

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ**

**ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ  
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

**Куницкий В.С., Шабашов К.С.**

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ  
ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА ВГМУ**

**Учебно-методическое пособие**

**Витебск, 2012 г.**

УДК [616.21+616.31]:378(072)

ББК 56.8р30

К 91

Рецензент:

заведующий кафедрой отоларингологии УО «ВГМУ», доктор мед. наук,  
профессор В.И. Морхат

Куницкий В.С.,

К 91 Методические разработки для подготовки к практическим занятиям по оториноларингологии студентов 4-го курса стоматологического факультета ВГМУ. Учебно-методическое пособие. – Витебск: ВГМУ, 2012. – 64с.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 4-го курса стоматологического факультета по специальности: 1-79.01.07 «стоматология». В пособие включены методические разработки для практических занятий. Учебно-методическое пособие может быть использовано также врачами-стажерами, клиническими ординаторами и слушателями курсов повышения квалификации и переподготовки кадров с высшим образованием по оториноларингологии.



УДК [616.21+616.31]:378(072)

ББК 56.8р30

© Куницкий В.С., Шабашов К.С., 2012  
© УО «Витебский государственный  
медицинский университет», 2012

## СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
<b>Введение</b>	<b>5</b>
<b>Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов</b>	<b>7</b>
<b>Тема: Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки, носа и околоносовых пазух</b>	<b>18</b>
<b>Тема: Методы исследования, клиническая анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха. Внутреннее ухо, слуховой и вестибулярный анализаторы</b>	<b>23</b>
<b>Тема: Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР органов и неотложная помощь при них; заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, дифтерия, парезы и параличи мышц гортани, острый и хронический стеноз гортани. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха</b>	<b>29</b>
<b>Тема: Заболевания уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление наружного слухового прохода), серная пробка, острое гнойное воспаление среднего уха, особенности его течения в детском возрасте. Мастоидит. Хронический гнойный средний отит. Патология внутреннего уха, негнойные заболевания, внутричерепные отогенные осложнения</b>	<b>40</b>
<b>Тема: Заболевания носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа, травмы наружного носа, абсцесс перегородки носа, фурункул преддверия носа, острый и хронический ринит; острый и хронический синусит. Риногенные и орбитальные осложнения.</b>	<b>47</b>
<b>Тема: Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангины, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды.</b>	<b>54</b>

## АННОТАЦИЯ

Методические разработки представляют собой рекомендации для студентов 4-го курса стоматологического факультета с целью проведения самоподготовки к практическим клиническим занятиям по оториноларингологии. Схема построения пособия согласуется с тематикой практических занятий, проводимых на кафедре. Подробно изложены методики исследования ЛОР-органов, вопросы по анатомо-топографическим особенностям и физиологии уха, носа, глотки и гортани, которые должны знать студенты стоматологического факультета по каждой разбираемой теме занятий. В пособии представлены вопросы, касающиеся знаний и умений студентов по оториноларингологии, современные методы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний ЛОР-органов. Студенты знакомятся с вариантом тестов для определения исходного и итогового уровня знаний, вопросами для самоподготовки к практическим занятиям.

## ВВЕДЕНИЕ

Оториноларингология является специальной клинической дисциплиной, занимающейся изучением морфолого-физиологических особенностей и патологии верхних дыхательных путей и уха. Название специальности происходит от греческих слов otos- (ухо), rhinos- (нос), laryngos- (горло).

Ухо и верхние дыхательные пути в силу их расположения подвергаются влиянию вредных факторов окружающей среды: шума, вибрации, ионизирующего излучения, пыли, различных химических соединений, углового и прямолинейного ускорения. Во многих случаях факторы превышают предельно допустимые нормы. ЛОР-органы часто поражаются при острых и хронических инфекционных заболеваниях, вызывающих развитие патологии дыхательных путей и стойкое расстройство слуховой и вестибулярной функций, что сопровождается длительным нарушением трудоспособности пациента. Оториноларингологические заболевания нередко приводят к поражению различных органов и систем организма. Всё перечисленное делает очевидным необходимость тщательного изучения морфолого-физиологических особенностей и патологии ЛОР органов студентами стоматологического факультета медицинского университета.

Оториноларингология занимает особое место среди других медицинских дисциплин, что определяется, прежде всего, частотой поражения верхних дыхательных путей и уха: около 15% обращений пациентов в лечебные учреждения приходится на заболевания ЛОР-органов. Они могут вызывать развитие тяжелых, опасных для жизни пациентов осложнений – отогенного и риногенного менингита, абсцесса мозга, тромбоза внутричерепных синусов, сепсиса.

Некоторые ЛОР заболевания имеют большую социальную значимость, поскольку приводят к глухоте и хронической вестибулярной дисфункции.

