**Паспортная часть.**

Ф.И.О.:

Возраст: 45 лет.

Место жительства:

Профессия:

Основной клинический диагноз: Правосторонний острый гнойный средний отит, ст., перфорации.

**Дата поступления.**

Поступила

**Жалобы больного на момент начала курации**

В настоящий момент пациент предъявляет жалобы на снижение слуха справа, гнойные выделения из уха, периодически головную боль.

**Анамнез заболевания**

Больной себя считает в течение двух недель, возникновение заболевания связывает с переохлаждением, лечился в аллергологии у ЛОР врача, для уточнения диагноза и проведения соответствующего лечения был направлен в ЛОР - отделение РКБ им. Куватова.

**ANAMNESIS VITAE**

Родился, в полной семье третьим по счету ребёнком. Рос и развивался соответственно возрасту и полу. В данный момент является работником ЖКХ, слесарь. Условия жизни удовлетворительные.

НАСЛЕДСТВЕННОСТЬ

Отмечает бронхиальную астму у дедушки, хронических ЛОР - патологий в семье не прослеживается.

ВРЕДНЫЕ ПРИВЫЧКИ

Отрицает.

ПЕРЕНЕСЁННЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ

Со слов больного, «воспаление уха» год назад, уточнить клинический диагноз не удалось. ОРЗ, ОРВИ. Инфекционный гепатит, венерические болезни, туберкулёз отрицает.

АЛЛЕРГОЛОГИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Непереносимости пищевых продуктов, различных лекарственных средств не отмечает. Гемотрансфузии раньше не производились.

ЭМОЦИОНАЛЬНО-НЕРВНО-ПСИХИЧЕСКИЙ АНАМНЕЗ

Тяжелым психоэмоциональным переживаниям не подвергался.

**Объективное исследование**

Общее состояние удовлетворительное. Положение активное. Сознание ясное, речь не изменена. Выражение лица спокойное, осмысленное. Чувствительность не нарушена. Походка без особенностей. Глоточный, брюшной и сухожильно-периостальные рефлексы сохранены. Обоняние в норме, зрение не нарушено. Функции III,IV,VI пар черепных нервов сохранны, глазные щели D=S, зрачки округлые, симметричные. Dпр =2мм; Dлев =2мм. Прямая и содружественная реакции на свет - живые симметричные. Движение глазных яблок в полном объёме. Болевых точек на лице согласно зонам проекции выхода ветвей тройничного нерва не выявлено, Лицо симметричное, носогубные складки выражены, мимика живая, вкусовая чувствительность передних 2/3 языка сохранена. В данный момент острота слуха в норме, однако в анамнезе имеются жалобы на её снижение. Мягкое нёбо и положение языка симметрично, uvula располагается строго посередине. Вкусовая чувствительность задней 1/3 языка сохранена. Фонация мягкого нёба в норме. Движения языка в полном объёме. Глоточный и нёбный рефлексы сохранны. Голос звучный. Дисфонии и дизартрии не обнаружено. Положение головы по срединной оси тела. Движения в полном объеме. При поворотах головы m.m.sternocleidomastoideus хорошо контурируют­ся. Затруднений при поднятии плеч больная у себя не отмечает. Фасцикуляций и гиперкинезов нет. Телосложение правильное. Конституция нормостеническая. Ключицы и лопатки симметричны. Лопатки прилежат к задней стенке грудной клетки. Ход ребер косой. Надключичные и подключичные ямки выражены слабо. Межреберные промежутки не прослеживаются. Подкожно-жировая клетчатка выражена умеренно, толщина складки на уровне пупка 4 см. Отеки не обнаружены. Расширения подкожных вен не наблюдается. Периферические лимфатические узлы не увеличены, пальпация области их локализации безболезненна. Кожные покровы розоватые, участков депигментации, сыпей, геморрагий, видимых рубцов не выявлено. Дермагрофизм белый нестойкий. Эластичность кожных покровов и тургор сохранны. Волосяной покров равномерный, симметричный, соответствует полу. Ногти овальной формы, розового цвета, чистые. Фома ногтей обычная. Видимые слизистые розовые, влажные. Мышцы развиты хорошо, тонус нормальный, при пальпации безболезненны. Костный скелет без видимых деформаций. Болезненности при перкуссии костей не обнаружено. Суставы обычной конфигурации, симметричные, движения в них в полном объеме, безболезненные. Рост 172 см, вес 70 кг. Хронических заболеваний со стороны органов дыхания, пищеварительной, мочеотделительной, эндокринной систем не отмечает.

