**Фамилия Имя Отчество:**

**Возраст:** 17 лет.

**Пол:** мужской

**Семейное положение:** холост

**Место работы:** Учащийся ПТУ

**Домашний адрес:** Москва

**Дата поступления:** 2 апреля 2001 года

**Клинический диагноз:** Искривление перегородки носа. Хронический катаральный ринит. Правосторонний хронический гайморит, катаральная форма.

**Жалобы при поступлении:**

При поступлении больной предъявил жалобы на затрудненное носовое дыхание обеими половинами носа на вдохе и выдохе, больше выраженное справа, постоянные обильные выделения из носа слизистого характера, при простудах становящихся слизисто-гнойными, Чувство заложенности носа, возникающее в положении лежа на боку в соответствующей половине носа. Снижение обоняния.

**Анамнез заболевания:**

Со слов больного в возрасте трех лет он упал и ударился носом о батарею (больной знает об этом из рассказа родителей). С этого времени стало отмечаться затруднение носового дыхания. При осмотре в детской поликлинике по месту жительства был поставлен диагноз: искривление носовой перегородки. По данному поводу никаких лечебных мероприятий до 14 лет не проводилось.

В возрасте 8 – 9 лет больной стал отмечать усиление затруднения носового дыхания, появились постоянные прозрачные выделения из носа слизистого характера без запаха. При положении на боку появлялась заложенность соответствующей половины носа.

Обучаясь в школе, чаще других детей болел простудными заболеваниями (3-4 раза в год), при этом отмечал полную невозможность дыхания через нос и полное отсутствие обоняния. В такие периоды отделяемое из носа приобретало белесоватый оттенок и становилось более обильным. Не постоянно больным использовались капли в нос с сосудосуживающим эффектом: галазолин, нафтизин; после применения которых наступало кратковременное улучшение носового дыхания и исчезало чувство заложенности носа.

В возрасте 14 лет больной был госпитализирован в ЛОР-отделение больницы имени Филатова, где ему была проведена операция септопластики. В ходе предварительного обследования у больного на рентгенограмме околоносовых пазух было выявлено диффузное затемнение правой гайморовой пазухи. При диагностической пункции отделяемого из пазухи

получено не было. Был поставлен диагноз сопутствующего заболевания: хронический правосторонний гайморит.

После выписки из больницы больной продолжал предъявлять жалобы на затруднение носового дыхания больше выраженное справа, постоянные выделения из носа, чувство заложенности носа, снижение обоняния. По данному поводу пациент к врачам не обращался до 2 апреля 2001 года, продолжая нерегулярное применение капель в нос с сосудосуживающим эффектом (галазалин, нафтизин).

25 марта 2001 года долго находясь на улице больной переохладился и на следующий день у него усилилось отделение слизи из носа, чувство заложенности стало постоянным в обеих половинах носа не зависимо от положения тела. С данными жалобами пациент обратился в поликлинику по месту жительства, где ему дали направление на консультацию в ЛОР-отделение ММА имени Сеченова. 2 апреля 2001 года больной был госпитализирован в ЛОР-отделение ММА имени Сеченова, для дополнительного обследования и лечения.

**Анамнез жизни**

Родился в срок, в городе Москве. Рос и развивался в семье, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал, рахитом не болел. В детстве перенес ветрянку, корь. Учеба трудностей не вызывала.

Наследственность не отягощена. Аллергию на лекарства, пищевые продукты отрицает.

Вредные привычки: курит с 15 лет (5 сигарет в день).

**ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО**

**Status praesens**

На момент осмотра: общее состояние удовлетворительное, жалоб, указывающих на патологию органов систем кровообращения, дыхания, пищеварения не предъявлялось.

