Днепропетровская государственная медицинская академия

Кафедра отоларингологии.

# Заведующий кафедрой – проф. Березнюк В.В.

## ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

Клинический диагноз:

Основной: двусторонний острый гнойный средний отит,

перфоративная фаза

Осложнения: острый мастоидит слева

Сопутствующий:

**Куратор:**

***Руководитель:***

Днепропетровск 2000

ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ.

1. Горбунов Евгений Анатольевич
2. 33 года
3. мужской
4. среднее специальное
5. не женат
6. пр. Мира 6/197
7. безработный
8. 20 октября 2000 года;

ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО.

При обследовании больной жалуется на ноющую боль в ушах, иррадиацию болей в правую затылочную область, усиление болей при чихании, кашле, гнойные выделения из ушей, насморк, плохой слух, нарушение обоняния.

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ.

Обследуемый считает себя больным приблизительно с 16 октября, когда, после переохлаждения появился сильный насморк, кашель. появилась слабая ноющая боль в ушах, которая быстро нарастала, к ночи стала сильной. Боль иррадиировала затылочную область. Боль усиливалась при, чихании, кашле. Пациент также отмечает быстрое понижение слуха. В течение трех дней пациент продолжал лечится самостоятельно, закапывал в уши капли, но боли не уменьшались. В связи с болями и гноетечением обследуемый обратился 20 октября в приемный покой поликлиники, откуда был госпитализирован с диагнозом: острый гнойный средний двухсторонний отит справа для проведения лечения. За время лечения пациент отмечает улучшение общего состояния, уменьшение болей в правом ухе, уменьшение гноетечения, некоторое улучшение слуха.

АНАМНЕЗ ЖИЗНИ.

Пациент родился в 1967 году в Днепропетровске. Родился первым ребенком в семье. В детские и юношеские годы развивался без каких-либо нарушений.

Условия жизни удовлетворительные, в данное время безработный.

Из перенесенных заболеваний отмечает болезнь Боткина в 1986 году, частые простудные заболевания. Травмы, операции отрицает.

Курит 10-15 сигарет в день. Алкоголизм, наркоманию отрицает.

Аллергические реакции не отмечает, аллергологический анамнез не отягощен. Гемотрансфузий не было.

СЕМЕЙНЫЙ АНАМНЕЗ

Наличие туберкулеза, психических, венерических заболеваний у себя и родственников отрицает.

У себя и родственников также отрицает наличие заболеваний уха, горла, носа, которые можно было бы связать с данным заболевание курируемого больного.

ОБЪЕКТИВНЫЕ ДАННЫЕ

Общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Выражение лица спокойное, без болезненных проявлений. Сознание ясное. Уровень умственного развития соответствует возрасту. Расстройств речи не наблюдается. Зрение нормальное, глаза без патологических изменений и выделений.

Телосложение правильное, рост 164 сантиметра, вес 60 килограммов.

Подкожно-жировой слой развит умеренно, толщина складки ниже лопатки 1,5 сантиметра. Отеки, пастозность, болезненность при пальпации, крепитация отсутствуют. Кожные покровы бледно-розового цвета. Депигментация, кожные высыпания, геморрагии, гнойники, язвы, пролежни, рубцы, расчесы отсутствуют. Температура тела на ощупь равномерная во всех участках тела. Видимые опухоли отсутствуют. Влажность кожных покровов умеренная, шелушение отсутствует. Эластичность кожи и тургор тканей сохранены. Ногти и волосы не изменены. Кожа волосистой части головы чистая.

Частота дыхания 16 в минуту, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки равномерно участвуют в акте дыхания. Преобладает смешанный тип дыхания.

При сравнительной перкуссии над всей поверхностью легких определяется ясный легочный звук. При аускультации легких с обеих сторон определяется везикулярное дыхание, в верхней части межлопаточного пространства до уровня IV грудного позвонка выслушивается ларинго-трахеальное дыхание. Побочные дыхательные шумы: хрипы, крепитация, шум трения плевры не выслушиваются.

Сердечный толчок, выпячивания в прекардиальной области, ретростернальная и эпигастральная пульсация визуально не определяются. При пальпации лучевых артерий пульс удовлетворительного наполнения, одинаковый на обеих руках, синхронный, равномерный, ритмичный, частотой 80 в 1 минуту, нормального напряжения, сосудистая стенка вне пульсовой волны не прощупывается. Дефицита пульса нет.

