владивостокский государственный медицинский

университет

Кафедра оториноларингологии

Зав.кафедры:

д.м.н., профессор Обыденников Г.Т.

Преподаватель:

Ассистент Фомина С.Л.

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

ФИО:, 14 лет.

**Диагноз**: Острый диффузный отит наружного слухового прохода, справа.

Выполнил: ст. 506 группы

Леч. Фак.,

Фильчиков И.П.

**Владивосток 2005г.**

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Ф.И.О.

Возраст: 14 лет

Место жительства: город Владивосток Профессия: школьница

Дата госпитализации: 27.12. 2005 г.

STATUS PRAESENS SUBJECTIVUS

Жалобы: на постоянные, интенсивные боли в области проекции правого наружного слухового прохода, зуд, нарушение сна и аппетита, снижение слуха справа, шум в ушах, на головную боль, слабость и повышение температуры тела до 37,9°С.

ANAMNESIS MORBI

Считает себя больной с 22.12.05, когда впервые вечером почувствовала ноющие боли в области проекции правого слухового прохода, заложенность носа. Отметила повышение температуры тела до 37,5 и начинающуюся головную боль. Начало заболевания связывает с переохлаждением. В дальней­шем самочувствие ухудшалось: боли в области проекции правого слухового прохода стали постоянными, стали усиливаться при выходе на улицу, появилась слабость, разби­тость. Родители доставили девушку в ГКБ 1 в оториноларингоскопическое отделение.

ANAMNESIS VITAE

Родилась в 1991 году в городе Владивостоке. Единственный ребенок в семье. Физически и ин­теллектуально развивалась нормально, от сверстников не отставала. В школе учится хорошо. Ма­териально обеспечена, проживает в трехкомнатной квартире с родителями. Питание регулярное-3 раза в день, полноценное, разнообразное.

ПЕРЕНЕСЕННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Детские инфекции. Операции отрицает. Частые ОРВИ.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ Наследственный анамнез не отягощен.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Аллергические реакции на пищевые продукты не отмечает. Аллергии на медицинские препа­раты нет.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Гепатит, венерические заболевания, туберкулез отрицает. За последние шесть месяцев кровь не переливалась, у стоматолога лечилась 5 недели назад, инъекции не производились, за пределы города не выезжала и контакта с инфекционными больными не имела.

STATUS PRAESENS OBJECTIVUS

ОБЩИЙ ОСМОТР

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Положение активное. Телосложение правиль­ное, нормостеническое. Кожные покровы телесного цвета, обычной влажности. Кожа эластичная, тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка выражена удовлетворительно, толщина складки на уровне пупка 2,0 см. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. Пульс 79 уд/мин, симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 110/70 мм.рт.ст. Частота дыхания 20/мин. Температура тела нормальная. Все группы лимфатических узлов не уве-личины. Мышечная система развита умерена. Тонус мышц нормальный. Деформации костей нет. Суставы обычной конфигурации, при пальпации безболезненны.

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

Грудная клетка нормостенической формы, западений, выбуханий нет. Эпигастральный угол 90 градусов. Дыхание грудного типа, ритмичное, средней глубины с частотой 18 дыхательных экскурсий в минуту. Вспомога­тельная мускулатура в акте дыхания не участвует. Одышки нет. При пальпации грудная клетка эластична, при ориентировочной и точной пальпации безболезненна. При сравнительной перкус­сии над всеми полями легких определяется ясный легочный звук. Аускультативно дыхание вези­кулярное, хрипов нет.

СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

При осмотре область сердца без видимых изменений, сердечный горб отсутствует, верху­шечный толчок не виден. При пальпации сердечный толчок не определяется, верхушечный толчок определяется в положении стоя на выдохе на 1.5 см кнутри от левой среденеключиной линии в 5 межреберье. Верхушечный толчок низкий, средней силы, резистентный, ограниченный, площадь 1 см. При перкуссии границы относительной сердечной тупости в норме. При перкуссии границы абсолютной сердечной тупости в норме. При аускультации сердца тоны ритмичные, ясные. При пальпации лучевой артерии пульс синхронный на обеих руках, одинаковый по величине, ритмич­ный, с частотой 74 удара в минуту, нормальный по наполнению, напряжению и величине, обыч­ный по форме. АД 110/70.

СИСТЕМА ОРГАНОВ ПИЩЕВАРЕНИЯ

Глотание свободное, безболезненное. При осмотре живот округлой формы, симметричный, не вздут, выпячиваний, западений, видимой пульсации, перистальтики нет. Расширений вен брюш­ной стенки и видимой на глаз пульсации в околопупочной области нет. Кожа живота чистая, руб­цов нет. Живот участвует в акте дыхания. При поверхностной ориентировочной пальпации живот мягкий, безболезненный. Расхождения прямых мышц живота нет. Размеры печени по Курлову в норме. Стул регулярный 1 раз в день.

