**Паспортная часть**

 Фамилия, имя и отчество больного:

 Возраст:

 Пол: женский

 Место работы: не работает

 Домашний адрес:

 Дата поступления в клинику: 7 мая 2009г.

 Кем направлен: лечащим врачом по месту жительства.

 Диагноз: а) при поступлении: хронический левосторонний кохлеарный

 неврит, обострение.

 б) клинический диагноз: хронический левосторонний кохлеарный

 неврит, обострение.

 Начало курации:

 Окончание курации:

 **Жалобы больного при поступлении в клинику:**

 на ощущение шума в левом ухе и снижение слуха.

 **Анамнез заболевания (Anamnesis morbi)**

Больной себя считает около 4 лет, когда в возрасте 17 лет у нее внезапно появилось ощущение шума и снижение слуха в левом ухе. По этому поводу через неделю обратилась к отоларингологу по месту жительства, там был поставлен предварительный диагноз отит среднего уха и проведено лечение амбулаторно в условиях поликлиники (физиотерапевтические процедуры – УВЧ на ухо, антибиотики), эффекта от проведенного лечения не было и больной был произведен парацентез барабанной перепонки, который также не дал положительного эффекта. Затем в 2006г. опять обратилась к врачу и была направлена в областную больницу, где был поставлен диагноз хронический левосторонний кохлеоневрит и госпитализирована в стационар - ГУЗ УОКБ отоларингологическое отделение (проведенное лечение: ГБО-терапия, АТФ, антикоагулянты, вит.В6, сосудорасширяющие препараты, электрофорез). В мае 2009 г. заметила ухудшение слуха, обратилась к врачу отоларингологу и была госпитализирована.

 **Анамнез жизни (Anamnesis vitae)**

Родилась в г.Ульяновске, в срок, от первой беременности, 27 ноября 1986г. С 8 лет пошла в школу, окончила 11 классов. Физическое развитие соответствует полу и возрасту.

Семейный анамнез: не замужем. Наследственность: не отягощенная.

Бытовой анамнез: жилищные условия и питание нормальные. Перенесенные заболевания: инфекционный гепатит, брюшной и сыпной тифы, кишечные инфекции заболевания отрицает. Туберкулез, сифилис, венерические заболевания отрицает. Трансфузионный анамнез: гемотрансфузии отрицает. Операции: аппендэктомия в 2005 году. Привычные интоксикации: не курит, алкоголь не употребляет. Аллергологический анамнез: без особенностей.

 **Настоящее состояние больного (Status praesens)**

 Общее состояние больного относительно удовлетворительное.

 Положение больного: активное.

 Сознание ясное.

 Выражение лица обычное.

 Телосложение правильное, астеническое. Рост 170 см, вес 50 кг.

 Температура тела нормальная.

 Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые, эластичность сохранена. Ногти не изменены.

 Слизистые оболочки розовые, чистые, язык влажный, чистый, налетом не обложен.

 Подкожный жировой слой развит умеренно (толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка 1 см). Отеков нет.

 Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные,надключичные, подключичные, подмышечные, паховые) при осмотре не видны, не пальпируются.

 Общее развитие мышечной системы хорошее, болезненности при пальпации мышц нет. Тонус нормальный.

 Кости без деформаций, безболезненны при поколачивании. Суставы обычной конфигурации, безболезненны при ощупывании. Активные и пассивные движения в полном объеме, безболезненны при движении. Хруста, флюктуации нет.

 **Органы дыхания.**

 ● Осмотр: носовое дыхание свободное, форма носа не изменена, грудная клетка правильной конфигурации, астенического типа. Тип дыхания – брюшной. Дыхание ритмичное. Частота дыхания – 17 в минуту. Дыхательные движения обеих сторон грудной клетки средние по глубине, равномерные и симметричные. Вспомогательная дыхательная мускулатура в акте дыхания не участвует. Патологические ритмы дыхания (типа Чейна-Стокса, Биота, Куссмауля) не наблюдаются.

 ● Пальпация: грудная клетка безболезненна при пальпации, эластична. Голосовое дрожание одинаковое с обеих сторон на симметричных участках.

 ● Перкуссия: 1)при ставнительной перкуссии над всей поверхностью легких выявляется ясный легочный звук, симметричный.

