**ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ**

**Ф.И.О:**

**Дата и время поступления в стационар**  14.03.02.

**Дата рождения:** 1984 г.

**Возраст:** 17 лет

**Профессия:** студентка

**Место жительства:** г. Москва.

**Жалобы при поступлении:**

1. Больная предъявляет жалобы на двухстороннее затруднение носового дыхания.
2. Попеременное закладывание носа на боку.
3. Слизистые выделения из носа, сухость во рту.
4. Снижение обоняния.

**Anamnesis vitae**

В детстве росла и развивалась нормально. В школе от сверстников не отставала. Отмечает частые простудные заболевания в младшем школьном возрасте. Краснуха в 4 года; отит в 11 лет.

Аллергологический анамнез: Нет.

Наследственность: Отмечает аналогичные симптомы у матери.

Вредные привычки: Со слов больной наркотики, алкоголь не употребляет, не курит.

Профессиональные вредности: Нет.

**Anamnesis morbi**

Впервые заложенность носа отмечает после перенесенного ОРЗ 3 года назад. Температура отсутствовала. Лечилась самостоятельно галазолином по 5-6 закапываний в день в течение 1,5 месяцев с кратковременным положительным эффектом (2-4 часа действия препарата). После нескольких месяцев применения отмечает возникновение привыкания к препарату: заложенность носа стала носить постоянный характер, в связи с чем галазолин приходилось принимать постоянно. В связи с отсутствием улучшения в октябре 2001 года обратилась к отоларингологу по месту жительства, где после обследования был поставлен диагноз: Хронический вазомоторный ринит. Для дальнейшего обследования и лечения направлена в ЛОР-клинику ММА им. Сеченова.

**Status praesens**

На момент осмотра общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, положение активное. Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Температура тела – 36,7 °С.

**ЛОР статус:**

Нос: При осмотре форма носа не изменена. Пальпация проекции выхода I-II ветвей тройничного нерва, наружного носа и области околоносовых празух безболезненна.

Риноскопия: Преддверие носа без патологических изменений; отмечается легкое искривление перегородки носа влево. Нижние носовые раковины увеличены в размере; слизистая носовых раковин гладкая, гиперемирована, умеренно отечная. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон. Обоняние несколько снижено.

**Глотка:**

Носоглотка (задняя риноскопия): В куполе носоглотки определяется умеренное количество лимфоидной ткани. Задние концы носовых раковин не увеличены. Устья слуховых труб дифференцируются.

Ротоглотка: По задней стенке глотки определяются стекающая слизь и увеличенные лимфотические гранулы. Небные миндалины не выступают за края небных дужек. Слизистая влажная, бледно-розовая. Поверхностные шейные лимфоузлы не пальпируются.

**Гортань (непрямая ларингноскопия)**

Дыхание свободное, голос звучный, синдром крепитации положительный. Наружное кольцо гортани без воспалительных изменений. Голосовые складки бледные, края ровные, на вдохе расходятся в полном объеме, при фонации смыкаются по средней линии. Видимый подскладочный отдел гортани без патологических изменений.

**Уши (АД, АS)**

Ушная раковина визуально не изменена. Пальпация сосцевидного отростка и козелка безболезненная. Кожа наружного слухового прохода без изменений, содержит умеренное колличество серы. Барабанная перепонка серого цвета, опознавательные пункты (рукоятка молоточка, короткий отросток молоточкапупок, световой конус, передняя и задняя складки молоточка) определяются.

**Слуховой паспорт**

**АД: AS:**

Нет Шум в ухе: Нет

>6 метров Шепотная речь: >6 метров

← Опыт Вебера: →

+ Опыт Ринне: +

N Опыт Швабаха: N

+ Опыт Желле: +

+ Опыт Федериче: +

Звукопроводимость(С128): воздух – 60 сек.; кость – 30 сек.

*Заключение:* При исследовании состояния звукового анализатора патологических изменений не выявлено.

**Вестибулометрия:**

1. Наличие головокружений: Не выявлено.
2. Спонтанный нистагм: Отсутствует.
3. Спонтанное отклонение рук: Отсутствует.
4. Пальценосовая проба: N
5. Пальцепальцевая проба: N
6. Устойчивость в пробе Ромберга: В пробе Ромберга устойчива.
7. Проба на адиадохокинез: Нормальная.
8. Прямая походка: N
9. Фланговая походка: N
10. Фистульная проба: Отрицательная.

*Заключение:* При исследовании вестибулярной функции патологических изменений не выявлено.

**План обследования больной:**

1. Исследование носовых выделений на наличие эозинофилов.
2. Адреналиновая проба.

**Результаты исследований:**

1. Эозинофилия не выявлена.
2. Адреналиновая проба положительная.

**Клинический диагноз*:***

Учитывая жалобы больной, физикальное обследование, а также лабораторные и инструментальные данные был выставлен следующий диагноз:

**Хронический катаральный ринит.**

**Обоснование клинического диагноза:**

Диагноз «Хронический катаральный ринит» ставится на основании жалоб больной (двухстороннее затруднение дыхания, попеременное закладывание носа в положении лежа, снижение обоняния, сухость во рту); данных физикального обследования: общее состояние удовлетворительное, температурная реакция отсутствует. При передней риноскопии выявляется умеренное увеличение нижних носовых раковин, умеренная гиперемия и отечность слизистой оболочки носа. При проведении фарингоскопии определяется слизь, стекающая по задней стенке глотки.

**Дифференциальный диагноз:**

Проводится с хроническим вазомоторным ринитом (аллергическая и нейровегетативная формы), хроническим гиперпластическим и атрофическим ринитами.

**1. Хронический вазомоторный ринит**

Для аллергической формы ринита характерно наличие аллергологического анамнеза, эозинофилия выделений из носа. Передняя риноскопия выявляет резко отечную слизистую оболочку бледного цвета.

При нейровегетативной форме отмечается связь с температурными колебаниями, большое количество выделений водянистого характера (симптом полотенца). Передняя риноскопия выявляет бледную, отечную слизистую с синюшними пятнами.

Для обеих форм вазомоторного ринита характерна одновременная заложенность обеих половин носа, многократное чихание.

**2. Хронический гиперпластический ринит**

Отличительными признаками являются одновременное закладывание обеих половин носа, отрицательная адреналиновая проба

**3. Хронический атрофический ринит**

Характерна сухость в носу, образование корок, гнойные выделения из носа. При передней риноскопии выявляются сильно расширенные носовые ходы. Слизистая оболочка бледная, истонченная, отмечаются скопления вязкого желтого секрета..

**Лечение:**

При хроническом катаральном рините применяются следующие методы лечения:

1. Гальванокаустика.
2. Линейная лазерная коагуляция.
3. Криодеструкция.
4. Ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин.

Данной больной показана ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин.