

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

Гардига В. В. Кіщук В. В.

Ситуаційні задачі з оториноларингології  
Розділ I  
Захворювання вуха

**Навчальний посібник**

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 ВУЗів (К., 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 написаний українською мовою, 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 знижує сприйняття програмного матеріалу.

Проведення контролю (самоконтролю) знань з використанням ситуаційних задач підвищує інтерес студентів до вивчення предмету, визначає не тільки їх теоретичну підготовку, але й вміння лікаря швидко прийняти рішення, від якого може залежати здоров'я, а в певних випадках і життя людини.

Посібник розрахований на студентів, лікарів-інтернів, які вивчають та поглиблюють свої знання з оториноларингології.

Автори вважають, що він може бути корисним для сімейних лікарів в плані діагностики захворювань, наданні невідкладної допомоги, при необхідності направлення хворих у відповідні лікувальні заклади.

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 НДІ 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.Шулика, доктор медичних наук, професор.

### Задача 1.

Хвору, 48 років, протягом тижня турбував біль в області лівого вуха, після чого із нього виникла помітна гноетеча, яка через два дні зменшилась, але продовжується вже 13 днів. Три дні тому за вухом з'явилась болюча припухлість, що поступово збільшувалась і змістила вушну раковину вперед.

При пальпації припухлості відчувається флюктуація. Отоскопія: в кістковому відділі зовнішнього слухового проходу невелика кількість виділень слизово-гнійного характеру, в задньо-верхньому квадранті барабанної перетинки круглої форми перфорація діаметром до 2мм, через яку випинається слизова оболонка у вигляді сосочка, нависання кісткового відділу задньо-верхньої стінки зовнішнього слухового проходу.

Шепітну мову лівим вухом хвора не сприймає; розмовну мову сприймає з відстані 1м.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові методи дослідження необхідні для уточнення діагнозу?
3. Призначте лікування.

### Задача 2

Хворий 44 років скаржиться на сильний, пульсуючий біль в глибині правого вуха, який іррадіює в зуби, скроню, потилицю. Підвищення температури тіла до 37 градусів, погане самопочуття, слабкість, поганий апетит. Захворів 4 дні тому після загального переохолодження організму і нежитю, що виник на його фоні.

Об'єктивно: зовнішній слуховий прохід вільний, барабанна перетинка сірого кольору, видно розширені судини вздовж рукоятки молоточка і по радіусам від нього до периферії. Симптом козелка негативний. Пальпація соскоподібного відростка безболісна. Шепітну мову хворим вухом сприймає з відстані 2м, розмовну - з 6 метрів.

1. Поставте діагноз, період розвитку захворювання.
2. Чи може симптом козелка бути позитивним при цьому захворюванні? При яких умовах? Чому?
3. Який метод лікування призначите хворому?

### Задача 3

У дитини, віком 8 місяців, після п'ятиденного утрудненого носового дихання, виділень серозного, слизово-гнійного характеру з носа, з'явився розлад шлунково-кишкового тракту, загальне пригнічення, висока температура тіла (39 градусів). Дитина часто скрикує, треться лівим вухом до руки матері, тягнеться ручкою до цього вуха, відмовляється від ссання грудей; в'ялість змінилась збудженням.

Об'єктивно: слизова оболонка носа гіперемована, набухла; при мезофарингоскопії спостерігаються червоні плямки на м'якому піднебінні, на задній стінці ротоглотки - рожевого кольору гранули покриті виділеннями слизово-гнійного характеру; барабанна перетинка лівого вуха гіперемована, дещо випнута, її розпізнавальні пункти стушовані; на рентгенограмі виявлено різке зниження

пневматизації антрума лівої скроневої кістки.

1. Поставте діагноз.
2. Механізм появи симптомів виявлених при мезофарингоскопії?
3. Призначте лікування.

#### Задача 4

Хворий Н., 30 років, місяць назад відчув закладення у правому вусі, через 3 дні біль у ньому, через тиждень - виділення гною. З настанням перфорації барабанної перетинки біль у вусі зник, але гноетеча з вуха, періодичні підвищення температури тіла (до 38 градусів) продовжуються на протязі трьох тижнів, не дивлячись на проведення протизапальної терпії.

Об'єктивно: в зовнішньому слуховому проході правого вуха гній, після очистки він знову напливає у великій кількості; в області верхівки соскоподібного відростка незначна припухлість і помірний біль при пальпації.

Аналіз крові: лейкоцитів 14.400 в 1мм<sup>3</sup>, ШОЕ - 40мм/год.

1. Про що можна думати при подібному перебігу хвороби?
2. Які допоміжні методи дослідження необхідні?
3. Найбільш доцільне лікування?

#### Задача 5

У чотирнадцятимісячної дитини після чотирьохденного нежитю з'явився біль у вухах, підвищилась температура тіла до 37,5 градусів. Через 3 дні біль у вухах різко посилюється, температура тіла досягла 39.4 градусів. Загальний стан дитини важкий, спостерігається незначна ригідність потиличних м'язів, пригніченість, блювання, понос.

Отоскопія: барабанні перетинки гіперемовані, випнуті, покриті злущеним епідермісом. При натискуванні на козелки дитина болісно реагує. У крові підвищена кількість лейкоцитів (19800 в 1мм<sup>3</sup>), ШОЕ - 46мм/год.

1. Поставте діагноз.
2. Диф.діагноз між встановленим вами захворюванням та гострим зовнішнім отитом.

Ознаки захворювання	Захворюв.встановлена вами	Гострий зовнішній отит
---------------------	---------------------------	------------------------

3. Допоміжні методи обстеження.
4. Призначте лікування.

#### Задача 6

У хворої Д., 5 днів тому з'явилося відчуття закладення правого вуха, зниження слуху на це вухо, помірний біль в ньому; температура тіла 37.7 градусів. Вищезгаданому стану передувала нежить.

Хвора лікувалась самостійно: закладала турунди, змочені камфорним спиртом у

зовнішній слуховий прохід, теплові процедури (компреси) на область вуха. Проведене лікування не дало позитивних результатів. Навпаки, біль у вусі став нестерпним, температура тіла підвищилась до 39.8 градусів, з'явився сильний головний біль, запаморочення, різко погіршився загальний стан здоров'я.

Отоскопія: барабанна перетинка правого вуха різко гіперемована, випнута в бік зовнішнього слухового проходу, розпізнавальні пункти її не визначаються.

Лікар-оториноларинголог поставив діагноз "правосторонній гострий середній отит".

1. Можлива причина такої бурхливої реакції?
2. Які лікувальні заходи потрібно провести при цьому?
3. Які наслідки можуть бути при відсутності належного лікування?

### Задача 7

У хворого віком 42 років на 5-й день після виникнення нежиттю з'явився шум, відчуття закладення і проведення власного голосу у вуха, двобічне зниження слуху. Іноді при ковтанні, позіханні хворий раптом починає добре чути, але через хвилину слух знову погіршується.

Об'єктивно: барабанні перетинки сірого кольору, мутні, втянуті; шепітна мова сприймається з відстані 3м, розмовна - з 6м.

1. Опишіть ознаки втягнутості барабанної перетинки.
2. Поставте діагноз.
3. Призначте лікування.

### Задача 8

Хворий, віком 36 років, звернувся до оториноларинголога із скаргами на шум, зниження слуху на праве вухо, відчуття закладання, резонансу власного голосу, переливання рідини в ньому при поворотах голови, при цьому часто спостерігається короткочасне покращання слуху. Вважає себе хворим протягом 1-го місяця. Захворювання пов'язує з виникненням алергічного риніту.

Передня риноскопія: слизова оболонка раковин носа бліда, покрита прозорим секретом, щільна при пальпуванні кульковим зондом.

Отоскопія: барабанні перетинки сірого кольору, мутні, вип'ячені, розпізнавальні пункти не визначаються.

Шепітна мова сприймається обома вухами з відстані 2.5м, розмовна мова - з 6м. Прокідність слухової труби III ступеню. Катетеризація слухової труби, транстубарне введення протеолітичних ферментів (хімотрипсін) не призвели до зменшення випинання барабанних перетинок.

1. Про яке захворювання можна думати?
2. Чому катетеризація слухової труби, транстубарне введення протеолітичних ферментів не призвели до зменшення випинання барабанних перетинок?
3. Що ще потрібно зробити для зменшення випинання барабанних перетинок?

### Задача 9

Родичі 9 річного хлопчика звернулися з приводу болю, виділень гною у нього з правого вуха, підвищення температури тіла до 37.4 градусів.

Лікар за допомогою гачка видалив стороннє тіло (зерно соняшника) з зовнішнього слухового проходу. Встановити час перебування його у вусі не вдалось. На слідуючий день біль у вусі і гноетеча з нього посилились.

Отоскопія: шкіра зовнішнього слухового проходу на всьому протязі припухла, гіперемована, рівномірно інфільтрована. Внаслідок різкого звуження зовнішнього слухового проходу вдалося оглянути тільки частину барабанної перетинки. Вона сірого кольору, мутна, покрита десквамованим епідермісом.

Слух на праве вухо: ШМ - 5м, РМ - більше 10м.

1. Поставте діагноз.
2. З яким захворюванням необхідно диференціювати захворювання даного хворого?
3. Призначте лікування.

### Задача 10

Хвора, 37 років, скаржиться на різкі, стріляючі болі у лівому вусі, які поступово посилювались та іррадіювали в око і зуби, особливо при жуванні їжі, розмові. Температура тіла 37.9 градусів. Ймовірної причини захворювання виявити не вдалось. Вважає себе хворою 3 дні.

При отоскопії на задній стінці перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового проходу видно обмежене випинання з гіперемованою та припухлою шкірою над ним. Зовнішній слуховий прохід звужений в початковому відділі. У зв'язку з цим барабанну перетинку можна оглянути лише частково, вона сірого кольору, потовщена, покрита злуцценим епідермісом.

Через 3 дні в центрі випинання з'явилося розм'якшення, припухлість поширилась на м'які тканини заушної області. Регіонарні навколоушні лімфовузли збільшені, болючі при пальпації. Симптом козелка позитивний.

1. Поставте діагноз.
2. Проведіть диференційний діагноз даних хворого з ускладненням гострого гнійного отиту (зробіть це у вигляді таблиці):

Ознаки захворювання	Діагноз хворого	Назва ускладнення гострого гнійного отиту

3. Призначте лікування.

### Задача 11

До лікаря-оториноларинголога звернувся хворий З., віком 35 років, зі скаргами

на відчуття шуму, закладення, незначне зниження слуху, іноді резонанс власного голосу у вухах. Два тижні тому переніс гострий катаральний риніт.

Отоскопічна картина: барабанна перетинка втягнута, темно-сірого кольору. Результати аудіометричного дослідження (порогова тональна аудіограма): сприйняття звуків по кістковій провідності не порушено, по повітряній провідності - підвищенні пороги в зоні мовних частот до 40 дБ.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Ваша думка про етіологічні фактори цієї патології?
3. Механізм і послідовність розвитку захворювання.
4. Лікування (загальні принципи).

### **Задача 12**

У хворої А., 45 років, на 5-й день нежитю з'явилося незначне зниження гостроти слуху, відчуття закладення вух. Ще через 5 днів відчула повноту і переливання рідини у вусі, періодичне зниження слуху (при нахилі голови вперед слух покращувався, в положенні на спині - погіршувався). В подальшому відчуття переміщення рідини зникло, зниження гостроти слуху і "закладення" вух носило постійний характер.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як називається періодична зміна погіршення і покращання гостроти слуху? З чим це пов'язано?
3. Чим можна пояснити постійне закладення вух і зниження гостроти слуху в подальшому?
4. Призначте лікування.

### **Задача 13**

Хворий Ж., віком 42 років протягом 4 днів скаржитися на підвищену температуру тіла (до 38.5 градусів), сильний біль в області вушної раковини, який посилюється при дотику до неї. Захворювання вважає наслідком саден вушної раковини. В перші 2 дні спостерігалась припухлість на окремих ділянках вушної раковини, через два дні вона розповсюдилась на всю її територію, за винятком мочки.

Об'єктивно: шкіра вушної раковини набрякла, гіперемована, тістуватої консистенції, місцями при пальпації відчувається флуктуація.

1. Поставте попередній діагноз.
2. З якими захворюваннями необхідно проводити диференційний діагноз (основні їх ознаки)?
3. Можливі наслідки цього захворювання?
4. Призначте лікування.

### **Задача 14**

Хворий Х., 35 років, 6 днів тому помітив на задній поверхні вушної раковини, мочці, козелку правого вуха, почервоніння у вигляді мілких підвищень, на яких через

день з'явилися пухирці, при руйнуванні яких виділялась рідина жовтуватого кольору.

Висипанню пухирців передувало загальне нездужання, головний біль, біль навколо вушної раковини, підвищення температури тіла до 38.5 градусів, озноб.

Об'єктивно на шкірі задньої поверхні вушної раковини, мочці, козелку поодинокі бліді пухирці, оточені ніжними жовтуватими кірочками.

1. Поставте клінічний діагноз.
2. Етіопатогенез даного захворювання.
3. Можливі наслідки (прогноз) цієї патології.
4. Лікування.

### Задача 15

Мати 6-ти місячної дитини звернулась до лікаря-педіатра з приводу нежитю, розладу функції шлунково-кишкового тракту, високої температури тіла (39 градусів). Лікар призначив відповідне лікування (краплі в ніс, антибіотик, дієту тощо). Покращання стану здоров'я не наступило. У зв'язку з тим, що дитина була дуже неспокійною, тягнулась ручкою до лівого вуха, запросили для консультації лікаря-оториноларинголога, який виявив гіперемію і випинання барабанної перетинки, стікання слизово-гнійних виділень по задній стінці глотки, червоні плямки на м'якому піднебінні, червоні "гранули" на задній стінці ротоглотки.

Оториноларинголог виконав парацетез барабанної перетинки, після якого загальний стан в той же день різко покращився, температура тіла знизилась до 37.4 градусів.

1. Поставте діагноз.
2. В якому місці рекомендується виконувати парацетез? Чому?
3. Які ви знаєте особливості перебігу гострих середніх отитів у дітей перших років життя і з чим вони пов'язані?

### Задача 16

Лікаря-оториноларинголога запросили увечері (21.30) для обстеження 8-місячної дитини, яка лікувалась у дитячому відділенні з приводу пневмонії. Мотивом лікаря-педіатра для консультації була відмова дитини від ссання грудей, температура тіла - 37.8 градусів (не дивлячись на проведену протягом 5 днів антибіотикотерапію).

Після ретельного туалету зовнішнього слухового проходу при отоскопії виявлена дифузна гіперемія барабаних перетинок, на підставі чого оториноларинголог поставив діагноз "гострий середній отит, доперфоративний період".

Ранком (8.30) слідуючого дня, проводячи контрольну отоскопію у дитини оториноларинголог не знайшов ознак запалення середнього вуха.

1. Яка на Вашу думку причина такого швидкого зникнення симптому гострого середнього отиту?
2. Які труднощі (4) можуть виникнути при діагностиці гострих середніх отитів у дітей перших років життя?



### 3. Чому діагноз лікаря був хибним?

#### Задача 17

У хворого П., віком 29 років, через 2 тижні після перенесеного лівостороннього гострого гнійного середнього отиту виник нестерпний неврологічний біль у лівій половині обличчя і зубах. По ходу першої гілки трійчастого нерву зліва виявлено висипання мілких пухирців, наповнених прозорою рідиною жовтуватого кольору. Відмічається западіння лівого очного яблука, звуження очної щілини і зіниці (симптом Горнера). Хворий відчуває слабкість, сонливість. Температура тіла 38.1 градус.

У крові - 11.300 мм<sup>3</sup> лейкоцитів, гранулоцитів - 78%, ШОЕ - 28 мм/год. Рентгенологічна картина: нечіткість границь піраміди скроневої кістки, вогнище розрідження кісткової тканини в області її верхівки.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Поясніть походження вищепровоєденої симптоматики захворювання.
3. Чи можлива інша клінічна картина при подібній локалізації патологічного процесу?
4. Призначте лікування.

