

**ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
СЕВЕРО-ОСЕТИНСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
Министерства здравоохранения России
Э. Т. Гаппоева, В. П. Кудзиева**

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ПО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ

Владикавказ 2024 г.

Ситуационные задачи по оториноларингологии к практическим занятиям по оториноларингологии для студентов педиатрического, лечебного и стоматологического факультетов медицинских вузов составлены в соответствии с учебным планом и на основании Федеральной программы по дисциплине в соответствии с требованиями государственного образовательного стандарта высшего профессионального образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.03 Стоматология, 31.05.02 Педиатрия, 32.05.01 Медико-профилактическое дело (уровень специалитета), 32.05.01 Медико-профилактическое дело (специалитет). На современном уровне представлены основные вопросы и ответы по методике изучения учебной дисциплины: по анатомии и физиологии ЛОР – органов; по изучению методов исследования; по диагностике; лечению и профилактике наиболее типичных заболеваний.

Утверждено на заседании ЦУМК ФГБОУ ВО Северо-Осетинской государственной медицинской академии Минздрава России (протокол № 4 «02» апреля 2024 г.)

Составители:

зав. кафедрой оториноларингологии ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России
д. м. н., доцент Э. Т. Гаппоева,
асс. каф., к.м.н. Кудзиева В. П.

Рецензенты:

Заведующий кафедрой фармакологии и клинической фармакологии д.м.н.,
профессор Л. З. Болиева

Профессор кафедры внутренних болезней №5 д.м.н., профессор А. С. Цогоев

ФГБОУ ВО «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Минздрава
России

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 1

Больной жалуется на болезненную припухлость в области левой ушной раковины, которая появилась два дня тому назад после ушиба в области ушной раковины во время занятия боксом. Объективно: на передней поверхности верхней трети левой ушной раковины имеется припухлость округлой формы сизо-красного цвета, умеренно болезненная, флюктуирующая при пальпации. Остальные ЛОР-органы без патологических изменений. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №2

Больной жалуется на боль и припухлость в области правой ушной раковины, которые появились через пять дней после того, как при неосторожных манипуляциях в слуховом проходе острым предметом он проколол кожу около козелка. Объективно: правая ушная раковина увеличена в размерах за счет инфильтрации мягких тканей, кожные покровы ее умеренно гиперемированы. Прикосновение к ушной раковине болезненно. Неизменной остается только мочка уха. Слуховой проход в наружном отделе резко сужен. Видимые отделы барабанной перепонки без особенностей. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №3

Больная жалуется на боль в области ушной раковины, ощущения жара, жжения, повышение температуры тела, озноб, головную боль. За неделю поранила кожу ушной раковины, после чего появилась боль в области ушной раковины. Два дня назад боль усилилась и распространилась на всю ушную раковину, кожа ее стала пунцовой, ушная раковина увеличилась в размерах.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, температура 38,5°C. Отоскопически: резкая гиперемия, инфильтрация кожи ушной раковины, распространяющаяся на околоушную область. Пораженный участок четко ограничен от здоровой кожи. Кожа наружных отделов слухового прохода также гиперемирована, несколько инфильтрирована, отделяемого нет, барабанная перепонка не изменена.

Каков диагноз? Какое лечение необходимо назначить?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №4

Больная жалуется на сильную боль в правом ухе, иррадиирующую в височную и теменную области, усиливающуюся при жевании. Температура 37,4°C.

Объективно: правая ушная раковина обычной конфигурации. В начальном отделе наружного слухового прохода на передней его стенке определяется конусовидный инфильтрат, на верхушке которого видна желтая точка. Просвет слухового прохода резко сужен, осмотреть барабанную перепонку не удается. Лимфатический узел, расположенный впереди ушной раковины, увеличен, болезнен при пальпации. Резкая боль при пальпации области козелка, левое ухо без изменений.

Шепот слышит на расстоянии 5 м на оба уха.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«23» мая 2023 г., протокол № 4.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №5

Больная 18 лет жалуется на боли, зуд, ощущение жара в обоих ушах, гнойные выделения из них. Понижение слуха не отмечает. Общее состояние удовлетворительное, температура не повышена. Заболевание началось две недели тому назад после того, как удаляла серу из слуховых проходов (у больной имеется склонность к образованию серных пробок). Амбулаторное лечение не дало эффекта, и больная госпитализирована.

Объективно: ушные раковины обычной конфигурации. Кожа слуховых проходов гиперемирована, инфильтрирована. Просвет слуховых проходов сужен, заполнен слизисто-гнойным отделяемым, по удалении которого удаётся ввести только узкую воронку. Барабанные перепонки серого цвета, местами покрыты десквамированным эпидермисом. Острота слуха на ШР каждым ухом 5 м. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №6

Больная жалуется на зуд, ощущение жжения в области левой ушной раковины, которые беспокоят в течение полугода, периодически усиливаясь, особенно после водных процедур.

Медикаментозные и физиотерапевтические методы лечения эффекта не дали.

Объективно: определяются гиперемия и инфильтрация кожи ушной раковины и слухового прохода слева. На поверхности кожи имеются желтые корочки, чешуйки, участки мацерации.

Просвет правого слухового прохода несколько сужен.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №7

Больная жалуется на снижение слуха справа, возникшее после мытья головы. Заболеваний ушей в прошлом не было.

Объективно: кожа правой ушной раковины и слухового прохода не изменена. Шепот правым ухом

воспринимает на расстоянии 3 м, левым - 6 м.
Каков диагноз? Какие меры необходимо предпринять?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №8

Мальчик 5 лет доставлен родителями к врачу в связи с тем, что, играя, затолкнул горошину в левое ухо.

При отоскопии: кожа левой ушной раковины не изменена, в наружном отделе слухового прохода обнаружено инородное тело с гладкой поверхностью. Барабанная перепонка не видна.

Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 9

Девочка 7 лет, играя бусинками, одну из них засунула в слуховой проход. Медсестра, к которой обратились за помощью, пыталась удалить инородное тело пинцетом, однако попытка оказалась неудачной — бусинка ушла вглубь слухового прохода. Девочка доставлена в ЛОР-отделение.

Объективно: при осмотре определяется легкая инфильтрация тканей левого слухового прохода, на его коже единичные садины. В глубине слухового прохода, за перешейком, определяется инородное тело. Барабанная перепонка не обозривается. Попытка удалить инородное тело из слухового прохода методом промывания не удалась.

Какова дальнейшая тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №10

Больная жалуется на заложенность ушей, понижение слуха, шум в ушах, появившиеся два дня назад на фоне простудного насморка.

Объективно: определяются гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки носа, слизистые выделения в носовых ходах. Задняя стенка глотки также гиперемирована. При отоскопии: барабанные перепонки розового цвета, втянутые, инъецированные по ходу рукояток молоточка. Шепот слышит на расстоянии 4 м на оба уха.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №11

К отоларингологу привели ребенка 7 лет с жалобами на постоянный зуд в наружных слуховых проходах, заложенность ушей, ощущение наличия инородного тела, незначительное снижение слуха на оба уха. Болеет три месяца.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,7°C. Кожа наружных слуховых проходов гиперемирована, инфильтрирована. В перепончато-хрящевых отделах множественные отрубевидные чешуйки эпидермиса, на коже костных отделов наружных слуховых проходов отчетливо видны множественные нити мицелия зеленого цвета. Барабанные перепонки слегка гиперемированы, инфильтрированы, покрыты пленками, имеющими вид намочшей промокательной бумаги. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненные. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №12

Больной жалуется на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в висок, заложенность уха, головную боль, повышение температуры до 38°C. Болен два дня. Связывает заболевание с предшествовавшим насморком.

При отоскопии наружный слуховой проход свободный, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты отсутствуют. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 5 м. Латерализация звука в опыте Вебера вправо.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №13

Больной 23 года жалуется на умеренную боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха, повышение температуры тела, общее недомогание. Заболел семь дней тому назад после перенесенного насморка. Заболевание началось с сильной стреляющей боли в левом ухе, повышения температуры до 39°C, головной боли. На следующий день больной отметил снижение слуха. Гноетечение из уха появилось два дня назад. С тех пор отмечается некоторое улучшение общего состояния, температура снизилась до 37,5°C.

Объективно: внутренние органы без патологии. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. В зеве и глотке патологических изменений также не наблюдается, правое ухо без изменений.

Левое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена; пульсирующий рефлекс в передненижнем квадранте.

Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5 м, левым — 1,5 м.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 14

Больной жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, понижение слуха, головную боль. Болеет две недели. Лечился в поликлинике - боль в ухе уменьшилась, температура нормализовалась, но гноетечение продолжалось. Два дня назад появились боль и припухлость мягких тканей в правой заушной области, повысилась температура до 37,5°C, увеличилось количество выделений из уха.

Объективно: определяются припухлость сосцевидного отростка, сглаженность его контуров; мягкие ткани отечны, напряжены, болезненны при пальпации и перкуссии.

При отоскопии в правом слуховом проходе обильное количество сливкообразного гноя. После туалета уха определяется сужение наружного слухового прохода в костном отделе за счет нависания задневерхней стенки. Острота слуха на шепотную речь - 2-2,5 м.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №15

В ЛОР-отделение доставлен ребенок 6 лет с жалобами на сильную боль в правом ухе и в заушной области, высокую температуру, ознобы, головную боль, понижение слуха на правое ухо. Болеет 10 дней, не лечился.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура 38,3°C. Пульс 98 ударов в минуту.

Правая ушная раковина оттопырена. Кожа в заушной области слегка гиперемирована, инфильтрирована, отечна, при пальпации определяется флюктуация. Наружный слуховой проход в костном отделе сужен за счет нависания его задневерхней стенки. Барабанная перегородка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты не дифференцируются. На рентгенограммах височных костей по Шюллеру и Майеру — деструкция перегородок между клетками сосцевидного отростка.

Анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты — 3,8 10¹²/л, лейкоциты — 22 10⁹/л, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 53%, лимфоциты — 36%, моноциты — 3%, СОЭ — 32 мм/ч.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №16

У больного, страдающего острым правосторонним отитом, появились головокружение с ощущением движения предметов против часовой стрелки, полная глухота на правое ухо, тошнота. Была однократная рвота.

При осмотре определяется небольшая гиперемия слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки.

При отоскопии: правое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, резкая гиперемия барабанной перепонки, пульсирующий рефлекс в центре ее. При пальпации в области сосцевидного отростка справа и слева болезненность не определяется. Левое ухо в норме. При исследовании обнаружено полное выключение слуховой функции справа, спонтанный нистагм вправо. При выполнении пальце-пальцевой и пальце-носовой проб — отклонение влево. В позе Ромберга больной падает влево.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №17

Больной жалуется на гнойные выделения из левого уха, понижение слуха. Болен 10 лет. По поводу гнойных выделений из уха неоднократно лечился амбулаторно и стационарно с временным эффектом.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и перкуссия его безболезненны. В наружном слуховом проходе большое количество слизисто-гнойного отделяемого. После туалета уха определяется гиперемия барабанной перепонки, округлой формы перфорация ее в нижних квадрантах. Видимая часть слизистой барабанной полости гиперемирована, отечна. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 6 м. Латерализация звука в опыте Вебера влево. опыты Ринне, Федеричи отрицательные.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №18

Больной 30 лет жалуется на пульсирующую боль в левом ухе, гноетечение из него, снижение слуха. Болеет в течение двух недель. После переохлаждения вначале появились насморк и заложенность уха, затем возникли сильные боли в нем и гноетечение. Температура тела повысилась до 39°C. С появлением гнойного отделяемого из левого уха, боли стихли. Температура снизилась до субфебрильной, однако, несмотря на проводимое амбулаторное лечение, продолжали беспокоить обильные слизисто-гнойные выделения из уха, боль распространилась на заушную

область.

Объективно: слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, отечна, с наличием перфорации в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, болезненность при ее пальпации. На рентгенограмме височных костей — затемнение клеток сосцевидного отростка.

Правое ухо — в норме, нос и глотка без особенностей.

Каков диагноз? Какое лечение необходимо провести?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №19

Больной жалуется на давящую боль в правом ухе, гнойные выделения, общую слабость, недомогание, повышение температуры до 38°C. Болен с детства. Около 10 дней назад после простуды процесс в ухе обострился.

Объективно: область сосцевидного отростка не изменена, перкуссия и пальпация его безболезненны.

При отоскопии в правом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. В передневерхнем квадранте барабанной перепонки имеется краевая перфорация, через которую видны белесоватые эпидермальные массы. В натянутой части барабанная перепонка умеренно гиперемирована, инъецирована. Острота слуха на шепотную речь — 3м, разговорную речь — 6 м. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №20

В ЛОР-отделение доставлен больной в тяжелом состоянии, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Жалуется на сильную головную боль, гноетечение из левого уха. Температура тела- 38,5°C. Со слов сопровождающих установлено, что гноетечением из уха страдает с детства.

Последние две недели после простуды возникли умеренная боль в левом ухе, увеличилось количество выделений из него, повысилась температура до 37,5°C. Не лечился. За день до поступления, появилась головная боль, повысилась температура тела, ухудшилось общее состояние, наблюдались кратковременные периоды потери сознания.

Отоскопически: в левом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, в ее задневерхнем квадранте имеется краевая перфорация, через которую определяется холестеатома. Выражена ригидность затылочных мышц, симптом

Кернига положителен с обеих сторон. Глазное дно без особенностей.
Каков диагноз? Определите план обследования для уточнения диагноза.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 21

Больной 15 лет, поступил в стационар с жалобами на боли и припухлость в правой заушной области, снижение слуха на правое ухо и гноетечение из него. Отorea с пятилетнего возраста после перенесенной кори. В течение последних 5 лет больному неоднократно предлагали операцию, от которой родители отказывались. За два месяца до поступления в стационар появились боли в правом ухе, гноетечение, головная боль. После применения антибиотиков самочувствие улучшилось, головная боль прошла, но гноетечение из уха продолжалось. Две недели назад появилась припухлость в правой заушной области, которая медленно увеличивалась, болезненность в этой области нарастала, стали беспокоить головная боль подъема температуры до 38°C, ухудшилось общее самочувствие.

Объективно: общее состояние больного средней тяжести. Пульс 120 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Температура тела- 39°C. АД 120/70 мм рт. ст. Патологии внутренних органов не выявлено. Неврологическая симптоматика отсутствует. В области сосцевидного отростка определяется разлитая припухлость без четких контуров, размерами 3x5 см, распространяющаяся от верхушки отростка до теменной области. Заушная складка сглажена, ушная раковина оттопырена кпереди. Припухлость резко болезненна, в центре ее определяется флюктуация.

При отоскопии: правое ухо — гной в слуховом проходе, нависание задневерхней его стенки. После удаления гноя и творожистых масс обнаружена рубцово-измененная натянутая часть барабанной перепонки, расслабленная часть ее отсутствует, латеральная стенка аттика кариозно изменена. Через дефект видны творожистые массы и мелкие грануляции. Левое ухо — барабанная перепонка бледная с четкими опознавательными контурами.

На рентгенограммах височных костей слева определяется пневматический тип строения сосцевидного отростка. Справа - склероз сосцевидного отростка, антральная клетка расширена, отчетливо видна деструкция кортикального слоя, кариес латеральной стенки аттика. При пункции в центре флюктуации правой заушной области получено до 5 мл зловонного гноя.

Анализ крови: лейкоцитоз 15000 со сдвигом влево, формула крови без патологических изменений, СОЭ — 30 мм/ч.

Анализ мочи без особенностей. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №22

Больной 42 лет доставлен в оториноларингологический стационар после того, как во время туалета левого уха, проводимого врачом поликлиники, у больного сильно закружилась голова, появилась тошнота, выступил обильный пот. Врач наблюдал нистагм. В прошлом подобные симптомы возникали, но в меньшей степени, когда больной сам проводил туалет уха. Заболевание уха отмечает с семилетнего возраста. Периодически возникают обострения с гноетечением из уха, ухудшением слуха.

Общее состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Левое ухо — изменений со стороны наружного уха не определяется. Обширный, почти тотальный дефект барабанной перепонки, слизистая оболочка ее умеренно инфильтрирована. Остальные ЛОР-органы без патологии. Спонтанных вестибулярных расстройств нет. Имеется прессиорный нистагм. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №23

Больной 42 лет жалуется на сильную боль в левой половине головы, которая особенно беспокоит в последние дни, отсутствие аппетита, повторяющиеся приступы рвоты, не связанные с приемом пищи. Около 30 лет страдает заболеванием левого уха с понижением слуха. Периодически при переохлаждении появляется гноетечение из уха, иногда беспокоят боли. Полгода назад во время обострения отита больной отмечал головокружение, тошноту и резкое снижение слуха на левое ухо, сохраняющееся до настоящего времени.

Объективно: кожные покровы бледные с землистым оттенком. Язык обложен. Пульс 48 ударов в минуту. Больной вял, слезлив, заторможен, не может правильно назвать показываемый ему предмет, не понимает обращенной к нему речи, не выполняет задания.

Речь нарушена: многословен, неправильно строит предложения, неверно произносит отдельные слова. Определяются легкая ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского и легкое повышение глубоких рефлексов справа. При отоскопии слева умеренное количество гнойного отделяемого в слуховом проходе, по его удалении определяется дефект барабанной перепонки в верхнезаднем отделе, через который видны сочные грануляции. Сохранные отделы барабанной перепонки умеренно гиперемированы. Пальпация области *planum mastoideum* слева болезненна. Явление застойного соска при осмотре глазного дна. Спинномозговая жидкость при пункции мутная, вытекает под давлением.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №24

У больного 28 лет на фоне обострения левостороннего хронического отита появилась сильная головная боль, преимущественно в области затылка, головокружение. После осмотра в амбулатории направлен в стационар для обследования и лечения.

Объективно: больной вял, на вопросы отвечает неохотно, лежит на стороне больного уха. Кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Пульс 58 ударов в минуту, ритмичный. Температура 38,9°C.

При отоскопии: в левом слуховом проходе гнойные выделения. Барабанная перепонка гиперемирована, в ее верхнезаднем квадранте определяется дефект, через который видны грануляции и белые слоистые массы. При пальпации — болезненность в заушной области слева, болезненность при перкуссии затылочной кости.

Другие ЛОР-органы без отклонений от нормы. Левое ухо не слышит. Определяется горизонтальный нистагм при взгляде влево. Брадикинезия и адиадохокинез слева. При пальценосовой и коленно-пяточной пробах слева — интенционное дрожание. Мышечный тонус в левых конечностях снижен. Отклонение влево в позе Ромберга. Направление падения не меняется при изменении положения головы.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №25

Больная 53 лет доставлена в ЛОР-клинику с жалобами на резкое головокружение (ощущение вращения предметов справа налево), тошноту, рвоту, звон в левом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно без видимой причины. Подобные приступы беспокоят больную последние три года с тех пор, как у нее прекратились менструации.

При осмотре ЛОР-органов заметных отклонений от нормы не выявлено. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный горизонтально-ротаторный нистагм III степени влево, отклонение обеих рук вправо при выполнении указательной пробы Барани. Шепот слева слышит на расстоянии 1,5 м, справа — 5 м.

Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №26

К оториноларингологу обратился ребенок 6 лет с жалобами на неприятные ощущения в левом ухе, гноетечение из уха в течение последних двух лет, снижение слуха. Обострения один-два раза в год. Последнее гноетечение началось после купания в озере.

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура 36,8°C. Пульс 82 удара в минуту, ритмичный. В левом наружном слуховом проходе небольшое количество гнойного отделяемого. Барабанная перепонка гиперемирована. В центральной ее части — чечевицеобразная перфорация, через которую видна гиперемированная и отечная слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости. На аудиограмме отмечено снижение слуха на левое ухо по типу поражения звукопроводящего аппарата.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №27

Больной 18 лет доставлен в приемное отделение больницы в тяжелом состоянии с жалобами на очень сильную головную боль, тошноту, рвоту, отсутствие аппетита, ощущение жара во всем теле, гноетечение из левого уха, снижение слуха. Отorea с детства. Последнее обострение началось бурно на фоне респираторного заболевания две недели назад. Появились обильные выделения из уха, снизился слух, повысилась температура до 39°C. Через неделю возникла головная боль, которая с каждым днем усиливалась, два дня назад присоединились тошнота и рвота.

Объективно: больной возбужден, беспокоен, лежит на боку с закрытыми глазами (раздражает свет). Герпетические высыпания над верхней губой. Пульс 98 ударов в минуту, температура тела 39,9°C. При неврологическом обследовании определяются ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига, Брудзинского. Очаговой патологии не выявлено.

ЛОР-осмотр: легкая гиперемия слизистой оболочки полости носа и глотки.

При отоскопии: левое ухо — гнойные выделения в слуховом проходе, тотальный дефект барабанной перепонки, в барабанной полости гной, грануляции, кариес латеральной стенки аттика, холестеатомные чешуйки. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5 м, левым — около ушной раковины. В анализе крови определяется гиперлейкоцитоз — 20 10%, нейтрофильный сдвиг влево. СОЭ — 50 мм/ч. При спинномозговой пункции получен мутный ликвор, вытекающий под повышенным давлением.

Каков диагноз? Что нужно для его уточнения? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения

России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №28

Больной 25 лет доставлен в клинику с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39°C, озноб, боль в левом ухе и гнойные выделения из него, снижение слуха. Из анамнеза выяснено, что гноетечение из уха продолжается с детства. Лечился нерегулярно. За пять дней до поступления, появились боль в левом ухе и головная боль, усилилось выделение гноя, в течение двух дней были ознобы.

Состояние больного средней тяжести, кожные покровы землистого оттенка. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный при температуре 38°C.

Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с запахом, барабанная перепонка гиперемирована, краевой дефект в задневерхнем квадранте, через который видны грануляции. Сосцевидный отросток неизменен, болезненность при пальпации по заднему его краю.

Шепотную речь воспринимает левым ухом на расстоянии 0,5 м, разговорную — с 1 м. Анализ крови: лейкоциты — 18 10⁹/л, эозинофилы — 2%, палочкоядерные нейтрофилы — 18%, сегментоядерные — 68%, лимфоциты — 10%, моноциты — 2%, СОЭ — 52 мм/ч; протромбиновый индекс — 118%.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №29

В ЛОР-стационар обратился больной 50 лет с жалобами на понижение слуха и гнойные выделения с неприятным запахом из правого уха, асимметрию лица, развившуюся в течение последних суток. В анамнезе периодическое гноетечение из правого уха на протяжении 20 лет. Лечился нерегулярно.

Объективно: правый глаз не закрывается, сглажена носогубная складка справа, правый угол рта опущен; выявляется слабость мимической мускулатуры правой половины лица.

Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, краевой дефект барабанной перепонки, в барабанной полости крошковидные массы белого цвета.

Острота слуха: шепотная речь — 0,25 м, разговорная речь — 1,5 м.

Поставьте диагноз, определите врачебную тактику. Объясните причины пареза лицевого нерва.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №30

У ребенка 9 лет, страдающего хроническим гнойным мезоэпитимпанитом, появились сильная головная боль, особенно в затылочной области, тошнота, рвота, нарушение походки. Транспортом «Скорой помощи» доставлен в ЛОР-отделение.

Объективно: общее состояние тяжелое. Температура $38,4^{\circ}\text{C}$. Пульс 52 удара в минуту, ритмичный. Адиадохокинез. Промахивание при пальценосовой пробе. Крупноразмашистый горизонтальный нистагм влево. В левом наружном слуховом проходе — слизисто-гнойное отделяемое. Барабанная перепонка гиперемирована, задневерхние отделы барабанной перепонки разрушены. В аттике — холестеатомные массы. Область сосцевидного отростка не изменена, при пальпации безболезненна. На рентгенограммах височных костей по Шюллеру и Майеру — деструкция верхней стенки аттика. Глазное дно: сосуды полнокровны, извиты. Люмбальная пункция: спинномозговая жидкость вытекает под давлением, прозрачная. Клеточные элементы— 15/3.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №31

Больная 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха. Три года назад после родов впервые заметила постепенно прогрессирующее снижение слуховой функции. Отмечает, что лучше слышит в шумной обстановке.

Объективно: в носу, зева, глотке, гортани патологических изменений не определяется.

При отоскопии: широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки бледные, тонкие.

При исследовании слуховой функции ШР=1м/1м, РР=2 м/2 м с обеих сторон. На тональной аудиограмме - горизонтальный тип кривой с костно-воздушным интервалом около 20дб.

Тимпанограмма типа А, отсутствие слухового рефлекса. Отрицательные камертональные опыты Ринне, Желле с обеих сторон. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №32

Больная 40 лет обратилась в сурдологический кабинет с жалобами на ухудшение слуха в течение последних девяти месяцев. Перенесла разлитой перитонит 11 месяцев тому назад, в связи, с чем в

течение 25 дней получила инъекции каномидина. В процессе лечения заметила появление высокочастотного шума в правом ухе, ухудшение слуха на правое ухо и шаткость походки. Через два месяца после лечения стал прогрессивно снижаться слух.

При осмотре со стороны ЛОР-органов патологии не выявлено. При исследовании слуховой функции ШП=0,5/5,5 м, РР=4,5 м/6 м, камертональные опыты Ринне, Федериче, Желле положительные. На тональной аудиограмме определяется нисходящий тип кривой, отсутствие костно-воздушного интервала (показать), при проведении надпороговых тестов определяется ФУНГ. При проведении речевой аудиометрии разборчивость речи - 80%. Исследование вестибулярного анализатора выявило угнетение функции обоих лабиринтов. Каков диагноз? Как лечить больную? Какой тип тугоухости? Почему латерализация влево?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №33

У больной 62 лет, страдающей гипертонической болезнью, год назад после ссоры с соседкой резко снизился слух на левое ухо. Значительное снижение слуха сохраняется до настоящего времени. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс несколько напряжен. АД 180/100 мм рт. ст. Со стороны ЛОР-органов патологических отклонений не выявлено. Правым ухом слышит шепот на расстоянии 5 м, левым - только громкую разговорную речь. По данным аудиограммы, слух на правое ухо в норме, на левое - резко снижен по типу нарушения звуковосприятия. Расстройств вестибулярной функции не определяется.

Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №34

Около недели назад во время поездки на полигон знакомые предложили пациенту немного пострелять из автомата Калашникова. Пациент несколько раз выстрелил в пруд. К концу дня появился сильный шум в левом ухе и ухудшился слух.

