

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

Гардига В.В., Кіщук В.В.

Ситуаційні задачі з оториноларингології

Навчальний посібник
Розділ VII
Травми ЛОР органів

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

Вінниця, 2004

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

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

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

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

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

Електроний варіант посібника складається з кількох розділів:

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

Рецензенти:

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

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

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

Задача № 197

Хлопчик Н., 10 років, під час падіння вдарився носом до підлоги, Через день звернувся в ЛОР-кабінет поліклініки з скаргами на відсутність дихання через ліву половину носа, незначний біль в області носа.

При огляді зовнішнього носа ознак травми не знайдено. Передня риноскопія: зліва на перегородці носа - округлої форми випинання, слизова оболонка над ним рожевого кольору з ціанотичним відтінком. Дихання через ліву половину носа відсутнє.

1. Попередній діагноз.
2. Визначте план обстеження.
3. Визначте план лікування (а,б).

Задача № 198

У хворого А., віком 45 років, через 3 роки після виникнення головного болю, періодичного шуму у вухах, з'явилась носова кровотеча. Через 20 хвилин хворий втратив 200мл крові. Місце кровотечі - середня ділянка медіальної стінки правої половини носа.

Визначте:

- 1) важкість (ступінь) кровотечі.
- 2) найбільш вірогідна причина кровотечі.
- 3) найбільш доцільний спосіб зупинки кровотечі.

Задача № 199

Хворому Б., віком 34 роки, тупим предметом нанесений удар в область носа. При пальпації виявлена патологічна рухливість спинки носа, крепітація кісткових відламків, підшкірна повітряна крепітація. При передній риноскопії спостерігається кровотеча і лікворея.

1. Встановіть діагноз (детальна характеристика травми).
2. В чому небезпечність наявності ліквореї.
3. Призначте лікування.

Задача № 200

В результаті відкритого проникного поранення осколком міни правої лобної пазухи утворились кісткові відламки передньої, нижньої і тріщини задньої стінки.

1. Якими методами обстеження можна це довести?
2. Яке хірургічне втручання необхідно виконати, доступ і заключний етап (до закриття рани) операції?
3. Ваша думка що до тампонування після операції правої половини носа?

Задача № 201

Після тупої травми носа у хворого М., в той же день з'явилося утруднене дихання

через праву половину носа, незначний біль при доторкуванні до нього. На 3-й день підвищилась температура тіла до 38.2 градусів, на 5-й день температура досягла 39 градусів, хворий відчув утруднене дихання і через ліву половину носа.

Передня риноскопія: двобічне випинання перегородки носа. Дихання через ніс відсутнє.

1. Який попередній діагноз?
2. Яке обстеження необхідно провести?
3. План лікування (конкретно, а не взагалі).
4. Можливе ускладнення цього патологічного процесу.

Задача № 202

Під час боротьби один з борців сильно притиснув рукою вушну раковину суперника. Внаслідок цього в області верхньої частини зовнішньої (передньої) поверхні правої раковини з'явилась припухлість півкулястої форми, шкіра над ним червоного кольору з ціанотичним відтінком. При пальпації утворення безболісне, флюктууюче.

1. Який попередній діагноз?
2. Які додаткові обстеження необхідні?
3. Послідовність лікувальних заходів?
4. Можливі ускладнення?

Задача № 203

До хворого М., що знаходиться на лікуванні в нейрохірургічному відділенні запросили консультанта оториноларинголога.

З анамнезу відомо, що три дні тому, хворий впав і вдарився потилицею до каменю, втратив свідомість, яка не повернулася до нього на час прибуття оториноларинголога. Загальний стан здоров'я хворого важкий.

При обстеженні хворого консультант виявив кров'яний згусток і спинномозкову рідину в зовнішньому слуховому проході правого вуха, розрив барабанної перетинки в задньо-верхньому квадранті, периферичний параліч правого лицьового нерва. В день обстеження у хворого з'явився синяк в області повік і під кон'юнктивою очного яблука.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які додаткові (з точки зору оториноларинголога) обстеження необхідно провести для уточнення діагнозу?
3. Який перелом піраміди можна передбачити виходячи з отоскопічної картини та неврологічної симптоматики? Де проходить лінія перелому?

Задача № 204

Солдат З., поступив на ПМП з наскрізним осколочним пораненням гортані (на границі середньої і нижньої третини щитовидного хряща). Поранення супроводжується утрудненим гортанним диханням, безперервним кашлем з виділенням крові, погіршенням загального стану здоров'я.

При пальпації гортані відчувається рухливість фрагментів щитоподібного і перс-неподібного хрящів.

1. Які допоміжні методи дослідження необхідні?
2. Послідовність лікувальних заходів (а,б,в,г,д) до госпіталізації пораненого в шпиталь "голова-шия".
3. Що повинен виконати оториноларинголог шпиталю "голова-шия"?

Задача № 205

Після бомбового удару, нанесеного по позиції стрілкового підрозділу, у солдата Ф. з'явився шум у вухах, наступила повна двобічна глухота, розлад ототопіки, мови (дисфонія). Ознак травми будь-якої частини тіла не знайдено. Невропатолог не виявив змін центральної нервової системи органічного характеру.

Оториноларингологом виявлено зниження чутливості шкіри зовнішніх слухових проходів, слизової оболонки глотки. Барабанні перетинки не змінені. Розмовної мови поранений не сприймає. Звуки камертонів C_{128} і C_{2048} сприймає.

1. Ваш діагноз? Обґрунтуйте його.
2. Механізм розвитку порушень слуху і мови?
3. Лікування.

Задача № 206

Хворий М., протягом 2-х років страждає хронічним катаральним ринітом. Вчора під час чергового взриву кам'яної породи відчув біль у лівому вусі, зниження слуху на нього.

Отоскопічна картина: перфорація барабанної перетинки лівого вуха в задніх квадрантах, навколо якої спостерігаються крововиливи. Мілкі крововиливи є також в слизовій оболонці медіальної стінки барабанної порожнини.

1. Попередній діагноз.
2. Який фактор у хворого міг сприяти виникненню розриву барабанної перетинки? Чому?
3. Передбачувані результати камертональних досліджень R, W?

Задача № 207

Громадянину Х., годину тому нанесли сильний удар в потиличну область. Загальний стан важкий: непритомність, порушення психіки, брадикардія, блювання, не зв'язане з прийомом їжі тощо. Через 11 днів хворий прийшов до свідомості, загальний стан здоров'я покращався. Основні скарги: втрата слуху на праве вухо, незначне запаморочення, нудота, розлад рівноваги.

Отоскопія - барабанні перетинки не змінені. Шепітну і розмовну мову хворий правим вухом не сприймає. Помірно виражений периферичний парез правого лицьового нерва.

1. Вірогідні причини ураження звукового аналізатора (а,б,в).

2. Допоміжні методи дослідження.
3. Лікування ураження органа слуху.

Задача № 208

Громадянин Н., віком 39 років, звернувся в ЛОР-відділення зі скаргами на виділення крові з зовнішнього слухового проходу лівого вуха, сильний біль при жуванні і любых рухах нижньої щелепи. Вищенаведене пов'язує з падінням на нижню щелепу.

Об'єктивно: після очистки зовнішнього слухового проходу від крові виявлено випинання в області передньої і нижньої стінок його кісткового відділу. На вершині випинання за допомогою кулькового зонда знайдено розрив шкіри та дрібні кісткові осколки. При пальпації ділянки скронево-нижньощелепного суглобу відмічається болючість і припухлість. Гострота слуху: ШМ - 6м; РМ > 10 м.

1. Поставте діагноз.
2. Визначте допоміжні методи діагностики при даній патології.
3. Призначте лікування (а,б,в,г).

Задача № 209

Внаслідок удару тупим предметом в область носа у потерпілого Н., виник струс мозку III ступеня, з'явилась кровотеча, зміщення зовнішнього носа вправо (починаючи з його основи), западіння спинки, дві неправильної форми рани шкіри.

1. Поставте діагноз.
2. На чому базується діагностика подібних травм.
3. Послідовність проведення лікувальних заходів (а,б,в).
4. Можливість негайного хірургічного втручання в даному випадку.

Задача № 210

Солдат Ф., був доставлений в госпіталь "голова-шия" на другий день після поранення осколком міни правої половини лица. Загальний стан пораненого середньої важкості. Ф. скаржиться на виділення крові з рани, головний біль, який іррадіює в зуби, орбіту, потилицю.

При зондуванні виявлена значна руйнація передньої та задньої стінок верхньощелепної пазухи, наявність в ній згустків крові з дещо неприємним запахом. Відмічається різкий набряк та інфільтрація м'яких тканин лица навколо рани. Рана неправильної форми з нерівними краями.

1. Поставте діагноз.
2. Чим пояснити іррадіацію болю в різні анатомічні області?
3. Призначте лікування (послідовність заходів: а,б,в,г,д).
4. За чією методикою краще оперувати пораненого?

Задача № 211

Громадянин Н., що їхав на мотоциклі, не помітив перетягнутої над дорогою вірвовки, внаслідок чого отримав удар в шию і випав на дорогу. Був доставлений в ЛОР

відділення Вінницької обласної лікарні ім. М.І.Пирогова у важкому стані. Хворий сидить, тому що в лежачому положенні задихається.

ЛОР status: припухлість і садна шкіри передньої поверхні шиї, підшкірна емфізема, виражені синюшність губів, акроціаноз і участь в диханні міжреберних м'язів. При пальпації шиї виявлено, що тіло під'язикової кістки знаходиться вище звичайної локалізації. При непрямій ларингоскопії - голосові складки в парамедіанному положенні, практично не рухливі. На рентгенограмі шиї визначається "світлий" проміжок між нижнім краєм гортані і верхнім краєм груднини.

1. Поставте діагноз.
2. Яка, на Вашу думку, причина парамедіанного положення голосових зв'язок?
3. Призначте лікування, основні його етапи (а,б,в,г)?

Задача № 212

Хворій С., 67 років. В Уральській міській лікарні через декілька хвилин після струмектомії виконали верхню трахеотомію, а через три місяці нижню (з приводу рубцевого стенозу шийного відділу трахеї).

С. – канюляр протягом трьох років.

Явища стенозу гортані і трахеї супроводжувались періодично різким кашлем, ядухою, кровотечею з країв трахеостоми, які покриті масивними грануляціями.

Останні 7 місяців кожні 20-30 хвилин хвора виконувала, туалет внутрішньої трахеотомічної трубки.

У зв'язку з вищеописаним поступила в ЛОР клініку Вінницького університету.

