

Міністерство охорони здоров'я України
Центральний методичний кабінет з вищої медичної освіти
Вінницький національний медичний університет ім.М.І.Пирогова

Гардига В.В., Кіщук В.В.

Ситуаційні задачі з оториноларингології

Навчальний посібник

Розділ V-VI

хронічні інфекційні захворювання ЛОР органів;
новоутворення ЛОР органів;

Рекомендовано як навчальний посібник для студентів вищих медичних
навчальних закладів освіти III - IV рівнів акредитації МОЗ України.

Вінниця, 2004

Ситуаційні задачі з оториноларингології складені співробітниками кафедри оториноларингології ВНМУ ім.М.І.Пирогова доцентом В.В.Гардигою і професором В.В.Кіщуком.

Задачі відповідають навчальній програмі з оториноларингології для студентів медичних ВНЗ (2003). Умови задач наближаються до реальних. Багато з них побудовані на власних спостереженнях авторів посібника, а також з урахуванням багаторічного досвіду роботи співробітників ЛОР кафедри ВНМУ ім.М.І.Пирогова.

Посібник містить у собі 250 ситуаційних задач до складу яких входять 860 запитань та еталонів відповідей на них; 33 задачі складені на основі схем хірургічних втручань на ЛОР-органах та допоміжних методів обстеження і діагностики; про більшість з них йде мова в підручниках при відсутності відповідних малюнків (схем), що утруднює сприйняття програмного матеріалу.

Проведення контролю (самоконтролю) знань з використанням ситуаційних задач підвищує інтерес до вивчення оториноларингології, допомагає швидко прийняти рішення, від якого може залежати здоров'я і життя людини.

Посібник розрахований на студентів, лікарів-інтернів, клінічних ординаторів, аспірантів, а також лікарів загальної практики (сімейних лікарів) в плані диференційної діагностики, надання невідкладної допомоги, організації подальших лікувальних заходів.

Електроний варіант посібника складається з кількох розділів:

- 1) захворювання вуха;
- 2) захворювання глотки, стравоходу;
- 3) захворювання носа та біляносових пазух;
- 4) захворювання гортані, трахеї, бронхів;
- 5) хронічні інфекційні захворювання ЛОР органів;
- 6) новоутворення ЛОР органів;
- 7) травми ЛОР органів.

Рецензенти:

Д.І.Заболотний, директор Київського НДІО ім.акад. О.С.Коломійченко АМН України, член.-кор. АМН України, професор.

І.І.Мітюк, завідувач кафедри госпітальної хірургії ВМ університету, заслужений діяч науки і техніки України.

Р.А.Абизов, завідувач ЛОР кафедри КМАПО ім.П.Л.Шупика, доктор медичних наук, професор.

Задача N171.

В ЛОР кабінет регіонального госпіталю м.Кеф (Туніс) направлена хвора S., 49 років, яка скаржилась на біль в області правої половини носа, видалення з неї гнійного характеру, утруднене носове дихання, порушення форми зовнішнього носа, попадання їжі з рота в ніс. Вперше хвора консультована оториноларингологом районної лікарні 5 місяців тому, коли появилось помірно утруднене дихання через праву половину носа і виділення слизу. Рекомендовано промивання і закапування носа антисептичними засобами.

Туберкульоз, сифіліс, вірусний гепатит заперечує. Лікар в направленні повідомляє, що у хворої на той час він виявив дифузне запалення на стику хрящової і кісткової частини медіальної та нижньої стінки порожнини носа.

Об'єктивно: спинка носа потовщена; в області кісткової частини перегородки та дна порожнини носа виявлено інфільтрат, в центрі якого глибока з рівними припіднятими краями виразка, яка оточена темно-червоною інфільтрованою, щільною слизовою оболонкою і покрита жовтувато-брудним нальотом.

При пальпуванні кульковим зондом визначаються кісткові секвестри перпендикулярної пластинки решітчастої кістки і верхньої частини Леміша та прорив твердого піднебіння.

Спостерігається rhinolalia aperta. Виразка покрита масивними кірками, утруднене носове дихання, смердючий запах з носа.

Пальпуються збільшені потиличні і підщелепні лімфовузли.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Дифдіагноз з подібними захворюваннями?
3. Визначте допоміжні методи діагностики.
4. Призначте лікування.

Задача N172.

Хвора O., 24-х років вперше звернулась до оториноларинголога 6 місяців назад з приводу утворення в носі в'язкого секрету, який засихає в щільні буровато-чорні кірки, котрі з трудом видаляються, супроводжуючись кровоточивістю.

Про початок захворювання хвора точно вказати не може. приблизно через рік після появи вищеписаних симптомів з'явилися щільні потовщення на шкірі носа, губів, які швидко вкривались виразками, розпадались, рубцювались. Ураження слизової оболонки носа виникали раніше, ніж висипання на шкірі.

Дані об'єктивного дослідження. Лікар, який спостерігав хвору, поступово виявив наступне: гіперемія, інфільтрація слизової оболонки передніх відділів носу змінилась зблідненням, появою зернистої поверхні, внаслідок утворення горбиків і вузлів, які вкривались виразками, зазнавали розпаду, покривались густими в'язкими виділеннями і щільними буро-чорного кольору кірками з неприємним нудотним запахом, руйнувалась в основному хрящова частина носа, в значно меншій мірі - кісткова.

O. не сприймає запаху різних ароматичних речовин. Співробітники та родичі по-

відомляють про наявність у неї неприємного нудотного запаху з носа.

Описаний патологічний процес викликав западіння носа, стягування і зморщування його шкіри, рубцеве звуження ротового отвору, потовщення і збільшення в об'ємі (внаслідок інфільтрації) вушних раковин, що в кінцевому результаті призвело до спотворення обличчя.

1. Поставте попередній діагноз. Дайте визначення цьому захворюванню.
2. Характер патоморфологічних змін при цьому захворюванні, його етіологія?
3. Дифдіагноз прокази з сифілісом носа.
4. Лікування прокази.

Задача N173.

У 44-річного П. початок захворювання проявився відчуттям паління, сухості, дря в гортані і охриплістю голосу. В подальшому (через 4-5 місяців) з'явився кашель, біль в горлі. Спочатку він був періодичним, згодом - постійним і посилювався при ковтанні, кашлю, розмові.

В минулому лікувався з приводу бронхіальної астми, туберкульозу легень, пневмонії. палінням тютюну, алкоголем не зловживає. Спадковість не обтяжена. Інгаляції інгаліптом, вливання в гортань масляного розчину ментолу, 3% протарголу, антибіотиків (ампіцилін, стрептоміцин) не привело до помітного покращання здоров'я.

Послідовність розвитку ларингоскопічної картини: гіперемія і інфільтрація лівої голосової складки (переважно в задньому її відділі), яка поступово вкривалась виразками; ліва присінкова складка і черпак потовщені з горбистою поверхнею, процес поширюється на гортанну поверхню надгортанника, в центрі якого знаходиться глибока виразка з підритими краями, усіяна блідо-рожевими та сіруватими грануляціями.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте основні допоміжні методи обстеження.
3. Етіопатогенез захворювання, шляхи інфікування.
4. Лікування виявленого захворювання.

Задача N174.

