

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
КАФЕДРА ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

**СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ
ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ
С ПОЯСНЕНИЯМИ**

методические рекомендации

Витебск, 2023

УДК 616.21(072)
ББК 56.8я73

Рецензент: зав. кафедрой оториноларингологии Витебского государственного
медицинского университета, к.м.н., доцент Королькова Н.К.

С41 Ситуационные задачи по оториноларингологии с пояснениями :
методические рекомендации / М.А. Криштопова, К.С. Шабашов,
А.Б. Бизунков, Д.С. Щелкунов, Е.С. Стрельченко. – Витебск : ВГМУ,
2023. – 68 с.

ISBN 978-985-580-193-2

Представленные методические рекомендации содержат ситуационные задачи по всем разделам оториноларингологии. В пояснениях к задачам изложен оптимальный алгоритм постановки диагноза и, при необходимости, дифференциальной диагностики. Лечебные мероприятия (консервативное и хирургическое лечение) изложены в соответствии с действующими клиническими протоколами.

Методические рекомендации предназначены для студентов 4 курса лечебного, педиатрического и стоматологического факультетов, субординаторов-оториноларингологов, субординаторов-врачей общей практики, а также врачей-интернов и клинических ординаторов.

Утверждено и рекомендовано к печати Научно-методическим Советом УО «Витебский государственный ордена Дружбы народов медицинский университет» от 19.04.2023, протокол № 9.

УДК 616.21(072)
ББК 56.8я73

ISBN 978-985-580-193-2

© М.А. Криштопова, К.С. Шабашов,
А.Б. Бизунков, Д.И. Щелкунов,
Е.С. Стрельченко, 2023
© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ	4
ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ	15
ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УША	31
ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОТОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УША	44
ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ УРГЕНТНАЯ ЛОР - ПОМОЩЬ	56

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

№1. Условие задачи:

Жалобы на затрудненное дыхание, умеренную боль в носу, головную боль, повышение температуры тела.

Болен 5 дней, заболевание связывает с травмой носа.

Объективно: форма наружного носа не изменена. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, перегородка носа утолщена, с обеих сторон на ней в переднем отделе имеются округлой формы припухлости, при пальпации которых определяется флюктуация. Носовые ходы сужены, носовое дыхание отсутствует.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Закрытый перелом костей носа.
2. Острый гнойный синусит.
3. Абсцесс перегородки носа.
4. Вазомоторный ринит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное, противовоспалительное лечение, наложение фиксирующей повязки, при необходимости – пункция околоносовых пазух.
2. Срочная госпитализация, интенсивная противовоспалительная терапия.
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Нагноившаяся гематома (абсцесс) перегородки носа.

В данном случае необходимо дифференцировать с острым гнойным синуситом (отсутствие слизисто-гнойных выделений из под средней и верхней носовых раковин, явная связь заболевания с травмой наружного носа); переломом костей носа (отсутствие деформации наружного носа и крепитации отломков); вазомоторным ринитом (у пациента имеется

повышение температуры тела, флюктуация слизистой оболочки перегородки носа, что не характерно для вазомоторного ринита).

Лечение: Срочно направить пациента в оториноларингологическое отделение для оказания оперативной помощи – вскрыть абсцесс перегородки носа в ее передних отделах с двух сторон, на разных уровнях, чтобы не было сквозной перфорации. Ежедневно промывать полость абсцесса антисептическими препаратами, использовать резиновые дренажные полоски, назначить антибиотики и антигистаминные препараты. Указанное лечение должно быть неотложным, ввиду потенциальной угрозы распространения инфекции в полость черепа и развития опасных для жизни осложнений.

№2. Условие задачи.

Жалобы на боль в носу, припухлость и покраснение наружного носа, головную боль, повышение температуры тела. Болен 3 дня.

Объективно: инфильтрация, гиперемия кожи в области кончика и крыла носа слева. В преддверии носа определяется инфильтрат конусовидной формы с гнойным стержнем в центре, резко болезненный при дотрагивании. Болезненные при пальпации подчелюстные лимфоузлы слева.

Поставить диагноз, назначить лечение. Тактика врача.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Новообразование наружного носа.
2. Фурункул крыла носа слева.
3. Острый гнойный синусит слева.
4. Ринофима.

- Лечение:

1. Срочная госпитализация, хирургическое лечение и противовоспалительная терапия.
2. Лечение амбулаторное. Комплексное противовоспалительное лечение.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Фурункул крыла носа слева, стадия нагноения.

Необходимо дифференцировать с новообразованием наружного носа (в данном случае у пациента острый воспалительный процесс и имеется ограниченный инфильтрат в области крыла носа слева); с острым гнойным синуситом (отсутствие слизисто-гнойных выделений из-под средней и верхней носовых раковин); ринофимой (у пациента имеется повышение температуры тела, боль и ограниченный воспалительный инфильтрат с нагноением в области крыла носа, что не характерно для ринофимы); с фурункулом крыла носа в стадии инфильтрации (имеется наличие гнойного стержня в центре инфильтрата).

Лечение: Срочно направить пациента в оториноларингологическое отделение для оказания оперативной помощи: вскрыть нагноившийся инфильтрат, удалить гнойный стержень, назначить комплексное противовоспалительное и иммуномодулирующее лечение. Местно, после удаления гнойного стержня, очаг воспаления обрабатывают антисептиками или мазями с антибиотиками на турунде, назначают УВЧ, ОКУФ или лазер на пораженные ткани. Указанное лечение должно быть неотложным, ввиду потенциальной угрозы распространения инфекции в полость черепа (кавернозный синус) и развития опасных для жизни осложнений.

№3. Условие задачи.

Жалобы на общее недомогание, головную боль, повышение температуры тела, слизисто-гнойные выделения из левой половины носа, затруднение дыхания через нос, ощущение распирания в области левой щеки. Больна неделю, заболевание связывает с охлаждением.

Объективно: болезненность при пальпации в области левой собачьей ямки. Слизистая оболочка полости носа слева отечная, гиперемирована, в области среднего носового хода полоска гноя.

Поставить диагноз, назначить лечение и обследование.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- **Диагноз:**

1. Острый гнойный верхнечелюстной синусит слева.
2. Острый ринит.
3. Острый гнойный фронто-этмоидит слева.
4. Новообразование полости носа слева.

5. Инородное тело левой половины носа.

- Лечение:

1. Срочная госпитализация и противовоспалительное лечение.
2. Срочная госпитализация и хирургическое лечение.
3. Лечение амбулаторное, проведение комплексной противовоспалительной терапии и пункции пораженной пазухи.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый гнойный гайморит слева.

Дифференцируют с острым ринитом (для ринита не характерны признаки интоксикации – общая слабость, повышение температуры тела, головная боль, а также такие местные признаки заболевания, как: односторонние слизисто-гнойные выделения из носа, полоска гноя из под средней носовой раковины); с другими синуситами - этмоидитом (боль в области собачьей ямки, имеются более выраженные признаки интоксикации и больше слизисто-гнойных выделений, чем было бы при гнойном этмоидите); - с фронтитом (при гнойном фронтите чаще боль локализуется в области лобной пазухи – надглазничного нерва, кроме того – после очищения полости носа от патологического содержимого полоска слизисто-гнойного отделяемого вновь быстро появляется из под средней носовой раковины); с новообразованием или инородным телом левой половины носа (при риноскопии - отсутствие новообразований или инородного тела в левой половине полости носа, имеются признаки острого гнойного воспалительного процесса). Для дифференциальной диагностики помогают также данные дообследования – Rg-грамма околоносовых пазух, КТ, термография пазух, УЗИ пазух, диагностическая пункция в/ челюстной пазухи).

Лечение: лечебные пункции в/челюстной пазухи слева с введением антисептического раствора, антибиотикотерапия (с учетом микрофлоры), антигистаминные препараты, иммуномодулирующая терапия, физиотерапевтическое лечение – УВЧ на область левой в/ челюстной пазухи, закапывание сосудосуживающих капель в нос с целью улучшения естественного дренажа из пазухи и улучшения ее аэрации.

№4. Условие задачи.

Жалобы на головную боль и слизисто-гнойные выделения из правой половины носа, субфебрильную температуру тела, разбитость. Болен неделю. Хуже себя чувствует по утрам.

Объективно: слизистая оболочка носа справа гиперемирована, носовые раковины отечные, дыхание через нос справа затруднено. В

среднем носовом ходе справа гнойное отделяемое, при удалении которого оно тут же снова появляется.

Поставить диагноз, назначить обследование и лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый ринит, стадия слизисто-гнойных выделений.
2. Острый гнойный гайморит справа.
3. Острый гнойный фронтит справа.
4. Новообразование правой половины полости носа.

- Лечение:

1. Комплексное противовоспалительное лечение.
2. Срочное хирургическое лечение.
3. Гайморотомия в плановом порядке.
4. Биопсия из правой половины носа.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый гнойный фронтит справа.

Дифференцируют с острым ринитом (у пациента имеются признаки интоксикации – общая слабость, повышение температуры тела, головные боли; имеются односторонние слизисто-гнойные выделения из носа, что не характерно для острого ринита); с другими гнойными синуситами - гайморитом, этмоидитом, сфеноидитом (полоска гноя из под средней носовой раковины, при удалении которой она вновь появляется, что говорит о быстром натекании патологического секрета сверху - из лобной пазухи, вниз – в полость носа; головная боль и обильные выделения больше по утрам, что характерно для фронтита; помогают данные дообследования – Rg-графия, УЗИ, термография пазух); с новообразованием правой половины носа (отсутствие новообразования в правой половине полости носа, признаки острого гнойного воспалительного процесса). Для дифференциальной диагностики помогают также данные дообследования – Rg-грамма околоносовых пазух, КТ, термография пазух, УЗИ пазух).

Лечение: Комплексное противовоспалительное лечение – антибиотики, антигистаминные препараты, иммуномодуляторы, сосудосуживающие капли в нос с целью улучшения естественного дренажа из пазухи и ее аэрации; физиолечение – УВЧ или ЛУЧ-2 на

область лобной пазухи. В случае не эффективности используемой терапии и затянувшегося острого гнойного фронтита - используют хирургический метод – трепанопункция лобной пазухи с последующим ежедневным промыванием ее антисептическими препаратами.

№5. Условие задачи.

Жалобы на постоянное затруднение дыхания через нос, головные боли. Выделения из носа скудные, слизистого характера. Болен 2 года, лечился закапыванием капель, но улучшения не было.

Объективно: слизистая оболочка носа гиперемирована, носовые раковины увеличены в объеме, слегка бугристы, закрывают носовые ходы, хоаны закрыты увеличенными задними концами нижних носовых раковин.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Вазомоторный ринит.
2. Двусторонний гнойный синусит.
3. Хронический ринит, гипертрофическая форма.
4. Новообразование полости носа.

- Лечение:

1. Биопсия полости носа.
2. Комплексное противовоспалительное лечение.
3. Гайморо-фронтально-этроидотомия.
4. Двусторонняя конхотомия в плановом порядке.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Хронический ринит, гипертрофическая форма. Дифференцируют с вазомоторным ринитом (при этом дыхание через нос восстанавливалось бы от действия сосудосуживающих препаратов; при вазомоторном рините наблюдается равномерный отек и синюшность слизистой оболочки носовых раковин); гнойным синуситом (отсутствие слизисто-гнойных выделений из под средней и верхней носовых раковин, признаков интоксикации); новообразования полости носа (отсутствие

новообразования в полости носа, наличие увеличенной в объеме слизистой оболочки нижних носовых раковин с двух сторон).

Лечение: Хирургическое лечение, в плановом порядке - двухсторонняя конхотомия. Иссекают участки гиперплазии слизистой оболочки нижних носовых раковин конхотомными ножницами. Консервативные же методы лечения, в том числе физиотерапевтические, в данном случае не эффективны.

№6. Условие задачи.

Жалобы на периодические приступы многократного чихания, сопровождающиеся обильными серозными выделениями из носа, слезотечением, зудом в носу, резким затруднением носового дыхания. Больна 3 года.

Объективно: слизистая оболочка полости носа бледная, отечная. Нижние и средние носовые раковины отечные, увеличены в объеме, носовые ходы резко сужены, обильные серозные выделения в области общих носовых ходов. Носовое дыхание отсутствует.

Поставить диагноз, наметить план обследования и лечения.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Вазомоторный ринит.
2. Аллергический ринит.
3. Хронический синусит.
4. Хронический гипертрофический ринит.

- Лечение:

1. Консервативное лечение, при отсутствии эффекта – хирургическое.
2. Обязательное хирургическое лечение и комплексная противовоспалительная терапия.
3. Двусторонняя конхотомия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Аллергический ринит.