Артериальное давление 120/80 миллиметров ртутного столба. При пальпации области сердца определяется верхушечный толчок: невысокий, умеренной силы, шириной 1,5 сантиметра, расположен в V межреберье на 1,5 сантиметров кнутри от срединно-ключичной линии и совпадает во времени с пульсом на лучевой артерии. Конфигурация и контуры сердца без патологии.

При аускультации число сердечных сокращений соответствует пульсу. Тоны сердца ясные: не расщеплены, нет дополнительных тонов; чистые: шумы отсутствуют во всех 5 точках выслушивания. Шум трения перикарда отсутствует.

При осмотре живот обычных размеров, правильной формы, симметричный, в акте дыхания равномерно участвует. Видимая перистальтика, грыжевые выпячивания и расширения подкожных вен живота не определяются. Поверхностная пальпация живота безболезненна, мышцы не напряжены. При аускультации живота выслушиваются слабые шумы перистальтики кишечника в виде периодического тихого урчания и переливания жидкости.

Печень в положениях лежа на спине и стоя не пальпируется. Перкуторно нижний край печени по срединно-ключичной линии на 1 см ниже края реберной дуги.

Дополнительные патологические образования в брюшной полости не пальпируются. Признаки скопления свободной жидкости в брюшной полости методами перкуссии и зыбления не определяются.

Поясничная область при осмотре не изменена. Почки в положении лежа на спине и стоя не пальпируются. Проникающая пальпация в проекции почек и мочеточников, а также поколачивание по пояснице в области XII ребра безболезненны с обеих сторон. При аускультации шумы над почечными артериями отсутствуют.

ОСМОТР ЛОР-ОРГАНОВ

Нос и придаточные пазухи носа: внешние изменения формы наружного носа отсутствуют, области проекции на лицо стенок лобных и верхнечелюстных пазух не изменены. Пальпация передних и нижних стенок лобных пазух, мест выхода I и II ветвей тройничного нерва, передних стенок верхнечелюстных пазух безболезненна, припухлость отсутствует.

Нocовое дыхание при проверке пробой с ватой справа и слева умеренно затруднено, обоняние снижено. При передней pиноскопии преддверие носа свободное, носовая перегородка в задних отделах искривлена вправо, слизистая оболочка носа гиперемирована, влажная; раковины умеренно отечны; отделяемое в носовых ходах слизистого характера.

При пальпации подчелюстные, подмышечные лимфатические узлы пальпируются как одиночные, диаметром 4-5 миллиметров округлой формы, плотноэластической консистенции, подвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. Подбородочные, околочелюстные, подключичные, околоключичные лимфатических узлы не пальпируются.

Полость рта.Рот открывается свободно, слизистые оболочки полости рта, зева чистые, влажные. Патологические изменения на слизистых отсутствуют. Язык влажный, не обложенный, вкусовые сосочки его выражены хорошо. Десны крепкие, без наложений, не кровоточат, плотно прилегают к шейкам зубов. Зубы устойчивы к расшатыванию, кариозно измененных зубов нет.

Зубная формула:

|  |  |
| --- | --- |
| 87654321 | 12345678 |
| 87654321 | 12345678 |

Глотка. Ротоглотка. Небные дужки контурируются, розового цвета, небные миндалины имеют размер I степени, лакуны не расширены, патологического содержимого в лакунах нет. Поверхность миндалин гладкая. Задняя стенка глотки влажная, розового цвета, лимфоидные гранулы гипертрофированны. Глоточный рефлекс сохранен.

Носоглотка. При задней риноскопии свод носоглотки свободен, слизистая оболочка носоглотки розовая, влажная, хоаны свободные. Устья слуховых труб хорошо дифференцированы, свободны.

Гортаноглотка. Язычная миндалина не увеличена, валлекулы свободные, задняя и боковые стенки глотки розовые, влажные, грушевидные синусы при фонации хорошо раскрываются, свободные, их слизистая оболочка розовая.

Гортань. Подчелюстные, глубокие шейные, преларингеальные, претрахеальные лимфатические узлы не увеличены. Гортань правильной формы, пассивно подвижна, симптом хруста хрящей выражен.

При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка надгортанника, области черпаловидных хрящей, межчерпаловидного пространства и вестибулярных складок розового цвета, влажная с гладкой поверхностью, голосовые складки перламутрово-серые, надгортанник развернут в виде лепестка, голосовые складки при фонации симметрично подвижные, полностью смыкаются, при вдохе голосовая щель широкая, подскладочное пространство свободное. Голос звучный, дыхание свободное.

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 центральном отделе имеется перфорция размером 2 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое.