 2)данные топографической перкуссии:

Высота стояния верхушек: - спереди: справа – на 3 см выше уровня ключицы,

 слева – на 3 см выше уровня ключицы.

 - сзади: на уровне остистого отростка 7 шейного позвонка.

Нижние границы легких:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа  | Слева |
| Окологрудинная | 5 межреберье | 4 межреберье |
| Средеключичная | 6 межреберье | 6 межреберье |
| Передняя подмышечная | 7 межреберье | 7 межреберье |
| Средняя подмышечная | 8 межреберье | 8 межреберье |
| Задняя подмышечная | 9 межреберье | 9 межреберье |
| Лопаточная | 10 межреберье | 10 межреберье |
| Околопозвоночная | Остистый отросток 11 грудного позвонка | Остистый отросток 11 грудного позвонка |

Ширина полей Кренинга: справа – 4,5см, слева – 5 см.

Подвижность нижних краев легких (в см):

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Топографические линии | Справа | Слева |
|  |  На На Сум-вдохе выдохе марная |  На На Сум-вдохе выдохе марная |
| Средеключичная |  2 2 4  |  2 2 4  |
| Средняя подмышечная |  3 3 6 |  3 3 6 |
| Лопаточная |  2 2 4  |  2 2 4 |

● Аускультация легких: при аускультации над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, одинаковое слева и справа, хрипы не выслушиваются. Бронхофония проводится симметрично.

 **Сердечно-сосудистая система.**

● При осмотре область сердца без деформаций. Видимой пульсации нет.

● Пальпация области сердца: верхушечный толчок не визуализируется, пальпируется в 5 межреберье, на 1 см кнаружи от левой среднеключичной линии, шириной 2 см, низкий, положительный, умеренной силы, резистентный. Правожелудочковый толчок, патологическая пульсация, сердечное дрожание, ощущение трения перикарда не определяются.

● Перкуссия: конфигурация сердца не изменена. Границы относительной тупости сердца: правая – поправой окологрудинной линии в 4 межреберье, верхняя – на уровне 3 межреберья по окологрудинной линии, левая - 2 см кнаружи от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Границы абсолютной сердечной тупости: правая левый край грудины в 5 межреберье, верхняя – на уровне 4 ребра, левая – 1,5 см кнутри от левой среднеключичной линии в 5 межреберье. Ширина сосудистого пучка – 7 см. Уровень сердечной «талии» в 3 межреберье.

 ● Аускультация: тоны на верхушке сердца ритмичные. Соотношение тонов на верхушке и основании сердца не изменено. Частота сердечных сокращений 83 уд. в минуту. Шумы не выслушиваются. Артериальное давление на правой и левой плечевых артериях 120/80 мм рт.ст. Пульс на магистральных артериях верхних и нижних конечностей (на плечевой, бедренной, подколенной, тыльной артерии стопы) и головы (височная артерия) не ослаблен.

 **Органы пищеварения.**

 ● Осмотр ротовой полости: Запаха изо рта нет. Язык розовый, влажный, без налета. Сосочковый слой сохранен. Слизистые полости рта бледные, влажные.

 Десны бледные, чистые, безболезненные, не кровоточат. Мягкое и твердое небо бледно-розового цвета, без налётов, геморрагий и изъявлений. Задняя стенка глотки розового цвета, без налета, влажная. Миндалины в размерах не увеличены, розовые, без налета. Зубы санированы. Акт глотания не нарушен.

 Осмотр живота: живот правильной формы, симметричный с обеих сторон, брюшная стенка в акте дыхания не участвует. Грыжевых выпячиваний нет. При поверхностной пальпации брюшная стенка мягкая, безболезненная, ненапряженная.

● При глубокой пальпации в левой подвздошной области определяется безболезненная, ровная, плотноэластической консистенции сигмовидная кишка диаметром 2,5 см. Остальные отделы кишечника не пальпируются. При ориентировочной перкуссии свободный газ и жидкость в брюшной полости не определяются. Аускультация: перистальтика кишечника обычная.

 Желудок: при аускультатоперкуссии нижняя граница желудка определяется на 3 см выше пупка. Большая кривизна желудка, привратник не пальпируются.

Печень и желчный пузырь. Нижний край печени из под реберной дуги не выходит. Границы печени по Курлову 9,8,7. Желчный пузырь не прощупывается. Симптомы Грекова-Ортнера, Георгиевского-Мюсси, Менделя, Курвуазье, Кера отрицательные. Поджелудочная железа не прощупывается.