В предварительном разделе курса студенты стоматологического факультета должны освоить эндоскопические и функциональные методы исследования уха, носа, глотки и гортани. Осознанное освоение этих методов требует одновременно и углубленного повторения анатомических и физиологических особенностей ЛОР-органов в клиническом освещении.

При прохождении клинического раздела особое внимание уделяется наиболее часто встречающимся заболеваниям ЛОР-органов. Обращается внимание на те заболевания, которые нередко вызывают изменения функции других органов и систем (гнойные воспаления среднего уха, хронический тонзиллит, одонтогенный гайморит и т.д.), порой приводящие к частичной или полной инвалидности. Студенты при этом знакомятся с современными методами диагностики, с основами дифференциального диагноза и с

особенностями специальных методов лечения. Особое внимание уделяется вопросам ургентной патологии, тонзиллярной проблеме, ЛОР онкологии, краевой патологии (склерома), отиатрии, профессиональным заболеваниям, травмам ЛОР-органов (производственным, спортивным и т.п.), профилактике этих заболеваний и повреждений.

Во время работы в стационаре студенты осваивают простейшие диагностические и лечебные манипуляции, знакомятся с вопросами определения трудоспособности, профессионального отбора, с организацией работы операционных и перевязочных, а также с методиками наиболее типичных операций.

Все замечания и предложения будут приняты с благодарностью и рассмотрены авторами.

## **Тема: «Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов».**

Данная тема отрабатывается на всех занятиях цикла по оториноларингологии.

Актуальность темы. Для усвоения нормальной картины ЛОР-органов и изменений их при различных патологических процессах студенты должны иметь представление об анатомии и физиологии ЛОР-органов и ознакомиться с методикой их исследования.

Цель самоподготовки. После самостоятельного изучения материала темы студенты должны иметь четкое представление о методике и технике осмотра ЛОР-органов.

Исходный уровень знаний. Приступая к освоению методик исследования ЛОР-органов, студенты должны использовать знания:

- 1) по анатомии ЛОР-органов из курса нормальной анатомии;
- 2) по физиологии ЛОР-органов из курса нормальной физиологии.

План изучения темы. Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

- 1) методика работы с лобным рефлектором и источником света;
- 2) методика осмотра полости носа;
- 3) методика осмотра глотки;
- 4) методика осмотра гортани;
- 5) методика осмотра уха.
- 6) исследование слухового и вестибулярного анализаторов.

### Вопросы для самоподготовки:

- 1) Правила работы с лобным рефлектором.
- 2) Две позиции передней риноскопии и описание риноскопической картины.
- 3) Два момента мезофарингоскопии и описание фарингоскопической картины.
- 4) Задняя риноскопия (эпифарингоскопия) и описание картины носоглотки.
- 5) Отличие гипофарингоскопии от не прямой ларингоскопии, методика гипофарингоскопии.
- 6) Три момента не прямой ларингоскопии и описание картины гортани.
- 7) Отоскопия, опознавательные элементы барабанной перепонки.

Обязательное для выполнения задание: составить перечень оборудования и инструментария, необходимых для выполнения эндоскопических методов исследования.

### План работы на предстоящем занятии.

1. Общие принципы обследования оториноларингологических пациентов в стационаре и поликлинике.

2. Принципы работы с лобным рефлектором и смотровым инструментарием.

3. Экзо- и эндоскопия ЛОР-органов.

4. Практическое выполнение студентами передней и задней риноскопии (эпифарингоскопии), мезофарингоскопии, гипофарингоскопии, не прямой ларингоскопии и отоскопии.

Учитывая важность вопросов овладения студентами методикой осмотра ЛОР-органов, в методическом указании по данной теме приводится ориентировочная основа действия студентов на занятии.

### **МЕТОДИКА ВЛАДЕНИЯ ЛОБНЫМ РЕФЛЕКТОРОМ**

1. Источник света располагается справа от пациента и немного сзади на уровне правой ушной раковины, отступая от нее на 10-15 см. Студент садится напротив пациента, ноги его располагаются у инструментального столика.

2. Лобный рефлектор крепится на голове врача при помощи оголовья, таким образом, чтобы отверстие рефлектора располагалось на уровне зрачка левого глаза и находилось вместе с осматриваемым органом в горизонтальной плоскости. Расстояние между врачом и осматриваемым органом не должно превышать 27-30 см (фокусное расстояние). Для правильной установки рефлектора необходимо прикрыть правый глаз и поворачивать левой рукой зеркало рефлектора до тех пор, пока отраженный свет не будет наведен на кончик носа или другой осматриваемый орган. Рефлектор расположен правильно, если левый глаз видит освещенный орган через отверстие рефлектора, вместе с тем исследуемый орган должен быть виден и правым глазом. Осмотр проводится бинокулярно.

