1.Фамилия, имя, отчество:

Возраст: 21 год.

Место работы, профессия: НИИ Глазных болезней, секретарь.

Дата обращения в стационар, поликлинику: март 2003, госпитализирована 6.10.2003.

Диагноз при поступлении: Искривление перегородки носа.

2. Жалобы: затруднение носового дыхания обеими половинами носа на вдохе и выдохе, частые простудные заболевания, наличие постоянного отделяемого слизистого характера из полости носа, ощущения «тяжёлой» головы, снижение обоняния, утомляемость.

3. Анамнез заболевания: Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания, детские инфекции. ВИЧ, гепатит, туберкулёз, венерические заболевания – отрицает. В 1993 году – аппендэктомия ( на 7 день выписана домой). Гемотрансфузий не было. Профессиональных вредностей нет.

Аллергологический анамнез: аллергическая реакция (крапивница) на введение пенициллина.

Наследственный анамнез: врождённая непереносимость Фруктозы (диспептические явления).

4. Больной себя считает с января 2002 года, когда впервые отметила появление затруднение носового дыхания, отделяемого слизистого характера из полости носа. По поводу указанных жалоб неоднократно получала симптоматическое лечение ( Нафтизин 0,1%, Супрастин 0,025 г., Витамины «Компливит») эффект от которого был непродолжителен ( симптомы купировались не полностью и кратковременно, сосудосуживающие препараты интраназально принимала 8-10 раз в день, в течение многих месяцев).

В марте 2003 года в связи с неэффективностью получаемого лечения, обратилась другую в поликлинику, где была предложена госпитализация в ЛОР отделение в плановом порядке.

6 октября 2003 года была госпитализирована в ЛОР отделение Клинического Центра ММА им И. М. Сеченова для обследования и решения вопроса о лечении.

5. Данные объективного обследования больного

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, больная правильно ориентирована в пространстве и времени. Кожные покровы обычной окраски, подкожный жировой слой развит умеренно, отеков нет. Частота дыхания: 18 в минуту, ритм правильный. Пульс: 78 ударов в минуту, ритмичный, хорошего наполнения. Физиологические отправления в норме. Рабочее АД 120/80 мм.рт.ст.

6. ЛОР-статус.

1. Нос и околоносовые пазухи:

**При осмотре**: наружный нос правильной формы. Припухлостей и изменений кожных покровов в области носа не отмечается. При пальпации и поколачивании болезненности не выявлено. Пальпация проекции точек выхода 1ой, 2ой и 3ей ветвей V пары черепномозгоых нервов безболезненна, крепитации нет. Обоняние, со слов больной 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, слизистым отделяемым, также отмечается скопления отделяемого на дне носовой полости. Перегородка носа: подвывих четырехугольного хряща, искривление вправо, в нижних отделах перегородки носа справа костный гребень незначительных размеров. За счет этих изменений имеется более выраженное сужение общего носового хода справа.

1. Лобные пазухи

2. Орбита

3. Носовые раковины

4. Общий носовой ход

5. Верхнечелюстная пазуха

1. Глотка:

Слизистая оболочка полости рта обычной окраски, патологических изменений нет. Выводные протоки околоушных и подчелюстных слюнных желез не изменены. Зубы санированы, язык чистый, влажный. Слизистая оболочка ротоглотки ярко-розовая, без патологических изменений.

Ротовая часть глотки (**фарингоскопия**): Слизистая мягкого неба, небных дужек розовая, влажная, чистая. 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. Регионарные лимфатические узлы (позадижнечелюстные) не пальпируются.

1. Язычок
2. Небные дужки
3. Небная миндалина
4. Лакуны

Носовая часть глотки (**задняя риноскопия**): Свод и хоаны свободны. Стекания гноя по задней стенки глотки нет. Глоточная миндалина розовая, не увеличена. Сошник по срединной линии. Задние концы носовых раковин не увеличены, слизистая оболочка гиперемирована, отёчна. Дифференцируется устья слуховых труб.

1. Тубарный валик
2. Глоточное отверстие слуховой трубы
3. Хоаны
4. Носовые раковины

Гортанная часть глотки (**гипофарингоскопия**): Слизистая оболочка гортаноглотки (валлекул, грушевидных синусов) гладкая, розового цвета. Язычная миндалина бледно-розового цвета, нормальных размеров. Грушевидные синусы свободны.

1. Гортань:

Дыхание осуществляется свободно. Дисфония, охриплость не определяются. Кожа передней поверхности шеи не изменена, гортань нормальной формы, при пальпации гортань пассивно подвижна, хрящи гортани гладкие, плотно-эластической консистенции, симптом крепитации положительный.