При отоскопии - без особенностей. При исследовании слуховой функции слева - ШП =5 м, РР=2,5 м. Камертональный опыт Ринне положительный, латерализация звука камертона в опыте Вебера вправо. На тональной аудиограмме - понижение слуха на левое ухо в диапазоне высоких частот. Вестибулярных нарушений нет.

Каков диагноз и тактика лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«23» мая 2023 г., протокол № 5

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №35

Больная 28 лет, медицинская сестра, обратилась в клинику с жалобами на зуд и чувство заложенности правого уха. Больной себя считает в течение 2-х месяцев, после того как поранила кожу наружного слухового прохода.
Отоскопически справа: кожа наружного слухового прохода и барабанной перепонки умеренно гиперемирована, инфильтрирована с участками мацерации; в наружном слуховом проходе умеренное количество вязкого слизистого отделяемого черного цвета со слущенным эпидермисом. Острота слуха на шепотную речь - 4,5 м, на разговорную речь - более 6 м.
Каков предполагаемый диагноз и методы лечения? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №36

Композитор во время сочинения музыкальной пьесы, задумавшись, поставил локоть на пюпитр фортепиано и расчесывал наружный слуховой проход рукояткой железной расчески. Рука сорвалась, и локоть ударился о клавиши инструмента. Рукоятка расчески, пробив барабанную перепонку, вошла в барабанную полость. Возникло сильное головокружение, пациент упал на пол, рвота, резко ухудшился слух на левое ухо и перекосило левую половину лица. Доставлен сантранспортом в приемное отделение.
Во время осмотра отмечается спонтанный нистагм III ст. влево, птоз верхнего века, энофтальм, слезотечение из левого глаза, стоять не может. При отоскопии - фестончатая перфорация в задневерхнем квадрате барабанной перепонки, в наружном слуховом проходе - сгустки крови. В какое место медиальной стенки барабанной полости вонзилась расческа, какова врачебная

тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 37

Во время отпуска в Крыму больной 27 лет заболел острым респираторным заболеванием, сопровождавшимся выраженной ринореей. В детстве неоднократно болели уши, и был поставлен адгезивный средний отит. Был срочно вызван на работу по служебной необходимости и вылетел самолетом, несмотря на сильный насморк. Во время приземления самолета сильно заложило оба уха. При посадке почувствовал острую сильную режущую боль в обоих ушах, резкое ухудшение слуха и шум в ушах.

При отоскопии тотальное кровоизлияние, гиперемия обеих барабанных перепонки, определяется уровень жидкости в левой барабанной полости.

Каков предполагаемый диагноз? Как лечить больного? Что надо было делать пациенту перед началом полета?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №38

Больная 23 лет обратилась с жалобами на наличие плотных округлых образований в области мочек ушей, появившихся после их прокола для ношения серег.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №39

Больной 33 лет, строевой офицер, после увольнения из Вооруженных сил устроился на работу с большой физической нагрузкой. Днем работал грузчиком на станции, ночью - водителем такси. Около 2-х месяцев назад впервые в ушах появился шум, понижение слуха, тошнота и неустойчивость при походке. После отдыха состояние восстановилось самостоятельно. Последние 2 дня работал круглосуточно. К утру развились рвота, головокружение несистемного характера (земля уходит из-под ног, под ногами - «тонкое болото»), шум в ушах, понижение слуха. На электронистагмограмме - повышение амплитуды зубцов нистагма. Каков диагноз и лечение? Надо ли проводить вращательные пробы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №40

Больная 35 лет красила потолок, высоко запрокидывая голову. На третий день ремонта появился шум в правом ухе и исчез слух на правое ухо. Обратилась на 3-й сутки. При осмотре - патологии со стороны ЛОР-органов не определяется. При исследовании слуховой функции справа ШР=0, РР=крик ушной раковины. На тональной аудиограмме нисходящий тип кривой с небольшим костно-воздушным интервалом около 10 дБ. Акустический рефлекс сохранен, тимпанограмма типа А. При транскраниальной компьютерной доплерографии определяется асимметрия ВББ: сосудистое снабжение правого уха на 20%. При рентгенограмме - признаки шейного остеохондроза со снижением высоты позвонков на уровне С4-С6. Каков диагноз? Какова тактика? Прогноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 41

Решите вопрос о характере тугоухости по следующим данным слухового паспорта.

<i>AD</i>	<i>Тесты</i>	<i>AS</i>
0	Субъективный шум	+
6м	Шепотная речь	У ушной раковины
>6м	Разговорная речь	2м
Заглушено	«Крик» с трещоткой	+
115с	C128(N120с)	85 с
45 с	C2048(N50с)	20 с
50 с	C ^K 128(N60с)	

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 42

Решите вопрос о характере тугоухости по следующим данным слухового паспорта.

<i>AD</i>	<i>Тесты</i>	<i>AS</i>
+	Субъективный шум	0
1,5 м	Шепотная речь	6 м
4,5 м	Разговорная речь	>6 м
+	«Крик» с трещоткой	Заглушено
50 с	C128(N120с)	120 с
35 с	C2048(N50с)	55 с
70 с	C ^K 128(N60с)	

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №43

Решите вопрос о характере слуховых расстройств по следующим данным слухового паспорта.

ADТесты	AS	
0	Субъективный шум	0
6 м	Шепотная речь	0
>6м	Разговорная речь	1,5 м
Заглушено	«Крик» с трещоткой	0
125 с	C128(N120с)	15 с
50 с	C2048 (N 50 с)	5 с
55 с	C ^K 128 (N 60 с)	

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №44

Решите вопрос о характере тугоухости по следующим данным слухового паспорта.

AD	Тесты	AS
+	Субъективный шум	+
2 м	Шепотная речь	1 м
5 м	Разговорная речь	3,5 м
+	«Крик» с трещоткой	+
85 с	C128(N 120с)	80 с
20 с	C2048 (N 50 с)	10 с
40 с	C ^K 128(N 60 С)	40 с

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 45

О какой локализации патологического процесса можно думать по следующим данным слухового паспорта?

AD	Тесты	AS
0	Субъективный шум	+
6 м	Шепотная речь	0,5 м
>6 м	Разговорная речь	2,5 м
Заглушено	«Крик» с трещоткой	+
110 с	C128(N 120 с)	75 с
50 с	C2048(N50с)	15 с
55 с	C ^K ₁₂₈ (N60с)	

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №46

О какой локализации патологического процесса можно думать по следующим данным слухового паспорта?

AD	Тесты	AS
+	Субъективный шум	0
2 м	Шепотная речь	6 м
6 м	Разговорная речь	> 6м
+	«Крик» с трещоткой	Заглушено
55 с	C128(N120с)	125 с
40 с	C2048 (N 50 с)	50 с
65 с	C ^K 128(N60с)	

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 47

Как можно объяснить наличие симптомов вестибулярной дисфункции по следующим данным вестибулярного паспорта?

Правая сторона	Тесты	Левая сторона
0	Субъективные ощущения	+
(систематизированное головокружение, тошнота, рвота)		
0	Спонтанный нистагм	+
+	Калорический нистагм	+
25 с	Послевращательный нистагм	50 с
0	Прессорный нистагм	0

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №48

Как можно объяснить наличие симптомов вестибулярной дисфункции по следующим данным вестибулярного паспорта?

<u>Правая сторона</u>	<u>Тесты</u>	<u>Левая сторона</u>
+	Субъективные ощущения	0
(систематизированное головокружение, тошнота, рвота)		
+	Спонтанный нистагм	0
+	Калорический нистагм	+
30 с	Послевращательный нистагм	15 с
0	Прессорный нистагм	0

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

0	Субъективный шум	+
5,5 м	Шепотная речь	0,5 м
>6 м	Разговорная речь	3 м
Заглушено	«Крик» с трещоткой	+
115 с	С128(N120с)	70 с
50 с	С2048(N50с)	15 с
55 с	С ^к 128(N60с)	

При выполнении пальце-пальцевой и пальце-носовой проб промахивается вправо. В позе Ромберга и при ходьбе с закрытыми глазами отклоняется вправо.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 52

У больного - атрезия наружного слухового прохода после его термического ожога. До травмы был здоров.

Какой характер тугоухости можно предположить у больного? Какой план лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №53

Родители девятилетней девочки сообщили, что в двухлетнем возрасте их ребенка лечили стрептомицином по поводу тяжелой пневмонии. Клинически выявлена полная глухота. Каков ее генез? Каков прогноз? Какие существуют современные пути решения данной проблемы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 54

У больного рентгенологически обнаружено значительное увеличение и затемнение левой антральной клетки, деструкция латеральной стенки аттика и задней стенки наружного слухового прохода.

Каков диагноз? Предложите лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 55

У больного, страдающего болезнью Меньера, при аудиометрии выявляется «скальный» тип тугоухости на левое ухо с проявлениями феномена ускорения нарастания громкости (ФУНГ). Какие методы диагностики этого феномена вам известны? С поражением, каких структур он связан?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 56

Больная 68 лет обратилась с жалобами на припухлость в области верхней трети наружной поверхности ушной раковины, которая неожиданно появилась утром два дня назад. Болей не отмечает. Женщина астенического телосложения. Припухлость в области правой ушной раковины имеет гладкую форму, красноватый цвет, флюктуирует.

Что необходимо выяснить из анамнеза? О каком заболевании можно думать? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 57

У больной левосторонний адгезивный неперфоративный средний отит с выраженным нарушением слуха. Выявлено нарушение барофункции на стороне больного уха.

Каков план уточняющего клинического обследования и лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 58

Больной обратился с жалобами на внезапное понижение слуха, ощущение переливания в ухе, аутофонию, шум в ухе. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 36,7°C, анализ крови в пределах нормы.

Нарушения слуха по кондуктивному типу.

Каков диагноз? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 59

На компьютерных томограммах височных костей определяются признаки костной деструкции

латеральной стенки аттика, задневерхней стенки наружного слухового прохода, при этом просвет латерального полукружного канала не замкнут костной капсулой на выступе канала.
О чем свидетельствуют эти изменения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №60

Больной 32 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на боли и гнойные выделения из правого уха, снижение слуха, припухлость в правой височно-скуловой области, повышение температуры. Заболел три недели назад после гриппа. Спустя четыре дня из уха появились обильные сукровичные выделения, боли уменьшились, температура тела снизилась, но продолжала держаться на уровне 37,7°C.

На третьей неделе заболевания вновь усилились боли в правом ухе, появилась припухлость впереди ушной раковины.

Объективно: припухлость, болезненная при пальпации в области скулового отростка справа, обильные слизисто-гнойные выделения в правом слуховом проходе, барабанная перепонка гиперемирована, небольшая перфорация в задненижнем квадранте. Левое ухо без изменений.

Шепот правым ухом слышит на расстоянии 0,5 м, левым — 5 м. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Каков диагноз? Каков патогенез заболевания?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией. Ситуационная задача по оториноларингологии №61

У больного, страдающего хроническим гнойным эпитимпанитом, на рентгенограммах височных костей в укладках по Шюллеру и Манеру определяется расширение пещеры и диффузный склероз ее стенок. Верхнезадняя стенка наружного слухового прохода разрушена, вход в пещеру расширен.

Какой патологический процесс имеет место в полостях среднего уха?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №62

У больного острым средним отитом на 15-й день после начала заболевания на рентгенограмме височной кости в укладке по Шюллеру в области сосцевидного отростка определяется снижение пневматизации и начальные признаки деструкции костных ячеек. Для какого заболевания характерна данная рентгенологическая картина?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 63

При профессиональном осмотре оториноларинголог выявил у рабочего односторонний эпителимпанит с холестеатомой. На рентгенограммах височных костей по Шюллеру, Майеру и Шоссе имеются деструктивные изменения в височной кости, в частности расширение антрума на фоне склерозированного сосцевидного отростка. Больной никаких жалоб не предъявляет. Слух не нарушен.

Возможно ли такое бессимптомное течение? Предложите план обследования больного и лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №64

Больной 52 лет девять лет назад перенес двухсторонний средний отит. С этого времени отмечает прогрессирующее снижение слуха на оба уха. Объективно: барабанные перепонки рубцово изменены, опознавательные пункты их деформированы. По результатам тональной пороговой аудиометрии — костно-воздушный интервал до 40 - 45 дБ в зоне разговорных частот.

Тимпанограмма типа Б.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 65

В пять часов дежурная медсестра срочно вызвала дежурного врача в коридор клиники. Он увидел лежащего больного, поступившего накануне по поводу срединного стеноза гортани в стадии компенсации. Обращали на себя внимание резкая цианотичность кожных покровов, полная остановка дыхания и судорожные подергивания конечностей.

Какой вид срочного горлосечения наиболее целесообразен в этой ситуации?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

02.12.2016 г. (протокол № 1)

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №66

Больная 36 лет жалуется на снижение слуха, гнойные выделения, легкую боль в глубине левого слухового прохода. Ухо впервые заболело в детстве после кори. С тех пор понижен слух. Ежегодно беспокоят обострения, во время которых слух ухудшается в еще большей степени, возникают гноетечение из уха, боль в нем. Настоящее обострение началось неделю назад после перенесенного на ногах респираторного заболевания.

Объективно: слизистая оболочка полости носа и глотки незначительно гиперемирована.

Отоскопия: левое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, округлый центральный дефект перепонки около 4 мм в диаметре, остатки ее умеренно гиперемированы, в барабанной полости — гной. Болезненности при пальпации сосцевидных отростков нет. Слух понижен только на левое ухо по типу нарушения звукопроводения. Вестибулярных расстройств не обнаружено.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 67

Больная 38 лет жалуется на незначительное снижение слуха на правое ухо, гноетечение из него. Заболевание началось с шестилетнего возраста. Периодически беспокоит отделяемое из уха, ухудшается слух. Общее состояние удовлетворительное. Определяется легкая гиперемия слизистой оболочки полости глотки и носа.

Отоскопия: правое ухо — кожа ушной раковины и слухового прохода не изменена, барабанная перепонка слегка гиперемирована, в верхнезаднем квадранте — краевой дефект, через который видны беловатые массы. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 4 м, левым — 5 м. Каков диагноз? Какова тактика врача? Если показано хирургическое лечение, то какой вид операции следует применить? Возможно ли консервативное ведение больной?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №68

Больной 28 лет жалуется на то, что накануне появилась асимметрия лица — не закрывается левый глаз, неподвижна левая половина лица. Три недели назад перенес острый левосторонний отит. Последние дни отмечает слизисто-гнойные выделения из левого уха, понижение слуха, в течение последней недели беспокоит боль в заушной области. Лечился амбулаторно.

Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс 78 ударов в минуту, температура тела 37,3°C. Левая половина лица неподвижна — больной не может приподнять бровь, закрыть глаз. Левая носогубная складка сглажена, опущен угол рта. Менингеальных и очаговых симптомов не определяется.

Отоскопия: левое ухо — в слуховом проходе слизисто-гнойные выделения. Барабанная перепонка застойная, с щелевидным дефектом в центре. Контуры молоточка и световой рефлекс не видны. При пальпации определяется болезненность в области проекции антрума слева.

Шепот воспринимает правым ухом на расстоянии 5 м, левым — ушной раковины. Со стороны остальных ЛОР-органов отклонений от нормы не определяется.

Каков диагноз? Показано ли оперативное лечение?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №69

Больной 59 лет поступил с жалобами на боль в левом ухе и припухлость в области левого сосцевидного отростка, снижение слуха слева.

При осмотре состояние удовлетворительное. Имеется легкая оттопыренность левой ушной раковины, припухлость и болезненность в области сосцевидного отростка, слуховой проход сужен за счет нависания его задневерхней стенки, однако видимые участки барабанной перепонки не изменены. Правая перепонка хорошо контурируется, бледная. В остальном ЛОР-органы без особенностей. Спонтанных вестибулярных расстройств не выявляется. Отмечается понижение слуха на левое ухо — шепотная речь 3 м. Аудиометрически отмечается понижение слуха слева до 40 - 50 дБ по воздушной проводимости и до 20 - 30 дБ по костно-тканевой. На рентгенограммах височных костей в трех проекциях: справа — пневматическая структура отростка; слева — смешанное строение. Слева отмечается разрушение межклеточных перегородок, наличие зон деструкции. Изложенное явилось показанием для операции.

Каков диагноз? Какая операция была проведена?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 70

У больной 36 лет на фоне острого гнойного правостороннего отита на девятый день от начала заболевания появился сильный озноб, температура повысилась до 40°C, ухудшилось общее состояние.

При осмотре: состояние больной средней тяжести. Кожные покровы влажные. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичен. При измерении температуры каждые три часа наблюдаются размахи до 3°C. При отоскопии: обильное гнойное отделяемое в правом слуховом проходе, видна резко гиперемированная, выпяченная барабанная перепонка. В ее центре — щелевидный дефект, через который синхронно с пульсом поступает гной из барабанной полости. Определяется болезненность при пальпации в проекции антральной клетки и в области верхушки сосцевидного отростка, и сосудисто-нервного пучка шеи справа. Со стороны остальных ЛОР-органов отклонений не определяется.

Каков диагноз? Каков характер оперативного вмешательства?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 71

Больной обратился к оториноларингологу с жалобами на двустороннюю тугоухость, которой страдает много лет после перенесенного острого среднего гнойного отита.

При отоскопии: двусторонний сухой мезотимпанит, слева — с небольшой центральной перфорацией, локализующейся в задненижнем квадранте, справа — с большой ободковой перфорацией. Слизистая оболочка промоториальной стенки правого и левого уха не изменена. Резерв улитки — до 40 - 50 дБ в зоне речевых частот. Какое обследование надо провести дополнительно? Возможна ли слухоулучшающая операция? Ее тип? При каких условиях она может быть проведена?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №72

Больной госпитализирован по поводу хронического гнойного эпитимпанита с холестеатомой. При рентгенологическом обследовании установлено предлежание сигмовидного синуса. Целесообразно ли оперативное вмешательство? Если да, то какой тип операции предпочтителен?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 73

Больная 28 лет обратилась с жалобами на понижение слуха на оба уха, шум в ушах в течение нескольких лет. Ухудшение слуха отмечает после родов. Слух понижен по кондуктивному типу. Раннее прогрессирующее понижение слуха выявлено у четырех кровных родственниц-женщин. У больной имеет место *Paracusis Willisii*. При отоскопии выявлен симптом Шварца и Хилова. Тимпанограмма типа As. О каком заболевании можно думать? Какие еще симптомы для него характерны? Какова лечебная

тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №74

Больной обратился с жалобами на выраженную тугоухость. В анамнезе — двусторонняя общеполостная радикальная операция. При отоскопии выявлена полная эпидермизация послеоперационных полостей, оба лабиринтных окна прикрыты рубцовой тканью. Возможна ли в такой ситуации полная глухота (при сохранности функции внутреннего уха)? Показана ли тимпанопластика? Какой тип тимпаноластики наиболее целесообразен?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 75

У больного двусторонний хронический гнойный отит, на аудиограмме — снижение слуха по воздушной проводимости в зоне речевых частот: справа — до 60 -65 дБ.слева — до 55 - 60 дБ. Справа выявляется костно-воздушный интервал в зоне указанных частот до 20 дБ, слева до 30-35 дБ, Эквивессорная функция оказалась лучше для левой слуховой трубы. Имеет ли смысл проведение слухулучшающей операции? Если да, то, при каких условиях это сделать целесообразнее? На каком ухе?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №76

У больного 60 лет с хроническим эпитимпанитом диагностирован совместно с невропатологом абсцесс височной доли мозга справа. Проведена расширенная радикальная операция на правом ухе, во время которой широко обнажена твердая мозговая оболочка средней черепной ямки. Последняя серого цвета, блестящая, напряжена. Пульсации нет. В чем заключается техника дальнейших действий хирурга? Каковы особенности ведения послеоперационного периода у данного больного? Опишите способы санации отогенных абсцессов мозга.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 77

Больной 50 лет госпитализирован с явлениями правостороннего отогенного неврита лицевого нерва трехдневной давности. Отоскопически выявляется хронический эпитимпанит с частичным разрушением латеральной стенки аттика, что подтверждено на рентгенограммах. Проба с зондированием аттика свидетельствует о наличии холестеатомы в надбарабанном пространстве. Показано ли хирургическое вмешательство? В какие сроки? Какова техника оперативного вмешательства?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №78

Больной 23 лет поступил в ЛОР-отделение в тяжелом состоянии. Сознание спутанное, имеются признаки менингита, протекающего на фоне острого правостороннего гнойного среднего отита. Одновременно наблюдается спонтанный нистагм в сторону здорового уха. Принимая во внимание клиническую картину и тяжесть заболевания, какой тактики следует придерживаться? Если требуется хирургическое вмешательство, то каковы объем и техника операции? Каков диапазон консервативной терапии?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 79

После острого насморка у больного появились припухлость, краснота и болезненность кожи носа, больше слева. Боли иррадируют в зубы, висок и область левой орбиты, температура повысилась до 38°C, появилось ощущение познания.

Объективно: ограниченная припухлость ярко-красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 80

У больного 36 лет через день после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на крыле носа слева, ухудшилось общее состояние. Появились сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура (с перепадами до 3°C в течение дня), сильная головная боль. Местно в окружности крыла носа, где находится фурункул, - отек и инфильтрация мягких тканей, распространявшиеся на область щеки и губы слева.

Какое осложнение можно заподозрить? Какой должна быть тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №81

Больная 27 лет жалуется на ощущение заложенности в полости носа, водянистые выделения из носа, чихание, слезотечение, першение в горле и повышение температуры до 37,3°C. Эти симптомы появились после переохлаждения три дня назад.

Объективно: кожный покров наружного носа в области крыльев слегка гиперемирован. Кожа лица, туловища обычной окраски, слегка влажная. Пульс 82 удара в минуту, голос с гнусавым оттенком. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, обильные слизистые выделения в носовых ходах. Болезненности в области околоносовых пазух при пальпации не определяется. Носовое дыхание затруднено, обоняние снижено.

При фарингоскопии — гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки. Остальные ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №82

Больная 32 лет жалуется на затрудненное носовое дыхание, прозрачные выделения из носовых ходов, расстройство обоняния, на приступы чихания и слезотечения. Перечисленные симптомы беспокоят часто в течение последних двух лет, с тех пор как начала работать в химической промышленности.

Объективно: слизистая оболочка полости носа отечна, неравномерно окрашена — на ее поверхности видны сизые, местами белые пятна. Носовые раковины увеличены. Просвет носовых ходов сужен. После смазывания слизистой оболочки полости носа раствором адреналина раковины заметно уменьшились в размерах, просвет носовых ходов увеличился. Пальпация околоносовых пазух безболезненна. Остальные ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 83

Больная 47 лет жалуется на затруднение носового дыхания, больше справа, тяжесть в области лба, понижение обоняния. Эти жалобы появились 1,5-2 года назад. Вначале заложенность носа беспокоила периодически, а затем усилилась и стала постоянной. Сосудосуживающие капли и мази ранее оказывали положительный эффект, но в последнее время перестали действовать.

Объективно: в правой половине носа в средних и нижних носовых ходах определяются множественные образования серовато-сизого цвета, напоминающие гроздь винограда, на фоне розового цвета слизистой оболочки перегородки носа и носовых раковин. Слева полость носа заполнена меньшим количеством подобных образований разной величины, располагающихся в среднем носовом ходе. Носовое дыхание справа отсутствует, слева ослаблено.

Слизистая оболочка гортани и глотки не изменена. Барабанные перепонки несколько втянуты. Шепот слышит на расстоянии 4 м на оба уха. Внутренние органы без заметных отклонений от нормы.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №84

Больной 42 лет жалуется на затруднение носового дыхания, обильные выделения слизи из носа, расстройство обоняния. Впервые перечисленные симптомы появились четыре года назад, с тех пор почти постоянно ощущает затруднение носового дыхания. Часто наблюдаются обострения, когда больной может дышать только через рот и его беспокоят обильные слизистые выделения из носа.

Объективно: определяется набухлость слизистой оболочки полости носа, ее гиперемия. Носовые раковины, особенно нижняя и средняя, увеличены. Просвет носовых ходов сужен. На дне полости носа — скопление слизи белого цвета. После смазывания раствором адреналина слизистая оболочка полости носа становится бледной, но заметного уменьшения носовых раковин не определяется. Пальпация придаточных пазух носа безболезненна. Остальные ЛОР-органы без патологии. Каков диагноз? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №85

Больная 27 лет жалуется на ощущение сухости в полости носа, образование в носовых ходах сухих корок с неприятным запахом, которые часто затрудняют носовое дыхание.

Объективно: слизистая оболочка полости носа сухая, истонченная. Носовые раковины уменьшены в размерах, носовые ходы широкие. В носовых ходах — сухие зеленые корки в значительном количестве с примесью зловонного гнойного отделяемого. Слизистая оболочка задней стенки глотки истончена, сглажена, выглядит как бы покрытой лаком. Со стороны других органов отклонений от нормы не определяется. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №86

Больная 28 лет жалуется на ощущение сухости в носу, образование корок в носовых ходах, расстройство обоняния. Нередко появляются густые гнойные выделения из носа, иногда с примесью крови.

Объективно: слизистая оболочка полости носа сухая, резко истончена, на ее поверхности сухие корки, местами густой гной. Носовые раковины уменьшены в размерах, широкие носовые ходы. Слизистая оболочка задней стенки глотки суховата, но в значительно меньшей степени, чем слизистая оболочка носа. Со стороны остальных ЛОР-органов отклонений от нормы не определяется.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №87

Больной 26 лет жалуется на головную боль с локализацией преимущественно в правой половине лба, тяжесть в голове, насморк, затруднение носового дыхания, повышение температуры до 38°C, общее недомогание. Заболел пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания.