 Селезенка не пальпируется, перкуторные границы: длинник по 10 ребру – 6 см, поперечник – 4см.

 **Мочеполовая система.**

 Область почек без деформаций. Почки в положении лежа, стоя не пальпируются. Мочеточниковые точки безболезненны. Симптом поколачивания отрицательный. Мочевой пузырь не пальпируется, перкуторно не определяется. Мочеиспускание 6-7 раз в сутки безболезненное.

 **Эндокринная система.**

При осмотре и пальпации щитовидная железа не определяется. Патологические глазные симптомы не определяются. Вторичные половые признаки развиты соответственно полу и возрасту.

 **Нервная система**

При ходьбе с открытыми и закрытыми глазами – пошатывание, в позе Ромберга устойчива. Пальценосовая, колено-пяточная пробы – без промахиваний.

 **Осмотр ЛОР-органов**

 **Вкладыш к истории болезни №\_\_\_ЛОР отделения**

 Ф.И.О. больного Шемильхановой Алисы Хамзатовны

 Левое ухо Правое ухо

 

|  |  |
| --- | --- |
| Ушная раковина правильной формы. Сосцевидный отросток покрыт неизменённой кожей, при пальпации безболезненный. Наружный слуховой проход широкий, на стенках его в хрящевом отделе имеются комочки серы. Барабанная перепонка перламутрово-серого цвета с пятью опознавательными пунктами (передняя складка, задняя складка, короткий отросток, рукоятка молоточка, световой конус). | Ушная раковина правильной формы.Сосцевидный отросток покрыт неизменённой кожей, при пальпациибезболезненный. Наружный слуховойпроход широкий, на стенках его в хрящевомотделе имеются комочки серы. Барабаннаяперепонка перламутрово-серого цвета спятью опознавательными пунктами(передняя складка, задняя складка,короткий отросток, рукоятка молоточка,световой конус).  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  СЛУХОВОЙ ПАСПОРТ |  |
|  | Правое ухо |  | Левое ухо |  |
|  |  нет | Субъективные ощущения | Шум и снижение слуха |  |
|  |  \_ | Субъективный шум (+ 0) |  + |  |
|  |  6м | Шепотная речь (норма 6 м) |  1м |  |
|  |  20м | Разговорная речь (норма >6м) |  6м |  |
|  |  30с | Камертон С 128 (норма сек) |  14с |  |
|  |  60с | Камертон С 2048 (норма сек) |  20с |  |
|  |  + | Опыт Ринне (+ —) |  + |  |
|  |   | Опыт Вебера  | <------ |  |
|  |  Норм. | Опыт Швабаха (удл., укор.) |  Укор. |  |
|  |  + | Опыт Федериче (+ —) |  + |  |
|  |  + | Опыт Желе (+ —) |  + |  |
|  |  + | Опыт Бинга (+ —) |  + |  |
|  |  + | Опыт Клауса (+ —) |  + |  |
|  |  проходима | Проходимость слуховой трубы (1, 2, 3, 4 степени) | проходима |  |

|  |
| --- |
|  ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ ПАСПОРТ |
| Правое ухо |  | Левое ухо |
|  \_  | Субъективныеощущения (СО)**(←→ ↓↑←→)**а) открытые глазаб) закрытые глаза |  \_ |
| устойчива | Поза Ромберга (+ 0) | устойчива |
| выполняет  | Походка по прямой (+0) | выполняет |
|  \_ | Проба пальце-носовая (+0) |  \_ |
| выполняет | Проба пальце-указательная | выполняет |
|  \_ | Проба на адиадохокинез (+ 0) |  \_ |
|  \_ | Спонтанный нистагм а) направлениеб)плоскость(горизонтальный,вертикальный,диагональный,ротаторный).в) степень (1, 2, 3)г) амплитуда(мелкоразмашистый,среднеразмашистыи,крупноразмашистый.д) ритмичность (+ 0) |  \_ |

**ТОНАЛЬНАЯ ПОРОГОВАЯ АУДИОГРАММА**

Гц 125 250 500 1000 2000 3000 4000 6000 8000 10000

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ОдБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 10 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 20 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 30 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 40 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 50 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 60 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 70 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 80 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 90 дБ |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 100 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 110 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