При **непрямой ларингоскопии**: слизистая оболочка надгортанника, черпаловидных хрящей, межчерпалоидного пространства, черпалонадгортанных и вестибулярных складок бледно-розовая, не инфильтрирована, без высыпаний. Края голосовых складок беловатого цвета, движения их симметричны. Ширина голосовой щели = 5 мм. Во время фонации голосовые складки смыкаются полностью. Подскладочное пространство, трахея не видны.

Регионарные лимфатические узлы (прегортанные, парагортанные, претрахеальные, паратрахеальные) не пальпируются.

Гортань при дыхании Гортань при фонации

1. Надгортанник
2. Складка преддверия
3. Голосовая складка
4. Просвет трахеи

1. 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, патологического отделяемого нет. 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, патологического отделяемого нет. 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

1. Задняя складка молоточка
2. Передняя складка молоточка
3. Рукоятка молоточка
4. Латеральный отросток молоточка
5. Пупок
6. Световой конус
7. Натянутая часть
8. Ненатянутая часть

Слуховой паспорт.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **AD** | | ПАРАМЕТРЫ | AS | |
| Abs. | | шум в ухе | Abs. | |
| 6 метров | | шепотная речь | 6 метров | |
| -- | | разговорная речь | -- | |
| В | К | С | В | К |
| 45 с | 15 с | 45 с | 15 с |
| 45 с | | С2048(воздушная) | 45 с | |
| + | | Опыт Ринне | + | |
| + | | опыт Федеричи | + | |
|  | | опыт Вебера |  | |
| + | | опыт Желле | + | |
| + | | опыт Швабаха | + | |

Заключение: Нарушений звуковосприятия и звукопроведения не выявлено.

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.

- Фистульная проба (не проводилась).

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

7. Дополнительные исследования.

Общий клинический анализ крови: Патологических отклонений не выявлено

Рентгенография околоносовых пазух: На рентгенограмме в носолобной проекции определяется гомогенное шаровидное затемнение правой гайморовой пазухи. В левой верхнечелюстной, лобных, клиновидной пазухах, а также в клетках решетчатого лабиринта патологических изменений не обнаружено.

1. Клинический диагноз и его обоснование.

**Основное заболевание**:Киста правой верхнечелюстной пазухи.

**Сопутствующее заболевание**: Хронический ринит вазомоторный ринит, нейровегетативная форма.

**Фоновое заболевание**: Искривление перегородки носа.

Диагноз «киста правой верхнечелюстной пазухи:

1. Данных рентгенографии околоносовых пазух в носолобной проекции.

Диагноз «Хронический вазомоторный ринит, нейровегетативная форма» поставлен на основании:

1. Жалоб больной (постоянные обильные выделения из носа слизистого характера, постоянная заложенность обеих половин носа).
2. Данных 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, слизистым отделяемым, также отмечается скопления отделяемого на дне носовой полости).

Диагноз «Искривление перегородки носа» поставлен на основании:

1. Жалоб больной ( на затруднение носового дыхания больше справа).
2. Данных передней риноскопии (подвывих четырехугольного хряща, искривление вправо, в нижних отделах перегородки носа; справа костный гребень незначительных размеров).

9. Дифференциальный диагноз.

Диагноз «киста правой верхнечелюстной пазухи» следует дифференцировать с:

1. Опухолью верхнечелюстной пазухи. Опухолевые поражения обычно встречаются у пожилых людей (60-65 лет). Мужчины подвержены данному заболеванию в 2 раза чаще женщин. Опухоль обыкновенно имеет экспансивный рост, сопровождающийся разрушением костных структур (чаще всего верхней стенки – «бумажной пластинки»). При пункции верхнечелюстной пазухи поражённой опухолью обычно получают гемморрагическое отделяемое.
2. Полип верхнечелюстной пазухи. Полип обыкновенно имеет неправильную форму на рентгенограмме. Полип обыкновенно проникает через Hiatus sinus maxillaris в полость носа (средний носовой ход). При пункции верхнечелюстной пазухи с полипом обычно получают кровь. Полип на рентгенограмме дает характерное гроздевидное затемнение.

Учитывая приведенные данные, а также данные диагностической пункции ( при первом проколе не было получено отделяемого, при «поисковом» пунктировании было получено прозрачное отделяемое, желтоватого цвета, слегка опалесцирующее) можно с большой долей вероятности утверждать, что у больной имеет место быть именно «киста правой верхнечелюстной пазухи(Киста носового синуса J 34.1». Для окончательного подтверждения диагноза необходимо: 1. Провести цитологическое исследование содержимого кисты; 2. Провести гистологическое исследование оболочки кисты и слизистой верхнечелюстной пазухи.

