

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 II  
Захворювання глотки, стравоходу

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.

Електронний 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 ВНМ університету, заслужений діяч науки і техніки України.

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

### Задача N81

Після прийому спиртного та поспішної їжі наступного дня М. прийшов на амбулаторний прийом до лікаря зі скаргами на біль колочого характеру в горлі, який посилюється при ковтанні слини, їжі, пальпації шиї внизу справа, виділення значної кількості слини та слизу. При гіпофарингоскопії слизова оболонка правого грушоподібного синусу та кореня язика - різко гіперемована, набрякла.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які методи обстеження можна виконати в даному випадку?
3. Що можна виявити при цих дослідженнях?
4. Лікування.
5. Наслідки при запізнілій або неадекватній терапії?

### Задача N82

В регіональний шпиталь м. Кеф (Туніс) звернувся батько з трирічним сином з приводу десятиденної носової кровотечі, поганого самопочуття, загальної слабкості. За вказаний період три рази звертався за допомогою до ЛОР спеціалістів, які проводили передню тампонаду носа, призначали гемостатики. Кровотеча "зупинялась" на нетривалий час.

При обстеженні хворого відмічається виражена блідість шкіри та слизових оболонок, пульс 114 ударів за хвилину, ритмічний слабого наповнення. В крові  $1.5 \times 10^{12}$  млн/мм<sup>3</sup> еритроцитів.

Передня риноскопія: слизова оболонка носа помірно набрякла, бліда, загальні носові ходи дещо звужені, носове дихання відсутнє. Після зрошення слизової оболонки 0.05% розчином галазоліну ознак її травми не було, хоани прикриті "тканиною" чорного кольору, м'якої консистенції (при пальпації зондом).

1. Гаданий діагноз.
2. Причина несвоєчасного його встановлення?
3. Який, на Вашу думку, діагностичний прийом (крім згаданого вище) міг би допомогти встановити діагноз?
4. Чим пояснити тривалу кровотечу з носа?
5. Лікування.

### Задача N83.

У хворого Д. після загального переохолодження організму увечері другого дня з'явився головний біль, відчуття садніння, дертя, болю в горлі, який посилювався при ковтанні слини.

Об'єктивно: загальний стан здоров'я страждає мало, температура тіла 37.2 градуси, різка гіперемія слизової оболонки задньої стінки глотки розповсюджується на піднебінно-глоткові дужки, язичок, нижній край м'якого піднебіння, бокові валики глотки. Слизіві залози продукують надмірну кількість слизу.

1. Поставте діагноз.
2. З якими захворюваннями необхідно проводити дифдіагноз в першу чергу (основні їх ознаки).

### 3. Лікування.

#### **Задача N84.**

М. декілька років періодично хворів гострими запальними процесами глотки, біляносових пазух, (з утрудненням носового дихання). Під час відвідування оториноларинголога М. пред'явив скарги на відчуття печії, подряпання, періодичної болючості, пересихання у горлі.

Об'єктивно: слизова оболонка потоншена, блідо-рожевого кольору, блискує, має лаковий вигляд, через неї просвічується сітка кровоносних судин.

1. Поставте діагноз.
2. Чим пояснити блискучий вигляд слизової оболонки та просвічування через неї сітки судин.
3. Призначте лікування.

#### **Задача N85.**

Хворого Т. протягом 7 років періодично турбує помірний біль в горлі, наявність густого в'язкого слизу (який відхаркувався з трудом), субфебрильної температури тіла. Перших 5 років кожних 6 місяців лікувався з приводу хронічного компенсованого тонзиліту за схемою Луковського.

Об'єктивно: слизова оболонка глотки гіперемована, потовщена, на задній стінці - округлої форми, діаметром до 5 мм набряклі та гіперемовані лімфаденоїдні утворення, на бокових - за дужками піднебінних мигдаликів спостерігається гіпертрофія лімфаденоїдної тканини у вигляді подовжених утворень червоного кольору. На вище означених лімфаденоїдних утвореннях видно жовтуваті крапки. Температура тіла субфебрильна (до 37.8 градусів за С.).

1. Поставте діагноз захворювання глотки.
2. Про що свідчить наявність жовтуватих крапок на лімфаденоїдних утвореннях.
3. Лікування.

#### **Задача N86.**

Ангіна - захворювання відоме з IV - V століття до нашої ери; розповсюдженість її велика, особливо в країнах з низьким рівнем соціально-економічного розвитку. Захворювання має поліетіологічний характер.

1. Дайте визначення, що розкриває зміст поняття ангіни як захворювання.
2. Роль сезонності в розвитку епідемій ангін, які фактори частіше всього впливають на це?
3. Назвіть групи збудників ангін, найбільш частий і вірогідний з них?

#### **Задача N87.**

У хворого Ч. на слідуючий після загального переохолодження день з'явилося відчуття дертя, сухості, стороннього тіла в горлі, нездужання. Після цього він відмітив біль в горлі (який іррадіював у ліве вухо) і суглобах нижніх кінцівок. Загальний стан здоров'я задовільний.

Об'єктивно: величина піднебінних мигдаликів сягає першого ступеню; помірно

виражена гіперемія їх слизової оболонки розповсюджується на передні та задні дужки. Лімфатичні вузли біля переднього краю m. sternocleidomastoideus поодинокі, величиною з невелику квасолину, м'якої консистенції, неболючі при пальпації.

1. Поставте діагноз, клінічну форму захворювання.
2. Як впливає температурний фактор (наприклад; переохолодження організму) на розвиток патологічного процесу в мигдаликах (за результатами експериментальних та клінічних досліджень)?
3. Чи можливий перехід даної клінічної форми в інші? Якщо так, то в які?
4. Перебіг даної клінічної форми у маленьких дітей (порівняно з дорослими): а) більш важкий?, б) більш легкий?

### **Задача N88.**

Хворий Щ. скаржитися на різкий біль в горлі, високу температуру тіла (40.2 градуси)), яка супроводжується ознобом, розбитістю, головним болем, нездужанням, болем в суглобах і серці.

Перебіг захворювання бурний. Аналіз крові: лейкоцитів  $18 \times 10^9/\text{л}$ , нейтрофільний зсув вліво, ШОЕ - 48 мм/год.

Мезофарингоскопія: піднебінні мигдалики збільшені, різко гіперемовані, набряклі, лакуни розширені, заповнені жовтувато-білим вмістом, який на поверхні мигдаликів утворює плівки, що легко видаляються. Регіонарні лімфатичні вузли збільшені, різко болючі при пальпації.

1. Поставте діагноз.
2. З якими захворюваннями в першу чергу необхідно проводити дифдіагноз, їх основні мезофарингоскопічні ознаки?
3. Лікування.

