

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 III
Захворювання носа та біляносових пазух

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.

Електронний варіант посібника складається з кількох розділів:

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

Рецензенти:

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

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

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

Задача N114.

Хворий С. (38 років) скаржиться на відчуття недомагання, позноблювання, важкості в голові, сухості, подряпання, лоскотання в носі, утруднене носове дихання, чхання. Температура тіла - 37.8 градуси. Захворювання пов'язує з перегрівом організму і наступною дією протягу.

Об'єктивно: слизова оболонка порожнини носа червона, набухла, суха. Різко утруднене носове дихання, закрита гугнявість. Нюхова функція III ступеня.

1. Поставте діагноз, клінічну форму, стадію розвитку захворювання.
2. Характер гіпосмії, її обґрунтування та визначення ступеню.
3. Тривалість виявленої стадії захворювання?
4. Лікування.

Задача N115.

За словами матері, позавчора у її 10-ти місячної дитини раптово виникли слабкість, виділення з носа водянистого характеру, утруднене носове дихання, підвищилась температура тіла до 38.9 градусів. Мати також повідомила про наявність у дитини розладу

шлунково-кишкового тракту, гугнявість голосу, зниження гостроти слуху.

Об'єктивно: слизова оболонка носа гіперемована, потовщена, в задніх його відділах - густий в'язкий слиз. Слизова оболонка ротоглотки гіперемована, покрита слизово-гнійними виділеннями, які стікають з носоглотки. Дихання через ніс різко утруднене. Гадана причина цього захворювання - переохолодження організму.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які місцеві симптоми характерні для цього захворювання (а,б,в) і яким методом дослідження можна їх виявити у 10-ти місячної дитини?
3. Загальні симптоми, що можуть спостерігатися при цьому захворюванні?
4. Чим можна пояснити зниження гостроти слуху в даному випадку?

Задача N116.

У хворої Т. 33-х років, після переохолодження нижніх кінцівок, під кінець другої доби захворювання з'явилися сильні (рясні) виділення з носа прозорої, безбарвної рідини, а ще через добу вони набули серозно-слизового характеру. Хвора також скаржилась на утруднене дихання через ніс, чхання, підвищену сльозотечу, шум у вухах. Загальний стан здоров'я задовільний, температура тіла 37.5 градусів.

Лікувалась домашніми засобами: пила гаряче молоко з маслом і медом, приймала гарячі ніжні ванни. Внаслідок цього настало певне покращення стану здоров'я.

Об'єктивно: шкіра входу в ніс і верхньої губи гіперемована, виражена гіперемія і припухлість слизової оболонки носа, кон'юнктивіт, утруднене дихання через ніс, гіпосмія другого ступеня.

1. Поставте діагноз, стадію захворювання.
2. Яка роль переохолодження (місцевого і загального) в розвитку цього захворю-

вання?

3. Чим пояснити виділення з носа значної кількості прозорої, а пізніше серозно-слизової рідини?
4. Тривалість цієї стадії захворювання?

Задача N117.

На 5-й день від початку захворювання у хворого Х. риноскопично виявлена помірна гіперемія і набряк слизової оболонки, виділення з носа серозно-слизового характеру перетворились на слизово-гнійні, спочатку сіруватого, а пізніше жовтуватого з зеленуватим відтінком кольору. З'явився біль в області лоба і перенісся. На рентгенограмі біляносових пазух виявлено потовщення слизової оболонки лобних пазух і комірок гратчастої кістки.

В наступні декілька днів кількість виділень зменшилась, припухлість слизової оболонки майже зникла, носове дихання і нюх практично відновились.

1. Поставте діагноз, стадію захворювання.
2. Чим пояснити появу болю в області лоба і перенісся?
3. Тривалість цієї стадії захворювання?
4. Чим обумовлений колір виділень з носа на заключному етапі розвитку цього захворювання? Як називав цей етап Н.П. Симановський?

Задача N118.

Робітник цементного заводу звернувся до оториноларинголога з скаргами на виділення слизово-гнійного характеру з лівої половини носа, утруднене дихання протягом 2-х років. Згадані симптоми з часом посилювались. Останні 6 місяців періодично з цієї половини носа виникають помірні кровотечі, як правило, пов'язані з форсованим сяканням.

