*ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.*

Ф.И.О.:

ВОЗРАСТ: 49 лет

ПРОФЕССИЯ:

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ В КЛИНИКУ:

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПРИ ПОСТУПЛЕНИИ В КЛИНИКУ.

ГЛАВНЫЕ: На сильное головокружение, усиливающееся при ходьбе, тошноту, понижение слуха, гноетечение из уха. сильную потерю слуха, постоянное головокружение, тошноту, потерю равновесия при ходьбе, в последнее время и в покое; гноетечение из ушей.

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ:

*ANAMNАESIS MORBI.*

Больной себя считает с 1969 года. В это время больную стали беспокоить боль в левом ухе, понижение слуха, гноетечение из уха, повышение температуры. Эти симптомы появились после перенесенной пневмонии. Больная обратилась в поликлинику, где ей было назначено лечение: промывание уха - проводилось врачом, курс антибиотикотерапии (пенициллином), согревающие компрессы на область сосцевидного отростка. Через несколько дней состояние больной улучшилось и она самостоятельно прекратила лечиться. Через два года, после переохлаждения, вновь появились подобные симптомы. В поликлинику не обращалась, лечилась самостоятельно (делала согревающие компрессы на область сосцевидного отростка, принимала антибиотики). Через несколько дней боли и гноетечение из левого уха прекратились, но заболело правое ухо. Также лечилась самостоятельно. Состояние не улучшалось, больную начал беспокоить сильный шум в ушах. С этими жалобами она обратилась к участковому врачу и была направлена в стационар. После курса лечения (какое - больная точно не помнит), шум в ушах исчез, но осталось понижение слуха.

С того времени состоит на диспансерном учете в поликлинике.

Заболевание обострялось раз в два-три года, но больная все время лечилась самостоятельно (борный спирт , туалет с перекисью, облепиховое масло), проходя только периодические диспансерные осмотры в поликлинике.

В течение последних пяти лет отмечает ухудшение своего состояния: сильную потерю слуха, постоянное головокружение, тошноту, потерю равновесия при ходьбе, в последнее время и в покое, гноетечение из ушей. Получает стационарное лечение два раза в год. В настоящее время получает лечение: кавинтон - капельно, АТФ, никотиновая кислота, витамины В1, В6 - внутримышечно. По назначению невропатолога - эуфиллин, пирацетам внутривенно.

##### ***ANAMNАESIS VITAЕ.***

*Перенесенные заболевания:*

В детстве - частые простудные заболевания.

Туберкулез, сифилис, гепатит отрицает.

Пневмония в 1969 году.

Гастродуоденит с 1982 года.

ЖКБ с 1982 года.

*Травмы, операции:*

Холецистэктомия в 1987 году.

*Аллергический анамнез:*

Со слов больной, у нее имеется аллергия на все антибиотики, проявляющаяся в виде зудчящей сыпи на руках.

*Гемотрансфузионный анамнез:*

Переливались препараты крови, без осложнений.

*Наследственность:*

Не отягощена.

*Привычные интоксикации:* отрицает.

#### *STATUS PRАESENS.*

#### ОБЩИЙ ОСМОТР.

Состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Телосложение правильное, соответствует возрасту и полу. Кожные покровы обычного цвета. Периферические лимфоузлы не пальпируются.

### ОСМОТР ГОЛОВЫ.

Мозговая и лицевая части черепа пропорциональны. Оволосение по женскому типу. Зрачки одинаковой величины и формы, реакция зрачков на свет одновременная, равномерная. Шея симметричная, щитовидная железа визуально не определяется.

# ОРГАНЫ ДЫХАНИЯ

Над- и подключичные ямки выражены одинаково с обеих сторон. Лопатки плотно прилегают к грудной клетке. Тип дыхания - грудной. Дыхание везикулярное, частота дыхания 18/мин, обе половины грудной клетки симметрично участвуют в акте дыхания.

# ОРГАНЫ КРОВООБРАЩЕНИЯ.

Сердечный толчок не определяется, грудная клетка в месте проекции сердца не изменена, верхушечный толчок визуально не определяется.