Объективно: кожные покровы несколько влажные. Пульс ритмичен, 84 удара в минуту. Изменений внутренних органов не определяется. Слизистая оболочка полости носа ярко гиперемирована, умеренно инфильтрирована. Слизисто-гнойные выделения в среднем и нижнем носовых ходах справа. При пальпации определяется болезненность в надбровной области и в области проекции верхнечелюстной пазухи справа. На рентгенограмме пристеночная вуаль правой лобной пазухи и интенсивное затемнение области решетчатого лабиринта и верхнечелюстной пазухи справа.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №88

Больная 12 лет поступила в ЛОР-клинику с жалобами на сильную головную боль, гнойный

насморк, затруднение носового дыхания. Заболела пять дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания. Заболевание началось с болей в надбровной области с обеих сторон, повышения температуры до 38,5°C. На другой день появилась отечность век. При поступлении температура 39,5°C. Припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон. При риноскопии слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована, инфильтрирована, определяется сливкообразный гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области проекций верхнечелюстных пазух и надбровной области с обеих сторон. На рентгенограмме околоносовых пазух гомогенное затемнение верхнечелюстных и лобных пазух. Анализ крови: лейкоцитоз 19,5 10⁹/л, СОЭ — 60 мм/ч.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №89

Больной жалуется на боль в левой половине лба и левой щеке, тяжесть в голове, насморк с выделениями преимущественно из левой половины носа. Заболел на фоне респираторного заболевания неделю назад.

Объективно: при риноскопии определяются гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки полости носа слева, гнойные выделения в среднем носовом ходе. При пальпации определяется болезненность в области левой верхнечелюстной пазухи и надбровной области слева. При исследовании крови — лейкоцитоз 9,5 10⁹/л, СОЭ — 30 мм/ч.

Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №90

Больной 14 лет жалуется на сильную боль в области лба справа, заложенность носа, повышение температуры до 38,7°C. Эти симптомы появились четыре дня назад после перенесенного гриппа. Объективно: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в среднем и нижнем носовых ходах справа определяется сливкообразный гной. Болезненность при пальпации надбровной области справа. На рентгенограмме околоносовых пазух — затемнение правой лобной пазухи с горизонтальным уровнем жидкости, пристеночная вуаль верхнечелюстной пазухи справа.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 91

Больной жалуется на частый насморк с более сильными выделениями из правой половины носа, который сопровождается головной болью, повышением температуры, нарушением общего состояния. Почти постоянно плохо дышит правой половиной носа. Считает себя больным около четырех лет.

Объективно: слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, инфильтрирована. Правая половина заполнена овальной формы отечными образованиями, исходящими из среднего и верхнего носовых ходов. При пальпации определяется болезненность правой верхнечелюстной пазухи. Носовое дыхание справа резко затруднено. Со стороны других органов отклонений от нормы нет.

Предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №92

Больной жалуется на постоянный насморк преимущественно справа, заложенность носа, боль в правой половине лба. Эти симптомы появились около года назад после перенесенного на ногах гриппа.

Объективно: определяется увеличение нижней и средней носовых раковин с обеих сторон, в среднем носовом ходе справа — полипы и небольшое количество гнойного отделяемого.

Болезненность при пальпации в надбровной области справа.

Каков предполагаемый диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимы для

уточнения диагноза? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №93

Больной 34 лет жалуется на гнойные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания, субфебрильную температуру. В течение последних 10 лет насморк беспокоит часто и не прекращается длительное время. Три года тому назад во время обострения впервые был поставлен диагноз воспаления придаточных пазух носа.

При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, определяется гипертрофия нижней и средней носовых раковин слева, гнойное отделяемое в среднем и нижнем носовых ходах слева. Пальпация области проекции левой верхнечелюстной пазухи слева болезненна. Носовое дыхание слева затруднено. Гнойное отделяемое стекает по задней стенке глотки. На рентгенограмме околоносовых пазух отмечено интенсивное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.

Каков диагноз? Что нужно сделать для его уточнения? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №94

Больной 33 лет жалуется на внезапные приступы заложенности носа с обильными слизисто-водянистыми выделениями, сопровождающимися головной болью, кашлем; отмечает также раздражительность, потливость. Приступы часто возникают в связи с охлаждением. Болен около трех лет.

Риноскопия: слизистая оболочка нижних носовых раковин набухшая, синюшная, местами на ней видны серо-белые пятна. После смазывания 3-процентным раствором эфедрина носовые раковины резко уменьшаются в объеме.

Каков диагноз? Каковы принципы лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 95

Больная жалуется на головную боль в области лба, тяжесть в голове, гнойные выделения из левой половины носа, затруднение носового дыхания, повышение температуры до 37,5°C. Впервые эти симптомы возникли шесть лет назад после перенесенного на ногах респираторного заболевания. Был установлен диагноз: острый синусит. Лечилась консервативно у оториноларинголога. С тех пор заболевание ежегодно повторяется.

Объективно: слизистая оболочка полости носа умеренно гиперемирована, инфильтрирована, носовые раковины увеличены, больше слева, с той же стороны — в среднем носовом ходе полипы и гнойное отделяемое. При пальпации в надбровной области слева определяется болезненность. Носовое дыхание ослаблено в большей степени слева, слизистая оболочка задней стенки глотки слегка гиперемирована. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется гомогенное затемнение левой лобной пазухи. Каков диагноз? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №96

Больной 31 года жалуется на насморк с густыми выделениями из левой половины носа, затруднение носового дыхания, головную боль, тяжесть в области лба, повышение температуры до 37,8°C. Считает, что заболел три года назад, когда после гриппа появились затяжной насморк с густыми гнойными выделениями и головная боль. С тех пор при переохлаждении заболевание обостряется. Последнее обострение началось неделю назад.

Объективно: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. Слева носовые раковины гипертрофированы, а в среднем носовом ходе определяются гной и небольшие полипы. Пальпация в надбровной области с этой же стороны болезненна. На рентгенограмме придаточных пазух носа определяется интенсивное затемнение лобной пазухи с уровнем жидкости и легкая пристеночная вуаль верхнечелюстной пазухи слева. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №97

У больного 14 лет после гриппа развился правосторонний гнойный синусит. Несмотря на лечение, состояние ухудшилось — усилилась головная боль, температура повысилась до 39,4°C, появились общая слабость, недомогание.

Объективно: больной слаб, кожные покровы влажные. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичный. Определяется экзофтальм, инфильтрация тканей верхнего века справа. Подвижность правого глазного яблока ограничена.

При риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, гнойное отделяемое в среднем носовом ходе справа. Болезненность при пальпации в надбровной области с этой же стороны.

О каком осложнении синусита можно думать? Какие дополнительные исследования необходимы? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 98

Больной 35 лет жалуется на сильную головную боль, гнойные выделения из носа, нарушение общего состояния, озноб, повышение температуры тела до 40°C.

Объективно: общее состояние средней тяжести. Кожные покровы влажные. Пульс 120 ударов в минуту. Тоны сердца слегка приглушены.

При неврологическом обследовании определяется ригидность затылочных мышц, симптом Кернига. Заключение окулиста: расширены вены глазного дна. В полости носа — значительное количество гнойного отделяемого в среднем носовом ходе справа, болезненность при пальпации наружной стенки лобной и верхнечелюстной пазух. На рентгенограмме равномерное затемнение лобной, верхнечелюстной пазухи и решетчатого лабиринта справа. При пункции правой верхнечелюстной пазухи получены зловонный гной и холестеатомные массы.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №99

Больная 44 года жалуется на сильную головную боль, преимущественно в области лба, приступы рвоты, отсутствие аппетита, общую слабость, насморк с выделениями из левой половины носа, затруднение носового дыхания, снижение обоняния. Насморк и боли в области лба беспокоят в течение 10 лет. Последнее обострение заболевания началось бурно две недели тому назад, после гриппа. Лечение, назначенное врачом поликлиники (УВЧ на область лба, сосудосуживающие мази и сульфаниламидные препараты эндоназально), эффекта не дало. В последние дни состояние больной ухудшилось: головная боль стала более сильной, появились рвота и выраженная общая слабость.

Объективно: состояние средней тяжести. Пульс 58 ударов в минуту. Температура 38,6°C. Кожные покровы бледные. Язык обложен. Психика изменена: эйфорична, болтлива, в разговоре часто употребляет плоские шутки, неопрятна, иногда мочится на пол в комнате. При неврологическом исследовании определяются симптом Кохановского слева и хватательный рефлекс. При риноскопии: слизистая оболочка полости носа умеренно инфильтрирована, несколько застойна. Обильное гнойное отделяемое в левой половине носа. Болезненность при пальпации в надбровной области слева. Значительных изменений других ЛОР-органов не выявлено.

На рентгенограмме околоносовых пазух — гомогенное затемнение левой лобной пазухи, подозрение на деструкцию ее внутренней стенки.

Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №100

Больной 26 лет в состоянии алкогольного опьянения в драке получил сильный удар кулаком по лицу, после чего возникло носовое кровотечение, отмечалась легкая тошнота. Доставлен в ЛОР-стационар через три часа после происшествия.

При поступлении — кровоизлияние в окружности глазниц, смещение спинки носа вправо, при пальпации в этой области определяется крепитация. На рентгенограмме обнаружено нарушение целостности носовых костей и глазничной стенки левой верхнечелюстной пазухи, гомогенное ее затемнение.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №101

Больной жалуется на затруднение носового дыхания, боль в области носа, повышение температуры до 37,5°C. Все перечисленные симптомы появились после того, как получил удар по носу три дня назад, имело место носовое кровотечение.

Объективно: носовые ходы резко сужены за счет инфильтрации мягких тканей в области перегородки носа. В центре инфильтрата размягчение, при зондировании этого участка определяется флюктуация. Носовое дыхание затруднено.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией. Ситуационная задача по оториноларингологии №102

Больной 20 лет жалуется на постоянное затруднение носового дыхания справа, головная боль. В детстве перенес травму носа.

Объективно: спинка носа слегка смещена влево. В остальном форма носа не изменена. При передней риноскопии определяется резкое искривление перегородки вправо, слизистая оболочка розовая, влажная. Пальпация околоносовых пазух безболезненна.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией. Ситуационная задача по оториноларингологии № 103

Больная 18 лет доставлена в стационар по поводу носового кровотечения. Такие кровотечения, более или менее обильные, возникают часто в предменструальный период. При осмотре

кровотечения нет. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, пульс ритмичен — 88 ударов в минуту.

При риноскопии: кровянистые сгустки в носовых ходах, слева в передненижнем отделе перегородки сосуды резко расширены. Другие ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как наиболее целесообразно поступить с больной в этом случае?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 104

Больной 48 лет, страдающий гипертонической болезнью, доставлен санитарным транспортом в ЛОР-клинику по поводу сильного носового кровотечения, которое не удалось остановить в домашних условиях.

Каков диагноз? Какие срочные меры необходимо предпринять? Какова лечебная тактика в дальнейшем?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 105

Больной 31 года доставлен в клинику с сильным носовым кровотечением, которое началось после того, как получил удар по носу твердым предметом. Сознание не терял. Тошноты, рвоты не было. При осмотре спинка носа по средней линии, определяется инфильтрация мягких тканей, резкая болезненность при пальпации этой области. В носовых ходах — тампоны, пропитанные кровью, однако, несмотря на это, кровотечение продолжается — кровь стекает по задней стенке глотки

слева. На рентгенограмме определяется перелом костей носа без смещения отломков. Какова дальнейшая тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 106

Трехлетняя плачущая девочка доставлена в клинику. Родители сообщили, что около двух часов назад ребенок, играя пуговицей, засунул ее в правую половину носа. Попытка удаления не удалась, пуговица проскочила в глубину носового хода.

Объективно: слизистая оболочка полости носа справа гиперемирована, инфильтрирована, в глубине определяется инородное тело. Носовое дыхание справа затруднено.

Какую помощь нужно оказать ребенку?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №107

Больная 23 лет, год назад приехавшая из Украины, жалуется на образование корочек в носу, затруднение носового дыхания.

Объективно: при риноскопии с обеих сторон определяется инфильтрат в преддверии носа, сужение просвета из-за инфильтрации нижней и боковой его стенок, сухие корочки в носовых ходах. При задней риноскопии — сужение в области хоан. При зондировании носовых ходов ощущается плотность инфильтрата.

Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №108

Больная 40 лет обратилась с жалобами на частые кровотечения из левой половины носа. Кровотечения небольшие, самопроизвольно останавливаются. Со стороны других органов и систем жалоб нет. Три месяца назад прошла профилактический осмотр на производстве, ЛОР-патология не выявлена.

Риноскопия: на перегородке носа, в ее хрящевой части слева располагается округлое багрово-синее образование на узкой ножке. Инфильтрация слизистой оболочки вокруг ножки отсутствует. Образование легко кровоточит при прикосновении. Кровотечение останавливается прижатием левого крыла носа к перегородке.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №109

Больная 34 лет жалуется на наличие припухлости в области правой носогубной складки и у основания крыла носа. Впервые 10 лет назад в указанной области заметила безболезненное образование, которое постепенно увеличивалось в размерах.
Объективно: асимметрия лица за счет деформации в области основания правого крыла носа и сглаженность правой носогубной складки, кожа над образованием по цвету не изменена, при пальпации безболезненна. Внутренняя часть образования выпячивает боковую стенку и дно преддверия носа. В преддверии полости рта при пальпации определяется безболезненная припухлость округлой формы, мягко-эластической консистенции. При пункции получена однородная жидкость янтарного цвета. Кожа преддверия носа и слизистая оболочка полости носа справа без патологических изменений. Носовое дыхание свободное. Остальные ЛОР-органы без патологии. На обзорной рентгенограмме околоносовых пазух носа изменений не выявлено.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №110

Больной 16 лет обратился с жалобами на отсутствие носового дыхания и снижение слуха на правое ухо. Неделю тому назад спонтанно возникло значительное кровотечение из правой половины носа, которое было остановлено врачом «Скорой помощи» посредством тампонады, введения хлористого кальция и викасола. Два года назад впервые отметил заложенность носа и затруднение носового дыхания. Несколько раз обращался к врачу, но амбулаторное лечение оказалось неэффективным.

Риноскопия: слизистая оболочка полости носа набухшая, справа в задних отделах определяется ярко-красное образование, которое не связано со стенками полости носа. Носовое дыхание отсутствует.

Задняя риноскопия: полость носоглотки занята гладким образованием, которое почти целиком закрывает хоаны. При пальпации: консистенция плотная.

Рентгенография околоносовых пазух: на передней рентгенограмме определяется легкая тень мягкотканого образования, занимающего правую половину носа и оттесняющего кнаружи правую латеральную стенку носа. Околоносовые пазухи без патологических изменений. На боковом снимке тень мягкотканого образования выполняет полость носоглотки, основную пазуху и внедряется в полость носа. Костные стенки, окружающие образование, с четкими контурами без прерыва их протяженности. Другие органы и системы без патологии.

Каков диагноз? Нужны ли дополнительные методы исследования? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №111

Больной жалуется на головную боль в области лба, которую впервые отметил четыре месяца назад. В последнее время головная боль усилилась и приобрела постоянный характер, что заставило его обратиться в поликлинику.

Объективно: состояние больного удовлетворительное, со стороны внутренних органов отклонений от нормы не определяется. При осмотре ЛОР-органов также не найдено патологических изменений. На рентгенограмме околоносовых пазух имеется тень костной плотности округлой формы с гладкими краями в области левой лобной пазухи, тень достигает уровня мозговой стенки лобной пазухи.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №112

Больной 34 лет обратился с жалобами на головную боль в затылочной области, периодический насморк. В течение последних трех лет повышено АД. Терапевтом диагностирована гипертоническая болезнь I стадии.

Передняя риноскопия: небольшая набухлость слизистой оболочки полости носа с сизыми пятнами на передних концах нижних носовых раковин. Носовые ходы свободные, задняя стенка носоглотки легко просматривается, носовое дыхание не затруднено. Задняя риноскопия без особенностей.

Рентгенография околоносовых пазух: на передней рентгенограмме в центре правой лобной пазухи определяется интенсивное округлое затемнение костной плотности диаметром до 1 см. Наружная поверхность образования не достигает орбитальной стенки пазухи, obturация лобно-носового канала отсутствует. На боковом снимке видно, что образование исходит из передней стенки, задняя его поверхность не достигает церебральной стенки, другие околоносовые пазухи и полость носа обычного строения. Со стороны других органов и систем патологии не выявлено. Каков диагноз? Какова тактика оториноларинголога в данном случае?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №113

Больная 25 лет обратилась с жалобами на боли в лобной области. Головная боль беспокоит в течение года, интенсивность её медленно нарастает, носовое дыхание не затруднено.

Риноскопия: носовые ходы свободные, слизистая оболочка бледно-розовая, передний конец левой средней носовой раковины несколько отечен. Носовое дыхание не затруднено. Задняя риноскопия без особенностей.

Рентгенография придаточных пазух носа: на передней рентгенограмме в просвете левой лобной пазухи определяется интенсивное затемнение костной плотности, округлое, с гладкими контурами, диаметром 5 см, полностью obturiruyushcheye левый лобно-носовой канал. Небольшое затемнение остальных отделов левой лобной пазухи. Другие придаточные пазухи и полость носа без патологических изменений. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования

«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №114

Больная 38 лет поступила с жалобами на затруднение носового дыхания правой половиной носа, кровянисто-гнойные выделения из этой половины носа, головную боль в правой половине лобной области. Больна три месяца, затруднение носового дыхания медленно нарастало, в течение последнего месяца присоединилась головная боль.

Риноскопия: правая половина носа обтурирована крупнобугристым образованием багрово-синюшного цвета, передние отделы его изъязвлены, кровотечение при прикосновении зондом. Перегородка носа смещена влево. Левая половина носа несколько сужена, слизистая оболочка умеренно отечна, синюшна, носовое дыхание слегка ослаблено. Задняя риноскопия: полость носоглотки свободна. Правая хоана обтурирована вышеописанным образованием. На рентгенограмме определяется тень мягкотканого образования, занимающего правую половину носа, клетки правого решетчатого лабиринта разрушены, латеральная стенка верхнечелюстной пазухи с деструкцией. Лобная и верхнечелюстная пазухи справа затемнены. Стенки их, за исключением латеральной стенки верхнечелюстной пазухи, хорошо прослеживаются. Слева околоносовые пазухи без патологических изменений.

Каков предполагаемый диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией. Ситуационная задача по оториноларингологии №115

Больной 62 года обратился с жалобами на головную боль, слабость, слезотечение, отсутствие носового дыхания, кровотечение из правой половины носа. Около года назад отметил затруднение носового дыхания, беспокоила головная боль. Наблюдался участковым врачом; проводилось общеукрепляющее лечение, однако улучшение не наступило.

Объективно: асимметрия лица вследствие экзофтальма справа и деформация правой щеки. Правая носогубная складка сглажена. Конъюнктивы правого глаза гиперемированы, «гнойные озера» у углов глаза. Подвижность глазного яблока в полном объеме.

Передняя и задняя риноскопия: правая половина носа занята багрово-синим образованием, оттесняющим перегородку носа влево. Левая половина носа сужена, слизистая оболочка несколько отечна, носовые ходы слева свободные. Задняя часть образования свисает из правой половины носа в полость носоглотки. При пальпации передняя стенка правой верхнечелюстной пазухи отсутствует, твердое небо деформировано, пальпацией определяется костная деструкция. Значительное снижение кожной чувствительности правой щеки по сравнению с левой.

Рентгенография околоносовых пазух носа: на передней рентгенограмме определяется тень мягкотканого образования, занимающего правую половину носа. Костная деструкция медиальной и орбитальной стенок правой верхнечелюстной пазухи. Гомогенное затемнение правых лобной и верхнечелюстной пазух. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №116

У больной 63 лет в течение трех месяцев отмечаются кровянистые выделения из носа, отсутствие носового дыхания справа, утолщение мягких тканей щечной области, боль в области правой верхнечелюстной пазухи. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется затемнение правой верхнечелюстной пазухи, деструкция ее медиальной и верхней стенок, утолщение мягких тканей, сопровождающих нижнеглазничный край.

Поставьте предварительный диагноз. Какой план рентгенологического обследования вы предлагаете?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №117

На рентгенограмме околоносовых пазух определяется кистоподобное образование в левой верхнечелюстной пазухе.

В каком случае будет получена более убедительная информация — при заполнении полости кисты или при обтекании ее контрастным веществом?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения

России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №118

Больному с клиническими проявлениями острого левостороннего гайморита выполнены две рентгенограммы околоносовых пазух в горизонтальном и вертикальном положениях. На снимке в горизонтальном положении определяется однородное затемнение левой верхнечелюстной пазухи с сохранением воздушного пузырька в средних отделах пазухи в области ее медиальной стенки. На снимке в вертикальном положении определяется горизонтальный уровень жидкости. Имеется ли свободная жидкость в пазухе?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №119

Больному выполнены две рентгенограммы околоносовых пазух с интервалом 24 часа. На первом снимке определяется выраженный отек слизистой оболочки в правой верхнечелюстной пазухе и отсутствие изменений в левой. На втором — выраженный отек слизистой оболочки в левой верхнечелюстной пазухе и отсутствие изменений в правой. О каком патологическом процессе свидетельствует столь быстрая динамика изменений?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №120

Больной перенес на ногах простудное заболевание, к врачу не обращался, лечился самостоятельно. Для восстановления носового дыхания ежедневно 3-4 раза в день в течение шести недель закапывал в носовые ходы нафтизин, но заложенность носа не прекращается. Чем объяснить данное состояние? Каков диагноз? Назначьте адекватное лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №121

Больной жалуется на заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание, слезотечение. Повышения температуры тела, гнойных выделений из носовых ходов не отмечает. Считает себя больным в течение двух недель. В последние 4-5 лет аналогичные явления наблюдаются ежегодно, обычно в мае - июне.

Объективно: носовые раковины отечны, умеренно гиперемированы, в носовых ходах содержится водянистое отделяемое. Конъюнктивы глаз гиперемированы, выражено слезотечение.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №122

У больного 43 г. неоднократно возникали кровотечения из переднего отдела носовой перегородки. Под местной аппликационной анестезией 2-процентным раствором дикаина произведено прижигание кровоточащего участка концентрированным раствором трихлоруксусной кислоты. Врач укрепил кусочек ваты на металлическом зонде, смочил его раствором трихлоруксусной кислоты и приложил к слизистой оболочке перегородки. При этом он сразу же отметил появление фибринозного налета, который стал увеличиваться по площади и распространяться на другие отделы полости носа. Больному было предложено зайти на осмотр через неделю. При риноскопии в этот срок были обнаружены облитерация полости носа слева за счет формирующихся синехий и щелевидный линейный дефект мягкого неба.

Какая грубая ошибка была допущена в технике прижигания? В чем состояла ошибочность тактики ведения больного после процедуры прижигания?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №123

Больной 45 лет упал, поскользнувшись на улице. При осмотре обнаружен перелом костей носа, а на рентгенограмме — тотальное затемнение левой верхнечелюстной пазухи.
Каков план дальнейшего ведения такого больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №124

Больному 27 лет была произведена операция подслизистой резекции перегородки носа. После выписки из стационара близкие больного обратили внимание на появление у него свиста при носовом дыхании.
Чем объяснить описанное явление? Какая ошибка была допущена во время операции? Какова дальнейшая тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №125

Больная 19 лет заболела остро. Появились затруднение носового дыхания, головная боль, гнойные выделения из носа. Рентгенологически выявлен уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе. Установлен диагноз: острый ринит, левосторонний гайморит. Во время пункции содержимое получено не было. При промывании раствором фурацилина 1:500 увеличилась в объеме мягкие ткани левой щеки в подглазничной области.
Какая типичная ошибка совершена врачом в технике выполнения пункции? Какова дальнейшая

лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №126

Во время выполнения пункции правой верхнечелюстной пазухи больному 20 лет по поводу острого левостороннего гайморита обнаружено, что промывная жидкость через пункционную иглу в пазуху не поступает, удалить содержимое затруднительно. Какая предварительная процедура не выполнена врачом? Что нужно сделать?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №127

Больная 34 лет, находясь в клинике глазных болезней на стационарном лечении, отметила временное двустороннее снижение зрения, которое быстро (в течение суток) прогрессировало и привело к почти полной слепоте. Консультантом-оториноларингологом была произведена глубокая анемизация слизистой оболочки полости носа, после чего больная стала различать окружающие предметы, а через час острота зрения стала вполне удовлетворительной. Спустя четыре часа после анемизации зрение вновь ухудшилось. О каком осложнении можно думать в данном случае? Каковы план обследования больной и лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №128

Ребенку 2,5 лет врач детской поликлиники назначил введение капель с ментоловым маслом в носовые ходы для лечения острого ринита. Дома при закапывании капель в носовые ходы появилось резкое затруднение дыхания, его кратковременная остановка, удушье. В чем причина данного состояния? Какие средства для лечения острого ринита у детей младшего возраста вы знаете?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 129

Больной жалуется на периодическую заложенность носа, водянистые выделения из носовых ходов, чихание. Данные симптомы усиливаются во время уборки квартиры. В носовом секрете и в периферической крови отмечается повышенное содержание эозинофилов. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №130

Больной 42 г. доставлен в ЛОР-стационар машиной «Скорой помощи» с жалобами на интенсивную распирающую головную боль, преимущественно в лобной области слева, иногда в затылке. Боль усиливалась к вечеру, при наклоне головы. При поступлении отмечал небольшой насморк, стекание гнойного отделяемого из носоглотки, преимущественно слева, слабость, потливость, несистематизированное головокружение. Болеет пять дней. Хронический насморк, наличие головной боли в прошлом отрицает. К оториноларингологу в поликлинику обратился за день до госпитализации. Произведена флюорограмма околоносовых пазух в передней проекции, на которой определялось утолщение слизистой оболочки верхнечелюстных пазух небольшой степени, больше слева. Выполнена диагностическая пункция левой верхнечелюстной пазухи, патологического отделяемого получено не было, облегчение после пункции не наступило. При осмотре дежурным оториноларингологом определялась небольшая гиперемия слизистой оболочки полости носа, набухание нижних носовых раковин, больше слева. После введения адреналина выявилось небольшое количество гнойного отделяемого между перегородкой носа и средней носовой раковиной слева. Пальпация области околоносовых пазух безболезненна. Определялась болезненность при надавливании в точке выхода I ветви тройничного нерва слева. При фарингоскопии отмечено стекание слизисто-гнойного отделяемого из носоглотки. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии.

В каком дополнительном обследовании нуждается больной? Каков диагноз? Какова тактика лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 131

Больная 48 лет обратилась к специалисту с жалобами на постоянную головную боль. На рентгенограмме в левой, достаточно развитой по объему, лобной пазухе обнаружена остеома размером с грецкий орех. Задний контур опухоли плотно прилегал к мозговой стенке. При томографическом исследовании возникло подозрение о нарушении плотности мозговой стенки или ее истончении в месте контакта с остеомой.