#### Задача 18

У хворої Ч., віком 36 років, на другому тижні після початку розвитку правостороннього гострого середнього гнійного отиту на боковій поверхні шиї під м'язами утворився щільний, різкоболючий при пальпації інфільтрат, вимушене положення голови з нахилом у хвору сторону (torticollis). Конфігурація соскоподібного відростка не змінена. Не контурується тільки верхівка. При рухах голови хвора відчуває болючість в області шиї.

Температура тіла сягає 38.2 градусів, лейкоцитоз -15600мм<sup>3</sup>. На рентгенограмі картина зниження пневматизації нижнього відділу соскоподібного відростка, зруйновані на цьому рівні перегородки між його комірками.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Допоміжні методи дослідження в подібних випадках?
3. Можливі наслідки цього захворювання?
4. Лікування.

#### Задача 19

Хлопчик Ж. 7 років скаржиться на головний біль, загальну слабкість, втрату апетиту, запаморочення, шаткість ходи, утруднене і болюче ковтання їжі, на 5-й день від початку захворювання з'явилися гнійні виділення з лівого вуха.

Об'єктивно: пульс 118 ударів /хв, ритмічний, задовільного наповнення; температура тіла сягає 38.9 градусів. На шкірі тіла дрібноточкова висипка.

Отоскопія: в зовнішньому слуховому проході лівого вуха гній з незначною домішкою крові і неприємним запахом; субтотальна перфорація барабанної перетинки,

слизова оболонка потовщена, місцями спостерігаються невеликі виразки, оголення кістки медіальної стінки барабанної порожнини, патологічна ампутація рукоятки молоточка. При дослідженні гостроти слуху мовою і камертонами виявлено комбіноване ураження звукового аналізатору.

Мезофарингоскопія: слизова оболонка піднебінних мигдаликів, їх дужок, м'якого піднебіння яскраво-рожева, в центрі м'якого піднебіння дрібноклітинна висипка. Лімфовузли по передньому краю m.sternocleidomastoideus збільшені.

1. Ваш попередній (оториноларингологічний) діагноз.
2. Чим пояснити:
  - а) обширність деструктивних уражень анатомічних утворень середнього вуха (барабанної перетинки, молоточка, слизової оболонки);
  - б) неприємний запах гною;
3. Механізм появи запаморочення, хиткість ходи, зниження гостроти слуху.
4. Допоміжні методи обстеження.
5. Лікування.

### Задача 20

У дівчинки 13 років на 12-й день переміжного болю в правому вусі, субфебрильної температури тіла та зниження слуху на це вухо з'явилась припухлість над вушною раковиною, спереду від неї і в ділянці верхньої повіки. Цьому передувало аденовірусне захворювання. Протягом згаданого часу проводилась антибіотикотерапія.

При обстеженні виявлено набряк, інфільтрацію, болючість при пальпації над вушною раковиною та ділянці виличного відростка. Набряк розповсюджувався на верхню повіку правого ока, що призвело до звуження щілини між нею та нижньою повікою. Раковина випнута донизу і назовні.

Отоскопія: помірна гіперемія та потовщення барабанної перетинки, нависання задньо-верхньої (в основному верхньої) стінок зовнішнього слухового проходу, звуження його в кістковій частині. При акуметрії виявлено зниження слуху по типу порушення звукопровідного апарату.

1. Поставте попередній діагноз (основний, ускладнення).
2. Які на вашу думку передумови розвитку ускладнення.
3. Розповсюдження гнійного процесу за межі структур середнього вуха (парамастоїдити - ускладнення мастоїдитів) бувають в інші ділянки. Назвіть найбільш типові з них (окрім того, що є у хворої).
4. Допоміжні методи дослідження.
5. Основні методи лікування.

### Задача 21

Хворий, 47 років, протягом 11 місяців страждає катаральним (з періодичним загостренням) ринофарингітом. 6 місяців тому помітив шум у правому вусі, зниження слуху на нього. В перші 4 місяці після періодичного закапування судиннозвужуючих

крапель в ніс і продування вух резиновим балоном слух покращувався. В останні два місяці подібне лікування не дає позитивних результатів.

Отоскопія: барабанна перетинка сірого кольору, мутна, різко втягнута, на окремих ділянках деформована. При компресії і декомпресії повітря в зовнішньому слуховому проході, за допомогою лійки Зігля, спостерігається обмеження рухливості барабанної перетинки.

Слух: ШМ - 2м; РМ - 5.5м. Камертональні дослідження: R-, Sch - подовжений, латералізація звуку в праве вухо.

1. Попередній діагноз?
2. Ваші припущення щодо характеру аудіограми (пороги кісткової і повітряної провідності)?
3. Лікування.

### Задача 22

Хворий Ш., 36 років, скаржиться на зниження слуху, виділення з лівого вуха гною з неприємним запахом. В минулому переніс кір, туберкульоз легень, черевний тиф.

Два роки тому помітив зниження слуху на ліве вухо, через місяць - помірно, без запаху виділення гною. Захворювання протікало без болю, температура тіла 36.5-37.1 градусів. Лікар-оториноларинголог констатував наявність множинних перфорацій барабанної перетинки, призначив медикаментозне лікування з приводу гострого гнійного середнього отиту. Через рік тим же лікарем виявлена субтотальна перфорація барабанної перетинки, жовто-зеленуватий вонючий гній. Проведена протягом 10 днів місцева і загальна антибіотикотерапія (ампіцилін) не дала помітного позитивного результату. При черговому обстеженні хворого знайдено в гною шматочки кістки (секвестри), стінки барабанної порожнини шорсткі, покриті грануляціями. Слух: ШМ - 0.5м; РМ - 2м.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Призначте допоміжні методи обстеження.
3. Призначте лікування.

### Задача 23

Хворий Д., 33 років, скаржиться на зниження слуху, періодичні виділення слизово-гнійного характеру з правого вуха. Захворювання пов'язує з перенесеним 5 років тому грипом. Отоскопія: в дистальному відділі зовнішнього слухового проходу невелика кількість слизово-гнійних виділень без запаху, збережена ненацягнута частина барабанної перетинки, смужка pars tensa по бокам рукоятки і біля фіброзного кільця; слизова оболонка внутрішньої стінки барабанної порожнини гіперемована, припухла. Слух на праве вухо: шепітну мову сприймає з 2.5м, розмовну - з 5м.

Камертональні дослідження: Рінне-, Sch-подовжений, латералізація звуку в праве вухо.

1. Поставте діагноз.
2. До якого типу відносяться перфорація барабанної перетинки у хворого? Чим вона відрізняється від перфорації при іншій формі хронічного гнійного отиту (назвіть цю форму)?
3. Призначте лікування.

### Задача 24

Хворий А., 30 років, протягом 8 років страждає зниженням слуху, періодичними виділеннями слизово-гнійного характеру з вух. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом. Після переохолодження організму або попадання води у вуха спостерігається загострення процесу, яке проявляється болем, посиленням гноетечі, прогресуючим зниженням слуху.

Об'єктивно: зовнішній слуховий прохід правого вуха вільний, овальної форми перфорація задніх квадрантів, яка не доходить до фіброзного кільця; в зовнішньому слуховому проході лівого вуха невелика кількість гною без запаху, барабанна перетинка рожевого кольору з ободковою перфорацією нижніх квадрантів.

АД: ШМ – 1м, РМ – 2.5м

Порогова аудіограма: поріг сприйняття кістковопроведених звуків на рівні 10 дБ на частотах 125-8000 Гц. Кістково-повітряний інтервал – 30дБ.

AS: ШМ – 0.5м, РМ – 1.5м. Поріг сприйняття кістковопроведених звуків на рівні 10 дБ на частотах 125-1000 Гц, на частотах 1000-5000 Гц на рівні 10-80 дБ. Кістково-повітряний інтервал в межах 30-10 дБ. Криві аудіограми низхідні.

1. Поставте діагноз.
2. Ваша думка про можливість виконання хворому тимпанопластики.
3. Основні покази до тимпанопластики.

### Задача 25

Хворий Ж., 35 років, протягом десятиліття скаржиться на періодичні, кров'янисто-гнійного характеру, без запаху виділення, зниження слуху, шум у лівому вусі. Періодичному загостренню процесу, як правило, передують загострення катарального ринофарингіта.

Об'єктивно: отоскопічна картина правого вуха відповідає нормі, шепітну мову сприймає з відстані 6м.; у лівому зовнішньому слуховому проході незначна кількість виділень гнійного характеру; виявлена субтотальна перфорація pars tensa барабанної перетинки (не доходить до sulcus tympanicus), рукоятка молоточка, ковадло-стременцеве зчленування збережені, мізерні грануляції в області миса. При очищенні вуха ватою, накрученою на зонд з нарізкою, в гною видно домішки крові. Гострота слуху: лівим вухом сприймає шепітну мову з відстані 1м., розмовну мову - з відстані 2.5. Камертональні дослідження: Ріне-негативний, Швабах - подовжений, звук латералізується в ліве вуха, Желле - позитивний.

1. Поставте попередній діагноз.

2. Які додаткові методи дослідження необхідні?
3. Чому при очищенні вуха в гною були домішки крові?
4. Чи показана хворому Ж., тимпанопластика, якщо "так"; то який тип за Вульштейном?

### Задача 26

Хвора З. протягом 10 років страждає правостороннім хронічним гнійним отитом, який вперше діагностований у 18 річному віці. Кілька разів були загострення процесу, останній раз - 8 місяців тому, поступово знижувалась гострота слуху, з'явився шум у вухах.

Об'єктивно: барабанна перетинка лівого вуха без змін, шепітна мова сприймається з 6м.; при отоскопії правого вуха виявлена центральна перфорація задніх і передньо-нижнього квадрантів натягнутої частини барабанної перетинки, нижня половина рукоятки молоточка зруйнована патологічним процесом, ковадло-стременцеве зчленування не порушене, слизова оболонка барабанної порожнини блідо-рожевого кольору, виділень патологічного характеру немає.

Вентиляційна функція слухової труби I ступеня. Результати аудіометричного дослідження правого вуха: пороги кісткової провідності на рівні 10-15дБ, повітряної - 50-55дБ (кістково-повітряний інтервал - функціональний резерв завитки = 40дБ).

1. Уточніть діагноз (форму отиту).
2. Дайте характеристику центральній перфорації барабанної перетинки.
3. Чи показана хворій тимпанопластика, якщо "так", то який тип?

### Задача 27

Хворий К., 45 років, скаржиться на тяжкість у голові, головний біль, тривалу (5 років) майже постійну гноетечу з правого вуха з неприємним запахом, значне зниження слуху. Отоскопічна картина лівого вуха без відхилень від норми. Більш ніж наполовину зруйнована ненапружена частина барабанної перетинки правого вуха. Гній, що виділяється через перфорацію з неприємним запахом, з домішками крові і білуватих лусочок. Через зігнутий на кінці кульковий зонд відчувається шорсткість стінок надбарабанного простору. Шепітна мова лівим вухом сприймається з відстані 6м, правим - з 2м.

1. Яка форма хронічного гнійного отиту у хворого;
2. Диференційний діагноз між двома основними формами хронічного гнійного отиту (зробіть це у вигляді таблиці):

Критерії (ознаки захворювання)	назва першої форми	назва другої форми

3. Чи можливе консервативне лікування і стійкий позитивний результат? В яких випадках?

### Задача 28

Хворий, 39 років, страждає гноєтечею з правого вуха з неприємним запахом, зниженням слуху. Захворювання пов'язує з перенесеною в дев'ятирічному віці скарлатиною. Консервативне лікування приводило до нетривалого покращання - прикорочення гнійних виділень на 3-4 тижні, приблизно 2 рази на рік. 10 днів назад після переохолодження організму посилилась оторея, з'явився головний біль, біль у правому вусі, температура тіла сягала 38.7 градусів. Отоскопія: барабанна перетинка зруйнована в задньому відділі ненацягнутої частини і в області задніх квадрантів *pars tensa*, в надбарабанному просторі грануляції, шершавість його стінок виявлена при пальпуванні їх зондом, в гною домішки крові та шматочки тканини, що нагадують сир, частина барабанної перетинки, що збереглась гіперемована. Форма сосковидного відростку не змінена, незначна болючість при його пальпації:

1. Встановіть діагноз.
2. Призначте допоміжні методи дослідження.
3. Призначте лікування.

### Задача 29

Хвора Б., 28 років, скаржиться на гноєтечу з лівого вуха, зниження слуху і періодичний біль у цьому вусі. Знаходиться на диспансерному обліку протягом 5 років. Періодично лікувалась амбулаторно, 3 рази - стаціонарно. Від запропонованого хірургічного втручання (санація вогнища) хвора відмовилась.

Отоскопія: правого вуха без змін, шепітна мова сприймається з 6 метрів; в зовнішньому слуховому проході лівого вуха гнійні кірочки, верхні квадранти *pars tensa* і майже вся ненацягнута частина барабанної перетинки зруйновані патологічним процесом, через вушну лійку Зігля видно стремено, рухливе при дотику до нього щупом; за допомогою кулькового вушного зонда Воячека виявлені: карієс стінок надбарабанного простору, часткове руйнування кістки навколо входу в печеру, відсутність ковадла і молоточка. Слух: ШМ сприймається з відстані 0.5м, РМ - з 1.5м.

Прохідність слухової труби I ступеню Аудіограма: пороги кісткової провідності на рівні 15дБ, кістково-повітряний інтервал 40дБ.

1. Поставте діагноз.
2. Яку операцію пропонували хворій?
3. Чи можлива слухопокращуюча операція у хворої? Який тип за Вульштейном?

### Задача 30

Хворий, 34 років, скаржився на періодичну гноєтечу, біль і відчуття важкості у голові, поступове зниження слуху на праве вухо. Вважає себе хворим 8 років.

Отоскопія правого вуха: в зовнішньому слуховому проході гній з неприємним запахом, тотальна перфорація барабанної перетинки, слизова оболонка барабанної порожнини потовщена, гіперемована, в надбарабанному просторі грануляції, карієс його стінок, холестеатома.

Правий сосковидний відросток звичайної форми, безболісний при пальпації та

перкусії.

Слух: ШМ сприймається з відстані 0.3м, РМ - з відстані 1м. Аудиограма (порогова): пороги кісткової провідності на рівні 15-20дБ, кістково-повітряний інтервал 30дБ. Після тривалого малоуспішного консервативного лікування хворий дав згоду на загальнопорожнинну (радикальну) операцію, під час якої виявлена відсутність слухових кісточок, за винятком підніжної пластинки стременця, рухливість якої збережена.

1. Поставте діагноз.
2. Основний принцип загальнопорожнинної (радикальної) операції та її цілі (а,б).
3. Які дослідження ще необхідно зробити з метою визначення показань до тимпанопластики?
4. Ваша думка щодо можливості тимпанопластики? якщо "так", то який тип, за Вульштейном, можна виконати?

### Задача 31

У хворої В., віком 23 років, виражена правобічна приглухуватість. Захворювання пов'язує з загальним переохолодженням організму 5 років тому. Загострення процесу виникало, як правило, під час грипу, аденовірусної інфекції і супроводжувалось болем у правому вусі, посиленою гноетечею з нього. За останній рік гострота слуху помітно знизилась, періодично з'являється запаморочення, хиткість ходи, вегетативна симптоматика (пітливість, нудота), особливо після різких рухів головою, проведення туалету вуха.

При отоскопії виявлено перфорацію в pars flaccida, через яку видно в надбарабанному просторі білі, сироподібні маси. При обстеженні надбарабанного простору кульковим зондом виявлена шорсткість його стінок, деструкція молоточка і ковадла. Порогова тональна аудиограма характерна для комбінованого ураження органу слуху.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Чим пояснити комбіноване ураження органу слуху?
3. Які дані можна одержати при дослідженні вуха кульковим зондом?
4. Лікування виявленого захворювання.

### Задача 32

У хворого С., протягом 7 років спостерігається гноетеча з лівого вуха, зниження гостроти слуху на нього. При отоскопії виявлена перфорація задньо-верхнього квадранта натягнутої частини барабанної перетинки.