Для данного заболевания характерны периодические (сезонные или при воздействии аллергена) приступы многократного чихания, с зудом в носу и

обильным истечением слизистого отделяемого из носа, слезотечение. При объективном исследовании для данного заболевания характерна отечность (водянистость) и бледность слизистой оболочки носовых раковин. Дифференцируют с вазомоторным ринитом (вегето-сосудистая форма), для которого характерна заложенность носа, часто односторонняя или перемежающаяся (то одной, то другой половины носа), синюшность слизистой оболочки носовых раковин, пятна Воячека на ней (мозаичность – бледные и синюшные пятна); с гипертрофическим ринитом, где характерна постоянная заложенность носа и при которой совершенно не помогают сосудосуживающие капли в нос, слизистая бугристая и часто гиперемирована; с хроническим синуситом, для которого характерны признаки интоксикации и периодические слизисто-гнойные выделения из носа (из- под средней или верхней носовой раковины).

Лечение: Консультация аллерголога, лечение у аллерголога в случае выявления аллергена – специфическая гипосенсибилизация; лечение у ЛОР врача – неспецифическая гипосенсибилизация, эндоназальный электрофорез димедрола, хлористого кальция, внутриносовые блокады димедрол-новокаиновые, гистоглобулина; использование назальных спреев с кортикостероидами. В случае неэффективности консервативных методов лечения - двухсторонняя нижняя конхотомия.

№7. Условие задачи.

Жалобы на резкую сухость в носу и затрудненное дыхание, неприятный запах из носа, отмечаемый окружающими, отсутствие обоняния. Больна 5 лет. Первые проявления появились во время беременности.

Объективно: слизистая оболочка носа истончена, бледная, суховатая. Носовые раковины атрофированы, носовые ходы широкие. В носовых ходах корки с неприятным запахом.

Поставить диагноз, дифференциальный диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- **Диагноз:**

1. Хронический ринит, атрофическая форма.
2. Озена.

3. Склерома верхних дыхательных путей.
4. Болезнь Вегенера.

- **Лечение:**

1. Срочное хирургическое лечение.
2. Хирургическое лечение в плановом порядке.
3. Комплексное противовоспалительное лечение.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Озена (зловонный насморк).

Для данного заболевания характерны атрофические процессы в полости носа, образование корок с неприятным запахом, anosmia. Дифференцируют с атрофическим ринитом (при атрофическом рините отсутствует неприятный запах из носа пациента, атрофический процесс затрагивает только слизистую оболочку, но не костные структуры полости носа, менее выражено образование корок в носу); со склеромой верхних дыхательных путей (для данного заболевания, кроме атрофии слизистой оболочки полости носа, характерно образование инфильтратов в подслизистом слое, которые не изъязвляются, но имеют способность образовывать рубцы и суживать просвет дыхательных путей; корки не имеют неприятного запаха); с болезнью Вегенера (наиболее постоянным симптомом при болезни Вегенера, на ранней стадии, является образование гнойно-кровянистых корок на слизистой оболочке полости носа. Корки имеют буро-коричневый цвет и удаляются из полости носа в виде слепков. Слизистая оболочка после удаления корок имеет характерный вид: она истончена, красно-синюшного цвета, в отдельных местах покрыта кровоточащими грануляциями. Характерным является наличие изъязвленной слизистой оболочки в передних отделах перегородки носа, нередко здесь возникает перфорация с поражением хрящевого, а затем и костного отделов перегородки, развивается седловидная деформация носа).

Лечение: Микробиологическое подтверждение – обнаружение клебсиеллы озены; антибиотикотерапия (антибиотики широкого спектра действия, воздействующие на клебсиеллу озены), иммуномодулирующие препараты, препараты железа, местное лечение атрофического процесса – закладывание тампонов с раствором Люголя и витаминизированными маслами.

№8. Условие задачи.

Жалобы на сухость, образование корок в носу, снижение обоняния.
Больна 2 года.

Объективно: слизистая оболочка полости носа бледная, сухая, покрыта густым вязким секретом, носовые ходы несколько расширены, корки без запаха. Дыхание через нос затруднено.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- **Диагноз:**

1. Вазомоторный ринит.
2. Озена.
3. Хронический ринит, атрофическая форма.
4. Склерома верхних дыхательных путей.
5. Туберкулез полости носа.

- **Лечение:**

1. Хирургическое лечение с последующей антибиотикотерапией.
2. Антибиотикотерапия, антигистаминные средства и УВЧ на область носа.
3. Местное противовоспалительное лечение и общеукрепляющая терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Хронический ринит, атрофическая форма.

Хронический атрофический (сухой) ринит характеризуется дистрофическими изменениями в полости носа в виде атрофии слизистой оболочки, метаплазией эпителия в плоский и уменьшением числа слизистых желез. Это ведет к ощущению сухости в носу, образованию вязкого, трудно отделяемого секрета, подсыхающего в корки (без запаха) и снижению обоняния. Дифференцируют с озеной (при озене будет неприятный запах, исходящий из носа пациента, глубокий атрофический процесс, затрагивающий не только слизистую оболочку полости носа, но и подлежащие костные структуры); со склеромой верхних дыхательных путей (для нее характерно образование инфильтратов в подслизистом слое, которые не изъязвляются, но имеют склонность образовывать рубцы и суживать просвет дыхательных путей); с туберкулезом полости носа (туберкулез носа первоначально обычно локализуется в передних отделах полости носа - в преддверии, на перегородке, на слизистой оболочке носовых раковин. В начальной стадии заболевания - обильные выделения из носа, образование корок и ощущение заложенности. Появляется узелковый инфильтрат, быстро изъязвляющийся, нередко с

формированием перфорации в хрящевом отделе перегородки носа. При распаде инфильтратов и образовании язв наблюдается гнойное отделяемое с примесью крови. Риноскопически язвы определяются как дефект слизистой оболочки, на дне которого расположены вялые грануляции); с вазомоторным ринитом (для него характерна отечность слизистой оболочки носовых раковин с заложенностью носа, часто односторонняя или перемежающаяся (то одной, то другой половины носа), синюшность слизистой оболочки носовых раковин, пятна Воячека на ней (мозаичность – бледные и синюшные пятна); отсутствие атрофии и корок в полости носа).

Лечение: Исключить бытовые и производственные вредности (пыль, загазованность воздуха), местное лечение атрофического процесса, которое направлено на разжижение густых, вязких выделений и удаление корок из носа, усиление функции оставшихся желез слизистой оболочки носа и улучшение ее кровоснабжения. Для очищения полости носа от корок используют тампоны с раствором Люголя, витаминизированными маслами (оставляют в полости носа на несколько часов), увлажняют слизистую оболочку полости носа минеральной водой, физиологическим раствором, используют фитоингаляции через нос. Показано также стимулирующее лечение – биогенные стимуляторы, витаминотерапия.

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ

№ 1. Условие задачи.

Жалобы на неприятные ощущения в горле, неприятный запах изо рта. Ангин в анамнезе нет.

Объективно: застойная гиперемия и валикообразное утолщение краев передних небных дужек. Миндалины рыхлые, лакуну расширены, при надавливании на область верхнего полюса миндалин из лакун выделяются казеозно-гнойные пробки. Увеличены единичные регионарные лимфатические узлы на шее впереди кивательной мышцы на границе верхней и 2/3 нижней ее частей.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Хронический фарингит.
2. Ангина.
3. Хронический тонзиллит, компенсированная форма.
4. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма (безангинная форма).
5. Фарингомикоз.
6. Туберкулез глотки.

- Лечение:

1. Антибиотикотерапия, ингаляционная терапия, полоскания глотки, физиотерапия – УВЧ на область глотки.
2. Применяют микостатические препараты, полоскание глотки водным раствором хинозола, леворина, смазывание очага поражения раствором йодглицерина.
3. Противотуберкулезные препараты и санаторно-курортное противотуберкулезное лечение.
4. Предложить курс консервативного лечения хронического тонзиллита.
5. Предложить оперативное лечение – двустороннюю тонзиллэктомию.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-3: Хронический тонзиллит, компенсированная форма.

Следует дифференцировать с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, фарингитом, фарингомикозом. При хроническом компенсированном тонзиллите изменения наблюдаются только лишь в пределах небных миндалин – гиперемия и отечность по краю передних небных дужек, их валикообразное утолщение; наличие казеозно-гнойных пробок в лакунах небных миндалин; патологические сращения миндалин с дужками; стойкое увеличение регионарных лимфатических узлов. Общих же патологических реакций, со стороны всего организма, не наблюдается, в том числе нет рецидивирующих ангин. Для хронического фарингита характерны изменения слизистой оболочки задней стенки глотки. При поверхностном микозе определяется не резко выраженная гиперемия слизистой оболочки с небольшими участками полупрозрачных или плотных пикообразных налетов сероватого или беловатого цвета, чаще имеющих творожистый, комковый характер, налеты снимаются легко, обнажая гладкую гиперемированную слизистую оболочку.

Лечение: консервативное. Наиболее распространенным и эффективным методом является промывание лакун небных миндалин различными антисептическими препаратами, что способствует удалению гнойного содержимого из лакун, созданию условий не благоприятных для жизнедеятельности микроорганизмов. Важна и общеукрепляющая терапия, содействующая повышению реактивности организма. Проводится неспецифическая гипосенсибилизация организма (курс приема внутрь антигистаминных средств). Из физиотерапевтических методов применяют ультразвуковое воздействие на миндалины или же лазерный свет на миндалины.

№2. Условие задачи.

Жалобы на частые ангины (2-3 раза в год) в течение 4-х лет.

Объективно: при мезофарингоскопии - гиперемия краев передних небных дужек, миндалины сращены с ними, лакуны расширены, при надавливании шпателем на верхний полюс миндалин - из лакун выделяется патологический секрет. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Хронический фарингит.
2. Гиперплазия небных миндалин.
3. Сифилис глотки
4. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины.

- Лечение:

1. Ингаляционная терапия, полоскание глотки, массаж задней стенки глотки с раствором йод-глицерина, физиотерапия.
2. Производят частичное удаление миндалин - тонзиллотомия.
3. Производят противосифилитическое лечение.
4. Показано оперативное лечение – двусторонняя тонзиллэктомия.
5. Показан курс консервативного лечения пациента с хроническим тонзиллитом.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины.

Следует дифференцировать с хроническим компенсированным тонзиллитом, при котором патологические изменения наблюдаются только лишь в пределах небных миндалин и отсутствуют рецидивы ангин. С хроническим фарингитом, для которого характерны изменения слизистой оболочки ротоглотки. При гиперплазии небных миндалин отсутствуют проявления хронического тонзиллита, а сами миндалины значительно выходят за пределы небных дужек. Необходимо также дифференцировать хроническое воспаление миндалин с туберкулезным поражением. Известные трудности представляет разграничение явлений тонзиллогенной и туберкулезной интоксикации. Для туберкулеза характерны бронхиты в анамнезе, разной величины и плотности безболезненные регионарные лимфатические узлы с явлением периаденита, язвы на слизистой оболочке ротоглотки, соответствующие изменения имеются и в легких, а также положительные туберкулезные пробы.

Лечение: если у пациента, кроме рецидивирующих ангин, нет других патологических реакций со стороны отдаленных органов и систем (сердца, почек, суставов и др.) и он ни разу не проходил курс консервативного лечения хронического тонзиллита, то ему не предлагается оперативное лечение в виде двусторонней тонзиллэктомии. А назначают курс консервативного лечения, который обязательно включает следующие условия:

1. промывание лакун небных миндалин различными антисептическими препаратами, что способствует удалению гнойного содержимого из лакун.
2. гипосенсибилизирующая терапия (прием внутрь антигистаминных средств).
3. назначают средства, способствующие повышению реактивности организма, иммуномодуляторы.
4. Физиотерапия – назначают ультразвук на проекции небных миндалин или лазер на небные миндалины или комбинируют их, №10-12.

№3. Условие задачи.

Жалобы на частые ангины (2-3 раза в год) в течение 3-х лет. Пациентка страдает ревматизмом, который развился несколько лет назад после очередной ангины. Каждая последующая ангина приводит к обострению ревматического процесса.

Объективно: при мезофарингоскопии - гиперемия и валикообразное утолщение краев передних небных дужек. Миндалины плотные, поверхность их неровная, в лакунах – гнойное содержимое. Регионарные лимфоузлы увеличены, болезненны.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Первичный ревмокардит.
2. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины.
3. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины, ревматизм.
4. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины, тонзиллогенный сепсис.

- Лечение:

1. Стационарное лечение. Применяется этиопатогенетическая, противоаллергическая терапия, антибиотики, нестероидные противовоспалительные средства, глюкокортикоиды.
2. Оперативное лечение – двусторонняя тонзиллэктомия.
3. Оперативное лечение – двусторонняя тонзиллотомия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивирующие ангины, ревматизм.

