ГОУ ВПО МЗ РФ

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА

КАФЕДРА ОТОРИНОЛЯРИНГОЛОГИИ

Зав. кафедрой: Хрусталева Е. В.

Ассистент: Титоренко Ю.А.

Куратор: Рожкова О. А. 532гр.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: Состояние после септопластики (13.10.06). Хронический гнойный мезотимпанит слева.

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

Кондуктивная тугоухость 1 степени слева.

**ПАСПОРТНЫЕ ДАННЫЕ:**

ФИО: Суппес Роман Сергеевич

ПОЛ: мужской

ГОД РОЖДЕНИЯ: 1989г.

ВОЗРАСТ: 17 лет

МЕСТО ЖИТЕЛЬСТВА: Алтайский край, г.Барнаул СОЦИАЛЬНЫЙ СТАТУС: школьник

ОБРАЗОВАНИЕ: неполное среднее

ДАТА ПОСТУПЛЕНИЯ: 11.10.06

ДАТА КУРАЦИИ: 18.10.06

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ: ИСКРИВЛЕНИЕ ПЕРЕГОРОДКИ НОСА. ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ СЛЕВА, ВНЕ ОБОСТРЕНИЯ.

ОСЛОЖНЕНИЕ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ: КОНДУКТИВНАЯ ТУГОУХОСТЬ 1 СТЕПЕНИ.

ЛЕКАРСТВЕННАЯ НЕПЕРЕНОСИМОСТЬ:

не обнаружено.

**ЖАЛОБЫ:**

При поступлении: больной предъявлял жалобы на затруднение носового дыхания с обеих сторон, заложенность носа, снижение слуха слева.

Но момент осмотра: больной предъявляет жалобы на незначительное затруднение носового дыхания с обеих сторон, снижение слуха слева. Отмечает улучшение носового дыхания.

**ANAMNESIS MORBI:**

Больным себя считает с раннего детства, точнее не помнит. Заболевание проявлялось на протяжении длительного времени затруднением носового дыхания, частыми ринитами (2-3 раза в год). В 6-7 летнем возрасте перенес острый гнойный отит слева, после которого через год вновь появилось гноетечение из уха, умеренная боль. Врачом был поставлен диагноз: хронический средний отит слева. Обострения около 1 раза в год. Отмечает постепенное снижение слуха слева, которое связывает с хроническим отитом.

**ANAMNESIS VITAE:**

Больной родился в 1989 году в социально благополучной семье, вторым ребенком. Рос и развивался нормально, от сверстников в физическом и умственном развитии не отставал. В школе учился удовлетворительно. Длительно занимается спортом (волейбол, баскетбол).

Травм позвоночника и черепа не было. Венерические заболевания, туберкулез, болезнь Боткина отрицает. Со слов больного, аллергологический анамнез не отягощен, переливания крови и ее заменителей не проводились. Простудными заболеваниями страдает 2-3 раза в год.

Лекарственной непереносимости нет.

Вредных привычек, по словам больного, нет. Алкоголь, и наркотические средства, со слов больного, не употребляет.

Наследственный анамнез не отягощен.

В плановом порядке 11.10.06 был госпитализирован в отоларингологическое отделение краевой клинической больницы, где 13.10.06 была произведена септопластика. На фоне проводимого лечения наблюдается положительная динамика, самочувствие больного значительно улучшилось.

**ЛОР – СТАТУС:**

**НОС:**

При осмотре: форма наружного носа не изменена, пальпация, перкуссия передней и нижней стенок лобных пазух, передней стенки верхнечелюстных пазух, точек выхода 1, 2 ветвей тройничного нерва безболезненны.

При передней риноскопии: преддверие носа свободно. Носовая перегородка по средней линии. Слизистая оболочка перегородки влажная, гиперемирована, немного отечна. Носовые раковины обычных размеров. Носовые ходы свободные с небольшим количеством слизистого отделяемого в общем носовом ходе справа и слева. Носовое дыхание свободное, одинаково справа и слева.