Лікар А., на підставі того, що кульковим зондом проникнув в надбарабанний простір поставив діагноз "хронічний гнійний епімезотимпаніт". Лікар Я., діагностував хронічний мезотимпаніт в стадії ремісії.

1. Які основні допоміжні методи можна використати при діагностиці хронічних

гнійних отитів?

2. Проведіть дифереційний діагноз епі- і мезотимпаніту за схемою:

Ознаки захворювання	Мезотимпаніт	Епітимпаніт

1. Хто з лікарів поставив неправильний діагноз? Чому?

### Задача 33

У хворого К., віком 42 років, протягом 6.5 років спостерігались з лівого вуха періодичні виділення гною жовто-білого кольору, без запаху. Біль у вусі був в перші дні захворювання, що виникло внаслідок простуди. Звернувся до лікаря, який призначив закапування у вухо 30% спиртового розчину сульфацилу-натрію. В подальшому, при загостреннях процесу у вусі, до лікаря не звертався, лікувався самостійно вище згаданими краплями. Злякався, коли 3 дні тому з'явився різкий біль у лівому вусі, лівій половині голови, посилилась гноетеча з домішками крові.

Отоскопічна картина: барабанна перетинка гіперемована, перфоративний отвір на кордоні нижніх квадрантів у вигляді щілини 1 x 2 мм, який майже повністю закритий грануляціями, що ростуть по його краям, пульсація гною. Гострота слуху: ШМ - 2м; РМ - 6м.

1. Поставте діагноз.
2. Чим пояснити пульсацію гною?
3. Диференціація пульсуючого рефлексу в даному випадку від такої, що виникає під час гострого середнього гнійного отиту?
4. Призначте лікування.

### Задача 34

Хворий Н., віком 33 років, протягом 3-х років періодично спостерігає виділення з правого вуха прозорого тягучого секрету без запаху. Першопричиною захворювання вважає простуду, загострення процесу пов'язує з появою нежитю, який в свою чергу виникає, як правило, під час сівби зерном, обробленим ядохімікатами.

Об'єктивно: субтотальна перфорація pars tensa, слизова оболонка барабанної порожнини бліда, набрякла, блискуча; при передній риноскопії виявлено, що слизова оболонка носа бліда, щільна, не зменшується в об'ємі при закапуванні судиннозвужуючих крапель.

Слух: ШМ - 3м; РМ - 10м. При камертональному дослідженні встановлено наступне: R -, Schw - подовжений, W - латералізація вправо.

1. Поставте діагноз.
2. Призначте допоміжні методи дослідження.
3. Призначте лікування (схема).

### Задача 35

Хвора Щ., віком 42 років, скаржиться на виділення з лівого вуха, відчуття



повноти, закладення і зуду в ньому протягом 8 місяців. Неодноразове тривале лікування антибіотиками, кортикостероїдними препаратами не тільки не покращило, але і погіршало перебіг захворювання.

Об'єктивно: зовнішній слуховий прохід виповнений субстратом густої консистенції сірого кольору з чорними вкрапленнями.

Після видалення патологічного вмісту виявлена гіперемія і потовщення шкіри кісткового відділу зовнішнього слухового проходу, неправильної форми центральна перфорація барабанної перетинки, краї якої вкриті мілкими грануляціями. Слизова оболонка барабанної перетинки гіперемована.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Від чого залежить колір виділень у вусі при подібних захворюваннях?
3. Діагностика захворювання.
4. Лікування (примірна схема).

### Задача 36

У хворого Д., 32 років, що скаржився протягом 18 місяців на постійні виділення з лівого вуха гною з неприємним запахом, при отоскопії виявлено перфорацію pars flaccida, яка закрита сироподібною масою. При дослідженні кульковим зондом визначена незначна деструкція стінок надбарабанного простору, тіла ковадла і головки молоточка. Слух: ШМ - 5м; РМ - > 10м.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Яке утворення нагадує сироподібну масу? його: а) генез, б) морфологія, в) дія на кісткову тканину середнього вуха.
3. Якими методами можна визначити наявність утворення, що нагадує сироподібну масу?
4. Лікування при даному захворюванні.

### Задача 37

Хворого Л., протягом 6 років періодично непокоїв біль у правому вусі, виділення гною з неприємним запахом, значне зниження слуху на нього. Причину захворювання не знає.

Об'єктивно: перфорація pars flaccida і задньо-верхнього квадранта pars tensa барабанної перетинки; на комп'ютерній томограмі визначається деструкція тіла ковадла, головки і шийки молоточка; в промивній рідині (промивання надбарабанного простору за Гартманом) - шматочки тканини білястого кольору.

Слух: ШМ - 0.2м; РМ - 2м.

1. Поставте попередній діагноз
2. Гаданий характер ураження органу слуху.
3. Допоміжні методи діагностики.

### Задача 38

Після загального переохолодження організму, нежитю у хворого М., віком 26 років, 1.5 року тому виникла гноетеча з лівого вуха, яка періодично зникала на нетривалий час (1-2 тижні). Зниження слуху, неприємного запаху гною хворий не помічав.

Об'єктивно: перфорація передньої частини *pars flaccida*, при промиванні надбарабанного простору в рідині плавають білуваті лусочки. При зондуванні надбарабанного простору кульковим зондом відчувається гладка поверхня його стінок та головки молоточка. На комп'ютерній томограмі деструкції структур середнього вуха не виявлено.

1. Поставте діагноз.
2. Чим пояснити незначне зниження слуху при наявності холестеатоми?
3. Лікування (конкретизувати).

### Задача 39

Хворий Н. звернувся до оториноларинголога районної поліклініки із скаргами на незначні виділення з лівого вуха гною з неприємним запахом, майже постійний головний біль. Вважає себе хворим протягом року. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом та переохолодженням організму. При отоскопії виявлена незначна гіперемія верхнього відділу барабанної перетинки, наліт темно-сірого кольору на цій ділянці, перфорації та гною на момент обстеження не було. Слух: АД-ШМ > 6м, АS-ШМ 5м. Лікар діагностував мірингіт лівого вуха. Наступного дня хворий звернувся до оториноларинголога обласної лікарні, який після ретельного туалету і обстеження знайшов невелику перфорацію *pars flaccida*, встановив діагноз "хронічний гнійний лівобічний епітимпаніт" і рекомендував хворому хірургічне лікування.

1. Чому оториноларинголог районної поліклініки не виявив перфорації барабанної перетинки?
2. Які маніпуляції необхідно було виконати для уточнення діагнозу?
3. Найбільш важливі допоміжні методи обстеження?
4. Чим пояснити постійний головний біль, незначні виділення гною?
5. Яку, на вашу думку, операцію запропонував лікар хворому?

### Задача 40

Хвора З. протягом 10-ти років страждає гноетечею, зниженням гостроти слуху на ліве вухо.

Отоскопія: залишки барабанної перетинки в *pars tensa*, карієс стінок надбарабанного простору, молоточок відсутній, на місці ковадла і стременця - конгломерат рубцевої та грануляційної тканини. Слизова оболонка медіальної стінки барабанної порожнини помірно гіперемована дещо потовщена. Слух АД-ШМ > 6м, АS-ШМ - 0.5м, РМ - 1.5м.

Прохідність слухової труби лівого вуха не порушена. Аудиограма лівого вуха: порogi сприйняття звуків по кістці від 10дБ на рівні низьких частот до 30дБ на рівні

4000-6000Гц. Кістково-повітряний інтервал 40-30дБ.

1. Поставте діагноз.
2. Які типи тимпанопластик (за Вульштейном) можливі в даному випадку?
3. Чи можливо виконати тимпанопластику слідом за сануючою операцією (наприклад, загальнопорожнинною)?
4. Які ви знаєте безумовні протипокази до тимпанопластики?

### **Задача 41**

Хворий Д., 43 роки, на 5-ий день нежитю відчув біль у правому вусі, підвищення температури тіла до 37.8 градусів. Оториноларинголог встановив діагноз "гострий середній отит". Не зважаючи на проведені лікування (антибіотики, судиннозвужуючі краплі в ніс, анагетика), стан здоров'я погіршився: понизився слух, з'явився шум у вусі, запаморочення ("обертання" навколо хворого оточуючих його предметів), нудота, блювання, розлад рівноваги - неможливість пересування без сторонньої допомоги, температура тіла 38.4 градусів.

Через 6 годин після появи вестибулярних та вегетативних розладів хворого госпіталізували в ЛОР-відділення міської лікарні. При об'єктивному дослідженні виявлено наступне: барабанна перетинка правого вуха різко гіперемована, випнута в бік зовнішнього слухового проходу; горизонтально-ротаторний, дрібнокаліберний, направлений вправо ністагм першого ступеня; при координаційних пробах, спостерігається відхилення рук, промахування при вказівній пробі, падіння в позі Ромберга вліво; слух: ШМ -0.5м, РМ - 2м.

1. Про які захворювання можна думати?
2. Призначте лікування.
3. Які можуть бути наслідки захворювання, що розвинулось на фоні гострого середнього отиту?

### **Задача 42**

Хворий О., віком 15 років, скаржиться на біль у лівому вусі, значне зиження слуху, підвищення температури тіла до 37.3 градусів. Захворювання вуха пов'язує із скарлатиною, яку переніс у 6-річному віці. Лікування в амбулаторних умовах давало незначне і нетривале покращання здоров'я.

5 днів тому назад з'явився біль в лівій половині голови, температура тіла підвищилась до 38.0 градусів, ще через 3 доби спостерігалась значна гноетеча з цього вуха, понизилась температура тіла до 37.2 градусів, зменшився біль в лівій половині голови.

Отоскопія: субтотальний дефект барабанної перетинки, крайова перфорація в не натягнутій його частині; за допомогою кулькового зонда виявляється шорсткість стінок надбарабанного простору, грануляції; слизова оболонка барабанної порожнини гіперемована, потовщена, місцями покрита грануляціями, спостерігається пульсація гною - після видалення його із зовнішнього слухового проходу він знову натікає сюди

через вхід в печеру.

Лівий сосковидний відросток зовні не змінений, пальпація його безболісна, при перкусії незначна болючість.

1. Вкажіть діагноз.
2. Між якими анатомічними структурами накопичується гній?
3. Поясніть причину появи у вусі (при субтотальній перфорації барабанної перетинки) великої кількості гною та пульсуючий характер його виділення?
4. Призначте лікування.

### Задача 43

Хворий Р., протягом 6 років лікувався періодично з приводу лівостороннього хронічного гнійного епітимпаниту. Захворювання пов'язує з перенесеним кором в 9 річному віці. 2 тижні назад з'явився інтенсивний біль в лівій скроневій області, підвищилась температура тіла до 37.8 градусів. Через тиждень після цього поступив в ЛОР-стаціонар обласної лікарні у зв'язку з тим, що аналгетики не зменшували головного болю. Загальний стан хворого задовільний.

При отоскопії лівого вуха виявлена крайова перфорація в задньо-верхньому квадранті з переходом на *pars flaccida*, гній з неприємним запахом, шорсткість стінок надбарабанного простору.

Неврологічний статус: хворий дещо апатичний, втрачає можливість розуміти мову (сенсорна афазія) і вказувати назву предметів (амнестична афазія), легкий парез правої руки; помірно виражені ригідність потиличних м'язів і симптом Керніга. Хворий відмічає, що інтенсивність болючості і можливості приведення підборіддя до грудей змінюється. В перші дні ці симптоми були більш вираженими (ремітуючий перебіг менінгіального синдрому).

При дослідженні спинномозкової рідини знайдено 106 клітин в 1мм<sup>3</sup>; загальний аналіз крові: 10200 лейкоцитів в 1мм<sup>3</sup>, переважно нейтрофіли

1. Про які захворювання можна думати?
2. Які обстеження необхідні для уточнення діагнозу?
3. План лікування?

### Задача 44

Хворий Ц., 25 років, поступив в інфекційне відділення з підозрою на грип (сильний головний біль, відчуття закладання носу, підвищення температури тіла з 37.8 до 39.4 градусів). Через 2 дні з'явився біль у лівому вусі, шум, зниження слуху на нього. Ще через 3 дні - болючість в області лівого сосковидного відростку. Загальний стан здоров'я хворого важкий.

Оториноларингологом виявлена гіперемія барабанної перетинки лівого вуха, перфорація її в задньо-верхньому квадранті 2x2мм, через яку спостерігаються виділення слизово-гнійного характеру з незначними домішками крові; невеликі крововиливи в барабанну перетинку і шкіру кісткового відділу зовнішнього слухового

проходу. Зовні сосковидний відросток не змінений. При пальпації сосковидного відростка і ділянки над проекцією верхньої третини судинного пучка шиї відмічається незначна болючість.

Лівим вухом сприймає ШМ - з відстані 1.5м, РМ – 3,5м.

Протягом п'ятиденного перебування в ЛОР-відділенні температура тіла у хворого коливалась в межах 38.9 - 40.2 градусів (не дивлячись на протизапальну терапію).

Терапевт, хірург, невропатолог не виявили патології з боку відповідних систем і органів.

На рентгенограмі сосковидних відростків виявлено зниження пневматизації лівого сосковидного відростка (деструкції кістки немає).

Беручи до уваги тривале, стійке підвищення температури тіла, важкий загальний стан хворого, відсутність захворювань других органів і систем, дані оториноларингологічного обстеження вирішено виконати експлораторну (пробну) операцію лівого сосковидного відростка.

Під час операції виявлено рихлу, просякнуту гноем кістку, гній в незначній частині альвеол (комірок) сосковидного відростка; оголений сигмовидний синус і тверда мозкова оболонка над печерою мали нормальний вигляд. Призначена масивна антибіотико-, та дегідратаційна терапія, посів крові (через 3 дні дав ріст білого стафілокока).

Через 9 днів після операції температура тіла нормалізувалась. Загальний стан здоров'я задовільний.

1. Поставте діагноз.
2. Яку операцію (її назва) виконав отохірург?
3. З яким захворюванням можна диференціювати ускладнення, що розвинулось у хворого.

### Задача 45

Хвора, 49 років, скаржиться на зниження слуху, гноетечу з лівого вуха протягом 8 років. Консервативна терапія призводила до періодичного покращання перебігу захворювання. За останній рік іноді спостерігала запаморочення з втратою рівноваги, особливо при енергійних рухах голови.

Об'єктивно: в зовнішньому слуховому проході лівого вуха гній з неприємним запахом, крайова перфорація ненацягнутої частини барабанної перетинки, в надбарабанному просторі грануляції покриті гноем, місцями - лусочками білястого кольору; гострота слуху на ліве вухо: ШМ сприймається з відстані -2м, РМ - з 7м; при проведенні кулькового зонда Воячека через грануляції заднього відділу надбарабанного простору (напрямок до входу в печеру) у хворої виникло запаморочення, збліднення шкіри, пітливість, втрата рівноваги, горизонтальний, другого ступеню, середньокаліберний ністагм.

1. Вкажіть діагноз.
2. Поясніть виникнення вестибуло-вегетативних розладів під час зондування

надбарабанного простору.

3. Якою пробою можна підтвердити цей вид ураження лабіринту? Напрямок ністагму при цьому?

4. Призначте лікування.

### Задача 46

На 5-ий день гострого вірусно-респіраторного захворювання у хворого Ж., з'явився біль в лівій половині голови і лівому вусі, шум і зниження слуху на це вухо. Температура тіла 38 градусів. Через 3 дні хворий помітив виділення гною з лівого вуха, кількість якого з кожним днем зменшувалась, загальний стан здоров'я погіршувався: температура тіла досягла 39.8 градусів, головний біль з локального став дифузним, супроводжувався нудотами, блюванням, загальною гіпертензією.

Загальний стан: хворий лежить на боку з пригнутими до живота ногами і зігнутими руками, виражена ригідність потиличних м'язів, симптом Керніга, верхній (потиличний) симптом Брудзінського.

Аналіз крові: 21.300 лейкоцитів 1мкл, сегментоядерних - 78%, ШОЕ - 57 мм/год.