**Исследование ЛОР - органов**

**Полость рта:**

Губы розового цвета, форма не изменена, патологических образований нет. Слизистая дёсен бледно-розового цвета, гладкая, без нарушений целостности и патологических образований. Твёрдое нёбо без деформаций, слизистая целостна, имеются единичные инъецированные сосуды. Слизистая полости рта розовая, влажная, чистая. Устья выводных протоков околоушных слюнных желез отчетливо видны. Полость рта санирована.

Язык чистый, розовый, влажный, сосочки выражены умеренно, налета, патологических образований, изъязвлений не отмечается. В подъязычной области видны выводные протоки поднижнечелюстной и подъязычной слюнных желез.

**Ротоглотка:**

Слизистая оболочка мягкого нёба, язычка, передних и задних нёбных дужек гладкая, не гиперемирована. Небные дужки контурируются, влажные, чистые, розовые, миндалины не удалены. Слизистая оболочка небных миндалин физиологической окраски, чистая. Задняя стенка глотки влажная, розовая. Глоточный рефлекс понижен. Регионарные лимфоузлы (подчелюстные, глубокие шейные, задние шейные, лимфоузлы над – и подключичных ямок) не пальпируются.

**Нос и околоносовые пазухи:**

При наружном осмотре форма наружного носа правильная, деформаций костей и хрящей стенок визуально и пальпаторно не выявлено. Патологических образований наружного носа и проекций носовых пазух на лице не обнаружено. Пальпация передней стенки лобных пазух у места выхода первой и второй ветвей тройничного нерва, место выхода n. infraorbitalis на передней стенке вернечелюстных пазух безболезненны.

При передней риноскопии вход в нос свободный, носовая перегородка не смещена, расположена по средней линии, отвесна.

Правая половина носа - слизистая розового цвета, влажная, не отечная, носовые ходы свободны, раковины не изменены. Дыхание свободное, отделяемого не обнаружено, обоняние не нарушено.

Левая половина носа - слизистая розового цвета, влажная, не отечна, носовые ходы свободны, раковины не деформированы. Дыхание не затруднено, обоняние не нарушено, отделяемого нет.

**Носоглотка:**

Свод носоглотки интенсивно розового цвета, влажный, гладкий, свободен. Хоаны свободные. Глоточная миндалина на задневерхней стенке носоглотки, не увеличена, слизистая оболочка её розовая, влажная. Сошник по средней линии. Носовые раковины не гипертрофированы. Устья слуховых труб хорошо дифференцированы, свободны, располагаются на уровне задних концов нижних носовых раковин, гиперемии и отёка не наблюдается. Трубные миндалины и боковые валики не увеличены.

**Гортань и гортаноглотка:**

При осмотре деформаций и патологических образований на поверхности шеи не обнаружено. Конфигурация шеи не изменена. При пальпации гортань безболезненна, легко поддаётся движению вправо и влево. Деформации или деструкции хрящей (щитовидного и перстневидного) не выявлено. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.

При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка надгортанника розовая, влажная, чистая. Надгортанник подвижный, вход в гортань свободный. Валлекулы визуализируются между корнем языка и боковыми язычно-надгортанными складками. Голосовые связки белого цвета, визуализируются при фонации. Кпереди от них – черпаловидные хрящи, покрытые розовой гладкой слизистой оболочкой; кверху – черпалонадгортанные складки, также покрытые розовой гладкой слизистой оболочкой. Латеральнее от них видны грушевидные синусы, свободные, покрытые розовой, гладкой слизистой оболочкой. При вдохе образуется голосовая щель между голосовыми складками. Голос не изменён.

**Уши:**

Правое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий, содержит большое количество гнойного отделяемого. После туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, инфильтрирована. В расслабленной части имеется перфорция размером 2 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое.