**ГЛОТКА:**

ПОЛОСТЬ РТА

Слизистая губ и твердого неба розовая, гладкая, влажная, чистая. Десна без изменений. Язык обычных размеров, влажный, покрыт белесоватым налетом, сосочки не выражены. Зубная формула без особенностей.

НОСОГЛОТКА

Задняя риноскопия: хоаны и свод носоглотки свободны, слизистая оболочка глотки и раковин розовая, гладкая, задние концы раковин не выходят из хоан, сошник стоит по средней линии. Устье слуховой трубы справа и слева без особенностей. Глоточная миндалина розовая, не увеличена.

РОТОГЛОТКА

Слизистая мягкого неба розовая, чистая. Небные дужки контурируются, цвет розовый, с небными миндалинами не спаяны. Небные миндалины не увеличены, устья лакун обычные. Слизистая оболочка задней стенки глотки не гиперемирована, влажная. Подчелюстные лимфоузлы не пальпируются.

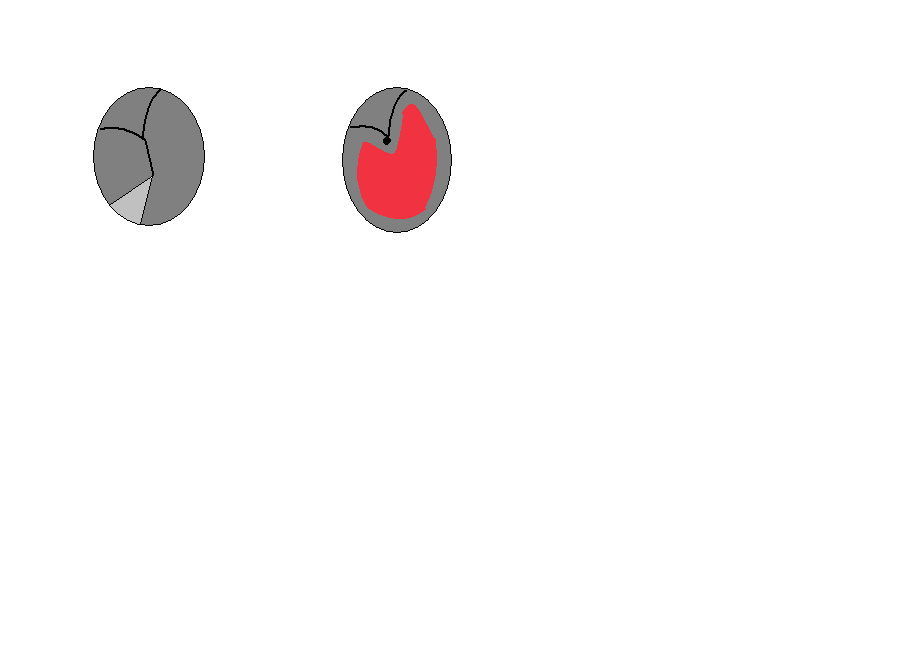
ГОРТАНОГЛОТКА

Слизистая оболочка не изменена, язычная миндалина не увеличена, грушевидные синусы не изменены.

**УШИ:**

АД: ушная раковина правильной формы, заушная область не изменена, пальпация безболезненна. Наружный слуховой проход свободен, отделяемого нет. Барабанная перепонка бледно – серого цвета, на ней визуализируется короткий отросток, рукоятка молоточка, передняя и задняя молоточковые складки, пупок и световой конус.

ΑS: ушная раковина правильной формы, заушная область не изменена, пальпация безболезненна. Наружный слуховой проход свободен, отделяемого нет. При осмотре барабанной перепонки определяется перфорация в натянутой части с сохранением краев перепонки (центральная), через отверстие видна слизистая среднего уха.



Норма Картина у больного

**ГОРТАНЬ:**

Правильной формы, симптом хруста хрящей гортани выражен. Слизистая оболочка не изменена. Слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства, вестибулярных складок розового цвета, влажная.

Вестибулярные складки не изменены. Истинные складки белесоватого цвета.