ЛОР статус: справжні голосові складки нерухомі, зімкнуті, зімкнуті між собою, гортанне дихання відсутнє; рубцева облітерація шийного відділу трахеї, дихання через подовжену трахеотомічну трубку утруднене.

Під інтубаційним наркозом виконана ларинготрахеостома.

Просвіт грудного відділу трахеї і бронхів I-го порядку широкий, вільний.

Однак і після операції у хворої в фазі форсованого видиху і при кашльових поштовхах з'явилися напади ядухи, причиною яких було різке звуження діаметра трахеї за рахунок випинання в її просвіт задньої стінки (яка втратила тонус) і наближення одна до одної бокових.

1. Поставте післяопераційний діагноз.
2. Гадана причини цієї патології.
3. Основні методи лікування в післяопераційному періоді.

Задача № 213

Машиною швидкої допомоги в ЛОР відділення обласної лікарні був доставлений громадянин Р., який з метою самовбивства годину тому наніс собі бритвою рану шиї. Втратив багато крові, відчуває слабкість, байдужий до оточуючих його людей.

Загальний стан важкий, шкіра бліда, пульс 166 ударів за хвилину слабого наповнення, АД 90/50 мм ртутного стовпа.

Об'єктивно: на передній поверхні шиї нижче тіла під'язикової кістки лінійна рана довжиною 6 см. Пелюстка надгортанника відсічена і знаходиться у верхній частині рани. На дні зяючої рани видна задня стінка гортаноглотки. Хворий дихає через рану. При ковтанні слина попадає в дихальні шляхи, частково витікає назовні.

1. Поставте діагноз.
2. Призначте лікування (послідовність заходів: а,б,в,г).
3. Перерахуйте можливі способи харчування.

Задача № 214

Внаслідок транспортної аварії громадянин Ю. протягом 2.5 годин знаходився в непритомному стані. Після цього пред'явив скарги на дифузний головний біль, зниження слуху на ліве вухо, наявність крові в порожнині носа і глотці.

Оториноларингологом виявлено наступне: барабанна перетинка лівого вуха темно-синього кольору, ціла, без чітких розпізнавальних знаків; в порожнині носа і на слизовій оболонці ротоглотки - ясно-червона кров. Після видалення крові за допомогою вати, намотаної на зонд, порушення цілості слизової оболонки носа і глотки не виявлено. Рентгенологічно немає даних за перелом кісткових структур вуха, носа і глотки.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які допоміжні методи дослідження необхідно зробити в цьому випадку?
3. Чим пояснити колір барабанної перетинки, причину (можливі джерела) і назву (латинську) цього явища?
4. Джерело наявності крові в носі і глотці?

Задача № 215

В автомобільній катастрофі М. отримав перелом основи черепа, у тому числі поздовжній перелом піраміди лівої скроневої кістки, який супроводжувався кровотечею з лівого вуха, двотижневою втратою свідомості.

Спостереженнями оториноларинголога виявлено наступне: розрив барабанної перетинки в задньо-верхньому квадранті і шкіри верхньої стінки зовнішнього слухового проходу лівого вуха; в перші дні - горизонтально-ротаторний ністагм був направлений вправо, який через три дні змінився множинним спонтанним ністагмом. На 3-й день виник периферичний парез лівого лицьового нерва. Ознак післятравматичного отиту не виявлено. Дані аудіограми: підвищені пороги в зоні мовних частот по кістковій і повітряній провідності (більше на високі тони), наявність кістково-повітряного інтервалу.

Як пояснити?

1. Горизонтально-ротаторний ністагм вправо при травмі лівого лабіринту.
2. Появу множинного ністагму через три дні.
3. Виникнення периферичного паралічу лівого лицьового нерва не зразу, а на третій день після травми.
4. Комбіноване ураження органа слуху при поздовжньому переломі піраміди

скроневої кістки.

Задача № 216

Сержант П. одержав осколочне поранення зовнішнього носа і гратчастої кістки. Осколок проник через м'які тканини і кістки лівої половини зовнішнього носа, перегородку носа і щільно вклинився в стінки верхнього відділу правої половини порожнини носа та в гратчасту кістку. Внаслідок поранення порушена дихальна, нюхова функції носа, виникла емфізема м'яких тканин носа та оточуючих його ділянок обличчя.

1. Чи можна видалити вогнепальне стороннє тіло тим шляхом яким воно проникло?
2. Як ви оцінюєте можливість видалення стороннього тіла через ніс?
3. Найбільш доцільний спосіб видалення стороннього тіла в даному випадку?

Задача № 217

Громадянину Ю. тупим предметом нанесено відкриту проникаючу в порожнину носа травму. Крило носа відірване від його основи разом з переднім відділом бокової стінки порожнини носа, розвернуто назовні. В м'яких тканинах розвернутої бокової стінки знаходиться осколок лобного відростка верхньощелепної пазухи. Пошкоджені носові кістки зміщені. Краї рани розтрошені, нерівні, місцями розшаровані.

1. План проведення послідовних лікувальних заходів (а,б,в).
2. Рана велика, краї розшаровані, розтрошені, не сходяться між собою, охарактеризуйте особливості хірургічної обробки (а,б,в).
3. Як попередити:
 - а) утворення сінехій та звуження просвіту загального носового ходу;
 - б) атрезію носового отвору (ніздрі).

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

Задача 1

1. Лівосторонній гострий гнійний середній отит, ускладнений мастоїдитом (суб-періостальний 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, антритом.
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 атиповий 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 просвіт 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	Фурункул	Мастоїдит
----------	----------	-----------

(ознаки захворювання)		
Припухлість	область прикріплення вушної раковини	область соскоподібного відростка
Звуження зовнішнього 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 дронування).

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 слухо-

вої труби, електровібромасаж 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 вушної раковини.
2. Необхідно диференціювати з бешихою (характерне почервоніння та розповсюдження його за межі вушної 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 вушної 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, аналгетики, 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, прозерін, 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 шийи вниз в грудну порожнину і розвиток медіастиніту; гній може також проникнути в парафарингіальний простір і викликати заглотковий 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. Аудіометрія, 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 неперфоративний отит, ускладнений зигоматитом.
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 Бекольда, 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;
 - катетерізація слухової труби з одночасним пневмомасажем барабанної перетинки;
 - транстубарне (або шляхом тимпанопункції) 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 тимпанопластика 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 перетинки
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 тимпанопластику III типу за Вульштейном.

Задача 30.

1. Правосторонній хронічний гнійний епімезотимпаніт.
2. Основний принцип операції: видалення патологічно-зміненої кістки і об'єд-

нання всіх повітроносних порожнин (барабанної, печери, альвеол сосковидного 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 пригулухуватість.

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 вуха	слизові, слизово-гнійні, гнійні	Гнійні, з неприємним запахом

	без запаху		
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	небезпечних для життя ускладнень	несприятливий (часто викликають внутріш- ні	
немає.	ньочерепні 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 ністатину тощо).

Задача 36

1. Хронічний епітимпаніт.
2. Холестеатома зовні нагадує сироподібну масу. Її генез:
 - а) на думку Бецоляда, холестеатома виникає внаслідок вrostання 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 тимпанопластики за Вульштейном.

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

4. Безумовні протипокази до тимпанопластики:

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 лабіринтиту:

а) одужання;

б) розвиток дифузного гнійного лабіринтиту;

в) припинення запалення з стійким порушенням функції звукового і вестибуляр-

ного аналізаторів.

Задача 42

1. Діагноз: загострення лівостороннього хронічного гнійного епімезотимпаніту, 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 епімезотимпаніту, 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 лабіринтити 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 сосковид-

них 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 скроневій 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 лабіринтіт.
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 дренажування 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 долі.
- 2.- Загальні симптоми захворювання, які пов'язані з інфекцією, інтоксикацією організму.
- Загально мозкові симптоми обумовлені підвищенням внутрішньочерепного тиску;

- Симптоми локального ураження мозку залежать від місця локалізації абсцесу.
- 3. Розширена загальнопорожнина операція, розкриття і дренивання 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 IX, X, XI 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 нориці 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, рентгенообстеження 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), односторонність ураження внутрішнього вуха (переважно вестибулярного рецептора) відсутність запальних процесів з боку середнього вуха та інших ЛОР органів дозволяє вважати попадання інфекції у внутрішнє вухо гематогенним 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. Оперізуючий лишай, що ускладнився ураженням гілок слухового і вестибулярного нерва, периферичним парезом лицьового нерва.

2. Тональна порогова і надпорогова аудіограма, отоневрологічне обсеження.

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 меатотимпанальних 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. Аудіометрична 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. Неefективність 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 аудіометричних 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, тіреоїдину, 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 "флюктууючий слух". Пояснюється це коливаннями 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) зу-

стрічається 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, вестибулометрия, дегідратаційні проби.

3. а) гідропсом лабіринту (посилюється ригідність базилярної мембрани), наявністю в завитці кінцевих продуктів обміну і, як наслідок, порушення біохімічної і мета-

болічної 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 надпорогова та мовна аудіограма, ультразвукове дослідження, визначення прохідності слухової труби.
4. Сучасні операції на стремінці при отосклерозі: стапедектомія з наступною стапедопластиком, поршнева стапедопластика, ізоляція отосклеротичного вогнища за Фоллером.

Задача 80

1. Хвороба Мен'єра, необоротна стадія ендолімфатичного гідроосу.
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.

Задача 81

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

Задача 82

1. Живе стороннє тіло (п'явка) носоглотки. Післягеморагічна анемія.
2. Лікарі-оториноларингологи знехтували можливістю наявності такого стороннього тіла в місцевості проживання пацієнта, не співставили даних передньої риноско-

пії з відсутністю носового дихання.

3. Встановленню діагнозу могло сприяти відтягування до переду і доверху м'якого піднебіння за допомогою відповідного інструмента.

4. Причини тривалої кровотечі - наявність гірудини (ферменту п'явки).

5. а) Видалення даного стороннього тіла за допомогою зігнутого по площині кровоспинного затискача через 3-5 хвилин після закапування в ніс (при запрокинутій голіві) анестетика і 10% розчину хлориду натрію.

б) Лікування анемії.

Задача 83

1. Гострий катаральний мезофарингіт.

2. З катаральною ангіною (гіперемія мигдаликів та їх дужок); бешихою (яскравість та розповсюдженість гіперемії, гіпертермія, загальний стан здоров'я).

3. Полоскання антисептичними розчинами (фурацилін 1:5000, 5% розчин альбуміду), інгаліпт, смоктання таблеток септифрїлу, фалімінту, фарінгосепту тощо.

Задача 84

1. Хронічний атрофічний фарингіт.

2. Блискучий вигляд слизової оболонки виникає внаслідок тонкого шару засохлих, прозорих виділень; просвічування сітки судин - результат атрофії підслизового шару.