### **Задача N89.**

На другий день після переохолодження організму у хворого Є. підвищилась температура тіла до 38.8 градусів, з'явився головний біль, м'язовий біль в області живота і попереку, біль в горлі (посилювався при ковтанні слини і їжі). Загальний стан здоров'я середньої важкості.

Аналіз крові: лейкоцитів  $13.2 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 32 мм/год, зсув формули крові вліво.

При дослідженні глотки виявлена гіперемія піднебінних мигдаликів, через їх епітелій просвічують білувато-жовтуваті горбики величиною з булавочну голівку. Поверхня мигдалика, за висловленням видатного оториноларинголога, нагадує "зоряне небо".

1. Поставте діагноз.
2. За допомогою якого ендоскопічного методу поставлений діагноз?
3. З якою патологією необхідно диференціювати дане захворювання?
4. Якому вченому належить вислів "зоряне небо"?

### **Задача N90.**

Хворий А. протягом 5 днів лікувався самостійно з приводу болю в горлі, підвищеної температури тіла (до 38.6 градусів), прийомом септифрїлу, аспїрину. В результатї цього наступило покращення (знизилась температура тіла, зменшився біль в горлі). З 6-го дня вище означенї симптоми посилились, що спонукало хворого звернутися до лікаря-оториноларинголога, який оцінив загальний стан здоров'я хворого як задовільний (температура тіла 38.1 градус, лейкоцитоз  $11.3 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 29 мм/год).

Мезофарингоскопія: піднебінні мигдалики гіперемованї, подекуди на їх поверхні точкові горбики жовтого кольору, лівий мигдалик набряклий, напружений, збільшений, болючий при пальпації. На рівні кута нижньої щелепи пальпується помірно болючий пакет лімфатичних вузлів.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як Ви собі уявляєте поетапний розвиток даного захворювання?
3. Дифдіагноз його з паратонзиллярним абсцесом?
4. Лікування.

### **Задача N91.**

У 5-річного хлопчика раптово підвищилась температура тіла до 39.9 градусів, яка супроводжувалась симптомами інтоксикації (блювання, подразнення мозкових оболонок, розлади ШКТ). Через два дня з'явилося утруднене носове дихання, біль в горлі іррадіюючий у вухо, закрита гугнявість голосу; на 3-й день приєднались виділення серозно-слизового характеру з носа, збільшені лімфовузли в ділянці верхньої третини яремного ланцюга. В крові - помірна лейкопенія.

ЛОР-органи: гіперемія і набухлість слизової оболонки носа, після її анемізації загальні носові ходи широкі, дихання через ніс різко утруднене. Верхні дві третини хоан прикриті гіперемованою, з нерівною поверхнею "тканиною".

1. Ваш попередній діагноз.
2. За допомогою яких методів дослідження можна визначити ураження носоглотки у дорослих і у даного хворого?
3. Можливі ускладнення захворювання, яке діагностовано у хлопчика.

### **Задача N92.**

Хворий Б. віком 48 років звернувся до дільничного лікаря з скаргами на підвищення температури тіла (38.2 градуси), різкий біль у горлі, який посилювався при ковтанні їжі, висовування язика, розмові. В 34 річному віці переніс тонзилектомію.

Лікар оглянув горло хворого (використовуючи при цьому шпатель), поставив діагноз "ангіна", призначив відповідне лікування.

1. Ураження якої ланки (ділянки) глоткового лімфоденоїдного кільця можна передбачити, виходячи з даних анамнезу і скарг хворого?
2. Який метод використав лікар при огляді горла у хворого? Чи доцільний він в даному випадку? Якщо ні, то який метод слід примінити?
3. Назвіть ангіни за ознакою їх локалізації.
4. Можливі ускладнення діагностованого захворювання?

### **Задача №93.**

Хворий В. звернувся до лікаря зі скаргами на неприємний запах з рота, нездужання, наявність припухлості в лівій підщелепній області, підвищення температури тіла (37.6), незначну болючість в горлі. Захворювання пов'язує з роботою в середовищі ядохімікатів, недостатнім вживанням їжі багатої вітамінами (овочі, фрукти).

ЛОР-статус: на лівому піднебінному мигдалику - сірувато-зеленуватий наліт, який виходить за межі мигдалика, легко знімається, залишаючи на його поверхні кровоточиві виразки. Відчувається різкий неприємний запах з рота.

В лівій підщелепній ділянці і вгорі по передньому краю m.sternocleidomastoideus пакет щільних, майже не болючих лімфатичних вузлів.

Загальний аналіз крові: лейкоцитів  $10.3 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 19 мм/год.

1. Поставте діагноз. Основні форми цього захворювання (а,б).
2. Чим воно відрізняється клінічно від вульгарних (лакунарна, фолікулярна) ангіні (а,б,в,г,д)?
3. Лікування.

### **Задача №94.**

Хворий Г. звернувся вчора до дільничного лікаря з скаргами на головний біль, нездужання, неприємні відчуття в горлі, незначне підвищення температури тіла (37.6 градусів).

При огляді глотки лікар виявив неяскраву застійну гіперемію, помірний набряк слизової оболонки мигдаликів та їх дужок, нальоти на поверхні мигдаликів у вигляді сітки, що місцями нагадували драглисту напівпрозору плівку, яка легко знімалась. Через добу вони були щільними з гладкою поверхнею, сіруватого кольору з перламутровим блиском, знімалися з трудом.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Визначте хід подальших організаційних та діагностичних заходів.
3. Орієнтовна схема лікування.

### **Задача №95.**

Хворий Д. вчора увечері доставлений в приймальне відділення ЦРЛ у зв'язку з різким підвищенням протягом дня температури тіла з 37.8 до 40.1 градуси, наростаючим болем у горлі. який посилювався при ковтанні слини і їжі, супроводжувався болювим тризмом жувальних м'язів, нудотою, блюванням. Загальний стан здоров'я важкий.

При ендоскопічному дослідженні глотки виявлена помірно виражена гіперемія, набряк, ціаноз слизової оболонки лівого піднебінного мигдалика, рото- і носоглотки. Поверхня мигдалика вкрита нальотом брудно-сірого кольору, який виходить за його межі

(розповсюджуються на слизову оболонку носоглотки). Зліва під кутом нижньої щелепи лімфатичний вузол щільної консистенції, болючий при пальпації, величиною з яйце

перепілки. набряк підшкірної клітковини шийі доходить до ключиці.

1. поставте попередній діагноз.
2. визначте критерії ступеня важкості захворювання за ознакою набряку підшкірної клітковини шийі.
3. Назвіть основні клінічні форми захворювання (за інтоксикацією та поширеністю патологічного процесу).
4. Лікування даної форми захворювання.