Протягом 1.5 року закапування в ніс судиннозвужуючих крапель покращувало носове дихання. З появою кровотечі - не давало позитивного результату.

Районний оториноларинголог направив хворого в ЛОР відділення обласної лікарні з діагнозом "рак лівої половини носа".

Передня риноскопія: загальний носовий хід лівої половини носа вивпнений пухлиноподібною тканиною з нерівною поверхнею (нагадує грануляції), червоного кольору, кровоточивою при зондуванні, м'якою на поверхні і кісткової щільності в глибині.

Регіонарні лімфатичні вузли не пальпуються.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Допоміжні методи обстеження? Очікувані результати?
3. Методика видалення цього утворення?

Задача N119.

Хворому Щ. 8 років тому лікарі поставили діагноз "хронічний катаральний ри-

ніт". Кількість загострень захворювання за останні два роки збільшилась, носове дихання різко погіршилось, з'явився головний біль, наростала втомлюваність під час і після роботи. Консервативне лікування (краплі, мазь в ніс, фізпроцедури) не дало помітного позитивного результату.

Лікар-оториноларинголог виконав хворому електрокаусту нижніх раковин з метою покращення носового дихання. На другий день після електрокаусту при передній риноскопії виявлено різку гіперемію, набряк нижніх раковин, білувато-сірий щільної консистенції наліт, значну кількість серозно-кров'янистих виділень.

1. Яке захворювання виникло у хворого після електрокаусту?
2. Як назвати цей процес за візуальною і патоморфологічною картиною? Внаслідок чого він виник?
3. Призначте лікування.

Задача N120.

У хворого Щ. позавчора виник в області носа біль середньої інтенсивності, субфебрильна температура тіла (37.4 градуси). Через 2 дні вищенаведені ознаки захворювання незначно посилились. Загальний стан здоров'я практично не порушений. ШОЕ - 13 мм/год, кількість лейкоцитів $8.5 \times 10^9/\text{л}$.

При передній риноскопії в області дна присінку носа обмежений запального характеру інфільтрат, щільної консистенції, в центрі якого знаходиться конусовидне випинання з гіперерованою набряклою над ним шкірою. Гіперемія і набряк поширюється на крило і перегородку носа. Пальпація випинання кульковим зондом різко болюча.

Причина захворювання невідома.

1. Поставте діагноз.
2. Дайте визначення цьому захворюванню.
3. Які патологічні стани в організмі сприяють його розвитку?
4. Призначте лікування при даному захворюванні.

Задача N121.

Хворий А. (27 років) скаржиться на біль в області лівого крила носа і верхньої губи, який різко посилюється при дотику до зовнішнього носа. У хворого загальна слабкість, поганий сон і апетит, температура тіла сягає 38.4 градуси.

Об'єктивно: в області внутрішньої поверхні крила носа і дна присінку носа конусовидний різко болючий інфільтрат, в центрі якого просвічується гній. Процес поширюється на верхню губу і ліву щоку. При пальпації кульковим зондом гіперерованої, набряклої шкіри навколо гнійної верхівки місцями визначаються ділянки розм'якшення. Пальпуються збільшенні лімфовузли.

ШОЕ - 25 мм/год, лейкоцитоз $15.4 \times 10^9/\text{л}$.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Як називають захворювання, при якому визначають інфільтрат з декількома гнійнонекротичними голівками?

3. Лікування описаного захворювання.

4. Ваша думка у відношенні фізіотерапії при інфільтраті навколо "центра", який виходить за межі носа? Обґрунтуйте це коротко.

Задача N122.

Під час видалення пальцем кірок з стінок порожнини носа хворий Я. На ніс нігтем травму шкіри присінку носа. На другий день з'явився біль, який посилюється при дотику до крила носа; на 3-й день - озноб, головний біль, температура тіла 39.1 градус.

Об'єктивно: різко виражена гіперемія і припухлість слизової оболонки стінок правої половини носа, шкіри присінку, крила носа, верхньої губи обличчя. Гіперемія чітко відмежована запальним валиком від здорової шкіри. В області крила носа, щоки на гіперемованій поверхні шкіри знаходяться пухирці з прозорим вмістом. Регіонарні (підщелепні) лімфовузли величиною з невелику квасолину, болючі при пальпації. ШОЕ - 22мм/год, лейкоцити $16.2 \times 10^9/\text{л}$.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Дайте визначення даного захворювання.
3. Призначте лікування. Де повинен лікуватися хворий?