У данного пациента имеется два вида декомпенсации хронического тонзиллита – рецидивирующие ангины и ревматизм. Из анамнеза четко выявлено поражение сердца ревматическим процессом после очередной ангины, т.е. имеется сопряженность заболеваний и ревмокардит рассматривается, как метатонзиллярное осложнение. Из сопряженных с хроническим тонзиллитом заболеваний наибольшее значение придается ревматизму, диффузному гломерулонефриту и ревматоидному полиартриту, имеющим аллергическо-гиперергический генез. Общими для них являются этиологическая роль гемолитического стрептококка, сенсбилизация к стрептококку, изменения общей иммунологической реактивности.

Лечение: Хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия. Дальнейшее наблюдение и лечение у ревматолога.

№4. Условие задачи.

Жалобы на боли в горле при глотании, общее недомогание, субфебрильную температуру тела. Давность заболевания 2-й день.

Объективно: миндалины выступают из-за небных дужек, слегка инфильтрированы, гиперемированы. Налетов нет. При пальпации шеи – болезненность регионарных лимфатических узлов, их небольшое увеличение. Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый фарингит.
2. ОРИ.
3. Острый лакунарный тонзиллит.
4. Острый катаральный тонзиллит.

- Лечение:

1. В оториноларингологическом стационаре: наиболее эффективен противогриппозный гамма-глобулин, ацетилсалициловая кислота, антибиотикотерапия.

2. В домашних условиях - ингаляции, согревающий компресс на глотку, полоскания глотки.
3. Амбулаторное – антибиотикотерапия, теплая нераздражающая пища, полоскания глотки антисептиками, общеукрепляющая терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: острый катаральный тонзиллит.

В данном случае необходимо дифференцировать от гриппа, ОРВИ, острого фарингита. Для гриппа характерны выраженная интоксикация, высокая температура тела, распространенность воспалительного процесса на весь верхний отдел дыхательного тракта. В крови – лейкопения. ОРВИ протекает с выраженными явлениями ринита. Температура тела, как правило, не достигает высоких цифр; отсутствуют или слабо выражены признаки интоксикации. При остром фарингите общее состояние еще меньше страдает. Разлитая гиперемия задней стенки глотки, которая обычно не распространяется на небные миндалины. Температура тела чаще остается нормальной.

Лечение: амбулаторное. Назначают антибиотики. Показана нераздражающая пища, местно применяют полоскания теплыми отварами шалфея или ромашки, а также растворами натрия хлорида, натрия гидрокарбоната, перманганата калия, фурацилина. Полоскания проводят после еды. На область глотки (под нижнюю челюсть) применяют тепло: ватно-марлевую повязку или согревающий компресс. Можно назначить фитоингаляции, обладающие антибактериальной и противовоспалительной активностью. Болезнь заканчивается обычно через 3-4 дня при достаточно хорошей сопротивляемости организма.

№5. Условие задачи.

Жалобы на общее недомогание, сильные боли в горле при глотании, иногда иррадирующие в уши, высокую температуру тела. Давность заболевания 2-ой день.

Объективно: выраженная гиперемия небных дужек и миндалин. В лакунах миндалин налеты беловато-желтого цвета, которые не распространяются за пределы миндалин и снимаются легко, не оставляя кровоточащей поверхности. Регионарные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Поставить диагноз, дифференциальный диагноз и назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента;

3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Дифтерийная ангина.
2. Ангина при скарлатине.
3. Ангина при агранулоцитозе.
4. Лакунарная ангина.

- Лечение:

1. В инфекционном стационаре. Противодифтерийная антитоксическая сыворотка, антибиотикотерапия, дезинтоксикационные мероприятия, гипосенсибилизация и витаминотерапия.
2. Госпитализировать в оториноларингологическое отделение, антибиотикотерапия, гипосенсибилизация и витаминотерапия.
3. Амбулаторное лечение у терапевта (врача общей практики): постельный режим, антибиотикотерапия, гипосенсибилизация и витаминотерапия, обильное питье.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый лакунарный тонзиллит.

Дифференцировать следует с ангиной при скарлатине, дифтерии, а также при заболеваниях крови. При скарлатине поражение слизистой оболочки глотки – является постоянным симптомом, выраженность которого различна – от катаральной до язвенно – некротической ангины, сопровождающейся энантемой, кожной сыпью, малиновой окраской языка, очень яркой гиперемией слизистой оболочки ротоглотки без перехода гиперемии на твердое небо (пылающий зев). Дифтерийная ангина отличается от банальной появлением на фоне ярко гиперемизированных миндалин толстых грязно-серых пленок, которые склонны распространяться на небные дужки, мягкое небо, язычок, заднюю стенку глотки. Пленки снимаются с трудом, после их удаления остается легко кровоточащая поверхность. Отмечается склонность слизистой оболочки дыхательных путей, к отеку. При сравнительно невысокой температуре тела дифтерия отличается выраженными явлениями интоксикации и адинамией.

Лечение пациентов с лакунарной ангиной чаще проводится в домашних условиях участковым терапевтом, при тяжелом течении - в инфекционном стационаре. В первые дни болезни больной нуждается в постельном режиме, после улучшения состояния – режим амбулаторный. Во избежание заражения окружающих пациента изолируют. Диета должна быть щадящей. Назначают антибиотикотерапию, гипосенсибилизирующие препараты, жаропонижающие, обезболивающие средства,

иммуномодуляторы. Местно применяют ингаляционные антибиотики, обладающие антибактериальной и противовоспалительной активностью. На область глотки применяют тепло - согревающий компресс. Лечение пациента проводят под контролем динамики картины крови, мочи, температурной реакции, деятельности сердца. В течение 1 месяца после выписки пациент должен находиться под наблюдением участкового терапевта (врача общей практики, педиатра). Необходимо также заключение оториноларинголога о целесообразности проведения диспансерного наблюдения за пациентом (хронический тонзиллит).

№6. Условие задачи.

Жалобы на общее недомогание, боли в горле при глотании, высокую температуру тела, боли в суставах. Давность заболевания 2 дня.

Объективно: небные миндалины гиперемированы, отечны, через слизистую оболочку просвечивает большое количество желтоватых точек, величиной с просыное зерно (картина «звездного неба»); значительно увеличены и болезненны при пальпации шейные лимфатические узлы.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Скарлатинозная ангина.
2. Дифтерийная ангина.
3. Корь, лакунарная ангина.
4. Фолликулярная ангина.

- Лечение:

1. Амбулаторное лечение у терапевта (врача общей практики): постельный режим, антибиотикотерапия, гипосенсибилизация и витаминотерапия, обильное питье.
2. Лечение в инфекционном стационаре. Специфическое лечение противодифтерийной антитоксической сывороткой. Сыворотку вводят по способу Безредко. Антибиотикотерапия, дезинтоксикационная, гипосенсибилизирующая, витаминотерапия.
3. Срочно госпитализировать в оториноларингологическое отделение, антибиотикотерапия, гипосенсибилизация и витаминотерапия, при необходимости – двусторонняя тонзиллэктомия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-3: Фолликулярная ангина.

При дифференциальной диагностике необходимо исключить скарлатину, дифтерию, поражение глотки при кори. При скарлатине поражение слизистой оболочки глотки – постоянный симптом, выраженность которого различна – от катаральной до язвенно- некротической ангины, сопровождающейся энантемой, малиновой окраской языка и кожной сыпью. Поражение слизистой оболочки глотки при кори отмечается в продромальном периоде и во время высыпаний. В дифференциальной диагностике важное значение имеет появление на слизистой оболочке щек пятен Филатова-Коплика, коревой энантемы и кожной сыпи. При локализованной дифтерии температура тела может быть довольно высокой в первый 1-2 дня, однако, в отличие от банальных ангин она снижается на 2-3-й день, несмотря на наличие налетов в глотке. При дифтерии наблюдается бледность кожных покровов, слизистая оболочка глотки бывает интенсивно гиперемирована, миндалины набухшие, язык значительно обложен желтоватым или коричневатым налетом. На миндалинах образуется толстый фибринозный налет грязно-серого цвета с желтоватым или зеленоватым оттенком распространяющийся на небные дужки, язычок, заднюю стенку глотки. Пленки плотно прилегают к слизистой оболочке и, при попытке их снятия, появляется кровь.

Лечение: Проводится в домашних условиях, при тяжелом течении - в инфекционном стационаре. Используются антибиотики широкого спектра действия, гипосенсибилизирующая терапия, жаропонижающие и обезболивающие средства, иммуномодуляторы. Местно применяют ингаляционные антибиотики, обладающие антибактериальной и противовоспалительной активностью. На область глотки применяют тепло - согревающий компресс. Лечение пациента проводят под контролем динамики картины крови, мочи, температурной реакции, деятельности сердца. В течение 1 месяца после выписки пациент должен находиться под наблюдением участкового терапевта (врача общей практики, педиатра). Необходимо также заключение оториноларинголога о целесообразности проведения диспансерного наблюдения за пациентом (хронический тонзиллит).

№7. Условие задачи.

Жалобы на боль в горле, общую слабость, повышение температуры тела до 39 градусов. Ребенок 8 лет, болен 6 дней.

Объективно: Разлитая гиперемия небных дужек, миндалин. Небные миндалины инфильтрированы, на их поверхности, особенно в области устьев лакун определяются легко снимающиеся беловатые налеты.

Лимфатические узлы (шейные, подчелюстные, подмышечные) резко увеличены, плотны, болезненны при пальпации. Прощупывается увеличенная селезенка. Обследование: анализ крови: НВ –107 г/л, эр. – 4,5 * 10 в 12 степени / л, Л – 19,2 * 10 в 9 степени / л, эозинофилы –1%, моноциты – 70% (атипичные), сегментоядерные – 17%, лимфоциты – 12%, тромбоциты – 10 в 9 степени г., СОЭ – 15 мл/час. Анализ мочи без отклонений от нормы.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2.предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3.предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Лакунарная ангина.
2. Дифтерия глотки.
3. Язвенно-пленчатая ангина.
4. Инфекционный мононуклеоз.

- Лечение:

1. амбулаторное, комплексное, противовоспалительное лечение, антибиотики, согревающий компресс, ингаляционно антибиотики.
2. Срочная госпитализация, введение противодифтерийной антитоксической сывороткой по способу Безредки.
3. Госпитализация в инфекционный стационар.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Инфекционный мононуклеоз (моноцитарная ангина). При наличии любой формы поражения небных миндалин необходимо дифференцировать первичные и вторичные ангины. Поскольку клинически первичные и вторичные ангины различить достаточно сложно, основное значение имеет оценка лейкоцитарной формулы в общем анализе крови, выполнение которого является обязательным при любой форме ангины. У данного пациента в общем анализе крови имеется патологическое увеличение моноцитов, что подтверждает диагноз. На этапе физикального осмотра предположить инфекционный мононуклеоз помогает обследование всех групп лимфатических узлов (отмечается их тотальное увеличение в отличие от первичных ангин, когда увеличиваются и становятся болезненными только лимфоузлы шеи).

Лечение: госпитализация в инфекционный стационар. Лечение данной категории пациентов не входит в компетенцию врача-оториноларинголога.

№8. Условие задачи.

Жалобы на легкое недомогание, слюнотечение, неприятный запах изо рта, незначительное повышение температуры тела. Давность заболевания 4-5 дней, боли не беспокоят.

Объективно: на левой миндалине в области верхнего полюса серого или желтовато-белого цвета налет, после удаления которого обнаруживается глубокая язва с неровными краями. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Поставить диагноз, дифференциальный диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Туберкулез ротоглотки.
2. Сифилис ротоглотки.
3. Злокачественное новообразование миндалины.
4. Язвенно-пленчатая ангина Симановского Плаута-Венсана.

- Лечение:

1. Лечебное питание, пребывание на свежем воздухе, санаторно-курортное и противотуберкулезное лечение.
2. Полоскание горла антисептическими растворами, противосифилитическое лечение.
3. В ранних стадиях проводят хирургическое лечение опухолей – электрокоагуляцию с предшествующей и последующей рентгено-или радиотерапией.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Язвенно-пленчатая ангина Симановского-Плаута-Венсана. Для дифференциальной диагностики с туберкулезом требуется консультация фтизиатра, рентгенография органов грудной клетки с целью поиска первичного очага. Для дифдиагностики с сифилисом используется

серологическое исследование (реакция Вассермана). При дифдиагностике с опухолевым процессом необходима биопсия язвы с последующим гистологическим исследованием материала. Таким образом, диагноз язвенно-пленчатой ангины является диагнозом исключения. Объективных тестов для подтверждения этого диагноза в клинической практике нет.