### **Задача №96.**

початок захворювання хворого С. характеризувався різким болем в горлі, який посилювався при ковтанні, високою температурою тіла (40.3 градуси), ознобом, незначною охриплістю голосу та утрудненим гортанним диханням.

Об'єктивно: слизова оболонка правого піднебінного мигдалика, частини носоглотки, гортаноглотки, вестибулярного відділу гортані вираженого червоного кольору, набрякла, нагадує лаковану поверхню. Гіперемія слизової оболонки різко окреслена.

Голосова щілина незначно звужена, дихання компенсоване.

по передньому краю верхньої і середньої третини *m.sternocleidomastoideus* збільшені і болючі при пальпації лімфовузли.

в крові лейкоцитоз ( $12.6 \times 10^9/\text{л}$ ), ШОЕ - 36 мм/год.

1. поставте діагноз.
2. найбільш вірогідне ускладнення з боку ЛОР органів при цьому захворюванні?
3. Призначте лікування (схема).

### **Задача №97.**

для обстеження ЛОР органів у хворого Д. був запрошений оториноларинголог у зв'язку з скаргами на різкий біль у горлі, який посилювався при ковтанні настільки, що він відказувався від вживання їжі (навіть рідкої), температуру тіла (39.8 градусів за С).

загальний стан хворого важкий, пульс 108 за 1 хв., ритмічний, тони серця приглушені, виражена інтоксикація організму. на шкірі шийі, грудної клітки крововиливи. Аналіз крові: еритроцити  $4.3 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобін 125 г/л, кількість гранулоцитів (нейтрофіли, базофіли, еозинофіли)  $0.7 \times 10^9/\text{л}$ .

Мезофарингоскопія: поверхня мигдаликів має некротично-виразковий характер, вкрита нальотом брудно-сірого кольору. процес розповсюджується на слизову оболонку м'якого піднебіння, задню стінку ротоглотки. подекуди на місці відторгнутої некротичної тканини спостерігаються глибокі язви, вкриті сіро-брудним нальотом.

1. яке захворювання у хворого?
2. етіопатогенез цієї хвороби?
3. з якими захворюваннями (в першу чергу) необхідно проводити диференційний діагноз?
4. лікування виявленого захворювання.

### **Задача №98.**

у хлопчика 5 років, який знаходився на лікуванні в дитячому інфекційному від-

діленні з'явилися ознаки ураження верхніх дихальних шляхів (різкий біль в горлі, гугнявий голос, утруднене носове і гортанне дихання, висока температура тіла), у зв'язку з чим він декілька днів спостерігався оториноларингологом, який виявив наступне: в перші дні слизова оболонка глотки, в тому числі піднебінних мигдаликів, була вогнево-червоного кольору; на поверхні мигдаликів виділялись окремі жовтуваті точки, з третього дня - нальоти сірого кольору, на четвертий день вони набули некротичного характеру. З рота - неприємний запах. Виражена гіперемія і набухлість м'якого піднебіння доходили до границі твердого. Регіонарні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації.

Загальний стан здоров'я важкий (висока температура тіла, інтоксикація, лейкоцитоз) На щоках яскравий рум'янець, блідість шкіри в ділянці носо-губного трикутника.

1. Поставте попередній оториноларингологічний діагноз.
2. До яких ускладнень може призвести ураження слизової оболонки верхніх дихальних шляхів при цьому захворюванні?
3. Лікування хворого з виявленою патологією.

### **Задача N99.**

Протягом 2-х днів у Ж., учня 6-го класу, спостерігалась загальна слабкість, зниження апетиту, субфебрильна температура тіла. Лікувався домашніми засобами (відвар трав). На 3-й день температура тіла підвищилась до 39.3 градусів, з'явилися – помірний біль у горлі, утруднене носове дихання, неприємний запах з рота.

Хворий звернувся до лікаря-оториноларинголога, який при задній риноскопії виявив збільшений в об'ємі глотковий мигдалик, без ознак запального процесу. Набряклі і збільшені в об'ємі інші анатомічні лімфаденоїдні утворення глотки призвели до утруднення носового і ротового дихання. На піднебінних мигдаликах виявлений наліт сіро-білого кольору, що нагадував такий при дифтерії. Він легко знімався ватним тампоном і не пружинив при розтиранні його між скляними пластинками. Пальпуються збільшені, щільної консистенції, неболючі потиличні, шийні і в паху лімфатичні вузли. Введення протидифтерійної сироватки позитивного впливу на перебіг ангіни не викликала.

Дослідження крові: лейкоцитоз  $11.7 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 26 мм/год, кількість моноцитів - 65%.

1. Поставте діагноз.
2. Етіологія даного захворювання.
3. Клінічні форми цього захворювання.
4. Лікування.

### **Задача N100.**

На 5-й день захворювання лакунарною ангіною, коли основні її симптоми (біль в горлі, висока температура тіла) пройшли, хворий К. звернувся до оториноларинголога з приводу погіршення перебігу хвороби - знову підвищилась температура тіла (38.9 градусів, яка супроводжувалась утрудненим і болючим відкриванням рота, жування і ковтання їжі практично стало неможливим, частина її потрапляла в ніс.

Об'єктивно: обмежене розкриття рота, виражена саливація, тризи жувальних м'язів. На рівні верхньої частини передньої дужки правого піднебінного мигдалика - ви-

пинання твердої консистенції, болюче при пальпації. язичок зміщений вліво, виражена гіперемія, набряк і обмежена рухливість м'якого піднебіння. В окремих лакунах виявлені сліди вмісту гнійного характеру. При пункції випинання передньої дужки гною не було. Голова нахилена вправо. В області верхньої частини правого яремного ланцюга пальпується пакет болючих лімфатичних вузлів.

1. Поставте діагноз.
2. Які тканини уражені, їх локалізація?
3. Які Ви знаєте форми цього захворювання (а,б,в,)?
4. Лікування даного захворювання.

### **Задача N101.**

Хворий І. скаржиться на біль в горлі, припухлість м'яких тканин лівої половини шиї, утруднення при повертанні голови. При необхідності цього акту хворий повертає її разом з тулубом. Температура тіла сягає 38.7 градуси. захворювання пов'язує з перенесеною фолікулярною ангіною.

Об'єктивно: набряк, інфільтрація тканин, біль в лівій половині шиї при її пальпації більш виражений, ніж в глотці при ковтанні їжі.

Аналіз крові: лейкоцити  $12.7 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 31 мм/год.

Мезофарингоскопія: зміщення усього мигдалика в медіальну сторону, набряк і інфільтрація оточуючих його тканин, помірно виражений тризм жувальних м'язів зліва, надмірна саливація.