Подвижность гортани не нарушена. Голос звонкий. Шейные регионарные лимфоузлы не пальпируются.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

1. СОСТАВЛЕНИЕ СЛУХОВОГО ПАСПОРТА
2. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
3. РЕНТГЕНОГРАММА ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ ПО ШУЛЛЕРУ И МАЙЕРУ
4. ОБЗОРНАЯ РЕНТГЕНОГРАММА ЧЕРЕПА
5. ОДОРИМЕТРИЯ
6. АУДИОМЕТРИЯ
7. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МАЗКОВ ИЗ НОСА НА ПАТОГЕННУЮ МИКРОФЛОРУ, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ.
8. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБОВ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СПРАВА И СЛЕВА, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ.
9. ЭКГ

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ**

**ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:**

СЛУХОВОЙ ПАСПОРТ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПРАВОЕ УХО | ТЕСТ | ЛЕВОЕ УХО |
| - | СШ | - |
| 6м | ШР | 3м |
| Больше 6м | РР | 6м |
| КП – 30с, ВП – 50с | С128 | КП – 30с, ВП – 15с |
| N | С2048 | N |
| + | R | - |
| ⇨⇦ | W | ⇨⇦ |
| N | SCH | N |

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании жалоб больного при поступлении и на момент осмотра на двустороннее затруднение носового дыхания, заложенность носа, снижение слуха слева, можно предположить вовлечение в патологический процесс носа и левого уха. На основании анализа данных анамнеза болезни – начало заболевания в раннем детстве – можно предположить хроническое течение патологического процесса.

На основании анализа осмотра носовых ходов больного: слизистая оболочка перегородки влажная, гиперемирована, немного отечна, видны послеоперационные швы, перегородка по средней линии, что свидетельствует о проведенной септопластики.

При осмотре барабанной перепонки слева определяется перфорация в натянутой части с сохранением краев перепонки (центральная), что свидетельствует о хроническом гнойном мезотимпаните слева, фаза ремиссии.

На основании слухового паспорта больного, можно сделать вывод о снижении слуха слева по типу нарушения функции звукопроведения, что может указывать на поражение элементов системы звукопроведения, расположенных в среднем ухе, а именно: барабанной перепонки.

Таким образом, на основании анализа жалоб больной, данных анамнеза заболевания, осмотра ЛОР–органов, анализа данных дополнительных методов исследования, можно поставить клинический диагноз: Состояние после септопластики (13.10.06г). Хронический гнойный мезотимпанит слева, фаза ремиссии. Кондуктивная тугоухость 1 степени.

**Лечение**

Состояния после септопластики:

1. 0.1% раствор нафтизина по 5 капель в нос 3 раза в день в течение 5 дней.
2. Амоксициллин таблетки по 0.25г 3 раза в сутки в течение 5 дней.

Мезотимпанит:

В период ремиссии больной должен соблюдать целый ряд гигиенических правил:

1. Необходимо закрывать наружный слуховой проход во время купания, мыться головы. Вата, которой закрывается наружный слуховой проход должна быть немаленькой и должная быть смочена вазелином или растительным маслом, чтобы вода не впитывалась
2. Для пациента опасны ОРВИ. Через слуховую трубу инфекция может вызывать обострение хронического заболевания. При ненастной погоде ухо нужно также закрывать.

В период обострения:

1. Раствор из равных частей 3% спиртового раствора борной кислоты и глицерина на марлевой турунде в наружный слуховой проход больного уха на 4 часа 1 раз в день.
2. В последнее время широко используется димексид (30-50% раствор). Он проникает через биологические мембраны и тем самым парализует тканевое дыхание микробов.
3. 0.1% раствор нафтизина по 5 капель в нос 3 раза в день.
4. 5-10% раствор прополиса.
5. Амоксициллин таблетки по 0.25г 3 раза в сутки в течение 7 дней

**Список литературы**

1. Преображенский Б.С., Темкин Я.С., Лихачев А.Г., « Болезни уха, носа и горла», издательство «Медицина», М,.- 1968 год.
2. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А., «Оториноларингология», М.-2002.
3. « Оториноларингология» под редакцией Солдатого И.Б., С-П 2000
4. Машковский М.Д. «Лекарственные средства», том 1, 2. Москва 1993