Задача N123.

У хворого Д. (45 років) 15 днів назад наступило чергове загострення правобічного хронічного гнійного гаймороектоїдиту. Через 5 днів після цього з'явився біль в області правої орбіти, різке обмеження рухомості очного яблука, звуження очної щілини, висока температура тіла (39.2 градуси), яка періодично різко знижується та піднімається до високих цифр.

Об'єктивно: екзофтальм та зниження рухливості очного яблука, різкий біль при натискуванні на нього, а також під час його рухів. Повіки правого ока набряклі, гіперемовані, сплюснені між собою. При їх розведенні спостерігається хемоз, зниження корнеального рефлексу.

Аналіз крові: ШОЕ 30мм/год, лейкоцитоз $20.5 \times 10^9/\text{л}$.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Чим пояснити гектичну температуру тіла при цьому захворюванні?
3. Основні допоміжні методи обстеження?
4. Призначте лікування даному хворому.

Задача N124.

На тлі загострення хронічного гнійного ектоїдиту (задня група комірок гратчастої кістки) і сфеноїдиту у хворого Ч. виникли різкий біль в потиличній ділянці, септична температура тіла з трясучими ознобами, підвищена ШОЕ та лейкоцитоз ($20.4 \times 10^9/\text{л}$).

При посіві крові, взятої на висоті температури тіла, виявлені стафілококи і стрептококи.

Об'єктивно: екзофтальм, хемоз, обмеження рухливості очних яблук, випадіння корнеальних рефлексів. Навколо вен обличчя ущільнені тканини. Функція III, IV, V пар ЧМН порушена (офтальмоплегія).

Виражена ригідність потиличних м'язів при негативних симптомах Керніга та Брудзінського.

1. Поставте діагноз.
2. Поясніть походження офтальмоплегії.
3. Дифдіагноз виявленого захворювання з флегмоною орбіти (а,б,в).
4. Лікування даного захворювання.

Задача N125.

У чотирирічного сина мати виявила помірні сукровичні виділення з правої половини носа, утруднене дихання через ніс, субфебрильну температуру тіла (37.5 градуси), млявість.

Причини захворювання не знає. Лікування домашніми засобами (чай з малиною, гарячі ванни для ніг) не дало позитивного результату, навпаки, виділення вищезгаданого характеру через 4 дні появились з лівої половини носа. Це насторожило матір, вона звернулася до лікаря оториноларинголога, який виконав передню риноскопю і констатував наступне: слизова оболонка носа набрякла, незначно кровоточива, на перегородці мілкі виразки покриті кірочками, шкіра верхньої губи біля входу в присінок правої половини носа інфільтрована, мацерована.

1. Ваш попередній діагноз, форма захворювання?
2. Якою повинна бути тактика лікаря в даному випадку?
3. З якими захворюваннями необхідно диференціювати виявлену патологію?
4. Призначте лікування.

Задача N126.

У п'ятирічної дівчинки початок захворювання проявився помірно вираженим головним болем, утрудненим носовим диханням, виділенням серозного секрету з носа, зниженням апетиту, підвищеннями до 38.4 градусів температури тіла. Прийняття протягом доби відповідних віку доз аспірину призвели до незначного зниження (38.1 градуси) температури тіла. Загальний стан здоров'я дещо погіршився. Запрошений до хворої лікар-оториноларинголог оцінив його як середньої важкості: виражена млявість дитини, поганий апетит, пульс 120 ударів за 1 хв., послаблені тони серця, ШОЕ - 22 мм/год, лейкоцити $15.8 \times 10^9/\text{л}$.

Передня риноскопія: слизова оболонка раковин, перегородки носа гіперемована, розрихлена, незначно кровоточива, місцями покрита ерозіями та накладенням сірувато-білого кольору, які щільно прилягають до неї. Патологічних змін в області глотки, гортані не виявлено.

1. Поставте попередній діагноз, форму захворювання.
2. Які Ви знаєте інші форми цього захворювання?

3. Механізм утворення сірувато-білих накладень на слизовій оболонці носа.

Задача N127.

