Фамилия Имя Отчество:

Год рождения: 1963 (39 лет)

Профессия: мед. брат

Место жительства: город Москва

Дата госпитализации: 18 апреля 2003 года

Диагноз при поступлении: Искривление перегородки носа с отклонением вправо.

Жалобы больного на момент курации: затрудненное дыхание через нос, не зависящее от времени суток и положения головы, отделяемое слизисто-гнойного характера из обеих половин носа.

Анамнез заболевания: Больным считает себя с 2000 года, когда после получения травмы носа, развились указанные выше жалобы: затрудненное дыхание через нос, отделения из носа слизисто-гнойного характера. Как правило, выделения, описанные выше, возникали при нахождении пациента в холодном помещении. Сезонности в течении заболевания не отмечает. С момента появления симптомов больной занимался самолечением (до этого момента за медицинской помощью в связи с данным заболеванием не обращался): в вечернее время закапывал в носовые ходы сосудосуживающие капли - в результате выделения исчезали. Со временем используемые препараты перестали оказывать желаемый эффект, в связи с чем больной обратился в клинику болезней уха, горла и носа ММА им. И.М. Сеченова для обследования и лечения.

Анамнез жизни.

Пациент родился в срок, находился на грудном вскармливании. Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Образование профессиональное среднее. Профессиональные вредности отрицает. Условия труда и жилищно-коммунальные условия удовлетворительные. Питается полноценно. Простужается крайне редко.

Сопутствующие заболевания: язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки в стадии ремиссии.

Аллергологический анамнез – не отягощён, аллергических реакций на лекарственные средства и продукты питания не отмечал.

Туберкулёз, гепатит, болезни, передаваемые половым путём, отрицает.

Перенесенные заболевания: корь, скарлатина, ветряная оспа, эпидемический паротит.

Вредные привычки: Курил около 0,5 пачки сигарет в день с 1977 по 1996 год. Алкоголь принимает редко, в небольших количествах.

Данные общего осмотра: Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледные, чистые, умеренно влажные, эластичные. Частота дыхания – 19 в минуту, ритм правильный. При аускультации дыхание везикулярное. Побочные дыхательные шумы не выслушиваются. Частота сердечных сокращений 80 в минуту. Ритм сердечных сокращений правильный, шумов не наблюдается. Тоны сердца правильные. Пульс одинаковый на правой и левой лучевых артериях, правильный, с частотой 80 в минуту, полный, высокий. Артериальное давление - 120/80 мм рт. ст. Живот мягкий, несколько распластан, симметричен. При пальпации безболезненный. Печень, желчный пузырь, селезёнка, почки не пальпируются. При поколачивании в поясничной области болезненности не наблюдается.

Рентгенограмма органов грудной полости: Свежих очаговых и инфильтративных изменений нет. Сердце, аорта - без особенностей.

Больной ориентирован в пространстве и времени, настроение спокойное.

ЛОР - статус:

Наружный осмотр и пальпация носа и его придаточных пазух.

Жалобы см. выше

наружный нос, места проекции придаточных пазух носа на лицо, подчелюстные и глубокие шейные лимфатические узлы при пальпации безболезненны, внешне не изменены.

Полость носа (передняя риноскопия): Слизистая оболочка розово-красного цвета, нижние носовые раковины увеличены, носовая перегородка (pars mobilis septi nasi) искривлена с отклонением вправо.Сужение правой половины носа и расширение левой. В левой половине носа виден выступающий гребень. Отделяемое слизистого характера в обеих половинах носа в общих носовых ходах. Корок нет.

При пробе с ваткой дыхание затруднено больше справа. Обоняние сохранно, нормосмия.

Передняя риноскопия.

Глотка.

Жалоб нет.

*Наружный осмотр и пальпация*

Область шеи, слизистая оболочка губ не изменены. При пальпации лимфатические узлы шеи( в зачелюстной области, подчелюстные, глубокие шейные, задние шейные, в над- и подключичных ямках) безболезненны, не увеличены.

*Ороскопия* Слизистая оболочка преддверия полости рта, десен, твердого неба, языка ярко-розового цвета, не изъязвлена. Кариозно изменённых зубов не отмечается.

*Мезофарингоскопия* Обе половины мягкого неба симметрично подвижны. Слизистая оболочка мягкого неба, его язычка, передних и задних небных дужек гладкая, розовая, дужки контурируются.

Слизистая оболочка миндалин розовая, влажная, поверхность их гладкая, видны устья лакун. В лакунах содержимого нет. Консистенция миндалин мягко-эластичная.

Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, влажная, ровная, видны отдельные небольшие фолликулы.