Левое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход чистый, барабанная перепонка серого цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются

**Слуховой паспорт.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое ухо | Тесты | Левое ухо |
| + | СШ | 0 |
| 0,5м |  ШР, м. | 6м |
| 5м | РР, м | >6м |
| Не исследовался | Кр. (крик с трещоткой) | Не исследовался |
| 50с | А105 (норма-120) | 120с |
| 60с | С2048(норма-70) | 70с |
| 70с | АК105 (норма-60) | 60с |

Вывод: Наблюдается снижение слуха на правое ухо по звукопроводящему типу.

Анализ функции вестибулярного анализатора: жалоб на головокружение нет, нистагм не обнаружен, пальцепальцевую и пальценосовую пробы выполняет безошибочно, адиадохокинез не выявлен, в позе Ромберга устойчива, походка не нарушена.

Вывод: Вестибулярные функции не нарушены.

**Аудиограмма.**

Вывод: Звукопроводящая (кондуктивная) тугоухость.

## **Предварительный диагноз**

На основании жалоб больного, данных анамнеза можно поставить предварительный диагноз –правосторонний острый гнойный средний отит, ст., перфорации. Постановка окончательного диагноза, уточнение характера течения заболевания требует выполнения клинико-лабораторных и инструментальных исследований.

# План обследования

# ОАК

## ОАМ

## RW

## ЭКГ

## Кровь на сахар

## Посев на флору

# **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНО-ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ ИССЛЕДОВАНИЙ**

## **Результаты лабораторных исследований:**

1. Клинический анализ крови от
Эритроциты- 5,28х10^12/л
Hb- 138 г/л
Цвет. показатель – 0,9
Лейкоциты- 13,0\* 10^9/л
CОЭ- 24мм/ч

Эоз-1%, баз – 1%, п/я-3%, с/я-52%, моноц-4%, лимфоциты-40%.

2. Анализ мочи ОТ
 Цвет светло-желтый, слабо-мутная

Белок ОТР. г/л

Реакция кислая

Уд. вес 1019
 Лейкоциты - 2 в поле зрения
 Эритроциты свеж. в поле зрения – 0-1
 Эпителий плоский единичный в поле зрения

4.Кровь на сахар: от

4,2 мМоль/л

5. Посев на флору: из отделяемого наружного слухового прохода высеян стрептококк, чувствительный к ряду антибиотиков таких, как пенициллины, тетрациклины, цефалоспорины.

6.ЭКГ

ЗАКЛЮЧЕНИЕ: ритм синусовый, ЧСС-75 уд/мин.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ**

На основании жалоб больного (на снижение слуха справа, гнойные выделения из уха, периодически головную боль), данных анамнеза (больной себя считает в течение двух недель, возникновение заболевания связывает с переохлаждением, лечился в аллергологии у ЛОР врача), объективного статуса (жалобы на периодически возникающие головные боли), ЛОР – статуса (наружный слуховой проход широкий, содержит большое количество гнойного отделяемого, после туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, инфильтрирована, в расслабленной части имеется перфорция размером 2 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое), результатов клинических, лабораторных (снижение тимического звена иммунитета, дефектность фагоцитоза), методов исследования можно поставить окончательный клинический диагноз – **основное заболевание**: правосторонний острый гнойный средний отит, ст., перфорации.