Лечение: Лечение должно проводиться под контролем инфекциониста. В тяжелых случаях предусмотрена госпитализация в инфекционный стационар. Лечение проводится по принципам терапии сифилиса, поскольку заболевание вызывается бактерией из рода Спирохета (в симбиозе с веретенообразной палочкой). Для местного воздействия рекомендуют полоскание горла растворами антисептиков.

№9. Условие задачи.

Ребенок 5 лет. Жалобы на небольшие боли при глотании, слабость, недомогание, плохой аппетит. Болен 2 дня, температура тела субфебрильная.

Объективно: гиперемия слизистой оболочки дужек, миндалин, мягкого неба. Миндалины выступают из-за дужек, налет серовато-грязного цвета располагается на выпуклых частях, распространяется на дужки. Налет снимается с трудом, оставляя кровоточащую поверхность. Регионарные лимфатические узлы увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Поставить диагноз, дифференциальный диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Лакунарная ангина.
2. Ангина при скарлатине.
3. Ангина при агранулоцитозе.
4. Дифтерийная ангина.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное, противовоспалительное, дезинтоксикационное, гипосенсибилизация.
2. Госпитализация в инфекционный стационар.

3. Необходимо устранить вызвавшую причину, провести стероидную и заместительную терапию лейкоцитарной массой.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Дифтерийная ангина.

Диагноз основывается на результатах бактериологического исследования (получение бациллы Лефлера - VL). Для этой цели в обязательном порядке при наличии любой формы ангины врач должен произвести два мазка на VL: один — из области налета, второй — из полости носа. Поскольку для получения результатов требуется время, а лечение следует назначить как можно скорее, необходимо использовать клиническую симптоматику для того, чтобы заподозрить дифтерию и назначить консультацию инфекциониста. Для этой цели необходимо отличать паренхиматозные ангины – фолликулярную и лакунарную – от островчатой и пленчатой сплошной дифтерии глотки. При фолликулярной и лакунарной ангине отмечаются значительные боли при глотании, головная боль, высокая температура тела, общее недомогание. При локализованной дифтерии температура тела может быть довольно высокой в первые 1- 2 дня. Однако в отличие от банальных ангин она снижается на 2-3-й день, несмотря на наличие налетов в зеве. При ангине не наблюдается бледности кожных покровов, глотка интенсивно гиперемирована, миндалины набухшие, язык значительно обложен желтоватым или коричневым налетом. При фолликулярной ангине на выпуклых поверхностях миндалин видны желтовато-беловатые пузырьки (нагноившиеся фолликулы) с заостренной вершиной одинаковой формы и величины, правильно и симметрично расположенные; при дифтерии – беспорядочно расположенные островки беловато-серой окраски разной величины и формы. При лакунарной ангине в углублениях лакун образуются налеты желтоватого цвета с золотистым оттенком, которые покрывают миндалины в виде отдельных пятен или полосок. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и весьма болезненны, особенно в начале заболевания. Иногда налеты, исходящие из лакун, сливаются между собой, сплошь покрывают почти всю миндалину – это признаки сливной лакунарной ангины. После их свободного снятия можно видеть гладкую гиперемированную слизистую оболочку миндалин без кровоточивости. Для дифференциальной диагностики необходимо учитывать и другие виды ангин: при инфекционных заболеваниях (скарлатинозное), и при заболеваниях крови (моноцитарная, агранулоцитарная), а также грибковую. При скарлатине поражение слизистой оболочки глотки – постоянный симптом, сопровождающийся энантемой, кожной сыпью и малиновой окраски языка. При агранулоцитозе – заболевания характеризующееся резким уменьшением содержанием отсутствия нейтрофильных гранулоцитов в крови (менее 750 гранулоцитов в 1 мкл). Клиническое течение начинается с повышением температуры тела до 38 градусов С, сопровождается ознобом,

интоксикацией, тяжелым общим состоянием – сильная боль в глотке, слюнотечение, на миндалинах имеются язвенные изменения некротического характера. Границы распространяются на слизистую оболочку десен, мягкого неба, задней стенки глотки, вход в гортань, начинаясь, как эритематозно-эрозивный, он быстро переходит в язвенно-некротический.

Лечение: проводят в инфекционном стационаре. Лечение дифтерии не входит в компетенцию оториноларинголога.

№10. Условие задачи.

Жалобы на резкие боли в горле, усиливающиеся при глотании, затруднение при открывании рта, общее недомогание, высокую температуру. Болен 5 дней.

Объективно: открывание рта затруднено (открывает рот на ширину 2 см). Яркая гиперемия, отек дужек, мягкого неба слева, левой миндалины. Левая миндалина смещена к средней линии, оттесняя язычок вправо, налетов нет. Резко увеличены, болезненны при пальпации шейные лимфатические узлы слева.

Поставить диагноз, дифференцированный диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Токсическая форма дифтерии.
2. Моноцитарная ангина.
3. Острый фарингит.
4. Паратонзиллярный абсцесс.

- Лечение:

1. Срочная госпитализация в инфекционный стационар, вводят противодифтерийную антитоксическую сыворотку, антибиотикотерапия, дезинтоксикационные мероприятия, гипосенсибилизация.
2. Срочная госпитализация в оториноларингологическое отделение, вскрытие абсцесса, послеоперационная противовоспалительная терапия.

3. Больного помещают в стерильную палату, применяют цитотоксические препараты, заместительная терапия клеточными компонентами крови, трансплантация костного мозга.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Паратонзиллярный абсцесс слева.

Диагноз ставится на основе физикального осмотра (повышение температуры тела, резкое одностороннее увеличение и болезненность лимфоузлов шеи) и мезофарингоскопии (тризм жевательной мускулатуры, асимметрия зева, отек и инфильтрация паратонзиллярной клетчатки). Для подтверждения наличия абсцесса можно провести пункцию паратонзиллярной клетчатки на пораженной стороне (лучше при помощи иглы Куликовского).

Лечение: Экстренное хирургическое вмешательство: вскрытие и дренирование абсцесса. Абсцесс, как правило, вскрывают в типичном месте (существует схема для поиска места вскрытия). Дренирование осуществляется путем ежедневного раскрытия послеоперационной раны остроконечным хирургическим зажимом на протяжении нескольких дней после операции. Использование общепринятых в хирургии дренажей для дренирования паратонзиллярного абсцесса запрещено. Послеоперационная антибактериальная терапия парентерально в оптимальных дозах, гипосенсибилизация. Местно применяют полоскания горла теплыми дезинфицирующими растворами (фурациллин, хлоргексидин). Целесообразно проведение абсцесстонзилэктомии — удаления пораженной миндалины в «теплом» периоде течения болезни (через 5-6 дней после вскрытия абсцесса). Поскольку наличие паратонзиллярного абсцесса, особенно его рецидивирование является признаком декомпенсации хронического тонзиллита, то пациенту показана двусторонняя тонзиллэктомия в плановом порядке.

№11. Условие задачи.

Жалобы на першение в горле, жжение, сухость. Давность заболевания 3 дня.

Объективно: гиперемия мягкого неба, задней стенки глотки. Температура тела 36,7 градусов. Реакция со стороны регионарных лимфатических узлов отсутствует. Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента;

3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Катаральная ангина.
2. Скарлатина.
3. ОРВИ, острый фарингит.
4. Дифтерия глотки.

- Лечение:

1. Лечение амбулаторное, полоскание горла теплыми отварами или настоями трав, оральные антисептики.
2. Антибиотикотерапия, системная противовоспалительная терапия.
3. Введение противодифтерийной сыворотки.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: ОРИ, острый фарингит.

Следует дифференцировать, в первую очередь, от катаральной ангины, при которой должна быть повышенная температура тела и реакция (увеличение и/или болезненность лимфатических узлов шеи). При острой респираторной вирусной инфекции, кроме глотки, поражаются и другие отделы дыхательного тракта (наличие выделений из носа, осиплость голоса, кашель).

Лечение: Амбулаторное. Его следует начинать с назначения теплой нездражающей диеты, орошения глотки теплым вяжущим или щелочным раствором; хороший терапевтический эффект дает применение оральных антисептиков в виде спреев или таблеток (фарингосепт, фалиминт и др.). Назначение антибиотикотерапии при вирусном фарингите является одной из самых распространенных ошибок в медицинской практике, ведущей к росту антибиотикорезистентности.

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА

№1. Условие задачи

Жалобы на снижение слуха на правое ухо, шум в ухе. Эти жалобы появились 1,5 месяца после перенесенного острого отита.

Объективно: АД - ушная раковина не изменена, слуховой проход свободен. Барабанная перепонка мутная, втянута, отсутствует «световой конус», короткий отросток молоточка выпячен, тонкий рубец в передне-нижнем отделе. Слух: шёпотная речь на правое ухо - 1 м, разговорная - 4 м. Латерализация звука при камертональном исследовании в сторону поражения. Опыт Ринне — отрицательный.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение.

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний отит
2. Острая сенсоневральная тугоухость.
3. Адгезивный средний отит.
4. Хронический гнойный средний отит.
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное. Противовоспалительное лечение.
2. Оссикулопластика, при отсутствии возможности оссикулопластики — слуховой аппарат.
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Адгезивный средний отит.

Воспалительных изменений (гиперемия, отек, инфильтрация) в наружном и среднем ухе нет, что отмечается при отоскопии. Ключевыми симптомами, на которых строится диагноз являются наличие рубца на барабанной перепонке в сочетании с кондуктивной тугоухостью. Последняя подтверждается камертонами тестами. Дифдиагноз

необходим с сенсоневральной тугоухостью, для чего пациенту показана тональная пороговая аудиометрия. Полезной в данном случае является тимпанометрия (должна быть получена тимпанометрическая кривая типа В, характеризующая неподвижность барабанной перепонки или тимпанограмма типа А_s, характеризующая ограничение ее подвижности).

Лечение: Пациенту показана плановая госпитализация в оториноларингологическое отделение для выполнения оссикулопластики (один из видов тимпаноластики). В процессе операции иссекаются рубцы в барабанной полости и цепь слуховых косточек замещается протезом из синтетического материала. Только иссечения рубцов (мобилизация цепи слуховых косточек) недостаточно, так как вероятность их рецидива близка к 100%. Для лечения данного пациента может быть использована имплантируемая пьезоэлектрическая система Sound Bridge или другая подобная система. При невозможности выполнить хирургическое вмешательство пациенту показано слухопротезирование.

№2. Условие задачи

Жалобы на сильные боли в правом ухе, головную боль, боль в заушной области справа, гноетечение из уха, которое усилилось в последние 3 дня, повышение температуры тела до 38°C. Боли в ухе и гноетечение беспокоит 3 недели.

Объективно: болезненность при пальпации сосцевидного отростка, инфильтрация мягких тканей в заушной области справа. АД - обильное количество сливкообразного гноя в наружном слуховом проходе, гиперемия и инфильтрация кожи и нависание верхне-задней стенки наружного слухового прохода. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, перфорация в передне-нижнем квадранте, «пульсирующий рефлекс».

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- **Диагноз:**

1. Острый гнойный средний перфоративный отит, осложненный мастоидитом;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;

3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный средний отит;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное. Противовоспалительное лечение.
2. Оссиклопластика, при отсутствии возможности оссиклопластики — слуховой аппарат.
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-3: Острый гнойный средний перфоративный отит, осложненный мастоидитом.

Основой диагноза является осмотр области уха и отоскопия. При отоскопии отмечается воспалительный процесс в среднем ухе гнойного характера, поскольку через перфорацию инфильтрированной барабанной перепонки выделяется гнойный секрет. Болезненность и отечность заушной области, а также знания по анатомии среднего уха позволяет предположить наличие у пациента наиболее распространенного осложнения острого гнойного среднего отита — мастоидита. Представляет интерес динамика симптомов: пациент имел острый гнойный перфоративный отит в течение двух с половиной недель, после чего усилилось гноетечение, повысилась температура тела и, можно предположить, появилась головная боль и боль в заушной области. Для подтверждения мастоидита необходима КТ головы при ее отсутствии — рентгенограмма височных костей по Шюллеру (информативность метода невысокая).

Лечение: Пациенту показана экстренная госпитализация в оториноларингологическое отделение для выполнения мастоидотомии. Операционная рана заживает вторичным натяжением. Для ускорения выздоровления применяют ушивание послеоперационной заушной раны. Пациенту в послеоперационном периоде требуется противовоспалительная терапия. Консервативное лечение при наличии мастоидита не допускается.

№3. Условие задачи

Жалобы на боль в левом ухе, усиливающуюся при жевании, иррадиирующую в висок. Больна 3 дня.