У 36-літньої жінки 2 роки тому в ділянці зовнішньої поверхні правого крила носа, біля внутрішнього кута правого ока з'явилось неболюче, щільно-еластичної консистенції утворення, яке з часом збільшувалось, поширювалось на оточуючі його тканини, ставало більш щільним.

Об'єктивно: в області зовнішньої поверхні правого крила носа, носо-губної складки, над передньою стінкою верхньощелепної пазухи і медіальної стінки орбіти виявлено щільне пухлиноподібне з горбистою і мацерованою поверхнею утворення, неболюче при пальпації та зондуванні кульковим зондом.

При рино-, фаринго-ларингоскопії патологічних змін не виявлено. Регіонарні лімфовузли не пальпуються. Оглядова рентгенограма біляносових пазух; при контрастній рентгенографії - дефект наповнення правої верхньощелепної пазухи. При пункції

правої верхньощелепної пазухи вмісту патологічного характеру не одержано.

Гаданий діагноз - рак верхньощелепної пазухи. Виконана гайморотомія за Денкером. Видалена патогічно змінена тканина правої верхньощелепної пазухи і оточуючих її ділянок.

Результат потоморфологічного дослідження: багато плазматичних клітин з відтиснутим до периферії ядром; стінки судин ущільнені, залози здавлені; місцями спостерігається колагенізація та гіалінізація грануляційної тканини.

1. Поставте попередній діагноз. Визначте клінічну форму захворювання.
2. Визначте допоміжні методи дослідження.
3. Призначте лікування.

Задача N175.

Дівчина віком 12 років скаржиться на утруднене носове дихання, спотворення зовнішнього носа. Спочатку в області входу в ніс і на верхній губі виникли безболісні вузликові висипання, пізніше вони місцями зливалися, перетворювались на більш масивні, покривались виразками, кірочками, рубцями. Змащування вищезгаданих патологічних вогнищ кортикостероїдними, антисептичними мазями не дало позитивних результатів. Причину захворювання хвора вказати не може. Туберкульоз, сифіліс у себе та членів сім'ї заперечує.

Об'єктивно: зовнішній ніс спотворений рубцями, кінчик його притягнутий (нахилений) в бік верхньої губи - нагадує ніс папуги. Крила носа деформовані, ніздрі звужені, носове дихання утруднене. рубці гладкі, блискучі, неправильної форми. Подекуди по їх периферії розташовані горбики коричнево-рожевого забарвлення, місцями вони злиті в інфільтрати, які мають зернистий вигляд.

1. поставте попередній діагноз.
2. Дайте визначення цьому захворюванню.
3. Основні розпізнавальні особливості?
4. Дифдіагностика виявленого захворювання з спорідненим йому (яке зустрічається частіше).
5. Основні принципи лікування.

Задача N176.

Хвора Т., 42 років, скаржиться на сухість в носі, наявність кірок, зниження нюху, порушення дихання через ніс. Через 7 місяців від початку захворювання з'явився кашель, утруднене гортанне дихання.

Об'єктивно: слизова оболонка носа стоншена, до неї щільно прилягають кірочки, носове дихання утруднене, нюхова функція першого ступеня. Визначається специфічний нудновато-солодкуватий запах з дихальних шляхів; слизова оболонка задньої стінки глотки тонка, має вигляд лакованої, покрита в'язким слизом, кірками, глотковий рефлекс знижений. Язикочок дещо підтягнутий до задньої поверхні м'якого піднебіння.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Визначте сутність цього захворювання.
3. Клінічні прояви початкового періоду виявленого захворювання.
4. Допоміжні методи обстеження.
5. Лікування даного захворювання.

Задача N177.

Хвора У., 36 років, скаржиться на загальну слабкість, нездужання, наявність в'язкого слизу в носі, утруднене носове і гортанне дихання, періодично нестерпний кашель.

Об'єктивно: на передніх кінцях нижніх раковин, дні порожнини і перегородки носа спостерігаються обмежені вузли сіро-рожевого кольору. В середніх відділах загальних носових ходів слизова оболонка атрофована, покрита мілкими кірками; на задній поверхні м'якого піднебіння горбисті, блідо-рожевого кольору утворення, які в підскладковому відділі гортані симетричні, валикоподібні потовщення, які звужують її просвіт. Носове і гортанне дихання утруднене. Відчувається нудотний запах з дихальних шляхів.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Де, як правило локалізуються патоморфологічні вогнища цього захворювання?
3. Гадані результати патоморфологічних та серологічних досліджень при цій формі захворювання?
4. Лікування даної хворої.

Задача N178.

Громадянка Ю. вважає себе хворою протягом 16 років (з 34-річного віку). Основні скарги: утруднене носове і гортанне дихання, кашель, часті бронхіти, періодичні бронхопневмонії. Неодноразово лікувалась антибіотиками, фізіотерапевтичними, стимулюючими засобами. За останні 3 місяці загальний стан здоров'я різко погіршився.

Об'єктивно: присінок носа виповнений рубцями, які утворюють округлої форми отвори діаметром до 3 мм. Хоани значно звужені рубцями. В склепінні носоглотки, на задніх дужках піднебінних мигдаликів на широкій основі, горбистої форми сіро-рожевого кольору утворення. Згадані дужки зрощені з задньою стінкою глотки. Язичок завернутий на задню поверхню м'якого піднебіння, губиться в рубцьові тканини. Носове дихання різко утруднене, нюхова функція IV ступеня.

В підскладковій ділянці гортані валикоподібні рубцеві утворення, які звужують її просвіт у вигляді лійкоподібної заглибини. Гортанне дихання утруднене, відповідає II-му ступеню стенозу.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Можливі результати: а) патоморфологічного; б) серологічного; в) бактеріологічного методів дослідження?
3. Лікування при даній формі захворювання.

Задача N179.

Хворий Г., 56 років, тривалий час (18р.) лікується з приводу правобічного хронічного гнійного епімезотимпаніту. 4 місяці тому назад у нього виконана загальнопорожнинна операція. Однак після цього кількість виділень з вуха не зменшились, вони набули кров'янисто-гнійного характеру з неприємним (смердючим) запахом, з'явився біль у вусі, головний біль, парез лицьового нерва, значно змінилась гострота слуху.

Ретельний туалет вуха, промивання трепанаційної порожнини антисептиками, закапування антибіотиків, в'яжучих засобів, припікання грануляції не покращили стану здоров'я хворого.

ЛОР статус: зовнішній слуховий прохід заповнений гноем з неприємним запахом; в проекції надбарабанного простору та трепанаційної (мастоїдальної) порожнини виявлені дрібні поліпи, рясеї, щільної консистенції, кровоточиві при (доторкуванні) пальпації кульковим зондом грануляції.

У заушній ділянці та області правої привушної слинної залози пальпуються обмежено рухливі лімфовузли.

Рентгенологічно: деструкція соскоподібного відростка, частини піраміди, яка прилягає до нього.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як Ви оцінюєте роль рентгенологічного та гістологічного обстеження в ранній діагностиці захворювань вуха?
3. Дифдіагноз виявленого захворювання.
4. Лікування хворих з виявленою патологією.

Задача N180.