1. Поставте діагноз.
2. а) Локалізація ураженої патологічним процесом тканини;  
б) Діагноз і основні клінічні відмінності хвороби, яка розвивається при ураженні тканини назовні від бокової стінки глотки.
3. Допоміжний метод дослідження для уточнення діагностованого Вами захворювання.
4. Лікування.

### **Задача N102.**

У 9-ти місячної дівчинки на 5-й день назофарингіту підвищилась температура тіла до 38.2 градуси. Вона стала неспокійною, плаксивою, відказувалась від годування груддю, різко погіршилось носове дихання, з'явилась закрита гугнявість. Через 2 дні погіршилось дихання через рот, голос набув своєрідного хриплого відтінку. дихання дитини дещо вільніше, коли вона знаходилась в горизонтальному положенні.

З правого боку шиї (біля кута нижньої щелепи і переднього краю грудинно-ключично-соскоподібного відростка) виявлено значне припухання лімфатичних вузлів.

Фарингоскопічна картина: слизова оболонка глотки гіперемована. З правого боку носоглотки випинання стінки овальної форми, на рівні рото- і гортаноглотки воно має округлу форму. При пальпації кульковим зондом вище означеної припухлості виникає відчуття флуктуації.

Аналіз крові: лейкоцитів  $15 \times 10^9/\text{л}$ , ШОЕ - 40 мм/год.

1. Поставте діагноз.

2. Чим пояснити поступовий низхідний характер утруднення дихання (носового, гортанного)?
3. Які ускладнення можуть виникнути при даній патології?
4. Лікування.

### **Задача N103.**

Хворий Л. звернувся до оториноларинголога з скаргами на неприємні відчуття в горлі у вигляді сухості, незначного поколювання і болю, дертя, лоскотання. Причини захворювання пацієнт не знає.

Мезофарингоскопія: конусовидні утворення висотою до 3 мм жовтувато-кремового кольору. Утворення на поверхні мигдаликів щільно спаяні з підлеглими тканинами. На місці їх видалення можна спостерігати пошкодження слизової оболонки.

1. Назва виявленого захворювання?
2. Збудник захворювання?
3. Диференційний діагноз даного захворювання з лакунарною ангіною?
4. Лікування.

### **Задача N104.**

Хворий М. скаржиться на неприємні відчуття в горлі (подряпання, паління, поколювання), смердючий запах з рота. Протягом 3-х років періодично лікується з приводу ангін (1 - 2 рази на рік). ЛОР статус: піднебінні мигдалики збільшені I ступеню, в їх лакунах невелика кількість гною (виявлена при надавлюванні на мигдалик через його передню дужку). Передні дужки гіперемовані з потовщеними краями, краї верхньої частини передньої і задньої дужок набряклі. Регіонарні лімфовузли збільшені, не болючі.

В крові незначний лейкоцитоз ( $9.2 \times 10^9/\text{л}$ ).

1. Поставте діагноз конкретизуйте форму захворювання.
2. Назвіть найбільш популярні серед практичних лікарів класифікації (автор, клінічні форми цього захворювання).
3. Чи можна формувати діагноз за однією з найбільш характерних ознак захворювання?
4. Лікування даного хворого (основні засоби, схеми).

### **Задача N105.**

У хворої О, протягом 8 років спостерігаються ангіни (2-3 рази на рік), рецидивуючі гострі паратонзиліти. Останніх 5 років знаходиться на диспансерному обліку в ревматологічному кабінеті.

ЛОР статус: піднебінні мигдалики збільшені, II ступеня, зрощені з передніми дужками рубцями. Слизова оболонка передніх дужок гіперемована, потовщена по краям, набряклі краї дужок у верхній їх частині. При надавлюванні шпателем на піднебінний мигдалик (через передню дужку) з лакун витікає гноєвидна рідина з неприємним запахом.

У верхній частині передньої дужки правого піднебінного мигдалика рубці - ре-

зультат повторних втручань при паратонзиллярних абсцесів. В області верхньої частини яремного ланцюга пальпуються помірно болючі лімфатичні вузли.

1. Діагноз. Конкретизувати форму захворювання.
2. Які з перерахованих ознак захворювання є: а) достовірними; б) недостовірними?
3. Призначте лікування.
4. а) показання до операції?  
б) протипоказання до операції?

### **Задача N106.**

Тривалий субфебрилітет може обумовлюватися:

1. загальною хронічною інфекцією;
2. вогнищевою інфекцією;
3. ендокринною гіпертермією;
4. вегетативним неврозом.

Таким чином субфебрилітет може мати інфекційне (хроніосепсис) та неінфекційне (ендокринопатії, термоневроз) походження.

Хроніосепсис може обумовлюватись хронічним тонзилітом, каріозними зубами, пієлітом, холециститом, бронхоектазією, запальними процесами жіночої полові сфери, в меншій мірі - хронічними гнійними отитами, синуїтами та іншими захворюваннями.

1. Проведіть дифдіагноз тонзилогенного сепсису від сепсису іншого походження.
2. Проведіть дифдіагноз тонзилогенного сепсису від субфебрилітету, який пов'язаний з розладами терморегуляції - термоневрозом.
3. Зробіть короткий опис виконання піраміденової проби.

### **Задача N107.**

Мати хлопчика 9-ти років повідомляє про різко утруднене носове дихання у нього, виділення з носа, неспокійний сон, ослаблення пам'яті, відставання в навчанні від своїх однокласників, часті двобічні катари середнього вуха і субфебрильну температуру тіла.

Об'єктивне обстеження: хлопчик відстає в загальнофізичному розвитку від однолітків, порушена конфігурація лицьового черепа, вигляд млявий, міміка бідна, носогубні складки згладжені, верхня щелепа висунута вперед, а нижня відвисає.

Передня риноскопія. Після анемізації слизової оболонки носа - загальні носові ходи відносно широкі, носове дихання практично відсутнє.

Орофарингоскопія. Розташування зубів черепицеподібне, тверде піднебіння звужене і подовжене доверху, утворює так зване готичне склепіння - гіпсістафілія. При натискуванні шпателем на язик м'яке піднебіння відстає від задньої стінки носоглотки.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Допоміжні методи обстеження.
3. Чим пояснити ослаблення пам'яті і психічної діяльності у хворого з виявленою патологією?

4. Чому порушується фізичний розвиток при цьому захворюванні?
5. Розвиток вушної патології залежить від...?

### **Задача N108.**

Мати трирічного сина повідомила, що у нього протягом 2-х років утруднене дихання через рот і ніс (в меншій мірі). За останній рік дихання через рот значно погіршилось, вночі під час сну спостерігається хропіння, періодично нападаподібний кашель. 6 місяців назад з'явилося дещо утруднене ковтання їжі, змінився голос (гугнявість).