### **МЕТОДИКА ОСМОТРА ГЛОТКИ**

1. Производится внешний осмотр и пальпация шеи, лимфатических узлов (верхних, передних, задних, боковых шейных и подчелюстных), определяется их величина, консистенция, подвижность, болезненность.

2. Осмотр полости рта (ороскопия). В левую руку берется шпатель следующим образом: большой палец - снизу, указательный и средний – сверху и снаружи шпателя. Шпателем оттягиваются поочередно правая и левая щека, осматривается слизистая оболочка, альвеолярные отростки, обращается внимание на цвет слизистой оболочки, наличие язв, ссадин, свищей. Оцениваются состояние зубов (наличие кариеса, пломб, зубных протезов) и прикус. При осмотре полости рта обследуемый должен свободно без напряжения открыть рот, равномерно дышать. В случае болезненности при открывании рта необходимо выяснить причину. У детей, в случае



сопротивления открыванию рта, помощнику приходится фиксировать голову ребенка. Поможет, в данном случае, и прижатие крыльев носа к перегородке носа. Если же ребенок и при этом не открывает рот, то шпатель вводится в угол рта позади больших коренных зубов по направлению к корню языка. Возникшие рвотные движения, вынуждают ребенка открыть рот. Осматривается язык (определяется его состояние: сухой, влажный, обложенный, выраженность сосочков, наличие лейкоплакий), твердое и мягкое небо (расстояние от него до задней стенки глотки, высота стояния, наличие рубцов, свищей, расщеплений, форма и размеры язычка).

3. Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки). Шпателем отдавливаются передние две трети языка. Обращается внимание на цвет и блеск слизистой оболочки ротоглотки, объем (величину) и консистенцию небных миндалин, спаянность их с небными дужками, содержимое лакун.

Мезофарингоскопия выполняется в два момента: 1) при обычном дыхании пациента, 2) при фонации звука «а», что позволяет проверить подвижность мягкого неба.

4. Эпифарингоскопия - осмотр носоглотки (см. методику задней риноскопии).

5. Гипофарингоскопия - осмотр гортаноглотки (см. методику непрямой ларингоскопии).

## **МЕТОДИКА ОСМОТРА НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

1. Производится осмотр и пальпация наружного носа, лицевых стенок лобных и верхнечелюстных пазух с описанием их состояния. Для осмотра преддверия носа, - его кончик приподнимают кверху большим пальцем левой руки при несколько отклоненной кзади голове пациента.

2. Передняя риноскопия. В левую руку берется носовое зеркало, которое укладывается на раскрытую ладонь ладонями книзу. Локоть левой руки опущен, а кисть руки, вместе с инструментом, остается подвижной. Носовое зеркало вводится в сомкнутом виде в преддверие правой половины носа пациента (приблизительно на 0,5 см), чтобы дистальный отдел бранши находился у крыла носа, избегая возможности травмы слизистой оболочки передних отделов перегородки носа. Опираясь инструментом на крыло носа, раздвигают бранши, осматривают полость носа при обычном положении головы (I позиция) и при ее запрокидывании (II позиция). При передней риноскопии обращается внимание на цвет и блеск слизистой оболочки, объем носовых раковин, форму перегородки носа и содержимое носовых ходов. Извлекают носовое зеркало в полусомкнутом положении, чтобы не «ушипить» за волоски преддверия полости носа пациента. Не меняя положения носового зеркала в левой руке, производится осмотр левой половины носа пациента по правилам, изложенным выше.

3. Задняя риноскопия (эпифарингоскопия). Для осмотра носоглотки в правую руку, как писчее перо, берется маленькое зеркало диаметром 8-10 мм, фиксированное в ручке удлинителя. Зеркальная поверхность нагревается несколько секунд над пламенем спиртовки (допустимо нагревание в емкости с горячей водой или над пламенем зажигалки). Степень нагрева определяется прикосновением металлической поверхности зеркала к коже тыльной части левой кисти врача. В левую руку берется шпатель: большой палец располагается на нижней стороне шпателя, указательный и средний - на верхней. Давлением шпателя на середину или передние две трети языка, оттесняя его книзу. Не касаясь слизистой оболочки ротоглотки и корня языка, носоглоточное зеркало вводится зеркальной поверхностью вверх за мягкое небо. Отраженный рефлектором свет должен падать на введенное зеркало. Поворачивая зеркало, рассматриваются анатомические элементы носоглотки: свод, хоаны, задние концы носовых раковин, устья слуховых труб, трубные валики.