Хвора В., 39 років, майже десятиліття скаржиться на зниження слуху (поступово наростаюче) на праве вухо, вушний шум (дзвін); за останні 3 роки спостерігається періодичне запаморочення, головний біль, погане сприйняття мови (співрозмовника чує, але не розуміє), посіпування м'язів правої половини лица. Причину захворювання не знає. Періодично, безрезультативно лікувалась з приводу "нейросенсорної приглухуватості".

Отоскопічна картина правого вуха без відхилень від норми. Камертони С128 і 2048 сприймає нормально. ШМ сприймає біля вуха, РМ - 0.5м. Під час бесіди часто просить повторити запитання співбесідника або відповідь на її запитання.

Аудиометричні криві низхідні, по нейросенсорному типу. Феномен прискорення наростання гучності (ФПНГ) відсутній.

Чітка латералізація ультразвуку в ліве вухо. Латералізація звуків мовних частот сприймається невпевнено.

Збудливість правого вестибулярного апарата знижена. Рентгенографія за Стенверсом: внутрішній слуховий прохід незначно розширений, помірна деструкція кістки навколо нього.

1. Поставте діагноз.

2. Морфологічна суть захворювання?
3. В задачі не вказаний патогномонічний симптом цієї патології. Назвіть його.
4. Які Ви знаєте стадії цього захворювання?
5. Лікування.

Задача N181.

Хвора С., 48 років, звернулась до оториноларинголога з приводу того, що її протягом двох десятиліть турбує пульсуючий шум, періодично незначний біль у лівому вусі, зниження слуху на нього. Біля 12 років - наявний "перекіс" лівої половини лица.

Шкіра стінок зовнішнього слухового проходу випинає до рівня входу в нього, виділень патологічного характеру з вуха немає

Причини захворювання С. не знає. Наявність в минулому ознак гострого чи хронічного гнійного отиту заперечує.

Слух - сприймає крик біля вушної раковини. Дані аудіометричного дослідження: комбіноване ураження звукопровідного і звукосприймального апарату лівого вуха.

Рентгенографія скроневої кістки: деструкція соскоподібного відростка, піраміди скроневої кістки, нечіткість контурів яремної ямки, зруйновані верхня і задня стінки барабанної порожнини.

Неврологічне дослідження: периферичний параліч лицьового нерва. Для уточнення діагнозу (у тому числі проведення біопсії та гістологічного дослідження) вирішено виконати загальнопорожнинну операцію. При видаленні долотом кортикального шару за задньою стінкою зовнішнього слухового проходу в полі зору з'явилося м'якотканинне утворення сірувато-червоного кольору, яке повністю виповняло зовнішній слуховий прохід, змістило барабанну перетинку та його шкіру назовні при спробі обережно "обійти" новоутворення кульковим зондом і виявити "вихідне" місце його росту виникла сильна кровотеча. За допомогою ложкаподібних щипців з гострими краями пухлина була видалена, кровотеча зупинена щільною тампонадою невеликими шматками вати.

Через 7 днів після поступового видалення шматків вати виявилось, що новоутворення походить за медіальної стінки барабанної порожнини і цибулини яремної вени на рівні купола яремної ямки.

Кюреткою видалена зруйнована патологічним процесом частина соскоподібного відростку та верхньої стінки зовнішнього слухового проходу. Трепанаційна порожнина та ділянка (при видаленні новоутворення) стінки цибулини яремної вени щільно тампоновані - окісно-сполучнотканинним клаптом, одержаною з зовнішньої поверхні соскоподібного відростків. Отохірург поставив клінічний діагноз, який через 10 днів був підтверджений гістологічно.

1. Поставте діагноз (виходячи з вищеописаного).
2. Морфологічна суть захворювання?
3. Чи існують інші (окрім описаних вище) методи: а) діагностика; б) лікування?

Задача N182.

Хворий Х., протягом 3-х років скаржиться на незначний тупий біль в правій завушній ділянці, відчуття тиску в ній; останній рік відмічає зниження слуху, шум у вусі, періодичне посіпування м'язів правої половини лица.

Будь-які захворювання вуха в минулому заперечує.

Об'єктивно: пальпація зовнішньої поверхні соскоподібного відростка дає відчуття її прогинання і легкої крепітації. Отоскопія: барабанна перетинка сірого кольору; з незначними випинаннями в області задньо-верхнього квадранту, світловий конус вкорочений, ознак запалення, перфорації не виявлено.

Слух: ШМ - 1.5м, РМ - 3м. Тональна аудіограма - поріг кісткової провідності 5-10дБ, повітряної на рівні 30-40дБ.

Рентгенологічно "порожнина в області соскоподібного відростка з чіткими контурами, на рівні його верхівки видно комірочки".

Відсутність чітких анамнестичних даних, при наявності деструктивних змін (рентгенологічних, пальпаторних) соскоподібного відростка та порушення функції звукопровідного апарату диктували необхідність виконання експлоративної загальнопорожнинної операції. під час хірургічного втручання виявлено пружно-еластичне утворення овальної форми з блискучою гладкою капсулою, зруйнована патологічним процесом задня стінка зовнішнього слухового проходу, дах барабанної порожнини і печери, оголена тверда мозкова оболонка середньої черепної ямки. Утворення виповнено нашаруванням сірувато-білих пластинок.

1. Поставте діагноз.

2. Диференційний діагноз виявленого утворення з подібним йому, яке пов'язане з хронічним гнійним отитом.

3. Лікування виявленого захворювання.

Задача N183.

Хвора Д., скаржиться на спотворення лівої половини обличчя, головний біль (більш виражений зліва), слезотечу з лівого ока, зниження зору на нього, випинання його назовні, двоїння в очах, утруднення дихання через ліву половину носа.

Вважає себе хворою більше 10 років. Причину захворювання не знає. Об'єктивно: випинання передньої стінки лівої лобної пазухи і в області медіальної стінки лівої орбіти; ліве око зміщено донизу і назовні; верхній і середній відділ загального носового ходу перекритий кістковим утворенням, дихання через ліву половину значно утруднене, аносмія. Рентгенологічно: виражене, з чіткими контурами затемнення лівих приноскових пазух.

Під час операції - фронто-етмоїдо-гайморотомії видалено кісткове утворення (більш щільне ніж оточуючі його кісткові структури), яким були заповнені ліва лобова, решітчаста і наполовину - верхньощелепна пазуха. Центром новоутворення була решітчаста кістка.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Назвіть гістологічні форми новоутворення і теорії його розвитку.

3. Перебіг виявленого захворювання (загалом).
4. Лікування.

Задача N184.

Хворий Є., 68 років, скаржиться на відсутність дихання через праву половину носа, періодичні носові кровотечі. вперше помітив вищезгадані симптоми 4 роки назад. На початку утруднене носове дихання були незначними, з часом - посилювались.

Об'єктивно: право половина порожнини носа виповнена утворенням овальної форми (нижня частина якого доходить до рівня отвору ніздрі), з гладкою поверхнею, червоного кольору. При ощупуванні зондом (воно м'якої консистенції), кровоточить з правої поверхні хрящової частини перегородки носа, має широку основу. Дихання через ніс відсутнє.

1. Поставте попередній діагноз.
2. До якої групи захворювань відноситься ця патологія?
3. Можливі наслідки виявленого захворювання?
4. Лікування.

Задача N185.