*Эпифарингоскопия - задняя риноскопия.* Свод носоглотки не содержит лимфоидной ткани и патологического секрета, слизистая оболочка верхних отделов глотки розовая, хоаны свободны, сошник по средней линии, задние концы носовых раковин розового цвета с гладкой поверхностью, концы раковин выступают из хоан, в носовых ходах некоторое количество слизистого отделяемого. На боковых стенках носоглотки на уровне задних концов нижних носовых раковин справа и слева видны глоточные отверстия слуховых труб, прикрытые трубными валиками.

*Гипофарингоскопия.* Виден корень языка с расположенной на нем язычной миндалиной. Надгортанник в виде развернутого лепестка, слизистая оболочка его бледно-розовая. Между надгортанником и корнем языка видны валекулы, ограниченные срединной и боковой язычно-надгортанными складками.

Слизистая оболочка задней и боковых стенок глотки розовая, гладкая.

Задняя риноскопия. Фарингоскопия.

Гортань.

Жалоб нет.

Голос звучный, дыхание свободное.

Наружный осмотр. При пальпации хрящи гортани свободно смещаются, наблюдается симптом крепитации.

Непрямая ларингоскопия. Корень языка расположенной на нем язычной миндалиной, надгортанник виде развернутого лепестка, слизистая оболочка его бледно-розового цвета. Во время фонации и при вдохе можно видеть голосовые складки перламутрово-белого цвета, с ровными краями. При фонации смыкание полное. Края складок у места их отхождения от щитовидного хряща образуют переднюю комиссуру.

В задних отделах гортани видна розового цвета с гладкой поверхностью слизистая оболочка черпаловидных хрящей. При вдохе через голосовую щель удается увидеть бледно-розовую оболочку верхнего отдела трахеи.

Ширина просвета голосовой щели во время вдоха 18 мм. Над голосовыми складками видны вестибулярные складки розового цвета.

От черпаловидных хрящей кверху, к лепестку надгортанника идут черпало-надгортанные складки, они розового цвета с гладкой поверхностью.

Дыхание. Фонация.

Слуховой анализатор.

Жалоб нет.

Правое ухо.

Область сосцевидного отростка при наружном осмотре не изменена, перкуссия и пальпация его в трех точках: проекции антрума, сигмовидного синуса, верхушки безболезненны. Заушная складка (место прикрепления ушной раковины к сосцевидному отростку) хорошо контурируется.

Правая ушная раковина сформирована правильно, имеются все образования, кожа ушной раковины и наружного слухового прохода не изменена. Ушная раковина и козелок при пальпации безболезненны.

Отоскопическая картина. Наружный слуховой проход, имеющий длину около 2,5 см и диаметр около 7мм покрыт кожей, в перепончато-хрящевой части имеет волосы, содержит секрет серных желез. Барабанная перепонка имеет серый цвет с перламутровым оттенком. На барабанной перепонке определяются опознавательные пункты: короткий отросток и рукоятка молоточка, передняя и задняя складки, световой конус (рефлекс), пупок.

Левое ухо.

Данные пальпации и осмотра аналогичны результатам осмотра правого уха.

Барабанная перепонка.

Слуховой паспорт.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *AD* | *ПОКАЗАТЕЛЬ/ОПЫТ* | *AS* |
| - | ШУМ В УХЕ | - |
| С 6 метров | Ш.Р. | С 6 метров |
| С 20 метров | Р.Р | С 20 метров |
| - | ГРОМКАЯ РЕЧЬ | - |
| Центральная латерализация | О. ВЕБЕРА | Центральная латерализация |
| Положительный | О. ФЕДЕРИЧИ | Положительный |
| Положительный | О. РИННЕ | Положительный |
| Не укорочен | О. ШВАБАХА | Не укорочен |
| Положительный | О. ЖЕЛЕ | Положительный |
| 45 сек | С 128 по воздуху | 45 сек |
| 30 сек | С 128 тканевая | 30 сек |
| 20 сек | С 2048 по воздуху | 20 сек |

ВЫВОДЫ: Функция органа слуха не нарушена

Тональная пороговая аудиограмма.

Исследование вестибулярного аппарата:

Жалоб нет.

Спонтанного головокружения не отмечает, тошноты, рвоты, потери равновесия нет. Спонтанный нистагм отсутствует. Пальценосовая проба, пальце-пальцевая проба (с открытыми и с закрытыми глазами): мимопопадания отсутствуют. Поза Ромберга - устойчив, не отклоняется. Проба на адиадохокинез отрицательная. Фистульная проба - отрицательная. Прямая и фланговая походка -НОРМА.  
Выводы: Патологических изменений вестибулярного аппарата не выявлено.