3. Полоскання горла ізотонічним розчином хлориду натрію з додаванням 4-5 крапель 10% йоду на 200 мл; змащування слизової оболонки (1 раз в день 10 днів) 1% розчином йод-гліцерину (Люголя), прийом всередину вітаміну А (2к. х 2р.\день, 2 тижні), опромінення задньої стінки глотки гелієво-неоновим лазером).

Задача 85

1. Загострення хронічного гіперпластичного фарингіту.

2. Наявність жовтуватих крапок свідчить про нагноєння фолікулів - загострення гранульованого фарингіту.

3. В даному випадку проводять лікування як при фолікулярній ангіні. При відсутності загострення запального процесу гіпертрофовані ділянки слизової оболонки глотки змащують 5-10% розчином таніну в гліцерині, 3-5-10% розчином протарголу (або коларголу). Крупні гранули видаляють за допомогою лазеро- або кріодеструкції.

Задача 86

1. Ангіна - гостре інфекційне захворювання з місцевими проявами запалення одного або декількох компонентів лімфоденоїдного глоткового кільця, частіше всього піднебінних мигдаликів.

2. Захворюваність ангіною має виражений сезонний характер, епідемії спостерігаються в осінньо-зимовий період, при низькій температурі і високій вологості повітря.

3. Збудниками ангіни можуть бути бактерії, віруси, спірохети, гриби. Серед бактеріальних агентів найбільш частим є бетагемолітичний стрептокок, рідше - стафілокок або їх комбінація.

Задача 87

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

Задача 88

1. Лакунарна ангіна.
2. З фолікулярною ангіною (над поверхнею слизової оболонки мигдалика виступають жовтуваті або жовтувато-білі фолікули, які нагноїлись і знаходяться під слизовою оболонкою), з дифтерією глотки (на поверхні мигдалика брудно-сірого кольору фібринозний наліт, який поширюється за його межі, знімається з трудом, залишається після цього кровоточива поверхня).
3. Лікування: ліжковий або домашній режим без фізичного навантаження; антибіотикотерапія (пеніцилін 500000 - 1000000 ОД кожні 4 год. внутрішньо м'язово); для профілактики ревматизму призначають аспірин 0.5 4 рази на добу протягом 10 днів.

Задача 89

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

Задача 90

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

Задача 91

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

Задача 92

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

Задача 93

1. Ангіна Венсана-Симоновського (виразково-плівчаста). Основні форми: а) дифтеріоїдна (псевдоплівчаста); б) виразкова.
2. Збудники захворювання: симбіоз веретеноподібної палички і спірохети порожнини рота.
3. При виразково-плівчатій ангіні: а) загальний стан здоров'я страждає мало; б) тривалість до декількох неділь; в) однобічність змін в області глотки; г) збудники: симбіоз веретеноподібної палички та спірохети порожнини рота; д) сприятливий перебіг захворювання.
4. Лікування: полоскання глотки розчинами бактерицидної дії, змащування поверхні мигдалика 10% розчином новарсенола в гліцерині, антибіотикотерапія (пеніцилін, ампіцилін).

Задача 94

1. Локалізована плівчаста форма дифтерії глотки.
2. а) Терміново взяти і відправити в лабораторію мазок з слизової оболонки мигдаликів і носа.
б) Відправити в СЕС екстрене повідомлення (телефоном та поштою). в) Направити хворого в інфекційне відділення. г) Взяти 5 мл крові з вени (до ведення протидифтерійної сироватки) для визначення реакції пасивної гемаглютинації з дифтерійним діагностикомом.
3. Введення протидифтерійної антитоксичної сироватки: перша доза 20-40 тис.

МО і курсова доза 40-80 тис. МО. Антибіотикотерапія (антибіотики широкого спектру дії), реополюглокін, глюкоза, вітаміни.

Задача 95

1. Токсична дифтерія глотки II ступеня.
2. Токсична дифтерія I-го ступеня - набряк підшкірної клітковини до середини шиї; II ступеня - до ключиці, III ступеня - нижче ключиці.
3. Локалізована, поширена, токсична (I, II, III ступеня), гіпертоксична дифтерія глотки.
4. Протидифтерійна антитоксична сироватка: 100-120 тис. МО перша доза; 200-240 тис. МО на курс лікування; дезінтоксикаційна, антибіотико -, вітамінотерапія.

Задача 96

1. Бешиха слизової оболонки глотки і гортані.
2. Найбільш вірогідне ускладнення - набряк слизової оболонки гортані, який може призвести до асфіксії.
3. Ампіцилін 1.0 x 4р/добу внутрішньо м'язово; антигістамінні препарати (димедрол, діазолін, піпольфен) кортикостероїди. Щадяча дієта.

Задача 97

1. Агранулоцитоз. Агранулоцитарна ангіна.
2. Єдиної причини агранулоцитозу немає (не існує). Агранулоцитоз - особлива агранулоцитарна реакція геміпарезу на подразнення інфекційної, токсичної (у тому числі медикаментозної - сульфаніламід, медикаменти пірамідинового ряду), променевої та іншої природи.
3. Диференційний діагноз необхідно в першу чергу проводити з ангіною Симановського-Венсана, алейкемічною формою гострого лейкозу.
4. Лікування проводиться в гематологічному або терапевтичному відділенні. Воно спрямоване на усунення причини, на боротьбу з вторинною інфекцією (антибіотики, полоскання горла антисептичними розчинами), активізацію кровотворної системи (тезан 0.01 - 0.02 З р. на день, пентоксил 0.2-0.3р. на день); призначають аскорбінову кислоту, ціанокобаламін, стероїдну та заміну терапію лейкоцитарною масою.

Задача 98

1. Ангіна при скарлатині.
2. До порушення дихальної функції носа, гортані, гострих гнійно-некротичних середніх отитів та синуситів.
3. Загальна антибіотикотерапія, зрошування слизової оболонки рота і глотки антисептичними розчинами, вітамінно-, загальноукріплююча терапія.

Задача 99

1. Ангінозна форма інфекційного мононуклеозу.
2. Захворювання спричиняється вірусом (не зовсім відомої природи), супутником якого є бактерії лістерели.
3. Залозиста, ангінозна, фебрильна.
4. Призначають внутрішньом'язово антибіотики широкого спектру дії, дезинфікуючі полоскання, повноцінне харчування, полівітаміни.

Задача 100

1. Паратонзиліт (передньо-верхній).
2. Уражена паратонзилярна клітковина між капсулою мигдалика і верхньою частиною піднебінно-язикової дужки.
3. Форми паратонзиліту (це по суті стадії процесу запалення): а) набрякова, б) інфільтративна, в) абсцедуюча.
4. Лікування паратонзиліту консервативне: антибіотик внутрішньом'язово, ін'єкція його в уражену паратонзилярну клітковину, компрес антибіотика з 25% розчином димексиду.

Задача 101

1. Боковий паратонзилярний абсцес.
2. а) Уражується (нагноюється) паратонзилярна клітковина між капсулою піднебінного мигдалика і боковою стінкою глотки.
б) Парафарингеальний абсцес локалізується назовні бокової стінки глотки біля кута нижньої щелепи і по ходу грудинно-ключично-соскоподібного м'яза; може виникнути Тромбофлебіт внутрішньої яремної вени, кровотеча при ерозії стінки судин.
3. Для уточнення діагнозу необхідно виконати діагностичну пункцію.
4. У зв'язку з рідкістю спонтанного прориву і трудністю розкриття бокового паратонзилярного абсцесу виконують абсцестонзилектомію. Після цього антибіотико -, протизапальна терапія.

Задача 102

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

Задача 103

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

Задача 104

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

Задача 105

1. Хронічний декомпенсований тонзиліт (місцеві ознаки захворювання + ураження інших органів та систем).
2. а) достовірні
 1. наявність гною в лакунах; ознаки:
 2. загострення процесу (рецидиви ангін, паратонзилітів);
 3. патолого-анатомічні зміни дужок піднебінних мигдаликів.
- б) недостовірні
 1. величина мигдаликів, їх консистенція; ознаки:
 2. неприємний запах з рота;
 - 3 збільшення регіонарних лімфовузлів.
3. Хворій показана тонзилектомія.
4. а) показання до тонзилектомії:
 1. хронічні декомпенсовані тонзиліти (у тому числі ускладнені рецидивами паратонзиллярних абсцесів);
 2. при відсутності успіху від ретельного і технічного правильно проведеного 1-2-х курсів лікування компенсованої форми тонзиліту.
- б) протипоказання до тонзилектомії:

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

Задача 106

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

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

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

Наступні 3 дні він дотримується ліжкового режиму:

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

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

Задача 107

1. Аденоїдні розрощення носоглоткового мигдалика.

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

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

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

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

Задача 108

1. Гіпертрофія піднебінних мигдаликів.

2. Відстань між краєм передньої дужки піднебінного мигдалика і язичком ділять

умовно на 3 частини. Збільшення мигдалика на 1/3 цієї відстані відповідає гіпертрофії I ступеня; на 2/3 - II ступеня; поверхня мигдаликів доходить до язичка - III ступінь.

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

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

Задача 109

1. Хімічний опік слизової оболонки глотки і гортані.

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

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

Задача 110

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

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

2.а) Гострий період (10 діб);

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

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

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

Задача 111

1. Стороннє тіло (м'ясна кістка) шийного відділу стравоходу.

2. Допоміжні методи обстеження: рентгенографія стравоходу, езофагоскопія.

3. Ні. Найбільш часто сторонні тіла зустрічаються на рівні яремної вирізки - верхня апертура грудної клітки (Б.С. Розанов, Джексон та інші) З першого звуження 3-й конструктор глотки часто виштовхує стороннє тіло вниз. На рівні вирізки груднини досить вузький просвіт (за рахунок трахеї, стравоходу, судинонервових пучків. Крім цього, тут знаходиться перший вигин стравоходу вправо, зв'язаний з дугою і низхідним

відділом аорти.

4. Найбільш доцільний метод видалення неускладненого стороннього тіла шийного відділу стравоходу - за допомогою езофагоскопії.

Задача 112

1. «Стороннє тіло» - м'ясний завал грудного відділу стравоходу (друге звуження).

2. Накопичення слини в грушоподібних синусах - симптом Jackson'a. Перекриття стороннім тілом просвіту стравоходу.

3. Найбільш часті причини затримки сторонніх тіл в стравоході:

а) невідповідність величини стороннього тіла з просвітом стравоходу (в певному місці);

б) виникнення рефлекторного езофагоспазму; в) гострі краї (кінці) стороннього тіла.