У хворого О., 26 років, протягом 8 років було відчуття стороннього тіла в правій половині носа, утруднене дихання через неї. За перших 5 років переніс 5 "поліпотомій" носа. кожна з них супроводжувалась (незвичайною для цієї операції) кровоточивістю. За результатами гістологічних досліджень - "поліпозна тканина".

За наступні два роки хворому 2 рази проводились хірургічні втручання аналогічні попереднім, після яких тривалий час (місяцями) спостерігались слизові виділення з носа з домішками крові. Результати гістологічних досліджень - "папілома".

Рентгенологічно: затемнення овальної форми з чіткими контурами в області нижньої і частково середньої частини загального носового ходу правої половини носа і відповідно - двох третин верхньощелепної пазухи.

Два роки назад співробітником кафедри оториноларингології виконана гайморотомія за Денкером. видалена пухлина 8 x 4 x 3см. Гістологічно - виявлена папілома з інвазією плескатої епітелію в сполучну тканину. рецидиву пухлини за цей період не було.

1. До якого типу відноситься виявлена папілома, її морфологічна характеристика?
2. Переважна локалізація і особливості розвитку цієї патології?
3. Лікування.

Задача N186.

У хворої С., 63 років, протягом 3-х місяців спостерігалось утруднене носове дихання через ліву половину носа, поступово наростаючі виділення слизового характеру.

В центральній районній лікарні 2 місяці тому виконана лівобічна нижня конхотомія, після якої покращилось дихання через цю половину носа (приблизно на 1 місяць), але збільшилась кількість виділень. В останні 3 тижні хвора скаржиться на появу

сльозотечі, наявності в слизових виділеннях незначної кількості домішок крові, особливо під час сякання.

Об'єм нижньої носової раковини став більшим, ніж до операції (вона стикається з перегородкою носа), поверхня її горбиста, місцями вкрита тканиною, яка нагадує грануляції, кровоточиві при доторкуванні до них кульковим зондом.

Дихання через ліву половину носа утруднене, нюх - II ступеня. Регіональні лімфовузли не збільшені. Рентгенологічне дослідження приносових пазух "виявило" незначне потовщення слизової оболонки нижнього відділу медіальної стінки лівої верхньощелепної пазухи, деструкції її кісткових стінок немає.

При гістологічному дослідженні "грануляційної" тканини визначається її злоякісний характер.

1. Поставте попередній діагноз (виходячи з клінічної картини, локалізації пухлини та допоміжних методів дослідження).

2. Визначте стадію виявленого захворювання, відповідно до клініко-анатомічної класифікації. Обґрунтуйте її.

3. Призначте лікування даній хворій.

Задача N187.

Хворий Г., 49 років, протягом 6-ти місяців скаржиться на головний біль, який більш виражений в правій надбрівній ділянці, відчуття важкості в цій половині голови, виділення слизово-гнійного характеру з правої половини носа.

За останній місяць з'явився наростаючий біль в зоні верхнього правого ряду зубів.

Об'єктивно: слизова оболонка нижнього краю середньої раковини та середнього носового ходу помірно гіперемована, набрякла, в останньому - незначна кількість виділень слизово-гнійного характеру, носове дихання вільне. При пальпації передньої стінки верхньощелепної пазухи виявлено потовщення і болючість в її нижній частині. Консультант-стоматолог не знайшов патології зубів.

В правій підщелепній ділянці пальпується лімфовузол величиною з фасоллю, не спаяний з оточуючими тканинами, рухливий.

На оглядовій рентгенограмі виявлено нерівномірне потовщення слизової оболонки медіальної та нижньої стінок правої верхньощелепної пазухи, вогнищеву деструкцію кістки цих стінок.

При пункції правої верхньощелепної пазухи одержано біля 2см³ серозно-слизової рідини з незначною домішкою крові.

Контрастна рентгенограма правої верхньощелепної пазухи: між контрастною рідиною і кісткою медіальної і нижньої стінок - товстий, з нерівними контурами "м'якотканинний шар".

1. Поставте попередній діагноз.

2. Визначте стадію захворювання відповідно-до клініко-анатомічної класифікації. Обґрунтуйте її.

3. Чим пояснити виникнення зубного болю у хворого?
4. Необхідні додаткові методи обстеження.
5. Лікування даного хворого.

Задача N188.

Хвора З., 39 років, протягом 20 місяців скаржиться на головний біль (більш виражений в області лівої половини лоба), утруднене носове дихання, виділення слизово-гнійного характеру. За останній рік перенесла 3 поліпотомії носа, які супроводжувались підвищеною (значно більше звичайної) кровоточивістю. Чотири місяці тому втратила нюх - аносмія.

Об'єктивно: на рівні середньої раковини відповідного носового ходу виявлено горбисте, щільної консистенції, кровоточива при пальпації кульковим зондом утворення, яке перекриває верхню частину загального носового ходу. Дихання через ліву половину носа різко утруднене. Нюхова функція лівої половини носа втрачена.

В області медіальної і верхньої стінок орбіти щільної консистенції, з нерівною поверхнею, нерухоме, мало болоче випинання, яке зміщує око назовні і донизу, рухливість його різко обмежена. Хвора погано бачить предмети встановлені перед оком.

В області верхньої третини лівого яремного ланцюга пальпується пакет, обмежено рухливих лімфовузлів.

Рентгенологічно чітка тінь в області передніх і середніх груп комірок гратчастої кістки (перегородки між ними зруйновані), контури її нерівні, розповсюджуються майже до середини орбіти. Пневматизація інших приносних пазух не змінена.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте інші допоміжні методи діагностики.
3. Визначте стадію захворювання. Обґрунтуйте її.
4. Найбільш доцільне лікування даної хворої.

Задача N189.

Хвора Ж., протягом місяця відчувала незручності та біль в лівій половині горла під час ковтання. Проведене семиденне самолікування у вигляді смоктання септифрілу, полоскання відваром рум'янку, розчином фурациліну 1:5000 не дало позитивного результату, навпаки, в ділянці верхнього відділу лівої половини шиї з'явилося округлої форми, величиною з лісовий горіх, неболуче утворення.

Через півтора місяці після виявлення перших ознак захворювання біль у горлі посилювався, виникла слинотеча, гнильний запах з рота, утруднене жування. Це спонукало хвору звернутися до лікаря-оториноларинголога, який при мезофарингоскопії виявив наступне: лівий піднебінний мигдалик збільшений (другий ступінь), з горбистою поверхнею, щільною консистенцією, спереду поширюється до кореня язика; устя лакун визначаються не чітко; слизова оболонка незначно гіперемована, покрита виразками.

В лівій половині шиї, трохи нижче рівня верхівки соскоподібного відростка - пакет лімфовузлів, твердої консистенції, рухливість якого дуже обмежена.

Проведена біопсія лівого піднебінного мигдалика. Заключення патоморфолога: "в препараті компактне розташування епітеліальних клітин і невелика кількість лімфоцитів у вигляді окремих вогнищ".

1. Поставте попередній діагноз.
2. Іменем якого автора називали цю хворобу? Ваш короткий коментар з цього приводу?
3. Коротка характеристика (1-2 речення).
4. Лікування даної хворої.

Задача N190.