Объективно: ушная раковина не изменена, пальпация козелка болезненна. Наружный слуховой проход в перепончато-хрящевом отделе сужен за счет ограниченного инфильтрата в области передней стенки, кожа

гиперемирована. Введение воронки затруднено и болезненно, видимая часть барабанной перепонки не изменена, острота слуха не нарушена.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. острый гнойный средний перфоративный отит, осложненный мастоидитом;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный средний отит;
5. Острый ограниченный наружный отит (фурункул уха) в стадии инфильтрации.

- Лечение:

1. Амбулаторное противовоспалительное лечение;
2. Оссиклопластика, при отсутствии возможности оссиклопластики — слуховой аппарат;
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый ограниченный наружный отит слева в стадии инфильтрации. Можно использовать другой вариант: фурункул наружного слухового прохода справа в стадии инфильтрации. Диагноз ставится на основании осмотра области уха, отоскопии и проверки слуха. При болях в ухе основной задачей является определение наличия воспалительного процесса в нем и определение его локализации, если он есть (наружный или средний отит). Часто боль в ухе является неврологической симптоматикой, не связана с воспалением в ухе и является поводом для гиперназначения антибиотиков. У данного пациента при отоскопии определяется ограниченный инфильтрат на передней стенке наружного слухового прохода, что объясняет болезненное жевание за счет вовлечения в процесс височнонижнечелюстного сустава. Барабанная перепонка обычного цвета, что исключает воспаление в среднем ухе. Еще два полезных признака для дифференцировки наружного и среднего отита. Первый: при наружном отите пальпация козелка болезненна, при среднем отите безболезненна (исключение: дети раннего возраста). Второй: при наружном отите не должно быть нарушения слуха.

Лечение: Пациенту показано амбулаторное противовоспалительное лечение. При переходе воспалительного инфильтрата в стадию абсцедирования показано хирургическое лечение (вскрытие и дренирование фурункула), которое может быть выполнено как амбулаторно так и стационарно. Согласно клиническим протоколам пациенту показана антибиотикотерапия, назначение противовоспалительных нестероидных или антигистаминных лекарственных средств, физиотерапия (УВЧ). Местно используются ушные капли с НПВС (отинум, отисфен), с кортикостероидами (софрадекс, горазон), ушная турунда с борным спиртом или мазевая турунда.

№4. Условие задачи

Пациент 25 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо, головную боль, гноетечение. Болен с детства, после перенесенной скарлатины.

Объективно: AS - ушная раковина и заушная область не изменены. В наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. Барабанная перепонка серая, краевая перфорация ее в верхне-заднем квадранте, в области перфорации крошковидные беловатые массы.

Слух: шепотная речь - у раковины, разговорная речь до 1,5 м.

Поставить диагноз, наметить план обследования и лечения.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний перфоративный отит, осложненный мастоидитом;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный эпителиально-антральный средний отит, фаза ремиссии, осложненный холестеатомой;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное. Противовоспалительное лечение;
2. Этапное плановое хирургическое лечение с выполнением санлирующей операции и последующей тимпанопластикой;
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-3: Хронический гнойный эптитимпано-антральный средний отит, стадия ремиссии, осложненный холестеатомой.

Основные признаки ХГСО — наличие стойкой перфорации барабанной перепонки, понижение слуха и гноетечение из уха. На хронический характер болезни указывает ее длительность (более 2-х месяцев). Эпитимпано-антральная форма ХГСО устанавливается на основе локализации перфорации в ненапрянутой части. Иногда ее определить достаточно трудно и прибегают к зондированию аттика (верхний этаж барабанной полости) зондом Воячека. Стадия процесса определяется по цвету барабанной перепонки (красный — обострение, серый — ремиссия). На практике наличие холестеатомы часто определяется интраоперационно. У данного пациента через перфорацию видны крошковидные беловатые массы, для уточнения диагноза можно использовать отомикроскопию.

Лечение: Пациенту показано плановое этапное хирургическое лечение. На первом этапе выполняется saniрующая операция уха, целью которой является предупреждение обострений отита. На saniрующем этапе используют радикальную общеполостную операцию уха (если не предполагается последующая тимпаноластика) или консервативно-щадящую радикальную операцию уха (если предполагается последующая тимпаноластика). На втором этапе выполняется вариант тимпаноластики, исходя из характера разрушений структур барабанной полости. Данную форму ХГСО, особенно сочетающуюся с холестеатомой принято считать неблагоприятной в плане прогноза жизни и здоровья пациента, так как велика вероятность развития внутричерепных и внечерепных отогенных осложнений.

№5. Условие задачи

Жалобы на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в зубы, висок, головную боль, повышение температуры тела, снижение слуха.

Болен 3-й день, заболеванию предшествовал насморк.

Объективно: АД - ушная раковина не изменена, слуховой проход свободен, козелок безболезненный. Барабанная перепонка ярко гиперемирована, инфильтрирована, выпячена в верхних отделах, опознавательные пункты не определяются.

Слух: шепотная речь на правое ухо - 1 м., разговорная речь - 3 м. Слизистая оболочка полости носа отечна, гиперемирована.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента;

3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний неперфоративный отит справа;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный средний отит;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное противовоспалительное лечение, при отсутствии эффекта — парацентез справа;
2. Оссикулопластика, при отсутствии возможности оссикулопластики — слуховой аппарат;
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый гнойный средний неперфоративный отит справа.

Диагноз ставится на основе отоскопии. При отоскопии отмечается воспалительный процесс в среднем ухе (отечная, инфильтрированная барабанная перепонка). Гнойный характер процесса подтверждается наличием видимого выпячивания барабанной перепонки в н.с.п. Общая симптоматика соответствует местной картине воспаления в среднем ухе. Каких-либо указаний на наличие осложнений заболевания в задаче нет.

Лечение: Большинство пациентов должны лечиться амбулаторно, необходимо комплексное противовоспалительное лечение. При отсутствии эффекта или присоединении осложнений требуется хирургическое лечение — парацентез, которое преимущественно выполняется в стационаре. В рамках консервативного лечения требуется системная антибиотикотерапия, антигистаминные препараты для уменьшения отека слизистой оболочки уха, при отсутствии повышения температуры тела лечение можно дополнить физиопроцедурами (УВЧ). Местно используются сосудосуживающие капли в нос для снижения отека в области глоточного устья слуховой трубы и капли в ухо с противовоспалительным действием: ушные капли с НПВС (отинум, отисфен), с кортикостероидами (софрадекс, горазон), борный спирт. Следует помнить, что антибиотики при местном применении через неперфорированную барабанную перепонку в среднее ухо не проникают.

№6. Условие задачи

Жалобы на болезненную припухлость в области левой ушной раковины, появившуюся 2 дня назад после тренировки (занимается боксом).

Об-но: в верхней трети ушной раковины, на ее наружной поверхности имеется припухлость округлой формы, сизо-красного цвета, флюктуирующая при пальпации. Барабанная перепонка не изменена, слух сохранен.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний неперфоративный отит слева;
2. Отогематома слева;
3. Адгезивный средний отит слева;
4. Хронический гнойный средний отит слева;
5. Острый наружный отит слева.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное противовоспалительное лечение, при отсутствии эффекта — парацентез слева.
2. Преимущественно амбулаторное: пункция гематомы, эвакуация крови, давящая повязка, профилактическая антибиотикотерапия, при наличии нагноения — вскрытие и дренирование гематомы;
3. Срочная госпитализация в ЛОР-отделение, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Отогематома слева.

Диагноз ставится на основе осмотра области уха и анамнеза. Нагноение гематомы определяется по наличию местных (гиперемия, инфильтрация ушной раковины) и общих признаков (подъем температуры тела). Как правило, дополнительных инструментальных исследований для подтверждения диагноза не требуется.

Лечение: Большинство пациентов должны лечиться амбулаторно. Необходима пункция отогематомы, эвакуация крови, давящая повязка на ушную раковину с целью предупреждения рецидива гематомы и

антибиотикотерапия для профилактики нагноения. Следует помнить, что наложить эффективную давящую повязку на ушную раковину достаточно сложно. При наличии нагноения используются принципы лечения абсцессов любой локализации: производится вскрытие нагноившейся гематомы и ее дренирование. Пункция гематомы является более предпочтительным методом лечения, поскольку вскрытие нагноившейся гематомы может привести к образованию массивных рубцов, в том числе и келоидных, что может закончиться обезображиванием ушной раковины и необходимостью последующей отоластики. Поэтому лечение должно быть начато как можно скорее после образования гематомы. Отсутствие своевременного и эффективного лечения может привести к развитию перихондрита и хондроперихондрита ушной раковины.

№7. Условие задачи

Пациент 30 лет жалуется на понижение слуха, гноетечение из правого уха. Болен с детства, по поводу обострения неоднократно лечился в поликлинике.

Объективно: АД - ушная раковина и область сосцевидного отростка не изменены. В наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое без запаха. Барабанная перепонка серого цвета, утолщена, в передне-нижнем квадранте центральная перфорация.

Слух: шёпотная речь на правое ухо 3 м. Носовая перегородка искривлена вправо. Носовое дыхание справа затруднено.

Поставить диагноз, наметить план обследования и лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний перфоративный отит, осложненный мастоидитом;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный туботимпанальный средний отит, фаза ремиссии;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное. Противовоспалительное лечение;

2. Этапное плановое хирургическое лечение с выполнением saniрующей операции и последующей тимпанопластикой;
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Хронический гнойный туботимпанальный средний отит справа, стадия ремиссии. Диагноз ставится на основе отоскопии (лучше отомикроскопии) и аудиологического обследования (слуховой паспорт, тональная пороговая аудиометрия). Полезно выполнить рентгенограмму височных костей по Шюллеру (лучше КТ головы) не столько для подтверждения диагноза, сколько для определения особенностей строения сосцевидного отростка, что пригодится при выполнении saniрующей операции на ухе. Основные признаки ХГСО — наличие стойкой перфорации барабанной перепонки, понижение слуха и гноетечение из уха. На хронический характер болезни указывает ее длительность (более 2-х месяцев). Туботимпанальная форма ХГСО устанавливается на основе локализации перфорации в натянутой части. Стадия процесса определяется по цвету барабанной перепонки (красный — обострение, серый — ремиссия).

Лечение: Пациенту показано плановое этапное хирургическое лечение. На первом этапе выполняются подготовительные мероприятия, к числу которых относится: санация полости рта; тонзиллэктомия при наличии декомпенсированного хронического тонзиллита или аденотомия при наличии гипертрофии глоточной миндалины; септум-операция при наличии искривления перегородки носа (у данного пациента). На втором этапе выполняется saniрующая операция уха, целью которой является предупреждение обострений хронического отита. На этом этапе используют антроадитотомию с наложением антродренажа, поскольку консервативными методами добиться длительной и стойкой ремиссии, как правило, не удастся. На третьем этапе выполняется вариант тимпаноластики, исходя из характера разрушений структур барабанной полости. В первую очередь выполняется мирингопластика, затем оссикулопластика при наличии разрушений цепи слуховых косточек. Данную форму ХГСО принято считать благоприятной в плане прогноза жизни и здоровья пациента, так как невелика вероятность развития внутричерепных и внечерепных отогенных осложнений. Вместе с тем, заболевание существенно снижает качество жизни, поэтому требует лечения.

№8. Условие задачи

Жалобы на умеренную боль в правом ухе, гноетечение из него, субфебрильную температуру тела. Болен 6 дней, гноетечение появилось 3 дня назад.

Объективно: АД - ушная раковина не изменена, в слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое. Барабанная перепонка диффузно гиперемирована, опознавательные пункты не определяются, щелевая перфорация в передне-нижнем квадранте, «пульсирующий рефлекс».

Слух: шёпотная речь на правое ухо - 0,5 м, разговорная речь - до 2 м.
Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний неперфоративный отит справа;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Адгезивный средний отит;
4. Хронический гнойный средний отит;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное противовоспалительное лечение, туалет уха;
2. Оссиклопластика, при отсутствии возможности оссиклопластики — слуховой аппарат;
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение (мастоидотомия) и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-з: Острый гнойный средний перфоративный отит справа.
Диагноз ставится на основе отоскопии. При отоскопии отмечается воспалительный процесс в среднем ухе (отечная, инфильтрированная и перфорированная барабанная перепонка). Гнойный характер процесса подтверждается наличием гнойного отделяемого в наружном слуховом проходе. Общая симптоматика соответствует местной картине воспаления в среднем ухе. Каких-либо указаний на наличие осложнений заболевания в задаче нет.