Отоскопія: в зовнішньому слуховому проході виділення слизово-гнійного характеру, без запаху; барабанна перетинка гіперемована, розпізнавальні знаки відсутні, центральна перфорація в задньо-нижньому квадранті, яка в значній мірі закрита набухлою слизовою оболонкою, помітна пульсація гною (пульсуючий рефлекс).

1. Попередній діагноз?

2. Які допоміжні методи обстеження необхідні для уточнення діагнозу?

3. Призначте лікування.

### Задача 47

Жінка М., протягом 7 років хворіє лівостороннім хронічним гнійним отитом, що супроводжується частими загостреннями. Місяць тому відчула легкий головний біль, слабкість, нудоту. Температура тіла 37.6 Через 2 тижні головний біль став дифузним, різким, поєднувався з нудотою, блюванням, "ослабла" права нога (під час посадки у автобус хвора руками піднімала ногу, щоб стати на сходинку).

При обстеженні виявлено правосторонній геміпарез, амнестичну афазію. Температура тіла 37.8. пульс 52 ударів за хвилину.

Отоскопія: У зовнішньому слуховому проході смердючий жовто-зеленого кольору гній. Ненатягнута частина барабанної перетинки зруйнована патологічним процесом. Надбарабанний простір заповнений грануляціями.

Гострота слуху на ліве вухо: ШМ сприймається з відстані 1м, РМ -з відстані 1.5м.

Аналіз крові: лейкоцитів 16400 в 1мм3, сегментоядерних 72%.

1. Попередній діагноз?

2. Які стадії перебігу при цьому захворюванні?

### 3. Лікування?

#### Задача 48

Хворий П., 33 роки 11.10.95р. відчув біль у правому вусі, шум, зниження слуху, Біль іррадіював в зуби, праву скроню. Температура тіла 38.2 градусів. Захворювання пов'язує з грипом. Лікувався дома самостійно (закапував спиртові краплі у вухо, накладав компреси). Через 8 днів був госпіталізований в ЛОР-відділення міської лікарні у зв'язку з посиленням болю в правій половині голови. Після парацентезу, антибіотикотерапії температура тіла, біль у правому вусі значно зменшились. Не дивлячись на це загальний стан хворого погіршувався. З'явилися слабкість, поганий апетит, запаморочення, розлад рівноваги, біль в області потилиці, який іррадіював в задню поверхню шиї.

Отоскопія: барабанна перетинка гіперемована, розпізнавальні знаки відсутні, в задньо-нижньому квадранті є "слід" парацентезу. Слух: ШМ сприймається з відстані 0.8, РМ - з 2м.

Неврологічний статус: порушення флангової ходи, адіадохокінез, промахування вправо при вказівній пробі, спонтанний горизонтальний, крупнокаліберний ністагм вправо, знижений тонус м'язів правої руки.

1. Поставте діагноз.
2. Назвіть групи симптомів, які бувають при ускладненні, що виникло у хворого на фоні гострого середнього отиту.
3. Призначте допоміжні методи дослідження.
4. Лікування ускладнення у хворого П.

#### Задача 49

Громадянин Д., 30 років, з дитинства хворіє правостороннім середнім гнійним отитом. Два дні назад посилилась гноетеча з правого вуха, різко знизився слух, температура тіла сягала 38.3 градусів.

За 6 годин до госпіталізації хворого в ЛОР-клініку з'явилося запаморочення з відчуттям обертання оточуючих предметів навколо хворого, нудота, блювання, розлад рівноваги і ходи. Отоскопічна картина: в зовнішньому слуховому проході невелика кількість гною з неприємним запахом, задньо-верхній квадрант натягнутої частини барабанної перетинки і ненатягнута її частина зруйновані патологічним процесом, залишки барабанної перетинки гіперемовані, потовщені. Через перфорацію спостерігається гній і білувата сироподібна маса. Слух: ШМ - не сприймається, РМ - сприймається з відстані 0.3м. При першому обстеженні спостерігався спонтанний, горизонтально-ротаторний ністагм I ступеня, вправо; на слідуючий день він змінив напрям в протилежний бік (вліво) і посилювався до II ступеня, при калоричній пробі виявлена арефлексія правого лабіринту. Шепітну і розмовну мову на слідуючий (після поступлення в клініку) день не сприймав.

1. Поставте діагноз.

2. Поясніть механізм зміни напрямку ністагму.
3. Поясніть, в результаті чого наступила глухота і арефлексія правого лабіринту.
4. Призначте лікування.

### Задача 50

Хворий Ф., 26 років, з дитинства страждає правостороннім хронічним гнійним отитом. Лікувався амбулаторно. Від запропонованої раніше операції відмовився. За 4 дні до госпіталізації в ЛОР-клініку посилилась гноетеча з правого вуха, з'явився сильний головний біль, висока температура тіла (до 40 градусів), два рази під час різкого підвищення температури були нетривалі озноби. Зниження температури тіла було раптовим, супроводжувалось вираженою пітливістю.

Загальний стан хворого середньої важкості, пульс 120 ударів за хвилину при температурі тіла 39 градусів, ритмічний.

Аналіз крові: еритроцити - 3.700/мм<sup>3</sup>, лейкоцити -22300/мм<sup>3</sup>, сегментоядерні - 74%, ШОЕ - 52 мм/год.

Отоскопія: в зовнішньому слуховому проході правого вуха гній з неприємним запахом, крайова перфорація в задньо-верхньому квадранті натягнутої частини і pars flaccida барабанної перетинки; через перфорацію видно грануляції і кусочки сироподібної маси.

ШМ правим вухом сприймається з відстані 0.3м, РМ - з відстані 0.5м. На задній межі соскоподібного відростка незначна припухлість, болючість при пальпації цієї ділянки і над проекцією верхньої третини судинного пучка шиї.

На рентгенограмі скроневиких кісток - деструкція правого соскоподібного відростка.

1. Попередній діагноз.
2. Призначте лікування, його послідовність (у тому числі хірургічні втручання).
3. З якими захворюваннями потрібно диференціювати ускладнення хронічного гнійного отиту, що виникло у хворого?

### Задача 51

У 10-річної дитини, що хворіє на скарлатину, поряд з типовими для цієї хвороби симптомами з'явився шум у правому вусі, зниження гостроти слуху на нього, запаморочення, розлади рівноваги.

Об'єктивно барабанна перетинка правого вуха не змінена, ШМ - 1м, РМ - 3м; горизонтальний, I-го ступеню ністагм вправо; спонтанне відхилення і промахування рук в горизонтальній площині вліво.

Через 3 дні ністагм, спонтанне промахування і відхилення рук поміняли напрямки; дитина не сприймає ШМ і РМ, отоскопічна картина не змінилась, з'явився правосторонній периферичний парез лицьового нерву. Ознак менінгіту та інших внутрішньочерепних ускладнень не виявлено.

1. Поставте попередній діагноз.



2. Патогенез походження ураження внутрішнього вуха.
3. Чим пояснити зміну симптоматики ураження внутрішнього вуха і появу периферичного парезу лицьового нерва.
4. Додаткові методи дослідження.

### **Задача 52**

Хворий Н., 37 років, на 3-й день ГРВІ відчув сильний біль у правому вусі, зниження слуху; на 7-й день захворювання втратив слух на це вухо, з'явилося різко виражене запаморочення, розлад координації рухів - відхилення обох рук вліво; на 11-й день хворий помітив, що права рука, при користуванні ложкою під час прийому їжі, відхиляється вправо.

Лікар, що спостерігав за динамікою захворювання, відмітив наступне: в перші дні характерною була симптоматика правостороннього середнього гнійного отиту; на 7-й день помітив горизонтально-ротаторний ністагм вліво, відхилення рук при пальце-носовій пробі вправо; на 11-й день - ністагм вправо, при вказівній пробі права рука відхилялась в бік хворого вуха (вправо), порушена флангова хода.

1. Зробіть поетапну (3 етапи) оцінку перебігу захворювання.
2. Ваш прогноз у відношенні морфологічних та функціональних змін у рецепторах вестибулярного апарату при гнійному лабіринтиті? Тривалість спонтанного ністагму?
3. Призначте лікування.

### **Задача 53**

До хворого Ю., віком 26 років, що знаходився на лікуванні в інфекційному відділенні з приводу менінгіту, після покращання загального стану здоров'я, запросили для консультації оториноларинголога.

ЛОР-статус: барабанні перетинки світло-сірого кольору з перламутровим відтінком; хворий шепітної, розмовної мови та звуків камертонів С128 і С2048 не сприймає; при калоричній пробі ністагм не виникає. При передній риноскопії і фарингоскопії виявлена гіперемія слизової оболонки носа і глотки.

1. Який менінгіт (за етіологією) був у хворого?
2. Діагноз оториноларинголога?
3. Основні дані, якими користувався оториноларинголог для встановлення діагнозу?
4. Шляхи попадання інфекції у внутрішнє вухо.

### **Задача 54**

Хвора Т., 8 років страждає періодичною гноетечею з лівого вуха. Після чергового загострення процесу (під впливом грипу) в неї виник напад головного болю, запаморочення, нудота, блювання, гострий неврологічний біль лівої половини лиця (який пізніше змінився зниженням чутливості шкіри лиця). Поступово знижувалася

гострота слуху.

В міжнападному періоді хвора відчувала важкість в області соскоподібного відростка, біль в потилиці, а іноді в шийному відділі, який посилювався при ході або фізичному напруженні, у зв'язку з цим вона "берегла голову" від зайвих та різких рухів.

При отоскопії виявлена перфорація pars flaccida і задньо-верхнього квадранту pars tensa. Аудиометричні дослідження "показали" змішаний характер ураження органу слуху, феномен прискорення наростання гучності негативний.

Гіпестезія шкіри лица, зниження корнеальних (рогівкових) рефлексів, кохлео-вестибулярні розлади більш виражені зліва.

1. Попередній діагноз.
2. Яке походження кохлео-вестибулярних розладів та порушення функції трійчастого нерву?
3. Перебіг захворювання?
4. Допоміжні методи дослідження.
5. Лікування цього захворювання.

### Задача 55

Хворий У., 10 років страждає майже постійною отореєю з правого вуха, зниженням гостроти слуху. Періоди ремісії захворювання нетривалі (2-3 тижні). Чергове загострення процесу, що виникло після переохолодження організму супроводжувалось виділенням значної кількості гною, незначним болем у правому вусі, підвищенням температури тіла (37.3 градусів). Через тиждень вищеприведена симптоматика стала менш інтенсивною. Через 15 днів від початку захворювання біль у вусі посилювався, хворий відчув загальну слабкість, різке зниження апетиту, при лабораторному дослідженні крові: ШОЕ - 26 мм/год, лейкоцити 10500 в 1 мм<sup>3</sup>. Ще через тиждень загальний стан здоров'я різко погіршився і оцінювався лікарем як важкий. Хворий скаржився на різкий дифузний головний біль (переважно в скронево-тім'яній ділянці), нудоту, блювання на висоті головного болю, яке не пов'язане з прийомом їжі. Температура тіла - 37.2 градусів, пульс - 54/хв.

При отоскопії виявлено перфорацію розслабленої частини барабанної перетинки правого вуха, надбарабанний простір заповнений дрібними поліпами, гноем з неприємним запахом. Стінки надбарабанного простору з нерівною шорсткою поверхнею.

Неврологічний статус: лівобічний геміпарез, парез лицьового нерву по центральному типу, невиражена амнестична афазія, позитивні пірамідні симптоми Бабінського і Гордона.

Заключення офтальмолога "застійні соски зорового нерва".

1. Поставте діагноз.
2. Назвіть групи симптомів ускладнення основного захворювання і чим вони обумовлені.
3. Лікування виявленої патології.

### Задача 56

У хворого Щ., після простуди і наступного нежиття з'явився сильний біль у правому вусі з іррадіацією в зуби, знизився слух, підвищилась до 38.4 градусів температура тіла. Лікар-оториноларинголог запропонував парацетез, від якого хворий відмовився. Лікувався таблетками сульфадиметоксину і аспірину, закапуванням в ніс 0.1% розчину галазоліну.

На 10-й день від початку захворювання помітив болючість в області шиї, незначну припухлість за вухом, періодичну стрибкоподібну високу температуру тіла, яка супроводжувалась ознобом і сильною пітливістю.

Об'єктивно: різка гіперемія і помірне випинання барабанної перетинки правого вуха, опущення задньо-верхньої стінки зовнішнього слухового проходу, припухлість тканин заушної ділянки, болючий щільний тяж, що тягнеться по передньому краю m. sternocleidomastoideus від верхівки соскоподібного відростка до нижньої третини названого м'яза.

При неврологічному обстеженні виявлено ураження IX, X, XI пари черепно-мозкових нервів: охриплість голосу (парез голосової складки), утруднене ковтання (парез м'якого піднебіння), гіпестезія глотки, парез грудинно-ключично-соскоподібного і трапецієвидного м'язів.

1. Поставте діагноз (основний і ускладнення).
2. Причина ураження IX, X, XI черепно-мозкових нервів.
3. Допоміжні методи обстеження.
4. Лікування.

### Задача 57

Хворий Ф. протягом 5 років страждає періодичною гноетечею з правого вуха. Загострення процесу спостерігалось 1-2 рази на рік. Внаслідок консервативного лікування (туалет вуха, закапування 3% борного спирту, розчинів антибіотиків) через 1-2 тижні припинялись виділення з вуха і запальний процес у ньому, покращився слух.

Хворий знаходився на диспансерному обліку. Під час чергового обстеження оториноларингологом виявлено округлої форми перфорацію в задньо-верхньому квадранті натягнутої частини барабанної перетинки, яка граничить з pars flaccida, незначну кількість виділень слизово-гнійного характеру.

При очищенні вуха за допомогою вати, намотаної на вушний зонд, хворий відчув легке запаморочення. Обмацуванням стінок надбарабанного простору кульковим зондом лікар визначив ділянки кістки, які не покриті слизовою оболонкою. Компресією і декомпресією повітря в зовнішньому слуховому проході він "викликав" фістульний симптом.

Акуметрия: слух на АД-ШМ=3м, РМ>10м. Поставлено діагноз: хронічний епімезотимпаніт, обмежений лабіринтит. Лікар переконав хворого в необхідності загальнопорожнинної операції. В ході хірургічного втручання при візуальному огляді

(у тому числі під мікроскопом), зондуванні кульковим зондом, грануляцій, карієсу, холестеатоми не виявлено.

1. У чому полягає помилка лікаря?
2. Чим в подібному випадку можна пояснити наявність фістульного симптому (а,б)?
3. Що необхідно передбачити для того, щоб уникнути подібних помилок в діагностиці і лікуванні?

### Задача 58

Хвора Я., 40 років, протягом 7 років страждає правобічним гнійним отитом з частими загостреннями. Медикаментозна терапія (місцева, загальна), промивання вуха призводило до періодичного нетривалого (від 1-го до 2-х місяців) покращання. 5 днів тому з'явився сильний біль у вусі, виділення великої кількості гною, зниження слуху, підвищення температури тіла до 37,5 градусів.

Отоскопія: дефект задніх квадрантів pars tensa і заднього відділу pars flaccida барабанної перетинки. Залишки її гіперемовані, потовщені. Через перфорацію в pars flaccida видно грануляції. Кульковим зондом визначається шорсткість кісткових стінок надбарабанного простору. Рентгенологічно - деструкція кістки соскоподібного відростка.

Через 7 днів від початку загострення процесу зменшилась гноетеча з вуха, біль в ньому, але загальний стан хворого погіршав: температура тіла підвищилась до 38.3 градусів, з'явилась в'ялість, сонливість, спутана свідомість, інтенсивний дифузний головний біль, нудота, парез лівої руки, амнестична афазія, помірно виражений набряк соска зорового нерва правого ока. Кількість лейкоцитів 10000 в 1мм<sup>3</sup>.