## ПАЛЬПАЦИЯ:

Верхушечный толчок определяется в V межреберье по левой среднеключичной линии на площади около 2,5 кв.см. Верхушечный толчок, резистентный, высокий, разлитой, усиленный.

## ПЕРКУССИЯ:

1. Граница относительной тупости сердца определяется:

*правая*  - по правому краю грудины в IV межреберье,

*верхняя* - в III межреберье,

*левая* - левая среднеключичная линия в V межреберье.

## АУСКУЛЬТАЦИЯ СЕРДЦА

Тоны громкие, ясные. Ритм сердца правильный. Частота сердечных сокращений 86 уд./мин.

### ИССЛЕДОВАНИЕ АРТЕРИАЛЬНОГО ПУЛЬСА.

Пульс одинаковый на обеих лучевых артериях: частота 86 уд \ мин., частый, полный, напряженный, большой, быстрый. Артериальное давление 130 / 90

# ОРГАНЫ ПИЩЕВАРЕНИЯ.

## ОСМОТР ЖИВОТА.

Передняя брюшная стенка симметрична, участвует в акте дыхания. Видимая перистальтика кишечника, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. Видна пульсация брюшной аорты.

### ПОВЕРХНОСТНАЯ ОРИЕНТИРОВОЧНАЯ ПАЛЬПАЦИЯ ЖИВОТА ПО

### ОБРАЗЦОВУ - СТРАЖЕСКО.

При пальпации напряженности и болезненности мышц нет, брюшной прес развит умеренно, расхождение прямых мышц живота отсутствует, пупочное кольцо не увеличено, симптом флюктуации отсутствует. Симптом Щеткина - Блюмберга отрицательный.

### *ПОДЖЕЛУДОЧНАЯ ЖЕЛЕЗА:*

Не пальпируется.

### *ПЕРКУСCИЯ ЖИВОТА:*

Определяется высокий тимпанический звук. Симптом Менделя отсутствует. Свободная жидкость или газ в брюшной полости не определяется.

### *АУСКУЛЬТАЦИЯ ЖИВОТА:*

Шум трения брюшины не определяется. Выявляются звуки перистальтики кишечника в виде урчания.

### ИССЛЕДОВАНИЕ ПЕЧЕНИ.

*ОСМОТР:* Выбухания в правом подреберье и эпигастральной области отсутствуют, расширения кожных вен и анастомозов, телеангиоэктазии отсутствуют.

*ПАЛЬПАЦИЯ:* Нижний край печени закругленный, ровный, эластичной консистенции.

Размеры печени 10х8х7 см.

#### ИССЛЕДОВАНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ:

Пальпаторно селезенка не определяется.

#### *ПЕРКУСCИЯ СЕЛЕЗЕНКИ.*

Длинник - 6 см;

поперечник - 4 см.

#### ОРГАНЫ МОЧЕВЫДЕЛЕНИЯ.

При бимануальной пальпации в горизонтальном и вертикальном положении почки не определяются. Симптом Пастернацкого отрицательный. При перкуссии мочевой пузырь находится на 1.5 см выше лобковой кости.

***LOR-STATUS.***

*Нос и придаточные пазухи носа.*

Форма наружного носа не изменена, области проекции лобных и верхне-челюстных пазух без особенностей, пальпация передних и нижних стенок лобных пазух, мест выхода 1-й и 2-й ветвей тройничного нерва, передних стенок верхне-челюстных пазух безболезненна.

Носовое дыхание при проверке пробой ваткой справа и слева свободное, обоняние сохранено.

При передней риноскопии: преддверие носа свободное, носовая перегородка по средней линии, слизистая оболочка носа розовая, влажная; носовые ходы свободные, раковины не увеличены, отделяемого в носовых ходах нет.

На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется: лобная, верхне-челюстные пазухи, клетки решетчатого лабиринта прозрачные.