Какой тактики следует придерживаться оториноларингологу в данном случае? Следует ли хирургу всегда накладывать новое лобно-носовое соустье при фронтотомии по поводу остеомы лобной пазухи?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №132

У больного с выраженным болевым синдромом в области левой лобной пазухи на рентгенограмме определяется небольшая (0,5x1,0 см) остеома в ее нижних отделах.

Может ли она вызывать болезненность, если да, то в каком случае? Как это доказать рентгенологически?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №133

Во время соревнований по боксу спортсмен 20 лет получил травму носа. На следующий день при передней риноскопии обнаружена припухлость в области перегородки носа с обеих сторон, препятствующая дыханию.

Каков диагноз? Какие могут быть осложнения при неправильном ведении такого больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения

России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №134

В приемном отделении находится больной 58 лет с носовым кровотечением.
Каковы организационная, диагностическая и лечебная тактика дежурного оториноларинголога?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №135

Больной 43 лет подвергся хирургическому лечению по поводу искривления перегородки носа. Тампоны из полости были удалены через 48 часов после операции. Однако на пятые сутки после операции у больного развилось профузное кровотечение из задних отделов левой половины носа. Передняя тампонада полости носа оказалась неэффективной. Заведующим отделением была выполнена задняя тампонада. Но, несмотря на это, кровотечение в уменьшенном объеме продолжалось. Больной бледен, тахикардия, гемоглобин 72 г/л.
Какие срочные мероприятия необходимо провести больному?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №136

Больному с диагнозом при поступлении «острый левосторонний гайморит» выполнены две

рентгенограммы околоносовых пазух — в горизонтальном и вертикальном положениях. На снимке в вертикальном положении определяется горизонтальный уровень жидкости в левой верхнечелюстной пазухе, а на снимке в горизонтальном положении — тень с выпуклым вверх округлым контуром.

Каков клинический диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №137

Больной 29 лет переведен в ЛОР-отделение из глазной клиники, куда был направлен три дня назад с жалобами на снижение зрения на правый глаз в течение пяти дней и боли при движении глазными яблоками. Заболевание связывает с перенесенным гриппом. При поступлении: острота зрения левым глазом — ОД, правым глазом — 0,1. Острота зрения на правый глаз не корректируется. Глазное дно без видимой патологии. Оптические среды прозрачны. Концентрическое сужение полей зрения на белый и красный цвета на правый глаз, В клинике глазных болезней произведена рентгенограмма околоносовых пазух в передней проекции, на которой определено утолщение слизистой оболочки правой верхнечелюстной и лобной пазух. В правой верхнечелюстной пазухе отмечается уровень жидкости. Затемнение клеток решетчатого лабиринта справа.

Какие дополнительные диагностические мероприятия показаны больному? Каков клинический диагноз? С поражением каких околоносовых пазух связаны основные жалобы больного? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 138

Больная 48 лет госпитализирована в ЛОР-отделение с жалобами на диплопию при взгляде влево, небольшое опущение верхнего века слева, нарушение отведения левого глазного яблока. Отмечает периодическую головную боль в затылочной области, ощущение заложенности носа, стекание

отделяемого по задней стенке глотки. Глазная симптоматика развилась постепенно в течение 6-8 месяцев. Однако при осмотре окулистом изменений со стороны глазного дна, полей зрения не выявлено.

На рентгенограммах околоносовых пазух в боковой и аксиальной проекциях определяется гомогенное затемнение левой клиновидной пазухи, задних клеток решетчатого лабиринта. Остальные околоносовые пазухи без патологии. На томограммах в носолобной проекции — затемнение пазух клиновидной кости, преимущественно слева, истончение их стенок, частичная деструкция межпазушной перегородки.

При осмотре ЛОР-органы без выраженных отклонений от возрастной нормы. Опущение верхнего века и нарушение отведения левого глазного яблока.

Каков предположительный диагноз? Дополнительные диагностические мероприятия? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №139

Больному, страдающему хроническим полипозным синуситом и бронхиальной астмой, в условиях общей анестезии была произведена операция на обеих верхнечелюстных пазухах по Калдвелл - Люку, удаление полипов из полости носа. Послеоперационный период протекал без осложнений, но на шестой день после операции во время туалета полости носа ментоловым маслом возникло выраженное бронхоспастическое состояние.

Какова причина развития приступа? Возможные пути предотвращения? Экстренные лечебные мероприятия?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 140

Больной страдает хроническим двусторонним гнойным гайморитом. Сопутствующее заболевание — бронхоэктатическая болезнь. Диагностировано обратное расположение внутренних органов. Дайте характеристику данного синдрома. Какой должна быть тактика оториноларинголога?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 141

Больной страдает хроническим полипозным синуситом и бронхиальной астмой. Во время удаления полипов из полости носа наступило резкое затруднение дыхания, преимущественно на выдохе.

Объективно: отмечается акроцианоз, цианоз кожных покровов и слизистых оболочек, выраженное беспокойство, положение больного вынужденное, с фиксированным плечевым поясом. Пульс 95 ударов в минуту. Дыхание шумное, затруднено, с частотой 30 дыхательных движений в минуту. Какова причина наступления указанного состояния? Перечислите возможные пути его предотвращения и экстренные лечебные мероприятия.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 142

Больной страдает гипертонической болезнью, в связи с чем последние четыре года постоянно принимает препараты раувольфии. Жалуется на постоянную заложенность носа в течение последнего года. Объективно: носовые раковины отечны, увеличены в размерах, синюшны. Какова причина возникновения данного состояния? Пути профилактики и лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 143

Больной 28 лет была произведена операция на левой верхнечелюстной пазухе по Калдвелл - Люку по поводу хронического полипозного гайморита. Во время операции возникло значительное кровотечение из костных отделов трепанационного отверстия и мягких тканей верхнечелюстной пазухи, что значительно затрудняло проведение хирургического вмешательства. Операция была закончена после неоднократных тампонад послеоперационной полости. На шестой день после операции верхнечелюстная пазуха была промыта через соустье полости носа. Получен гной. Больная ощущала запах гноя в последующие дни. При неоднократных промываниях было получено гнойное содержимое.

О какой технической ошибке во время выполнения операции следует думать? Как опровергнуть, или подтвердить возникшее подозрение? Какая дальнейшая тактика хирурга при подтверждении допущенной ошибки?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 144

На второй день после операции на левой верхнечелюстной пазухе по Калдвелл - Люку были удалены тампоны из полости носа, а на третий день произведено промывание послеоперационной полости. В дальнейшем промывание проводилось еще в течение двух дней. Перед выпиской больная обратила внимание врача на появление кровянистых выделений в преддверии рта. Был произведен осмотр линии разреза под верхней губой и обнаружен формирующийся свищ. Каков механизм формирования свища? Какова дальнейшая тактика хирурга?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 145

У больного 40 лет на рентгенограммах обнаружено затемнение левой верхнечелюстной пазухи, решетчатого лабиринта, лобной пазухи на той же стороне. Затемнение носит однородный, достаточно интенсивный характер, без нарушения целостности замыкающих пластинок пазух. Из анамнеза известно, что за три недели до этого больному было произведено удаление шестого зуба верхней челюсти справа, после чего у него появились гнойные выделения, которые затем исчезли. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 146

Начинающий оториноларинголог обнаружил у юноши 17 лет небольшое искривление перегородки носа и резкое ослабление носового дыхания. Больной сообщил, что носовое дыхание нарушилось полгода назад и в течение этого периода неоднократно возникали носовые кровотечения. Задняя риноскопия не производилась. После общего обследования в стационаре врач успешно провел подслизистую резекцию перегородки носа по поводу ее девиации, однако функциональный эффект достигнут не был. В операционную был вызван заведующий отделением, который на операционном столе провел пальцевое исследование носоглотки. Что мог обнаружить у оперируемого юноши при пальцевом исследовании заведующий отделением? Правомерно ли было проведение операции подслизистой резекции носовой перегородки? Каков план обследования данного больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 147

Больная 54 лет была доставлена в ЛОР-отделение больницы с диагнозом «острый пансинусит». Заболела 10 дней назад, к врачам не обращалась. Рентгенологически выявлено затемнение всех придаточных пазух, а в левых лобной и верхнечелюстной пазухах имелся уровень жидкости. Температура 38,5°C, пульс 66 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. При осмотре больная заявила, что ей очень жарко и сделала попытку раздеться. Когда врач остановил ее, она засмеялась и спросила, не стесняется ли он раздетых женщин. После обследования в ЛОР-отделении произведена пункция левой верхнечелюстной пазухи и получено гнойное отделяемое с неприятным запахом. Решено провести оперативное вмешательство на левой верхнечелюстной пазухе, решетчатых и лобной пазухах, что и было осуществлено под общей анестезией. Послеоперационный период протекал тяжело, больная не приходила в сознание, а утром скончалась. При аутопсии был обнаружен большой абсцесс левой лобной доли мозга. На какие симптомы не обратил внимания оториноларинголог? Какой объем оперативного вмешательства следовало произвести?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 148

Больная 24 лет, штукатур-маляр по профессии, в обеденный перерыв в зеркале увидела формирующийся фурункул на внутренней поверхности левого крыла носа и попыталась выдавить содержимое. К вечеру температура повысилась до 38°C, появились озноб, рвота, не связанная с приемом пищи, нарастающая головная боль разлитого характера. Утром обнаружила инфильтрат и гиперемию кожи щеки и левого крыла носа. Повторно была рвота, также не связанная с приемом пищи. Через сутки на фоне нарастающих явлений общей интоксикации развился экзофтальм с противоположной стороны, выявлена неподвижность глазных яблок при сохранении остроты зрения.

Каков диагноз? Каков механизм описанного явления? Что следует делать?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 149

Больной 72 лет обратил внимание на отсутствие обоняния в течение нескольких месяцев.

Указаний в анамнезе на перенесенную вирусную инфекцию нет. Осмотр полости носа не выявил анатомических особенностей или признаков воспалительного заболевания. Дыхательная функция нормальна. Сохранена тригеминальная чувствительность, но специфической обонятельной чувствительности нет. Больной эйфоричен, ребячлив. Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? Каков генез anosмии? Какие вы знаете формы нарушения обоняния?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №150

У больного 19 лет развился фурункул носа, к врачу он обратился через три дня, когда появились разлитая инфильтрация мягких тканей боковой поверхности носа и подглазничной области справа, гектическая температура, сопровождающаяся потрясающими ознобами. При осмотре выявлены затруднение отведения правого глазного яблока, умеренный экзофтальм и лагофтальм. Какое осложнение фурункула имеет место у данного больного? Предложите лечение.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №151

У больного 53 лет во время профосмотра на рентгенограмме была выявлена остеома правой лобной пазухи. На боковой рентгенограмме отмечено, что контур опухоли не достигает мозговой стенки пазухи. Размер остеома чуть больше горошины. Какой должна быть тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 152

Больной 16 лет жалуется на затруднение дыхания через нос, периодические профузные носовые кровотечения, возникающие без видимых причин. Болен около полугода, к оториноларингологу обратился впервые. При осмотре: слизистая оболочка полости носа застойна, с цианотическим оттенком, патологическое отделяемое не выявляется; свод носоглотки занят бугристым синюшно-красным образованием, распространяющимся до середины хоан и устьев слуховых труб. Каков диагноз? План обследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №153

О чем может говорить рентгенологически обнаруженный перерыв костной замыкающей пластинки верхнечелюстной пазухи в сочетании с диффузным затемнением пазухи?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №154

Больной получил травму наружного носа оконным стеклом. При осмотре в приемном покое стационара: зияет грушевидное отверстие, мягкие ткани наружного носа полностью утрачены. Больной сообщил, что отсеченный участок носа остался дома. Каковы действия хирурга?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №155

Больной 25 лет участвовал в футбольном матче. Игрок команды противника при падении нанес ему удар боксом по лицу. Возникло сильное носовое кровотечение. При осмотре — рваная рана мягких тканей левой щеки. Рентгенологически: перелом костей носа и передней стенки верхнечелюстной пазухи слева, массивное затемнение полости левой верхнечелюстной пазухи и

решетчатого лабиринта. При неврологическом обследовании не исключается сотрясение головного мозга.

Изложите последовательность лечебных мероприятий.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 156

Поздно ночью больной 42 лет был доставлен в ЛОР-отделение самолетом санитарной авиации. При осмотре отмечаются бледность, холодный пот, тахикардия. Полость носа выполнена тампонами. По задней стенке глотки стекает свежая кровь. Сопровождающий фельдшер сообщил, что больному трижды проводилась задняя тампонада.

Какой должна быть дальнейшая тактика дежурного врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №157

Больной 37 лет страдает рецидивирующими носовыми кровотечениями из левой половины носа в течение последних четырех лет. При риноскопии определяется большой участок расширенных сосудов в области хрящевого отдела носовой перегородки, частично прикрытый сухими корками крови. Из анамнеза известно, что больному неоднократно проводили прижигания слизистой оболочки. Если вы считаете, что больного надо оперировать, то какой должна быть техника вмешательства?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №158

В стационар поступил больной с жалобами на резкую головную боль и гнойное отделяемое из носа. В анамнезе частый гнойный насморк, рентгенологически отмечалось понижение пневматизации обеих гайморовых пазух и клеток решетчатого лабиринта. При лечении применяли пункции гайморовых пазух.

Объективно: больной лежит на боку, выражена ригидность затылочных мышц. Положительный симптом Кернига. При люмбальной пункции получен мутный ликвор, вытекающий под давлением.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №159

Поступил больной с жалобами на головную боль, гнойное отделяемое из правой половины носа в течение 12 дней и озноб в последние 2-3 дня.

Объективно: справа хемоз, птоз, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. При передней риноскопии определяется гной в правом среднем носовом ходе. При пальпации область передней стенки правой гайморовой пазухи болезненна.

На рентгенограмме — затемнение правой гайморовой пазухи.

Поставьте диагноз.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №160

Основными жалобами больного были: умеренная болезненность в области верхней челюсти и кровянистые выделения из соответствующей половины носа. Предварительное лечение по поводу предполагаемого гайморита эффекта не принесло.

Какие дополнительные исследования необходимы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 161

Больной 56-ти лет по поводу хронического гайморита было выполнено хирургическое вмешательство на правой верхнечелюстной пазухе, с формированием широкого соустья в среднем носовом ходе. Вскоре после операции больная отметила слезотечение из правого глаза. Через месяц появилось гноетечение из медиального угла глаза.

Какое осложнение развилось? Врачебная тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №162

Больная обратилась с жалобами на рецидивирующие интенсивные носовые кровотечения из левой половины носа. В прошлом неоднократно выполнялись прижигания Киссельбаховой зоны, отслойка слизистой оболочки перегородки носа. Эффекта от примененных методов лечения не было.

При передней риноскопии отмечается искривление перегородки носа влево, препятствующее осмотру средних и задних отделов полости носа. При проведении эндоскопии выявлено округлое образование красного цвета с гладкой поверхностью на перегородке носа кзади от искривления. Каков предположительный диагноз? Какие были совершены ошибки в прошлом? Врачебная тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №163

Больной 42 лет жалуется на частые рецидивы гнойного синусита. Обострения возникают при каждом простудном заболевании и легко купируются консервативными процедурами или одной пункцией верхнечелюстных пазух.

При эндоскопическом осмотре отмечается выраженная гиперплазия средних носовых раковин и решетчатых пузырьков.

Какое исследование необходимо выполнить? Дальнейшая тактика.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №164

Девочка 12 лет жалуется на неприятные ощущения в глотке: першение, жжение, которые появились после того, как накануне съела большое количество мороженого.

Объективно: яркая гиперемия и отёчность слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная инфильтрация. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №165

Мальчик 10 лет жалуется на боль в горле, особенно сильную при глотании, повышение температуры до 37,5°C, общее недомогание после переохлаждения.

Объективно: состояние удовлетворительное. Кожные покровы влажные, чистые. В зеве определяется яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек и миндалин. Миндалины разрыхлены и выступают за края дужек. Гиперемия распространяется и на слизистую оболочку задней стенки глотки.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №166

Больная 17 лет жалуется на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры, общее недомогание, головную боль, отсутствие аппетита. Заболела три дня назад после переохлаждения.

Объективно: кожные покровы влажные. Температура 38,8°C. Пульс 98 ударов в минуту, ритмичен. Яркая гиперемия слизистой оболочки небных дужек, миндалин и задней стенки глотки. На поверхности миндалин белые налеты, которые легко снимаются. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. Остальные ЛОР-органы не изменены. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №167

Больная 36 лет жалуется на боль в горле в покое и при глотании, болезненность при разговоре, температуру до 37,8°C, общее недомогание. Заболела три дня назад после переохлаждения. Лечилась домашними средствами: мёдом, полосканием горла, аспирином внутрь. Домашнее лечение не помогло. Обратилась в поликлинику впервые.
Объективно: общее состояние удовлетворительное. Кожа влажная, пульс 86 ударов в минуту. При риноскопии определяется незначительная гиперемия слизистой оболочки полости носа. Фарингоскопия затруднена. Слизистая оболочка язычка гиперемирована, инфильтрирована. Легкая гиперемия слизистой оболочки дужек и небных миндалин. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации. При ларингоскопии, которая резко затруднена из-за болезненности при высовывании языка, определяются гиперемия, инфильтрация язычной миндалины, на ее поверхности — налеты в виде белых островков. Слизистая оболочка гортани не изменена, голосовые складки белые, подвижные. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №168

Больной 38 лет жалуется на сильную боль в правой половине глотки, боль в правом ухе, затруднение при глотании (может глотать только жидкую пищу) и при открывании рта, общее недомогание, высокую температуру тела. Заболел четыре дня назад после перенесенной ангины. Объективно: голос имеет гнусавый оттенок, рот открывает с трудом. Яркая гиперемия слизистой оболочки глотки, инфильтрация тканей в правой околоминдаликовой области. Правая миндалина смещена к средней линии. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Уплотнены, увеличены и болезненны при пальпации верхние шейные и подчелюстные лимфатические узлы справа. Отоскопически и ларингоскопически патологических изменений не определяется. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 169

На какой день от начала заболевания при паратонзиллярном абсцессе производится его вскрытие и как определяется место вскрытия, если нет локального выпячивания в околоминдаликовой области?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 170

Жалобы на сильную боль в горле справа, обильное выделение слюны, затрудненное глотание, ночью было трудно дышать. Больной находится в вынужденном положении, с наклоненной в сторону головой. На вопросы отвечает неохотно, голос гнусавый. Фарингоскопия затруднена из-за тризма жевательной мускулатуры. Температура достигает 39°C. Из анамнеза выяснено, что несколько дней назад больной перенес ангину. В последние дни состояние вновь ухудшилось. Объективно: гиперемия слизистой оболочки глотки, инфильтрация левой половины мягкого неба со смещением отечного язычка в здоровую сторону. Инфильтрация мягких тканей распространяется на левую боковую стенку глотки и спускается вниз до уровня грушевидного синуса. При ларингоскопии изменений нет. Подчелюстные лимфатические узлы слева резко увеличены, болезненны при пальпации. Всю левую половину шеи занимает разлитой инфильтрат деревянистой плотности. Отмечается локальная болезненность по передней поверхности кивательной мышцы.

Какое осложнение ангины можно предполагать в данном случае? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 171

Ребенок 5 месяцев беспокоен, плачет, температура 39,9°C, дышит только через рот, отказывается брать грудь. На задней стенке глотки определяются резкая гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация мягких тканей. Слизистая оболочка полости носа не изменена, патологического отделяемого в носовых ходах нет. Носовое дыхание резко затруднено. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №172

На фоне длительной антибиотикотерапии у ослабленного пневмонией больного повысилась температура тела, появилась боль в горле, гиперемия слизистой оболочки зева, налеты на поверхности миндалин. Небольшие поверхностные налеты затем слились и распространились на небные дужки и боковые стенки глотки. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 173

Больной 16 лет доставлен в приемное отделение на носилках с жалобами на общее недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день. Из анамнеза известно, что около недели назад

был в контакте с больным ребенком, который госпитализирован в инфекционное отделение. Состояние больного средней тяжести, ослаблен. Садится в постели с трудом. Кожные покровы бледные, влажные. Температура 38,6°C, пульс 88 ударов в минуту. Слизистая оболочка глотки гиперемирована с сизым оттенком, миндалины покрыты грязно-серыми налетами, которые распространяются на дужки. Налеты снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит. Мягкие ткани в окружности миндалин пастозные, отечные. Запах изо рта. В подчелюстной области определяется отечность мягких тканей в окружности регионарных лимфатических узлов, которые не увеличены.

Каков предполагаемый диагноз? Что нужно предпринять для уточнения диагноза? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №174

Больная 38 лет, рентгенотехник, жалуется на сильную боль в горле, препятствующую глотанию, повышение температуры тела, боли в конечностях, общее недомогание. Заболевание началось остро два дня назад и, по мнению больной, связано с переохлаждением.

Общее состояние больной средней тяжести, кожные покровы сухие, серовато-желтого оттенка, температура 39°C, пульс 88 ударов в минуту.

Фарингоскопия: слизистая оболочка умеренно гиперемирована, миндалины покрыты грязно-серым некротическим налётом. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. При исследовании крови в формуле определяется значительное снижение гранулоцитов. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №175

Девочка 14 лет жалуется на боль в горле, недомогание, повышение температуры. Заболела три дня назад после нескольких дней легкого недомогания.

Объективно: состояние средней тяжести, кожные покровы влажные, температура 40°C. Гиперемия

слизистой оболочки глотки. Миндалины покрыты белым налетом. Определяется увеличение подчелюстных, верхних шейных лимфоузлов, подмышечных и паховых.
При исследовании крови: лейкоциты — $12 \cdot 10^9$ /л, эозинофилы — 0%, базофилы — 1%, палочкоядерные нейтрофилы — 0%, сегментоядерные нейтрофилы — 23%, лимфоциты — 50%, моноциты — 26%.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 176

Больную 44 лет беспокоит чувство першения, жжения в горле. Эти ощущения появляются часто, особенно после переохлаждения или приема острой пищи.
Объективно: слизистая оболочка глотки слегка гиперемирована. Миндалины небольшие, без налетов и «пробок». Слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, покрыта вязкой мокротой, на ее поверхности определяются лимфоидные гранулы. Боковые валики глотки отечны. Слизистая оболочка гортани, не изменена, голосовые складки белесоватые, подвижные. Голосовая щель широкая. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №177

Больная 46 лет жалуется на постоянную сухость в горле, периодически неприятные ощущения в горле усиливаются, появляется боль при глотании.
Объективно: слизистая оболочка задней стенки глотки сухая, поверхность ее гладкая, блестящая, покрыта вязкой слизью.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №178

У больного во время профосмотра обнаружены плотные «пробки» на поверхности небных и язычной миндалин, а также по задней стенке глотки. «Пробки» имеют конусообразную форму, возвышаются над поверхностью слизистой оболочки, снимаются с большим трудом. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №179

Больная жалуется на легкую боль в горле слева.
Объективно: общее состояние не нарушено, температура 36,6°C. Изменения со стороны внутренних органов не выявлены. У верхнего полюса левой небной миндалины — сероватый налет, после удаления, которого обнаружена довольно глубокая язва с неровным дном. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы не выявлено. Каков предполагаемый диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №180

Ребенок 5 лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, несколько раз болел ангиной, плохо спит, вскрикивает во сне, отмечается ночное недержание мочи. Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрытый рот. Сглаженность носогубных складок. Высокое, «готическое» небо. О каком заболевании можно думать, не прибегая к эндоскопии?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №181

Больная жалуется на частые ангины с высокой температурой, которыми болеет ежегодно в течение последних восьми лет, иногда по два-три раза в год. После ангины, перенесенной пять месяцев назад, появились боли в области сердца, около месяца держалась субфебрильная температура.

Объективно: патологических изменений внутренних органов нет. При осмотре ЛОР-органов определяется гиперемия слизистой оболочки по краю небных дужек. Небные миндалины несколько выступают за края дужек, разрыхлены, спаяны с дужками, в лакунах миндалин содержится гнойный детрит. Верхние шейные лимфатические узлы уплотнены. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №182

Больной жалуется на частые ангины, которыми страдает с детства. В 24-летнем возрасте ангина осложнилась паратонзиллярным абсцессом, в течение последнего года появилась периодические боли в области сердца. Объективно: состояние удовлетворительное. Пульс ритмичен, 76 ударов в минуту. При аускультации выявляется функциональный сердечный шум. Других изменений со стороны внутренних органов нет.

В зеве легкая гиперемия слизистой оболочки передних небных дужек. Миндалины плотные, рубцовые, спаяны с дужками. В лакунах миндалин жидкий гнойный детрит. Подчелюстные лимфатические узлы уплотнены, увеличены, умеренно болезненны при пальпации. Слизистая оболочка задней стенки глотки розовая, с единичными гранулами.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №183

Больная 32 лет жалуется на частые ангины с детского возраста, которые ранее протекали с высокой температурой, сильной болью в горле. Пять лет назад фолликулярная ангина осложнилась ревматизмом с поражением сердца и суставов, по поводу чего больная находилась на стационарном лечении в терапевтическом отделении около двух месяцев. С тех пор ежегодно продолжает беспокоить боль в горле, но без значительного повышения температуры тела. Больная находится под наблюдением ревматолога, хотя повторных обострений ревматизма не наблюдалось.

Объективно: состояние больной удовлетворительное. Пульс ритмичен. Определяется систолический сердечный шум на верхушке, небольшое увеличение границы сердечной тупости влево.

Легкая гиперемия слизистой оболочки передних небных дужек. Миндалины небольшие, с гнойными пробками в лакунах, рубцовые, спаянные с небными дужками. Подчелюстные лимфатические узлы уплотнены. Остальные ЛОР-органы без отклонений от нормы. Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №184

Больная 68 лет жалуется на боль в полости рта, в горле, затруднение дыхания, которые появились после того, как два часа назад по ошибке вместо лекарства выпила глоток нашатырного спирта. Объективно: гиперемия слизистой оболочки полости рта, белые пленчатые налеты на слизистой оболочке губ, щек, мягком небе. Гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки, единичные пленчатые налеты на ее поверхности.

Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована, инфильтрирована по краю надгортанника и отечна в области черпаловидных хрящей. Голосовые складки розовые, подвижные. Голосовая щель достаточно широкая.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №185

Больная 62 лет жалуется на сильную колющую боль в глотке слева, болезненное глотание. Эти симптомы появились после того, как час назад ела салаку.

Объективно: съемные протезы верхней и нижней челюстей. Слизистая оболочка левой небной миндалины гиперемирована. В ткани правой миндалины видна рыба кость.

Каковы методика обследования больной и возможная лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №186

Больной 32 лет жалуется на боль в горле справа, высокую температуру 39,0°C, озноб, болезненную припухлость в зачелюстной области. Десять дней тому назад перенес тонзиллэктомию. На шестой день после операции появились боли в горле справа, температура повысилась до 38,0°C. Получал активную антибиотикотерапию, но состояние прогрессивно ухудшалось.

Объективно: температура 39,0°C, вынужденное положение головы, тризм, диффузная болезненная припухлость в области угла нижней челюсти и зачелюстной ямки. При пальпации резкая болезненность по ходу внутренней яремной вены. Фарингоскопия: боковая стенка глотки гиперемирована, выпячена от уровня миндаликовой ниши вниз в гипофаринкс. Другие ЛОР-органы без патологии.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №187

Больной 42 лет жалуется на ощущение сухости в горле, покашливания, незначительную болезненность в момент пустого глотка (проглатывание слюны). Болеет в течение четырех лет с периодическими улучшениями после проведенного лечения.

Объективно: температура 36,5°C. Общее состояние удовлетворительное. Со стороны внутренних органов без патологии. Фарингоскопия: слизистая оболочка задней стенки глотки истончена, покрыта гнойной коркой, при удалении, которой видна гиперемированная поверхность.

Миндалины I-II степени гипертрофии, рыхлые, в лакунах гноя нет. Другие ЛОР-органы без патологических изменений. Анализы крови и мочи в пределах нормы.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Гаппоева Э.Т.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №188

Больная 20 лет жалуется на резкую боль в горле, при глотании, головную боль, общую слабость, боль в коленных суставах, повышение температуры до 38°C. Больна второй день, заболевание связывает с переохлаждением. Общее состояние удовлетворительное. Appetit снижен.

Пульс 102 удара в минуту, удовлетворительного наполнения. Со стороны внутренних органов без особенностей. Фарингоскопия: слизистая оболочка глотки ярко гиперемирована, на поверхности обеих миндалин белые налеты. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, безболезненны при пальпации. Другие ЛОР-органы без отклонений от нормы.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №189

Больная 28 лет жалуется на умеренную боль в горле, субфебрильную температуру в течение двух недель. Не лечилась.

Общее состояние удовлетворительное, температура 37,0°C. Со стороны внутренних органов изменений нет. Фарингоскопия: слизистая оболочка глотки розовая, на правой миндалине сероватый налет, по удалению которого обнаруживается язва с неровным дном серого цвета. Справа подчелюстные лимфатические узлы слегка болезненны. Другие ЛОР-органы в норме. Лабораторные исследования: анализ крови и мочи без отклонений от нормы. Предложите дополнительные методы исследования. Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №190

Больной 43 лет жалуется на частые ангины, протекающие с высокой температурой, болями в области сердца, суставов, субфебрилитет. Ангинами страдает в течение 10 лет, трижды ангины осложнялись паратонзиллярными абсцессами.

Фарингоскопия: миндалины I - II степени гипертрофии, рыхлые, в лакунах гной. Миндалины спаяны с окружающими тканями, передние дужки застойно гиперемированы. Подчелюстные лимфатические узлы безболезненны при пальпации, увеличены. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 191

Больной 48 лет, 20 лет тому назад болел сифилисом, пять лет лечился в туберкулезном санатории по поводу специфического поражения верхушек обоих легких. Три месяца жалуется на усиливающуюся жгучую боль в глотке и в области языка при глотании.

Больной кахексичен, бледен, с розовым румянцем на щеках. Фарингоскопия: справа по боковому контуру языка, на его корне и задней стенке глотки и на боковых валиках бледные мелкобугристые инфильтраты с многочисленными маленькими плоскими язвами, местами покрыты салным налетом на дне. На гортанной поверхности надгортанника имеется язва с зубчатыми краями и салным налетом. Голос не изменен.

Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимы вам для этого?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №192

Больной 15 лет жалуется на боль в горле, головную боль, высокую лихорадку с температурой 39°C вечером, утром — 37,2°C, болен неделю. Заболеванию предшествовало недомогание в течение 4-5 дней.

Общее состояние удовлетворительное. Кожа и слизистые оболочки чистые. Подчелюстные, челюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы увеличены, безболезненны. Печень выступает из-под реберной дуги на два пальца.

Фарингоскопия: слизистая оболочка глотки ярко гиперемирована, на поверхности миндалин гнойные фолликулы. Глотание болезненное. Анализ крови: эритроциты — 3,510 /л, лейкоциты — 20 10%, лимфоциты — 50%, моноциты — 40%.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №193

Двадцатилетняя работница шесть дней назад заболела ангиной. Два дня назад боль при глотании усилилась, стала иррадиировать в ухо. Появилась пульсирующая боль в правой половине шеи. Больная бледна, измучена. Изо рта течет слюна. Речь затруднена, с гнусавым оттенком.

Открытие рта ограничено. Передняя небная дужка справа резко инфильтрирована, ги-

перемирована, язычок и мягкое небо отечны, миндалина смещена к средней линии. Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №194

Рабочий 19 лет в течение восьми дней жалуется на неловкости и боль при глотании, иррадиирующую в левое ухо. Температура тела 38,5°C.
Фарингоскопия: слева на бледной миндалине у ее верхнего полюса виден налет величиной 1x1 см грязно-желтого цвета, рыхлый, легко снимающийся. Под налетом находится глубокая язва со слегка гиперемизированными, мягкими краями. Под углом нижней челюсти определяется несколько увеличенный, болезненный лимфатический узел.
Какие дополнительные данные вам необходимы? Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №195

Больная 72 лет ощущает дискомфорт при глотании и боль в глотке. Больна полгода. Внутренние органы без особенностей. При осмотре: левая небная миндалина увеличена, изъязвлена, разрыхлена, язва с подрытыми краями, покрыта некротическим налетом серого цвета, при зондировании легко кровоточит. Передняя и задняя небные дужки инфильтрированы. Определяется множественный подчелюстной и шейный лимфаденит (конгломерат узлов плотноэластичной консистенции, округлой формы с гладкой поверхностью, болезненный при пальпации). Другие ЛОР-органы без особенностей. СОЭ 37 мм/ч. Реакция Вассермана

отрицательная. ВК в мокроте не обнаружены. Биопсия ткани левой миндалины выявила гранулематозный процесс с наличием гигантских клеток.
Какое заболевание вы предполагаете у больной?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №196

Мать жалуется на беспокойство своего восьмимесячного ребенка, крик, нарушение сна, отказ от еды, затруднение носового дыхания, высокую температуру в течение четырех дней. Анамнез заболевания: 10 дней назад перенес острую респираторную инфекцию, насморк и кашель прекратились, но состояние ребенка не улучшилось, он был беспокойным, вялым. Затем появилось затруднение носового дыхания на фоне высокой температуры. Объективно: состояние ребенка средней тяжести, температура 38,0°C, кожные покровы бледные. Дыхание шумное, похожее на храп. Подчелюстные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации справа. Фарингоскопия: слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, выпячена на правой половине. Другие ЛОР-органы без особенностей.
Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 197

Больной предъявляет жалобы на боль в горле справа рвущего характера, отдающую в правое ухо, головную боль, озноб, затрудненное дыхание. Болен пятый день. После переохлаждения появилась боль в горле, повысилась температура до 37,8°C. Лечился дома антибиотиками, сульфаниламидами. В течение трех дней температура нормализовалась. Лечение было прекращено. На пятый день резко повысилась температура до 39°C, возникла резкая боль при глотании справа, появился озноб.
Общее состояние средней тяжести. Температура 38,0°C. Вынужденное положение головы — наклон в больную сторону. Рот открывает с трудом на несколько миллиметров, голос глухой с гнусавым оттенком.
Фарингоскопия: передняя дужка и правая половина мягкого неба гиперемированы, сильно выпячены кпереди. Язычок отечен и смещен в левую сторону. Правая миндалина оттеснена вниз,

назад и внутрь. Глотание резко болезненное.
Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 198

Больному 13 лет в 12 часов дня был удален зуб под местной анестезией. Через 20 минут после введения новокаина появились затрудненные глотание и дыхание, слювация.

Больной доставлен в больницу.

Каков предположительный диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 199

Ребенок 2 лет поступил в приемное отделение в тяжелом состоянии. Температура 39°C, отмечается затрудненное дыхание. Отказывается от еды. Семь дней назад диагностировано острое респираторное заболевание. Проводилось лечение.

При фарингоскопии — слизистая передних дужек и мягкого неба умеренно гиперемирована, налетов нет, отмечается выпячивание задней стенки глотки, больше справа. Подчелюстные лимфатические узлы справа увеличены, болезненные при пальпации.

Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №200

Ребенок 9 лет жалуется на боль в горле, больше справа, болен пять дней. Была диагностирована ангина, проводилось лечение.

Состояние тяжелое. Температура 38,6°C. Кожные покровы бледные.

При фарингоскопии: тризм, смещение правой миндалины к средней линии и кпереди. Гиперемия и инфильтрация передней дужки и мягкого неба справа.

Увеличенные, болезненные подчелюстные лимфатические узлы справа.

Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №201

Ребенок 10 лет жалуется на боль в горле при «пустом» глотке, слабость. Болеет два дня.

При осмотре — температура 37,6°C, дужки небных миндалин розового цвета, миндалины не выступают из-за дужек, гиперемия задней стенки глотки, подчелюстные лимфатические узлы рыхлые, безболезненные.

Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №202

Ребенок 9 лет жалуется на частые боли в горле, головную боль, затрудненное дыхание через нос. При осмотре: язык обложен белесоватым налетом, гиперемия задней стенки глотки, слизь на задней стенке глотки, миндалины резко выступают из-за дужек, соприкасаясь по средней линии. Регионарные лимфатические узлы единичные, плотные, безболезненные. В носоглотке аденоидные разрастания. Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №203

Больной 22 лет жалуется на боль в горле, повышение температуры до 37,2°C, общую слабость, плохой сон, боли в суставах. Консервативное лечение без эффекта. При осмотре; язык обложен белесоватым налетом, миндалины атрофичны, спаяны с дужками, в лакунах гной, увеличены зачелюстные и подчелюстные лимфатические узлы. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии № 204

Ребенок 15 лет жалуется на частые боли в горле, голове, затрудненное дыхание через нос, боли в области сердца и суставах. При осмотре: застойная гиперемия задней стенки глотки, миндалины рыхлые, частично спаяны с дужками, в лакунах казеозные пробки, в носоглотке - аденоиды II - III степени.

На ЭКГ — нарушение межжелудочковой проводимости.
Анализ крови: лимфоцитоз, титр антистрептолизина 0 - 200.
Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №205

Ребенок 8 лет страдает ангинами до двух раз в год с высокой температурой.
При осмотре язык обложен белесоватым налетом, застойная и отечная гиперемия передних
небных дужек. Миндалины не выступают из-за дужек, в лакунах казеозные пробки, пальпируются
увеличенные, безболезненные лимфатические узлы подчелюстной области.
Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №206

На протяжении двух недель ребенок плохо ест, плохо спит, капризничает, носовое дыхание
затруднено, вечерами температура повышается до 37,8-37,9°C, появилась припухлость в
подчелюстной области справа.

Риноскопия: набухлость носовых раковин, много слизи, носовое дыхание затруднено.

Фарингоскопия: слизистая оболочка задней стенки глотки слева гиперемирована, выпячена,
справа при пальпации определяется флюктуация.

Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №207

Больной 32 лет обратился к отоларингологу с жалобами на першение, ощущение инородного тела
в глотке, недомогание, сухость в глотке. Температура субфебрильная. Работает на шахте
выборщиком породы.

Фарингоскопия: слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, сухая, блестящая.

Умеренная гиперемия слизистой оболочки передних небных дужек, мягкого неба. Небные миндалины: гипертрофия II степени, налетов нет. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №208

Больная 51 г. жалуется на боль глотке, усиливающуюся при глотании, ощущение жжения, першения. Боли в горле беспокоит в течение трех месяцев. Лечилась амбулаторно полосканиями и смазываниями глотки раствором Люголя, внутримышечным введением антибиотиков, но без эффекта. В прошлом один-два раза в году болела ангиной.

Объективно: в области верхнего полюса левой миндалины отмечается поверхностное изъязвление с неровными краями, покрытое сероватым налетом, легко кровоточащее при дотрагивании.

При пальпации вокруг язвы определяется инфильтрат деревянистой плотности, переходящий на мягкое небо и корень языка. Слева на шее пальпируется конгломерат увеличенных лимфатических узлов, размерами 5х6 см, плотный, ограниченно смещаемый, болезненный, располагающийся под верхней третью кивательной мышцы слева. В посевах отделяемого, взятого из изъязвленной левой миндалины, обнаружен патогенный стафилококк, фузиспирохетозный симбиоз не выявлен.

Каков диагноз? Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №209

Больная 29 лет обратилась с жалобами на резкое затруднение носового дыхания, снижение слуха, головные боли, преимущественно в первой половине дня. Болеет около месяца. Затруднение носового дыхания медленно нарастало, появилось ощущение заложенности сначала в правом, а затем и в левом ухе.

Сосудосуживающие препараты, которые вначале улучшали носовое дыхание, в последнее время действия не оказывают. Около недели назад заметила появление узла на шее справа.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка полости носа синюшного цвета, носовые ходы обычных размеров. Носовое дыхание практически отсутствует. Задняя риноскопия: полость носоглотки занята бугристым

багрово-красным образованием, хоаны и глоточные устья евстахиевых труб не обозримы. Справа и слева под верхней третью грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяются узлы плотноэластической консистенции, смещаемые, безболезненные. Справа размерами 3x4 см, слева — 2x3 см. При отоскопии с обеих сторон определяется втянутость барабанных перепонок. Снижение слуха по звукопроводящему типу на оба уха.

На рентгенограммах в боковой проекции определяется тень мягкотканного образования, занимающего полость носоглотки от свода до основания сошника. Затемнение основной пазухи. Деструкция костных стенок основания черепа отсутствует. На прямом снимке придаточные пазухи без патологических изменений. Со стороны других органов патологии не обнаружено. Реакция Вассермана отрицательная.

Каков диагноз? Какое дополнительное обследование необходимо?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №210

Больной длительное время получал антибиотики внутрь и парентерально по поводу затянувшейся пневмонии. В последние пять-шесть дней появилась умеренно выраженная боль в глотке. При осмотре ротоглотки на фоне неизменной слизистой оболочки определяются поверхностно расположенные белесоватые налеты, покрывающие небные миндалины, дужки и небную занавеску.

Каков диагноз? Какое дополнительное обследование необходимо? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №211

Больной 36 лет обратился к оториноларингологу поликлиники с жалобами на интенсивную головную боль, боли при глотании, боли в суставах конечностей. Заболел остро три дня назад после переохлаждения.

Общее состояние средней тяжести, кожные покровы и видимые слизистые оболочки сухие, бледные, пульс 82 удара в минуту, напряжен, ритмичен, температура 38,6°C.

Фарингоскопия: рот открывает свободно, слизистая оболочка гиперемирована, дужки умеренно отечны, небные миндалины покрыты грязно-серым некротическим налетом, имеются участки деэпителизации. В клиническом анализе крови обращает на себя внимание повышение СОЭ и выраженное снижение количества гранулоцитов.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №212

Больная 22 лет, осматривая в зеркале полость рта, обнаружила «пробки» на глоточных миндалинах. Оториноларинголог выявил конусовидные образования желто-серого цвета, возвышающиеся над поверхностью слизистой оболочки небных и язычной миндалин. Каков диагноз? Возможно ли хирургическое лечение данного заболевания?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №213

Студент 20 лет жалуется на боли в горле, усиливающиеся при глотании и разговоре, ощущение неловкости в области угла нижней челюсти слева, слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38,5°C. В подбородочной области имеется инфильтрат, распространяющийся на переднюю и левую боковую поверхность шеи. Кожа над инфильтратом гиперемирована. Открывание рта затруднено, язык приподнят, ихорозный запах изо рта. При осмотре выявлены умеренная гиперемия и отечность слизистой оболочки полости рта и небной миндалины слева. Пальпаторно определяется уплотнение мягких тканей дна полости рта. Заболел остро после экстракции одного из многочисленных кариозных зубов. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №214

Больной 17 лет жалуется на головную боль, боль в мышцах, чувство слабости. Заболел остро, температура 40°C. Шейные, затылочные, подчелюстные, подмышечные и паховые лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, болезненны при пальпации.

При фарингоскопии отмечается гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и небных миндалин; последние увеличены до III степени, поверхность их и глоточной миндалины покрыта налетом серого цвета. Точечные геморрагии в виде отдельных элементов на границе твердого и мягкого неба. Печень и селезенка умеренно увеличены, болезненны при глубокой пальпации. В анализе крови — лейкоцитоз ($18 \cdot 10^9/\text{л}$) с преобладанием одноядерных клеток и атипичных мононуклеаров.

Каков диагноз? Как долго обычно протекает подобное заболевание? Есть ли особенности температурной кривой при данном заболевании?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Гаппоева Э.Т.

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №215

Больная 65 лет жалуется на ощущение сухости в глотке, затруднение и боль при глотании слюны на протяжении пяти-шести лет. К врачу обратилась впервые.

Объективно: слизистая оболочка задней стенки глотки бледно-розового цвета, тусклая, истончена. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Каков диагноз? Назначьте необходимые дополнительные исследования. Какие методы лечения данного заболевания вам известны?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №216

Больная 30 лет жалуется на чувство неловкости при глотании, покалывание в глотке на протяжении года. К врачу обращается впервые в связи с тем, что к вышеописанным неприятным ощущениям за последние две недели присоединились чувство давления в ушах и увеличение количества выделений в глотке, что приводит к необходимости часто их сплевывать. При фарингоскопии на задней стенке обнаружены множественные полукруглые возвышения не крупнее просяного зерна, темно-красного цвета; вся поверхность слизистой оболочки покрыта вязким прозрачным секретом. Другие ЛОР-органы без особенностей. Каков диагноз? Возможно ли криовоздействие при данном заболевании?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №217

Больному 36 лет. Десять лет назад произведена тонзиллэктомия. В настоящее время жалуется на резкие боли при глотании и высовывании языка, затрудненное дыхание при незначительной физической нагрузке, слюнотечение. Определяются тризм, подчелюстной лимфаденит с обеих сторон, болезненность при надавливании шпателем на язык, гиперемия слизистой оболочки миндалинковых ниш, задней стенки глотки и корня языка; язычная миндалина увеличена в размерах, на ней видны единичные точечные образования серо-желтого цвета. Общее состояние больного средней тяжести, температура 38,2°C. Болен третий день, не лечился. V
Каков диагноз? Каким осложнением чревато данное заболевание?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №218

У больной 15 лет удалены небные и глоточная миндалины шесть лет назад. Настоящее заболевание развилось остро, за день до визита к врачу. Жалобы на очень сильную боль в глотке, общую слабость, повышение температуры до 37,8°C. При фарингоскопии выявлены два ярко-

красных валика на задней стенке, расположенные за задними дужками и параллельно им.
Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №219

Ребенок 6 лет на первичном амбулаторном осмотре в ЛОР-кабинете. Со слов матери болен второй день, беспокоят общее недомогание, головная боль, плохой сон и аппетит, боль в глотке. При фарингоскопии определяется легкая гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, на небных миндалинах имеются серые налеты. Другие ЛОР-органы без особенностей. Из анамнеза установлено, что неделю тому назад у соседей госпитализирован пятилетний ребенок, а затем приезжали медицинские работники и в квартире проводили обработку вещей какими-то пахучими веществами.

Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №220

Мальчик 13 лет заболел остро: температура поднялась до 37,8°C, жалуется на боли при глотании и резкую заложенность носа.

Объективно: гиперемия и отечность слизистой оболочки носа, скопление слизисто-гнойного секрета преимущественно в задних отделах общих носовых ходов; гиперемия и гиперплазия боковых валиков и гранул среднего отдела глотки, из носоглотки стекает слизисто-гнойное отделяемое; глоточная миндалина набухшая, гиперемированная.

Каков диагноз? Как лечить больного? Какие осложнения этого заболевания могут развиваться?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №221

Больной 18 лет жалуется на чувство ссаднения в глотке, сухой кашель, которые беспокоят его по утрам. После приема пищи эти явления стихают или исчезают на длительное время.

Общее состояние удовлетворительное, температура

При фарингоскопии определяются яркая гиперемия и диффузная набухлость слизистой оболочки задней стенки глотки, ее сухость, единичные «гранулы», на поверхности — слизисто-гнойный секрет.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №222

Больной 19 лет жалуется на сильную головную боль, боль при глотании, иррадиирующую в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице. Заболел остро накануне, температура тела достигает 39 - 40°C.

При осмотре: регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, болезненны при пальпации.

Рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой оболочке миндалин видны желтовато-белые точки.

Каков диагноз? Как лечить больного? Какие осложнения со стороны внутренних органов возможны при повторении подобных состояний?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №223

Больная 31 года предъявляет жалобы на интенсивную боль в глотке справа, обильную саливацию, невозможность проглотить даже жидкость (она выливается через нос). Голос гнусавый. Больна семь дней, лечилась в поликлинике по поводу лакунарной ангины; наступило значительное улучшение, но накануне повысилась температура до 38°C и постепенно развились вышеописанные явления. Во время осмотра рот открывает с трудом; слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, инфильтрирована; зев сужен за счет значительного выпячивания правой половины небной занавески и миндалина и смещения отечного язычка влево. Инфильтрация распространяется по боковой стенке до правого грушевидного синуса. В правой подчелюстной области пальпируется конгломерат плотных и болезненных лимфатических узлов. Каков диагноз? В какие сроки производится хирургическое вмешательство? Его виды?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №224

У больной 40 лет после переохлаждения четыре дня назад появилась боль в глотке при разговоре и глотании грубой пищи. Постепенно эти явления нарастали, присоединились общее недомогание, резкая боль при наклоне головы, температура к исходу второго дня от начала заболевания повысилась до 38,7°C. Не лечилась.

При первичном осмотре оториноларингологом отмечена боль при надавливании шпателем на язык и его высывании. Подчелюстные лимфатические узлы умеренно увеличены с обеих сторон, подвижны, болезненны при пальпации. Слизистая оболочка ротоглотки ярко-розовая, матовая, суховатая. Гиперемия и инфильтрация в зоне корня языка, там же видны островковые, серо-желтого цвета налеты. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №225

Больной 27 лет жалуется на затрудненное открывание рта, невозможность глотать грубую пищу из-за интенсивной боли в левой половине глотки, общее недомогание, высокую температуру тела. Болен четвертый день, безуспешно лечился дома (аспирин и анальгин внутрь, полоскание ротоглотки настоем шалфея).

При исследовании определяются увеличенные и болезненные лимфатические узлы в левой подчелюстной области. Рот открывает с трудом, нешироко. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, левая небная миндалина смещена к центру, определяется инфильтрат, захватывающий переднюю дужку и часть мягкого неба.

Каков диагноз? Как лечить больного? Возможно ли хирургическое лечение в данном случае, и каков его объем?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №226

Больной 18 лет жалуется на постоянную боль в глотке, общее недомогание, повышение температуры до 37,6-38,2°C. Заболел остро два дня назад, не лечился, начало заболевания ни с чем связать не может.

Осмотрен оториноларингологом в поликлинике, общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, влажные, регионарные лимфатические узлы увеличены с обеих сторон, плотные, ограничены в подвижности, болезненны при пальпации. Рот открывает свободно, слизистая оболочка ротоглотки ярко-красная, небные миндалины пастозны, рыхлые, покрыты бело-желтым налетом, переходящим на дужки и легко удаляемым шпателем. Со стороны других ЛОР-органов патологии не выявлено.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №227

У больного 20 лет после общего переохлаждения три дня назад появились неприятные ощущения в глотке, болезненность при глотании, субфебрильная температура тела по вечерам. При фарингоскопии определяются умеренно выраженная инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки задней стенки всех отделов глотки; при передней риноскопии выявлены полоски слизистого секрета в средних носовых ходах. Остальные ЛОР-органы без особенностей. Каков диагноз? Необходимые дополнительные исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №228

Больной находится на амбулаторном лечении у терапевта по поводу ангины. Несмотря на проводимое лечение, состояние прогрессивно ухудшается. Больной высоко лихорадит, жалуется на общую слабость, головную боль, озноб, потливость, бессонницу. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные, умеренно увеличены печень, селезенка и подчелюстные лимфатические узлы. При фарингоскопии — картина катаральной ангины с незначительным отеком слизистой оболочки. Анализ крови: лейкоцитоз 1210%, преобладают миелобласты, лимфобласты, гемоцитобласты; эритроциты $1,5 \cdot 10^{10}$ /л, гемоглобин 33 г/л, цветовой показатель 1; СОЭ 20 мм/ч. Каков диагноз? Особенности обследования и лечения больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №229

Больной 17 лет находился на амбулаторном лечении по поводу левостороннего заднего

паратонзиллярного абсцесса. Абсцесс вскрыт 35 дней назад, проводится противовоспалительное лечение. На фоне постепенного улучшения общего состояния и стихания локальных проявлений заболевания появились ознобы, затруднение дыхания, интенсивные боли в глотке, изменился тембр голоса, температура повысилась до 39,4°C.

При осмотре глотки особых изменений по сравнению с предыдущим осмотром не выявлено, однако при ларингоскопии обнаружена картина подслизистого ларингита: выраженный отек мягких тканей преддверия гортани и сужение голосовой щели.

Каков диагноз? Лечение?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №230

Больной 19 лет обратился к врачу по поводу запаха изо рта. Болей в глотке не отмечается. При осмотре обнаружено изъязвление небных миндалин, справа покрытое тонкой пленкой фибринозного налета.