Лечение: Лечение амбулаторное. Необходима комплексная противовоспалительная терапия. В рамках консервативного лечения

требуется системная антибиотикотерапия, антигистаминные препараты для уменьшения отека слизистой оболочки уха, при отсутствии повышения температуры тела лечение можно дополнить физиопроцедурами (УВЧ). Местно используются сосудосуживающие капли в нос для снижения отека в области глоточного устья слуховой трубы для улучшения ее вентиляционной и дренажной функции и капли в ухо с антисептическим действием, например, перекись водорода 3% или ушные капли, содержащие антибиотики (но не ототоксические!!!). Применение борного спирта при перфорированной барабанной перепонке недопустимо. Прогноз благоприятный.

№9. Условие задачи

Пациент в возрасте 25 лет жалуется на заложенность уха справа в течение 2-х недель, отмечает изменение слуха в зависимости от изменения положения головы.

Объективно: АД - при отоскопии в слуховом проходе отделяемого нет, барабанная перепонка темная, втянута. Носовая перегородка искривлена вправо. При импедансометрии: Тимпанограмма типа В, акустический рефлекс отсутствует.

Поставить диагноз, назначить лечение.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Острый гнойный средний неперфоративный отит справа;
2. Острая сенсоневральная тугоухость;
3. Экссудативный средний отит;
4. Хронический гнойный средний отит;
5. Острый наружный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное противовоспалительное лечение, туалет уха;
2. Оссиклопластика, при отсутствии возможности оссиклопластики — слуховой аппарат;
3. Плановая госпитализация, хирургическое лечение (миринготомия), продувание слуховых труб.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Д-3: Экссудативный средний отит справа.

Диагноз ставится на основе отоскопии и аудиологического обследования (тимпанометрии и аудиометрии). При отоскопии отмечается отсутствие видимого воспалительного процесса в среднем ухе (отсутствуют отек, инфильтрация и гиперемия барабанной перепонки). Иногда при отомикроскопии через барабанную перепонку просвечивает экссудат. Тимпанометрия дает прямую линию (тип В), что говорит о полной неподвижности барабанной перепонки. На аудиограмме будет определен кондуктивный характер тугоухости. У данного пациента имеется патогномичный симптом экссудата в среднем ухе: при изменении положения головы меняется слух. Следует иметь в виду, что у взрослых пациентов экссудативный средний отит часто может быть вторичным проявлением других заболеваний: гранулематоз Вегенера, склеродермия и других. Кроме того, следует иметь в виду, что стойкое нарушение функции слуховой трубы может быть результатом появления новообразования соответствующей локализации, а также метастаза новообразований, расположенных в других органах.

Лечение: Лечение хирургическое, как правило, проводится в стационаре. Необходима миринготомия с удалением экссудата из барабанной полости. Назначение антибиотиков нецелесообразно. В послеоперационном периоде проводится продувание слуховых труб. При наличии рецидива экссудата в среднем ухе пациенту показано шунтирование барабанной полости и септум-операция, так как имеется искривление носовой перегородки вправо, а также комплексное обследование для исключения вторичного характера заболевания.

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОТОГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ И НЕГНОЙНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ УХА

№1. Условие задачи:

В приемный покой областной больницы доставлена больная 50-лет с жалобами на резкое головокружение с ощущением вращения предметов влево, расстройство равновесия, тошноту, заложенность левого уха и шум в нем. Заболевание началось внезапно. Подобные приступы беспокоят больную около 2 лет на фоне прекращения менструаций.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные, АД - 90/60 мм рт. ст., пульс 60 в I минуту, спонтанный нистагм влево. AS - барабанная перепонка нормальной окраски, опознавательные пункты выражены. Шепотная речь AS - 1 м, разговорная речь - 3 м, AD – норма. На аудиограмме - сенсоневральная тугоухость в зоне средних и низких частот.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение.

- Диагноз:

1. Острая нейросенсорная тугоухость 1 ст.
2. Вестибулярный нейронит.
3. Отосклероз.
4. Болезнь Меньера.
5. Острый средний экссудативный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное, комплексное.
2. Срочная госпитализация, назначение противорвотных, антигистаминов, интенсивная дегидратационная терапия.
3. Срочная госпитализация, хирургическое лечение и противовоспалительная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: болезнь Меньера.

Выставляется на основании данных анамнеза (внезапное начало, возраст пациентки), жалоб пациентки (снижение слуха, головокружение, тошнота, рвота), физикального и инструментального осмотра (снижение слуха, изменения на аудиограмме). Для уточнения диагноза необходимо

провести вестибулометрию (видеонистагмографию) для выявления спонтанного нистагма. Также необходимо провести дегидратационный тест и электрокохлеарографию. Дифференцировать болезнь Меньера необходимо с острой нейросенсорной тугоухостью (не характерны головокружения, тошнота и рвота); вестибулярным нейронитом (отсутствие сопутствующего шума в ушах или тугоухости), отосклерозом (не характерны головокружения, тошнота и рвота, возможны отоскопические проявления) и острым средним экссудативным отитом (характерны отоскопические изменения, не характерны тошнота, рвота и головокружения).

Лечение: Симптоматически назначают противорвотные, антигистаминные, бензодиазепины. С целью дегидратации лабиринта назначают диуретики и низкосолевую диету. В тяжёлых случаях, при неэффективности консервативной терапии проводят абляцию вестибулярного нерва лекарствами или хирургическим методом

№2. Условие задачи:

Жалобы на головную боль, рвоту фонтаном, возникающую внезапно, не в связи с приемом пищи и медикаментов: гноетечение из левого уха, снижение слуха. В анамнезе хроническое гнойное воспаление среднего уха более 10 лет с периодическими обострениями, настоящее обострение в течение 10 дней.

Объективно: пациент заторможен, апатичен. Пульс 45 в 1 минуту, температура тела по вечерам субфебрильная. Кожные покровы с сероватым оттенком. Ригидность мышц затылка, положительные симптомы Кернига и Брудзинского. Больной забывает название показываемых предметов, зная назначение их, коверкает слова, не понимает обращенной к нему речи.

AS - гнойное отделяемое в слуховом проходе с неприятным запахом. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, перфорирована в передне-верхнем квадранте (краевая).

При осмотре окулистом отмечается застойный сосок зрительного нерва слева.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Левосторонний хронический гнойный мезотимпанит, осложненный менингоэнцефалитом.
2. Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом височной доли.
3. Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом мозжечка.
4. Левосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит, осложненный фистулой лабиринта.
5. Острый средний гнойный отит слева, перфоративная стадия.

- Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение 2 антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, санация первичного очага инфекции, вскрытие абсцесса нейрохирургическим доступом, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом височной доли головного мозга.

Выставляется на основании данных анамнеза (в анамнезе хроническое гнойное воспаление среднего уха более 10 лет с периодическими обострениями), жалоб пациента (головную боль, рвоту фонтаном, возникающую внезапно, не в связи с приемом пищи и медикаментов: гноетечение из левого уха, снижение слуха) и объективного осмотра (краевая перфорация б.п. AS, положительные симптомы Кернига и Брудзинского, ригидность затылочных мышц, афазия, застойный сосок зрительного нерва слева). Для уточнения диагноза необходимо выполнить Rtg височных костей по Шюллеру и Майеру, КТ (МРТ) костей черепа и головного мозга, люмбальную пункцию и осмотр невролога. Дифференцировать данное заболевание необходимо с острым гнойным средним перфоративным отитом (отсутствует общемозговая и очаговая симптоматика, интактный ликвор), новообразованиями головного мозга (отсутствие отоскопических проявлений, данные КТ, исследование ликвора), абсцессами головного мозга других локализаций (для каждой локализации характерны свои очаговые симптомы: для абсцесса мозжечка характерна атаксия, адиадохокинез и тп).

Лечение: неотложная saniрующая операция левого уха и вскрытие абсцесса височной доли нейрохирургическим доступом. Массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

№3. Условие задачи:

Жалобы на интенсивную головную боль, тошноту, высокую температуру тела, боль в правом ухе.

Боль в ухе появилась неделю назад, ухудшение состояния наступило 2 дня назад.

Объективно: АД - небольшое количество гнойного отделяемого в наружном слуховом проходе. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, щелевая перфорация в натянутой части, пульсирующий рефлекс. Состояние больного очень тяжелое: помутнение сознания, выраженная поза «легавой собаки», температура тела 39-40°C. Тахикардия. Выраженные менингеальные симптомы.

Спинальная пункция - жидкость вытекает под давлением, мутная, значительный плеоцитоз (200-300 клеток в 1 мкл) с преобладанием нейтрофилов, увеличено количество белка, снижено количество сахара и хлоридов.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Правосторонний острый гнойный средний отит, осложненный вторичным гнойным менингитом.
2. Правосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом височной доли.
3. Правосторонний хронический гнойный мезотимпанит, осложненный абсцессом мозжечка.
4. Правосторонний острый экссудативный отит, осложненный фистулой лабиринта.
5. Острый средний гнойный отит справа, перфоративная стадия.

- Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение 2 антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, санация первичного очага инфекции, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Правосторонний острый гнойный средний отит, осложненный вторичным гнойным менингитом выставляется на основании данных анамнеза (болеет около недели. Ухудшение 2 последних дня), жалоб пациента (головную боль, тошноту, высокую температуру тела, боль в правом ухе) и объективного осмотра (AD: щелевая перфорация в натянутой части, пульсирующий рефлекс, помутнение сознания, менингеальные знаки, изменения в ликворе, t тела $39-40^0$). Для уточнения диагноза необходимо выполнить Rtg височных костей по Шюллеру и Майеру, КТ костей черепа и головного мозга, люмбальную пункцию и осмотр невролога. Дифференцировать данное заболевание необходимо с ОНМК (в ликворе нет цитоза, КТ головного мозга показывает зону ишемии, отсутствие отоскопических изменений), новообразованиями головного мозга (отсутствие отоскопических проявлений, данные КТ, исследование ликвора), абсцессами головного мозга (для каждой локализации характерны свои очаговые симптомы: для абсцесса мозжечка характерна атаксия, адиадохокинез и тп).

Лечение: неотложная saniрующая операция правого уха. Массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

№4. Условие задачи:

Жалобы на головную боль в области затылка, тошноту, рвоту, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, гноетечение из левого уха. Перечисленные жалобы появились в течение недели, хроническим гнойным средним отитом страдает в течение нескольких лет.

Объективно: AS - в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, краевая перфорация в верхне-заднем квадранте. Менингеальные симптомы, брадикардия, застойный сосок зрительного нерва слева. В позе Ромберга падает влево. Указательные пробы - промахивание слева, фланговая походка невыполнима влево. Нистагм - крупно-размашистый, горизонтально-ротаторный в обе стороны. Спинномозговая пункция - ликвор вытекает под давлением, умеренный плеоцитоз, умеренное повышение количества белка. Ан. крови: умеренный нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом влево, СОЭ - 40 мм/час.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3.

Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение.

Диагноз:

1. Левосторонний хронический гнойный мезотимпанит, осложненный менингоэнцефалитом.
2. Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом височной доли.
3. Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом мозжечка.
4. Левосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит, осложненный фистулой лабиринта.
5. Острый средний гнойный отит слева, перфоративная стадия.

Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение 2 антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, санация первичного очага инфекции, вскрытие абсцесса нейрохирургическим доступом, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом мозжечка выставляется на основании данных анамнеза (в анамнезе хроническое гнойное воспаление среднего уха несколько лет), жалоб пациента (на головную боль в области затылка, тошноту, рвоту, неустойчивость и пошатывание при ходьбе, гноетечение из левого уха) и объективного осмотра (краевая перфорация б.п. AS, менингеальные симптомы, брадикардия, застойный сосок зрительного нерва слева. В позе Ромберга падает влево. Указательные пробы - промахивание слева, фланговая походка невыполнима влево. Нистагм - крупно-размашистый, горизонтально-ротаторный в обе стороны, изменения в ликворе). Для уточнения диагноза необходимо выполнить Rtg височных костей по Шюллеру и Майеру, КТ (МРТ) костей черепа и головного мозга, люмбальную пункцию и осмотр невролога. Дифференцировать данное заболевание необходимо с острым гнойным средним перфоративным отитом (отсутствует общемозговая и очаговая симптоматика, интактный ликвор), новообразованиями головного мозга (отсутствие отоскопических проявлений, данные КТ, исследование ликвора), абсцессами головного мозга других локализаций (для каждой

локализации характерны свои очаговые симптомы: для абсцесса височной доли характерна афазия и тп.).

Лечение: неотложная saniрующая операция левого уха и вскрытие абсцесса мозжечка нейрохирургическим доступом. Массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

№5. Условие задачи:

Жалобы на шум в левом ухе, понижение слуха после перенесенного гриппа. Болен 10 дней. Не лечился.

Объективно: AS и AD - наружные слуховые проходы, барабанные перепонки без видимой патологии.