4. Проштовхувати сторонні тіла в шлунок не доцільно з-за можливості травмування стравоходу (наприклад, кісткою, яка прихована в м'ясному завалі).

Задача 113

1. Стороннє тіло шийного відділу стравоходу. Травма задньої стінки стравоходу.

2. Ускладнення - превертебральний абсцес, передній медіастиніт.

3. Езофагоскопію, рентгенографію шиї і грудної клітки.

4. Шийна (коларна) медіастіномія.

Задача 114

1. Гострий катаральний нежить, суха стадія.

2. Респіраторна гіпосмія. набухла слизова оболонка перекриває нюхову щілину, перешкоджаючи попаданню молекул ароматичної речовини на нюхову ділянку (рецептор). III ступінь нюху - сприймає настойку валеріани (проба Воячека).

3. Тривалість цієї стадії захворювання від декількох годин до 2-х діб.

4. Судиннозвужуючі краплі в ніс, гарячі ніжні ванни, аспірин, гарячий чай з малиновим варенням тощо.

Задача 115

1. Гострий ринофарингіт (гострий катаральний нежить раннього дитячого віку).

2. Оскільки виконати задню риноскопію в даному віці практично неможливо, орієнтуються на непрямі ознаки захворювання, які виявляються при мезофарингоскопії;

а) стікання слизово-гнійних виділень з носоглотки по задній стінці ротоглотки;

б) червоні гранули лімфаденоїдної тканини під слизовою оболонкою ротоглотки;

в) червоні плямки на м'якому піднебінні - результат запалення його слизових залоз.

3. Висока температура тіла, падіння маси тіла, несправжній опістатонус, аерофагія - метеоризм, картина, що нагадує стеноз гортані - результат прилипання язика до твердого піднебіння під час форсованого вдиху.

4. Зниження гостроти слуху - результат блокування (набухлою і набряклою слизовою оболонкою) глоткового вустя слухової труби - туботимпаніт.

Задача 116

1. Гострий катаральний нежить, стадія серозних виділень.

2. Внаслідок охолодження рефлекторно настає уповільнення коливання війок епітелію, слизова оболонка спочатку стає анемічною, а потім гіперемованою, набухлою. Створюються сприятливі умови для розвитку мікробів.

3. Пропотіванням рідини з судин, збільшенням кількості слизу за рахунок посилення функції бокалоподібних клітин та слизових залоз.

4. Тривалість цієї стадії захворювання до 3-4 днів.

Задача 117

1. Гострий катаральний нежить, стадія слизово-гнійних виділень.

2. Помірним набуханням слизової оболонки носа і розповсюдженням його на лобну пазуху та комірки гратчастої кістки.

3. Тривалість цієї стадії захворювання 3-9 днів. На 8-14 день від початку захворювання гострий нежить закінчується.

4. Колір виділень з носа обумовлений наявністю в них формених елементів крові (лейкоцити, лімфоцити), відторгнених епітеліальних клітин і муцину. Н.П. Симановський назвав цей етап ознакою "дозрівання катару" і близькістю його закінчення.

Задача 118

1. Стороннє тіло - риноліт.

2. Рентгенографія, повторне зондування з метою визначення щільності параметрів і величини гаданого стороннього тіла.

3. Анемізація слизової оболонки носа, місцева аплікаційна анестезія, дроблення риноліта (він щільний, крихкий) носовими щипцями, видалення з порожнини носа за допомогою тупого крючка.

Задача 119

1. Гострий травматичний нежить.

2. Фібрінозний недифтерічного походження процес. Він виник внаслідок утворення альбумінату, тромбозу дрібних судин з наступним некрозом слизової оболонки.

3. Протинабрякова, протизапальна терапія. Місцево в перші дні - турунди з гіпертонічним розчином NaCl + антибіотики; після очистки раковин від некротичних тканин - турунди з 5% синтоміциновою емульсією та бальзамічними мазями.

Задача 120

1. Фурункул дна порожнини носа.
2. Фурункул - гостре гнійне запалення волосяних фолікулів та сальних залоз з частковим некрозом та нагноєнням навколишніх тканин.
3. Розвитку фурункульозу найбільш часто сприяють діабет, гіповітаміноз, порушення обмінних процесів в організмі.
4. Лікування: антибіотикотерапія, сульфаніламідні препарати, аналгетики, УВЧ, УФО, автогемотерапія (при рецидивах, тривалому перебігу захворювання).

Задача 121

1. Абсцедуючий фурункул носа.
2. Карбункул.
3. Лікування: госпіталізація, хірургічне втручання (хрестоподібний розріз з висіканням некротизованої тканини). Масивні дози антибіотиків. Місцево - турунди з 25% димексидом, 10% хлоридом натрію.
4. При фізіотерапії її місцева зігріваюча та судиннорозширююча дія може бути причиною утворення тромбів та їх розповсюдження по венозним шляхам в порожнину черепа.

Задача 122

1. Бульозна форма бешихи.
2. Бешиха - розлите інфекційне (стрептококове) захворювання шкіри і слизових оболонок дихальних шляхів, яке супроводжується загальною реакцією організму.
3. Призначають антибіотики широкого спектру, опромінення кварцовою лампою (еритемна доза), мазьові антисептичні пов'язки. Лікування стаціонарне, при поширенні процесу на обличчя - в інфекційній лікарні.

Задача 123

1. Флегмона орбіти.
2. Флегмона орбіти може супроводжуватись тромбозом її вен, розповсюдженням цього процесу на внутрішньочерепні синуси (кавернозний, сагітальний, пірамідні та інші).
3. Рентгенологічне дослідження (у тому числі комп'ютерне) біляносових пазух, визначення чутливості мікрофлори до антибіотиків.
4. Зовнішня етмоїдотомія і гайморотомія з утворенням співустя з носом, елімінація вогнища в орбіті, антибіотикотерапія.

Задача 124

1. Тромбоз кавернозного синусу.
2. Офтальмпомплегія обумовлена застійними явищами в тканинах орбіти і ураженням функції м'язів ока (у тому числі в зоні кавернозного синусу).

3. При наявності кавернозного синусу відмічають:

- а) двобічні зміни тканин орбіти;
- б) відсутність болючості при тиску на очні яблука;
- в) виявлення септичних вогнищ у віддалених органах (частіше всього в легенях).

4. Лікування:

- хірургічне втручання на уражених біляносових пазухах;
- масивне парантеральне введення антибіотиків;
- антикоагулянтна терапія (гепарин, фібронолізин);
- для прискорення тромболізу і відновлення кровотоку в кавернозному синусі - стрептаза 250000 -1500000 ОД на курс лікування.

Задача 125

1. Дифтерія носа. Локалізована катарально-виразкова форма.

2. - мазок з слизової оболонки носа і глотки для бактеріологічного дослідження на ВІ,

- відповідне екстрене повідомлення в СЕС,
- направити хворого в інфекційне відділення.

3. Необхідно в першу чергу диференціювати з гострим простим катаральним ринітом.

4. Протидифтерійна сыворотка (10000-20000 ОД), антибіотики, 5% синтоміцинова емульсія на ділянку шкіри з тріщинами, ерозіями.

Задача 126

1. Дифтерія носа. Локалізована плівчаста форма.

2. Локалізована катаральна та катарально-виразкова форма; розповсюджена (поширена) плівчаста форма; токсична форма дифтерії носа.

3. Коагуляційний некроз епітелію слизової оболонки і зсілий (скипілий) під ним, внаслідок дії звільненої тромбокінази, ексудат являють собою щільне досить товсте утворення - дифтерійну плівку.

Задача 127

1. Абсцес перегородки носа (двобічний)

2. Лівобічна гематома носа _ розплавлення гноем чотирикутного хряща _ правобічний абсцес перегородки носа.

3. Розкриття абсцесу з обох боків перегородки, але не на симетричних ділянках (на різних рівнях).

4. Внутрішньочерепні ускладнення, деформація зовнішнього носа (западіння його спинки).

Задача 128

1. Хронічний катаральний риніт.

2. Більш виражене наповнення кров'ю кавернозних судин, тонус яких при хронічному катаральному риніті зменшений.

3. Респіраторний характер гіпосмії.

4. Закапування 3-5% розчину коларголу (протарголу), інсуфляція сульфосуміші з дімедролом, фізпроцедури (УВЧ, УФО, ультразвук, діатермія шийних симпатичних вузлів), аплікації на ніс (парафіні, озокеритові, грязьові).

Задача 129

1. Судинна (кавернозна) форма хронічного гіпертрофічного риніту.

2. Зміни стосуються головним чином судин: збільшення їх кількості і калібру, можуть гіпертрофуватися окремі шари судинних стінок.

3. При гіпертрофічному риніті набухання раковин носа пов'язано з механічними і фізичними умовами, у відтисках слизової оболонки переважають лейкоцити. Причина вазомоторного риніту - розлади вегетативної нервової системи, спостерігаються пароксизми захворювання, сизі плями на слизовій оболонці носа.

4. Лікування: судиннозвужуючі краплі, мазі на масляній основі; склерозуюча терапія (ін'єкції 10-20% хлористого натрію, 80% водного розчину гліцерину, 20-40% саліцилового натрію 80%, етилового спирту); електрокаустика, припікання азотнокислим сріблом, трихлороцтовою і хромовою кислотою.

Задача 130

1. Хронічний гіпертрофічний риніт, фіброзна форма.

2. Наявність втягіння барабаних перепонок і зниження гостроти слуху обумовлені блокуванням глоткових усть слухових труб гіпертрофованими кінцями нижніх раковин. Відсутність відчуття кісткової основи нижніх раковин обумовлена тим, що os turbinale покриті товстим шаром щільної фіброзної тканини.

3. Лікування: усунення шкідливих чинників, які провокують розвиток хронічних ринітів, припалювання слизової оболонки раковин хімічними речовинами, гальванокаустика, ультразвукова дезінтеграція, кріоконхотомія, конхотомія.

Задача 131

1. Хронічний гіпертрофічний риніт, кістково-фіброзна форма.

2. При фіброзній гіпертрофії запалення розповсюджується на окістя і кістку раковини, внаслідок чого в них розвивається продуктивний процес. Concha bullosa - вросання в товщину середньої раковини комірки гратчастої кістки, наступне розтягнення її і переднього кінця середньої раковини, внаслідок чого вона на перший погляд нагадує поліп. При зондуванні під тонкою слизовою оболонкою відчувається тверда кісткова основа.

3. Виконують:

- а) підслизову резекцію кістки нижньої раковини;
- б) латерально зміщують її - люксація раковини.