Дополнительные исследования:

Общий анализ крови.

Эритроциты 5.9 \* 106 /л N 3.9-4.7 \* 1012 /л

Гемоглобин 120 г/л N 120.0-140.0 г/л

Лейкоциты 7,34 \* 109 /л N 4.0-9.0 \* 109 /л

Нейтрофилы 46,5%

Эозинофилы 5,9% N 0.5-5%

Базофилы 0.58 N 0-1%

Лимфоциты 40,8% N 19-37%

Моноциты 6,2% N 3-11%

тромбоциты 272\*103 /л

Исследование серологических реакций (RW, антител к ВИЧ, маркеров вирусных гепатитов) : антитела к ВИЧ не обнаружены, RW – отрицательная, маркеров вирусных гепатитов не обгаружено.

Общий анализ мочи

относительная плотность 1011

реакция кислая

цвет сол-жёлтый

прозрачность неполная

белок ---

сахар ---

желчные пигменты ---

эпителий в неб. количествах

лейкоциты 0-1 в поле зрения

эритроциты 0-1 в поле зрения

ураты ---

оксалаты ---

цилиндры ---

Для исключения перелома костей носа (в результате травмы в 2000 году) требуется произвести Рентгенографию костей носа в прямой и боковой проекции.

Клинический диагноз: искривление хрящевой части перегородки носа с отклонением вправо. Хронический катаральный ??? ринит.

Обоснование диагноза.

Основываясь на данных передней риноскопии (искривление хрящевой части носовой перегородки вправо и наличие выступающего гребня в левой половине носа), наличие травмы носа в анамнезе и четкая её связь с возникновением затруднений носового дыхания, не имеющих сезонной зависимости и не зависящих от положения головы, можно диагностировать искривление хрящевой части перегородки носа с отклонением вправо.

Дифференциальный диагноз.

Необходим дифференциальный диагноз хронического катарального ринита, возникшего на фоне искривления перегородки носа с затруднением носового дыхания от других форм ринита.

1. На основании жалоб больного и анамнеза: отсутствие сезонности в обострениях недуга, отсутствие отягощённого аллергического анамнеза явления, позволяет усомниться в возможности поллиноза или аллергического ринита, а наличие постоянной заложенности носа, вне зависимости от температуры тела и общего состояния можно исключить нейровегетативную форму вазомоторного ринита.
2. Наличие искривления носовой перегородки pars mobilis septi nasi с отклонением вправо, является одной из причин, вызывающих упорный ринит.
3. Гипертрофический ринит исключает проведённая проба с адреналином: дала выраженный эффект - является положительной, а также эффективность при лечении  - адреномиметиками.
4. Хорошее общее состояние, отсутствие головных болей и субъективных жалоб больного исключает наличие гайморита, фронтитов, синуситов.
5. Отсутствие корок в носовых ходах, а также отсутствие жалоб на сухость в носу и нарушение обоняния позволяют исключить хронический атрофический ринит.

Лечение:

Хирургическое лечение: Операция на перегородке носа (подслизистая резекция).

Показания: значительное нарушение дыхательной функции носа, хронический катаральный ринит.

Обезболивание: Местное (0,5% р-р новокаина)

Ход операции: производится разрез слизистой оболочки и надхрящницы в области limen nasi, как правило, со стороны искривлённого хряща. Распатором отслаивается слизистая оболочка и надхрящница от хряща. Далее хрящ разрезается таким образом, чтобы не повредить надхрящницу и слизистую с противоположной стороны. Их отсекают распатором, освобожденный хрящ в месте искривления охватывают браншами носового зеркала и иссекают качающимся ножом Белленжера. Остатки искривлённого хряща удаляют щипцами.Костные шипы и гребни удаляют молотком или долотом. Далее листки слизистой оболочки и надхрящницы с обеих сторон сближают, в обе половины носа вводят марлевые тампоны, смоченные вазелиновым маслом и раствором антибиотиков. Тампоны удаляют через 24 - 48 часов.

Консервативное лечение: Терапия, направленная на уменьшение проницаемости сосудистой стенки и гипосенсибилизацию: димедрол, пипольфен, кальция хлорид.

Местное лечение: 1% инталовая мазь, аэрозоль бекотида, физотерапия: общее У/Ф облучение, электрофорез 1% р-ра димедрола, 1% р-ра интала, ультрафонофорез суспензии гидрокортизона, аэроионотерапия, облучение полости носа расфокусированным пучком гелий - неонового лазера. Акупунктура, электропунктура.