**Обследование ЛОР-органов:**

***Нос и околоносовые пазухи.***

При осмотре: наружный нос неправильной формы, отмечается сколиоз спинки носа вправо. Припухлостей и изменений кожных покровов в области носа не отмечается. При пальпации и поколачивании болезненности не выявлено. Обоняние, со слов больного сохранено, но его чувствительность понижена (больной различает только резкие запахи). Проба с ваткой: на момент курации носовое дыхание ослаблено,через правый носовой ход более затруднено, чем через левый. При передней риноскопии: слизистая оболочка носовых раковин гиперемирована, отечна, пятен Воячека не наблюдается. Просветы, средних и нижних носовых ходов справа и слева резко сужены за счет отека слизистой оболочки носовых

раковин, поверхность слизистой оболочки на носовых раковинах покрыта тягучим, слизисто-гнойным отделяемым, также отмечается скопления отделяемого на дне носовой полости. Перегородка носа: подвывих четырехугольного хряща, в нижних отделах перегородки носа справа костный гребень незначительных размеров. За счет этих изменений имеется более выраженное сужение общего носового хода справа.

***Носоглотка.***

При задней риноскопии: свод свободен, дифференцируются устья слуховых труб. Сошник по срединной линии. Задние концы носовых раковин не увеличены, слизистая оболочка гиперемированна. Дифференцируется устье слуховых труб.

***Полость рта и ротоглотки.***

Слизистая оболочка полости рта бледно-розовая, без высыпаний. Зубы санированы. Спинка языка обложена белым налетом.

Небные миндалины за дужки не выступают, спаек с дужками нет, лакуны без патологических изменений, при надавливании на переднюю дужку патологического отделяемого нет. Дужки бледно-розового окраса, патологических изменений не определяется.

Слизистая оболочка задней стенки глотки розового цвета, блестящая, влажная. Лимфоидные гранулы не видны.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

***Гортаноглотка.***

Слизистая оболочка бледно-розовой окраски, не инфильтрирована. Грушевидные синусы свободны.

***Гортань.***

Дыхание осуществляется свободно. Гнусавости голоса не определяется. При наружном осмотре: нормальной формы, при пальпации хрящи гортани подвижны, ощущается крепитация. При непрямой ларингоскопии: слизистая оболочка надгортанника, черпалонадгортанных и вестибулярных складок бледно-розовая, не инфильтрирована, без высыпаний. Края голосовых складок беловатого цвета, движения их симметричны. Во время фонации смыкаются полностью. Подскладочное пространство, трахея не видны.

**ДЫХАНИЕ ФОНАЦИЯ**

***Уши.***

**AD:**

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно. При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отечности нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено.

**AS:**

Кожа ушной раковины бледно-розовой окраски, рельеф не изменен, надавливание на козелок безболезненно. При наружном осмотре кожа области сосцевидного отростка бледно-розовой окраски, отечности нет, пальпация безболезненна.

При отоскопии: наружный слуховой проход широкий, инфильтрации стенок не наблюдается. Отмечается незначительное скопление серы. Барабанная перепонка не изменена, серовато-белого цвета с перламутровым оттенком. На поверхности барабанной перепонки видны следующие опознавательные элементы: пупок, световой конус, рукоятка молоточка, короткий отросток молоточка, передние и задние складки. Перфораций и рубцов не обнаружено.

**AD AS**

**Слуховой паспорт.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AD** | | **ПАРАМЕТРЫ** | **AS** | |
| Abs. | | шум в ухе | Abs. | |
| 6 метров | | шепотная речь | 6 метров | |
| -- | | разговорная речь | -- | |
| В | К | С | В | К |
| 30 | 10 | 30 | 10 |
| + | | Опыт Ринне | + | |
| + | | опыт Федеричи | + | |
|  | | опыт Вебера |  | |
| + | | опыт Желле | + | |

Заключение: Нарушений звуковосприятия и звукопроведения не выявлено.

**Исследование вестибулярного аппарата (вестибулярный паспорт):**

- Головокружение, рвоты, потери равновесия – нет.

- Спонтанный нистагм – нет.

- Пальценосовая проба – в норме.

- Пальцепальцевая проба – в норме.

- В позе Ромберга нарушений координации нет.