Менінгіальні знаки відсутні. Тиск спинномозкової рідини в нормі, ліквор прозорий. На каротидній ангіограмі зміщення магістральних судин і їх гілок, безсудинної ділянки не виявлено, М-ехо не зміщено.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Призначте допоміжні методи обстеження.
3. Визначте лікувальну тактику при цьому захворюванні.

### Задача 59

У хлопчика 9 років на фоні нездужання, поганого апетиту, підвищеної температури тіла (до 39 градусів) з'явилась припухлість помірної болючості в біля вушних ділянках, а також явища орхіту. Через тиждень хворий відчув шум у правому вусі, запаморочення, нудоту, хиткість ходи.

ЛОР-статус. При отоскопії барабанні перетинки світло-сірого кольору, впізнавальні знаки чітко виражені. Слух АД-ШМ 3.5м, АС-ШМ > 6м. Виявлено спонтанний горизонтально-ротаторний ністагм вправо, другого ступеню, середньокаліберний. При виконанні вказівної і пальце-носової проби руки відхиляються вліво.

При ендоскопічному дослідженні носа, глотки, гортані патологічних змін не виявлено.

Загальний статус без особливостей. Ознак ураження центральної і периферичної нервової системи немає.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Коротко обґрунтуйте цей діагноз.
3. Призначте допоміжні методи обстеження
4. Призначте лікування.

### **Задача 60**

В ЛОР клініку поступив хворий С., 37 років з приводу загострення правобічного хронічного гнійного епімезотимпаніту. Виконана загально-порожнинна операція в ході якої виявлений перисинуозний абсцес. При пункції сигмовидного синуса одержана венозна кров.

Через 4 дні після названої операції у хворого з'явився головний біль, біль в області очей, фебрильна температура тіла з ознобами і пітливістю.

Об'єктивно: набряк повік (більше верхніх), хемоз, розширення вен кон'юнктиви, помірний екзофтальм, зовнішня офтальмоплегія (VI нерв). В зоні надорбітальних нервів гіпалгезія. Знижений корнеальний рефлекс.

Ан.крові: лейкоцитоз - 19000/мм<sup>3</sup>, ШОЕ-31мм/год, (при надходженні в стаціонар 12000/мм<sup>3</sup> і 21мм/год відповідно).

При риноскопії і рентгенографії біляносових пазух патологічних змін не виявлено.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Можливість розповсюдження інфекції з середнього вуха в зону (ділянку) патологічного вогнища, яке з'явилося в післяопераційному періоді.
3. Лікування даного захворювання (ускладнення).

### **Задача 61**

Хворий У., 47 років, скаржиться на постійний шум у вухах, зниження слуху на обидва вуха. Вважає себе хворим 3 роки. Протягом 5 років працює на підприємстві з токсичними речовинами.

Отоскопічна картина: барабанна перетинка перламутрово-сірого кольору. Розпізнавальні знаки без змін. ШМ-сприймає на відстані 1.5м обома вухами. Гірше чує високочастотні звуки. Підвищена чутливість сприйняття гучних сигналів. Досліди Рінне і Желле позитивні.

1. Який попередній діагноз?
2. Ймовірний дослід Швабаха (виходячи з вищевикладеного)?
3. Які додаткові методи потрібні для уточнення діагнозу?

### Задача 62

У хворого Т., 46 років, 3.01.98р. з'явився різкий головний біль, підвищена температура тіла (39.1 градуса за Цельсієм), озноб. 5.01.98р. Т. помітив висипку на шкірі тулуба і губах рота. 9.01.98р. раптово виникла асиметрія лица (права половина його маскоподібна, не заплющується повіка правого ока), біль і шум в правому вусі, запаморочення (відчуття обертання оточуючих хворого предметів).

Об'єктивно: на ерітематозних ділянках шкіри тулуба і губах рота - пухирці, наповнені прозорою рідиною янтарного кольору; слизова оболонка носа і глотки незначно гіперемована.

Отоскопія: незначна ін'єкція судин по ходу рукоятки молоточка. Слух на АД: ШМ - 1м, РМ - 4м, камертон С2048 сприймає 10с (N32с); в меншому ступеню знижено сприйняття камертона С128 по кістковій провідності - 24с (N30с) і повітря - 38с (52с).

Правий кут рота опущений, носо-губна складка згладжена, повіка правого ока не заплющується, при наморщуванні лоба складки не утворюються

1. Поставте попередній діагноз.
2. Додаткові методи діагностики.
3. Прогноз захворювання (у відношенні слуху).

### Задача 63

Хворий М., 52 роки, протягом 2-х десятиліть страждає двосторонньою нейросенсорною приглухуватістю. За останній рік основною скаргою є вушний шум, що призводить до порушення сну, виводить хворого із стану психічної рівноваги.

Медикаментозне та фізіотерапевтичне лікування не дало позитивного результату. Після меатотимпанальних блокад (рефлекторний вплив) 2% розчином новокаїну вушний шум щезав на декілька днів.

1. Характер вушних шумів, їх характеристика.
2. Визначте інтенсивність суб'єктивного вушного шуму за Солдатовим.
3. Ваша думка про подальше лікування, яке могло би призвести до зменшення або ліквідації шуму?

### Задача 64

У хворого Ю. 2 роки тому лікар виявив остеохондроз шийного відділу хребта. Рік тому появився періодичний шум низької тональності у лівому вусі, дещо пізніше - зниження слуху на це вухо, а через 6 місяців - напади запаморочення, які супроводжувались нудотою, блюванням, шумом у вухах. Вестибулярні розлади тривали півгодини. Через 4 місяці шум у вусі посилювався, слух погіршився, до вищезазначених вестибулярних розладів додався спонтанний горизонтально-ротаторний мілкокаліберний ністагм вправо І ступеню. Запальних процесів вух в минулому не було.

1. Критерії ністагму І ступеню? (на підставі чого встановили)

2. Ваш діагноз?
3. Яке лікування необхідно провести в період нападу хвороби?

### Задача 65

У хворого Щ. на фоні лікування канаміцином з приводу парапроктиту раптово з'явився шум у вухах, різко знизився слух, з'явилося помірне запаморочення, нудота.

Слух на обидва вуха ШМ – 0м, РМ – 0.5м.

Аудіограма: пороги сприйняття звуків по кістковій і повітряній провідності від 10 до 100 дБ на частотах 125-5000 Гц. Криві аудіограми різконисхідні.

1. Дайте характеристику аудіограм.
2. Визначте характер приглухуватості.
3. Поставте діагноз.

### Задача 66

Хворий, 45 років, звернувся в ЛОР-кабінет обласної лікарні з скаргами на шум у правому вусі, зниження слуху на нього, періодичні приступи запаморочення, що супроводжуються відчуттям обертання оточуючих предметів, нудотою, розладом рівноваги, сильним потовиділенням.

Протягом 2.5 років хворому проводилось медикаментозне лікування, яке на першому році захворювання давало позитивні результати: швидко купірувались приступи, в міжприступному періоді покращувався слух. В подальшому медикаментозна терапія стала практично безуспішною. Почастішали напади хвороби біля 2-х раз на місяць, тривалістю 2-3 години (на першому році - 1 раз в три місяці, тривалістю до 1 години), посилювався шум у вусі, знизився слух (ШМ - 1м, РМ -3м); при аудіометричному дослідженні виявлено підвищення порогів сприйняття звуків мовних частот на 35дБ, низхідний тип кривої, кістково-повітряний інтервал в 10-15дБ. Гліцероловий тест виявив короткочасне покращання слуху.

1. Яка на вашу думку форма приглухуватості? Діагноз?
2. Механізм порушення функції звукопроведення при патології даного хворого?
3. Обґрунтуйте найбільш раціональне лікування?

### Задача 67

Хвора, віком 40 років, скаржиться на зниження слуху, шум і відчуття закладення у правому вусі, періодичні приступи запаморочення, що супроводжується відчуттям обертання оточуючих її предметів, нудотою, блюванням, підвищеною пітливістю, порушенням ходи, Описана симптоматика у хворої спостерігається 5 років.

За даними анамнезу протягом 6 років лікується з приводу вазомоторного риніту, алергії на деякі харчові продукти.

В перші 2 роки приступи повторювались 2 рази на рік тривалістю від 20 хвилин до 1 години; за останній рік вони спостерігаються кожен місяць, тривалістю до 5 годин, різко знизився слух, появився спонтанний ністагм.

При камертональному дослідженні - картина ураження звукосприймального апарату правого вуха.

Характеристика ністагму в період нападу хвороби.

Права сторона		Ліва сторона
0	спонтанний ністагм	+
0	пресорний ністагм	0
12с	ністагм післяобертвий (10 обертів за 20с)	30с
105мл	ністагм калоричний (температура 20 градусів)	50мл

1. Очікуваний результат (виходячи з умов задачі) дослідів Рінне, Швабаха, Вебера.

2 Ваш діагноз?

3. Форма (важкість) хвороби?

### Задача 68

У 33-річної хворої Ч. 8 років тому виник шум у правому вусі, погіршилась гострота слуху на це вухо. Під час вагітності 4 роки тому, помітно знизився слух. Хвора краще сприймала розмовну мову в шумній обстановці (paracusis Willisii), в умовах тиші гострота слуху знижувалась, посилювались суб'єктивні шуми. За останні 2 роки різко знизився слух, сприйняття розмовної мови в умовах шуму погіршилось.

Отоскопія: зовнішні слухові проходи широкі, шкіра їх потоншена, легко ранима під час очистки вух; в кістковій частині правого слухового проходу - екзостози, барабанні перетинки потоншені.

Акуметрия: ШМ правим вухом не сприймається, РМ сприймається з відстані 0.5м, лівим вухом ШМ сприймається з відстані 6м, РМ > 10м.

Аудіометрія: АД сприйняття кістковопроведених звуків на рівні 10-80 дБ, на частотах 125-3000 Гц, звуки вище 3000 Гц не сприймає. Кістково-повітряний інтервал на вказаних частотах 15-5 дБ.

AS сприйняття кістково- і повітряно-проведених на рівні 5-10 дБ

1. Дайте оцінку аудіометричним кривим АД і AS

2. Діагноз? Клінічна форма захворювання?

3. Очікувані результати камертональних досліджень на початку розвитку даного захворювання.

4. Лікування.

### Задача 69

Хвору Ш., протягом 1 року турбує зниження слуху на праве вухо, сильний, низької тональності шум у вухах. Отитами не страждала. Причину захворювання не



може пов'язати з будь чим. В безшумній (тихій) обстановці слух погіршується, в шумній - покращується.

Отоскопічна картина: барабанна перетинка сірого кольору, витончена, через неї видна червона плямка на медіальній стінці барабанної перетинки.

Тональна порогова аудіограма: сприйняття звуків по кістковій провідності на рівні 20-10дБ; пороги повітряної провідності підвищені на басові (низькочастотні) звуки до 50дБ, на більш високі - до 40дБ (кістково-повітряний інтервал 30дБ). Наявна суб'єктивна флуктуація слуху.

1. Визначте тип приглухуватості.
2. Попередній діагноз.
3. Стадія захворювання з урахуванням змін, виявлених при отоскопії?
4. Клінічна форма захворювання.

### Задача 70

Хвора Е., віком 32 років, скаржиться на зниження слуху, шум у вухах протягом 4-х років. Захворювання розвивалось повільно. Більш швидкий розвиток настав два роки тому після родів. Різко погіршався слух, посилився шум, іноді відчуває запаморочення: легкий розлад рівноваги.

Отоскопічна картина: зовнішній слуховий прохід вільний, шкіра його потоншена, чутливість її знижена, відсутня сірка; барабанна перетинка сірого кольору з чіткими розпізнавальними знаками.

Каметрональні досліди: Рінне негативний, Швабах подовжений, Желле негативний.

Тональна порогова аудіометрія: кісткова провідність збережена, пороги повітряної провідності, в діапазоні розмовної мови (500-4000дБ), підвищені до 50дБ.

Після катетеризації вух слух не покращився.

1. Поставте діагноз.
2. Яка на вашу думку причина запаморочення і розладу рівноваги.
3. Призначте найбільш доцільне, у даному випадку, лікування.

### Задача 71

У хворої Ж. в середу виник головний біль, запаморочення, слабкість, висока температура тіла (39.1 градус), незначне зниження гостроти слуху, шум у правому вусі. У п'ятницю хвора втратила слух на праве вухо. В неділю з'явилась припухлість, знизу і спереду правої вушної раковини, болюча при пальпації.

Об'єктивно: барабанна перетинка світло-сірого кольору, розпізнавальні знаки чітко виражені. Шепітну, розмовну мову, камертони С128 і С2048 хвора правим вухом не сприймає.

1. Поставте діагноз (основний і ускладнення).
2. Етіологія захворювання.
3. Чим пояснити ураження органу слуху ще до появи ознаки основного

захворювання?

4. Характерна особливість перебігу захворювання органу слуху?

### Задача 72

Хворий Ч., віком 65 років, скаржився на шум і зниження гостроти слуху на обидва вуха протягом декількох років.

Лікар при отоскопії не виявив змін барабанної перетинки, вона сірого кольору з перламутровим відтінком, рухлива, з чіткими впізнавальними пунктами.

Хворий сприймає розмовну мову обома вухами з відстані 1 метра. На аудіограмі криві кісткової та повітряної провідності паралельні, низхідного характеру. Кістково-повітряного інтервалу немає. Середня величина порогів чутності тонів 500, 1000, 2000, 4000 Гц - 65 дБ.

Після одностороннього слухопротезування (вибіркове посилення звуків) хворий сказав, що до цього він чув краще і відмовився від слухового апарата.

1. Поставте діагноз.
2. Чим пояснити погіршення гостроти слуху під час користування слуховим апаратом?
3. Що необхідно зробити, щоб добитись покращання сприйняття мови?
4. Чи правильний термін "слухопротезування"?

### Задача 73

Протягом 15 років у хворого Р. періодично спостерігались напади вестибулярних розладів. За декілька годин, а іноді і днів до цього відбувалась зміна тональності і інтенсивності вушних шумів (які взагалі були постійними). В перший рік захворювання періоди погіршення змінювались періодами покращання гостроти слуху. В період між нападами хвороби вестибулярні розлади проходили; відмічалось прогресуюче падіння слуху з кожним наступним нападом.

На тональній аудіограмі криві порогів чутності мають низхідний характер, крива повітряної провідності повторює кісткову, немає кістково-повітряного інтервалу.

1. Поставте діагноз.
2. Яку назву носить періодична зміна гостроти слуху при цьому захворюванні? Чим це пояснюється?
3. Назвіть можливі варіанти розвитку (початку) захворювання (а,б,в).

### Задача 74

Хворий Я. 13 років лікується з приводу хвороби Мен'єра. В перші роки захворювання періодичні напади кохлео-вестибулярних розладів, чергувались тривалими "світлими" проміжками між ними (рік, місяць), з частою флуктуацією слуху.

За останні три роки напади кохлео-вестибулярних розладів стали частими, тривалими, з незначними світлими проміжками (тижні - дні). Гострота слуху швидко

погіршувалась, набула рис важкої нейросенсорної приглухуватості. Спонтанні вестибулярні розлади (запаморочення, ністагм, атаксія) стійко тримаються. Хворий непрацездатний.

1. Яку стадію (оборотну, необоротну) ендолімфатичного гідропсу можна передбачити в даному випадку?
2. Які ви знаєте тести, що можуть мати діагностичне і прогностичне значення при лікуванні хвороби Мен'єра?
3. Призначте найбільш доцільне лікування даному хворому.

### Задача 75

Хворий Ж., протягом 18 років скаржиться на зниження гостроти слуху, шум в правому вусі, який з часом міняв свою тональність і інтенсивність. В перші роки захворювання відносно краще сприймав шепітну мову ніж розмовну, шум нагадував гудіння проводів, спостерігався симптом *ragacsis Willisii*; дані камертональних досліджень і тональної аудіограми були характерними для ураження звукопровідного апарата.

З кожним роком слух погіршувався, в останні два роки суб'єктивний вушний шум постійний, високочастотний, інтенсивний. ШМ - біля вушної раковини, РМ - сприймається з відстані - 1м. Хворий відмічає появу запаморочення, зниження розбірливості мови.