**Дифференциальный диагноз**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Критерий | Диффузныйгнойный наружныйотит | Фурункул слухового прохода | Острыйгнойныйсреднийотит |
| Возбудители заболевания и факторы, способствующие его развитию | Возбудители:Staphylococcus spp., PseudomonasaeruglnosaБлагоприятствуютразвитиюнедостаточный туалет наружного уха, нарушения обменавеществ,аллергическийкомпонент. | Возбудители: стафилококк, предрасполагающими факторами являются нарушение обмена, в частности углеводного , неполноценное питание.  | Возбудители:стафилококки, стрептококки(гемолитический,зеленящий),пневмококки,вирусы, протей,синегнойнаяпалочка.Развивается нафоне ОРВИ. |
| Клиническоетечение | Болезненность в области наружного слухового прохода, принадавливании накозелок, зуд,грязно-серыефибринозныеналеты. | Сильная боль, иррадиирущая в глаз, зубы, шею. Резкая болезненность при надавливании на козелок  | Мучительныйболевой синдром,снижение слуха потипу нарушениязвукопроведения. Интоксикационный синдром: повышение темп. теладо 38-39 градусов,слабость, вялость.Повышение числалейкоцитов (до 12-15\*109/л). |
| Отоскопия | Выраженная диффузнаягиперемия,инфильтрациястенок слуховогопрохода,болезненность приотоскопии. | Гиперемия,Воспаленная кожа,сужение стенокслуховогопрохода. | Выбухание барабан.перепонки, иногда фибриновый налёт,разлитаягиперемия наружного слухового прохода. |
| Отделяемое | Выделения гноя, часто сгнилостнымзапахом, участками десквамированногоэпидермиса. | Малое количество отделяемого  | Обильныеслизисто-гнойныевыделения в перфоративную стадию процесса. |
| Течение | Переходит вхроническуюформу с менеевыраженнымисимптомами. | Средняя продолжительность заболевания 7 дней, возможны рецидивы. | Бурное течение с выраженной стадийностью, при адекватном течении характерно полное выздоровление. |

**Этиология и патогенез заболевания**

# Острый воспалительный процесс в среднем ухе вызывают стрептококки, все виды стафилококков и пневмококков. Кроме того, возбудителями отита могут быть вирусы, грибы, синегнойная палочка, протеи, кишечная палочка.

# Патогенез. Острый отит развивается преимущественно на фоне острой респираторной вирусной инфекции или другого инфекционного заболевания и является их осложнением. Для его возникновения большое значение имеют общие и местные предрасполагающие факторы. Снижение общей резистентности организма в результате переохлаждения, гиповитаминоза, переутомления и комплекса других факторов приводит к развитию острой респираторной вирусной инфекции, сопровождающейся воспалительным процессом в различных отделах верхних дыхательных путей, включая носоглотку. Воспалительный отек глоточного соустья слуховой трубы и ее слизистой оболочки нарушает вентиляцию среднего уха. В нем создается место наименьшего сопротивления, так как постоянное отрицательное давление в барабанной полости способствует набуханию слизистой оболочки барабанной полости и ячеек сосцевидного отростка. Снижение местной резистентности на фоне вирусемии приводит к развитию воспаления в ухе. При гриппе, скарлатине, кори причиной воспалительного процесса в ухе являются возбудители этих заболеваний. Такой путь проникновения инфекции называется *гематогенным*. Часто причиной воспаления среднего уха является микрофлора носоглотки, попадающая в него через слуховую трубу –*тубарным путем.* При травмах барабанной перепонки инфекция может быть занесена *транстимпанально.* В крайне редких случаях острый отит возникает от *ретроградного* распространения инфекции из полости черепа или лабиринта.

# Воспаление слизистой оболочки происходит во всех отделах среднего уха- слуховой трубе, барабанной полости и сосцевидном отростке, но в барабанной полости мукойдное набухание, мелкоклеточная инфильтрация и артериальная гиперемия наиболее выражены. Толщина эпителиального слоя в ней возрастает в 15-20 раз. В полости скапливается экссудат, который в начале является серозным, а затем гнойным. При гриппозном отите экссудат геморрагический. Набухание эпителия и обильная экссудация при нарушении дренажной функции слуховой трубы приводят к выпячиванию наружу барабанной перепонки, расплавлению ее стенок и перфорации с выделением содержимого наружу. Обильные слизисто-гнойные выделения постепенно становятся менее обильными, приобретая гнойный характер. После прекращения гноетечения из уха перфорация барабанной перепонки может зарубцеваться, но заложенность уха еще сохраняется некоторое время. Критерием выздоровления служит нормальная отоскопическая картина и восстановление слуха.