- Прямая походка не изменена.

- Фланговая походка не нарушена.

- Дисдиадохокинез не выявлен.

Заключение: вестибулярных расстройств нет, возбудимость вестибулярного аппарата нормальная, симметричная.

**План обследования**

1. Общий анализ крови. Назначаем с целью выявления степени активности воспалительных процессов, а также с целью выявления возможных сопутствующих заболеваний, клинически себя не проявляющих, но могущих повлиять на ход дальнейшего лечения данного больного. Возможная эозинофилия будет признаком аллергического компонента в этиологии ринита.
2. Рентгенография околоносовых пазух носа (в носоподбородочной, носолобной проекциях). Позволяет выявить возможные новообразования, скопление жидкости, деструкцию костей, аномалии развития околоносовых полостей.
3. КТ придаточных пазух носа. Является основным инструментальным методом для выявления структурных изменений в клиновидной пазухе и отчасти клетках решетчатого лабиринта. Позволяет четко обозначить границы патологических изменений.
4. Коагулограмма. Является необходимым исследованием в ходе подготовки больного к оперативному этапу лечения, позволит выявить и заранее скорректировать возможную патологию в системе свертывания крови с целью предупреждения кровотечений во время операции и в послеоперационном периоде.
5. Консультация терапевта для определения противопоказаний к операции.

**Общий анализ крови:** Патологических отклонений не выявлено

**Рентгенография пазух носа:** На рентгенограмме в носолобной проекции определяется гомогенное затемнение правой гайморовой пазухи.

**КТ:** Отмечается диффузное пристеночное утолщение слизистой оболочки правой верхнечелюстной пазухи. В левой верхнечелюстной, лобных, клиновидной пазухах, а также в клетках решетчатого лабиринта патологических изменений не обнаружено.

**Клинический диагноз:**

Искривление перегородки носа. Хронический катаральный ринит. Правосторонний хронический гайморит, катаральная форма.

**Обоснование диагноза**

Диагноз «искривление перегородки носа» поставлен на основании:

- жалоб на затруднение носового дыхания, возникшее после травмы носа в трехлетнем возрасте;

- определения при осмотре выраженного сколиоза спинки носа вправо;

* данных передней риноскопии: подвывих четырехугольного хряща, в нижних отделах перегородки носа справа костный гребень незначительных размеров;
* более выраженное сужение общего носового хода справа.

Диагноз хронического катарального ринита можно поставить основываясь на характерных жалобах больного:

* постоянные обильные выделения из носа слизистого и слизисто – гнойного характера;
* попеременная заложенность правой и левой половин носа.

Данных передней и задней риноскопии:

* гиперемия и отек слизистой оболочки носовых раковин обеих половин носа;
* слизисто-гнойное отделяемое на слизистой оболочке носовых раковин обеих половин носа;
* скопления слизисто-гнойного отделяемого на дне носовой полости.

Также одним из основных этиологических факторов для возникновения хронического катарального ринита является искривление носовой перегородки, которое у данного больного наблюдается с 3 лет.

Диагноз правосторонний хронический гайморит, катаральная форма можно поставить основываясь на данных рентгенографического исследования и КТ околоносовых пазух (диффузное затемнение на рентгенограмме и пристеночное утолщение слизистой оболочки на КТ в правой гайморовой пазухи; также отсутствие отделяемого при диагностической пункции).

Для хронического гайморита характерны: заложенность соответствующей половины носа, гнойный насморк, что также наблюдается у данного больного, но из-за конкурирующего заболевания (хронический катаральный ринит) данные симптомы стерты схожей клинической картиной.

**Дифференциальный диагноз**

Искривление перегородки носа у данного больного возникло в результате травмы в детском возрасте, так как именно с этого момента стало отмечаться затруднение носового дыхания, более выраженное справа, сколиоз спинки носа вправо. Рахитом пациент не болел, поэтому как самостоятельный этиологический фактор искривления носовой перегородки рассматриваться не может. В связи с тем, что перегородка носа состоит из различных в структурном отношении тканей, рост которых происходит неравномерно, и рост костного скелета не всегда соответствует росту хрящевого – это нередко дает искривление перегородки, но против данной причины свидетельствует пропорциональное развитие костных и хрящевых структур носа.