правое ухо — синий цвет; левое ухо — красный цвет;

костная проводимость — пунктиром;

воздушная проводимость — непрерывной линией.

|  |  |
| --- | --- |
| **Нос и придаточные пазухи.**Наружный нос правильной формы Преддверие носа покрыто неизмененной кожей с мелкими волосками. Пальпация гередних и нижних стенок лобных пазух, место выхода I и 0 ветвей тройничного нерва, передних стенок верхнечелюстных пазух безболезненна. Дыхание через нос, слегка затруднено. Обоняние сохранено. При передней риноскопии слизистая оболочка полости носа розовая, влажная, слегка отечна. Носовая перегородка искривлена, раковины не увеличены. |  |
| **Глотка.**Рот открывает свободно. Слизистая оболочка губ, десен, внутренних поверхностей розового цвета, влажная. Устье выводных протоков слюнных, околоушных, подчелюстных, подъязычных желез без особенностей. Язык подвижный, влажный, бледно-розового цвета. Слизистая оболочка твердого и мягкого неба розовая, влажная; мягкое небо подвижное. Небные лужки контурируются, розового цвета. Мягкое нёбо симметрично, подвижно. Язычок расположен по средней линии. Нёбные миндалины имеют размер I степени, лакуны не расширены, патологического состояния в лакунах нет. Поверхность миндалины гладкая. Задняя стенка глотки влажная, розового цвета. Глоточный рефлекс сохранен. Свод носоглотки куполообразной формы. Покрыт неизменённой слизистой оболочкой. Сошник расположен вертикально. По обе стороны от него видны хоаны, концы нижних носовых раковин утолщены. Язычная миндалина без особенностей. Задние и боковые стенки глотки розовые, влажные. Грушевидные синусы хорошо раскрываются, свободные. Слизистая оболочка розовая, влажная. |  |
| **Гортань.** Правильной формы, пассивно подвижна, симптом хруста хрящей выра­жен. При ларингоскопии: надгортанник имеет вид развёрнутого лепестка | розового цвета. Истинные голосовые связки имеют вид тяжей белого цвета. При фонации они плотно смыкаются между собой по средней линии, а при дыхании расходятся, образуя голосовую щель треугольной формы. Над ними и латерально расположены ложные голосовые связки. Они имеют вид валиков розового цвета. При дыхании между ними образуется межчерпаловилное пространство. Обе половины гортани подвижны. Голос звучный, чистый, дыхание свободное. |  |
| **Заключение:**1. Наблюдается понижение слуха по типу нарушения звуковоспринимающего аппарата в правом ухе.**2.** Патологических изменений в других системах не выявлено. |  |

**Предварительный диагноз:**

Хронический левосторонний кохлеарный неврит, обострение.

 **План обследования.**

1. Общий анализ крови.
2. Общий анализ мочи.
3. Биохимический анализ крови.

 4. Аудиометрия.

**Лабораторные исследования**

 1. Общий анализ крови от 24.03.09г**.**

Эритроциты 4,5 \* 10/л.

Гемоглобин 135 г/л.

Цветной показатель 0.96.

Лейкоциты 4,1 \* 10/л.

Эозинофилы 0.

Палочкоядерные 5%.

Сегментоядерные 68.

Лимфоциты 24 %.

Моноциты 2 %.

СОЭ 13 мм/ч.

 2. Общий анализ мочи от 24.03.09г.

Цвет светло-желтый.

Реакция кислая.

Удельный вес 1012.

Белок 0.033 г/л.

Сахар 0.

Лейкоциты 1-2 в поле зрения.

Эритроциты 0 в поле зрения.

Эпителий плоский 1-3 в поле зрения.

 3. Биохимический анализ крови от 24.03.09г**.:**

Сахар 3,9 г/л;

Общий белок 85,82 г/л;

Холестерин общий 4,17 г/л;

ЛПВП 2,40;

Триглицериды общие 1,56;

ЛПНП 3,57;

ЛПОНП 0,72;

Коэффициент атерогенности 2,4;

Липидный профиль 2,98;

Мочевина 5,9 ммоль/л;

Креатинин 90,8 мкмоль/л;

АЛТ - 0.3 ммоль/(ч\*л);

АСТ - 0.2 ммоль/(ч\*л).

Протромбиновый индекс - 70.

Фибриноген – 400 мг/дл.