# **ПЛАН ЛЕЧЕНИЯ КУРИРУЕМОГО БОЛЬНОГО И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ**

Адекватная вомплексная терапия острого гнойного среднего отита включает:

1. Антибиотикотерапия Rp: Tab. Augmentini 0.25 № 30

D.S внутрь по 1 таб 3 раза в день

2.Обезболивающая и противовоспалительная терапия

Rp: Sol. Ortopheni 2,5%-3 мл

D.t.d № 10

S в/м по 1 амп., 2 раза в день в течении 5 дней

3.Востановление функции слуховой трубы

Rp. Naphthyzini 0,1% - 10 ml

D.S. По 3 капли в обе половины носа 3 раза в день

4. *Раствор протаргола для туалета наружного уха*

*(вяжущее, противовоспалительное, антисептическое действие)*

Rp.: Sol. Protargoli 2% - 10 ml

D.S. для обработки наружного слухового прохода.

.

**Дневник**

День начала курации. Состояние удовлетворительное, стабильное, сознание ясное, положение активное. Пульс 77уд/мин, ритмичный, повышенного наполнения и напряжения. АД 135/80 мм.рт.ст. Кожа розовая, сухая. Тургор тканей в норме. Дыхание везикулярное, без хрипов. Живот мягкий, безболезненный, участвует в акте дыхания равномерно. Жалобы на незначительный зуд в наружном слуховом проходе с обеих сторон, ощущение заложенности уха, отделяемое из ушей в виде суховатых корочек. Проведена отоскопия: наружный слуховой проход слева длинной примерно 2,5 см, покрыт кожей, бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка светло-серая, с нечетко выраженными опознавательными знаками. Справа слуховой проход длинной примерно 2,5 см, покрыт кожей, бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна. Световой рефлекс визуализируется нечётко. Остальные ЛОР-органы без особенностей. Дежурным врачом проведен туалет наружного слухового прохода.

Состояние удовлетворительное, стабильное, сознание ясное, положение активное. Пульс 76уд/мин, повышенного наполнения. АД 130/80 мм.рт.ст. Дыхание везикулярное. Живот безболезненный, участвует в акте дыхания равномерно. При отоскопии: Наружный слуховой проход слева длинной примерно 2,5 см, покрыт кожей, бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка светло-серая, с нечетко выраженными опознавательными знаками. Справа слуховой проход длинной примерно 2,5 см, покрыт кожей, бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна. Жалобы на гнойное отделяемое из уха. Остальные ЛОР-органы без особенностей. Лекарственную терапию получает. Врачом проведен туалет наружного слухового прохода.

Состояние удовлетворительное, с положительной динамикой в отношении основного заболевания, сознание ясное, положение активное. Пульс 74 уд/мин, ритмичный. АД 135/85 мм.рт.ст. Жалоб со стороны ЛОР-органов не предъявляет. Проведена отоскопия: : Наружный слуховой проход слева бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка светло-серая, с нечетко выраженными опознавательными знаками. Справа слуховой проход, покрыт кожей, бледно-розовой окраски. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна. Жалобы на гнойное отделяемое из уха. Врачом проведен туалет наружного слухового прохода.

**Прогноз**

Прогноз для здоровья и жизни при соблюдении соответствующих рекомендаций врача благоприятный – наступает полное выздоровление.

**Профилактика**

Вцелях предупреждения рецидивов заболевания рекомендуют после полного клинического выздоровления легкое протирание слуховых проходов в течение месяца один раз в день ватой, смоченной противогрибковым средством.

**ЭПИКРИЗ**

Больной, поступил в лор-отделение, по направлению поликлинического отделения, с жалобами на ноющую боль в ушах, иррадиацию болей в правую затылочную область, усиление болей при чихании, кашле, плохой слух. При объективном обследовании установлено: Правое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий, содержит большое количество гнойного отделяемого. После туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, инфильтрирована. В расслабленной части имеется перфорция размером 2 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое. Левое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход чистый, барабанная перепонка серого цвета. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Больномой поставлен окончательный диагноз: Правосторонний острый гнойный средний отит, ст., перфорации. Больная продолжает лечение.

**Использованная литература**

1. Оториноларингология под ред. И.Б.Солдатова. Спб., 2001 г.
2. Мартин Бартон «Болезни уха, горла и носа». Спб., 2002 г.
3. Клинические лекции по оториноларингологии пол ред. Н.А. Арефьевой. Уфа,2004г.
4. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. М., 2003 г.
5. Улащик В.С., Лукомский И.В. Общая физиотерапия. Минск, 2003 г.

6. Лекции по фармакологии.