Левое ухо. Ушная раковина правильной формы, при пальпации безболезненна. Пальпация сосцевидного отростка несколько болезненна. Наружный слуховой проход содержит гнойное отделяемое. После туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, инфильтрирована. Также имеется перфорция размером 1,5 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое.

СЛУХОВОЙ ПАСПОРТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое ухо | Тесты | Левое ухо |
| — | СШ | — |
| 0 | ШР, м. | 0 |
| 0,5 | РР, м | 0.5 |
| 7 | В, С128, 60'' | 4 |
| 11 | К, С128, 30'' | 7 |
| 9 | С2048, 40'' | 0 |
| = | Опыт Вебера | = |
| — | Опыт Ринне, - | — |
| Не укорочен | Опыт Швабаха | Не укорочен |

###### ВЕСТИБУЛЯРНЫЙ ПАСПОРТ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Правое ухо | Тесты | Левое ухо |
| — | Субъективные ощущения | — |
| — | Спонтанный нистагм | — |
| Выполняет | Пальцеуказательная проба | Выполняет |
| Выполняет | Пальценосовая проба | Выполняет |
| — | Адиадохокинез | — |
| Устойчив | Симптом Ромберга | Устойчив |
| — | Вращательная проба | — |
| Не нарушена | Походка с закрытыми глазами | Не нарушена |
| Выполняет | Фланговая походка | Выполняет |
|  | Реакция ОР |  |

ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ.

#### На основании:

жалоб больного на ноющую боль в ушах, иррадиацию болей в затылочную область, усиление болей при чихании, кашле, гноетечение из ушей, насморк.

истории развития заболевания: 16 октября появился сильный насморк, кашель, появление болей в ушах, двухстороннее понижение слуха;

ЛОР – статуса: Уши. Правое ухо. Ушная раковина правильной формы, пальпация сосцевидного отростка, ушной раковины и козелка безболезненна. Наружный слуховой проход широкий, содержит небольшое количество гнойного отделяемого. После туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, отечна. В центральном отделе имеется перфорация размером 2 х 3 мм, из которой выделяется слизисто-гнойное отделяемое.

Левое ухо. Ушная раковина правильной формы, при пальпации безболезненна. Пальпация и перкуссия сосцевидного отростка несколько болезненна. Наружный слуховой проход содержит большое количество сукровично-гнойного отделяемого. После туалета слухового прохода видна Mt - гиперемированна, инфильтрирована. Также имеется перфорция размером 1,5 х 3 мм, из которой выделяется гнойное отделяемое.

Имеется нависание задне-верхней стенки слухового прохода с двух сторон.

ставлю предварительный диагноз:

Основной: Двусторонний острый гнойный средний отит

Осложнения: мастоидит слева

Сопутствующий:

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

1. Общий анализ крови от 20.10.2000.

Hb – 133 г/л.

Эр – 4,1х1012/л

ЦП – 0,97

Лейк. 12,9х109/л

СОЭ – 24 мм/час

Глюкоза – 3,0 ммоль/л

Пал. – 5%

Сегм. – 73%

Лимф. – 20%

2. Общий анализ мочи от 20.10.2000

Цвет желтый

Реакция нейтральная

Удельный вес - 1027

Прозрачная

Белок - 0,1 г/л

Сахар - отрицательно

Эпителиальные клетки полиморфные - 0-1 в поле зрения

Лейкоциты - 2-0-0 в поле зрения

Эритроциты - 1-0-0 в поле зрения

3. Анализ кала на яйца глистов от 20.10.2000 г. – не обнаружены.

4. Ro-грамма сосцевидных отростков:

5. Данные аудиометрии см. Осмотр Лор-органов.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

Наличие некоторых похожих клинических симптомов у заболевания курируемого больного с другими заболеваниямим обуславливает необходимость проводить дифференциальную диагностику. Данное заболевание у курируемого больного следует дифференцировать с фурункулом слухового прохода и позадиушным лимфаденитом.

1. Дифференциальный диагноз заболевания курируемого больного острым мастоидитом с фурункулом слухового прохода:

при фурункуле слухового прохода надавливание на козелок, потягивание за ушную раковину, жевательные движения вызывают появление или усиление болевых ощущений, при мастоидите эти симптомы отрицательны. Также при фурункулезе имеется сужение в перепончато-хрящевой части слухового прохода а при мастоидите патогномоничным симптомом является сужение в костной части слухового прохода (нависание задне-верхней стенки слухового прохода).