Об'єктивно: слизова оболонка носа рожевого кольору, загальні носові ходи не змінені, хоани вільні, дихання через ніс помірно утруднене. Величина піднебінних мигдаликів наближується до 3-го ступеня, слизова оболонка їх рожевого кольору, поверхня гладенька, м'якої консистенції з чітко означеними криптами. Дихання через рот утруднене.

1. Поставте діагноз.
2. Як визначити ступінь збільшення піднебінних мигдаликів?
3. З якими захворюваннями необхідно (в першу чергу) проводити диференційний діагноз?
4. Лікування.

### **Задача N109.**

Громадянин П. випадково випив 30мл безбарвної, прозорої рідини. вслід за цим виникли блювання, різкий біль і паління в горлі, сильна слинотеча, незначно утруднене гортанне дихання.

Через 3 години П. звернувся в ЛОР відділення ЦРЛ, де при фарингоскопії, непрямій ларингоскопії виявлена гіперемована, набрякла, покрита сухими, щільними, білого кольору струпами слизова оболонка глотки, надгортанника, черпаконадгортанних та несправжніх голосових складок. Назву рідини постраждалий не знає.

1. Попередній діагноз.
2. Гаданий характер випитої П. рідини? На чому базується цей висновок?
3. Надання швидкої допомоги.

### **Задача N110.**

При дії хімічних отрут, у тому числі кислот і лугів, на слизову оболонку глотки і стравоходу патологічний процес може розвиватись і в більш глибоких їх шарах у вигляді опіків, а в подальшому - рубцевих стенозів. При важкому перебігу захворювання ураження виходить за межі стравоходу. При цьому може порушуватись структура і функція печінки, нирок, надниркових залоз та інших органів і систем.

В залежності від різних факторів розвиваються різноманітні патоморфологічні та клінічні прояви.

1. Послідовність, строки розвитку патологоанатомічних змін при опіках стравоходу (а,б,в)?
2. Послідовність (періоди) загальноклінічних проявів опіків стравоходу (а,б,в)?
3. Внаслідок яких факторів відбуваються патологічні зміни у внутрішніх орга-

нах?

### **Задача N111.**

Т., 45 років, під час вечері (їв жарену картоплю з м'ясом) відчув біль на рівні нижньої ділянки шиї і верхнього відділу груднини, який ранком другого дня посилювався. Хворий з трудом проковтує слину, чай, молоко. З'явилась боязнь зробити ковтальний рух або рух шиєю. При пальпації шиї ознак запального процесу в цій ділянці не виявлено.

1. Поставте діагноз.
2. Допоміжні методи обстеження.
3. Існує думка, що ця патологія найбільш часто зустрічається в першому фізіологічному звуженні стравоходу, так це чи ні?
4. Найбільш доцільний метод лікування гаданої патології.

### **Задача N112.**

Хворий Н., віком 73 років, після вживання м'ясної страви виявив (констатував) неможливість проковтування не тільки блюд щільної консистенції, але й рідин (молоко, чай, вода). При спробі проковтнути рідину відчуття болю не було. Доставлений в ЛОР відділення на 3-й день після того, що трапилось.

При ороезофарингоскопії виявлена відсутність більше половини зубів верхньої та нижньої щелепи; при гіпофарингоскопії спостерігається накопичення слини в грушоподібних синусах.

При езофагоскопії (після висмокування з стравоходу слини) на рівні другого звуження стравоходу виявлено шматок м'яса, який повністю обтурував його. Верхній відділ стравоходу над ним дещо розширений.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як називається симптом накопичення слини в грушоподібних синусах? Причини цього?
3. Назвіть найбільш часті причини затримки сторонніх тіл у стравоході (а,б,в).
4. Ваше відношення до проштовхування бужом м'яса в шлунок. Обґрунтуйте це.

### **Задача N113.**

Хворий О. 46 років в товаристві знайомих під час вечерки прийняв чималу дозу алкоголю, холодних напоїв. Наступного дня відчув біль в горлі, утруднення проковтування їжі (навіть рідкої). Підвищилась температура тіла до 37.8 градусів. Дільничний лікар, до якого звернувся хворий, поставив діагноз "ангіна", призначив таблетки бісептола, відповідну дієту. Рекомендації лікаря хворий не виконав у зв'язку з неможливістю ковтання.

З кожною годиною біль в горлі і області шиї посилювався, з'явилась припухлість в лівій надключичній ямці. Температура тіла досягла 39.6 градуси. Хворий, не довіряючи більше дільничному лікарю, звернувся самостійно в ЛОР клініку ВНМУ, де й був госпіталізований.

Об'єктивно: в лівій надключичній ямці припухлість, інфільтрація тканин, гіпере-

мія шкіри. Пальпація цієї ділянки різко болюча. Температура тіла 39.9 градуси. Ковтання слини не можливе різко болюче.

Мезофарингоскопія - патологічних змін не виявлено. Гіпофарингоскопія - симптом Jackson'a. Рентгенографія ший - розширений передхребетний простір.

1. Поставте основний попередній діагноз.
2. Ускладнення основного захворювання.
3. Які додаткові методи дослідження міг призначити лікар?
4. Найбільш доцільний метод лікування в даному випадку.

## **ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:**

### **Задача 81**

1. Стороннє тіло (м'ясна кістка) в області правої половини гортаноглотки.
2. Мезофарингоскопія, \_ непряма (в окремих випадках пряма), гіпофарингоскопія, рентгенографія ший.
3. набряк та інфільтрацію слизової оболонки, кістку в грушоподібній ямці (закутку), симптом слинного озера при значній її величині.
4. Видалення стороннього тіла при непрямій (прямій) гіпофарингоскопії, дієта, протизапальна, протинабрякова терапія.
5. Можливий розвиток парафаренгіального (навкологлоткового) абсцесу.

### **Задача 82**

1. Живе стороннє тіло (п'явка) носоглотки. Післягеморагічна анемія.
2. Лікарі-оториноларингологи знехтували можливістю наявності такого стороннього тіла в місцевості проживання пацієнта, не співставили даних передньої риноскопії з відсутністю носового дихання.
3. Встановленню діагнозу могло сприяти відтягування до переду і доверху м'якого піднебіння за допомогою відповідного інструмента.
4. Причини тривалої кровотечі - наявність гірудину (ферменту п'явки).
5. а) Видалення даного стороннього тіла за допомогою зігнутого по площині кровоспинного затискача через 3-5 хвилин після закапування в ніс (при запрокинутій голіві) анестетика і 10% розчину хлориду натрію.  
б) Лікування анемії.