Слуховой паспорт

AD		AS
6 м	Ш.Р.	3 м
>6м	Р.Р.	5 м
60 сек	C ^B ₁₂₈ (N-60 сек)	40 сек
30 сек	C ^K ₁₂₈ (N-30 сек)	12 сек
35 сек	C ₂₀₄₈ (N-35 сек)	15 сек
+	R	+
←	W	-

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение.

Диагноз:

1. Острый средний экссудативный отит слева.
2. Острый гнойный средний отит слева, доперфоративная стадия
3. Острая нейросенсорная тугоухость слева
4. Отосклероз AS.
5. Хронический левосторонний адгезивный отит.

Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, системная гормонотерапия, ГБО, бетагистин.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Острая нейросенсорная тугоухость слева.

Выставляется на основании данных анамнеза (в анамнезе перенесенный грипп), жалоб пациента (шум в левом ухе, снижение слуха на него) и объективного осмотра (интактные б.п., снижение слуха AS по звуковоспринимающему типу). Для уточнения диагноза необходимо выполнить, КТ костей черепа и головного мозга и аудиотимпанометрию. Дифференцировать данное заболевание необходимо с острым гнойным средним неперфоративным и экссудативным отитом, отосклерозом (выраженные отоскопические изменения, снижение слуха по кондуктивному типу), новообразованиями головного мозга и ОНМК (данные КТ).

Лечение: системная гормонотерапия, ГБО, бетагистин, витаминотерапия.

№6. Условие задачи:

Больная жалуется на снижение слуха на оба уха, шум в ушах. Больна 3 года. Год назад после родов значительно усилился шум в ушах и снизился слух. Отмечает улучшение слуха в шумной обстановке.

Объективно: AS и AD - наружный слуховой проход широкий, сера отсутствует, барабанная перепонка блестящая, опознавательные пункты выражены.

Слуховой паспорт

AD		AS
0.5 м	Ш.Р.	0.25 м
2,5 м	Р.Р.	1.5 м
15 сек	C ^B ₁₂₈ (N-60 сек)	10 сек
30 сек	C ^K ₁₂₈ (N-30 сек)	28 сек
33 сек	C ₂₀₄₈ (N-35 сек)	30 сек
-	R	-
-	W	→

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- **Диагноз:**

1. Хронический средний экссудативный отит слева.
2. Острый гнойный средний отит слева, доперфоративная стадия
3. Хроническая нейросенсорная тугоухость слева

4. Отосклероз AU.
5. Хронический левосторонний адгезивный отит.

- Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, системная гормонотерапия, ГБО, бетагистин.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Отосклероз выставляется на основании данных анамнеза (снижение слуха усилилось после родов, улучшение слуха в шумной обстановке), жалоб пациента (снижение слуха на оба уха, шум в ушах) и объективного осмотра (наружный слуховой проход широкий, сера отсутствует, барабанная перепонка блестящая, опознавательные пункты выражены, снижение слуха по кондуктивному типу). Для уточнения диагноза необходимо выполнить аудиотимпанометрию (зубец Кархарта, тимпанограмма As) и КТ височных костей (уточнение локализации отосклеротического очага). Дифференцировать данное заболевание необходимо с острым гнойным средним неперфоративным и экссудативным отитом (выраженные отоскопические изменения), новообразованиями головного мозга и ОНМК (данные КТ), нейросенсорной тугоухостью (изменения на аудиограмме по звуковоспринимающему типу).

Лечение: стапедопластика.

№7. Условие задачи:

Пациент 40 лет обратился в приемный покой к неврологу с жалобами на головокружения. Головокружения появились 5 дней назад, возникли после перенесенной вирусной инфекции. Головокружения возникают при изменении положения головы, длительность до 1 минуты. Тошноты и рвоты нет.

Объективно: AD/AS – наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серая, контуры чёткие. Сосцевидный отросток не изменен. ШП – 6м/6м.

В пробе Дикса-Холпайка слева – возникает вертикальный нистагм с ротаторным компонентом.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. Предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. Предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Вестибулярный нейронит.
2. Острый гнойный средний отит слева, осложненный лабиринтитом.
3. Болезнь Меньера.
4. Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.
5. Абсцесс мозжечка.

- Лечение:

1. Амбулаторное: ротационные манёвры.
2. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
3. Срочная госпитализация, назначение антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение.

Выставляется на основании данных анамнеза (головокружения возникают при изменении положения головы, длительность до 1 минуты, перенесенная вирусная инфекция накануне), жалоб пациента (головокружения) и объективного осмотра (отсутствие отоскопических проявлений, положительная проба Дикса-Холпайка). Для уточнения диагноза необходимо выполнить КТ височных костей (исключение ОНМК, образований головного мозга). Дифференцировать данное заболевание необходимо с вестибулярным нейронитом (большая длительность, присутствует тошнота и рвота), новообразованиями головного мозга, абсцессом мозжечка и ОНМК (данные КТ), болезнью Меньера (снижение слуха, изменения на аудиограмме, шум в ушах, приступообразное рецидивирующее течение).

Лечение: выполнение манёвров Epley, Semont.

№7. Условие задачи:

Жалобы на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, расстройство равновесия и походку, тошноту, рвоту, понижение слуха, выделения из правого уха. В течение многих лет отмечает гноетечение из правого уха и снижение слуха. Головокружение и

рвота появились 1 неделю назад, усиливается головокружение при попытке изменить положение головы.

Объективно: AD - в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, в задне-верхнем квадранте краевая перфорация. Шепотная и разговорная речь правым ухом не воспринимается. Выявляется горизонтальный спонтанный мелкокалиберный нистагм влево I степени, в позе Ромберга - отклонение влево. Фланговая походка легко выполняема в обе стороны. При фистульной пробе усиливается головокружение. При изменении положения головы направление отклонения тела изменяется.

Выберите правильный диагноз и лечение:

- Диагноз:

1. Правосторонний хронический гнойный мезотимпанит, осложненный менингоэнцефалитом.
2. Правосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом височной доли.
3. Правосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный абсцессом мозжечка.
4. Правосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит, осложненный фистулой лабиринта.
5. Острый средний гнойный отит справа, перфоративная стадия.

- Лечение:

1. Амбулаторное: антибиотикотерапия системно и местно, сосудосуживающие в нос.
2. Срочная госпитализация, назначение 2 антибактериальных препаратов, парацентез барабанной перепонки.
3. Срочная госпитализация, санация первичного очага инфекции, пластика фистулы, антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: Правосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный фистулой лабиринта.

Выставляется на основании данных анамнеза (в течение многих лет отмечает гноетечение из правого уха и снижение слуха), жалоб пациента (на головокружение с ощущением вращения окружающих предметов, расстройство равновесия и походку, тошноту, рвоту, понижение слуха, выделения из правого уха) и объективного осмотра (AD - барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, в задне-верхнем квадранте краевая перфорация. Шепотная и разговорная речь правым ухом не воспринимается. Выявляется горизонтальный спонтанный мелкокалиберный нистагм влево I степени, в позе Ромберга - отклонение влево. Фланговая походка легко выполняема в обе стороны. При

фистульной пробе усиливается головокружение. При изменении положения головы направление отклонения тела изменяется). Для уточнения диагноза необходимо выполнить Rtg височных костей по Шюллеру и Майеру, КТ (МРТ) костей черепа и головного мозга, люмбальную пункцию. Дифференцировать данное заболевание необходимо с острым гнойным средним перфоративным отитом (отсутствует головокружение, длительность до 4 недель), новообразованиями головного мозга (отсутствие отоскопических проявлений, данные КТ), абсцессами головного мозга других локализаций (для каждой локализации характерны свои очаговые симптомы: для абсцесса мозжечка характерна атаксия, невозможность выполнить фланговую походку).

Лечение: неотложная saniрующая операция правого уха с пластикой фистулы. Массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия.

ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГОРТАНИ УРГЕНТНАЯ ЛОР - ПОМОЩЬ

№1. Условие задачи:

Со слов матери ребенка (5 лет) беспокоит затрудненное дыхание, ухудшающееся постепенно, хриплый голос, лающий кашель, температура тела 38,5°C. Болен в течение 3 дней.

Объективно: ребенок возбужден, бледен, дыхание шумное, в акте дыхания участвуют все вспомогательные мышцы грудной клетки. При прямой ларингоскопии - гиперемия слизистой оболочки гортани, голосовые складки покрыты грязно-серым плотным налетом, голосовая щель сужена. Увеличены региональные лимфатические узлы.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гиперпластический ларингит Рейнке-Гайека, компенсированный стеноз гортани.
2. Дифтерийный ларинготрахеит, субкомпенсированный стеноз гортани.
3. Острый бактериальный ларингит, стеноз гортани в стадии асфиксии.
4. Дифтерия гортани, декомпенсированный стеноз гортани.

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение.
2. Интенсивная противовоспалительная терапия в условиях детского инфекционного отделения с динамическим наблюдением врача-оториноларинголога: введение антитоксической противодифтерийной сыворотки, медикаментозное дестенозирование.
3. Хирургическое лечение в оториноларингологическом отделении: срочная трахеотомия с дальнейшей медикаментозной терапией.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: дифтерийный ларинготрахеит (МКБ-10 А36.2), осложнённый субкомпенсированным стенозом гортани.

Дифференциальная диагностика проводится с острым бактериальным ларингитом (отсутствие грязно-серого плёнчатого налета), гортанной ангиной (наличие выраженного гнойного процесса в нёбных миндалинах), мононуклеозом (отсутствие проявлений со стороны гортани), а также с латерофарингитом (обычно односторонний процесс без выпадения плёнчатого налёта). Для подтверждения диагноза пациенту необходимо провести общий анализ крови (изменения в пользу бактериального процесса) и бактериологическое исследование мазка из глотки/гортаноглотки на ВЛ. Пациенту необходима срочная госпитализация: до подтверждения диагноза допускается нахождение пациента в изоляторе оториноларингологического отделения, после – лечение в условиях детского инфекционного отделения.

Лечение необходимо комплексное: введение антитоксической противодифтерийной сыворотки, ГКС - для купирования стеноза гортани (в/в, в/м или через небулайзер – наиболее предпочтительный вариант), ингибиторы фосфодиэстеразы (Эуфиллин) - с целью увеличения ЖЕЛ, кислородотерапия, диуретики, антигистаминные препараты. При декомпенсации стеноза гортани – срочная трахеотомия.

№2. Условие задачи:

Со слов матери ребенка (2 лет) беспокоит затрудненное дыхание, лающий кашель, незначительная охриплость. Болен в течение 4 дней, когда появился насморк, кашель, повысилась температура тела. Во время сна резко ухудшилось дыхание. Подобных заболеваний раньше не было.

Объективно: ребенок возбужден. Кожа лица с цианотичным оттенком, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура. Вдох удлинен, шумный. При прямой ларингоскопии слизистая оболочка гортани гиперемирована, на голосовых складках слизь, в подскладковом пространстве валики красного цвета. Голосовая щель резко сужена.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гиперпластический ларингит Рейнке-Гайека, компенсированный стеноз гортани.
2. Дифтерийный ларинготрахеит, субкомпенсированный стеноз гортани.
3. Острый стенозирующий ларингит на фоне ОРВИ, субкомпенсированный стеноз гортани.
4. Дифтерия гортани, декомпенсированный стеноз гортани.

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение.
2. Медикаментозное дестенозирование в условиях стационара
3. Хирургическое лечение в оториноларингологическом отделении: срочная трахеотомия с дальнейшей медикаментозной терапией.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

На фоне ОРВИ у пациента развился так называемый «ложный круп» -

Диагноз: острый стенозирующий ларинготрахеит, осложненный субкомпенсированным стенозом гортани.

Для определения дальнейшей тактики лечения в первую очередь необходимо дифференцировать степень стеноза гортани, этиология заболевания в данном случае отходит на второй план. Учитывая данные объективного осмотра и анамнез (клиника ОРВИ накануне, центральный цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, отек клетчатки в подскладковом отделе гортани), предпочтение отдается консервативной терапии в оториноларингологическом отделении для детей.

Лечение: ГКС - для купирования стеноза гортани (в/в, в/м или через небулайзер – наиболее предпочтительный вариант), ингибиторы фосфодиэстеразы (Эуфиллин) - с целью увеличения ЖЕЛ, оксигенотерапия, диуретики, антигистаминные препараты. При декомпенсации стеноза гортани – срочная трахеотомия.

№3. Условие задачи:

В приемный покой детской больницы доставлен ребенок 2 лет с затрудненным дыханием. Затруднение дыхания появилось 2 дня назад. Со слов матери болен 6 дней, заболевание началось с болей в горле и подъема температуры тела.