Хлопчик М., 11 років, під час бігу впав та вдарився носом до земної поверхні. Годиною пізніше відчув утруднене дихання через ліву половину носа. Оториноларинголог виявив щільно-еластичне випинання в області лівої поверхні перегородки носа.

На рентгенограмі носа ознак перелому кісток не виявлено. Лікар запропонував пункцію в ділянці випинання перегородки носа, від якої потерпілий та його батько категорично відмовились. Через тиждень з'явився біль в області носа, утруднене дихання через його праву половину, випинання м'якої консистенції (флуктуюче) в області правої поверхні перегородки, підвищення температури тіла до 38.6 градусів.

ШОЕ - 30 мм/год, лейкоцитоз - 18.9×10^9 /л.

1. Поставте діагноз.
2. Створіть легенду послідовного розвитку даного патологічного процесу.
3. Призначте лікування.
4. Можливі ускладнення даного захворювання.

Задача N128.

Хворий Ж. скаржиться на постійні слизові виділення з носа, відчуття наявності їх великої кількості і неповного виділення під час сякання, сльозотечу, утруднення носового дихання (більш вираженого на боку лежання), зниження нюху. В анамнезі часті нежиті простудного характеру.

Об'єктивно: гіперемія слизової оболонки носа з ціанотичним відтінком, нижні та середні раковини набухлі, більш ніж наполовину, перекривають загальний носовий хід, утруднене носове дихання, знижена нюхова функція (II ступінь). Після закапування в ніс 0.1% розчину нафтизину об'єм раковин зменшився, покращалось дихання та нюхова функція. При пальпації нижньої раковини кульковим зондом відчувається її кісткова основа.

1. Поставте діагноз.
2. Причина більш вираженого закладання половини носа, що знаходиться на боку лежання?
3. Гаданий характер гіпосмії при цьому захворюванні?
4. Лікування.

Задача N129.

Хворий Ч. (36 років) звернувся до оториноларинголога з приводу помірних, постійних слизового характеру виділень з носа, утрудненого дихання, яке посилюється при лежанні на боку (через нижче розташовану половину), спині при низько нахиленій назад голові), періодичне зниження нюху, біль в області кореня носа і лоба.

Хворий часто переохолоджувався, страждає нейроциркуляторною дистонією.

Об'єктивно: слизова оболонка раковин носа (нижніх і середніх)- яскраво-

червоного кольору, набухла (в основному в задньому відділі нижніх раковин). При зрошенні слизової оболонки 0.1% розчином галазоліну швидко і значно зменшується об'єм нижньої та середньої раковини. При пальпації раковин кульковим зондом чітко визначається їх кісткова основа.

1. Поставте діагноз.
2. Патоморфологічні зміни при даній патології?
3. Дифдіагноз з вазомоторним ринітом.
4. Лікування.

Задача N130.

Хворий Й. (44 років) скаржиться на постійне утруднення дихання через ніс, виділення з нього слизового, а іноді гнійного вмісту, біль і важкість в голові (спостерігається частіше ранком), млявість і швидко втомлюваність, особливо після розумової праці.

Дані рентгенограм біляносових пазух не характерні для їх ураження. Об'єктивно: слизова оболонка середньої та нижньої раковин (більше останньої) червоно-сіруватого кольору, різко потовщена, місцями горбиста, а в області задніх кінців нижніх раковин - крупнозерниста, нагадує ягоду шовковиці. Голос гугнявий, дихання через ніс утруднене.

Після анемізації судиннозвужуючим розчином потовщені нижні раковини не зменшуються в об'ємі, носове дихання не покращується.

При пальпації нижніх раковин кульковим зондом відсутнє відчуття їх скелетної основи.

Барабанні перетинки втягнуті, слух - ШМ 4.5м.

1. Поставте діагноз.
2. Поясніть наявність втягнення барабанних перепонки і зниження гостроти слуху та відсутність відчуття кісткової основи нижніх раковин.
3. Лікування цього захворювання.

Задача N131.

Хворий Ю. протягом 13 років страждає хронічним ринітом, який супроводжувався виділенням невеликої кількості слизу, в останні 3-4 роки - різко утрудненим носовим диханням.