Задача 132

1. Хронічний атрофічний риніт.
2. Тривала дія пилу (особливо мінерального), газів, травми носа (у тому числі хірургічні втручання).
3. Призначення біогенних стимуляторів підшкірно (алое, ФІБС, пелоїдин, гумі-золь), закапування в ніс соку алое, каланхое, закладання нафталанової мазі, опромінення слизової оболонки гелій-неоновим лазером.

Задача 133

1. Озена - смердючий нежить.
2. У більшості хворих можна виявити клебсієллу Абель-Левенберга.
3. Диференційний діагноз з а) простим атрофічним ринітом (відсутність різкої атрофії слизової оболонки, кістки і смердючого запаху); б) сифілісом носа (утворення гум і перфорацій в кістковій частині перегородки, западіння спинки носа, дані RW; склеромою, туберкульозом, гранулематозом Вегенера).
4. Промивання стінок порожнини носа розчинами антисептичної та протеолітичної дії. Тампони з маззю Вишневського, 5% синтоміциновою емульсією; дезоруючі пасти (chlorofillocarotini 1.0 на 30 свічок). Виконують також хірургічні втручання направлені на звуження загальних носових ходів та зрошення пазух слиною (операція Віт-мака). Використовують біостимулятори, полівітаміни.

Задача 134

1. Алергічний риніт, постійна форма.
 2. Виконати проби на алергени.
- Визначити ефективність лікування захворювання антигістамінними препаратами.
 - Провести гістологічне дослідження слизової оболонки носа.
3. В основі розвитку алергічного риніту лежить специфічна реакція між алергеном і тканинами антитілами в результаті чого виділяються хімічно активні речовини (гістамін, ацетилхолін, серотонін та інші).
 4. Специфічна і неспецифічна гіперсенсibiliзація. при вторинній гіпертрофії раковин - припікання хімічними речовинами рефлексогенних зон, кріодеструкція, ультразвукова дезінтеграція нижніх раковин, конхотомія.

Задача 135

1. Нейровегетативна форма вазомоторного риніту.
2. У виникненні і розвитку цієї патології відіграють роль ендокринні зрушення в організмі, функціональні зміни нервової системи, органічні захворювання ЦНС, рефлекторні впливи на слизову оболонку носа, грип та інші причини.
3. Основні відмінності:
 - а) етіопатогенез захворювання;

- б) відсутність специфічних змін в слизовій оболонці носа;
- в) мінливість риноскопичної картини.

4. Лікування:

- а) дії направлені на ліквідацію функціональних і органічних захворювань нервової системи (заспокійливі засоби, водні процедури);
- б) діяння на рефлексогенні зони слизової оболонки носа: голкорексфлексотерапія, новокаїнові блокади, внутрішньо носовий електрофорез 1% розчином новокаїну, гальванічний комір за Щербаком з хлоридом кальцію; іноді застосовують гіпнотерапію;
- в) лікування хворих вазомоторним ринітом нейровегетативної форми передбачає нормалізацію функціонального стану вегетативної нервової системи, його необхідно проводити разом з невропатологом.

Задача 136

1. Сезонна форма алергічного риніту (сінний нежить, поліноз).
2. Загальний аналіз крові, аналіз виділень з носа (визначити кількість еозинофілів), алергологічні дослідження.
3. В період приступу неспецифічна гіпосенсибілізація (діазолін, супрастин, тавегіл, закапування в ніс емульсії гідрокортизону. Перед сезоном цвітіння трав проводять специфічну гіпосенсибілізуючу терапію малими дозами пилюцевих алергенів, до яких у хворого виявлена сенсибілізація.

Задача 137

1. Лівобічний гострий гнійний гайморит (риногенного походження).
2. Рентгенографія (у тому числі комп'ютерна) приносних пазух, пункція верхньощелепної пазухи, висмоктування гною через її природній отвір, синусоскопія, цитологічне дослідження змиву тощо.
3. Як правило, односторонній процес, ураження кістки, наявність "зубної патології" консервативна терапія рідко призводить до одужання, відповідні дані рентгенологічного дослідження.
4. Пункція верхньощелепної пазухи з наступним її дрениванням поліетиленовою трубкою та промиванням антисептичними розчинами (при необхідності добавляють протеолітичні ферменти, кортикостероїди). В перші дні (після вимивання гною) призначають УВЧ, СВЧ. При ускладненнях (внутрішньо орбітальних та внутрішньочерепних) - гайморотомія.

Задача 138

1. Правосторонній гострий гнійний фронтит.
2. Про поширений флегміт судин та можливе ураження кісткових стінок.
3. Проба Заблоцького-Десятовського-Френкеля. Якщо після анемізації слизової оболонки середнього носового ходу і нахилені голови в здоровий бік виділяється гній - уражена верхньощелепна пазуха; при нахилені голови наперед і вниз уражена лобна

пазуха.

4. Консервативне. При відсутності ефекту - трепанопункція лобної пазухи. При наявності підозри на внутрішньоорбітальне або внутрішньочерепне ускладнення - розширена фронтотомія.

Задача 139

1. Гострий гнійний етмоїдит.

2. При ураженні передньої і середньої групи комірок гній можна виявити в середньому носовому ході при передній риноскопії; в разі ураження задньої групи комірок гній можна виявити при задній риноскопії (іноді при передній після ретельної анемізації слизової оболонки носа).

3. При неускладнених формах гострого етмоїдиту лікування консервативне (анемізація слизової оболонки носа, промивання комірок за Proetz, антибіотикотерапія, фіз. методи. При загрозі внутрішньоорбітальних або внутрішньочерепних ускладнень хірургічне втручання з зовнішнім доступом або через верхньощелепну пазуху.

Задача 140

1. Гострий гнійний сфеноїдит.

2. Рентгенографія в аксіальній та боковій проекції, при необхідності пункція клиновидної пазухи.

3. В генезі головного болю при синуїтах відіграють роль вазомоторний, рефлексний та токсичний фактори.

4. Консервативне лікування (судиннозвужуючі, антибіотики, протизапальні засоби) в неускладнених випадках; при тривалому перебігу (> 2 тижнів) показано зондування і промивання пазух; при ускладненнях - виконують сфеноїдотомію.

Задача 141

1. Кистоподібне розтягнення правої лобної пазухи.

2. При наявності серозної рідини - hydrocele, слизу - mucocoele, гною - piocoele.

3. Можливе виникнення пневмосинусу внаслідок підвищення тиску повітря в лобній пазусі у зв'язку з утворенням клапанного механізму в лобно-носовому каналі.

4. Фронтотомія, завершальним етапом якої повинно бути створення широкого співустя з порожниною носа.

Задача 142

1. Остеомієліт верхньої щелепи.

2. Етіопатогенез захворювання пов'язаний з дією стафілококової інфекції на фоні загального слабкого опору організму.

3. Лікування комбіноване: антибіотико-, дезінтоксикаційна, стимулююча терапія, видалення секвестрів.

4. Бронхопневмонія, гнійний плеврит та перикардит, абсцес легень тощо.

Задача 143

1. Ларингоспазм (судоми м'язів гортані).
 2. Порушення збуджувально-гальмівних процесів в центральному та периферичному апараті (які мають відношення до іннервації гортані) на тлі рахіту, водянки головного мозку, штучного вигодовування дитини тощо.
 3. Судомний напад може закінчуватись самостійно або ліквідуватись сильним подразником: укол, щипок, натискування шпателем на корінь язика (блювотний рефлекс), натискування пальцями на очні яблука.
- Загально укріплююча терапія.

Задача 144

1. Підскладковий ларингіт (несправжній круп).
 2. Несправжній круп - різновидність гострого катарального ларингіту, що розвивається в підскладковій ділянці гортані у дітей 9.5 років.
 3. Тому, що в підскладковій ділянці у дітей 2-5 років багато рихлої клітковини. Частіше відбувається її набряк при наявності діатезу і схильності до ларингоспазму.
 4. Створення спокійної обстановки. Забезпечити дитину свіжим (вентиляція) зволеним повітрям (розвішування вологого простирадла біля ліжка). Відхаркувальні засоби. Відволікаючі засоби (гарячі ніжні ванни до 5 хвилин, гірчичники на шию).
- Антигістамінні препарати, кортикостероїди, протинабрякові суміші. При стенозі III ступеня - трахеотомія, IV ступеня - конікотомія (або крікотомія).

Задача 145

1. Лівобічний периферичний параліч зворотнього нерва.
2. Тиск аорти на лівий зворотній нерв на початку викликає його функціональні зміни (парез), пізніше - дегенеративні незворотні зміни (параліч).
3. Атеросклеротичне вогнище призвело до склерозу та розширення дуги аорти, нижня стінка якої спричинила тиск на зворотній нерв (не виключена можливість тиску на нього і задньої стінки аорти).
4. Існують (окрім вище встановленого) параліч центрального походження та міопатичні - ураження м'язів гортані при інфекційних захворюваннях, великих функціональних навантаженнях тощо.
5. Лікування захворювання, яке викликало параліч. При стенозах гортані - трахеотомія, пластичні операції.

Задача 146

1. Гострий катаральний ларингіт.
2. а) Гострий катаральний ларингіт - катарально-серозне запалення слизової оболонки, підслизового шару та внутрішніх м'язів гортані;
- б) самостійне захворювання внаслідок активізації мікрофлори (в першу чергу ко-

кової) яка сапрофітує в гортані;

в) гострий катаральний ларингіт - прояв інфекційних захворювань, викликаних респіраторними вірусами, змішаною мікрофлорою.

3. В більшості випадків лікування гострого катарального ларингіту амбулаторне. Призначають голосовий режим, відволікальні та потогінні засоби; інгаляції або інстиляції антибіотиків (з додаванням суспензії гідрокортизону), розчинів протеолітичних ферментів; відхаркувальні засоби. Забороняється палити, вживати гарячу або холодну їжу, гострі блюда. Якщо гострий катаральний ларингіт виникає під час інфекційних захворювань - ліжковий режим, лікування основного захворювання. Звільняються від роботи особи голосових професій.

Задача 147

1. Хронічний катаральний ларингіт.

2. Мікроларингоскопія (непряма і пряма), флуоресцентна мікроларингоскопія, фібрларингоскопія, мікроларингостробоскопія (операційний мікроскоп в комбінації з електронним стробоскопом).

3. Усунення етіологічних факторів, застосування в'язучих розчинів (3% коларгол або протаргол, 3% танін на гліцерині), інгаляції 2% розчином цитраля, інгаліптом, камертоном, біопароксам, кліматотерапія.

4. Сприятливий при адекватній захворюванню терапії. Можливий перехід в гіперпластичну або атрофічну форми.

Задача 148

1. Хронічний атрофічний ларингіт.

2. Гіалінізація сполучної тканини, переважно в стінках вен та капілярів. В зазорах слизової оболонки патологічний процес може закінчуватись жировим переродженням та їх розпадом.