Диагноз «Хронический вазомоторный ринит, нейровегетативная форма» следует дифференцировать с:

1. Вазомоторным аллергическим ринитом. Обычно имеет длительный аллергический анамнез, явления купируются при прекращении контакта с аллергеном. Гипосенсибилизирующие средства обычно полностью купируют симптомы. В общем клиническом анализе отмечается эозинофилия (как и в отделяемом из носа).
2. Гиперпластическим ринитом. Симптомы общие для всех ринитов. Отличительная особенность отрицательная адреналиновая проба.
3. Хронического гипертрофического ринита. Симптомы общие для всех ринитов. Отличительная особенность – гипертрофия отдельных участков, или всей носовой раковины.
4. Хронического атрофического ринита. Обычно атрофический процесс затрагивает и глотку, и пищевод. В анамнезе работа на вредном производстве. Больные жалуются на сухость в носу. Характерны расширенные носовые ходы, атрофичная слизистая оболочка, перфорации перегородки носа, вязкое отделяемое желтого цвета.

Учитывая приведенные данные, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования, анамнез можно с большой долей вероятности утверждать, что у больной имеет место быть именно «Хронический вазомоторный ринит, нейровегетативная форма».

Диагноз «Искривление перегородки носа» следует дифференцировать с:

1. Специфическим поражением хрящей носа (сифилитическая гумма, очаг туберкулёза). Анамнестических и лабораторных данных подтверждающих не получено (RW – отрицательно, рентгенография грудной клетки – без патологии).

Учитывая приведенные данные, а также данные лабораторных и инструментальных методов исследования, анамнез можно с большой долей вероятности утверждать, что у больной имеет место быть именно «Искривление перегородки носа».

10. План лечения, рецептура, описание операции.

Учитывая, что основное заболевание «киста правой верхнечелюстной пазухи» и сопутствующее заболевание «Хронический вазомоторный ринит, нейровегетативная форма» скорее свего развились в следствии перенесённого и не разрешившегося полностью «Острого катарального ринита» на фоне «Искривления перегородки носа» больной показано комплексное, поэтапное лечение.

1. Температурный режим.
2. Режим сна и бодрствования.
3. Полноценное и сбалансированное по белкам, углеводам и витаминам питание, с применением поливитаминов.

Rp.: «Complivit» N. 60

D. S. По 1 таблетке 1 раз в день.

1. Гипосесибилизирующая терапия.

Rp.: Dr. Diazolini 0,1 N 10

D. S. По 1 таблетке 2 раз в день.

1. Сосудосуживающее средство, для интраназального применения.

Rp.: Sol. Naphthizini 0,1% 10 ml

D. S. Капли в нос (по 3 капли 3 раза в день в каждый носовой ход).

1. Угнетение рефлексогенных зон слизистой оболочки носа путём смазывания 10% раствором нитрата серебра.
2. Оперативное пособие.
3. Диагностическая пункция верхнечелюстной пазухи.

После тщательной анемизации раствором Нафтизина 0,1%, и местной аппликационной анестезии раствором Тримекаина 10% слизистой оболочки нижнего и среднего носовых ходов, под контролем зрения в свод нижнего носового хода пункционной иглой Куликовского в направлении латерального края глазницы перфорируют медиальную стенку верхнечелюстной пазухи. При пункции получено отделяемое желтоватого цвета, опалесцирующее. На второй день (8.10)после пункции больная почувствовала значительное облегчение, явления хронического ринита практически полностью купировались. Для обеспечения радикальности лечения больной показано удаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи.

1. Удаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи возможно с помощью эндовидеохирургического метода. В области клыковой ямки накладывается отверстие в передней стенке верхнечелюстной пазухи толстой иглой, в отверстие вводится эндоскоп для осмотра слизистой оболочки. Затем проводится инструментальное удаление слизистой оболочки (со взятием гистологического материала), контрольный осмотр.
2. При сохранении затруднения носового дыхания справа (несмотря на проводимое лечение) больной может быть рекомендовано вмешательство на перегородке носа (септопластика).

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.

Прогноз:

Для жизни – благоприятный.

Для выздоровления – благоприятный.

Для трудовой деятельности – благоприятный.

Московская Медицинская Академия имени И. М. Сеченова

Кафедра отоларингологии

История болезни.

Выполнил:

Преподаватель:

Москва 2008