Для дифференциального диагноза хронического катарального ринита от гипертрофического (истинного) можно использовать адреналиновую пробу: после смазывания слизистой оболочки носовых раковин через 2-3 минуты наступает выраженное сокращение объема носовых раковин и носовое дыхание восстанавливается (схожую картину больной испытывал при применении галазолина и нафтизина).

Диагноз правосторонний хронический гайморит, катаральная форма требует дифференциальной диагностики с другими формами хронического гайморита:

Гнойная форма: больные жалуются на головную боль в области лба, болезненность при пальпации лицевой стенки соответствующей пазухи. При риноскопии видна гнойная дорожка в среднем носовом ходе и возможно «гнойное озерцо» под ней.

Полипозная форма: характеризуется разрастанием полипов в полости пазухи и прорастанием их в средний носовой ход, что позволяет их визуализировать при риноскопии (пятнистость на рентгенограмме).

**Лечение**

1. Лечение обострения хронического катарального ринита необходимо провести до оперативного вмешательства по поводу искривления носовой перегородки.

Применяют антибактериальные и вяжущие препараты в виде 2% салициловой или 5% стрептоцидовой мази, 2-3% раствора колларгола или протаргола. Назначаются физиотерапевтические процедуры: УФО эндоназально, УВЧ, электрофорез 0,25-0,5% раствора сульфата цинка.

1. Операция подслизистой резекции носовой перегородки.

После инфильтрационной анестезии производят вертикальный разрез слизистой оболочки перегородки носа и надхрящницы до хряща вблизи преддверия носа от спинки вниз до дна полости носа, отступив примерно 0,5 см от переднего хряща. Через тот же разрез рассекают хрящ, отслаивают распатором слизистую оболочку с надхрящницей, раздвигают их в обе стороны, чтобы хрящ остался между створками зеркала Киллиана, и резерцируют хрящевую и искривленную костную часть перегородки. Во избежание западения носа вдоль перегородки оставляют полоску

хряща шириной около 3-4 мм. Для сближения отслоенных листков слизистой и надхрящницы их укладывают на прежнее место и тампонируют обе половины носа. Тампоны извлекают через 1-2 сут.

Послеоперационное ведение:

* кровянистое отделяемое из носа удаляют маленькими стерильными турундами с помощью пинцета, строго соблюдая правила асептики;
* для уменьшения образования кровянистых корок с 4-5 дня ежедневно закапывают в нос персиковое или эвкалиптовое масло (или применяют турунды, пропитанные маслом;
* для ликвидации явлений «послеоперационного ринита» используют сосудосуживающие средства (носовые ходы протирают стерильными марлевыми турундами, смоченными 0,1% р-ром адреналина);

3 В данном случае для лечения хронического гайморита целесообразно использовать консервативные методы: назначаются: антигистаминные препараты внутрь; в нос применяют сосудосуживающие капли: 3% раствор эфедрина, 0,1% раствор санорина, 0,1% растворы нафтизина и галазолина 3-4 раза в день по 2-3 капли. Широко используется физиотерапия: УВЧ, микроволновая терапия, соллюкс, синий свет, часто применяют электрофорез и ультрафонофорез различных лекарственных веществ (антибиотики, гидрокортизон).

Хороший эффект дают повторные пункции пазухи с промыванием ее фурациллином (1:5000), лактатом этакридина (1:500; 1:1000), перманганатом калия (1:2000). После промывания в пазуху вводят антибактериальные средства (пенициллин 200 000 ЕД, стрептомицин 250 000 ЕД, 1% раствор диоксидина), 1-2 мл суспензии гидрокортизона, 2 мл 1% раствора димедрола или супрастина.