарные лимфатические узлы (предушные, заушные, поднижнечелюстные) не пальпируются.

Схема носоглотки

1. Тубарный валик
2. Глоточное отверстие слуховой трубы
3. Хоаны
4. Носовые раковины

**Полость рта и ротоглотки:**

Слизистая оболочка полости рта обычной окраски, патологических изменений нет. Выводные протоки околоушных и подчелюстных слюнных желез не изменены.

Зубы санированы, язык чистый, влажный.

Слизистая оболочка ротоглотки ярко-розовая, без патологических изменений.

Небные миндалины обычных размеров за небными дужками, поверхность незначительно рубцовоизменена, ярко-розовой окраски, патологических отделений в лакунах нет. Спаек с дужками нет.

Регионарные лимфатические узлы (позадижнечелюстные) не пальпируются.

Схема ротоглотки

1. Язычок
2. Небные дужки
3. Небная миндалина
4. Лакуны

**Гортаноглотка:**

Слизистая оболочка гортаноглотки бледно-розовая, грушевидные синусы свободны.

**Гортань:**

На передней поверхности шеи постооперационный рубец длиной 15 см, пальпация области гортани безболезненна. Гортань пассивно свободно смещается в обе стороны, симптом крепитации положительный. Дыхание свободное, афония.

Слизистая оболочка наружного отдела (надгортанник, черпалонадгортанные складки, черпаловидные хрящи, вестибулярные складки) бледная, истончена.

Голосовые складки белого цвета, подвижны в полном объеме, при фонации смыкаются не полностью. Подскладочное пространство свободное.

Регионарные лимфатические узлы (прегортанные, парагортанные, претрахеальные, паратрахеальные) не пальпируются.

Гортань при дыхании Гортань при фонации

1. Надгортанник
2. Складка преддверия
3. Голосовая складка
4. Просвет трахеи

**Уши (AD, AS)**

Область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и перкуссия безболезненны.

Ушная раковина сформирована правильно (имеются козелок, завиток с его ножкой, противозавиток, противокозелок, треугольная ямка, ладья, полость ушной раковины, челнок, мочка), пальпация ушной раковины безболезненна.

Наружный слуховой проход широкий, патологического отделяемого нет.

Барабанная перепонка слева бледно – розовая, в нижних квадрантах имеет желтоватый оттенок и несколько втянута в барабанную полость, световой конус в виде полоски, выражена задняя складка. Справа барабанная перепонка серо – розового цвета, опознавательные пункты (рукоятка молоточка, латеральный отросток молоточка, пупок, световой конус, складки молоточка – передняя и задняя) четкие.

Регионарные лимфатические узлы (предушные, заушные, сосцевидные) не пальпируются.

Правая барабанная перепонка Левая барабанная перепонка

1. Задняя складка молоточка
2. Передняя складка молоточка
3. Рукоятка молоточка
4. Латеральный отросток молоточка
5. Пупок
6. Световой конус
7. Натянутая часть
8. Ненатянутая часть

**Исследование слуха**

AD AS

6 м ш.р. 6 м

6 м < р.р. > 6 м

W 

+ F +-

+ R +-

+ G +

В К К В

35 19 С 128 17 12

Заключение: со стороны слуха выявлено воздушной проводимости слева.

**Аудиограмма**

125 250 500 1000 2000 4000 8000 Гц

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

Воздушная проводимость:

AD

AS

Костная проводимость:

AD

AS

Условия исследования:

AS с маскированием AD

Дополнительные исследования:

W + F+-

AD AS AD AS

Заключение: Левосторонняя кондуктивная тугоухость с нейросенсорным компонентом.

**Тимпанометрия.**

От 14.02.02 года: AS тип «В»

AD тип «А»

От 21.02.02 года: AS тип «В»

AD (-225) тип «С»

**Исследование вестибулярного аппарата**

Спонтанная субъективная и объективная вестибулярная симптоматика отсутствует

Головокружение: системное отсутствует

Тошноты, рвоты нет, равновесие: устойчив

Спонтанный нистагм: нет

Пальценосовая проба: Выполняет правильно обеими руками

Поза Ромберга: устойчив

Адиадохокинез: нет

Прессорная проба: отрицательна

Прямая и фланговая походка (с открытыми и закрытыми глазами): не изменены

Заключение: со стороны вестибулярного аппарата патологии не выявлено.

Рентгенологическое исследование:

На рентгенограммах шеи в прямой проекции отмечается деформация гортани, сглаживание поверхности ее отделов.

На рентгенограмме в подбородочно-носовой проекции видно гомогенное затемнение в гайморовых пазухах.