*Регионарные лимфоузлы.*

Подчелюстные, подбородочные, передние и задние шейные лимфоузлы не пальпируются.

*Полость рта.*

Рот открываетсясвободно. Слизистая оболочка губ, десен, внутренней поверхности щек розового цвета, влажная. Устья выводных протоков околоушных, подчелюстных и подъязычных слюнных желез без особенностей. Язык подвижный, влажный, бледно-розового цвета. Слизистая оболочка твердого и мягкого неба розовая, влажная.

*Глотка.*

Ротоглотка: небные дужки контурируются, розового цвета. Небные миндалины II степени, лакуны расширены, патологического содержимого в лакунах нет. Поверхность миндалин бугристая. Задняя стенка глотки влажная, розового цвета, глоточный рефлекс сохранен

Носоглотка: язычная миндалина без особенностей, фолликулы свободные, задняя и боковые стенки глотки розовые, влажные.

Гортаноглотка: грушевидные синусы при фонации хорошо раскрываются, свободные, слизистая их розовая, влажная.

*Гортань.*

Гортань правильной формы, пассивно подвижна, симптом хруста хрящей выражен. При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства и вестибулярных складок розового цвета, влажная с гладкой поверхностью; истинные голосовые складки серого цвета, надгортанник развернут в виде лепестка, голосовые складки подвижны, полностью смыкаются при фонации, при вдохе голосовая щель широкая, подскладочное пространство свободное. Голос звучный, дыхание свободное.

*Уши.*

Правое ухо: ушная раковина правильной формы, пальпация козелка, сосцевидного отростка болезненна. В наружном слуховом проходе имеется гнойное отделяемое с запахом. Барабанная перепонка втянута, световой конус отсутствует, имеется круглая центральная перфорация, размером 3х3 мм. При ощупывании аттиковым зондом определяется шероховатость стенок барабанной полости.

Левое ухо: ушная раковина правильной формы, пальпация козелка, сосцевидного отростка болезненна. В наружном слуховом проходе имеется гнойное отделяемое, густое с запахом. Барабанная перепонка втянута, утолщена, световой конус отсутствует, имеется тотальная перфорация. При ощупывании аттиковым зондом определяется шероховатость стенок барабанной полости, удаляются холестеатомные массы.

*Данные рентгенологического исследования.*

На снимках в проекциях Шюллера и Майера определяется: деструктивные изменения в области антрума и склероз в сосцевидном отростке справа. Кариозная полость в аттико-антральной области и склероз сосцевидного отростка слева.

РЕЗУЛЬТАТЫ ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО

АНАЛИЗАТОРА.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AD |  | AS |
| - | СШ | - |
| Определяется на расстоянии 20 см от уха. | ШР | Определяется на расстоянии 5 см от уха. |
| Определяется на расстоянии 5 метров | РР | Определяется на расстоянии 5 метров |
| 10 с | С128В | 8 с |
|  | С128К |  |
| 40 с | С2048 | 30 с |
| + | Проба Вебера |  |
| - | Проба Ринне | - |
|  | Прба Швабаха |  |
| Заключение: имеется тугоухость по смешанному (звукопроводящему и звуковоспринимающему) типу. | | |

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Правая сторона |  | Левая сторона | |
|  | Субъективные ощущения: головокружение, тошнота, потеря равновесия. |  | |
|  | Спонтанный нистагм.  Выявляется мелкоразмашистый, горизонтальный нистагм вправо, I ст. |  | |
|  | Указательная проба. | Промахивается влево обеими руками | |
|  | Реакция отклонения рук. |  | |
|  | Поза Ромберга. | Падение влево | |
| Падение вперед | Спонтанное падение при повороте головы. |  | |
| Отсутствует. | Адиадохокинез. | Отсутствует. | |
|  | Походка с закрытыми глазами. | Отклонение влево. | |
| Устойчива. | Фланговая походка. | Устойчива. | |
|  | Вращательная проба. | | Мелкоразмашистый, живой, горизонтальный нистагм II ст., 50 c. |
|  | Прессорная проба.  Соматическая реакция III ст. Вегетативная реакция II ст. | |  |
| Заключение: имеется левостороннее поражение лабиринта. | | | |

***ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.***

ОСНОВНОЙ: хронический гнойно-кариозный холестеатомный эпимезотимпанит в стадии обострения, ограниченный лабиринтит AS. Хронический гнойно-кариозный мезотимпанит AD.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: нет

***ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ.***

1. Клинический анализ крови.