Юнак 3., 13 років, направлений оториноларинголог районної лікарні в ЛОР клініку з приводу носової кровотечі. Мати повідомила, що у сина більше 4-х років спостерігається утруднене носове дихання (спочатку через праву половину носа, через два роки - через ліву), виділення слизового характеру. Останні 1.5 року дихання через ніс відсутнє, з'явилися періодичні виражені кровотечі, незначне випинання правого ока, зміна виразу обличчя. Хлопчик хропе, погано спить, бачить жахливі сни, має проблеми з навчанням.

Об'єктивно: верхня щелепа ніби здавлена з боків, тверде піднебіння вузьке і високе (готична форма), нижня щелепа відвисла, подовжена, вузька; при передній риноскопії загальні носові ходи в задньому відділі заповнені пухлиноподібним утворенням червоного кольору, щільної хрящоподібної консистенції, з горбистою поверхнею, кровоточивим при доторкуванні до нього зондом; при задній риноскопії нижня границя його визначається на рівні твердого піднебіння; носове дихання і нюхова функція відсутні, виражена гугнявість визначається; визначається помірно виражений правобічний екзофтальм.

Загальний аналіз крові: лейкоцити 8×10^9 /л, еритроцити - 2.9×10^{13} /л, гемоглобін - 85 г/л. Рентгенографія черепа (лицьового): тінь на рівні носоглотки, поширюється на передній відділ клиновидної пазухи, задній відділ правої решітчастої кістки і праву орбіту.

1. Поставте попередній основний діагноз (синоніми захворювання).
2. Морфологічна суть і характер захворювання.
3. Топіка місць, з яких походить новоутворення?
4. Диференційний діагноз.
5. Лікування.

Задача N191.

В ЛОР кабінет поліклініки звернувся хворий Л., 45 років, із скаргами на постійну охриплість голосу, періодичний кашель. Л. вважає себе хворим більше року. Причини захворювання не знає. За останні два місяці крім вищеназваних симптомів з'явилися періодична зміна голосу і утруднене, стридорозного характеру дихання (під час кашлю).

Непряма ларингоскопія: на межі між середньою і передньою третиною лівої го-

лосової складки, на вільному її краї, розташована на ніжці (діаметром 0.2 см) овальної форми з гладкою поверхнею, інтенсивно рожевого кольору утворення довжиною 1.5 см, яке під час кашлю переміщується вгору і вниз, внаслідок чого міняється голос, погіршується дихання.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Чи завжди це утворення має ніжку?
3. Морфологічна будова утворення?
4. Назва подібних утворень (а, б) в залежності від зміни співвідношення їх складових (сполученої тканини, рідини)?
5. Лікування даного хворого.

Задача N192.

Дівчинку К., віком 4-х років, госпіталізували в дитяче інфекційне відділення у зв'язку з ГРВІ, що супроводжувалось охриплістю голосу, утрудненим гортанним диханням. Після проведеної антибіотико - , протинабрякової терапії та застосування відволікаючих засобів загальний стан здоров'я і гортанне дихання значно покращились. Хвора виписана додому. рекомендовано спостереження дільничного педіатра.

В наступні, після виписки з стаціонару, два місяці педіатр спостерігав наростаючу охриплість і утруднення гортанного дихання, особливо під час фізичного навантаження і сну. Хвора направлена в дитяче ЛОР відділення з діагнозом "загострення хронічного катарального ларингіту".

Загальний стан здоров'я середньої важкості гортанне дихання утруднене, наближається до субкомпенсованої стадії стенозу гортані.

Картина при прямій ларингоскопії: голосові складки потовщені, покриті численними сосочковими виростами на широкій основі, рожевого кольору, які за формою нагадують гребінь півня. Голосова щілина звужена. Частина цих утворень видалена і направлена для потоморфологічного дослідження.

Результат цього дослідження: в препараті сполучна тканина пронизана судинами, покрита багат шаровим (шарів більше ніж в нормі) плескати епітелієм з деяким укрупненням його клітин. Сполучнотканинна структура відмежована від епітеліального покриття базальною мембраною.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Назвіть етіологію захворювання.
3. Від чого залежить колір виявленого утворення?
4. Лікування хворих з цією патологією.

Задача N193.

Чоловік 56 років вважає себе хворим 5 місяців. На початку захворювання з'явилися періодична охриплість голосу, яка через 1.5 місяці стала постійною, більш вираженою, супроводжувалась іноді кашлем. Через 3 місяці від початку захворювання виникло утруднене гортанне дихання. На момент звернення до оториноларинголога зага-

льний стан здоров'я хворого задовільний.

Непряма ларингоскопія: ліва голосова складка потовщена, поверхня її горбиста, рухливість не обмежена. Процес не розповсюджується на передню комісуру та не доходить до голосового відростка черпакуватого хряща. Виражена охриплість голосу. Регіонарні лімфовузли не пальпуються.

На оглядовій рентгенограмі наявне стовщення тіні лівої голосової складки.

1. Поставте попередній діагноз за міжнародною класифікацією.
2. Призначте допоміжні методи дослідження (окрім рентгенологічного).
3. Основні методи лікування даного хворого.

Задача N194.

Хворий М., чотири місяці тому відчув підвищену чутливість, незручність, "наявність" стороннього тіла, біль в гортані при ковтанні. З часом появилось захлинання при вживанні рідкої їжі, а в останньому два тижні - велика кількість мокротиння з домішками крові у ньому, біль з іррадіацією в праве вухо, смердючий запах з рота.

Непряма ларингоскопія: надгортанник потовщений, його гортанна поверхня горбиста, з правого боку - глибока виразка покрита гноем. Горбистість правої шлуночкової складки частково поширюється на ліву. Область черпаків і гортанних шлуночків інтактна.

Справжні голосові складки перламутрово-сірого кольору, гладенькі, рухливі. Голосова щілина широка, гортанне дихання вільне.

Регіональні лімфатичні вузли не пальпуються.

Рентгенологічно (пряма і бокова рентгенограма гортані) спостерігається тін з нерівними контурами на гортанній поверхні надгортанника та деформація шлуночкових складок.

1. Поставте попередній діагноз згідно міжнародної класифікації.
2. Що необхідно знати для оцінки символу "Т" з міжнародної класифікації за системою TNM?
3. Лікування даного хворого.

Задача N195.

У чоловіка 54 років 3 місяці назад виникло утруднене гортанне дихання, яке поступово наростало. Через місяць після цього з'явилась прогресуюча охриплість голосу, біль в ділянці гортані, який посилювався при ковтанні, три утворення в правій половині шийі, дещо болючі при обмацуванні, розміром 2 x 1.5см.

Непряма ларингоскопія: в підскладковій ділянці гортані циркулярної форми випинання з гладкою поверхнею, різко звужуюче просвіт на даному рівні, в області правої половини пристінкового та середнього відділу гортані горбисте утворення (місцями з наявністю розпаду), яке поширюється. Право половина гортані нерухлива, ліва - обмежено рухлива.

Утруднене гортанне дихання відповідає стенозу II ступеня. В ділянці верхньої і

середньої третини правого яремного ланцюга пальпується пакет щільних лімфовузлів, які помірно зрощені з оточуючими їх м'якими тканинами.

Томограма (пряма і бокова) шиї: інтенсивна горбиста тінь правої шлуночкової складки, яка поширюється на ліву; правий гортанний шлуночок відсутній, лівий - деформований; інфільтрація та звуження підкладкового відділу гортані.