### **Задача 83**

1. Гострий катаральний мезофарингіт.
2. З катаральною ангіною (гіперемія мигдаликів та їх дужок); бешихою (яскравість та розповсюдженість гіперемії, гіпертермія, загальний стан здоров'я).
3. Полоскання антисептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 5% розчин альбуміду), інгаліпт, смоктання таблеток септифрїлу, фалімінту, фарінгосепту тощо.

### **Задача 84**

1. Хронічний атрофічний фарингіт.
2. Блискучий вигляд слизової оболонки виникає внаслідок тонкого шару засохлих, прозорих виділень; просвічування сітки судин - результат атрофії підслизового шару.
3. Полоскання горла ізотонічним розчином хлориду натрію з додаванням 4-5 крапель 10% йоду на 200 мл; змащування слизової оболонки (1 раз в день 10 днів) 1% розчином йод-гліцерину (Люголя), прийом всередину вітаміну А (2к. х 2р.\день, 2 тижні), опромінення задньої стінки глотки гелієво-неоновим лазером).

### **Задача 85**

1. Загострення хронічного гіперпластичного фарингіту.
2. Наявність жовтуватих крапок свідчить про нагноєння фолікулів - загострення гранульованого фарингіту.
3. В даному випадку проводять лікування як при фолікулярній ангіні. При відсутності загострення запального процесу гіпертрофовані ділянки слизової оболонки глотки змащують 5-10% розчином таніну в гліцерині, 3-5-10% розчином протарголу (або коларголу). Крупні гранули видаляють за допомогою лазеро- або кріодеструкції.

### **Задача 86**

1. Ангіна - гостре інфекційне захворювання з місцевими проявами запалення одного або декількох компонентів лімфоденоїдного глоткового кільця, частіше всього піднебінних мигдаликів.
2. Захворюваність ангіною має виражений сезонний характер, епідемії спостерігаються в осінньо-зимовий період, при низькій температурі і високій вологості повітря.
3. Збудниками ангіни можуть бути бактерії, віруси, спірохети, гриби. Серед бактеріальних агентів найбільш частим є бетагемолітичний стрептокок, рідше - стафілокок або їх комбінація.

### **Задача 87**

1. Катаральна ангіна.
2. Переохолодження може викликати зниження температури мигдаликів, дегенеративні процеси в них, посилення обсіменіння їх поверхні мікробами, зниження фагоцитозу мікробів лейкоцитами.
3. Можливий перехід катаральної в лакунарну або фолікулярну ангіну.
4. В маленьких дітей перебіг катаральної ангіни більш важкий, ніж у дорослих.

### **Задача 88**

1. Лакунарна ангіна.
2. З фолікулярною ангіною (над поверхнею слизової оболонки мигдалика виступають жовтуваті або жовтувато-білі фолікули, які нагноїлись і знаходяться під слизовою оболонкою), з дифтерією глотки ( на поверхні мигдалика брудно-сірого кольору фібринозний наліт, який поширюється за його межі, знімається з трудом, залишається після цього кровоточива поверхня).

3. Лікування: ліжковий або домашній режим без фізичного навантаження; антибіотикотерапія (пеніцилін 500000 - 1000000 ОД кожні 4 год. внутрішньо м'язово); для профілактики ревматизму призначають аспірин 0.5 4 рази на добу протягом 10 днів.

### **Задача 89**

1. Фолікулярна ангіна.
2. За допомогою мезофарингоскопії.
3. Необхідно диференціювати з лакунарною ангіною.
4. Цей вислів належить М.П.Симановському.

### **Задача 90**

1. Флегмонозна ангіна.
2. Фолікулярна ангіна, втягування в процес (нагноєння) глибоких фолікулів, розплавлення їх і паренхіми мигдалика навколо них, утворення гнояка - інтратонзиллярного абсцесу (флегмонозної ангіни).
3. Перебіг паратонзиллярного абсцесу бурний (висока температура тіла, тризм жувальних м'язів, різко утруднене ковтання їжі, підвищена саливація, випинання, флюктуація (частіше в надмигдаликовій ділянці).
4. Розкриття інтратонзиллярного абсцесу; при рецидуванні - абсцестонзилектомія, антибіотикотерапія.

### **Задача 91**

1. Ангіна носоглоткового мигдалика (вірусного генезу)
2. У дорослих проводять задню риноскопію за допомогою шпателя і носоглоткового дзеркала; у малих дітей за допомогою мезофарингоскопії по непрямим ознакам (стікання слизово-гнійних виділень по задній стінці ротоглотки, лімфаденоїдні гранули на цій же стінці, червоні плями на м'якому піднебінні); за допомогою бокової рентгенографії носоглотки.
3. Можливі ускладнення ангіни носоглоткового мигдалика: катаральний або гнійний гострий середній отит, ретрофаренгіальний абсцес, менінгіт.

### **Задача 92**

1. Можна передбачити ангіну язикового мигдалика.
2. Лікар використав мезофарингоскопію, а язиковий мигдалик можливо оглянути при гіпофарингоскопії.
3. Ангіни за ознакою локалізації: носоглоткова (аденоїдна), тубарних мигдаликів, бокових валиків лімфаденоїдної тканини, піднебінних мигдаликів, язикового мигдалика, гортанна ангіна.
4. Можливі ускладнення ангіни язикового мигдалика: глосит, абсцедування кореня язика, флегмона дна порожнини рота, набряк слизової оболонки гортані.

### **Задача 93**

1. Ангіна Венсана-Симановського (виразково-плівчаста). Основні форми: а) диф-

тероїдна (псевдоплівчаста); б) виразкова.

2. Збудники захворювання: симбіоз веретеноподібної палички і спірохети порожнини рота.

3. При виразково-плівчатій ангіні: а) загальний стан здоров'я страждає мало; б) тривалість до декількох неділь; в) однобічність змін в області глотки; г) збудники: симбіоз веретеноподібної палички та спірохети порожнини рота; д) сприятливий перебіг захворювання.

4. Лікування: полоскання глотки розчинами бактерицидної дії, змащування поверхні мигдалика 10% розчином новарсенола в гліцерині, антибіотикотерапія (пеніцилін, ампіцилін).

#### **Задача 94**

1. Локалізована плівчаста форма дифтерії глотки.

2. а) Терміново взяти і відправити в лабораторію мазок з слизової оболонки мигдаликів і носа.

б) Відправити в СЕС екстрене повідомлення (телефоном та поштою). в) Направити хворого в інфекційне відділення. г) Взяти 5 мл крові з вени (до ведення протидифтерійної сироватки) для визначення реакції пасивної гемаглютинації з дифтерійним діагностикомом.

3. Введення протидифтерійної антитоксичної сироватки: перша доза 20-40 тис. МО і курсова доза 40-80 тис. МО. Антибіотикотерапія (антибіотики широкого спектру дії), реополюглокін, глюкоза, вітаміни.