3. Утруднене гортанне дихання залежить від скупчення в просвіті гортані кірок, а їх відрив від слизової оболонки при кашлі є причиною кровотечі. Усунення причини захворювання.

4. Зрошення слизової оболонки гортані ізотонічним розчином NaCl; засоби розріджуючи мокротиння та сприяючі його відкашлюванню; змащування слизової оболонки гортані люголівським розчином; впливання в гортань хлорбутанола, розчину протеолітичних ферментів (10 мг на 5 мл ізотонічного розчину NaCl). Призначають біогенні стимулятори: алое, ФІБС, скловидне тіло, аутогемотерапію, нікотинову та фолієву кислоти, вітаміни групи В. Показане курортне лікування на південному березі Криму.

Задача 149

1. Обмежена форма гіпертрофічного ларингіту - пахідермії.

2. Гіперплазія слизової оболонки з ороговінням покривного епітелію (як правило в міжчерпакуваній ділянці і задній третині голосових складок).

3. При лейкоплаксії відсутні гіперплазія слизової оболонки і ороговіння її покри-

вного епітелію. Наявність білуватих плям на гіперемійованій слизовій оболонці гортані.

4. Усунення запального процесу гортані та механічної перешкоди змиканню голосових складок: ендоларінгеальне видалення гіпертрофованої слизової оболонки за допомогою гортанного викусувача або кріодеструкції; в післяопераційному періоді - відхаркувальні засоби, протеолітичні ферменти тощо.

Задача 150

1. Дифузний хронічний гіпертрофічний ларингіт.

2. Морфологічна суть гіпертрофічного ларингіту - розростання сполучної тканини у власному шарі слизової оболонки за рахунок ексудату, утвореного в м'яких тканинах (підлеглих) внаслідок попередніх запальних процесів.

3. Усунення етіологічних факторів захворювання: покращання умов праці, додержання голосового режиму, відмова від паління тютюну і зловживання алкоголем тощо. Необхідна санація вогнищ інфекції у верхніх і нижніх дихальних шляхах. При загостреннях процесу - інгаляційна терапія (антибіотики, каметон, інгаліпт, суспензія гідрокортизону та інші). З метою зменшення об'єму тканин та секреції залоз змащують слизову оболонку гортані 3% розчинами нітрату срібла, коларголу (або протарголу), таніну на гліцерині. При значній гіперплазії слизової оболонки на окремих ділянках проводиться кріодеструкція, гальванокаустика.

Задача 151

1. Гортанна ангіна.

2. Гортанна ангіна - гостре неспецифічне запалення лімфаденоїдної тканини гортані.

3. В першу чергу необхідно провести диф. діагноз з дифтерією гортані (при останній процес як правило двобічний, наявність брудно-сірого кольору плівок, збудник - паличка дифтерії).

4. Лікування проводиться в стаціонарах. Антибіотики призначаються в ін'єкціях. Призначають дегідратаційну терапію: 40% глюкоза, 10% - NaCl, сечогінні (лазикс); антигістамінні препарати, преднізолон (до 90 мг). При розвитку декомпенсованого стенозу гортані - трахеотомія.

Задача 152

1. Флегмонозний ларингіт.

2. Флегмонозний ларингіт - це гостре запалення гортані, при якому гнійний процес розвивається в підслизовому шарі, м'язах, зв'язках, іноді в нього втягуються охрясті і хрящі.

3. а) Застосування антибіотиків в ін'єкціях та місцево (у вигляді компресів на 25% розчині димексиду), протинабрякових засобів, антигістамінних препаратів, преднізолону.

б). Розкриття гортанним ножом абсцесу правої черпаконадгортанної складки. При наростанні стенозу - трахеотомія.

Задача 153

1. Абсцес надгортанника.
2. Абсцес надгортанника частіше всього є складовою частиною флегмонозного ларингіту.
3. Так, можливі. Абсцес надгортанника може призвести до гострого стенозу гортані, флегмони шиї.
4. Розкриття абсцесу гортанним ножом, промивання його порожнини антисептичними розчинами, антибіотико - та симптоматична терапія.

Задача 154

1. Гострий хондроперихондрит гортані.
2. Гостри гнійний перихондрит може ускладнюватись стенозом гортані, аспіраторною пневмонією, сепсисом; пізні ускладнення - рубцеві стенози гортані.
3. Розкриття абсцесів, видалення гною, секвестрів хряща. Антибіотики широкого спектру дії, сульфаніламід, протинабрякові, сечогінні засоби, преднізолон. Лазеротерапія на гортань, опромінення крові хворого (екстра- або інтракарпоральне), ультрафіолетове опромінення крові.; аутогематерапія, біостимулятори, вітамінотерапія. При наявності абсцесу його розкривають і видаляють патологічний вміст. При стенозах гортані - дестенозуюча терапія, трахеотомія.

Задача 155

1. Дифтерія гортані, друга (стенотична) стадія, локалізована форма.
2. Бактеріологічне дослідження мазка з гортані на VL.
3. Розвиток другої стадії захворювання зумовлений звуженням просвіту гортані, пов'язаний з набряком слизової оболонки, наявністю плівок на справжніх голосових складках та рефлекторним спазмом внутрішніх м'язів гортані внаслідок дії дифтерійного токсину на нервові закінчення.
4. Протидифтерійна сиворітка 40 000 АО на курс лікування (у важких випадках при розповсюдженій формі - 80 000 АО, антибіотики широкого спектру дії, комплекс вітамінів (С, групи В). При декомпенсованому стенозі гортані - трахеотомія.

Задача 156

1. Гостра респіраторна вірусна інфекція. Первинний гострий ларинготрахеїт, другий варіант, безперервний перебіг. Стеноз гортані в стадії декомпенсації.
2. Виділяють подвійну природу гострого ларинготрахеїту:
 - а - клінічний прояв вірусної інфекції (в першу чергу розвиток стенозу гортані, інтоксикації організму);
 - б - ускладнення ГРВІ, пов'язані з вторинною бактеріальною мікрофлорою, яка

визначає наслідки захворювання.

3. За характером місцевих проявів гострі ларинготрахеїти поділяються на : 1 - катаральну, 2 - набряково-інфільтративну; 3 - фіброзно-гнійну; 4 - некротичну форми. В останньому епізоді задачі (3-й день) розвився стенозуючий обтуруючий трахеїт.

4. Лікування: застосування інтерферону та протигрипозного гамаглобуліну, антибіотикотерапія, протинабрякова терапія, відволікальні процедури, оксигенотерапія, подовжена інтубація, трахеотомія.

Задача 157

1. Злоякісна пухлина щитоподібної залози з проростанням її в підскладковий відділ гортані.

2. За шириною щілини в підскладковому відділі - стеноз гортані III ступеня.

3. Клінічні ознаки стенозу III ступеня:

Важкий загальний стан здоров'я (АТ знижений, пульс частий, слабого наповнення), хворий знаходиться у вимушеному напівсидячому положенні, гортань виконує максимальні екскурсії, дихання поверхневе, часте, шумне; виражене втягіння над- і підключичних ямах, міжреберних проміжків; спочатку - акроціаноз, потім поширений ціаноз.

4. Враховуючи локалізацію і походження стенозу - доцільно виконати нижню трахеотомію.

Задача 158

1. Стеноз гортані III ступеня.

2. Виконують подібну (даному) випадку трахеотомію (середню або нижню) в залежності від ситуації, яка складається в ході хірургічного втручання.

3. Трахеотомію необхідно виконувати в сидячому положенні хворого. Розріз шкіри, фасцій, розведення зовнішніх м'язів гортані від верхнього її рівня до яремної вирізки (якщо обставини не дозволяють швидко накласти трахеостому, виконують коніко-, кріко-, або тіреотомію).

4. Враховуючи глибину рани (> 5 см) і можливу кровотечу з неї трахеоканюляцію доцільно виконати інкубаційною трубкою.

Задача 159

1. Міопатичний параліч м'язів гортані. Стеноз гортані 3-го ступеня.

2. Уражені м'язи розширяючі (задні перснечерпакуваті) голосову щілину.

3. У людей похилого віку гортань звичайно знаходиться дуже низько, а перешийок щитоподібної залози часто лежить на гортані.

Задача 160

1. Рубцевий стеноз трахеї III ступеня.

2. Тому, що в деяких випадках у людини (як правило дітей), яка була виведена з стану асфіксії, завдяки трахеотомії, створюється тимчасовий умовно-рефлекторний

зв'язок між нормальним диханням і наявністю трахеоканюлі.

3. Необхідне втручання таракальних хірургів. в даному випадку списоподібним ножем конструкції В.В.Нардиги проведено в трьох місцях поздовжнє розсічення циркулярного рубця, що дало можливість розбуджувати трахею до 18 мм в діаметрі.

4. У випадках тривалого канюленосіння необхідно періодично використовувати канюлі різної довжини:

а) відсутність порушення фонаторної функції;

б) відсутність екскурсій гортані (вверх і вниз);

в) хворий опускає голову вперед (при стенозі гортані - задирає доверху);

г) при рентгенологічному дослідженні можна виявити звуження повітряного стовпа трахеї.

Задача 161

1. Недостатнім знанням топографічної анатомії шиї (у тому числі гортані і трахеї) і техніки виконання операції.

2. Необхідно виконати типову трахеотомію (розікти передню стінку трахеї). Закрити розріз бокової стінки трахеї підшиванням до неї (2-3 шви) оточуючих м'яких тканин. провести трахеоканюляцію.

3. а. Кровотечі в рані.

б. Неповний розріз передньої стінки трахеї (розсічені тільки кільця), відшарування слизової оболонки при трахеоканюляції, можливість асфікції внаслідок цього.

в. Поранення передньої стінки стравоходу, створення трахео-езофагального сполучення.

г. рефлекторні патологічні реакції з боку серцево-судинної і дихальної системи.

Задача 162

1. Хронічний рубцевий стеноз гортані III ступеня.

2. Повільний процес стенозування дає можливість розвинутися компенсаторним механізмом (дихальним, геодинамічним, кров'яним, тканинним).

3. Обумовлює необхідність хірургічного втручання (4-х етапна операція А.Ф.Іванова, реконструкція стінок гортані шкірно-м'язовим клаптом за В.Т.Пальчуном).

Задача 163

1. Хімічний опік гортані, гортаної глотки I-II ступеня. Гострий стеноз гортані II ступеня.

2. В перші години після опіку інгаляції гортані і полоскання глотки 0.5% розчином гідрокарбонату натрію, протягом 2-3 тижнів полоскання відварами рум'янку. Інгаляції антибіотиків в поєднанні з суспензією гідрокортизону, інстиляція в гортань персикового, шипшинного масел. Загальна протизапальна та гіпосенсибілізуюча терапія.