1. Поставте попередній діагноз згідно міжнародної класифікації.
2. Яка форма новоутворення за характером його росту?
3. Послідовність лікувального процесу для даного хворого?

Задача №196

Хворий Т., 43 років, 2 місяці назад прооперований в хірургічному відділенні з приводу пухлиноподібного утворення на шиї, яке з'явилося півтора місяці до операції і поступово збільшилося від розміру вишні до курячого яйця, місцями воно було зрощене з оточуючими тканинами, всередині його знаходилась тягуча, жовтуватого кольору рідина.

Через місяць після операції подібна (описаній вище) картина повторилась.

Хворий госпіталізований в ЛОР клініку.

Об'єктивно: на шкірі передньої поверхні шиї – гладкий післяопераційний рубець, під яким пальпується округлої форми, щільноеластичне, обмежено рухливе, спаяне з під'язиковою кісткою утворення, яке поширюється вниз до рівня перешийка щитоподібної залози.

Виконана повторна операція.

1. Поставте діагноз.
2. Яку, на Ваш погляд, помилку допустив хірург під час операції?
3. Патогенез виявленого захворювання.
4. Його локалізація. Гістологічна будова.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

Задача 171

1. Третинний сифіліс носа.
2. Необхідно провести дифдіагноз з склеромою, проказою, злоякісними новоутвореннями, туберкульозом, вовчаком носа.
3. Допоміжні методи діагностики; реакція Васермана, біопсія, рентгенографія носа.
4. Лікування: антибіотикотерапія, промивання стінок порожнини носа антисептиками, видалення секвестрів, дилатаційні методи при рубцевому звуженні порожнини носа, пластичні операції при наявності деформації зовнішнього носа.

Задача 172

1. Проказа. Ендемічне, малоконтагіозне захворювання з надзвичайно тривалим інкубаційним періодом (до 20 і більше).
2. Морфологічні зміни при проказі проявляються утворенням гранульом-лепром, які зливаються в інфільтрат. Лепрозний інфільтрат складається з гістоцитів, моноцитів, лімфоцитів, плазматичних і лепрозних клітин, в яких майже завжди виявляються бацили. Збудником прокази є паличка Хансена.
3. Різні збудники і реакція Вассермана. При проказі руйнується переважно хрящовий відділ (хоча кістковий скелет теж може зазнавати резорбції).
4. Лікування хворих на проказу комплексне. Основним протилепрозним засобом є препарати сульфанового ряду: солюсульфан, рифампіцин, лампрен та інші, відновлювальна хірургія лица.

Задача 173

1. Туберкульоз гортані.
2. Рентгенологічне обстеження легенів, біопсія, дослідження мокроти з метою виявлення збудника.
3. Туберкульоз верхніх дихальних шляхів є вторинним проявом гематогенно-дисемінованого (найбільш часто) туберкульозу легень, викликається мікобактеріями (паличками Коха); шляхи інфікування - гематогенний (лімфогенний) і спутогенний.
4. В першу чергу необхідно проводити лікування основного захворювання. Призначають стрептоміцин, ПАСК, фтивазид. Місцево проводять припікання виразкових поверхонь, грануляцій 20% розчином ляпісу, трихлороцтовою 30% кислотою. При різних болях - алкоголізація внутрішньої гілки верхньогортанного нерва, внутрішньошкірна блокада передньої поверхні шиї за А.Н.Вознесенським.

Задача 174

1. Склерома. Атипова форма (вогнища специфічного процесу виявляються поза межами дихальних шляхів).

2. Реакція зв'язування комплементу , реакція аглютинації з склеромним антигеном, бактеріологічний метод дослідження тощо.

3. Видалення склеромних інфільтратів за допомогою хірургічного втручання, ультразвукової дезінтеграції, кріодеструкції. Антибактеріальна терапія (стрептоміцин, канаміцин, левоміцин), препарати, антигіалуронідозної дії, біостимулятори.

Задача 175

1. Вовчак носа.

2. Вовчак носа - особлива форма туберкульозу, пояснюється відмінностями тканевого і загального імунітету та різною вірулентністю збудника (порівняно з звичайною формою туберкульозу носа).

3. Туберкульозний вовчак розпізнається звичайно на основі тріади:

1) вузликового інфільтрату;

2) поверхневого виразкування;

3) рубців зовнішнього носа та шкіри обличчя.

4. Дифдіагноз ґрунтується на даних анамнезу і клінічної картини захворювання.

В сумнівних випадках проводяться патоморфологічні та бактеріологічні дослідження.

Особливості перебігу вовчака носа:

а) найчастіше локалізується в присінку і на кінчику носа;

б) утворення множинних невеликих вузликів, заглиблених в шкіру, які ульцеруються, рубцюються, спотворюють кінчик носа і обличчя, рецидивують на периферії рубців;

в) на відмінку від звичайного туберкульозу носа при вовчаку в тканинах мало бацил, горбики більш васкуліризовані, розпад їх незначний, виразки швидше рубцюються і заживають;

г) якщо в процес втягується охрястя і хрящ - утворюється перфорація передньої частини перегородки носа і западіння його стінки (ніс папуги).

5. Лікування: призначають протитуберкульозні препарати (фтівазид, стрептоміцин та інші), ультрафіолетове опромінення, вітамін D2. Деформація носа усувається пластичними операціями.

Задача 176

1. Склерома, переважно атрофічна форма.

2. Склерома - хронічне інфекційне захворювання збудником якого є клебсієла Фріша-Волковича; наряду з переважним ураженням слизової оболонки дихальних шляхів відбуваються неспецифічні зміни в усьому організмі.

3. На початку захворювання спостерігаються катаральні явища (гіперемія, набухлість, потовщення слизової оболонки), в подальшому розвиваються субатрофічні процеси, сухість слизової оболонки.

4. Трахеобронхоскопія, рентгено- та томографія, лабораторні методи дослідження (РЗК, реакція аглютинації, преципітації, бактеріологічний, мікробіологічний та па-

томорфологічний).

5. Лікування атрофічної форми склероми: змащування слизової оболонки розчином Люголя, жироподібні краплі, мазі, емульсії, механічне видалення кірок; інгаляції, пульверизації, зрошення лужними та олійними розчинами, протеолітичними ферментами; застосовують біогенні стимулятори - ФІБС, екстракт алоє; мікротрахеоцентоз з наступним введенням в просвіт трахеї протеолітичних розчинів, відварів трав, відхаркувальних мікстур; позитивні наслідки отримані при використанні аутовакцин, імуномодуляторів.

Задача 177

1. Склерома, переважно інфільтративна форма.

2. Склеромні інфільтрати, як правило, розташовуються в місцях фізіологічних звужень дихальних шляхів: присінок носа, хоани, вхід до носоглотки, підскладковий відділ гортані, біфуркація трахеї.

3. Гістологічно визначається гіперкератоз покривного епітелію, багато плазматичних клітин, судини тазалози здавлені, велика кількість клітин Мікуліча, в протоплазмі яких знаходяться клібсіели склероми, наявність поодиноких гіалінових шарів (тільця Русселя). Серологічні дослідження: РЗК (Р. Борде-Жангу) і реакція аглютинації позитивні.