Объективно: дыхание при движении ребенка становится шумным, легкая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки. На задней стенке глотки определяется значительных размеров ярко-красная припухлость,

флюктуирующая при пальпации. Инфильтрат нависает над входом в гортань.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Острый тонзиллит, лакунарная форма, паратонзиллит слева.
2. Паратонзиллярный абсцесс справа.
3. Заглоточный абсцесс.
4. Латерофарингит справа.

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение.
2. Оперативное лечение, антибактериальная терапия, местное лечение.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Диагноз: заглоточный абсцесс, стеноз верхних дыхательных путей в стадии декомпенсации. В пользу данной патологии говорят возраст пациента (заболевание актуально для детей, практически не встречается у взрослых вследствие редукции с возрастом лимфоузлов в клетчатке заглоточного пространства), а также данные объективного осмотра (воспалительный инфильтрат с флюктуацией на задней стенке глотки), что говорит и о необходимости оперативного лечения.

Лечение: пункция и вскрытие заглоточного абсцесса с последующим ежедневным дренированием, а также антибактериальная терапия – назначаются антибиотики широкого спектра действия (Амоксициллин, Цефуроксим) и обработка полости глотки растворами антисептиков (хлоргексидин, фурацилин).

№4. Условие задачи:

Ребенок 3 лет доставлен в ЛОР детское отделение с затрудненным дыханием, приступообразным кашлем. Со слов матери 2 часа назад во время еды арбуза ребенок поперхнулся, наступил кратковременный приступ удушья, после чего появился кашель, во время которого дыхание ухудшается.

Объективно: ребенок возбужден, дыхание шумное, выраженная инспираторная одышка.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Инородное тело трахеи
2. Инородное тело пищевода
3. Новообразование гортани
4. Острый бактериальный ларингит

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение.
2. Удаление инородного тела трахеи под фибробронхоскопическим контролем.
3. Осмотр онколога и решение о дальнейшей тактике помощи.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Учитывая данные анамнеза и объективного осмотра, пациенту можно выставить **диагноз:** Инородное тело трахеи (арбузная косточка), стеноз дыхательных путей, стадия субкомпенсации.

В пользу этой патологии выступает клиническая симптоматика: кратковременный приступ удушья, что говорит о том, что инородное тело преодолело гортань, и приступообразный кашель, во время которого дыхание ухудшается, и выраженная инспираторная одышка.

Лечение: пациенту необходимо срочно выполнить фибробронхоскопию и удалить инородное тело.

№5. Условие задачи:

Жалобы на охриплость, затрудненное дыхание при физической нагрузке. Болен 3 недели.

Объективно: при непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортани розовая. При фонации - левая половина гортани неподвижна, голосовая щель широкая.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Иностранное тело трахеи
2. Парез левой половины гортани, компенсированный стеноз гортани.
3. Новообразование гортани
4. Острый бактериальный ларингит

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение.
2. Эндоскопический осмотр гортани и подскладкового пространства, осмотр смежных специалистов.
3. Госпитализация для динамического наблюдения врача-оториноларинголога.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Учитывая данные объективного осмотра и симптоматику, можно сделать вывод, что у пациента развился -

Диагноз: парез левой половины гортани, который привел к компенсированному ее стенозу. Однако, данное состояние является лишь симптомом патологии, которую необходимо установить.

Врачу-оториноларингологу нужно провести эндоскопический осмотр гортани, в особенности ее подскладкового отдела. Пациенту необходим осмотр смежных специалистов: эндокринолога – для исключения патологии щитовидной железы и поражения возвратного гортанного нерва, хирурга – для исключения патологии со стороны пищевода, и онколога – для онкопоиска.

№6. Условие задачи:

Жалобы на охриплость, царапанье, саднение в горле, сухой приступообразный кашель. Болен 3 дня.

Объективно: слизистая оболочка гортани ярко гиперемирована. Голосовые складки утолщены, гиперемированы, при фонации не смыкаются, на складках и между ними слизь.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Инородное тело гортани.
2. Ложный круп.
3. Новообразование гортани
4. Острый бактериальный ларингит

Выберите верный вариант лечения:

1. Амбулаторная противовоспалительная терапия: антибиотики, местное лечение, и динамическое наблюдение.
2. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
3. Экстренное оперативное вмешательство.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

У пациента **диагностирован:** острый бактериальный ларингит. Необходимо провести общеклинические исследования (ОАК), исключить дифтеритическую инфекцию (мазок из глотки на VL).

Пациенту **показана:** антибактериальная терапия с использованием ЛС широкого спектра действия (Амоксициллин-клавулонат, Цефотаксим) и местное лечение. Прогноз благоприятный.

№7. Условие задачи:

Жалобы на сухость, першение, ощущение инородного тела в горле, кашель, легкую охриплость. Болен 3 года.

Объективно: слизистая оболочка гортани бледная, истонченная, голосовые складки подвижные, покрыты корками, смыкаются не полностью.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гипертрофический ларингит Рейнке-Гайека.
2. Хронический атрофический ларингит
3. Хронический фарингит
4. Острый бактериальный ларингит

Выберите верный вариант лечения:

1. Диспансеризация пациента и длительное амбулаторное наблюдение, консультация врача профпатолога, онколога и гастроэнтеролога.
2. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
3. Экстренное оперативное вмешательство.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Учитывая данные задачи, можно выставить

диагноз: Хронический атрофический ларингит.

Заболевание требует дифференциальной диагностики с предраковыми заболеваниями гортани (пахидермия, лейкоплакия, эритроплакия), заболеваниями ЖКТ (ГЭРБ, который влечет за собой заброс кислого желудочного содержимого в глотку и гортань).

Лечение: длительное амбулаторное. Пациента берут на диспансерный учет у врача-оториноларинголога (группа Д-3), динамически наблюдают. Лечение местное (спреи и аппликации с маслами и средствами с декспантенолом), общеукрепляющая терапия и коррекция дефицитов макро- и микроэлементов в организме. Обязательна консультация профпатолога.

№8. Условие задачи:

Жалобы на осиплость, неприятные ощущения в горле, сухой кашель. Жалобы нарастают к вечеру. Болен 2 года. Работа связана с переохлаждением и запыленностью воздуха.

Объективно: слизистая оболочка гортани розовая, утолщены вестибулярные и голосовые складки. Края голосовых складок неровные, смыкаются не полностью. Подвижность гортани сохранена.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гипертрофический ларингит
2. Хронический атрофический ларингит
3. Хронический фарингит
4. Острый бактериальный ларингит

Выберите верный вариант лечения:

1. Диспансеризация пациента и длительное амбулаторное наблюдение, консультация врача профпатолога и онколога, биопсия измененных участков голосовых складок и определение тактики в зависимости от полученных результатов.
2. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
3. Экстренное оперативное вмешательство.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Учитывая данные задачи, можно выставить

Диагноз: Хронический гипертрофический ларингит.

Заболевание требует дифференциальной диагностики с предраковыми заболеваниями гортани (пахидермия, лейкоплакия, эритроплакия), полиповидной дегенерацией голосовых складок (по данным биопсии). Лечение длительное амбулаторное. Пациента берут на диспансерный учет у врача-оториноларинголога (группа Д-3), динамически наблюдают.

Лечение местное (спреи и аппликации с ГКС), общеукрепляющая терапия и коррекция дефицита макро- и микроэлементов в организме. Обязательна консультация профпатолога на предмет смены условий труда. Также пациенту необходимо произвести биопсию измененных участков голосовых складок для уточнения диагноза и дальнейшей тактики лечения.

№9. Условие задачи:

Жалобы на тупую боль за грудиной, иррадиирующую в межлопаточную область, невозможность приема пищи, слюнотечение.

Два часа назад, во время еды мясного супа, вдруг почувствовала, как что-то «застряло» в горле и пища перестала проходить. В анамнезе 5 лет назад перенесла ожог пищевода.

Объективно: при непрямой ларингоскопии определяется скопление слюны в грушевидных карманах.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гипертрофический ларингит
2. Инородное тело пищевода. Рубцовый стеноз пищевода после химического ожога.
3. Новообразование пищевода
4. Грыжа ПДО.

Выберите верный вариант лечения:

1. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
2. Осмотр пациента врачом-хирургом, эндоскопический осмотр пищевода с удалением инородного тела. Впоследствии лечение рубцового стеноза пищевода торакальными хирургами.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

Учитывая данные анамнеза и осмотра, врач-оториноларинголог заподозрит у пациента инородное тело пищевода («мясной завал»). После осмотра верхних дыхательных путей пациенту необходимо провести эндоскопию пищевода и удаление инородного тела из него. После этого хирурги решают вопрос о разрешении стеноза: пластика, бужирование и т.д.

№10. Условие задачи:

Жалобы на ощущение инородного тела в глотке, на легкую охриплость в течение месяца. Курит, работает трактористом.

Объективно: слизистая оболочка гортани розовая. На гортанной поверхности надгортанника определяется бугристое образование, распространяющееся на желудочковую складку слева. Лимфатический узел в верхнем отделе шеи слева увеличен до размера 1,5 на 2 см., безболезненный, подвижный при пальпации.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2. предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3. предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Хронический гипертрофический ларингит
2. Новообразование надгортанника с переходом на желудочковую складку слева. Mts в регионарные лимфоузлы.
3. Хронический атрофический ларингит
4. Склерома

Выберите верный вариант лечения:

1. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
2. Биопсия новообразования, направление пациента к врачу-онкологу и решение о дальнейшем лечении (радикальном или паллиативном).
3. Осмотр пациента врачом-хирургом, эндоскопический осмотр пищевода с удалением инородного тела.

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

У данного пациента следует заподозрить д-з: Новообразование надгортанника с переходом на желудочковую складку слева. Mts в регионарные лимфоузлы. Однако диагноз будет окончательным только после проведения биопсии и патогистологического исследования. Патологоанатомами определяется тип опухоли, степень ее дифференцировки и распространения. Далее пациент направляется к врачу-онкологу и определяются возможности его дальнейшего лечения.

№1. Условие задачи:

Жалобы на затруднение дыхания, сухость в дыхательных путях, образование корок, охриплость. Больна 10 лет, живет в Беларуси.

При осмотре верхних дыхательных путей отмечается сухость и бледность слизистой оболочки, скудное вязкое отделяемое с корками. В области передней трети полости носа, хоан, подскладочном пространстве гортани определяются бледные, неизъязвленные инфильтраты.

Ответьте на следующие вопросы: 1. Предположительный диагноз, дифференцированный диагноз и обоснуйте ответ; 2.предложите, при необходимости, план дополнительного обследования пациента; 3.предложите методы консервативного и, при необходимости, оперативного лечения пациента.

Выберите верный вариант диагноза:

1. Болезнь Шегрена
2. Озена
3. Хронический атрофический ларингит
4. Склерома верхних дыхательных путей

Выберите верный вариант лечения:

1. Срочная госпитализация и интенсивная противовоспалительная терапия в условиях РАО.
2. Биопсия новообразования, направление пациента к врачу-онкологу и решение о дальнейшем лечении (радикальном или паллиативном).
3. Биопсия инфильтратов, гистологическая диагностика, консультация врача-инфекциониста, длительное амбулаторное лечение (АБ-препараты)

Пояснение правильных ответов по диагнозу и лечению.

По предоставленным данным можно сделать вывод, что у пациента возникла – д-з: склерома верхних дыхательных путей.

Заболевание требует своевременного выявления (патоморфологическое исследование инфильтратов-гранулем; биохимическое исследование крови – реакция Борде-Жангу; бактериологическое исследование мазков с верхних дыхательных путей – бацилла Волковича-Фриша) и тщательной дифференциальной диагностики с другими инфекционными заболеваниями ВДП (туберкулез, сифилис, озена и др.), новообразованиями верхних дыхательных путей (доброкачественными и злокачественными) и атрофическими ринитом, фарингитом и ларингитом.

Основа **лечения** – длительная антибактериальная терапия (Стрептомицин, другие антибиотики широкого спектра действия), также показано местное лечение для удаления корок (интактные масла, химоотрипсин) и увлажнения слизистой оболочки верхних дыхательных путей. В случае рубцового сужения гортани проводится ее бужирование или оперативное лечение (трахеотомия).

Учебное издание

Криштопова Марина Александровна,
Шабашов Константин Сергеевич,
Бизунков Александр Борисович и др.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ С ПОЯСНЕНИЯМИ

методические рекомендации

Подписано в печать 24.10.2023. Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Ризография. Усл. печ. л. 4,25. Уч.-изд. л. 3,95.
Тираж 70 экз. Заказ 835.

Издатель и полиграфическое исполнение учреждение образования
«Витебский государственный медицинский университет»
Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/630 от 03.04.2014.
ЛП №02330/453 от 30.12.2013.

пр-т Фрунзе, 27, 210023, г. Витебск.