Какие виды лабораторной диагностики данного заболевания вам известны? С чем дифференцировать данное заболевание?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №231

У больного 18 лет диагностирован левосторонний передний паратонзиллярный абсцесс. Увеличенные в объеме и воспалительно измененные ткани частично прикрывали нижние седьмой и восьмой зубы. Абсцесс был вскрыт, получено большое количество сливкообразного гноя с ихорозным запахом. В каждый из последующих дней полость абсцесса промывали растворами антисептиков, однако инфильтрация тканей и количество гноя практически не уменьшились. Какие диагностические и лечебные ошибки были допущены в данном клиническом наблюдении?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №232

У больного 18 лет диагностирован задний паратонзиллит слева с элементами отека слизистой оболочки. При диагностическом вскрытии паратонзиллярного пространства получено сукровичное отделяемое. Через три часа появилась значительная отечность слизистой оболочки гортаноглотки слева, в зоне черпалонадгортанной складки.
Угроза, какого осложнения возникла у больного? Какие срочные меры необходимо предпринять?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №233

При проведении тонзиллэктомии у больного развилось массивное кровотечение из правой ниши после отсечения нижнего полюса миндалины. Неоднократные попытки остановить кровотечение прижатием тампона не увенчались успехом. Кровотечение настолько интенсивно, что полость глотки моментально заполняется темной кровью.
Какой должна быть последовательность дальнейших действий хирурга?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №234

Больная 27 лет жалуется на незначительную боль в левой половине глотки при глотании, неприятный запах изо рта, припухлость и болезненность в левой подчелюстной области, субфебрильную температуру на протяжении пяти дней, поперхивание.
При фарингоскопии определяются рыхлые пленчатые налеты, изъязвления небной миндалины слева, распространяющиеся за ее пределы (до задней стенки ротоглотки). При снятии налетов

шпателем видна язва серовато-желтого цвета с четко обозначенными краями. В анализе крови отмечается нейтрофильный лейкоцитоз (1210 /л) с не резко выраженной анемией. Какими должны быть диагностические и лечебные мероприятия?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №235

Больная 24 лет поступила с диагнозом: тонзиллогенный сепсис. При обследовании диагноз подтвержден.

Какой вид лечения показан — хирургический или консервативный? Какие вы знаете современные методы лечения тонзиллогенного сепсиса?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №236

В клинику в тяжелом состоянии поступил больной 60 лет с диагнозом «окологлоточный абсцесс». Какие вы знаете методы оценки распространения воспалительного процесса? Как называется типичное хирургическое вмешательство? Какими осложнениями грозит это заболевание при несвоевременном выполнении операции?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №237

У больной 39 лет постепенно возникла ограниченная инфильтрация на передней поверхности шеи, в области проекции подъязычной кости. В связи с тем, что признаки воспалительной реакции в зоне инфильтрации отсутствовали, а активное смещение ее приводило к изменению положения тела подъязычной кости, было высказано предположение о наличии срединной кисты шеи. Поперечным разрезом в условиях общей анестезии была обнажена поверхность кисты, и последняя удалена одним блоком. При осмотре больной через месяц обнаружен гладкий послеоперационный рубец, под которым пальпировалось округлое, эластичное, несколько большего размера, чем при первичном осмотре, образование. Как трактовать возникшую после операции ситуацию? Каков патогенез средних кист шеи? Какая ошибка была допущена во время операции?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №238

У больной 27 лет была диагностирована срединная киста шеи и предпринято ее хирургическое лечение. Операция проводилась под местной анестезией. Во время инфильтрации раствора анестетика под основание новообразования больная жаловалась на интенсивную боль в области раны. Операция была продолжена, однако минут через пять у больной стала развиваться одышка, переходящая в удушье, появился акроцианоз. С чем связано осложнение? Какие меры необходимо срочно предпринять хирургу в возникшей ситуации?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №239

Больной 17 лет жалуется на наличие точечного отверстия на боковой поверхности шеи, через которое периодически по каплям отходит светлая жидкость.

При осмотре обнаружено свищевое отверстие на уровне середины внутреннего края левой кивательной мышцы. В отверстие с трудом введен зонд на расстояние 2 мм. Пальпаторно определяется плотный тяж, идущий кверху параллельно кивательной мышце. При пробе Вальсальвы по ходу тяжа образовалось выпячивание в виде мешка, при надавливании на него появляется отделяемое слизистого характера из свищевого отверстия на шее и из левой надминдаликовой ямки. Установите диагноз.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №240

Больная 7 лет еще в трехлетнем возрасте выпила концентрированный раствор каустической соды. Никакого лечения в тот период не проводилось, и до настоящего времени чувствовала себя хорошо. Четыре дня назад девочка съела кусочек поджаренного сала и после этого совершенно ничего не ест и не пьет. Ребенок истощен, подкожный жировой слой выражен слабо, язык сухой. Ходит с трудом, страдает неукротимой жаждой и все время требует воды, которую немедленно выбрасывает рвотными движениями. Глотка и гортань без видимых изменений.

О каком заболевании можно думать? Какие дополнительные методы исследования необходимы? Тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии № 241

Больной 60 лет обратился с жалобами на охриплость, поперхивание во время еды, гнусавый голос. Болен около 30 лет. Длительное время отмечал гнойные с неприятным запахом выделения из полости носа. Голос оставался нормальным, глотание не было затруднено. Не лечился. Фарингоскопия: в центре твердого неба имеется дефект 0,5 см в диаметре. Зонд через дефект попадает в правую половину носа. Мягкое небо рубцово деформировано и местами сращено с задней стенкой глотки.

Ларингоскопия: лепесток надгортанника практически отсутствует. Стебель надгортанника, черпалонадгортанные и ложные складки рубцово изменены, частично рубцы переходят на область грушевидных синусов. Правая половина гортани неподвижна. Голосовая щель достаточна для дыхания.

Каков диагноз? Дополнительные методы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №242

Женщина 45 лет ела мясной суп и подавилась, почувствовала боль в горле, пыталась вызвать рвоту, глотала хлебные корки. Облегчения не отмечала. Боль при глотании оставалась, но локализовалась в нижних отделах шеи.

При осмотре на слизистой оболочке гортанной части глотки обнаружены ссадины, гематома свободного края надгортанника, «слюнные озера» в грушевидных синусах. Голосовая щель свободна. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы нет.

Что нужно выполнить для уточнения диагноза, и какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №243

Больной жалуется на боль за грудиной, затруднение глотания, которые появились после того, как четыре часа назад подавился во время еды (ел мясной суп).

Объективно: общее состояние удовлетворительное. Попытка выпить глоток воды не удается. Ссадины на задней стенке глотки.

При ларингоскопии — «слюнные озера» в грушевидных синусах у входа в пищевод. Слизистая оболочка гортани не изменена. Голосовые складки белые, подвижные. Голосовая щель широкая. Каков диагноз? Какие дополнительные методы обследования нужны для уточнения диагноза? Перечислите методы оказания помощи больному.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №244

Больная 68 лет обратилась в клинику с жалобами на боль за грудиной, резкое затруднение акта дыхания. Больно и трудно глотать даже слюну. Это ощущение появилось после того, как час назад подавилась (ела мясной суп). У больной гримаса страдания на лице. Голова наклонена кпереди. В полости рта всего шесть зубов.

Слизистая десен умеренно инфильтрирована. На слизистой оболочке задней стенки глотки ссадины. «Слюнные озера» в грушевидных карманах у входа в пищевод.

Каковы предполагаемый диагноз и тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №245

Больной жалуется на кашель, осиплость, повышение температуры, которые появились после того, как два дня тому назад выпил холодного пива. Объективно: состояние удовлетворительное,

температура 37,5°C. В полостях носа и глотки воспалительных изменений нет.
Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, подвижны, голосовая щель достаточно широка для дыхания. Остальные ЛОР-органы без видимой патологии.
Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №246

У трехлетнего ребенка во сне неожиданно начался лающий кашель, дыхание стало шумным. В акте дыхания участвовала вся вспомогательная мускулатура, губы посинели, ребенку явно не хватает воздуха, он беспокоен, покрылся холодным потом. Голос остается звучным, температура тела незначительно повышена. Приступ удушья возник на фоне полного благополучия.
Каков диагноз? Какую помощь следует оказать больному?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №247

Больной жалуется на боль в горле, спонтанную и при глотании, повышение температуры до 38,9°C, общее недомогание. Сегодня ночью было ощущение удушья. Дышать было легче в полусидячем положении. Заболел три дня назад после переохлаждения.
Объективно: больной сидит, слюну сплевывает в полотенце из-за сильной боли при глотании. Кожные покровы бледные. В покое дышит свободно — 20 дыхательных движений в минуту.

Пульс 94 удара в минуту. При малейшей физической нагрузке пульс и дыхание учащаются. Голос звучный, с «трубным» оттенком, со слов близких, тембр его изменился. Может говорить только короткие фразы из-за одышки. Имеется легкая гиперемия слизистой оболочки глотки, гиперсаливация. При пальпации гортани и попытке ее пассивного смещения больной испытывает боль.

Патологические изменения со стороны внутренних органов не определяются.
Каков предположительный диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №248

Больной 32 лет, курильщик, жалуется на осиплость, которая появилась около года назад после простудного заболевания. С тех пор голос постоянно сиплый. После переохлаждения, во время респираторного заболевания больной говорит только шепотом.

Объективно: состояние больного удовлетворительное. В полости носа, глотки патологические изменения не определяются.

Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани розовая с синюшным оттенком, голосовые складки гиперемированы, утолщены, подвижны, голосовая щель в момент вдоха достаточно широка.

Каков диагноз? Какие известны методы лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №249

У больного тихий хриплый голос, может говорить только короткими фразами, периодически отмечает поперхивание при приеме жидкости. При ларингоскопии определяется нарушение подвижности левой истинной голосовой складки, которая стоит в положении отведения.

Какова возможная причина этого состояния? Предложите план обследования больного.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №250

Больной жалуется на утомляемость и слабость голоса. Во время респираторных заболеваний появляется затруднение дыхания. Эти симптомы возникли после того, как два года тому назад была произведена операция по поводу узловатого зоба.
Объективно: состояние больного удовлетворительное. В полостях носа и глотки патологические изменения не определяются.
Ларингоскопия: слизистая оболочка розовая, голосовые складки белые, левая при фонации и дыхании неподвижна и находится в положении, близком к средней линии. Правая голосовая складка активно движется, за счет чего голосовая щель достаточно широка в момент дыхания.
Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №251

Больной 59 лет доставлен в приемное отделение больницы с затрудненным дыханием и осиплостью.
Подобные состояния возникали неоднократно и прежде, в особенности после простуды. Впервые затруднение дыхания появилось во время войны после ранения в области грудной клетки.
Объективно: состояние удовлетворительное, инспираторная одышка, хриплый голос. При ларингоскопии определяется умеренная воспалительная инфильтрация голосовых складок, они почти полностью неподвижны, голосовая щель очень узкая. Начато внутривенное введение антибиотиков, 40-процентного раствора глюкозы и 5-процентного раствора аскорбиновой кислоты, внутримышечно преднизолон и ингаляционно раствор адреналина и эмульсии гидрокортизона. Через час одышка у больного исчезла. При ларингоскопии отмечено увеличение размера голосовой щели до 3 мм. Больной спокоен, настоятельно просит дежурного врача отправить его

домой, но госпитализирован в ЛОР-клинику для наблюдения и лечения. Через четыре часа после госпитализации дежурный оториноларинголог срочно вызван постовой сестрой в мужскую туалетную комнату. Врач обнаружил больного лежащим на спине без сознания, кожные покровы лица и слизистая оболочка губ синюшно-черного цвета, спонтанного дыхания нет, непроизвольное мочеиспускание, подергивание нижних конечностей.

Каков диагноз? Какими должны быть действия дежурного оториноларинголога?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №252

Больная 37 лет жалуется на периодическую осиплость, не связанную с респираторными заболеваниями. Охотно и подробно рассказывает о себе. Говорит шепотом. При ларингоскопии гортань без воспалительных явлений. Неплотное смыкание складок при фонации. Кашель звучный.

Каковы генез заболевания и методы лечения?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №253

Больной 72 лет жалуется на резкую боль при глотании, может питаться только жидкой пищей. Болеет в течение двух недель. С сорокалетнего возраста находится под наблюдением противотуберкулезного диспансера, неоднократно проводилось специальное лечение. Ларингоскопия: плоский изъязвленный инфильтрат занимает гортанную поверхность надгортанника, а также желудочковые и черпалонадгортанные складки вплоть до черпаловидных хрящей. Подвижность гортани не нарушена, просвет широкий. Из-за высокого рвотного рефлекса осмотр произведен под местной анестезией дикаином, после которой больной отметил исчезновение болей при глотании.

Каков предполагаемый диагноз? Предложите план обследования.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №254

Больной 38 лет, житель Брестской области, жалуется на ощущение сухости в носу и глотке, некоторое затруднение носового дыхания, плохое обоняние, осиплость, кашель. В последнее время отмечает слабость, сильную утомляемость. Считает, что заболел четыре года назад. Кожные покровы чистые. Изменения со стороны внутренних органов не определяются. При риноскопии видны инфильтраты по боковой стенке и дну полости носа. Слизистая оболочка, покрывающая инфильтраты, сухая, имеются корочки. Инфильтраты распространяются по боковой стенке носоглотки на мягкое небо, образуя утолщение в центре его на задней поверхности. Ларингоскопия: инфильтраты в виде симметричных утолщений, расположенных ниже голосовых складок, параллельно им. Голосовая щель достаточно широка, голосовые складки подвижны. Каков предполагаемый диагноз? Предложите план обследования.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №255

У ребенка 5 лет в течение двух лет наблюдается охриплость, при респираторных заболеваниях возникает некоторое затруднение дыхания.
Объективно: в полостях носа и глотки воспалительных изменений нет.
Прямая ларингоскопия: по краю голосовых складок и на их поверхности видны мелкобугристые мягкотканые образования в виде цветной капусты. Голосовая щель несколько сужена.
Подвижность голосовых складок не нарушена.
Каков диагноз? Как лечить ребенка?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения

России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №256

Больной 32 лет обратился с жалобами на охриплость. Болей при глотании нет. Около шести месяцев назад отметил, что к концу рабочего дня «слабеет» голос. Через три месяца окружающие обратили внимание больного на то, что у него хриплый голос. По роду своей деятельности вынужден часто проводить совещания и пользоваться телефоном.

Ларингоскопия: голосовые складки бледные, на границе передней и средней трети левой складки определяется округлое образование бледно-серого цвета, величиной с просяное зерно.

Подвижность гортани не нарушена. Голосовая щель обычных размеров. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №257

Больная 38 лет обратилась с жалобами на охриплость. Два месяца назад под эндотрахеальным наркозом произведена резекция желудка. После операции были значительные боли в горле, сплевывала кровь. Тогда же отметила появление охриплости. Спустя две недели боли в горле полностью прекратились, голос стал лучше, но постепенно вновь ухудшился.

Ларингоскопия: вестибулярный отдел гортани без изменений, истинные голосовые складки бледные. В задних отделах гортани имеется ярко-красное образование величиной с вишню, узкой ножкой фиксированное к левому голосовому отростку черпаловидного хряща (задняя треть левой истинной голосовой складки), подвижность гортани не нарушена, регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №258

Больная 22 лет обратилась с жалобами на охриплость. Болеет около двух месяцев. В начале заболевания охриплость проявлялась лишь к концу рабочего дня, но за последние три недели стала постоянной. Противовоспалительное лечение (щелочно-масляные ингаляции, вливание в гортань масляного раствора витамина А) эффекта не дало.

Ларингоскопия: вестибулярный отдел гортани не изменен. На передней трети правой голосовой складки определяется мелкобугристое розовое, фиксированное узкой ножкой к складке образование, по внешнему виду и размерам напоминающее тутовую ягоду. Подвижность гортани не нарушена. Голосовая щель обычных размеров. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Со стороны других органов и систем патологии не обнаружено.

Каков предполагаемый диагноз? Как лечить больную?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №259

Больной 47 лет жалуется на охриплость, которая беспокоит около полугода. Считал, что это связано с курением, однако после того, как бросил курить три месяца назад, осиплость не прошла. Объективно: в полости глотки патологических изменений не определяется.

Ларингоскопия: определяется бугристый инфильтрат на правой голосовой складке, подвижность складки заметно ограничена. Голосовая щель достаточно широка для дыхания. В подголосовом пространстве изменения не определяются. Со стороны ЛОР- и других органов патологии не выявлено.

Какой предполагаемый диагноз? Какие дополнительные обследования необходимы? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №260

Больной 45 лет жалуется на охриплость в течение последних двух месяцев. Боли при глотании отсутствуют. Курс противовоспалительного лечения (ингаляции, полоскания, внутригортанные вливания антибиотиков), проведенный в течение двух недель, эффекта не дал.

Ларингоскопия: по свободному краю передних двух третей гиперемированной левой голосовой складки располагается мелкобугристое образование на широком основании. Небольшое ограничение подвижности левой половины гортани. Правая половина гортани не изменена.

Голосовая щель достаточна для дыхания. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Реакция Вассермана отрицательная.

Каков предполагаемый диагноз? Каковы дополнительные методы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №261

Больной 42 лет жалуется на боль в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути, афонию. Около шести месяцев назад больной отметил появление охриплости, к врачу не обращался, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Месяц назад в связи с резким затруднением дыхания была проведена трахеотомия.

Ларингоскопия: крупнобугристый инфильтрат занимает правую половину гортани, переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани. Инфильтрат полностью obturates просвет гортани, голосовая щель не видна. Подвижность обеих половин гортани отсутствует. Отек слизистой оболочки черпаловидных складок и язычной поверхности надгортанника. При наружном осмотре: двугранный угол щитовидного хряща развернут, над вырезкой хряща определяется инфильтрация. Трахеостома с умеренно выраженным перифокальным воспалением. Слизистая оболочка задней стенки трахеи бледная. Рентгенография грудной клетки без особенностей. Реакция Вассермана отрицательная.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №262

Больной 63 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затруднение дыхания, боль в горле при глотании, першение в глотке. Болен около пяти лет. Вначале першение и боли в горле были периодическими. В последние три месяца присоединились затруднение дыхания и боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо.

Объективно: в гортани — бугристое образование, занимающее левую желудочковую и голосовую складки с переходом через переднюю комиссуру на правую голосовую складку. Левая половина

гортани резко ограничена в подвижности, черпалонадгортанная складка отечна. Голосовая щель значительно сужена. При ходьбе появляется одышка, отмечается втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфатические узлы шеи не увеличены. Предполагаемый диагноз? Какие необходимы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии. №263

Больной 52 г. жалуется на боль при глотании с иррадиацией в левое ухо, охриплости нет. Болеет около трех месяцев. Сначала беспокоило чувство инородного тела в горле, потом появилась периодическая боль в горле. Жалобы постепенно нарастали и стали носить постоянный характер. По поводу «хронического фарингита» безуспешно лечился в поликлинике по месту жительства. Ларингоскопия: на гортанной поверхности надгортанника и передних третей желудочковых складок определяется изъязвленный инфильтрат. Небольшой отек слизистой оболочки язычной поверхности надгортанника. Подвижность внутренних мышц гортани не нарушена, голосовые складки слегка гиперемированы, при фонации полностью смыкаются. Голосовая щель обычных размеров. При наружном осмотре отмечена пастозность преднадгортанникового пространства. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Со стороны других органов патологии не выявлено. Реакция Вассермана отрицательная. Каков диагноз? Какие дополнительные исследования необходимы?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии. №264

Больной 43 лет обратился с жалобами на стойкий непродуктивный кашель, появление по ночам приступов удушья, которые проходят без применения лекарств после изменения положения тела. Кашель появился около четырех месяцев назад. Проводилось противовоспалительное лечение (щелочно-масляные ингаляции, вливание каротина в гортань). В начале лечения больной отметил некоторое улучшение, однако спустя три недели симптомы стали стойкими, а в течение последних трех недель появились охриплость, одышка при ходьбе и приступы удушья по ночам. Ларингоскопия: вестибулярный отдел гортани не изменен, левая голосовая складка гиперемирована, край ее ровный, правая складка бледная. В подголосовой области слева определяется крупнобугристый инфильтрат серого цвета, занимающий всю левую половину подголосового отдела. Левая половина гортани неподвижна. Голосовая щель сужена. Признаков стеноза гортани (одышки, втянутости надключичной и яремной ямок) при осмотре не наблюдалось; регионарные лимфатические узлы не увеличены. На компьютерных томограммах гортани отчетливо определяется инфильтрат левой половины подголосового пространства,

распространяющийся от голосовой складки до нижнего края перстневидного хряща. Просвет подголосового пространства значительно сужен. Преднадгортанниковое пространство не инфильтрировано. Признаков деструкции хрящей нет. Каков диагноз? Каковы дополнительные методы исследования?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №265

Больной 17 лет поступил с жалобами на затруднение дыхания и глотания, слюнотечение, припухлость в области шеи, передней поверхности грудной клетки, кашель с мокротой, имеющей прожилки крови. Четыре часа назад, спускаясь по лестнице, больной споткнулся и ударился о перила передней частью шеи.

Объективно: на коже шеи гематома, локальная болезненность в области щитовидного хряща. При ларингоскопии: кровоизлияние в желудочковую, голосовую и черпалонадгортанную складки справа, голосовая щель сужена. Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №266

Шестилетняя девочка доставлена родителями в ЛОР-клинику с приступами кашля и удушья, которые появились после того, как час назад она засунула в рот пуговицу и подавилась ею. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Во время приступа кашля появляется затруднение дыхания, при этом кожные покровы и слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок. Изменения в полости рта, зева, глотки не определяются. Слизистая оболочка гортани умеренно гиперемирована, инфильтрирована. Голосовые складки слегка гиперемированы, утолщены. Голосовая щель достаточно широкая. В подголосовом пространстве слизь. Более глубокие отделы не обозримы.

Каков предполагаемый диагноз? Какие необходимы дополнительные методы исследования? Какова тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №267

Девочка 13 лет поступила в клинику ЛОР-болезней с жалобами на затруднение дыхания, одышку, периодический кашель. Из анамнеза выяснено, что неделю назад, когда она ела орехи на улице, получила неожиданный толчок в спину, сразу появились кашель, резкое кратковременное затруднение дыхания. Затем дыхание восстановилось, кашель уменьшился, но во время кашлевого толчка она чувствовала, как что-то подкатывалось к горлу, а при вдохе опускалось вниз. Спустя четыре дня это ощущение прошло, появилось недомогание, периодически беспокоил кашель. При осмотре патологии со стороны ЛОР-органов не обнаружено. Рентгенологически определялись явления ателектаза нижней доли правого легкого.
Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №268

Ребенок 4 лет заболел внезапно. Среди полного благополучия развилось резкое затруднение дыхания (инспираторная одышка) и глотания. Дыхание шумное, свистящее. Тембр голоса стал глухим. Температура повысилась до 40°C. Глотание болезненное, обильная саливация. В анализе крови: лейкоциты $9,8 \cdot 10^9$ /л, нейтрофильный сдвиг влево, относительная лимфоцитопения. В анализе мочи — следы белка. Произведена непрямая ларингоскопия: резко увеличенный в размерах, отечный, ярко-красный надгортанник, закрывающий вход в гортань.
Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №269

По поводу хронического стеноза гортани больному 65 лет, страдающему раком гортани IV стадии, была наложена трахеостома путем рассечения трахеи между третьим и четвертым кольцами поперечно. На следующий день обнаружено, что у больного усилился кашель, а через трахеостому выделяется в небольшом количестве жидкая пища.

Какая типичная ошибка в технике выполнения трахеостомии была допущена? Какие меры должны быть приняты в данном случае?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №270

Больному 40 лет произведена нижняя трахеостомия по поводу острого стеноза гортани. Через четыре часа стало затрудненным дыхание через канюлю, на шее нарастает подкожная эмфизема. При ревизии раны обнаружено, что канюля вышла из просвета гортани и находится в мягких тканях; воспользоваться этой же канюлей невозможно, так как она стала короткой ввиду эмфиземы мягких тканей и углубления от этого раны. Какой должна быть врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №271

Больная 48 лет жалуется на хриплый голос, затруднение дыхания при физической нагрузке.
Описанные явления развились два года назад после операции струмэктомии.
При непрямой ларингоскопии определяется ограничение подвижности неизменных голосовых складок. Обе голосовые складки находятся в парамедиальном положении.
Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №272

По поводу остро развивавшейся гортанной ангины больному произведена нижняя трахеотомия.
Рана послойно ушита после введения в трахею канюли. Через три часа после операции дежурный врач был срочно вызван в палату и обнаружил у больного увеличение мягких тканей шеи и передней поверхности грудной клетки. При пальпации определяется крепитация под кожей в указанной зоне.
Какое осложнение имеет место? Какое дополнительное исследование необходимо произвести с целью уточнения распространенности процесса? Что необходимо срочно сделать врачу?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.
Ситуационная задача по оториноларингологии №273

Больной 43 лет, грузчик по профессии, гиперстенического телосложения, с развитой мускулатурой, во время еды подавился куриной костью. Рентгенологически кость локализовалась в пищеводе на уровне CVI. После предварительной премедикации 1% раствором промедола и 0,1% раствором атропина и аппликационной анестезии гортаноглотки 2% раствором дикаина была произведена попытка эзофагоскопии, которая не увенчалась успехом ввиду беспокойного поведения больного и резко выраженного мышечного сопротивления.
Какова дальнейшая тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №274

Ребенок 4 лет два дня не посещал детский сад в связи с острым респираторно-вирусным заболеванием. Ночью внезапно проснулся, беспокоен, мечется, дыхание шумное, выражена инспираторная одышка, голос звучный.
Непрямую ларингоскопию произвести в приемном покое детской больницы, куда доставили ребенка, не удастся.
Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №275

Больной 54 лет два часа тому назад ел рыбу, считает, что подавился костью.
При фарингоскопии слизистая оболочка глотки не изменена, в правой vallecula видна внедрившаяся в ткань кость рыбы.