Об'єктивно: слизова оболонка нижньої раковини незначно потовщена, місцями її поверхня горбиста, різко звужені носові ходи. в нижній носовий хід з трудом проводиться вушний зонд з намотаним кусочком вати. При зондуванні середньої і нижньої раковини кульковим зондом через щільний шар потовщеної слизової оболонки відчувається їх кісткова основа. Дихання через ніс різко утруднене. Нюх III ст. На рентгенограмі носа і біляносових пазух визначається потовщення середньої і нижньої раковини.

1. Поставте діагноз.
2. Проведіть диференційний діагноз даного захворювання з *concha bullosa*.
3. Лікування.

Задача N132.

Хворий С. (39 років) скаржиться на сухість в носі, періодичну незначну кровотечу з нього, виділення кірок при сяканні, зниження нюху. С. переніс тонзилектомію, більше 10 років працює на мукомельному комбінаті.

Об'єктивно: слизова оболонка носа блідо-рожевого з матовим відтінком кольору, потовщена, просвічуються через неї дрібні судини, покрита жовтуватими тонкими кірками. В зоні Кісельбаха потоншена не тільки слизова оболонка, але і частина чотирикутного хряща (рухлива при пальпації кульковим зондом), носове дихання порушено незначно. Нюх III ступеня.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Гадана причина цього захворювання?
3. Лікування.

Задача N133.

Хвора В. (26 років) скаржиться на різке утруднення носового дихання, наявність великої кількості кірок, які можна видалити сяканням тільки після закапування в ніс великої кількості фізіологічного розчину хлориду Na або 2% бікарбонату натрію.

Причини захворювання не знає. Соціально-побутові умови задовільні. Працює в колгоспі, виконує різні роботи. Мати двох дітей. Під час вагітності симптоми захворювання дещо пом'якшувались.

Об'єктивно: загальні носові ходи виповнені великими кірками (зліпки) жовто-зеленуватого кольору з дуже неприємним запахом. Після видалення кірок спостерігається різко потоншена слизова оболонка, атрофованій кістковий скелет раковин, внаслідок чого загальні носові ходи дуже широкі, можна оглянути верхню раковину, задню стінку носоглотки, глоткові вустя слухових труб. Хвора запахів різних речовин не сприймає - аносмія.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Що можна виявити при бактеріоскопічному дослідженні кірок?
3. Диференційний діагноз (в першу чергу з "а", "б")?
4. Лікування.

Задача N134.

Хворий З., 35 років, скаржиться на закладення носа, водянисто-слизові виділення з нього протягом 10 років, які періодично посилюються або послаблюються, незалежно від пори року. причини захворювання не знає (не виключає впливу домашнього пилу). 7 років страждає бронхіальною астмою.

Загострення захворювання проявляються приступом чхання, утрудненим диханням, рясними водянисто-слизовими виділеннями з носа.

Об'єктивно слизова оболонка нижніх та середніх раковин носа потовщена, набрякла, блідо-блакитного кольору. Носові ходи звужені, в середньому носовому ході

правої половини носа дрібні (невеликі) поліпи. Дихання через ніс затруднене.

На рентгенограмі приносових пазух - пристінне потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух і комірок гратчастої кістки. В крові (9.5%) та слизу порожнини носа еозинофілія.

Закапування в ніс 0.1% розчину галазоліну не веде до зменшення об'єму раковин носа і покращення носового дихання; при пальпації кульковим зондом раковини щільної консистенції.

1. Поставте діагноз.
2. Які допоміжні методи дослідження необхідно провести?
3. Механізм розвитку захворювання?
4. Лікування.

Задача N135.

У хворої К., 28 років, при зміні температури повітря, перевтомі, емоційних стресах, підвищенні АТ виникають приступи чхання, вираженого закладання носа, рясних виділень з нього водянистого характеру. Ці явища носять переміжний характер.

Передня риноскопія: слизова оболонка набухла, рожево-ціанотична, на окремих ділянках бліда (плями Воячека); м'яка при оцупуванні кульковим зондом, скорочується (зменшується в об'ємі) при закапуванні судинозвужуючих розчинів. Наступного, після приступу, дня слизова оболонка раковин носа нормалізувалась.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Вкажіть, які фактори сприяють розвитку цієї патології.
3. Основні відмінності цього захворювання від іншої спорідненої форми?
4. Лікування.

Задача N136.