**Клинический диагноз**

Хронический экссудативный средний отит слева. Хронический экссудативный отит справа? Левосторонняя кондуктивная тугоухость с нейросенсорным компонентом. Хронический аллергический риносинусит. Гайморит? Состояние после операции на гортани.

**Обоснование диагноза**

Диагноз ставится на основании жалоб больной на: чувство переливания, тяжести, шума, которые более выраженные в левом ухе; снижение слуха на левое ухо; данных анамнеза: в 1997 году, когда после перенесенного гриппа, на фоне полного благополучия, ощутила острую боль в левом ухе. Обратилась в поликлинику, где было назначено лечение стрептомицином, после лечения, которым стала отмечать снижение слуха слева. В конце 1997 года перенесла подслизистую резекцию перегородки носа, через несколько после проведения, которой у больной снова развился приступ сильной боли в ушах. Чувство переливания, тяжести и распирающих болей в области ушей пациентка ощущала после каждого оперативного вмешательства. В 1999 году больная ощутила отечность наружного слухового прохода слева, обратилась к оториноларингологу, который поставил диагноз хронического экссудативного среднего отита и назначил катетеризацию слуховой трубы с введение гидрокортизона и хемотрипсина, а также продувание слуховой трубы, наличие у больной постоянных жалоб на заложенность носа; данных осмотра: наличие гнойного отделяемого из устья правой слуховой трубы при задней риноскопии; снижение воздушной проводимости, левосторонней латеризации, условно положительных проб в опытах Ринне и Федериче слева при камертональных методах исследования; снижения воздушной проводимости на аудиограмме слева; данных тимпанометрии и рентгенологического исследования.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Хронический экссудативный средний отит | Адгезивный средний отит | Гломусная опухоль |
| Жалобы и объективные данные | Заложенность уха, переливания в нем, снижение слуха | Выраженная тугоухость, шум в ушах | Заложенность уха, шум в ушах, прогрессирующее снижение слуха,, тупая боль, кровотечения из уха, парез лицевого нерва, признаки поражения 9 – 12 пар черепных нервов |
| Причины, вызвавшие данную патологию | Аллергические заболевания ЛОР - органов | Острый или хронический гнойный средний отит | Самостоятельное заболевание |
| Отоскопия | Бледно – розовая барабанная перепонка, втянутая в барабанную полость, Выраженные складки барабанной перепонки. Световой конус тоньше, чем в норме. Желтоватый оттенок нижних квадрантах барабанной полости, что свидетельствует о наличие в барабанной полости экссудата. | Рубцовые изменения барабанной перепонки, ее втяжение в барабанную полость, смещение или полное отсутствие светового конуса, участки, покрытые истонченным прозрачным рубцом, лишенные естественной упругости барабанной перепонки. | Розовый цвет барабанной перепонки, которая втянута в барабанную полость. |
| Сопутствующие признаки |  | Нарушение проходимости слуховой трубы |  |

Из приведенной выше таблице и основываясь на жалобы, анамнез, отоскопию, аудио - и тимпанометрию больной можно исключить адгезивный средний отит, так как у больной есть явные признаки наличия в барабанной полости экссудата, а так же отсутствие на барабанной перепонки рубцовых изменений. За отсутствие гломулярной опухоли говорит то, что у больной отсутствует болевой синдром и кровотечения из уха, а так же цвет барабанной перепонки.

**Лечение данного больного**

Так как данное заболевание является следствием других воспалительных заболеваний ЛОР – органов, таких как ренит, синусит, аденоиды, то лечение в первую очередь должно быть направленно на излечение первопричины. В данной ситуации больной показано лечение аллергического риносинусита посредством закапывания в нос Нафтизина, а также проведение гипосенсибилизирующей терапии Супрастином. Затем надо сделать пункцию гайморовых пазух с целью удаления из них патологического содержимого. На последнем этапе данному больному показано хирургическое лечение: шунтирование барабанной полости, с последующим введением через него лекарственных средств снижающих секрецию желез, разжижающих секрет (с последующим его отсасыванием).

Барабанную перепонку надрезают специальным ножом, парацентезной иглой, в области задненижнего квадранта. В полученное отверстие устанавливается шунт, через который в барабанную полость вводятся лекарственные вещества и через который отсасывается патологическое содержимое.

Rp.: Sol. Naphthyzini 0,1 % 10 ml

D.S. Капли в нос (по 3 капли 3 раза в день).

Rp.: Tab. Suprastini 0,025 N. 10

D.S. По 1 таблетки 2 раза в день.