Каким способом следует удалить кость?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №276

Больная 35 лет три года назад отмечала отек языка и губ после приема внутрь таблеток пенициллина. Поступила в ЛОР-клинику для оперативного лечения по поводу фибромы голосовой складки. На третий день после эндоларингеального удаления опухоли были назначены масляно-щелочные ингаляции. Войдя в ингаляторий, больная почувствовала резкую слабость, стала ощущать нехватку воздуха, потеряла сознание. Появилась выраженная гиперемия лица, шеи, туловища. Пульс ослабленного наполнения, 115 ударов в минуту, АД 50/0 мм рт. ст. Резкая одышка экспираторного характера до 40 дыханий в минуту, пенистые выделения изо рта. Каков механизм развития удушья? Тактика врача?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №277

У больного, два дня назад подавившегося мясной костью, на рентгенограмме шеи в боковой проекции отмечается тень инородного тела, расширение превертебральных мягких тканей с пузырьками воздуха в них. Каков диагноз?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №278

Во время драки больной получил удар ребром ладони в область гортани. Сразу же обратился в приемное отделение больницы.

При осмотре кожные покровы шеи не изменены.

Ларингоскопия: в области преддверия гортани и голосовых складок определяется багрово-красная припухлость, покрытая неизменной слизистой оболочкой. Голосовая щель широкая. Дыхание

свободное.

Следует ли такого больного госпитализировать или направить на амбулаторное лечение?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №279

Больная 26 лет находилась на лечении у терапевта на протяжении пяти дней по поводу гриппа. Консультанту оториноларингологу жалуется на сухость и чувство инородного тела в области гортани, сухой приступообразный кашель; в вязкой мокроте имеются прожилки крови. При непрямой ларингоскопии в гортани и обозримых отделах трахеи обнаружены резко выраженная гиперемия и сухость слизистой оболочки, кровоизлияния в толщу ее, небольшая гематома в области правой черпала надгортанной складки; имеется слизисто-гнойный секрет и корки бурого цвета.

Каков диагноз? Дайте лечебные рекомендации.

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №280

Больной 40 лет находится на лечении по поводу гриппа. На седьмой день от начала заболевания появилась припухлость по средней линии шеи, ниже уровня щитовидного хряща, повысилась температура тела.

Данные осмотра: кожные покровы между яремной вырезкой и щитовидным хрящом инфильтрованы, гиперемированы, болезненны при пальпации. При глотании инфильтрат смещается вертикально.

Ларингоскопическая картина без особенностей. У больного отмечаются тахикардия и выраженная вегетативная лабильность. В анализе периферической крови — умеренный лейкоцитоз, нейтрофильный сдвиг влево.

Какое осложнение возникло? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №281

Больной закончил курс лечения по поводу инфильтративного туберкулеза легких. На контрольной рентгенограмме, помимо жесткого рисунка корней, определяется довольно крупный очаг Гона у верхушки правого легкого. За последнее время больного стало беспокоить изменение тембра голоса. При непрямой ларингоскопии фтизиоларинголог обнаружил ограничение подвижности правой голосовой складки.

Каковы механизмы возникшего пареза голосовой складки и дальнейшая лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №282

Больная 28 лет на даче у родственников ела землянику. Через два часа появились затруднение дыхания, ощущение сжимания в области шеи, неловкость при глотании. Была доставлена в приемное отделение стационара с нарастающим удушьем.

При осмотре: на язычной поверхности надгортанника, в valleculaх, на черпалонадгортанных складках — стекловидный отек, распространяющийся также на стенки грушевидных карманов. Какова природа внезапно развившегося заболевания? Что делать?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС

«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №283

Больная 24 лет жалуется на сильную боль при поворотах головы, глотании, ознобы, повышенную потливость. Заболевание началось остро три дня назад с подъема температуры до 38°C. При осмотре: увеличены и болезненны все группы шейных лимфатических узлов. Слизистая оболочка глотки и гортани гиперемирована, умеренно отечна. На язычной поверхности надгортанника имеется округлое выпячивание, на вершине которого — желтое пятно. Нижележащие отделы гортани не просматриваются. Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №284

Больная 50 лет перенесла операцию струмэктомии два месяца назад. Внезапно обратила внимание на некоторое изменение голоса, утомляемость голоса. При ларингоскопии определяется неподвижность левой половины гортани в положении отведения. Каков механизм развившегося осложнения? Какова лечебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №285

У больного 35 лет грубый, хриплый голос. Имеются проявления дыхательной недостаточности I степени. С диагнозом хронического ларингита направлен в стационар. При осмотре определяются множественные папилломы, заполняющие все преддверие гортани и суживающие голосовую щель.

Может ли заболевание расцениваться как предрак? К какой форме — факультативной или облигатной — вы отнесете это заболевание?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №286

Больная 23 года доставлена в ЛОР-клинику через полчаса после того, как выпила около 100 мл искусственной эссенции. Состояние тяжелое, выраженная инспираторная одышка (36 дыханий в минуту), кожные покровы бледные, АД 100/60 мм рт. ст., пульс 96 ударов в минуту.

Аускультативно определяются сухие и влажные хрипы в легких.

Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №287

Больная 29 лет поступила в ЛОР-клинику в связи с наступившей накануне обтурацией рубцово-измененного пищевода кусочком мяса. Стеноз пищевода развился после химического ожога в детстве. Инородное тело удалено с трудом и только при повторной эзофагоскопии. На следующий день температура у больной повысилась до 38,7°C, жалуется на боль по ходу пищевода. Каков диагноз? Какова дальнейшая врачебная тактика? Чем объяснить возникшие явления?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №288

Больной 37 лет страдает рубцовым сужением пищевода. Во время еды случайно проглотил фруктовую косточку. Вскоре появилась боль за грудиной, затруднение прохождения пищи, температура повысилась до 38°C. В условиях общей анестезии инородное тело извлечено. На следующий день при контрольной рентгенографии определяется затекание контрастного вещества за контур пищевода. Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России
Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №289

Во время выполнения аденотомии под местной анестезией у девочки 5 лет внезапно развилось удушье. Ребенок потерял сознание, появились судороги. Каков механизм осложнения? Какие срочные меры по спасению жизни ребенка должен предпринять хирург?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

Федеральное Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
«Северо-Осетинская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения
России

Кафедра оториноларингологии с офтальмологией.

Ситуационная задача по оториноларингологии №290

Больному 40 лет в драке был нанесен удар тупым предметом в область гортани. На следующий день больной обратился в ЛОР-кабинет поликлиники. Отмечается инспираторная одышка. Больной возбужден, наблюдается тахикардия. При осмотре гортани: подслизистая гематома в преддверии гортани прикрывает голосовую щель. Каков диагноз? Как лечить больного?

Зав. кафедрой, д.м.н., доцент

Гаппоева Э.Т.

Дата утверждения на ЦКУМС
«02» апреля 2024 г. Протокол №4

ОТВЕТЫ

- № 1. Отогематома. Пункция гематомы. Давящая повязка на область гематомы ушной раковины. При неэффективности данного лечения — вскрытие гематомы. Дренирование раны. Антибактериальная и противовоспалительная терапия.
- № 2. Хондроперихондрит ушной раковины. Вскрытие абсцесса ушной раковины, удаление некротизированных, секвестрированных участков хряща. Дренирование раны. Антибактериальная и противовоспалительная терапия.
- № 3. Рожистое воспаление наружного уха. Антибактериальное и противовоспалительное лечение. Облучение эритемной дозой ультрафиолетовых лучей, смазывание кожи противовоспалительными мазями.
- № 4. Фурункул правого наружного слухового прохода в стадии инфильтрации. Введение в наружный слуховой проход марлевых турунд с 3%-ным борным спиртом. Полуспиртовые компрессы на область уха. Антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Соллюкс, УВЧ-терапия. При абсцедировании фурункула — вскрытие и дренирование абсцесса.
- № 5. Двухсторонний острый диффузный наружный отит. Туалет наружных слуховых проходов, смазывание кожи 3 - 5%-ным раствором ляписа, кортикостероидными мазями. Антибактериальная, десенсибилизирующая терапия. Согревающие полуспиртовые компрессы на ночь. Физиотерапевтическое лечение (тубус-кварц, УВЧ).
- № 6. Экзема ушной раковины и наружного слухового прохода. Противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Мази, содержащие кортикостероиды. Физиотерапевтическое лечение (УФО, терапевтический лазер).
- № 7. Серная пробка. Удаление серной пробки промыванием наружного слухового прохода.
- № 8. Инородное тело перепончато-хрящевого отдела наружного слухового прохода. Удаление инородного тела при помощи промывания уха.
- № 9. Инородное тело костного отдела наружного слухового прохода. Попытаться удалить инородное тело под операционным микроскопом (инструментально). При невозможности его удаления таким способом показано удаление инородного тела оперативным путем.

- № 10. Острый ринит. Двухсторонний острый туботимпанит. Антибактериальная терапия - биопарокс. Сосудосуживающие средства в нос, антигистаминные препараты внутрь. Продувание ушей по Политцеру. Физиотерапевтическое лечение.
- №11. Отомикоз. Туалет ушей с применением противогрибковых препаратов: кандибиотик, клотримазол, флавофунгин, леворин и др.
- №12. Правосторонний острый катаральный средний отит. Антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Мероприятия, направленные на восстановление функции слуховой трубы. Согревающие полуспиртовые компрессы на ухо.
- №13. Левосторонний острый гнойный средний отит. Антибактериальное, противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. Мероприятия, направленные на быструю эвакуацию экссудата из среднего уха. Физиотерапевтическое лечение в стадии разрешения заболевания. Ушные капли: отофа, ципромед, кандибиотик и др.
- №14. Правосторонний острый гнойный средний отит, осложненный мастоидитом. Операция - антромастоидотомия. Медикаментозное лечение острого среднего отита.
- №15. Правосторонний острый средний отит, осложненный мастоидитом, субпериостальным абсцессом. Срочная антромастоидотомия. Антибактериальное и противовоспалительное лечение.
- №16. Правосторонний острый отит, осложненный лабиринтитом. Лечение оперативное на фоне антибиотикотерапии и противовоспалительного лечения.
- №17. Левосторонний хронический рецидивирующий гнойный мезотимпанит в стадии обострения. Лечение оперативное санлирующего типа (антротомия с антродренажем).
- №18. Левосторонний острый гнойный мезотимпанит, осложненный периоститом сосцевидного отростка. Антибиотикотерапия, противовоспалительное лечение, мероприятия, обеспечивающие эффективную эвакуацию экссудата из полостей среднего уха. Рентгенография височных костей в динамике. При наличии костной деструкции — операция мастоидотомия.
- № 19. Правосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой. Хирургическое лечение санлирующего типа — радикальная операция на правом ухе.
- № 20. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный вторичным гнойным менингитом. Рентгенография височных костей по Шюллеру, Майеру. Люмбальная пункция с исследованием ликвора. Осмотр невропатолога. Клинический анализ крови.
- № 21. Правосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой и абсцессом в заушной области. Хирургическое лечение санлирующего типа — радикальная операция на правом ухе.
- № 22. Левосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит, осложненный фистулой лабиринта. Лечение оперативное — радикальная операция на ухе с пластикой фистулы горизонтального полукружного канала.
- № 23. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный абсцессом височной доли мозга. В плане обследования больного необходимы: обзорная рентгенография черепа, компьютерная томография мозга, осмотр невропатолога и нейрохирурга, исследование ликвора. При подтверждении диагноза показана расширенная радикальная операция на ухе с обнажением средней черепной ямки. Вскрытие абсцесса по игле (предварительно проводится пункция абсцесса). В послеоперационном периоде проводится антибактериальное, противовоспалительное, дегидратационное и дезинтоксикационное лечение.
- № 24. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой и грануляциями. Отогенный абсцесс мозжечка. В плане дообследования больного показаны: рентгенография черепа (обзорная), компьютерная томография мозга, люмбальная пункция с исследованием ликвора, консультация невропатолога и нейрохирурга. При подтверждении диагноза расширенная радикальная операция на ухе с обнажением задней черепной ямки и вскрытием абсцесса.
- № 25. Болезнь Меньера. В плане обследования — акуметрия, вестибулометрия. Лечение медикаментозное, комплексное.
- № 26. Левосторонний хронический гнойный мезотимпанит в стадии обострения. Противовоспалительное и десенсибилизирующее лечение. «Сухой» туалет уха, закапывание в ухо 3%-ого борного спирта, ушных капель (отофа, ципромед и др.), сосудосуживающие средства в нос (в виде мазей или капель), физиотерапевтическое лечение.
- № 27. Левосторонний хронический гнойный эпимезотимпанит в стадии обострения, осложненный холестеатомой и грануляциями. Отогенный гнойный менингит. Исследование ликвора, консультация невропатолога, окулиста, рентгенография височных костей по Шюллеру и Майеру. При подтверждении диагноза — расширенная радикальная операция на ухе. Антибактериальная, дегидратационная и дезинтоксикационная терапия.
- № 28. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит в стадии обострения, осложненный тромбозом сигмовидного синуса. Срочная расширенная радикальная операция на ухе с ревизией сигмовидного синуса.
- № 29. Правосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный парезом лицевого нерва. Лечение хирургическое санлирующего типа — радикальная операция на ухе. Причиной развития пареза лицевого

- нерва послужило разрушение кариозным процессом канала лицевого нерва.
- № 30. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой и абсцессом мозжечка. Срочная расширенная радикальная операция на левом ухе, вскрытие и дренирование абсцесса мозжечка. Противовоспалительное и антибактериальное лечение.
- № 31. Отосклероз - лечение хирургическое - стапедопластика. Кондуктивный тип тугоухости.
- № 32. Двусторонняя нейросенсорная тугоухость интоксикационного генеза. Дезинтоксикационное лечение, лекарственные средства, улучшающие мозговое кровообращение, трофику нервного волокна и синаптическую передачу. Стимулирующее лечение.
- № 33. Гипертоническая болезнь II ст., левосторонняя хроническая нейросенсорная тугоухость сосудистого генеза.
- № 34. Акутравма острая, левосторонняя нейросенсорная тугоухость. В/в инфузии ангиолитических поляризующих растворов, препаратов улучшающих реологию крови, дегидратация в условиях стационара. Кавинтон, циннаризин в/в. Парамеатальные блокады с прозеринном или его аналогами.
- № 35. Отомикоз, предположительно *aspergillusniger*. Микроскопическое исследование мазка отделяемого из уха и посев на грибки. Туалет уха с р-ром нитрофунгина. Перорально: нистатин.
- № 36. Локализация ранения - колено лицевого нерва в области овального окна. Подвывих стремени и ранение лицевого нерва в области колена. Необходима urgentная диагностическая тимпанотомия под микроскопом, возвращение стремени в нормальное положение, декомпрессия лицевого нерва. Дегидратационная терапия, антибиотики, постельный режим.
- № 37. Баротравма уха III ст., гемотимпанум слева. Лечение: анемизация глоточных устьев слуховых труб, сосудосуживающие средства в нос, антибиотики, анальгетики, ватные фильтры или турунды с гидрокортизоном в наружные слуховые проходы.
- № 38. Келоид мочек ушных раковин. Лечение хирургическое.
- № 39. Болезнь Меньера, начальные проявления. Внутривенные инфузии литических смесей, гидрокарбоната натрия, дегидротационная терапия.
- № 40. О. смешанная тугоухость на фоне аномалии развития сосудов ВББ. ШОХ. Во время переразгибания шеи произошло нарушение сосудистого питания правого уха (спазм или тромбоз а. auditivаdex., а. cochlearis dex.), спровоцированное раздражением симпатических корешков С4—С6. Необходима диагностическая тимпанотомия на предмет разрыва мембраны круглого окна. Ангиолитическая в/в инфузионная терапия тромбоза слуховой артерии. Прогноз неблагоприятный.
- № 41. Акуметрические данные соответствуют звуковоспринимающей тугоухости.
- № 42. Акуметрические данные соответствуют звукопроводящей тугоухости.
- № 43. Акуметрические данные свидетельствуют о левосторонней глухоте.
- № 44. Акуметрические данные соответствуют двусторонней тугоухости смешанного характера.
- № 45. Акуметрические данные соответствуют локализации патологического процесса в области рецептора (органа Корти).
- № 46. Акуметрические данные соответствуют локализации патологического процесса в области среднего уха.
- № 47. Наличие симптомов вестибулярной дисфункции объясняется асимметрией функциивестибулярного аппарата за счет возбуждения левого лабиринта.
- № 48. Наличие симптомов вестибулярной дисфункции объясняется асимметрией функции вестибулярного аппарата за счет угнетения левого лабиринта.
- № 49. Наличие симптомов вестибулярной дисфункции объясняется асимметрией функции вестибулярного аппарата за счет выключения левого лабиринта.
- № 50. При хроническом гнойном эптитимпаните. Наличием фистулы горизонтального полукружного канала.
- № 51. Патологический процесс локализуется в левом ушном лабиринте с угнетением функции слухового и вестибуляторного анализаторов.
- № 52. Выраженная кондуктивная тугоухость. Показано хирургическое лечение- устранение атрезии наружного слухового прохода.
- № 53. Глухота интоксикационного генеза. Прогноз неблагоприятный. Современный путь решения данной проблемы — кохлеарная имплантация.
- № 54. Левосторонний хронический гнойный эптитимпанит, осложненный холестеатомой. Хирургическое лечение санлирующего типа — радикальная операция.
- № 55. Известны около 20 методов выявления ФУНГ. Предпочтительны: выравнивание громкости по Фоулеру, определение дифференциальных порогов силы (ДПС) и частоты (ДПЧ) звуков, определение времени обратной адаптации, определение уровня дискомфортной громкости(УДГ) и динамического диапазона слухового поля (ДДСП). Появление ФУНГ связано с поражением нейроэпителлия органа Корти.
- № 56. Необходимо выяснить наличие травмы ушной раковины в анамнезе. Можно думать об отогематоме. Лечебная тактика хирургическая.

- № 57. Компьютерная томография височных костей, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия. После нормализации носового дыхания больному показана операция — тимпанопластика на левом ухе.
- № 58. Можно думать об остром тубоотите с наличием транссудата в среднем ухе. Лечебная тактика направлена на нормализацию функции слуховой трубы, эвакуацию содержимого из полостей среднего уха, профилактику адгезивного процесса.
- № 59. О деструкции горизонтального полукружного канала и наличии фистулы ушного лабиринта у больного хроническим гнойным эпитимпанитом.
- № 60. Правосторонний острый гнойный средний отит, осложненный зигоматитом. Встречается зигоматит при обширной пневматизации височной кости с развитием клеток в скуловом отростке. Чаще он является результатом распространения гнойного воспалительного процесса при мастоидите на скуловой отросток. Изолированное воспаление скулового отростка наблюдается редко. Чаще зигоматит развивается у детей, что объясняется незаращением швов и тесным соседством антрума с корнем скулового отростка.
- № 61. Холестеатомный процесс.
- № 62. Для мастоидита.
- № 63. Бессимптомное течение хронического эпитимпанита возможно в тех случаях, когда патологический процесс локализуется преимущественно в надбарабанном пространстве без нарушения целостности слуховых косточек. Рекомендуется хирургическое лечение.
- № 64. Двусторонний адгезивный неперфоративный средний отит. Показана слухоулучшающая операция (тимпанопластика).
- № 65. Коникотомия с последующей трахеостомией.
- № 66. Левосторонний хронический гнойный мезотимпанит в стадии обострения. Показано консервативное лечение для достижения стойкой ремиссии. В последующем показано оперативное лечение — тимпанопластика, преследующая две цели: 1) элиминацию очага гнойного воспаления, 2) улучшение слуха. Операция может быть выполнена как одномоментно, так и в два этапа, то есть реконструктивно-слухоулучшающее оперативное вмешательство выполняется на «сухом» ухе после предшествующего хирургического вмешательства санлирующего типа.
- № 67. Правосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложненный холестеатомой. Учитывая хороший слух у больной в промежутках между обострениями, показано хирургическое лечение санлирующего характера типа аттикотомии. Консервативное лечение в таких случаях, как правило, неэффективно.
- № 68. Диагноз: острый средний отит, осложненный отогенным невритом лицевого нерва. Больного следует оперировать для устранения причины, вызвавшей неврит лицевого нерва. Показана операция санлирующего характера типа антромастодотомии с назначением антибиотиков и дегидратационных лекарственных средств, витаминов В1 и В12, дибазола, прозерина. Из физиотерапевтических процедур назначают УВЧ на заушную область, гальванизацию, массаж.
- № 69. Левосторонний острый неперфоративный средний отит, осложненный мастоидитом. Показана операция антромастодотомия.
- № 70. Правосторонний острый гнойный средний отит, осложненный тромбозом сигмовидного синуса. Операция: мастоидотомия с широким обнажением стенки сигмовидного синуса и перевязкой яремной вены. Тромб по возможности весь удаляют до появления кровотечения из верхнего и нижнего отрезков синуса. Кровотечение останавливают по способу Уайтинга (введение тампона между стенкой синуса и кожей).
- № 71. Необходимо исследовать барофункцию ушей. В таких случаях возможна реконструктивная слухоулучшающая операция. При сохраненной функционально полноценной цели слуховых косточек возможна операция мирингопластика.
- № 72. Оперативное вмешательство целесообразно. Предлежание сигмовидного синуса не является противопоказанием для оперативного вмешательства. Объем операции санлирующего типа в зависимости от распространенности патологического процесса может быть от аттикотомии до консервативной радикальной операции.
- № 73. Можно думать об отосклерозе. При нем нередко наблюдаются следующие характерные симптомы: широкие наружные слуховые проходы (симптом Тилло - Верховского), понижение тактильной чувствительности кожи слуховых проходов (симптом Фрешельса), отсутствие секреции ушной серы (симптом Тойнби - Бинга), истончение барабанных перепонки (симптом Лемперта). Лечебная тактика хирургическая — операция стапедопластика.
- № 74. Полная глухота при сохранности функции внутреннего уха невозможна. В такой ситуации показана операция тимпанопластика. Наиболее целесообразен четвертый тип тимпанопластики по классификации Вульштейна (экранизация круглого окна).
- № 75. В такой ситуации проведение слухоулучшающей операции имеет смысл. Сделать это целесообразнее

на левом ухе по причине более выраженного костно-воздушного интервала и лучшей функции слуховой трубы. Операцию тимпанопластики лучше выполнить вторым этапом после предварительной хирургической санации очага гнойного воспаления.

№ 76. В настоящее время лечение отогенных абсцессов мозга проводится с участием нейрохирурга с использованием специальных доступов и удаления абсцесса вместе с капсулой из ткани мозга. Лечение абсцесса мозга может быть также закрытым (пункции с отсасыванием гноя и введением в его полость антибиотиков) и открытым (широкое раскрытие абсцесса после разреза твердой мозговой оболочки) с последующим дренированием полости. В послеоперационном периоде проводят энергичное антибактериальное лечение, дегидратационную терапию.

№ 77. Возникновение отогенного неврита лицевого нерва у больного хроническим холестеатомным средним отитом является показанием к радикальной операции. Если во время операции обнаруживают фистулу в стенке канала лицевого нерва, целесообразно произвести декомпрессию лицевого нерва, то есть обнажить ствол нерва в пределах здорового на вид отрезка его. При отсутствии фистулы вскрытие канала лицевого нерва нецелесообразно. В послеоперационном периоде больному назначают дегидратационную терапию, антибиотики, витамины В1 и В12, прозерин.

№ 78. При отогенных менингитах показано срочное хирургическое вмешательство санирующего характера с широким обнажением твердой мозговой оболочки в средней и задней черепной ямке. Послеоперационное лечение состоит в антибактериальной, дегидратационной, дезинтоксикационной и симптоматической терапии.

№ 79. Фурункул носа. Антибактериальное, гипосенсибилизирующее, дезинтоксикационное лечение с применением антикоагулянтов под контролем свертываемости крови.

№ 80. Тромбоз кавернозного синуса, риногенный сепсис. Вскрытие фурункула для обеспечения дренажа. Мощное антибактериальное лечение, дегидратация, детоксикация, витаминотерапия, иммуномодуляторы, гемосорбция, применение антикоагулянтов, УФО аутокрови.

№ 81. Острый ринофарингит. |Д№-19, сосудосуживающие капли, «разгрузочные» мази, ингаляции с противоотечной сосудосуживающей смесью. Травяные жаропонижающие чаи, витамины, антигистаминные препараты.

№ 82. Аллергическая риносинусопатия. Десенсибилизирующая. Неспецифическая гипосенсибилизация, витаминотерапия. Местное применение - назальные спреи: аллергодил, гисманал, синтарис, бекломет и т.д. Топические кортикостероиды: назонекс, фликсоназе. По возможности смена работы.

№ 83. Полипозный риносинусит. Двусторонний сальпингоотит. Удаление полипов из полости носа. Нормализация функции евстахиевой трубы (продувание по Политцеру, катетеризация труб). Топические кортикостероиды.

№ 84. Хронический гипертрофический ринит. Лечение хирургическое.

№ 85. Озена (зловонный насморк). Лечение консервативное и хирургическое.

№ 86. Хронический атрофический ринофарингит. Местно: витаминосодержащие масла и мази, щелочно-масляные ингаляции. Внутрь — витамины, биогенные стимуляторы и препараты, регулирующие физиологическую и репаративную регенерацию. Назальные спреи: аква марис, солин.

№ 87. Правосторонний гемисинусит. Антибактериальная терапия. Пункция правой гайморовой пазухи (назальные муколитки), анемизация среднего носового хода, сосудосуживающие капли и «разгрузочные» мази. Противовоспалительное лечение.

№ 88. Острый гнойный пансинусит. Пункция верхнечелюстных пазух, трепанопункция лобных пазух. Интенсивное антибактериальное, дезинтоксикационное лечение, местное лечение, назальные муколитки.

№ 89. Левосторонний гемисинусит. Рентгенограммы околоносовых пазух в двух проекциях.

№ 90. Правосторонний гемисинусит. Трепанопункция лобной пазухи, пункция верхнечелюстной пазухи. Антибактериальная терапия, лечение, назальные муколитки.

№ 91. Правосторонний полипозно-гнойный гемисинусит. Рентгенограммы околоносовых пазух в двух проекциях, диагностическая пункция гайморовой пазухи.

№ 92. Правосторонний полипозно-гнойный риносинусит. Рентгенограммы околоносовых пазух в двух проекциях, диагностическая пункция гайморовой пазухи. Лечение хирургическое.

№ 93. Хронический левосторонний гнойный гайморит. Для уточнения диагноза необходима рентгенограмма околоносовых пазух в аксиальной проекции. Лечение хирургическое.