4. Лікування:

а) антибактеріальна терапія (стрептоміцин, левоміцетин, цефамізін, канаміцин, тощо);

б) препарати гіалуронідазної дії (лідаза, гіалуронідаза, ронадаза);

в) імуностимуляція (левамізол у формі інгаляцій, зрошення слизової оболонки, аплікацій, тампонів); г) вакцинотерапія (аутовакцина);

д) бужування гортані трубками Шреттера, вібраційна дилатація, кюретаж стінок порожнини носа і гортані.

Задача 178

1. Склерома, переважно рубцева форма.

2. а) ороговіння покривного епітелію, поодинокі плазматичні та клітини Мікуліча, багато гіалінових шарів (тільця Русселя), колагенових волокон, сполучної тканини.

б) РЗК з склеромним антигеном, реакція аглютинації.

в) вірогідність виявлення клібсіели Фріша-Волковича незначна.

3. Введення внутрішньом'язово, шляхом фонофорезу лідази; бужування носа (стравохідним бужем); гортані (бужами Шреттера), вібраційна трахеотомія при стенозах гортані (3 ступеня), 4-х етапна операція за Івановим (при вираженому рубцевому рубцепроцесі в гортані

(I-й етап - ларингофісура, видалення рубцевої тканини, формування ларингостоми;

II етап дилатаційний (протягом 6-ти місяців);

III етап - спостереження (6 місяців);

IV етап - закриття ларингостоми.

Задача 179

1. Рак середнього вуха III стадія.

2. Основне значення в діагностиці рака середнього вуха має біопсія з наступним гістологічним дослідженням; рентгендослідження мало допомагає ранній діагностиці, воно має значення для оцінки розповсюдження пухлини.

3. Дифдіагноз слід проводити з хронічним гнійним середнім отитом, гломусною пухлиною, пухлиною VIII нерва.

4. Більшість отохірургів є прибічниками комбінованого лікування (операція, телегаматерапія). В запущених випадках - променева хіміотерапія.

Задача 180

1. Невринома VIII нерва.

2. Доброякісна пухлина, яка утворюється з клітин Шванівської оболонки VIII нерва, як правило, з його вестибулярної гілки на рівні отвору внутрішнього слухового проходу.

3. В більшості випадків в спинномозковому лікворі виявляється підвищений вміст білка.

4. Стадії невриноми VIII нерва: I - отіатрична; II - отоневрологічна; III - стадія різко виражених симптомів підвищеного внутрішньочерепного тиску.

5. Невринома VIII нерва I-II стадії лікується хірургічно (доступ до пухлини через задню або середню черепну ямку), в III стадії - поліативні дії, направлені на зниження гіпертензивного синдрому.

Задача 181

1. Гломусна пухлина (хемодектома) барабанноугулярної області.

2. Гломусна пухлина розвивається з так званих гломусних тілець, які супроводжують розгалуження артерій, вен та нервів і є органами хеморецепції.

3. Існують:

а) при тиску на зовнішню сонну артерію може виникати зміна кольору пухлини або зменшення пульсуючого шуму;

б) при великих пухлинах, які походять з цибулини яремної вени, рекомендують телегаматерапію (4000 - 6000 рад).

Задача 182

1. Первинна холестеатома (пухлиноподібний порок розвитку).

2. Первинна і вторинна холестеатома подібні за макро- і мікроскопічною будовою. Різниця заключається в:

а) - походження первинної, яка може розвиватися в скроневій кістці, мосто-

мозочковому куті, в середньому вусі при інтактній барабанній перетинці.

- в кістці первинна холестеатома утворює порожнину з гладкими стінками (атрофія пов'язана з тиском на кістку).

б) - причиною вторинної холестеатоми є хронічний гнійний епітимпаніт, вона дає відростки в повітроносні клітини, які знаходяться навколо неї.

3. Лікування первинної холестеатоми хірургічне.

Задача 183

1. Компактна остеома лівої половини решітчастої кістки яка поширилась в лобну та верхньощелепну пазуху).

2. - Гістологічні форми новоутворення:

а) компактна; б) спонгіозна; в) компактно-спонгіозна.

- Теорії розвитку новоутворення:

а) розвивається з залишків ембріонального хряща;

б) розвивається з періосту зрілої кістки.

3. Найчастіше вражається лобна пазуха:

- перебіг новоутворення переважно безсимптомний;

- малі остеоми виявляються випадково (рентгенологічно при підозрі на синуїт тощо);

- приведений в задачі випадок запущений, перебіг важкий.

4. Лікування хірургічне. Великі остеоми краще видаляти за допомогою набору фрез (менше ускладнень). При відсутності косметичних, функціональних та інших порушень немає підстав до хірургічного втручання.

Задача 184

1. Кровоточивий поліп (ангіофіброма) носа.

2. Кровоточивий поліп (дуже васкуляризоване фіброзне утворення) відноситься до судинних пухлин - гемангіом.

3. Гемангіоми можуть рецидувати, дуже рідко малігнізуються (ангіосаркоми).

4. Видаляють кровоточивий поліп разом з перехондрієм (охрястям) чотирикутного хряща перегородки носа. Після видалення рекомендують гальванокластику країв рани.

Задача 185

1. Виявлена патологія відноситься до інвертованого типу папілом. Вона характеризується інтенсивною проліферацією плескатої епітелію, який проникає в середину стріми у вигляді широкої смужки, формуючи крипти.

2. Інвертовано папілома локалізується переважно в задньому відділі латеральної стінки порожнини носа, може проникати в приносіву пазуху, рецидувати після видалення, схильна до малігнізації. Макроскопічно нагадує банальні поліпи.

3. Радикальне видалення папіломи, після чого проводять кріодеструкцію або га-

льванокаусту.

При наявності проникнення інвертованої папіломи в приносіві пазухи (в нашому випадку - верхньощелепна) виконують хірургічне втручання за Денкером або Муром.

Задача 186

1. Рак лівої половини носа.
2. I стадія, T, No, Mo. Пухлина обмежена однією стінкою, без переходу на суміжні ділянки, відсутність деструкції кісткової стінки та метастазів.
3. Гайморотомія за Денкером. Телегаматерапія в післяопераційному періоді (50-70 Гр).

Задача 187

1. Рак правої верхньощелепної пазухи.
2. II-б стадія, T2, N1, Mo. пухлина, яка уражує дві стінки, з її вогнищевою деструкцією кістки з самотнім рухливим метастазом в лімфовузол на боці ураження.
3. Виникнення болю можна пояснити наявністю процесу в ділянці передньої стінки верхньощелепної пазухи і як результат - ураження інфраорбітальної гілки трійчастого нерва, у тому числі нервових волокон, які йдуть до коренів зубів.
4. Видалення підщелепного лімфовузла з наступним його патоморфологічним дослідженням, антротомія, комп'ютерна томографія.
5. Гайморотомія за Денкером. Променева терапія в післяопераційному періоді 60-70 Гр.

Задача 188

1. Рак решітчастої кістки з поширенням на ліву орбіту.
2. Необхідно виконати гістологічне дослідження пухлини, комп'ютерну томографію приносівих пазух.
3. IIIб стадія, T3, N1, M0. Пухлина розповсюджується на суміжне анатомічне утворення (орбіту), виходить за межі гратчастої кістки, її деструкція, множинні метастази на боці пухлини.
4. Операція за Муром (видалення носової кістки, лобного відростка верхньої щелепи, ураженої гратчастої кістки) та екзентерація орбіти. Променева та хіміотерапія.

