ГОУ ВПО МЗ РФ

АЛТАЙСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ РОСЗДРАВА

КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

ЗАВ. КАФЕДРОЙ: Хрусталева Е. В.

АССИСТЕНТ: Титоренко Ю.А.

КУРАТОР: Рожков И.А. 422гр.

ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ

КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ:

РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ СЛЕВА, ДОПЕРФОРАТИВНАЯ СТАДИЯ

ОСЛОЖНЕНИЯ ОСНОВНОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ:

КОНДУКТИВНАЯ ТУГОУХОСТЬ 2 СТЕПЕНИ

СОПУТСТВУЮЩЕЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ:

ДИФФУЗНЫЙ НАРУЖНЫЙ ДВУХСТОРОННИЙ ОТОМИКОЗ

2006 г.

ФИО

Адрес г. Барнаул, пос. Борзовая заимка

Место работы

Дата поступления 17.05.2006г.

Жалобы при поступлении:

На боли в левом ухе ноющего и стреляющего характера, зуд в ушах, снижение слуха слева, заложенность левого уха.

Жалобы на момент осмотра:

На зуд в ушах, заложенность левого уха, снижение слуха слева.

**История заболевания.**

Больной себя считает в течение 2 месяцев, когда впервые внезапно появилась боль в левом ухе стреляющего и ноющего характера, чувство заложенности левого уха, зуд в ушах. Обратилась в поликлинику по месту жительства, где ей было назначено амбулаторное лечение. В мазках из наружных слуховых проходов, со слов больной, был выявлен грибок. Спустя неделю после появления симптомов, появились обильные выделения прозрачной жидкости из наружного слухового прохода слева, которые продолжались 4 дня. Объем выделяемой жидкости при этом постепенно снижался. Спустя около 2 недель больная отметила улучшение своего состояния, исчезли боль и чувство заложенности, снижение слуха оставалось. Лечение прекратила. Через 2 недели после прекращения лечения вновь появилась боль, затем и заложенность. Обратилась в поликлинику и была госпитализирована в оториноларингологическое отделение ККБ.

**История жизни**

Болезнь Боткина, туберкулез, венерические заболевания отрицает. В детском возрасте перенесла корь. В прошлом году перенесла ангину. ОРВИ страдает 2-3 раза в год. Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Операций и гемотрансфузий не было.

**ЛОР-статус**

НОС И ПРИДАТОЧНЫЕ ПАЗУХИ НОСА.

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

При передней риноскопии: преддверие носа свободно. Носовая перегородка по средней линии. Слизистая оболочка влажная, розовая. 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.

ПОЛОСТЬ РТА

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

Зубная формула:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |
| 8 | 7 | 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |

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 без особенностей, слева – слегка отечно. 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.

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.

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 и световой конус.

ΑS: ушная раковина правильной формы, отмечается болезненность при надавливании на козелок, заушная область не изменена, пальпация безболезненна. Наружный слуховой проход свободен, отделяемого нет. Барабанная перепонка гиперемирована, отечна, перфораций нет.

**ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ:**

1. СОСТАВЛЕНИЕ СЛУХОВОГО ПАСПОРТА
2. ОБЩИЙ АНАЛИЗ КРОВИ
3. Rg ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ ПО ШУЛЛЕРУ И МАЙЕРУ
4. БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ СОСКОБОВ ИЗ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА СПРАВА И СЛЕВА, ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ К АНТИБИОТИКАМ.
5. ЭКГ
6. КРОВЬ НА RW

**РЕЗУЛЬТАТЫ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ**

**ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ИНТЕРПРЕТАЦИЯ:**

СЛУХОВОЙ ПАСПОРТ:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ПРАВОЕ УХО | ТЕСТ | ЛЕВОЕ УХО |
| - | СШ | - |
| 6м | ШР | 1м |
| Больше 6м | РР | 3м |
| КП – 11C, ВП – 20C | С128 | КП - N, ВП – 12С |
| N | С2048 | N |
| + | R | - |
| ⇨⇦ | W | ⇨⇦ |
| N | SCH | N |

Rg ВИСОЧНЫХ КОСТЕЙ ПО ШУЛЛЕРУ, МАЙЕРУ – без особенностей.

Из соскобов из наружного слухового прохода, со слов больной, выделен грибок.

**КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ:**

На основании жалоб больной при поступлении и на момент осмотра на постоянный зуд в ушах с обеих сторон, снижение слуха, интенсивные боли стреляющего характера при поступлении, заложенность слева, можно предположить вовлечение в патологический процесс наружного уха с обеих сторон, среднего уха слева, слуховой трубы слева.

На основании анализа данных анамнеза болезни – начало заболевания 2 месяца назад – можно предположить рецидивирующее течение патологического процесса.

На основании вышеописанных данных осмотра ЛОР – органов, выявлен воспалительный процесс, расчесы, повреждения эпидермиса и желтоватые корочки в области наружного слухового прохода справа и слева, что указывает на двухсторонний диффузный процесс наружного отита. Если учитывать данные бак. исследования, записанные со слов больной, то можно предположить наличие ДИФФУЗНОГО ДВУХСТОРОННЕГО НАРУЖНОГО ОТОМИКОЗА.

А гиперемия барабанной перепонки слева позволяет предположить наличие среднего отита слева. Отсутствие отделяемого из барабанной полости при отоскопии, отсутствие перфоративного отверстия в барабанной перепонке слева, дает повод предполагать доперфоративную стадию среднего отита.

На основании слухового паспорта больной, 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: РЕЦИДИВИРУЮЩИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ СЛЕВА, ДОПЕРФОРАТИВНАЯ СТАДИЯ. Сопутствующая патология: ДИФФУЗНЫЙ ДВУСТОРОННИЙ НАРУЖНЫЙ ОТОМИКОЗ.

**ЛЕЧЕНИЕ**

МЕСТНОЕ

* 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.
* 0.1% раствор нафтизина по 5 капель в нос 3 раза в день.

ОБЩЕЕ

* Амоксициллин таблетки по 0.25г 3 раза в сутки в течение 7 дней
* Флуконазол капсулы по 100мг 1 раз в день