Дані тональної порогової аудіограми: крива порогів низхідна, сприйняття звуків по кістковій провідності на рівні 60 дБ (в середньому), кістково-повітряний розрив на частотах 125-1500 Гц становить 15 дБ, на високих частотах - 5 дБ.

1. Поставте діагноз. Визначте клінічну форму захворювання.
2. Які допоміжні методи дослідження можна використати для уточнення діагнозу?
3. Призначте лікування (а,б). Його мета і ефективність в даному випадку.

### Задача 76

У хворого М., протягом 10 років спостерігається прогресуюче зниження слуху, посилення вушного шуму у лівому вусі. В останні два роки дещо знижена розбірливість мови, *deprecusis Scheer* - зниження розбірливості мови при жування і ковтанні.

Отоскопічна картина: наявність дрібних екзостозів на стінках зовнішніх слухових проходів, шкіра їх потоншена, суха, легко ранима з пониженою чутливістю.

Дані тональної аудіограми: пороги кісткового проведення в межах 30 дБ, кістково-повітряний інтервал 25 - 30 дБ.

1. Поставте попередній діагноз. Визначте клінічну форму захворювання.
2. За допомогою якого методу дослідження визначають розбірливість мови?
3. З яким захворюванням вуха (негнійного характеру) необхідно проводити диференційний діагноз і за допомогою яких методів?

### Задача 77

М., 48 років, скаржиться на шум у вухах, поступове прогресуюче зниження слуху. Вважає себе хворою 6 років. Захворювання пов'язує з перенесеним грипом.

При отоскопії та ендоскопічному дослідженні других ЛОР-органів патологічних змін не виявлено.

#### Слуховий паспорт

АД	Тести	AS	
++	СШ	++	
2м	ШМ	1.5м	
6м	РМ	5м	
17с	С128К N30с		15с
32с	С128В N60с		28с
15с	С2048 N35с	13с	

1. Ваш діагноз.
2. Гаданий висновок з слухового паспорта, що стосується дослідів Рінне і Швабаха.
3. Призначте допоміжні методи обстеження.
4. Чим пояснити гірше сприйняття ШМ ніж РМ?

### Задача 78

Хворий У. 35 років, ранком помітив посилення вушного шуму (який з'явився вперше біля 4-х місяців), відчуття закладання у лівому вусі, зниження гостроти слуху на це вухо. Патологію вух в минулому хворий заперечує. Причини захворювання не знає. Через три години, під час роботи, виникло виражене запаморочення ("обертання" оточуючих хворого предметів), загальна слабкість, нудота, блювання, порушення рівноваги тіла. Госпіталізований в ЛОР-відділення міської лікарні.

ЛОР-статус. Барабанні перетинки світло-сірого кольору з чіткими розпізнавальними знаками. Слух на AS: ШМ - 3м, РМ - 6м. Спостерігається горизонтально-ротаторний, мілкокаліберний, направлений вліво, другого ступеню ністагм.

При поворотах голови і тулуба, спробі припіднятися в ліжку вестибулярно-вегетативні розлади різко посилюються.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Допоміжні методи дослідження
3. Поясніть:
  - а) механізм розвитку слухових порушень (шум, закладеність вуха, зниження слуху);
  - б) механізм розвитку вестибулярних (запаморочення, ністагм, атаксія) порушень.
4. Призначте лікування даному хворому.

### Задача 79

Жінка Д., 34 років скаржиться на інтенсивний шум у лівому вусі, зниження гостроти слуху на нього. Вважає себе хворою 3 роки, причину захворювання вказати не може. Звуки високої тональності сприймає відповідно краще ніж басові.

Отоскопія: в кістковому відділі зовнішнього слухового проходу невеликі екзостози. Барабанна перетинка сірого кольору, потоншена. Через неї на рівні задньо-верхнього квадранта просвічує червона плямка.

ШМ- сприймає з відстані 1.5 метра, РМ - з 2.5м. Тональна аудіограма: пороги сприйняття звуків по кістковій провідності на рівні 10-15дБ, по повітряній - на рівні 40-50дБ.

1. Поставте попередній діагноз, форму захворювання.
2. Як називається симптом обумовлений наявністю червоної плямки, її локалізація.
3. Допоміжні методи дослідження.
4. Які операції на стременці виконуються отохірургами в наш час?

### Задача 80

У хворого Ч. (вік 32 роки) протягом 11 років періодично спостерігається вушний шум, який з часом мінявся за інтенсивністю і тональністю. Через 4-5 днів після цього з'являлось зорове запаморочення (відчуває рух предметів навколо себе), нудота, блювання, блідість шкіри, холодний піт, зміна артеріального тиску, атаксія.

Ч. хворіє тироїдитом, алергічним ринітом, гіпертонічною хворобою. Характер захворювання нападopodobний. В перші 4-5 років напади захворювання повторювались від 2-х до 5 разів на рік, тривалість їх від декількох хвилин до 3-х годин. З часом проміжки між нападами скорочувались. За останні 2 роки інтенсивність суб'єктивного шуму зменшилась, коливання гостроти слуху відсутнє, він набув характер стійкої двобічної нейросенсорної приглухуватості, спонтанні вестибулярні розлади (запаморочення, ністагм, порушення тонічних реакцій рук і ходи) повторюються 1-2 рази на тиждень, тривають більше доби. Працездатність стійко обмежена.

1. Поставте діагноз, стадію (I, II, III) захворювання.
2. Чим можна пояснити тривалу вестибулярну дисфункцію (не дивлячись на дегідратаційну та іншу терапію) у хворого Ч?
3. Чи є на Вашу думку необхідність хірургічного втручання на даному етапі захворювання?
4. Які групи хірургічних втручань при цьому захворювання Ви знаєте?

## ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

### Задача 1

1. Лівосторонній гострий гнійний середній отит, ускладнений мастоїдитом (субперіостальний абсцес).
2. Рентгенографія соскоподібних відростків, загальний аналіз крові.
3. Антромастоїдотомія. Протизапальна терапія.

### Задача 2

1. Гострий середній отит, 1-ий період (доперфоративний).
2. Симптом козелка може бути позитивним у дітей грудного віку. У них відсутня кісткова частина зовнішнього слухового проходу. Біль виникає тому, що тиск з козелка передається на край барабанної перетинки, яка знаходиться в стадії запалення.
3. Консервативний метод лікування.

### Задача 3

1. Діагноз: гострий назофарингіт, ускладнений лівостороннім гострим середнім отитом, антримом.
2. Червоні плямки на м'якому піднебінні - ознака запалення слизових залоз, гранули рожевого кольору на задній стінці ротоглотки - наслідок запалення та збільшення в об'ємі лімфаденоїдної тканини. Вище означене є результатом подразнення виділеннями слизово-гнійного характеру, що стікають з носоглотки.
3. Лікування: парацетез, антропункція (антротомія), антибіотикотерапія, санація верхніх дихальних шляхів.

### Задача 4

1. Можна думати про атипичний перебіг гострого середнього гнійного отиту і появу ускладнення - мастоїдиту (емпієма соскоподібного відростка).
2. Рентгенограма соскоподібних відростків.
3. Хірургічне лікування - антромастоїдотомія + антибіотикотерапія.

### Задача 5

1. Гострий середній гнійний отит.
2. Диф.діагноз гострого зовнішнього з гострим середнім гнійним отитом

Критерії (ознаки захворювання)	Гострий зовнішній отит	Гострий середній гнійний отит
характер виділень	гнійний	слизово-гнійний
пульсація гною	немає	є
симптом козелка	позитивний	негативний, може бути позитивний

біль при жуванні	є	немає
слух	без змін	знижений

3. Рентгенографія скроневих кісток, дослідження спинномозкової рідини.

4. Лікування: парацетез, антибактеріальна терапія (антибіотики, сульфаніламід), судиннозвужуючі краплі в ніс.

#### Задача 6

1. Причину бурхливої реакції можна пов'язати з довгою не наступаючою перфорацією барабанної перетинки при наявності гною в барабанній порожнині.

2. Парацетез. Антибіотикотерапія (антибактеріальна).

3. Можуть виникнути внутрішньочерепні ускладнення, мастоїдит.

#### Задача 7.

1. Ознаки втягнутості барабанної перетинки:

- короткий відросток випинається в провіт зовнішнього слухового проходу;
- передня і задня складки чітко виражені;
- рукоятка молоточка займає більш горизонтальне положення і здається вкороченою;
- світловий конус зменшується (вкорочується), виявляється як плямка або зовсім зникає.

2. Діагноз: гострий катар середнього вуха (сальпінгоотит).

3. Лікування: - усунення причин, що викликали сальпінгоотит,

- застосування судиннозвужуючих крапель,
- продування вух (за Політцером, катетерізація слухової труби) після того, як минуть гострі запальні явища з боку глотки і носа.

#### Задача 8.

1. Можна думати про ексудативний отит.

2. Зменшення випинання барабанної перетинки можливо не наступило тому, що секрет дуже в'язкий.

3. В ряді випадків для евакуації в'язкого секрету вдаються до парацетезу.

9.

1. Діагноз: правосторонній зовнішній дифузний отит.

2. Зовнішній дифузний необхідно диференціювати з зовнішнім обмеженим (фурункул).

3. Лікування медикаментозне.

#### Задача 10.

1. Діагноз фурункул зовнішнього слухового проходу (обмежений зовнішній отит).

2. Диф.діагноз фурункула зовнішнього слухового проходу з мастоїдитом:

Критерії (ознаки захворювання)	Фурункул	Мастоїдит
Припухлість	область прикріплення вушної раковини	область соскоподібного відростка
Звуження зовнішньо- нього слухового проходу	початковий відділ (перетинчасто-хрящовий)	в кістковому відділі
Стан барабанної перетинки Слух	нормальна	гіперемована

Слух без змін знижений  
Симптом козелка позитивний негативний

### 3. Лікування:

- в початковій стадії консервативна терапія;
- при абсцедуванні фурункула - хірургічне (розтин і дренивання).

### Задача 11.

1. Катар середнього вуха (сальпінгоотит).

2. Етіологічним моментом в розвитку цієї патології є негнійний запальний процес слизової оболонки носа і носоглотки.

3. Механізм розвитку захворювання: гіперемія і набряк слизової оболонки слухової труби, руйнація війок миготливого епітелію, звуження її просвіту, злипання стінок труби, порушення вентиляційної функції, що веде до утворення замкнутої барабанної порожнини, всмоктування судинами її слизової оболонки кисню і, як наслідок цього, виникає втягіння барабанної перетинки, зниження слуху.

4. Лікування катару середнього вуха складається з усунення причини захворювання і дисфункції труби, відновлення слуху.

### Задача 12.

1. Катар середнього вуха (стадія трансудації або ексудації).

2. Періодична зміна відчуття закладання вуха і гостроти сприйняття звуків мовної частоти називається флуктуацією слуху, яка пов'язана з закриттям лабіринтних вікон трансудатом (ексудатом) з наступним звільненням їх від нього.

3. Постійне закладання вух і зниження гостроти слуху пояснюється виповненням трансудатом (ексудатом) всієї барабанної порожнини, або коли ексудат стає густим і в'язким.

4. Після ліквідації гострого запального процесу призначають продування слухової труби, електровібротерапію або козелковий пневмомасаж через зовнішній



слуховий прохід, транстубарне введення кортикостероїдних препаратів, протеолітичних ферментів; при процесах, що затягнулися, виконують тимпанопункцію чи тимпанотомію з подальшим проведенням медикаментозного і фізіотерапевтичного лікування.

### Задача 13.

1. Перихондрит вухної раковини.

2. Необхідно диференціювати з бешихою (характерне почервоніння та розповсюдження його за межі вухної раковини), флегмоною (рано дає поширену флуктуацію), отгематомою (при пункції - кров з лімфою, при діафаноскопії дає червоне просвічування).

3. Можливі наслідки перихондриту: відшарування гноем охрястя, порушення живлення хряща, його розплавлення, зморщення шкіри і перетворення раковини в безформне утворення.

4. Лікування: антибіотикотерапія, компреси з 40 градусним етиловим спиртом: при появі флуктуації - широкі розрізи, видалення гострою ложкою грануляцій і некротизованих ділянок хряща.

### Задача 14.

1. Оперізуючий лишай вухної раковини.

2. Етіопатогенез захворювання: вірусна інфекція, яка на думку ряду авторів нагадує вірус вітряної віспи, що викликає запалення закінчень V, VII, VIII, IX, X пари черепномозкових нервів та III і IV шийних з ураженням їх вузлів.

3. Прогноз при оперізуючому лишаї досить серйозний - можливий стійкий характер ураження нервів, втрата слуху.

4. Лікування: антибіотики, анагетика, жарознижуючі, ін'єкції вітаміну B1, внутрішньовенне вливання розчину новокаїну, аскорбінової кислоти.

### Задача 15.

1. Гострий ринофарингіт. Гострий середній гнійний отит (доперфораційний період).

2. Найбільш доцільно виконувати парацентез на рівні задньо-нижнього квадранта. Тут найбільша відстань між барабанною перетинкою і медіальною стінкою барабанної порожнини, відсутня можливість травмування стремінця.

3. Особливості перебігу гострих середніх гнійних отитів у дітей перших років життя:

- протікають, як загальне інфекційне захворювання;
- нерідко спостерігається менінгізм (зв'язок з наявністю *fissura petrosquamosa*);
- розлад шлунково-кишкового тракту - наслідок заковтування гною, що виділяється через широку слухову трубу та загальної інтоксикації організму;
- запізнілий прорив барабанної перетинки з-за її товщини, а відтак

- необхідність більш частого парацентезу;
- одужання дитини часто настає без перфорації барабанної перетинки (сприяє цьому хороша дренажна функція слухової труби);
- нерідко зустрічаються латентні - "німі" отити.

### Задача 16.

1. Швидке зникнення гіперемії барабанної перетинки наступило тому, що вона була наслідком туалету вуха і крику дитини (а не інфекційного запалення вуха).
2. Труднощі в діагностиці гострих середніх отитів у дітей перших років життя:
  - утруднення при отоскопічному дослідженні барабанної перетинки з-за вузькості зовнішнього слухового проходу;
  - майже горизонтальне положення барабанної перетинки утруднює встановлення її "межі" з шкірою, що покриває верхню стінку зовнішнього слухового проходу;
  - гіперемія барабанної перетинки може бути прихована під злущеним епідермісом;
  - нормальна барабанна перетинка може "червоніти" під час очистки зовнішнього слухового проходу (в подібних випадках необхідно повторити огляд через декілька годин);
- Останні два положення нерідко передбачають "діагностичний парацентез".
3. Лікар недостатньо повно обстежив хвору дитину. Обмежився тільки отоскопічною картиною.

### Задача 17.

1. Петрозит (апіцит).
2. Локалізація болю, herpes zoster пов'язані з ураженням трійчастого нерва у вигляді його подразнення; симптом Горнера залежить від втягування в патологічний процес симпатичного сплетіння внутрішньої сонної артерії на ділянці її "коліна" на основі черепа біля верхівки піраміди.
3. Можлива інша клінічна картина петрозиту при ураженні волокон рухливої гілки трійчастого нерва (тризм жувального м'яза, "відвисання" нижньої щелепи).
4. Негайна антромастоїдотомія, антибіотикотерапія, вітаміни B1, B6, прозерин, дібазол.

### Задача 18.

1. Верхівково-шийна форма (бецольдівська) мастоїдиту.
2. Рентгенографія (у тому числі комп'ютерна томографія), термографія з метою виявлення термоасиметрії.
3. Можливі наслідки: прорив гною через внутрішню (більш тонку) стінку верхівки соскоподібного відростка в fossa digastrica, опускання гною по фасціям шії вниз в грудну порожнину і розвиток медіастиніту; гній може також проникнути в парафарингіальний простір і викликати заглотовий абсцес вушного походження.

4. Лікування: антромастоїдотомія з розкриттям гнояка під верхівкою соскоподібного відростка, антибіотикотерапія, протизапальна, дегідратаційна, симптоматична терапія.