4. Аудиометрия: на аудиограмме регистрируется перцептивная тугоухость (повышение порогов костной и воздушной проводимостей), более выраженная в области высоких частот.

**Диагноз и его обоснование**

 Основной: Хронический левосторонний кохлеарный неврит.

 Обоснование клинического диагноза.

 Диагноз хронический левосторонний кохлеоневрит поставлен на основании:

1. Жалоб на: шум и снижение слуха в левом ухе.

2. Анамнеза заболевания: внезапное начало, утром.

4. Данных лабораторно-инструментальных методов исследования: аудиометрия: на аудиограмме регистрируется перцептивная тугоухость (повышение порогов костной и воздушной проводимостей), более выраженная в области высоких частот.

**ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЕ ПРИЗНАКИ КОХЛЕАРНОГО И РЕТРОКОХЛЕ-**

**АРНОГО НАРУШЕНИЯ СЛУХА**

|  |  |
| --- | --- |
| Кохлеарное | Ретрокохлеарное |
| При односторонней тугоухости иглухоте звук в опыте Вебера иультразвук латерализуется влучше слышащее ухоДифференциальный порог по-нижен (особенно при болезниМеньера)Высокий процент усиления тонапри - тестеПри маскирующем шуме илитрещетке Барани слух снижаетсяне резкоСубъективный шум резкий, ино-гда вызывает у больных невро-логические реакцииЛокализация шума в ухеВосприятие речи падает не резкопри нескольких источниках зву-ка | При односторонне тугоухости иглухоте отсутствуют латеризацияв опыте Вебера (в 80% наблюде-нийДифференциальный порого чащевысокийНизкий процент или отсутствиеусиления тона при -тестеПри включении шума резко па-дает слух особенно разборчи-вость речи. Парадоксальное па-дение разборчивости речи при110 дц.Шум слабыйЛокализация шума в головеВосприятие речи резко падаетпри нескольких источниках звуков |

 **План лечения:**

1. Режим стационарный

2. Стол № 15

3. Пентоксифиллин 5,0 в/в на физ. р-ре (250мл) очень медленно 10 амп.

4. Никотиновая кислота 1% - 1,0 на физ. р-ре 20,0 в/в медленно через день

5. Заушные новокаиново-прозериновые блокады каждый день

6. Вит. В1, В6 10 амп.

7. ГБО-терапия

**Дневник.**

 15.05.09г.

Жалобы на: шум и снижение слуха в левом ухе.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=21`. Шумов и раздвоений тонов нет, 1 тон совпадает с верхушечным толчком и с пульсом аорты и сонной артерии.

Ритм правильный, ЧСС 79 ударов в минуту.

АД 120/80 мм рт.ст.

Пульс 79 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке.

Отеков нет.

Стул, Диурез в норме.

 Лечение получает.

20.05.09г.

Жалобы на: шум и снижение слуха в левом ухе.

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД=20`. Шумов и раздвоений тонов нет, 1 тон совпадает с верхушечным толчком и с пульсом аорты и сонной артерии.

Ритм правильный, ЧСС 73 ударов в минуту.

АД 120/80 мм рт.ст.

Пульс 73 ударов в минуту, ритмичный, ненапряжен, удовлетворительного наполнения, одинаковый на правой и левой руке.

Отеков нет.

Стул, Диурез в норме.

 Лечение получает.

 **Эпикриз**

Больная…….., 22 лет (27.11.1986г/р) поступила с диагнозом из поликлиники: хронический левосторонний кохлеарный неврит, обострение 15.05.09г и находилась на стационарном лечении в ГУЗ УОКБ в ЛОР отделении.

 Больная была обследована в стационаре: ОАМ, ОАК, глюкоза крови, кровь на RW.

 Клинический диагноз: Хронический левосторонний кохлеарный неврит.

 Назначено консервативное лечение:

1. Режим стационарный

2. Стол № 15

3. Пентоксифиллин 5,0 в/в на физ. р-ре (250мл) очень медленно 10 амп.

4. Никотиновая кислота 1% - 1,0 на физ. р-ре 20,0 в/в медленно через день

5. Заушные новокаиново-прозериновые блокады каждый день

6. Вит. В1, В6 10 амп.

7. ГБО-терапия

 После проведенной терапии состояние больной улучшилось (снижение шума в ушах).

 Наблюдение за больной прекращается в связи с окончанием курации.