Задача 189

1. "Лімфоепітеліома" лівого піднебінного мигдалика.
2. Хвороба названа іменем Schminke. Лімфоепітеліальної тканини (в його розумінні) не існує. Під цією назвою протягом десятиліть описували пухлини різної тканинної природи (як, правило, варіанти ретикулосарком, раку). Розповсюджений термін "лімфоепітеліома" не відображає суті патологічного процесу і має історичне значення (А.И.Пачес, 1983).
3. Лімфоепітеліома високотропісна, низько диференційована, схильна до ран-

нього метастазування та швидкої генералізації, надзвичайно чутлива до променевої терапії пухлина.

4. Променева, хіміо-, загальноукріплююча терапія. Хірургічне втручання нерідко провокує генералізацію процесу.

Задача 190

1. Юнацька ангіофіброма (ювенільна ангіофіброма, фіброма носоглотки, фіброма основи черепа).

2. Гістологічно пухлина складається з щільної сполучної тканини, яка містить в собі велику кількість еластичних волокон і хаотично розташованих судин різного ступеня зрілості і товщини їх стінок.

Пухлину можна розцінювати як умовно доброякісну (про що свідчить морфологічна будова, відсутність метастазів).

3. Тіло клиновидної кістки, глотково-основна фасція (склепіння носоглотки), окістя шийних хребців, задні клітини решітчастого лабіринту, крилопіднебінний відросток.

4. Необхідно диференціювати з раковою пухлиною (дає метастази, характерна гістологічна картина (інфільтративний ріст) хоанальним поліпом, аденоїдами, папіломами носоглотки.

5. Лікування хірургічне. Доступи: трансмаксиллярний за муром (найбільш доцільний), ендооральний, ендоназальний.

Задача 191

1. Фіброма (фібринозний поліп) гортані.

2. Фіброма гортані може мати ніжку або широку основу.

3. Гістологічно пухлина складається з волокнистої сполучної тканини покритої плескатым епітелієм.

4. а - при наявності багатой васкуляризації сполучної тканини пухлину відносять до ангіофіброми;

б - при зменшенні кількості щільної тканини і збільшенні набряклої рідини утворення відносять до поліпа гортані.

5. Видалення фіброми за допомогою гортанних щипців при непрямій ларингоскопії.

Задача 192

1. Папіломатоз гортані.

2. Причини розвитку папілом точно не відомі. Одна з найбільш аргументованих теорій - вірусна, частіше зустрічається 6.11 тип папова вірусів (всього біля 70 типів).

3. Колір папілом залежить від інтенсивності їх кровопостачання та ступеня ороговіння, епітелію та їх поверхні. М'які папіломи рожевого кольору, тверді - темно-бурого (нагадують кору дерева).

4. Лікування в даному випадку: трахеотомія, ендоларенгіальне видалення папілом при прямій ларингоскопії під мікроскопом, кріовплив: в подальшому - вакумнотерапія.

Задача 193

1. Рак гортані. I ст. - T1, N0, M0.
2. Основні допоміжні методи обстеження: стробоскопія, комп'ютерна томографія, патоморфологічне дослідження.
3. Хордектомія, променева терапія.

Задача 194

1. Рак пристінкового відділу гортані. II ст. - T2, N0, M0.
 2. Необхідно знати анатомічні частини гортані та їх анатомічні утворення.
 3. Найбільш доцільно виконати горизонтальну надскладкову резекцію гортані.
- Курс променевої терапії 60-80 Гр.

Задача 195

1. Рак гортані. III ст. - T3, N3, M0.
2. В пристінковому та середньому відділі гортані екзофітний ріст пухлини. В підскладковому відділі гортані ендофітний ріст пухлини.
3. Трахеотомія, ендотрахеальний наркоз, екстирпація гортані (ларингоектомія), правобічна операція Крайля (видалення кивального м'яза, зовнішньої та внутрішньої яремних вен, фасцій шиї разом з клітковиною та лімфатичними вузлами), телегама-, або хіміотерапія.

Задача 196

1. Серединна кіста шиї.
 2. Хірург видалив кісту (залишивши зрощений з тілом під'язикової кістки ductus thyreoglossus).
 3. Найбільш розповсюджена думка (Гісс), що неповна облітерація ембріональної протоки щитоподібної залози, під впливом певного фактору, веде до утворення кістки.
 4. Серединні кісти локалізуються між рівнем під'язикової кістки і вирізкою щитоподібного хряща.
- Стінки кістки складаються з фіброзної тканини, покриті з середини (напочатку розвитку) низьким кубічним епітелієм, який з часом внаслідок підвищеного тиску в середині кісти метаплазується в плескатий.

ЛІТЕРАТУРА.

а - основна (підручники)

Заболотний Д.І., Мітін Ю.В., Драгомирецький В.Д. Оториноларингологія. -К., 1999.- 367 с.

Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. -„Маориф” Душанбе, 1985.- 394 с.

Мітін Ю.В. Посібник до практичних занять з оториноларингології.- К.,2002.-165с.

Лайко А.Л. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології.- К., 1998.- 255 с.

Пальчун В.Т., Крюков А.І. Оториноларингологія.- М., 1997.- 504 с.

Солдатов І.Б., Гофман В.Р. Оториноларингологія.- Санкт-Петербург, 2001.- 468 с.

б – додаткова (монографії, посібники)

Борис А.І., Захаров Г.Г. Химические ожоги пищеварительного тракта.- Минск, 1975.- 138 с.

Вульштейн Х. Слухоулучшающие операции.- М., 1954.- 85 с.

Ермолаев В.Г., Преображенский Б.С., Рутенбург Д.Н., Темкин Я.С. Хирургические болезни глотки, гортани, трахеи, бронхов и пищевода.- М., 1954.- 851 с.

Коломийченко А.И., Гукович В.А., Харшак Е.М., Яшан И.А.. Операции на стремени при отосклерозе. - К., 1962.- 261 с.

Курдова З.И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений.- М., 1966.- 171 с.

Лопотко И.А., Лакоткина О.Ю. Острый и хронический тонзиллит.- Ленинград, 1963.- 250 с.

Люлько В.К. Марченко В.М. Атлас операций на ухе.- К., 1989.- 205 с.

Мітін Ю.В. Оториноларингологія. (лекції).- К., 2000.- 283 с.

Мостовой С.И. Евдощенко Е.А., Абызов Р.А., Костышин Л.Т., Дядько К.С. Хронический тонзиллит.- К., 1973.- 158 с.

Плужников М.С. Ситуационные задачи по оториноларингологии.- Санкт-Петербург. 1998.- 185 с.

Погосов В.С. Атлас оперативной оториноларингологии.- М., 1983.- 415 с.

Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии.- М., 1997.- 590 с.

Тарасов Д.И., Миньковский А.Х., Назарова Г.Ф. Скорая и неотложная помощь в оториноларингологии.- М., 1977.- 242 с.

Тарасов Д.И., Фёдорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха.- М., 1988.- 272 с.

Тёмкин Я.С., Рутенбург Д.М. Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки.- М., 1949.- 597 с.

Шварц Б.А. Злокачественные новообразования ЛОР органов.- М., 1961.- 340 с.

Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии.- М., 1985.- 333с.