#### **Задача 95**

1. Токсична дифтерія глотки II ступеня.

2. Токсична дифтерія I-го ступеня - набряк підшкірної клітковини до середини шиї; II ступеня - до ключиці, III ступеня - нижче ключиці.

3. Локалізована, поширена, токсична (I, II, III ступеня), гіпертоксична дифтерія глотки.

4. Протидифтерійна антитоксична сироватка: 100-120 тис. МО перша доза; 200-240 тис. МО на курс лікування; дезінтоксикаційна, антибіотико-, вітамінотерапія.

#### **Задача 96**

1. Бешиха слизової оболонки глотки і гортані.

2. Найбільш вірогідне ускладнення - набряк слизової оболонки гортані, який може призвести до асфіксії.

3. Ампіцилін 1.0 x 4р/добу внутрішньо м'язово; антигістамінні препарати (димедрол, діазолін, піпольфен) кортикостероїди. Щадяча дієта.

#### **Задача 97**

1. Агранулоцитоз. Агранулоцитарна ангіна.

2. Єдиної причини агранулоцитозу немає (не існує). Агранулоцитоз - особлива агранулоцитарна реакція геміпарезу на подразнення інфекційної, токсичної (у тому чи-

слі медикаментозної - сульфаніламідів, медикаменти пірамідинового ряду), променевої та іншої природи.

3. Диференційний діагноз необхідно в першу чергу проводити з ангіною Симановського-Венсана, алейкемічною формою гострого лейкозу.

4. Лікування проводиться в гематологічному або терапевтичному відділенні. Воно спрямоване на усунення причини, на боротьбу з вторинною інфекцією (антибіотики, полоскання горла антисептичними розчинами), активізацію кровотворної системи (тезан 0.01 - 0.02 З р. на день, пентоксил 0.2-0.3р. на день); призначають аскорбінову кислоту, ціанокобаламін, стероїдну та заміну терапію лейкоцитарною масою.

### **Задача 98**

1. Ангіна при скарлатині.

2. До порушення дихальної функції носа, гортані, гострих гнійно-некротичних середніх отитів та синуситів.

3. Загальна антибіотикотерапія, зрошування слизової оболонки рота і глотки антисептичними розчинами, вітамінно-, загальноукріплююча терапія.

### **Задача 99**

1. Ангінозна форма інфекційного мононуклеозу.

2. Захворювання спричиняється вірусом (не зовсім відомої природи), супутником якого є бактерія лістерели.

3. Залозиста, ангінозна, фебрильна.

4. Призначають внутрішньом'язово антибіотики широкого спектру дії, дезінфікуючі полоскання, повноцінне харчування, полівітаміни.

### **Задача 100**

1. Паратонзиліт (передньо-верхній).

2. Уражена паратонзиллярна клітковина між капсулою мигдалика і верхньою частиною піднебінно-язикової дужки.

3. Форми паратонзиліту (це по суті стадії процесу запалення): а) набрякова, б) інфільтративна, в) абсцедуюча.

4. Лікування паратонзиліту консервативне: антибіотик внутрішньом'язово, ін'єкція його в уражену паратонзиллярну клітковину, компрес антибіотика з 25% розчином димексиду.

### **Задача 101**

1. Боковий паратонзиллярний абсцес.

2. а) Уражується (нагноюється) паратонзиллярна клітковина між капсулою піднебінного мигдалика і боковою стінкою глотки.

б) Парафарінгальний абсцес локалізується назовні бокової стінки глотки біля кута нижньої щелепи і по ходу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; може виникнути Тромбофлебіт внутрішньої яремної вени, кровотеча при ерозії стінки судин.

3. Для уточнення діагнозу необхідно виконати діагностичну пункцію.

4. У зв'язку з рідкістю спонтанного прориву і трудностю розкриття бокового паратонзиллярного абсцесу виконують абсцестонзилектомію. Після цього антибіотико-, протизапальна терапія.

### **Задача 102**

1. Заглотковий (ретрофарингеальний) абсцес.
2. Можна пояснити розповсюдженням гною зверху вниз (носо-, рото, гортаноглотка).
3. Задній медіастиніт, арозивна кровотеча, внутрішньочерепні ускладнення, рефлекторна зупинка серцевої діяльності.
4. Хірургічний розріз зверху вниз, ближче до середньої лінії. При глибоких (низькорозташованих) абсцесах не виключена можливість розкриття абсцесу з боку шиї, (розріз по задньому краю *m.sternocleidomastoideus*, далі тупим шляхом просуватись в глибину до появи гною).

### **Задача 103**

1. Лептотрихоз.
2. Мікроорганізм бактеріальної природи - *Leptotryx buccalis*, який сапрофітує у ротовій порожнині.
3. Лакуарна ангіна супроводжується високою температурою тіла, ознаками запалення мигдаликів, характерними нальотами.
4. Полоскання антисептичними засобами, змащування конусовидних утворень хлористим цинком, гальваноакустика, кріовплив. При поєднанні лепотрихозу з хронічним тонзилітом - виконують тонзилектомію.

### **Задача 104**

1. Хронічний компенсований тонзиліт (при ньому виявляються тільки місцеві ознаки захворювання, які описані в умові задачі).
2. Класифікація запропонована І.Б.Солдатовим (компенсована та декомпенсована форма хронічного тонзиліту); класифікація запропонована Л.А. Луковським (компенсований, субкомпенсований та декомпенсований хронічний тонзиліт).
3. Жодна з об'єктивних ознак хронічного тонзиліту не є патогномонічною. Для діагностики захворювання необхідна сукупна оцінка всіх симптомів.
4. Лікування даної форми тонзиліту консервативне: промивання крипт мигдаликів дезінфікуючими розчинами, 0.1% розчином імуномодулятора левамізолу, пломбування крипт лакун тугоплавкими пастами, які містять у собі антибіотики, кортикостероїди тощо, широко застосовують фізіотерапевтичні методи: тубус-кварц, УВЧ, ультразвук, низько енергетичний лазер.

### **Задача 105**

1. Хронічний декомпенсований тонзиліт (місцеві ознаки захворювання + ураження інших органів та систем).
2. а) достовірні

1. наявність гною в лакунах; ознаки:
2. загострення процесу (рецидиви ангіні, паратонзилітів);
3. патолого-анатомічні зміни дужок піднебінних мигдаликів.

б) недостовірні

1. величина мигдаликів, їх консистенція; ознаки:
2. неприємний запах з рота;
- 3 збільшення регіонарних лімфовузлів.
3. Хворій показана тонзилектомія.