Під час сінокоосу в червні місяці у громадянина М. виник приступ чхання, свербіння, печії в носі, глотці, гортані, утруднене носове дихання, рясні виділення з носа водянистого характеру. Вищезгадані явища супроводжувались підвищенням температури (37.6 градуси) тіла, ознобом, пітливістю, слабкістю, головним болем.

Лікар, який спостерігав хворого протягом 10 днів, виявив наступне: в перші 5 днів слизова оболонка носа була гіперемованою, після цього вона набрякла, стала блідою. Незначна гіперемія і набряк слизової оболонки гортані без порушення дихальної функції. В результаті прийому антигістамінних препаратів місцеві ознаки захворювання стали менш вираженими, загальний стан здоров'я покращився. При закінченні сінокоосу вище означені ознаки захворювання зникли. Через рік захворювання повторилось.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Визначте допоміжні методи обстеження.
3. Призначте лікування під час приступу захворювання та в подальшому.

Задача N137.

Хворий Р., 47 років, скаржиться на утруднене носове дихання, біль в області лівої половини обличчя, який іррадіює в зуби, око, тім'яну і скроневу ділянку, посилюється при нахилі вниз голови, чханні, кашлю. Вважає себе хворим 7 днів. Захворювання пов'язує з переохолодженням організму. В перші 3 дні спостерігались виділення з носа у вигляді прозорої рідини, в останні 4 дні вони гнійні. Температура тіла підвищилась з 37.3 до 38.1 градуси. ШОЕ - 18 мм/год, лейкоцитоз $14.5 \times 10^9/\text{л}$.

Об'єктивно: припухлість над передньою стінкою верхньощелепної пазухи, біль при пальпації в області собачої ямки; при передній риноскопії виявлено набухлу, гіпереровану слизову оболонку носа, більш виражену в області середнього носового ходу лівої половини носа, з якою у вигляді смужки витікає гній, після видалення його за допомогою ватки намотаної на зонд він з'являється знову.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які Ви знаєте методи обстеження при цьому захворюванні?
3. Основні відмінності цієї патології від такої одонтогенного походження?
4. Лікування виявленого захворювання.

Задача N138.

У хворого С. після перенесеного напередодні грипу виникли закладення носа, слизово-гнійні виділення з нього, біль в ділянці правої половини лоба, який посилюється при пальпації, перкусії передньої і нижньої стінок лобної пазухи. С. також вказує на

втому при читанні, не дивлячись на відсутність змін органа зору. На 6-й день захворювання з'явилися припухлість і почервоніння шкіри правої половини лоба.

Об'єктивно: шкіра нижньої стінки правої лобної пазухи, внутрішнього кута орбіти і верхньої повіки ока набрякла, гіперерована. Пальпація і перкусія в цій ділянці різко болюча. Передня риноскопія: слизова оболонка носа набухла, гіперерована, набрякла, найбільш виражено це в області переднього кінця середньої раковини і на протилежній ділянці перегородки носа. З середнього носового ходу, біля переднього кінця раковини стікає гній. Нюх III ступеня. На рентгенограмі приносних пазух - затемнення правої лобної пазухи.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Про що свідчать зміни в ділянці нижньої стінки лобної пазухи, внутрішнього кута орбіти, верхньої повіки ока?
3. Як визначити, з якої пазухи (верхньощелепної, лобної) виділяється гній?
4. Лікування виявленої патології.

Задача N139.

Мати 8-річного сина відмічає, що після переохолодження у нього виникли нежить, утруднене носове дихання, головний біль, слабкість, підвищення температури тіла до 37.9 градусів.

Об'єктивно: при передній риноскопії слизова оболонка носа набрякла, середні носові ходи виповнені слизово-гнійним секретом. Дихання через ніс утруднене. Виражена болючість при пальпації схилів носа і області внутрішніх кутів очниць.

При рентгенографії виявлено зниження пневматизації комірок решітчастої кістки.

1. Поставте діагноз.
2. Де можна помітити виділення гною при тотальному ураженні комірок решітчастого лабіринту, при якому методі дослідження?
3. Лікування даного захворювання.

Задача N140.

Хворий Ц., 39 років, скаржиться на біль в потиличній та задній частині тім'яних ділянок, субфебрильну температуру тіла (37.3 - 37.9 градусів), слабкість, придавненість, дратливість. Вважає себе хворим біля місяця. Причину захворювання не знає.