При фурункуле обычно нет нарушений слуха, а при мастоидите он снижен. Также количество гноя обычно невелико, а при мастоидите количество гноя может быть большим.

2. Дифференциальный диагноз заболевания курируемого больного острым мастоидитом с лимфаденитом заушной области:

При лимфадените заушной области как и при мастоидите может наблюдатся увеличение регионарных лимфоузлов, но при лимфадените это увеличение более значительно и также отмечается болезненность увеличенных лимфоузлов. При мастоидите имеется гнойное отделяемое, а при лимфадените его нет. Также для мастоидита характерны определенные рентгенологические изменения, которых не будет при лимфадените. При мастоидите болезненность наблюдается при надавливании на верхушку сосцевидного отростка, а при лимфадените этой болезненности не отмечается.

На основании проведенного дифференциального диагноза можно исключить у курируемого больного заболевание лимаденитом заушной области, фурункул слухового прохода.

ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ

На основании данных анамнеза, объективного, функционального исследования, данных лабораторных методов исследования, проведенной дифференциальной диагностики, которые подробно описаны в соответствующих разделах, можно поставить окончательный диагноз:

***Острый двусторонний средний отит, перфоративная фаза, осложненный мастоидитом слева.***

ЭТИОЛОГИЯ И ПАТОГЕНЕЗ

Основными возбудителями мастоидита являются те же микроорганизмы, которые вызывают развитие острого гнойного воспаления среднего уха. В 48% случаев высевают разновидности стафилококка, преимущественно патогенные, в 52%-полифлору, состоящую из вульгарного протея, синегнойной палочки, стрептококка.

В патогенезе мастоидита, кроме влияния неблагоприятных предрасполагающих факторов и ослабления общей реактивности организма, важную роль играют также возраст больного, структура сосцевидного отростка и применявшиеся ранее методы лечения острого гнойного среднего отита. У детей 3-7 лет острый мастоидит протекает бурно и развивается довольно часто, так как в этом возрасте имеется склонность к развитию заболеваний верхних дыхательных путей. В пожилом возрасте мастоидит формируется медленно, симптомы его выражены неотчетливо. Заболевание значительно чаще возникает при пневматической структуре сосцевидного отростка и гораздо реже-при диплоэтической. К развитию мастоидита нередко приводит и несвоевременное дренирование барабанной полости при остром среднем отите.

Патоморфологически типичный мастоидит вначале характе­ризуется воспалением мукопериоста клеток сосцевидного от­ростка: отмечаются мукоидное набухание слизистой оболочки, мелкоклеточная инфильтрация и нарушение кровообращения с последующим заполнением клеток гнойным экссудатом. Затем в процесс вовлекается костная ткань перемычек между клетками, происходит их гнойное расплавление и слияние между собой с образованием костной полости, заполненной сливкообразным гноем.

В тех случаях, когда расплавление кости идет по направлению к наружным отделам сосцевидного отростка или к скуловым клеткам, происходит прорыв гноя под периост, в результате чего формируется субпериостальный абсцесс. Если расплавление направлено к средней или задней черепной ямке, то процесс может привести к внутричерепным осложнениям. Следует отметить, что при остром мастоидите остеолиз идет одновре­менно с репаративным процессом.

###### ЛЕЧЕНИЕ

Больному показана операция мастоидотомии, в данный момент проводится консервативное лечение, антибиотикотерапия, снятие отечных явлений слизистой носа. В зависимости от дальнейшего развития заболевания будет принято решение о необходимости хирургического лечения. Режим общий, стол №15.

Классическим методом хирургического лечения мастоидита является антротомия по Шварце, обоснованная анатомически и клинически более 100 лет назад. Операцию считают ургентной. В настоящее время в связи с наличием развитой службы анесте­зиологии мастоидотомию почти не производят под местной анестезией. Ее выполняют или под нейролептаналгезией в комбинации с местной анестезией, или под интубационным наркозом с управляемым дыханием.

Разрез мягких тканей до кости проводят позади ушной рако­вины на 0,5-1,0 см кзади от переходной складки сверху вниз к верхушке сосцевидного отростка. Мягкие ткани вместе с надкостницей отсепаровывают тупым путем до тех пор, пока не будут обозримы пункты треугольника Шипо: височная линия, надпроходная ость и верхушка сосцевидного отростка. В указан­ной области (треугольник Шипо) вскрывают сосцевидную пеще­ру, которая находится на глубине 1,5-2 см. Долотами и деревян­ным молотком удаляют кортикальный слой. Долота держат под углом 30°. Можно использовать стамески Воячека, боры и фрезы. Для того чтобы убедиться, что вскрытая полость является сосцевидной пещерой, проводят зондирование. С целью облегче­ния поиска сосцевидной пещеры и предупреждения ошибок в ее обнаружении можно использовать другую методику. На 3 мм ниже надпроходной ости шаровидным бором просверливают костную стенку (здесь она очень тонкая) до проникновения в сосцевидную пещеру. Отверстие расширяют бором большего диаметра, оно и будет ориентиром при дальнейшем удалении кости в области треугольника Шипо до полного вскрытия сосцевидной пещеры.