#### **Задача 19.**

1. Скарлатинозний гострий середній гнійно-некротичний отит.

2. а. обширність деструктивних уражень анатомічних утворень середнього вуха пов'язана з тромбозом дрібних судин середнього вуха;

б. Неприємний запах гною залежить від ураження кісткової тканини.

3. Механізм появи запаморочення, хиткості ходи залежить від інтоксикації рецепторів вестибулярного апарату; зниження гостроти слуху залежить від деструкції структур звукопровідного апарату та інтоксикації рецептора звукового аналізатора.

4. Аудиометрія, загальний аналіз крові, антибіотикограма видалених з гною збудників.

5. Лікування: антибіотикотерапія (загальна та місцева), туалет вуха, загальноукріплююча, вітамінотерапія тощо.

#### **Задача 20.**

1. Провобічний гострий середній перфоративний отит, ускладнений зигоматицитом.

2. Недостатнє дронування барабанної порожнини і комірок соскоподібного відростка, виражений розвиток повітроносних комірок над верхньою стінкою зовнішнього слухового проходу і в виличному відростку, зниження опірності організму.

3. Субперіостальний абсцес, мастоїдит Бецоляда, мастоїдит Орлеанського, петрозит.

4. Оглядова рентгенографія, томографія соскоподібного відростка, визначення прохідності слухової труби, загальний аналіз крові, антибіотикограма.

5. Хірургічне - антромастоїдотомія з розкриттям комірок виличного відростка, антибіотикотерапія (загальна та місцева).

#### **Задача 21.**

1. Адгезивний середній отит.

2. Підвищення порогів повітряної провідності (більше на низькі та середні частоти), наявність кістково-повітряного інтервалу.

3. Лікування:

- санація верхніх дихальних шляхів;

- катетеризація слухової труби з одночасним пневмомасажем барабанної перетинки;

- транстубарне (або шляхом тимпано пункції) введення лідази (0.1 в 1мл розчину новокаїну);

- при безуспішності консервативної терапії - тимпанотомія і розсічення рубців.

#### **Задача 22.**

1. Туберкульоз середнього вуха.
2. Рентгенограма скроневих кісток, патогістологічне дослідження грануляцій, бактеріоскопія, консультація фтизіатра.
3. Протитуберкульозна, стимулююча терапія. Хірургічне (радикальна операція) втручання при значній руйнації соскоподібного відростка.

#### **Задача 23.**

1. Хронічний гнійний мезотимпаніт.
2. У хворого центральна перфорація барабанної перетинки. Відрізняється вона від краєвої перфорації при епітимпаніті відсутністю деструкції кістки стінок барабанної порожнини, слухових кісточок, та неушкодженістю фіброзного кільця барабанної перетинки.
3. На першому етапі - консервативне лікування. Після ліквідації гноєтечі можлива тимпаноластика.

#### **Задача 24.**

1. Правосторонній хронічний мезотимпаніт, фаза ремісії. Загострення лівостороннього хронічного гнійного мезотимпаніту. Нейросенсорна приглухуватість.
2. Тимпаноластика на правому вусі можлива. Тимпаноластика на лівому вусі не показана у зв'язку з нейросенсорною приглухуватістю.
3. Основні покази до тимпаноластики:
  - Хороша функція звукосприймального апарату;
  - Хороша функція слухової (євстахієвої) труби;
  - Наявність біля 50% макроскопічно не зміненої слизової оболонки стінок барабанної порожнини;
  - Відсутність загострень хронічного отиту та внутрішньочерепних отогених ускладнень.

#### **Задача 25.**

1. Діагноз: лівосторонній хронічний гнійний мезотимпаніт.
2. Додаткові методи дослідження: дослідження прохідності слухової труби, рентгенограма скроневих кісток, аудіограма.
3. Домішки крові в гною пов'язані з травмуванням зондом грануляцій.
4. Після ліквідації ознак запалення середнього вуха показана тимпаноластика типа I - міринголастика.

#### **Задача 26.**

1. Правосторонній хронічний гнійний мезотимпаніт, стадія ремісії.
2. Перфорація в натягнутій частині барабанної перетинки, що не досягає

кісткового кільця (annulus tympanicus) називається центральною (ободковою).

3. Хворій показана тимпаноластика II типу за Вульштейном.

### Задача 27.

1. Правосторонній хронічний гнійний епітимпаніт.

2. Диференційний діагноз мезо - і епітимпаніту

Критерії (ознаки захворювання)	: Мезотимпаніт	: Епітимпаніт
Характер перфорації	центральна	крайова
Місце перфорації барабанної перетинки	натягнута частина	розслаблена частина банної
Стан стінок надбарабанного простору	стінки гладкі	стінки шорсткі
Характер виділень з Вуха	слизово-гнійні, без запаху	гнійні, з неприємним запахом
Дані рентгенографії сосковидного відростка	склероз кістки, зниження пневматизації	деструкція соскоподібного відростка
Тип приглухуватості	звукопровідний	приглухуватість змішаного типу

3. Консервативне лікування можливе в усіх випадках (при відсутності загострення епітимпаніту та внутрішньочерепних отогенних ускладнень). Позитивного тривалого результату можна очікувати при локалізації холестеатоми в передньому відділі надбарабанного простору, відсутності деструкції слухових кісточок, при великому дефекті кістки навколо холестеатоми.

### Задача 28.

1. Діагноз: загострення правостороннього хронічного гнійного епімезотимпаніту.

2. Допоміжні методи дослідження: рентгенограма сосковидних відростків, тональна аудіограма.

3. Загальнопорожнина (радикальна) операція правої скроневої кістки.

### Задача 29.

1. Діагноз: хронічний лівосторонній епімезотимпаніт.

2. Хворій пропонували загальнопорожнину (радикальну) операцію на лівому вусі.

3. Можливо виконати тимпаноластику III типу за Вульштейном.

### Задача 30.

1. Правосторонній хронічний гнійний епімезотимпаніт.

2. Основний принцип операції: видалення патологічно-зміненої кістки і об'єднання всіх повітроносних порожнин (барабанної, печери, альвеол соскоподібного відростка в одну). Цілі операції:

- а) ліквідація гнійного процесу у середньому вусі.
  - б) попередження розвитку внутрішньочерепних отогенних ускладнень;
3. Можлива тимпанопластика IV типу за Вульштейном.  
4. Необхідно оприділити прохідність слухової труби.

### Задача 31.

1. Правосторонній хронічний гнійний епітимпаніт. Нейросенсорна приглухуватість.

2. Комбіноване ураження органа слуху можна пояснити деструктивними змінами барабанної перетинки і ланцюга слухових кісточок; проникненням токсинів з середнього у внутрішнє вухо через зв'язку овального і мембрану круглого вікна, а також дією вірусу грипу на всі ланки звукосприймального апарата.

3. Дані про стан стінок надбарабанного простору і ланцюга слухових кісточок; наявність секвестрів, нориці, поліпів, холестеатоми.

4. Лікування: загальнопорожнинна операція, при відповідних умовах - тимпанопластика.

### Задача 32.

1. Дослідження за допомогою кулькового зонда, промивання надбарабанного простору за методом Гартмана, рентгенологічні дослідження, дослідження гостроти слуху, біопсія, мікроскопія.

2. Диференційний діагноз мезо - і епітимпаніту

Ознаки захворювання	: Мезотимпаніт :	Епітимпаніт
Характер і локалізація перфорації	центральна, як правило, pars tensa	Крайова в pars flaccida
Стан фіброзного кільця банної перетинки	збережене	Зруйноване (якщо крайова перфорація на рівні pars tensa
Стан слизової оболонки кістки барабанної порожнини	уражується слизова оболонка	Уражується слизова оболонка і кістка (остейт).
Характер виділень з	слизові, слизово-	Гнійні, з неприємним

вуха	гнійні, гнійні без запаху	запахом	
Наявність грануляцій, поліпів	зустрічаються не часто (в мезо- і гіпотимпанумі)	зустрічаються (в епітимпанумі).	часто
Переважна локалізація процесу	мезотимпанум, гіпотимпанум	атико-антральна об- ласть з частим рет- ротимпанальним роз- повсюдженням	
Холестеатома	не характерна	характерна (зустрі- чається часто)	
Рентгендослідження	зниження пневмати- зації ретротимпана льних порожнин	деструкція кістки	
Прогноз немає.	небезпечних для життя ускладнень нього черепні ускладнення.	несприятливий (часто викликають внутріш- ні ускладнення).	

3. Неправильний діагноз поставив лікар А, тому, що не провів ретельного обстеження вуха, його діагноз базується тільки на локалізації перфорації.

### Задача 33.

1. Загострення лівобічного хронічного мезотимпаніту.
2. Пояснюється підвищеним тиском гною в барабанній порожнині, який "виштовхується" завдяки сумарній пульсації судин стінок барабанної порожнини.
3. При гострому середньому отиті пульсація гною має такий же генез; тривалість захворювання при хронічному мезотимпаніті і наявність грануляцій по краях перфорації барабанної перетинки відрізняє його від гострого.
4. Видалення грануляцій вушним конхотомом, закапування у вухо спиртових крапель з метою подавлення їх росту, ліквідація запального процесу у середньому вусі, тимпанопластика.

### Задача 34

1. Хронічний алергічний риніт. Хронічний мезотимпаніт алергічного походження.
2. Мікроскопія виділень з носа і вуха, аналіз крові, проби на чутливість до

алергенів.

3. Десенсибілізуюча, протизапальна терапія, усунення факторів, провокуючих алергізацію організму.

### Задача 35

1. Мікоз зовнішнього і середнього вуха (викликаний *aspergillus niger*).
2. Колір виділень залежить від виду гриба - збудника даного мікозу.
3. Діагностика проводиться в спеціальних мікологічних лабораторіях.
4. Протигрибкова терапія з урахуванням чутливості грибів до тих чи інших препаратів (стандартний розчин нітрофунгіну, 0.1% спиртовий розчин леворіну, розчин натрієвої солі ністатіну тощо).

### Задача 36

1. Хронічний епітимпаніт.
2. Холестеатома зовні нагадує сироподібну масу. Її генез:
  - а) на думку Бецольда, холестеатома виникає внаслідок вросання шкіри зовнішнього слухового проходу в середнє вухо через крайову перфорацію;
  - б) холестеатома - щільне нашарування епідермальних мас, просякнутих продуктами їх розпаду, головним чином холестерином. Вміст холестеатоми складається з маси, що утворилася в результаті хімічного перетворення мертвого тканинного субстрату;
  - в) під дією продуктів розпаду і хімічних компонентів холестеатоми, зокрема колагенази, виникає руйнування кістки, які нерідко призводять до так званої природної радикальної операції, а також до різних внутрішньочерепних ускладнень.
3. Наявність холестеатоми можна оприділити візуально (отоскопія), зондуванням, промиванням надбарабанного простору за Гартманом, рентгенологічно.
4. Аттикоантротомія, при наявності певних показань - тимпанопластика.

### Задача 37

1. Хронічний гнійний епімезотимпаніт.
2. Можна гадати, виходячи з вищевикладених даних, про змішаний характер ураження органа слуху (гірше сприймає ШМ ніж РМ).
3. Тональна порогова, надпорогова і мовна аудіограма, дослідження ультразвуком.
4. Загальнопорожнина операція. При відповідному стані звукосприймального апарата і слухової труби можлива осікулопластика.

### Задача 38

1. Лівобічний хронічний епітимпаніт.
2. Незначне зниження слуху можна пояснити локалізацією перфорації, відносно невеликою тривалістю процесу, цілістю ланцюга слухових кісточок, відсутністю або



малою інтоксикацією внутрішнього вуха.

3. При описаній вище локалізації холестеатоми, відсутності деструкції кісткових структур середнього вуха можливе успішне консервативне лікування - промивання надбарабанного простору органічними розчинниками (спирт, бензин) за методикою Гартмана. Ці розчини розчиняють жири (холестерин), що сприяє розпаду холестеатоми та її вимивання.

### Задача 39

1. Тому, що не виконав ретельного туалету вуха, знехтував допоміжними методами обстеження.

2. Туалет вуха ватними турундами, промивання зовнішнього вуха антисептичними розчинами, промивання надбарабанного простору органічними розчинниками за допомогою канюлі Гартмана, зондування надбарабанного простору кульковим зондом.

3. Отоскопія за допомогою оптики (лійка Зігля, мікроскоп), рентгенографія вуха, аудіомерія.

4. Підвищеним тиском в надбарабанному просторі (внаслідок утрудненого відтоку гною), дією токсинів на нервові закінчення слизової оболонки барабанної порожнини.

5. Лікар запропонував хворому атикоантротомію.

### Задача 40

1. Хронічний гнійний лівобічний епімезотимпаніт.

2. В даному випадку можливо виконати III або IV тип тимпаноластики за Вульштейном.

3. Слідом за сануючою операцією можлива тимпаноластика, при відсутності (ліквідації) холестеатоми, загострення запального процесу у середньому вусі і наявності відповідних показань для неї.

4. Безумовні протипокази до тимпаноластики:

а) загальні: гострі та хронічні важкі захворювання, похилий вік хворого;

б) місцеві: внутрішньочерепні ускладнення, повна облітерація слухової труби, кісткова блокада вікна завитки, глухота.

### Задача 41

1. Можна думати про гострий середній неперфоративний гнійний отит, ускладнений дифузним серозним лабіринтитом.

2. Лікування: парацетез барабанної перетинки, антибіотики широкого спектру (не ототоксичні), дегідратаційна терапія, блокування аферентації з лабіринту (підшкірне введення розчинів атропіну, скополаміну, пантопону).

3. Наслідки дифузного серозного лабіринтититу:

а) одужання;

- б) розвиток дифузного гнійного лабіринтиту;
- в) припинення запалення з стійким порушенням функції звукового і вестибулярного аналізаторів.

#### **Задача 42**

1. Діагноз: загострення лівостороннього хронічного гнійного епімезотимпаниту, ускладнення - акстрадуральний абсцес.
2. Гній накопичується між кістою і твердою мозковою оболонкою.
3. Поява великої кількості гною у вусі пояснюється зруйнуванням кісткової стінки екстрадурального абсцесу (перетворення його з закритої у відкриту форму), а пульсуючий характер виділення гною - сумарною пульсацією судин головного мозку.
4. Лікування: розширена загальнопорожнина (радикальна) операція, антибіотикотерапія.

#### **Задача 43**

1. Загострення лівостороннього хронічного епімезотимпаниту, ускладнення - субдуральний абсцес.
2. Рентгенографія соскоподібних відростків, консультація невропатолога, люмбальна пункція.
3. Розширена загальнопорожнинна (радикальна) операція, розкриття і дренивання абсцесу, антибіотикотерапія.

#### **Задача 44.**

1. Лівосторонній гострий отит, ускладнений мастоїдитом і отогенним сепсисом.
2. Отохірург виконав розширену антромастоїдотомію.
3. Отогенний сепсис необхідно диференціювати з тромбозом сигмовидного синусу.

#### **Задача 45**

1. Лівосторонній хронічний гнійний епітимпаніт, ускладнений обмеженим лабіринтитом.
2. Вестибуло-вегетативні розлади пов'язані з наявністю фістули (нориці) в горизонтальному півколовому каналі.
3. Діагноз обмеженого лабіринтиту можна підтвердити пресорною (фістульною) пробою. При компресії ністагм в бік хворого вуха, при декомпресії - в бік здорового вуха.
4. Лікування: загальнопорожнина (радикальна) операція, антибіотикотерапія, дегідратаційна терапія.

#### **Задача 46**

1. Лівосторонній гострий середній гнійний перфоративний отит. Отогенний

менінгіт.

2. Допоміжні методи дослідження: люмбальна пункція, рентгенограма сосковидних відростків.

3. Розширена антромастоїдотомія (оголення твердої мозкової оболонки середньої і задньої черепних ямок), антибіотикотерапія, дегідратаційна і дезінтоксикаційна терапія.

#### **Задача 47**

1. Лівосторонній хронічний гнійний епітимпаніт, ускладнений абсцесом лівої скроневої доли.