4. а) показання до тонзилектомії:

1. хронічні декомпенсовані тонзиліти (у тому числі ускладнені рецидивами паратонзиллярних абсцесів);

2. при відсутності успіху від ретельного і технічного правильно проведеного 1-2-х курсів лікування компенсованої форми тонзиліту.

б) протипоказання до тонзилектомії:

1) місцеві: а - тимчасові; б - постійні (абсолютні).

2) загальні: а - тимчасові; б - постійні (абсолютні).

### **Задача 106**

1. Використовують дві проби - промивання лакун та масаж мигдаликів. а) промивання лакун антисептичними розчинами - при тонзилогенному сепсисі температура тіла знижується; б) масаж піднебінних мигдаликів - при тонзилогенному сепсисі спостерігається "стрибок" температури.

2. При тонзилогенному сепсисі: нерівномірні за висотою коливання температурної кривої, дані аналізів крові, сечі - результати характерні для запального процесу, страждає загальний стан здоров'я. Термоневроз виявляється випадково, загальний стан здоров'я не страждає, характер температурної кривої монотонний. Спостерігаються інші ознаки вегетативного неврозу: пітливість, нестійкість вазомоторів, загальні невротичні реакції.

3. Перед пробю 3 дні кожен годину (з 6.00 до 21.00) хворому міряють температуру тіла.

Наступні 3 дні він дотримується ліжкового режиму:

- перший день проби міряють кожен годину температуру тіла,

- на другий день дають пити 0.5% розчин пірамідону (в 6 год, - 3 столові ложки, після через кожен годину до 21.00 по 1 столовій ложці, всього 300 мл розчину).

Проба вважається позитивною (підтверджує тонзилогенний сепсис) якщо температура тіла знижується в той же або на наступний день після прийому пірамідону.

### **Задача 107**

1. Аденоїдні розрощення носоглоткового мигдалика.

2. Пальпація ватотримачем (спеціальний прямокутний зонд з намотаною на кінці ватою); бокова рентгенографія носоглотки; врахування непрямих (побічних) симптомів - при надавлюванні шпателем на язик м'яке піднебіння відстає від задньої стінки носоглотки в залежності від величини аденоїдів.

3. Утруднене носове дихання призводить до венозного застою в мозкових оболонках, підвищенню внутрішньочерепного тиску і як результат - ослаблення пам'яті і психічної діяльності.

4. Зниження загального фізичного розвитку зв'язане з порушенням носового дихання і харчування, особливо у новонароджених і грудних дітей (у них можливий розвиток «аденоїдної кахексії»).

5. Розвиток вушної патології залежить від механічної закупорки слухової труби і розповсюдження запального процесу на слухову трубу.

### **Задача 108**

1. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів.

2. Відстань між краєм передньої дужки піднебінного мигдалика і язичком ділять умовно на 3 частини. Збільшення мигдалика на 1/3 цієї відстані відповідає гіпертрофії I ступеня; на 2/3 - II ступеня; поверхня мигдаликів доходить до язичка - III ступінь.

3. В першу чергу диференційний діагноз гіпертрофії піднебінного мигдалика проводять з гіпертрофічною формою хронічного тонзиліту (в анамнезі ангіни, об'єктивно ознаки запального процесу мигдаликів), пухлиною мигдалика (односторонній процес, підвищена щільність мигдалика, збільшені регіонарні лімфовузли).

4. Лікування. Загальнозміцнююча терапія, кліматотерапія, вітамінотерапія; змащування мигдаликів, розчином Люголя, 2-3% розчином азотнокислого срібла; тонзилотомія.

### **Задача 109**

1. Хімічний опік слизової оболонки глотки і гортані.

2. Виходячи з того, що струпи на слизовій оболонці сухі, щільні, білого кольору (коагуляційний некроз) можна думати, що хімічний опік викликаний кислотою.

3. Швидка допомога: термінове промивання глотки і шлунку протиотрутами: водою з добавкою вапняного молока; порошкоподібної крейди, паленої магнезії; проти-запальна, протинабрякова терапія, щадна дієта.

### **Задача 110**

1.а) Період гіперемії, набряку, некрозу, відторгнення струпа, утворення виразок (8-9 днів);

б) утворення грануляцій (10-11 днів); в) початок рубцювання, за даними різних авторів від тижня до 2 місяців (в середньому 1-1.5 місяців).

2.а) Гострий період (10 діб);

б) малосимптомний (відновлювальний) період - до кінця другого тижня з моменту опіку - відчуття одужання;

в) період наслідків: одужання, рубцеві структури, після некротичний цироз печінки, хронічний езофагіт, медіастиніт, порушення функції нирок (особливо при важких отруєннях сильною гемолітичною отрутою - оцтовою есенцією).

3. Зміни внутрішніх органів відбуваються внаслідок нейтрофічних розладів, інтоксикації за рахунок резорбції отрути, всмоктування продуктів розпаду тканин і приє-

днання гнійної інфекції.

### **Задача 111**

1. Стороннє тіло (м'ясна кістка) шийного відділу стравоходу.
2. Допоміжні методи обстеження: рентгенографія стравоходу, езофагоскопія.
3. Ні. Найбільш часто сторонні тіла зустрічаються на рівні яремної вирізки - верхня апертура грудної клітки (Б.С. Розанов, Джексон та інші) З першого звуження 3-й конструктор глотки часто виштовхує стороннє тіло вниз. На рівні вирізки груднини досить вузький просвіт (за рахунок трахеї, стравоходу, судинонервових пучків. Крім цього, тут знаходиться перший вигин стравоходу вправо, зв'язаний з дугою і низхідним відділом аорти.
4. Найбільш доцільний метод видалення неускладненого стороннього тіла шийного відділу стравоходу - за допомогою езофагоскопії.

### **Задача 112**

1. «Стороннє тіло» - м'ясний завал грудного відділу стравоходу (друге звуження).
2. Накопичення слини в грушоподібних синусах - симптом Jackson'a. Перекриття стороннім тілом просвіту стравоходу.
3. Найбільш часті причини затримки сторонніх тіл в стравоході:
  - а) невідповідність величини стороннього тіла з просвітом стравоходу (в певному місці);
  - б) виникнення рефлекторного езофагоспазму;
  - в) гострі краї (кінці) стороннього тіла.
4. Проштовхувати сторонні тіла в шлунок не доцільно з-за можливості травмування стравоходу (наприклад, кісткою, яка прихована в м'ясному завалі).

### **Задача 113**

1. Стороннє тіло шийного відділу стравоходу. Травма задньої стінки стравоходу.
2. Ускладнення - превертебральний абсцес, передній медіастиніт.
3. Езофагоскопію, рентгенографію шиї і грудної клітки.
4. Шийна (коларна) медіастіномія.

## 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.– 165 с.
- 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.