№ 94. Вазомоторный ринит. Консервативное лечение. Антигистаминные препараты, топические кортикостероиды, галотерапия. При неэффективности — хирургическое лечение (подслизистая нижняя вазотомия, ультразвуковая или лазерная дезинтеграция нижних носовых раковин).

№ 95. Левосторонний полипозно-гнойный гемисинусит. Удаление полипов из полости носа, дренирование лобной пазухи. При несостоятельности консервативного лечения - трепанопункция.

№ 96. Левосторонний полипозно-гнойный гемисинусит. Лечение хирургическое.

№ 97. Острый правосторонний гнойный гемисинусит. Флегмона орбиты. Консультация окулиста. Срочное

хирургическое вмешательство.

№ 98. Правосторонний гнойный гемисинусит. Риногенный менингит. Срочное хирургическое вмешательство (вскрытие всех пазух справа).

№ 99. Обострение левостороннего хронического гнойного фронтита, абсцесс левой лобной доли мозга. Компьютерная томография. Люмбальная пункция. Консультация окулиста, невропатолога. Лечение хирургическое. Интенсивное антибактериальное, дегидратационное и дезинтоксикационное лечение.

№100. Перелом костей носа со смещением, перелом глазничной стенки верхнечелюстной пазухи слева. Гематосинус. Сотрясение головного мозга. Репозиция костей носа, пункция гайморовой пазухи слева.

№101 Нагноившаяся гематома перегородки носа. Широкое вскрытие гематомы, дренирование. Антибактериальное лечение. Местное противовоспалительное лечение.

№102 Искривление перегородки носа. Лечение хирургическое.

№103. Викарное носовое кровотечение. Местно — прижигание сосудов кровоточащей зоны 50-процентным раствором нитрата серебра, при неэффективности — хирургическая отслойка слизистой оболочки.

Возможна лазерная деструкция расширенных сосудов в области *loc. Kisselbachii*. Консультация гинеколога.

№ 104 Гипертоническая болезнь. Носовое кровотечение. Передняя тампонада полости носа. Лечение у терапевта.

№105. Задняя тампонада.

№ 106 Удаление при помощи носового крючка.

№107. Риносклерома. Биопсия, микробиологическое исследование. Лечение консервативное.

№ 108. Кровотокающий полип перегородки носа. Лечение хирургическое.

№109. Киста Герберта. Лечение хирургическое.

№110. Ангиофиброма носоглотки. Биопсия, ангиография, МРТ. Лечение хирургическое.

№ 111. Остеома левой лобной пазухи. Лечение хирургическое.

№ 112. Остеома правой лобной пазухи. Наблюдение оториноларинголога, лечение гипертонической болезни у терапевта.

№ 113. Остеома левой лобной пазухи. Лечение хирургическое.

№ 114. Опухоль правой верхнечелюстной пазухи. Биопсия опухоли. Компьютерная томография.

№ 115. Опухоль правой верхнечелюстной пазухи, правосторонний гнойный фронтит. Лучевая терапия, трепанопункция правой лобной пазухи.

№116. Опухоль правой верхнечелюстной пазухи. Контрастная рентгенография пазухи. Компьютерная томография.

№ 117. Более убедительная информация будет получена при обтекании кисты контрастным веществом.

№ 118. Свободная жидкость в пазухе имеется.

№119. Вазомоторная риносинусопатия, нейровегетативная форма.

№ 120. Имеется паралич сосудов слизистой оболочки носа. Диагноз: вазомоторная ринопатия. Лечение консервативное — препараты и физиотерапевтические процедуры, направленные на нормализацию сосудистого тонуса.

№ 121. Сенная лихорадка (поллиноз). Специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация. При возможности временная смена климатических условий. Назальные спреи: аллергодил, кромоглин. Токсические кортикостероиды.

№ 122. Прижигание производится с помощью зонда с кристалликом трихлоруксусной кислоты. Больной нуждался в ежедневном туалете полости носа с целью профилактики образования синехий.

№ 123. По показаниям репозиция костей носа. Пункция верхнечелюстной пазухи.

№ 124. Перфорация перегородки носа небольших размеров. Во время операции был разрыв слизистой оболочки с противоположной стороны. Больной нуждается в пластике дефекта.

№ 125. Произведена «щечная» пункция. Госпитализация. Антибактериальное лечение. Пункция гайморовой пазухи.

№ 126. Предварительно необходимо произвести анемизацию среднего носового хода с целью уменьшения отека слизистой оболочки в области соустья.

№ 127. Реактивный отек зрительных нервов. Необходимо произвести рентгенограммы околоносовых пазух в трех проекциях. Консультация окулиста. Хирургическое лечение.

№ 128. Ларингоспазм, связанный с применением ментола. 1 — 2-процентный раствор колларгола, протаргола, 1% раствор эфедрина, 0,05-процентный раствор нафтизина.

№ 129. Аллергическая риносинусопатия. Консультация аллерголога, специфическая и неспецифическая гипосенсибилизация.

№ 130. Больной нуждается в рентгенограмме околоносовых пазух в аксиальной проекции. Предположительный диагноз — острый гнойный сфеноидит. Лечение консервативное. По показаниям — зондирование или пункция основной пазухи.

№ 131. Лечение хирургическое. Новое лобно-носовое соустье не накладывают.

- № 132. Боль может возникать, если остеома достигает мозговой стенки пазухи. Необходима боковая рентгенограмма лобных пазух.
- № 133. Гематома перегородки носа. Нагноение.
- № 134. Передняя тампонада носа. Клинический анализ крови. Консультация терапевта. Госпитализация.
- № 135. Перевязка наружной сонной артерии слева. Консультация гематолога с целью назначения гемотрансфузии.
- № 136. Сочетание кисты левой гайморовой пазухи экссудативным гайморитом.
- № 137. Рентгенография околоносовых пазух в аксиальной проекции, пункция правой верхнечелюстной пазухи. Диагноз: острый постгриппозный правосторонний гайморит, этмоидит, сфеноидит. Снижение зрения связано с патологией основной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта. Лечение хирургическое.
- № 138. Хронический гнойный сфеноидит, этмоидит. Компьютерная томография околоносовых пазух. Диагностическая пункция основной пазухи. Лечение хирургическое — вскрытие основной пазухи и задних клеток решетчатого лабиринта.
- № 139. Возник бронхоспазм как реакция на ментоловое масло. Необходимо избегать применения сильнопахнущих препаратов. Назначение бронходилататоров.
- № 140. Синдром имобильных ресничек (синдром Картагенера) — нарушение мерцательного эпителия воздухоносных путей. Бронхоэктазы. Обратное расположение внутренних органов. Консервативное лечение гнойного гайморита.
- № 141. Наличие ринобронхиального рефлекса у больного с бронхиальной астмой. Осуществление вмешательств в полости носа в условиях общей анестезии. Введение бронходилататоров.
- № 142. Вазомоторный ринит в результате применения препаратов раувольфии. Консультация терапевта с целью замены гипотензивного средства.
- № 143. Можно думать о тампоне, оставленном в пазухе во время операции. Необходима реоперация. При обнаружении тампона — его удаление, проведение антибактериальной терапии.
- № 144. Раннее промывание послеоперационной полости (на третий день вместо шестого-седьмого). Пластика свища.
- № 145. Одонтогенный гайморит. Лечение хирургическое — вскрытие верхнечелюстной пазухи с пластикой лунки удаленного зуба.
- № 146. Ангиофиброма носоглотки. Операция подслизистой резекции перегородки не была показана. Обследование должно было включать заднюю риноскопию, рентгенограмму глотки в боковой проекции, компьютерную томографию.
- №147. Острый гнойный пансинусит. Абсцесс левой лобной доли. Не было обращено внимание на расстройство психики больной. Объем вмешательства: вскрытие всех пазух, привлечение нейрохирурга с целью дренирования абсцесса лобной доли.
- №148. Фурункул носа, тромбоз кавернозного синуса. Описанное состояние явилось следствием тромбоза глазных и угловых вен. Необходимо вскрытие фурункула, проведение антибактериального, дезинтоксикационного, дегидратационного лечения, введение антикоагулянтов.
- № 149. Консультация невропатолога, нейрохирурга. Компьютерная томография мозга. Аносмия носит центральный характер (опухоль лобной доли). Формы нарушения обоняния — центральные и периферические.
- № 150. Риногенная флегмона орбиты. Вскрытие фурункула. Консультация окулиста. Дренирование орбиты. Антибактериальное, дезинтоксикационное, противоотечное лечение, применение антикоагулянтов.
- № 151. Наблюдение оториноларинголога.
- № 152. Ангиофиброма носоглотки. Биопсия, ангиография, компьютерная томография.
- № 153. Опухоль верхнечелюстной пазухи.
- № 154. Необходимо получить отсеченный участок носа и пришить его. Назначить антибактериальное лечение.
- № 155. Первичная хирургическая обработка. Репозиция костей носа. Пункция верхнечелюстной пазухи. Передняя тампонада полости носа. Назначение антибактериального лечения и противоотечных средств. Консультация невропатолога.
- № 156. Консультация гематолога с целью проведения гемостатической заместительной терапии. Перевязка наружных сонных артерий.
- № 157. Больному показано хирургическое вмешательство — отслойка слизистой оболочки перегородки.
- № 158. Обострение хронического гнойного синусита. Риногенный менингит. Лечение хирургическое — вскрытие обеих гайморовых пазух и клеток решетчатого лабиринта. Люмбальные пункции. Антибактериальное, противоотечное, дезинтоксикационное лечение.
- № 159. Правосторонний гнойный гайморит. Флегмона орбиты.
- № 160. Контрастная рентгенография гайморовой пазухи. Компьютерная томография. Цитологическое

исследование промывной жидкости из пазухи с целью обнаружения атипичных клеток.

№161. В процессе операции были повреждены слезные пути, что вызвало нарушение оттока слезы в полость носа. Инфицирование привело к развитию гнойного воспаления слезного мешка – дакриоциститу. Необходима консультация офтальмолога, КТ слезного мешка, хирургическое лечение.

№ 162. По-видимому, у больной имеется кровотокающий полип перегородки носа. Несмотря на неэффективность лечения на предварительном этапе продолжались попытки произвести воздействие на зону, не имевшую отношения к причине кровотечения. Не была выполнена эндоскопия полости носа. Показано удаление полипа перегородки с использованием коагулирующих инструментов, с последующим гистологическим исследованием.

№ 163. Показано КТ полости носа и придаточных пазух в коронарной и аксиальной проекциях. Причиной рецидивов синусита, с большой вероятностью, являются увеличенный решетчатый пузырек и буллезно гипертрофированная средняя носовая раковина, что приводит к нарушению оттока содержимого из верхнечелюстной пазухи. Хирургическая коррекция выявленных изменений возможна при использовании риноэндоскопической техники.

№ 164. Острый фарингит. Местно: ингаляции антисептиков, орошение задней стенки глотки местноанестезирующими, вяжущими, антибактериальными аэрозолями. Оральные антисептики. Травяные чаи.

№ 165. Катаральная ангина, острый фарингит. Антигистаминные препараты, оральные антисептики, полоскания глотки антисептиками, настоями лекарственных трав, согревающие компрессы на подчелюстную область, обильное питье.

№ 166. Лакунарная ангина. Антибиотики широкого спектра действия, гипосенсибилизирующие препараты, витамины, комплексные гомеопатические препараты. Обильное питье, щадящая диета, постельный режим. Полоскания глотки растворами антисептиков, настоями трав.

№ 167. Ангина язычной миндалины. Госпитализация, антибактериальное, дезинтоксикационное, противоотечное лечение. Ингаляции антибиотиков, гипосенсибилизирующих средств, кортикостероидов.

№ 168. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Правосторонний передне-верхний паратонзиллярный абсцесс. Вскрытие абсцесса. Антибактериальное лечение, полоскания антисептиками, антигистаминные препараты.

№ 169. Вскрытие абсцесса производят на третий-пятый день. Место вскрытия абсцесса располагается в средней трети линии, идущей от основания язычка к последнему коренному зубу нижней челюсти.

№ 170. Парафарингеальная флегмона. Лечение хирургическое — коллярная медиастинотомия, вскрытие абсцесса со стороны глотки. Антибактериальное, дезинтоксикационное лечение.

№ 171. Заглоточный абсцесс. Срочное вскрытие абсцесса, противовоспалительное лечение.

№ 172. Кандидоз глотки. Противогрибковое иммуномодулирующее лечение.

№ 173. Дифтерия глотки. Для уточнения диагноза необходимо произвести бактериологическое исследование. Показана срочная госпитализация больного в инфекционное отделение.

№ 174. Агранулоцитарная ангина. Лечение у гематолога.

№175. Инфекционный мононуклеоз. Лечение у инфекциониста.

№176. Боковой и гранулезный фарингит. Назначение вяжущих средств, оральных антисептиков, туширование увеличенных гранул и боковых валиков 1 - 3-процентным раствором азотнокислого серебра.

№177. Субатрофический фарингит. Закапывание щелочных капель и витаминных масел в нос, смазывание задней стенки глотки раздражающими средствами (например раствором Люголя), щелочно-масляные ингаляции.

№178. Фарингомикоз. Тонзиллэктомия или криовоздействие на небные миндалины.

№179. Язвенно-пленчатая ангина Симановского-Венсана. Необходимо микробиологическое исследование.

№180. Гипертрофия глоточной миндалины.

№181. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№182. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№183. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№184. Химический ожог глотки и гортани. Лечение консервативное: антибактериальные, обезболивающие дегидратационные, дезинтоксикационные препараты. Ингаляции антибиотиков, кортикостероидов, анестетиков, масел.

№ 185. Фарингоскопия. Непрямая ларингоскопия. Удаление кости.

№ 186. Парафарингеальная флегмона справа. Лечение хирургическое в сочетании с антибактериальной, дезинтоксикационной, дегидратационной терапией.

№ 187. Хронический атрофический фарингит. Местно — ингаляции масел, смазывание задней стенки глотки раздражающими веществами, закапывание в нос препаратов, содержащих витамины А и Е. Оральные антисептики («Стрепсилс+», септолен и др.).

№ 188. Лакунарная ангина. Лечение консервативное: антибиотики широкого спектра действия, витамины,

травяные чаи, антигистаминные препараты, оральные антисептики.

№ 189. Бактериологическое исследование. Язвенно-пленчатая ангина Симановского - Венсана. Лечение консервативное.

№ 190. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№ 191. Туберкулез глотки. Туберкулиновые пробы, рентгенография легких, бактериологическое исследование содержимого язв. Лечение у ЛОР-фтизиатра.

№ 192. Инфекционный мононуклеоз. Лечение в инфекционном стационаре. № 193. Левосторонний передне-верхний паратонзиллярный абсцесс.

№ 193. Левосторонний передне-верхний паратонзиллярный абсцесс.

№ 194. Сифилис глотки. Серологические реакции. Бактериологическое исследование содержимого язв.

№ 195. Гранулематоз Вегенера.

№ 196. Заглочный абсцесс. Лечение хирургическое с последующей антибиотикотерапией.

№ 197. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Правосторонний паратонзиллярный абсцесс. Вскрытие абсцесса с последующей антибактериальной терапией.

№ 198. Аллергический отек гортани.

№ 199. Заглочный абсцесс. Лечение хирургическое с последующей антибактериальной терапией.

№ 200. Хронический тонзиллит. Правосторонний паратонзиллярный абсцесс. Лечение хирургическое с последующей антибактериальной терапией.

№ 201. Острый фарингит. Местно: оральные антисептики, щелочно-масляные ингаляции. Травяные чаи, поливитамины, гипосенсибилизирующие средства внутрь.

№ 202. Хронический аденоидит. Аденоиды. Гипертрофия небных миндалин III степени. Лечение хирургическое.

№ 203. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№ 204. Хронический декомпенсированный тонзиллит. Лечение хирургическое.

№ 205. Хронический субкомпенсированный тонзиллит. Лечение консервативное.

№ 206. Заглочный абсцесс. Лечение хирургическое с последующей антибактериальной терапией.

№ 207. Хронический субатрофический фарингит. Лечение консервативное: щелочно-масляные ингаляции, закапывание масел в нос, оральные антисептики, травяные чаи.

№ 208. Новообразование левой небной миндалины. Биопсия. Ультразвуковое исследование шейных лимфатических узлов в сочетании с тонкоигольной биопсией.

№ 209. Новообразование носоглотки. Биопсия, ультразвуковое исследование лимфоузлов в сочетании с тонкоигольной биопсией.

№ 210. Кандидоз глотки. Бактериологическое исследование. Противогрибковое лечение.

№ 211. Агранулоцитарная ангина. Лечение в гематологическом стационаре, направленное на стимуляцию гемопоэза.

№ 212. Фарингомикоз. Возможна тонзиллэктомия или криотонзиллотомия.

№ 213. Флегмона дна полости рта. Лечение хирургическое в сочетании с антибактериальной и дезинтоксикационной терапией.

№ 214. Инфекционный мононуклеоз. Длительность заболевания — до полутора месяцев. Характерны волнообразные подъемы температуры.

№ 215. Субатрофический фарингит. Определение скорости мукоцилиарного транспорта, флоры и чувствительности ее к антибиотикам. Лечение консервативное: ингаляции масел, смазывание задней стенки глотки раздражающими веществами, закапывание в нос препаратов, содержащих витамины А и Е. Оральные антисептики («Стрепсилс+», септолен и др.).

№ 216. Хронический гранулезный фарингит. Криовоздействие возможно.

№ 217. Ангина язычной миндалины. Осложнение — реактивный отек гортани.

№ 218. Боковой фарингит. Лечение консервативное с применением противовоспалительных, противоотечных и вяжущих препаратов.

№ 219. Дифтерия глотки. Бактериоскопия мазка из носа и глотки. Госпитализация в инфекционное отделение.

№ 220. Острый аденоидит. Боковой фарингит. Антибактериальные, гипосенсибилизирующие препараты. Местно — орошение носоглотки растворами антисептиков. Осложнения: сальпингоотит, острый средний отит, острый синусит.

№ 221. Острый гранулезный фарингит. Оральные антисептики, туширование гранул 1% раствором азотнокислого серебра. Ингаляции с вяжущими растворами.

№ 222. Фолликулярная ангина. Антибактериальные, гипосенсибилизирующие, жаропонижающие средства, витамины, травяные чаи. Местно: полоскания растворами антисептиков. Возможные осложнения: ревматизм, ревматоидный артрит, нефрит.

№ 223. Правосторонний паратонзиллярный абсцесс. Начинаящаяся флегмона шеи. Лечение хирургическое, производится на третьи-пятые сутки от начала заболевания. Коллярная медиастинотомия в сочетании со вскрытием абсцесса со стороны глотки в типичном месте.

№ 224. Ангина язычной миндалины. Лечение: антибактериальное, противоотечное, гипосенсибилизирующее.

№ 225. Передне-верхний паратонзиллярный абсцесс. Вскрытие абсцесса. Возможна абсцессотонзиллэктомия.

№ 226. Дифтерия глотки. Больной подлежит госпитализации в инфекционное отделение.

№ 227. Острый синусит. Острый ринофарингит. Необходима рентгенография околоносовых пазух в двух проекциях.

№ 228. Острый миелолейкоз. Больной нуждается в обследовании и лечении в гематологическом отделении.

№ 229. Левосторонний паратонзиллярный абсцесс. Флегмона гортани (диффузное подслизистое гнойное воспаление гортани). Лечение: ранняя трахеостомия, антибактериальное лечение.

№ 230. Бактериологическое исследование налетов, бактериоскопия мазка из глотки, серологические реакции, клинический анализ крови. Дифференцировать с ангиной Симановского — Венсана, ангиной при заболеваниях крови, дифтерией, сифилисом, туберкулезом.

№ 231. Больной не был консультирован стоматологом. Не санированы зубы.

№ 232. Возникла угроза отека гортани. Интенсивное противоотечное лечение.

№ 233. Срочная трахеостомия. Тампонада глотки, перевязка наружной сонной артерии справа.

№ 234. Дифтерия глотки. Бактериоскопия мазка из носа и глотки, бактериологическое исследование. Госпитализация в инфекционное отделение.

№ 235. Лечение хирургическое — тонзиллэктомия. Массивное антибактериальное лечение, дезинтоксикация, УФО аутокрови, гемосорбция.

№ 236. Боковая рентгенограмма шеи. Коллярная медиастинотомия. Осложнения: медиастинит, тонзиллогенный сепсис.

№ 237. Рецидив срединной кисты шеи. Патогенез — незаращение *ductusthyroglossus*. Не резецировано тело подъязычной кости.

№ 238. Осложнение связано с попаданием раствора новокаина в подслизистый слой гортани. Срочно требуется трахеостомия.

№ 239. Неполный наружный боковой свищ. Связан с незаращением *ductusthymopharyngeus*.

№ 240. Рубцовый стеноз пищевода. Пищевой завал. Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

№ 241. Третичный сифилис. Серологические реакции.

№ 242. Инородное тело пищевода (мясная кость). Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

№ 243. Инородное тело пищевода (мясная кость). Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

№ 244. Инородное тело пищевода (мясная кость). Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

№ 245. Острый ларингит. Ингаляции антибиотиков, кортикостероидов, эфирных масел, сосудосуживающих средств. Муколитики. Голосовой покой.

№ 246. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Отвлекающие процедуры, ингаляции с кортикостероидами, сосудосуживающими средствами, гипосенсибилизирующие медикаменты внутримышечно, в тяжелых случаях - кортикостероиды системно.

№ 247. Гортанная ангина. Экстренная госпитализация в ЛОР-стационар. Антибактериальное, дегидратационное, гипосенсибилизирующее лечение.

№ 248. Хронический гипертрофический диффузный ларингит. Ингаляции антибиотиков, вяжущих средств, глюкокортикоидов, масел. Элиминация раздражающих факторов (профессиональные вредности, курение).

№ 249. Нарушение функции гортанного нерва. Рентгенография легких, пищевода, средостения. Ультразвуковое исследование органов шеи. Фиброэзофагогастроскопия.

№ 250. Левосторонний паралич гортани вследствие пересечения возвратного нерва.

№ 251. ОРВИ на фоне хронического паралитического стеноза гортани. Показана срочная трахеостомия.

№ 252. Функциональная дисфония. Седативные средства, дарсонвализация гортани, психотерапия.

№ 253. Туберкулез гортани. Бактериологическое исследование трахеобронхиального секрета. Рентгенография органов грудной клетки.

№ 254. Склерома верхних дыхательных путей. Серологические реакции (Вассермана, Борде -Жангу), исследование слизистой оболочки на наличие клебсиеллы.

№ 255. Папилломатоз гортани. Лечение хирургическое. Противовирусное и иммуномодулирующее

лечение.

№ 256. Полип голосовой складки. Лечение хирургическое.

№ 257. Неспецифическая гранулема гортани. Лечение хирургическое.

№ 258. Солитарная папиллома гортани. Лечение хирургическое.

№ 259. Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Лечение комбинированное (хирургическое, лучевое).

№ 260. Рак гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов.

№ 261. Рак гортани. Лечение хирургическое (экстирпация гортани) или комбинированное.

№ 262. Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

№ 263. Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

№ 264. Новообразование гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки. Компьютерная томография средостения.

№ 265. Госпитализация в ЛОР-стационар. Постельный режим, голосовой покой. Системная антибактериальная терапия, противоотечная, гемостатическая терапия. Наблюдение. Может возникнуть необходимость наложения трахеостомы.

№ 266. Инородное тело трахеи. Рентгенограмма грудной клетки. Трахеобронхоскопия. Удаление инородного тела.

№ 267. Инородное тело правого нижнедолевого бронха. Бронхоскопия.

№ 268. Абсцесс надгортанника. Госпитализация. Вскрытие абсцесса. Интенсивное антибактериальное, дегидратационное, дезинтоксикационное лечение.

№ 269. При выполнении трахеостомии рассечена передняя стенка пищевода. Питание через желудочный зонд. Массивное антибактериальное лечение.

№ 270. Заменить трахеостомическую трубку на интубационную трубку, раздуть манжету. Кожную рану не зашивать.

№ 271. Паралитический стеноз гортани. Лечение хирургическое — эндоскопическая лазерная хордаритеноидотомия.

№ 272. Подкожная эмфизема. Необходима рентгенограмма шеи и грудной клетки. Следует частично снять швы.

№ 273. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии с применением миорелаксантов.

№ 274. Острый стенозирующий ларинготрахеит. Дегидратация, дезинтоксикация, антибактериальное лечение, антигистаминные препараты. Наблюдение.

№ 275. Удаление кости гортанным корнцангом при непрямой ларингоскопии.

№ 276. Аллергический отек глотки и гортани. Срочное введение кортикостероидов. Трахеостомия.

№ 277. Инородное тело (мясная кость), травма пищевода.

№ 278. Больной нуждается в госпитализации в ЛОР-стационар.

№ 279. Парагрипп. Острый ларингит. Антибиотики, средства, уменьшающие проницаемость сосудистой стенки. Щелочно-масляные ингаляции. Муколитики.

№ 280. Острый тиреоидит. Лечение в эндокринологическом отделении.

№ 281. Нарушение функции возвратного нерва справа. Лечение туберкулеза легких в туберкулезном отделении.

№ 282. Аллергический отек гортани Антигистаминные препараты, глюкокортикоиды.

№ 283. Абсцесс надгортанника. Вскрытие абсцесса. Госпитализация в ЛОР-стационар, антибактериальная дезинтоксикационная терапия.

№ 284. Интраоперационная травма левого возвратного нерва при струмэктомии. Терапия прозеринном, нейромедином, витаминами. Фонопедия.

№ 285. Папилломатоз гортани (облигатный предрак).

№ 286. Промывание желудка растворами щелочей. Противошоковое лечение. Детоксикация, дегидратация с целью профилактики отека гортани, глюкокортикоиды. Госпитализация в токсикологическое отделение

№ 287. Травма пищевода. Медиастинит. Голод, антибактериальное лечение. Парентеральное питание.

№ 288. Разрыв пищевода во время эзофагоскопии. Лечение хирургическое — коллярная медиастинотомия.

№ 289. Инородное тело дыхательных путей (аденоиды). Трахеотомия, удаление инородного тела.

№290. Гематома гортани. Срочная госпитализация. Трахеостомия. Антибактериальное, противоотечное лечение.