3. Ні. Не виключена профілактична (інтуїтивна) трахеотомія - виконується за ро-

звитку дихальних ускладнень, або коли вона стане технічно трудною. Борис А.І. (1975) вважає, що найбільш сприятливим моментом для трахеотомії при опіках глотки, гортані є стадія субкомпенсації.

4. Найбільша небезпека трахеотомії - запізніле її виконання (Brewer, 1963). Затримка з цією операцією (трахеотомією) - значно небезпечніша ніж її виконання (Strobel, 1950).

Задача 164

1. Подібне стороннє тіло (велике з загостреними кінцями) могло потрапити у верхні дихальні шляхи вірогідніше всього під час сильного сп'яніння жінки.

2. Від попадання в бронх стороннього тіла до розвитку масивних грануляцій могло пройти 2-3 тижні.

3. Подальшими ускладненнями могли бути: гнійний бронхіт, виразка, некроз, прободіння стінки бронха, міграція стороннього тіла за його межі, медіастиніт.

Задача 165

1. Стороннє тіло лівого бронха. Ускладнення - гнійний бронхіт, пневмонія.

2. Тому, що воно знаходилось в дистальному відділі лівого бронха, обхвачене набряклою слизовою оболонкою, яка в значній мірі виповнила його просвіт.

3. План лікаря: виконання нижньої трахеобронхоскопії, відсмоктування слизу з бронха, анемізація слизової оболонки, підведення до стороннього тіла резинової трубки діаметром відповідно бронху, підключення електровідсмоктувача і видалення стороннього тіла. План був успішно реалізований.

Задача 166

1. Можливість використання більш коротких і зручних для обережного маніпулювання інструментів.

2. а) - загрожуюча життю хворого асфіксія і неможливість верхньої трахеобронхоскопії;

б) - набряк підкладкового відділу гортані після попередніх безуспішних спроб видалити стороннє тіло при верхній трахеобронхоскопії;

в) - неможливість провести стороннє тіло через гортань через його великі розміри.

3. Розрив бронха і наслідки пов'язані з цим.

Задача 167

1. Дії педіатра були неграмотними. Вони свідчать про відсутність у нього знань з питань діагностики, лікування та ускладнень при наявності сторонніх тіл в нижніх дихальних шляхах.

2. Перед видаленням подібного стороннього тіла його необхідно розсікати спеціальними інструментами.

3. В першу чергу можна очікувати некрозу і прободіння задньої стінки трахеї та передньої стінки стравоходу, утворення трахео-езофагального сполучення.

Задача 168

1. Поступовим збільшенням об'єму п'явки в процесі висмоктування крові у хворого.

2. Найбільш вірогідні ускладнення: асфіксія (яка може закінчитися смертю дитини), аспіраційна пневмонія (наслідок затікання в бронх крові).

3. В звичайних випадках аплікаційна (інгаляційна, інстиляційна) анестезія слизової оболонки гортані, трахеї (деякі автори рекомендують наркоз), непряма ларингоскопія у дорослих, пряма - у дітей, видалення п'явки за допомогою спеціальних щипців. В нашому випадку, враховуючи стан хворого, п'явка видалена при прямій ларингоскопії, без анестезії.

Задача 169

1. Балотуюче стороннє тіло (зерно кавуна) трахеї.

2. під час кашлю струменем повітря стороннє тіло підкидується до голосової щілини, а його удар по нижній поверхні рефлекторно зімкнутих голосових складок викликає появу звуку, що нагадує рідкі хлопання в долоні.

3. Видалення стороннього тіла за допомогою спеціальних щипців при верхній трахеобронхоскопії або прямої ларингоскопії.

4. можливі ускладнення балотуючого стороннього тіла трахеї:

а) защеПЛення між голосовими складками, тривалий ларингоспазм, смерть пацієнта;

б) подразнення то лівого, то правого бронха можуть викликати рефлекторний спазм бронхіол - бронхоспазм;

в) можливе виникнення в бронх I або II порядку.

Задача 170

1. Обтурація правого бронха стороннім тілом.

2. Симптом Гольцкнехт-Якобсона. При повній закупорці головного бронха і ателектазі всієї легені органи середостіння перетягуються в уражену сторону, залишаються майже у фіксованому положенні.

3. Видалення стороннього тіла при трахеобронхоскопії.

4. Під час виведення квасолі з правого бронха вона може вислизнути з щипців і при вдиху може втягнутися в лівий бронх. Наступає асфіксія тому, що права легеня не зразу включається вдихальний акт. Щоб запобігти цьому, виконують трахеотомію і нижню трахеобронхоскопію. при цьому умови для маніпуляції інструментами більш сприятливі. Можливість видалення стороннього тіла має значно більші шанси.

5. Так, можлива. При вентильному стенозі бронха під час вдиху повітря попадає в легеню, при видиху, внаслідок зміни положення стороннього тіла і клапанного меха-

нізму бронха повітря затримується, що призводить до вираженої емфіземи. Рентгенологічно середостіння зміщується в здоровий бік, купол діафрагми справа сплющується.

Задача 171

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

Задача 172

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

Задача 173

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

Задача 174

1. Склерома. Атипова форма (вогнища специфічного процесу виявляються поза

межами дихальних шляхів).

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

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

Задача 175

1. Вовчак носа.

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

3. Туберкульозний вовчак розпізнається звичайно на основі тріади:

1) вузликового інфільтрату;

2) поверхневого виразкування;

3) рубців зовнішнього носа та шкіри обличчя.

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

В сумнівних випадках проводяться патоморфологічні та бактеріологічні дослідження.

Особливості перебігу вовчака носа:

а) найчастіше локалізується в присінку і на кінчику носа;

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

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

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

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

Задача 176

1. Склерома, переважно атрофічна форма.

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

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

4. Трахеобронхоскопія, рентгено- та томографія, лабораторні методи досліджен-

ня(РЗК, реакція аглютинації, преципітації, бактеріологічний, мікробіологічний та патоморфологічний).

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

Задача 177

1. Склерома, переважно інфільтративна форма.

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

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

4. Лікування:

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

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

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

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

Задача 178

1. Склерома, переважно рубцева форма.

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

б) РЗК з склеромним антигеном, реакція аглютинації.

в) вірогідність виявлення клібсіели Фріша-Волковича незначна.

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

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

II етап дилатаційний (протягом 6-ти місяців);

III етап - спостереження (6 місяців);

IV етап - закриття ларингостоми.

Задача 179

1. Рак середнього вуха III стадія.

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

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

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

Задача 180

1. Невринома VIII нерва.

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

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

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

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

Задача 181

1. Гломусна пухлина (хемодектома) барабанноугулярної області.

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

3. Існують:

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

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

Задача 182

1. Первинна холестеатома (пухлиноподібний порок розвитку).

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

а) - походження первинної, яка може розвиватися в скронеvій кістці, мостомозочковому куті, в середньому вусі при інтактній барабанній перетинці.

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

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

3. Лікування первинної холестеатоми хірургічне.

Задача 183

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

2. - Гістологічні форми новоутворення:

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

- Теорії розвитку новоутворення:

а) розвивається з залишків ембріонального хряща;

б) розвивається з періосту зрілої кістки.

3. Найчастіше вражається лобна пазуха:

- перебіг новоутворення переважно безсимптомний;

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

- приведений в задачі випадок запущений, перебіг важкий.

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

Задача 184

1. Кровоточивий поліп (ангіофіброма) носа.

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

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

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

Задача 185

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

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

3. Радикальне видалення папіломи, після чого проводять кріодеструкцію або гальванокаустику.

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

Задача 186

1. Рак лівої половини носа.

2. I стадія, T, No, Mo. Пухлина обмежена однією стінкою, без переходу на суміжні ділянки, відсутність деструкції кісткової стінки та метастазів.

3. Гайморотомія за Денкером. Телегаматерапія в післяопераційному періоді (50-70 Гр).

Задача 187

1. Рак правої верхньощелепної пазухи.

2. II-б стадія, T2, N1, Mo. пухлина, яка уражує дві стінки, з її вогнищевою деструкцією кістки з самотнім рухливим метастазом в лімфовузол на боці ураження.

3. Виникнення болю можна пояснити наявністю процесу в ділянці передньої стінки верхньощелепної пазухи і як результат - ураження інфраорбітальної гілки трійчастого нерва, у тому числі нервових волокон, які йдуть до коренів зубів.

4. Видалення підщелепного лімфовузла з наступним його патоморфологічним дослідженням, антротомія, комп'ютерна томографія.

5. Гайморотомія за Денкером. Променева терапія в післяопераційному періоді 60-70 Гр.

Задача 188

1. Рак решітчастої кістки з поширенням на ліву орбіту.

2. Необхідно виконати гістологічне дослідження пухлини, комп'ютерну томографію приносівих пазух.

3. IIIб стадія, T3, N1, M0. Пухлина розповсюджується на суміжне анатомічне утворення (орбіту), виходить за межі гратчастої кістки, її деструкція, множинні метастази на боці пухлини.

4. Операція за Муром (видалення носової кістки, лобного відростка верхньої щелепи, ураженої гратчастої кістки) та екзентерація орбіти. Променева та хіміотерапія.

Задача 189

1. "Лімфоепітеліома" лівого піднебінного мигдалика.

2. Хвороба названа іменем Schminke. Лімфоепітеліальної тканини (в його розумінні) не існує. Під цією назвою протягом десятиліть описували пухлини різної тканинної природи (як, правило, варіанти ретикулосарком, раку).

Розповсюджений термін "лімфоепітеліома" не відображає суті патологічного процесу і має історичне значення (А.И.Пачес, 1983).

3. Лімфоепітеліома високозлоякісна, низько диференційована, схильна до раннього метастазування та швидкої генералізації, надзвичайно чутлива до променевої терапії пухлина.

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

Задача 190

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

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

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

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

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

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

Задача 191

1. Фіброма (фібринозний поліп) гортані.

2. Фіброма гортані може мати ніжку або широку основу.

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

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

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

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

Задача 192

1. Папіломатоз гортані.

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

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

бурого (нагадують кору дерева).

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

Задача 193

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

Задача 194

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

Задача 195

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

Задача 196

1. Серединна кіста шиї.
2. Хірург видалив кісту (залишивши зрощений з тілом під'язикової кістки ductus thyreoglossus).
3. Найбільш розповсюджена думка (Гісс), що неповна облітерація ембріональної протоки щитоподібної залози, під впливом певного фактору, веде до утворення кістки.
4. Серединні кісти локалізуються між рівнем під'язикової кістки і вирізкою щитоподібного хряща.