Об'єктивно: слизова оболонка носа набрякла гіперемована з ціанотичним відтінком, при передній риноскопії, після анемізації слизової оболонки, спостерігається смужка гною в задніх відділах верхніх ходів; при задній риноскопії - гній в області склепіння носоглотки, гіперемія, набряк задніх кінців верхньої, середньої раковини та заднього краю лемішу. Визначається болючість при пальпації очних яблук.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Які додаткові методи дослідження необхідні для його підтвердження?
3. Які фактори (в основному) відіграють роль в генезі головного болю при синуситах?
4. Лікування виявленого захворювання.

Задача N141.

Хворий Т., 45 років, скаржиться на біль в правій половині лоба, поступове збільшення припухлості, яка з часом виповнила верхньо-внутрішню частину орбіти та змістила око.

Т. вважає себе хворим протягом 2.5 років. За 4 місяці до цього захворювання переніс травму носа з незначним порушенням його форми; останні 5 місяців відмічає відчуття тиску в правому оці. Це спонукало хворого звернутися до лікаря.

Об'єктивно: в області нижньої стінки лобної пазухи та верхньо-внутрішньої частини правої орбіти знаходиться випинання щільно-еластичної консистенції, незначно болюче, з відчуттям пергаментного хрусту при його пальпації. Око зміщене донизу і назовні. Спинка носа незначно зміщена вліво - риносколіоз.

Передня риноскопія: слизова оболонка блідо-рожевого кольору, вмісту патологічного характеру в носових ходах не виявлено, помірно викривлена перегородка носа. Дихання через праву половину носа незначно порушене, нюхова функція I ступеню.

На рентгенограмі приносних синусів виявлено рівномірне зниження пневматизації та розширення правої лобної пазухи.

1. Поставте попередній діагноз.
2. Гаданий характер вмісту лобної пазухи, назва патології, що пов'язана з цим?
3. Чи можливе збільшення об'єму лобної пазухи без наявності в ній вмісту патологічного характеру?
4. Лікування виявленої патології.

Задача N142.

Дитину віком 3-х місяців, масою тіла 4.5кг, яка хворіє протягом 4-х днів госпіталізували в очне відділення у зв'язку з різким набряком та інфільтрацією нижньої повіки (око закрите) лівого ока. Процес розповсюджується на суміжну ділянку щоки.

Температура сягає 39 градусів. Дитина відмовляється від ссання грудей. Спостерігаються розлади шлунково-кишкового тракту, кашель.

Гаданий діагноз офтальмологів - "абсцес лівої нижньої повіки". Оториноларинголог, оглянувши дитину, виявив наступне: некроз м'яких тканин альвеолярного відростка зліва, шорсткість кістки, окремі мілкі секвестри. Процес розповсюджується на лобний відросток верхньої щелепи.

Аналіз крові: ШОЕ - 40мм/год, кількість лейкоцитів 23×10^9 /л. При бактеріоскопії гнійно-некротичного субстрату виявлені - стафілококи. Виходячи з важкого стану здоров'я дитини, організовано консилиум лікарів у складі окуліста, оториноларинголога, щелепно-лицьового хірурга. Встановлений діагноз - "лівобічний гострий гнійний гайморит, етмоїдит". Рекомендована гайморотомія, етмоїдотомія. Після виконання цих хірургічних втручань патологічних змін в пазухах не виявлено.

1. Поставте діагноз.
2. Етіопатогенез цього захворювання?
3. Лікування.
4. Можливі ускладнення цієї патології.

ЕТАЛОНИ ВІДПОВІДЕЙ НА СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ:

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 піднебіння - 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 комірці 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, анагетика, 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. Офтальмоплегія 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 сировотка (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 - вростання 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 (алоє, ФІБС, пелоїдин, гумізол), закапування в ніс соку алоє, 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 Вітмака). 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 гіпосенсибилазація (діазолін, супрастин, тавегіл, закапування в ніс емульсії гідрокортизону. Перед сезоном цвітіння трав проводять специфічну гіпосенсибилізуєчу терапію малими дозами пилюцевих алергенів, до яких у хворого виявлена сенсibiliзація.

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 природний 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 флебіт судин та можливе ураження кісткових стінок.
3. Проба Заболоцького-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, рефлекс-

торний 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.

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. Оториноларингология.- 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.