МОЧЕПОЛОВАЯ СИСТЕМА

При осмотре выпячивания над лобком и в области почек нет. При перкуссии с обеих сторон симптом Пастернацкого отрицателен. При поверхностной пальпации болезненность не определя­ется. Почки не пальпируются. Верхние и нижние мочеточниковые точки с обеих сторон безболезненны.

НЕРВНАЯ СИСТЕМА

Больноя сдержана, к окружающему миру относится с интересом, способность сосредоточения со­хранена, общителен, ориентируется во времени и пространстве, не страдает бессонницей, голово-

кружений, обмороков нет, галлюцинаций, навязчивых идей нет. Патологических рефлексов нет. Болевая и температурная чувствительность сохранены. Зрение в норме, нарушений вкуса нет.

ПЛАН ОБСЛЕДОВАНИЯ

1 клинический анализ крови

2 общий анализ мочи

1. мазок со слизистой
2. анализ крови на RW, ЭДС
3. рентгенографическое исследование.

ЛАБОРАТОРНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

*Клинический анализ крови.*

Эритроциты- 4,18хЮА12/л НЬ- 123 г/л

Цвет, показатель- 0,95 Лейкоциты- 12.7x10л9/л

Палочкоядерные- 1%

сегментоядерные- 57%

Лимфоцитов- 30%

Моноцитов- 2% СОЭ- 18 мм/ч

*Анализ мочи*.

Цвет желтый Белок 0,033 г/л

Прозрачность слабо-мутная Сахар 0  
Реакция кислая Уробилин (-)

Уд. вес 1,026 Желч. пигменты (-)

Лейкоциты 1 -3 в поле зрения Эритроциты свеж. 0-1 в поле зрения RW, ЭДС отрицательны

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Учитывая жалобы больной: на постоянные, интенсивные боли в области проекции правого слухового прохода, зуд, нарушение сна и аппетита, снижение слуха правого уха, шум в ушах, на головную боль, на слабость и повышение температуры тела до 37,8°С; учитывая анамнез заболевания: острое разви­тие всех симптомов, длительное переохлаждение; данные объективного исследования выявленные при отоскопии: кожа слухового прохода справа гиперемирована и утолщена, слуховой проход сужен, барабанная перепонка отечна; данных клинического анализа крови - выявления лейкоцитоза; - мы можем говорить об остром диффузном отите наружного слухового прохода справа.

ЗАКЛЮЧИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ: Острый диффузный отит наружного слухового прохода, справа.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Острый диффузный отит наружного слухового прохода, справа можно дифференцировать с заболеванием среднего уха (отит) и с фурункулом слухового прохода. Основной симптоматикой фурункула является - локальная боль, гнойное выделения из слухового хода, при отоскопии видны стержень или корочка, откуда поступает гной. Отит среднего уха – характерно заложенность уха, понижение слуха. При отоскопии барабанная перепонка резко втянута, тусклая. Ее контуры определяются нечетко.

ЛЕЧЕНИЕ

1 .Режим общий. 2. Диета №15.

3.Местное лечение (применения мазей, масел, антисептиков и др.).

Rp.: Acidi borici - 0,3

Spiritus aethylici 70 - 10,0

M.D.S. По 5 капель 3 раза в день в ухо.

Rp.: Ung. Hyoxysoni - 20,0

D.S. Смазывать стенки наружного слухового прохода 2 раза в день.

Rp.: Sol.Dioxydini 1% - 10,0

D.t.d. N 10 in amp.

1. Для промывания уха.

4.Назначение антибактериальной терапии, так как есть воспалительный процесс.

Rp.: "Cefotaxim" 1,0

D.td.N. 10

S. Содержимое флакона растворить в 5 мл физиологического раствора, вводить внутримышечно 3 раза в сутки.

5.Физиотерапевтическое воздействия (УВЧ, ультрафиолетовое облучение).

РЕКОМЕНДАЦИИ БОЛЬНОМУ

Лечение всех хронических очагов инфекции. Закаливание организма и профилактика инфекцион­ных заболеваний. Прием поливитаминов. Полное восстановление работоспособности возможно, при исключении переохлаждения.

Литература, использованная при написании истории болезни.

1. М.Д. Машковский, Лекарственные средства, Харьков, 1997.
2. Методические указания к практическим занятиям по оторинолярингологии для студентов медицинских институтов, Ленинград, 1981.
3. В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, Оториноларингология, М., 1997.
4. И.Б. Солдатов, Лекции по оториноларингологии. М., 1990.
5. Диагностический справочник терапевта, под редакцией Ч.А. Чиркина, Минск, 1993.