Стінки кістки складаються з фіброзної тканини, покриті з середини (напочатку розвитку) низьким кубічним епітелієм, який з часом внаслідок підвищеного тиску в середині кістки метаплазується в плескатий.

Задача 197

1. Діагноз: гематома перегородки носа.
2. План обстеження: передня риноскопія, пальпація випинання кульковим зон-

дом, пункція випинання.

3. План лікування:

- а) відсмоктування крові;
- б) передня тампонада носу.

Задача 198

- а) Ступінь кровотечі помірний
- б) Найбільш вірогідна причина кровотечі - гіпертонічна хвороба
- в) Найбільш доцільний спосіб зупинки кровотечі - передня тампонада носа.

Задача 199

1. Діагноз: перелом кісток носа, перелом решітчастого лабіринту (у тому числі ситоподібної пластинки).
2. Виникнення внутрішньочерепного ускладнення (менінгіт, абсцес мозку).
3. Репозиція кісток носа, зупинка кровотечі, антибіотикотерапія.

Задача 200

1. Огляд рани, рентгенологічне обстеження (рентгенограма БНП). Зондування кульковим зондом.
2. Фронтотомія, доступ типовий для операції Кіліана, роблять штучне сполучення пазухи (співустя) з порожниною носа.
3. Після фронтотомії, репозиції відламків і дренивання пазухи слід утриматись від тампонади носа, щоб не утруднити відтік секрету з неї.

Задача 201

1. Двобічний абсцес перегородки носа.
2. Необхідно провести пальпацію випинання кульковим зондом, пункцію абсцесу.
3. План лікування: двобічний розтин абсцесу (не на симетричних ділянках), дренивання, протизапальна (антибіотикотерапія).
4. Можливе ускладнення - внутрішньочерепне).

Задача 202

1. Попередній діагноз - гематома вушної раковини.
2. Додаткові дослідження - пункція гематоми.
3. Послідовність лікувальних заходів:
 - а) відсмоктування крові і лімфи,
 - б) стисна пов'язка.
4. Можливе нагноєння гематоми, розплавлення хряща, спотворення вушної раковини.

Задача 203

1. Попередній діагноз: перелом основи черепа, у тому числі піраміди скроневої кістки.
2. Додаткові обстеження:
 - а) рентгенограма основи черепа, б) люмбальна пункція, в) дослідження (при можливості) функції внутрішнього вуха.
3. Можна передбачити поздовжній перелом піраміди скроневої кістки. Лінія перелому проходить через tegmen tympani et antri, вздовж передньої поверхні піраміди, нерідко зачіпає фаллопіїв канал.

Задача 204

1. Допоміжні методи дослідження: рентгенограма шиї, зондування рани.
2. Послідовність лікувальних заходів до госпіталізації пораненого в шпитааль "голова-шия":
 - а) трахеотомія;
 - б) зупинка кровотечі;
 - в) протишокова терапія;
 - г) протизапальна терапія;
 - д) годування через носостравохідний зонд.
3. Оториноларинголог шпиталю повинен виконати ларингофісур, репонування крупних відламків, виділення нежиттєздатних тканин (осколків), сформуванати ларингостому.

Задача 205

1. Діагноз - центральна контузійна глухота, розлади мови. Обґрунтування діагнозу: двобічна раптова глухота, неможливість утворення умовних рефлексів, відсутність сприйняття мови і хороше сприйняття камертонів, відсутність ознак механотравми.
2. Порушення слуху (глухота) і мови можна пояснити позаграничним гальмуванням кори головного мозку, в першу чергу центрів слуху і мови (що наступило в результаті психічного афекту, викликаного переживаннями під час бою і стимульованого звуковим фактором або барофактором). Центральна глухота, як правило, виникає у людей емоційно невірноважених, схильних до проявів істеричних реакцій.
3. Лікування:

В свіжих випадках - послаблений метод (броміди, кофеїн, малі дози алкоголю, легкі місцеві електропроцедури, психотерапія);

В застарілих випадках - активний або приголомшуючий метод (ефірний наркоз, фарадізація при афонії, заглушення тріскачкою Барані, логопедичні прийоми).

Задача 206

1. Попередній діагноз - баротравма середнього вуха.

2. Фактор, що сприяв виникненню розриву барабанної перетинки - порушення прохідності слухової труби, що виникло на фоні хронічного катарального риніту. Перфорація є наслідком раптового виникнення значної різниці тиску по обидві сторони барабанної перетинки.

3. Результати камертональних досліджень: R-, W - (латералізація вліво).

Задача 207

1. а) Поперечний перелом піраміди скроневої кістки та капсули лабіринту;
б) надриви і крововиливи в стовбур кохлеарного нерва; в) гідродинамічний удар в лабіринті (заповненою рідиною) внаслідок різкого струсу.

2. Неврологічні, аудіометричні, вестибулометричні методи дослідження; комп'ютерна томографія.

3. На сучасному етапі тріщини піраміди скроневої кістки лікуються консервативно; при наявності невеликих оскольчатих відламків лабіринтної капсули - їх видаляють.

Задача 208

1. Відкритий перелом задньої і нижньої стінок зовнішнього слухового проходу лівого вуха.

2. Рентгенографія, зондування рани (ранового каналу).

3. Лікування: а) видалення кісткових осколків; б) тампонада зовнішнього слухового проходу стерильними марлевими смужками, змоченими розчином антибіотика або 5% синтоміциновою емульсією;

в) усунення рухів нижньої щелепи шляхом накладення відповідної пов'язки;

г) пораненому призначається рідка їжа.

Задача 209

1. Струс мозку III ступеня. Перелом носових кісток і лобних відростків верхньої щелепи.

2. Діагностика базується на даних зовнішнього огляду, пальпації, зондування рани, ендоскопії, рентгенологічного дослідження.

3. а) репозиція травмованих кісток;

б) передня тампонада носа з метою зупинки кровотечі і фіксації відламків;

в) накладення первинних швів на шкіру.

4. Виходячи з загального стану потерпілого репозицію травмованих кісток слід відстрочити на добу і більше.

Задача 210

1. Відкрите проникле поранення верхньощелепної пазухи.

2. Травмою трійчастого нерва в крилопіднебінній області.

3. а) Зупинка кровотечі; б) ревiзiя рани, видалення нежиттєздатних м'яких i кiсткових тканин, осколкiв, згусткiв кровi; в) вiдновлення (по можливостi) нормальної конфiгурацiї лиця; г) накладення штучного спiвустя пазухи з носом в областi нижнього носового ходу; д) тампонада пазухи йодоформними марлевими смужками з метою зупинки кровотечi i утримання в правильному положеннi кiсткових фрагментiв.

4. В бiльшостi випадкiв виконують гайморотомiю за Ивановим.

Задача 211

1. Вiдрив гортанi вiд трахеї. Стеноз гортанi III ступеня.
2. Травма (розрив) нижньогортанних нервiв.
3. а) трахеотомiя;
- б) ларiнготрахеопексiя;
- в) виключення проковтування слини i їжi (годування повинно бути парантеральним, ректальним, через носостравохiдний зонд);
- г) антибiотикотерапiя.

Задача 212

1. Дискенеziя (гiпотонiя, ретракцiя) трахеї i крупних бронхiв.
2. Можна гадати, що причиною цiєї патологiї була значна травма, запальний процес трахеї i як наслiдок – розлади її iнервацiї.
3. Протизапальна, загальнозмицнююча, вiтамiнотерапiя, санацiя трахеобронхiального дерева, дiлятацiя гортанi i трахеї Т-подiбною трубкою.

Задача 213

1. Вiдкрите проникаюче поранення гортаноглотки.
2. Лiкування (послiдовнiсть заходiв):
 - а) боротьба з шоком, кровотечею;
 - б) трахеотомiя з наступним ендотрахеальним наркозом;
 - в) поширене зашивання рани (кетгутовi шви на слизову оболонку i м'язи, шовк-на шкiру); г) попередження ранової iнфекцiї.
3. Можливи способи харчування пораненого: парантеральне, клiзми, носостравохiдний зонд, гастростома.

Задача 214

1. Травма стiнок барабанної порожнини лiвого вуха, струс мозку середнього ступеня.
2. Неврологiчне, офтальмологiчне дослiдження.
3. Колiр барабанної перетинки залежить вiд крововиливу в барабанну порожнину, можливими джерелами якого можуть бути травми дрiбних судин стiнок середнього вуха або поранення великих судин (a. meningea media, латеральний синус) при переломах черепа; крововилив в барабанну порожнину носить назву haematotympanon.

4. Виділення крові в ніс і глотку сталося з первинного джерела кровотечі - барабанної порожнини через слухову трубу.

Задача 215

1. Виключенням лівого лабіринту внаслідок травми (ністагм деструкції).
2. Множинний ністагм - прояв стовбурових задньочерепних симптомів (очевидно як наслідок набряку або крововиливу в стовбур мозку)
3. Причиною цього може бути розлад вазомоторної іннервації, і, як наслідок: стаз, крововилив *peris diapedesum*, порушення трофіки нерва та його функції.
4. Продовженням перелому піраміди на середнє вухо (крововилив в барабанну порожнину, дислокація слухових кісточок) і ураженням рецептора внаслідок струсу оточуючих лабіринт кісткових структур і гідродинамічного удару рідин лабіринту.

Задача 216

1. Видалення вогнепального стороннього тіла через рановий канал можливе в обмеженому числі випадків (при відсутності значного вклинення в тканини, невеликому його розмірі, при неглибокому заляганні).
2. Видалення стороннього тіла внутрішньоносовим способом в даному випадку може призвести до травмування дна передньої черепної ямки. При локалізації цього в інших відділеннях носа - видалення можливе.
3. Найбільш доцільним способом видалення даного стороннього тіла є екстраназальний шлях (зовнішня етмоїдотомія, гайморотомія).

Задача 217

1. а) зупинка кровотечі; б) репозиція кісток носа; в) накладання швів на рану.
2. а) осколок кістки лобного відростка зв'язаний з м'якими тканинами не видаляється; б) висікаються дуже економно лише явно нежиттєздатні тканини; в) на краї рани накладаються пошарово шви, у випадках значного розходження країв рани - ситуаційні шви.
3. а) вводять в порожнину носа пластинки рентгенівської плівки в формі, що нагадує палітурки книжки, між пластинками якої розміщують марлевий тампон;
б) вводять в присінок носа (до повної епідермізації рани) короткий відрізок товстостінної резинової трубки.

ЛІТЕРАТУРА.

а - основна (підручники)

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

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

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

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

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

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

б – додаткова (монографії, посібники)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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