2. Стадії перебігу ускладнення, що виникло на фоні хронічного гнійного епітимпаніту: початкова, латентна, явна, кінцева.

3. Лікування: розширена загальнопорожнина (радикальна) операція на лівій скроневої кістці, пункція і розкриття абсцесу, антибіотикотерапія, дегідратаційна терапія.

#### **Задача 48.**

1. Правосторонній гострий середній гнійний отит, ускладнений абсцесом мозочка.

2. Групи симптомів внутрішньомозкових (у тому числі мозочкових) абсцесів: загальні, загальнономозкові, місцеві (гніздові).

3. Допоміжні методи дослідження: рентгенографія скроневих кісток і черепа, люмбальна пункція, сканування.

4. Лікування: розширена антромастоїдотомія, розкриття абсцесу, антибіотикотерапія, дегідратаційна терапія.

#### **Задача 49.**

1. Загострення правостороннього епімезотимпаніту. Ускладнення - правосторонній дифузний гнійний лабіринтит.

2. Фаза подразнення рецепторів лабіринта (серозний процес) змінилась фазою їх різкого пригнічення або арефлексією (гнійний процес).

3. Глухота і арефлексія правого лабіринту стала наслідком гнійного лабіринтиту і руйнування рецепторів.

4. Лікування: загальнопорожнина (радикальна) операція, антибіотикотерапія, дегідратаційна терапія, блокування аферентації з лабіринту.

#### **Задача 50.**

1. Загострення правостороннього хронічного гнійного епітимпаніту, мастоїдит, синус-тромбоз.

2. Загальнопорожнина операція, оголення S-синуса, його пункція, видалення тромба (при наявності), антибіотико- і дегідратаційна терапія.

3. Синустромбоз необхідно диференціювати з отогенним сепсисом, малярією, тифами, пневмонією та іншими захворюваннями.

#### **Задача 51**

1. Правостороній гострий дифузний лабіринтит.
2. Відсутність гострого середнього отиту, менінгіту дають підставу говорити про інфекційний процес у внутрішньому вусі гематогенного походження.
3. Зміна симптоматики ураження внутрішнього вуха свідчить про перехід серозного лабіринтиту в некротичний з яким пов'язаний розвиток периферичного парезу лицьового нерву.
4. Акуметричні, вестибулометричні, рентгенологічні (комп'ютерна томограма вуха) методи дослідження.

#### **Задача 52**

1. Гострий середній правосторонній гнійний отит. Правосторонній гнійний дифузний лабіринтит. Лабіринтогенний правосторонній абсцес мозочка.
2. Розширена антростоїдотомія, розкриття і дренивання абсцесу мозочка.

#### **Задача 53**

1. Менінгококовий цереброспінальний менінгіт.
2. Менінгококовий дифузний гнійний лабіринтит.
3. Основні дані для встановлення діагнозу: назофарингіт, менінгіт, випадіння слухової та вестибулярної функцій.
4. У внутрішнє вухо інфекція проникла з субарахноїдального простору через водопровід завитки або внутрішній слуховий прохід.

#### **Задача 54**

1. Лівобічний хронічний гнійний епімезотимпаніт, ускладнений арахноїдитом задньої черепної ямки (мосто-мозочкового кута).
2. Лікворна гіпертензія призвела до кохлеовестибулярних розладів, ураження трійчатого нерва.
3. Перебіг захворювання - тривалий зі схильністю до рецидивів.
4. Комп'ютерна томограма, лабораторні дослідження спинномозкової рідини.
5. Розширена загальнопорожнина операція, антибіотикотерапія, дегідратаційна терапія.

#### **Задача 55**

1. Правобічний хронічний гнійний епітимпаніт, ускладнений абсцесом скроневої доли.
- 2.- Загальні симптоми захворювання, які пов'язані з інфекцією, інтоксикацією організму.

- Загальномоозкові симптоми обумовлені підвищенням внутрішньочерепного тиску;
  - Симптоми локального ураження мозку залежать від місця локалізації абсцесу.
3. Розширена загальнопорожнина операція, розкриття і дронування абсцесу скроневої доли.

#### **Задача 56**

1. Правосторонній гострий середній гнійний отит, який ускладнився мастоїдитом, тромбозом внутрішньої яремної вени (у тому числі її цибулини).
2. Ураження ІХ, Х, ХІ черепномозкових нервів пов'язано з патологічним процесом цибулини яремної вени, яка проходить разом з нервами через яремний отвір черепа.
3. Рентгенографія соскоподібних відростків, загальний аналіз крові, пункція внутрішньої яремної вени (після її оголення).
4. Антромастоїдотомія, перев'язка, розтин стінки внутрішньої яремної вени з наступним видаленням тромба.

#### **Задача 57**

1. В недостатньому обстеженні вуха. Діагноз поставлений на основі наявності перфорації і фістульного симптома, при відсутності основних факторів, що сприяють утворенню норичі в горизонтальному півколовому каналі (холестеатома, грануляції, карієс кістки).
2. а) Лабільність мембран вікон або нервових елементів внутрішнього вуха;  
б) наявність уродженого сифілісу (на думку деяких авторів, це зв'язано з підвищеною рухливістю стременця при сифілітичному періоститі).
3. Ретельний огляд вуха, зондування і промивання надбарабанного простору, рентгенобстеження середнього вуха (у тому числі комп'ютерну томографію), RW.

#### **Задача 58**

1. Загострення правостороннього хронічного гнійного епімезотимпаніту. Отогенний енцефаліт.
2. Комп'ютерна томографія, отоневрологічне дослідження.
3. Загальнопорожнинна операція на правій скроневої кістці, масивна антибіотико- і дегідратаційна терапія. При відсутності, в найближчі післяопераційні дні, покращання стану здоров'я - пункція мозку.

#### **Задача 59**

1. Правобічний гострий дифузний серозний лабіринтит гематогенного походження.
2. Наявність епідемічного паротиту (при якому за даними деяких авторів вірус циркулює в крові), однобічність ураження внутрішнього вуха (переважно

вестибулярного рецептора) відсутність запальних процесів з боку середнього вуха та інших ЛОР органів дозволяє вважати попадання інфекції у внутрішнє вухо гематогеним шляхом.

3. Допоміжні методи обстеження: дослідження спинномозкової рідини, загальний аналіз крові, консультація отоневролога.

4. Лікування: рання дегідратаційна терапія, антибіотики широкого спектру дії, сульфаніламід.

### Задача 60

1. Загострення хронічного гшнійшого епімезотимпаніту, пересинуозний абсцес. Тромбоз кавернозного синуса.

2. З середнього вуха інфекція попала в ділянку біля сигмовидного синуса, а з відти найбільш вірогідно, через верхній кам'янистий синус або перикаротидне венозне сплетіння в кавернозний синус.

3. Основні напрямки патогенетичної терапії - боротьба з запальним процесом, тромбоутворенням (деякі утримуються від цього, виходячи з небезпеки посилення геморагій), симптоматична терапія.

### Задача 61

1. Двостороння нейросенсорна приглухуватість.

2. "Швабах укорочений".

3. Порогова, надпорогова аудіометрія, дослідження ультразвуком.

### Задача 62

1. Оперізуєчий лишай, що ускладнився ураженням гілок слухового і вестибулярного нерва, периферичним парезом лицьового нерва.

2. Тональна порогова і надпорогова аудіограма, отоневрологічне обстеження.

3. Прогноз захворювання: можлива повна і безповорона втраа слуху.

### Задача 63

1. Вушні шуми порділяють на суб'єктивні та об'єктивні. Суб'єктивні шуми супроводжуються зниженням слуху, об'єктивні - не супроводжуються (вони пов'язані з судиним, м'язевим фактором та патологією слухової труби).

2. інтенсивність суб'єктивних шумів позначається плюсами:

- слабкий шум (+) - хворий повідомляє про нього спеціально поставлене лікарем запитання;

- помірний шум (++) - хворий повідомляє про нього поряд з іншими скаргами;

- сильний шум (+++) - хворий повідомляє про нього впершу чергу.

3. Позитивний ефект м'язотимпанальних блокад (рефлекторний вплив на нервові закінчення барабанного сплетіння) дає підстави для проведення лікування методом рефлексотерапії (акупунктура, електропунктура, лазеропунктура і т.д.)

### Задача 64

1. I-й ступінь, якщо ністагм вивляється при погляді у бік його швидкого компоненту.
2. Хвороба Мен'єра.
3. Гострий приступ хвороби Мен'єра купірують ін'єкціями 0.1% розчину атропіну, внутрішньовенним введенням 0.5% розчину новокаїну, 40% розчину глюкози, 5% розчину бикарбонату натрію, внутрішньом'язово 2.5% розчину аміназину, антигістаміні препарати (дімедрол, піпольфен), преднізолон.

### Задача 65

1. Криві порогів чутності мають нисхідний характер, крива повітряної провідності повторяє кісткову, немає кістково-повітряного інтервалу.
2. Аудиометрична картина характерна для ураження звукосприймаючого апарату.
3. Діагноз: двостороння нейросенсорна приглухуватість (токсичного генезу).

### Задача 66

1. Змішана форма приглухуватості. Хвороба Мен'єра.
2. Підвищення внутрішньолабіринтного ендолімфатичного тиску, розтягнення перетинчастих мембран, зниження їх коливальних можливостей.
3. Нефективність медикаментозного лікування, прогресуюче зниження слуху, соціально- придатний слух, позитивний гліцероовий тест дає підстави для проведення дегідратаційної терапії і дренивання ендолімфатичного мішка.

### Задача 67

1. R позитивний, малий, Schw - укорочений, W - (лат. вліво).
2. Хвороба Мен'єра.
3. Середня форма важкості.

### Задача 68

1. АД: різконисхідні криві кісткової і повітряної провідності (звуки з частотою > 3кГц не сприймаються), незначний кістково-повітряний інтервал, характерні для змішаної приглухуватості (переважає ураження звукосприймального апарату).  
AS: пороги аудіомеричних кривих по кістковій і повітряній провідності на рівні 0-10дБ відповідають нормальному сану звукопровідного та звукосприймального апарату вуха.
2. Оосклероз, кохлеарна форма.
3. R-, Schw-подовжений, \_ W (латералізація вправо).
4. Консервативне лікування. а) діяння на оосклероичне вогнище з метою гальмування його розвитку (прийом йодистого калію, йодистого літію, тиреоїдину, пітуїтрину); б) боротьба з вушними шумами (застосування фторисого натрію, препаратів магнію).

### Задача 69

1. Звукоповідний тип приглухуватості.
2. Отосклероз.
3. Перша стадія - стадія васкуляризації.
4. Тимпанальна форма отосклерозу.

### Задача 70

1. Отосклероз.
2. Утворення отосклеротичних вогнищ в капсулі вестибулярного відділу лабіринту, дія на рецептори вестибулярного аналізатора продуктів обміну отосклеротичного вогнища.
3. Найбільш доцільною є стапедопластика.

### Задача 71

1. Епідемічний паротит. Глухота на праве вухо.
2. Етіологія - вірус епідемічного паротиту.
3. Епідемічний паротит - вірусне захворювання (вірус знаходять в крові, цереброспінальній рідині). приглухуватість розвивається при наявності ознак запалення білявушної слинної залози; нерідкі випадки розвитку глухоти, ще до появи ознак (місцевих) її ураження.
4. Характерність перебігу нейросенсорної приглухуватості при епідемічному паротиті, швидкість (майже блискавичність), повне випадіння функції звукового аналізатора, однобічність процесу.

### Задача 72

1. Двобічна нейросенсорна приглухуватість.
2. Хворий потрапив в умови феномена Штенгера: інтенсивний звук, діючий на одне вухо викликає асиметрію слуху внаслідок чого коркова зона непротизованого вуха, по закону негативної індукції, виявляється в стані гальмування, яке іррадіює на коркову ділянку протезованого вуха.
3. З метою зняття асиметрії слуху рекомендують користування двувушними протезами з регульованою інтенсивністю звуків.
4. Термін "слухопротезування" по суті неправильний тому, що апарати не замінюють слуховий орган або будь-яку його частину. Вони тільки посилюють звуки мови і тим самим перетворюють їх з нечутних в чутні.

### Задача 73

1. Хвороба Мен'єра.
2. Періодична зміна гостроти слуху носить назву "флюктуючий слух". Пояснюється це коливанням величини гідропсу.



3. Можливі варіанти розвитку (початку) хвороби Мен'єра:

- а) майже в половині випадків захворювання починається з слухових розладів, вестибулярні приєднуються пізніше;
- б) одночасне ураження слухової і вестибулярної функції (класичний варіант) зустрічається в 1/3 випадків;
- в) в 1/5 - 1/6 випадків захворювання починається з вестибулярних розладів.

#### Задача 74

1. У хворого Я., за клінічними ознаками, можна передбачити необоротну стадію ендолімфатичного гідропса.
2. Цінне діагностичне і прогностичне значення мають дегідратаційні тести, у тому числі гліцероловий.
3. Найбільш доцільним методом лікування в даному випадку є деструктивна операція на лабіринті.

#### Задача 75

1. Отосклероз, кохлеарна форма.
2. Надпорогова, мовна аудіометрія, дослідження слухової чутливості ультразвуком.
3. а) Консервативне лікування консервативне заключається в діянні на отосклеротичні вогнища в плані гальмування їх розвитку (йодистий калій, йодистий літій, загальноукріплюючі засоби) і в боротьбі з вушними шумами (фтористий натрій 60 мг на добу протягом 1-3 років ...). Ефективність лікування незначна.
- б) Хірургічне лікування: деструктивні операції на лабіринті або вестибулярному нерві.

#### Задача 76

1. Отосклероз, змішана форма.
2. Розбірливість мови визначають за допомогою мовної аудіограми.
3. Отосклероз необхідно диференціювати з кохлеарною формою приглухуватості за допомогою ультразвуку.

#### Задача 77

1. Двостороння нейросенсорна приглухуватість.
2. "Рінне" позитивний, малий; Швабах укорочений, можлива латералізація звуку вправо.
3. Тональна порогова, надпорогова і мовна аудіограма, дослідження ультразвуком.
4. В спектрі ШМ переважають високі частоти. Зниження їх сприйняття характерно для нейросенсорної приглухуватості.

#### Задача 78

1. Напад хвороби Мен'єра.
2. Тональна порогова, мовна аудіометрія, вестибулометрія, дегідратаційні проби.
3. а) гідропсом лабіринту (посилюється ригідність базилярної мембрани), наявністю в завитці кінцевих продуктів обміну і, як наслідок, порушення біохімічної і метаболічної активності волоскових клітин, а в подальшому їх дегенерація і атрофія.  
б) розширення заднього відділу перетинчастого лабіринту (веде до капілярних розладів), біохімічні, метаболічні і дегенеративні зміни в рецепторах вестибулярного аналізатора.
4. Лікування: строгий ліжковий режим, дегідратаційна, десенсибілізуюча (у тому числі преднізолонтерапія), сечогінні препарати в поєднанні з обмеженням прийому рідини і солі.

### **Задача 79**

1. Отосклероз, тимпанальна форма.
2. Симптом Шварца. Локалізація надмірного васкуляризованої слизової оболонки знаходиться в області миса перед підніжною пластинкою стремінця.
3. Допоміжні методи дослідження надпоргова та мовна аудіограма, ультразвукове дослідження, визначення прохідності слухової труби.
4. Сучасні операції на стремінці при отосклерозі: стапедектомія з наступною стапедопластикою, поршнева стапедопластика, ізоляція отосклеротичного вогнища за Фоулером.

### **Задача 80**

1. Хвороба Мен'єра, необоротна стадія ендолімфатичного гідропсу.
2. Методи обстеження вестибулометричні, аудіологічні, дегідратаційні тести.
3. Хворому показане хірургічне втручання (деструктивні операції на лабіринті або вестибулярному нерві).
4. Основні хірургічні втручання:
  - операції на вегетативній нервовій системі;
  - декомпресійні операції на лабіринті;
  - деструктивні операції на лабіринті і вестибулярному нерві.

## 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.