2. Общий анализ мочи.

1. Анализ крови на ВИЧ - инфекцию.
2. Реакция Вассермана.
3. Кал на яйца глистов
4. Определение группы крови и Rh.
5. ЭКГ.
6. Рентгенограммы височных костей в проекциях Шюллера и Майера.
7. Посев отделяемого из ушей на флору и чувствительность к антибиотикам.
8. Консультация невропатолога.

***ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ.***

Рекомендуется расширенная общеполостная операция на левом ухе.

Режим общий. Диета № 15.

*Консервативное лечение.*

Rp.: Sol. Cavintoni 0,5% - 2 ml

D. t. d. N 10 in amp.

S. По 1 ампуле в/в капельно на 500 мл изотонического раствора натрия хлорида 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Calcii hloridi 10% - 10 ml

D. t. d. N 10 in amp.

S. в/в на 10 мл 40% растворе глюкозы 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Acidi ascorbinici 5% - 1 ml

D. t. d. N 30 in amp.

S. По 5 мл в/в 1 раз в день.

#

Rp.: Sol. Acidi nicotinici 1% - 1 ml

D. t. d. N 30 in amp.

S. По 3 мл в/м 1 раз в день.

Витамины В1, В6 по 1 мл в/м через день.

Местно для правого уха.

3% раствор борного спирта закапывать в ухо.

Промывание уха раствором фурациллина (1:5000).

***ОБОСНОВАНИЕ КЛИНИЧЕСКОГО ДИАГНОЗА.***

Ведущим в клинической картине заболевания является постоянное головокружение и потеря равновесия при ходьбе и в покое. Это указывает на поражение вестибулярного аппарата. Также имеет место значительное стойкое снижение слуха. Из анамнеза выявлено, что в течение 30 лет больная страдает хроническим гнойным средним отитом, что могло стать причиной развития воспалительного процесса во внутреннем ухе (лабиринтит). При обследовании данной больной выявлено: понижение остроты слуха (шепотная речь воспринимается на расстоянии 20 см от уха, разговорная - 7-10 м.). При отоскопии:

Правое ухо: ушная раковина правильной формы, пальпация козелка, сосцевидного отростка болезненна. В наружном слуховом проходе имеется гнойное отделяемое с запахом. Барабанная перепонка втянута, световой конус отсутствует, имеется круглая центральная перфорация, размером 3х3 мм. При ощупывании аттиковым зондом определяется шероховатость стенок барабанной полости.

Левое ухо: ушная раковина правильной формы, пальпация козелка, сосцевидного отростка болезненна. В наружном слуховом проходе имеется гнойное отделяемое, густое с запахом. Барабанная перепонка втянута, утолщена, световой конус отсутствует, имеется тотальная перфорация. При ощупывании аттиковым зондом определяется шероховатость стенок барабанной полости, удаляются холестеатомные массы.

С помощью проб Ринне, Вебера удалось установить, что имеется тугоухость по смешанному типу.

При исследовании функции вестибулярного аппарата обнаружено: мелкоразмашистый, горизонтальный нистагм вправо, I ст, падение в левую сторону в позе Ромберга, промахивание обеими руками влево при указательной пробе. Все это свидетельствует о левостороннем поражении лабиринта.

Таким образом, окончательный клинический диагноз:

ОСНОВНОЙ: Хронический гнойно-кариозный холестеатомный эпимезотимпанит в стадии обострения, ограниченный лабиринтит AS. Хронический гнойно-кариозный мезотимпанит AD.

СОПУТСТВУЮЩИЙ: нет