Далее производят вскрытие периантральных, перифациаль-ных и угловых клеток. Последние находятся в углу между верхней и задней стенками сосцевидного отростка. Развитие в них патологического процесса может быть причиной внутричерепных осложнений, так как угловые клетки граничат со средней и задней черепными ямками, в том числе с сигмовидным синусом. Удаление клеток сосцевидного отростка производят острыми кюретками до внутреннего кортикального слоя и непораженной кости. Нередко приходится выполнять широкую антромас-тоидэктомию, т. е. вскрытие почти всех клеток сосцевидного отростка с резекцией его верхушки. При этом вначале освобождают верхушку сосцевидного отростка от сухожилий кива-тельной мышцы, ножницами отсекают их снизу, спереди и сзади отростка, затем щипцами удаляют верхушкую Операционную костную полость тщательно промывают антисептическим раствором, раневую полость рыхло тампонируют |марлевым тампоном, смоченным в антисептическом растворе. I На рану накладывают швы, в нижний угол раны вводят резиновую полоску для оттока раневого отделяемого. При резко 1 выраженном деструктивном процессе в сосцевидном отростке рану в заушной области не ушивают, а рыхло тампонируют, швы накладывают по одному вверху и внизу. Лечение операционной i раны ведут открытым способом. Через 7-10 дней накладывают отсроченные швы. В случае образования после операции стойко­го свища в заушной области производят различные пластические операции для его закрытия. Предпочтительнее закрыть фистулу пластическим лоскутом на ножке, выкраиваемым в заушной области.Лист лекарственных назначений:

1. Rp. Naphthyzini 0,1% - 10 ml

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

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

D.t.d. N 10 in amp.

1. Для промывания уха.

3. Rp: Cefazolini 500000 ED

D.t.d. №10 in amp.

S. по 500000 ЕД, 2 раза в день

4. Rp: Diazolini 0,5

D.t.d. №20 in tab.

S. по 1 таблетке 3 раза в день

ПРОГНОЗ.

При соблюдении назначенного лечения прогноз для выздоровления благоприятный, возможен переход в хроническую форму.

Для жизни и трудоспособности прогноз благоприятный.

ДНЕВНИК НАБЛЮДЕНИЯ

|  |  |
| --- | --- |
| 23.10.2000 г. | АД – 120/80 мм рт. ст.  ЧСС – 80 уд. мин  ЧД – 17/мин  Температура тела – 37 С.  Жалобы: на боль в ушах, снижение слуха, истечение гноя из ушей, также болевые ощущения в заушной области слева. Насморк, кашель. |
| 25.10.2000 г. | АД – 120/80 мм рт. ст.  ЧСС – 78 уд. мин  ЧД – 19/мин  Температура тела – 36,9 С.  Жалобы: на боль в ушах, снижение слуха, истечение гноя из ушей, также болевые ощущения в заушной области слева. Болевы ощущения в ушах стали менее интенсивными, под влияние местной сосудосуживающей терапии исчезли явления ринита. |

ЭПИКРИЗ

Больной Горбунов Евгений Анатольевич, поступил в лор-отделение 19 октября 2000 года, по направлению поликлинического отделения, с жалобами на ноющую боль в ушах, иррадиацию болей в правую затылочную область, усиление болей при чихании, кашле, гнойные выделения из ушей, насморк, плохой слух, нарушение обоняния. При объективном обследовании установлено: наличие сукровично-гнойного отделяемого слуховых проходах с двух сторон, двустороннее снижение слуха, Mt гиперемированы, с обоих сторон, имеются перфорации , слева 1,5х3 мм, справа 2х3 мм. Отмечается болезненность при перкуссии сосцевидного отростка слева. Больному поставлен окончательный диагноз: *Острый двусторонний средний отит, перфоративная фаза, осложненный мастоидитом слева.*

На фоне проводимого консервативного лечения поставлен вопрос о необходимости хирургического лечения.