### МЕТОДИКА ОСМОТРА ГОРТАНИ

1. Производится наружный осмотр передней и боковых поверхностей шеи, пальпация гортани. Обращается внимание на окраску кожного покрова шеи, наличие свищей, воспалительных инфильтратов, подвижность гортани, болезненность при пальпации, состояние регионарных лимфатических узлов. Определяется симптом «хруста» - при смещении гортани большим и указательным пальцем правой руки врача влево и вправо в горизонтальной плоскости.

2. Непрямая ларингоскопия. Исследуемого просят открыть рот и высунуть язык, который, с помощью наложенной сверху марлевой салфетки, удерживается в левой руке врача следующим образом: на верхней поверхности языка располагается большой палец, на нижней - средний. Указательный палец придерживает верхнюю губу от западения. В правую руку берется гортанное зеркало большего размера 25-30 см, фиксируемое в ручке удлинителя и удерживается, как писчее перо. Предварительно зеркальную поверхность зеркала нагревают над пламенем спиртовки (допустимо нагревание в емкости с горячей водой и над пламенем зажигалки). Зеркало вводится в полость рта зеркальной поверхностью книзу и прижимается к основанию язычка мягкого неба, который оттесняется зеркалом кзади и кверху. Гортань осматривается в три позиции: свободное дыхание, фонация звуков «ки» или «э», глубокий вдох. При фонации определяется подвижность и плотность смыкания голосовых складок. При глубоком вдохе - определяется симметричность расхождения голосовых складок, ширина голосовой щели, вестибулярные и голосовые складки и, вместе с тем, осматривается подскладковое пространство.

3. Гипофарингоскопия - при гипофарингоскопии выполняемой аналогично, как и непрямая ларингоскопия - осматриваются нижние отделы

глотки, включая язычную поверхность надгортанника. Обращают внимание на цвет и влажность слизистой оболочки, состояние корня языка (язычной миндалины), валекул, грушевидных синусов, надгортанника, черпалонадгортанных складок.

4. Прямая ларингоскопия выполняется в большинстве случаев у детей младшего возраста и у взрослых пациентов, при необходимости биопсии опухолевых образований гортани при опорной прямой микроларингоскопии.

### **МЕТОДИКА ОСМОТРА УХА**

1. Производится наружный осмотр и пальпация ушной раковины, козелка, сосцевидного отростка и регионарных лимфатических узлов.

2. Отоскопия. Подбирается ушная воронка, соответствующая ширине наружного слухового прохода. Ее необходимо ввести в перепончато-хрящевой отдел наружного уха легким вращающим движением следующим образом. При осмотре правого уха воронка берется за ободок большим и указательным пальцем правой руки. Большим и указательным пальцем левой руки ушная раковина оттягивается у взрослых кверху и кзади, а у детей младшего возраста книзу и кзади, что объясняется особенностями изгиба слухового прохода у лиц различного возраста. Оттягиванием ушной раковины слуховой проход выпрямляется. Как только воронка будет вставлена, - левая рука отпускает ушную раковину и поддерживает воронку, а правая рука накладывается на темя пациента и, в случае необходимости, изменяет положение его головы. При осмотре левого уха воронку берут в левую руку, ушная раковина оттягивается правой рукой и затем, после введения воронки, перекладывается на темя пациента. Вначале осматривается здоровое ухо. Обращается внимание на цвет кожи наружного слухового прохода, его ширину и содержимое, состояние барабанной перепонки (цвет, блеск, наличие перфорации, рубцов) и выраженность ее опознавательных элементов (световой рефлекс, рукоятка и короткий отросток молоточка, передняя и задняя молоточковые складки). Затем осматривается больное ухо.

### **МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ СЛУХОВОГО АНАЛИЗАТОРА**

I тест. Субъективный шум в ушах (СШ) оценивается по трем степеням. Первая степень (+) - ощущение шума выявляется лишь при активном опросе, вторая степень (+ +) - жалобы на шум в ушах предъявляются наряду с другими жалобами, третья степень (+ + +) - ощущение шума в ушах является ведущей жалобой пациента.

II тест. Результаты исследования шепотной речью (Ш.Р.) записываются в метрах, отдельно для каждого исследуемого уха.

III тест. Восприятие разговорной речи (Р.Р.) исследуется при нарушенном слухе. Результаты II и III тестов дают представление об остроте слуха.

IV тест. Исследование слуха на восприятие крика (Кр) с заглушением другого уха трещоткой Барани.

V тест. Длительность звучания (в секундах) басового камертона (С 128) через воздух.

VI тест. Длительность звучания (в секундах) дискантового камертона (С 2048) через воздух.

VII тест. Длительность звучания (в секундах) басового камертона (С 128) через кость.

VIII тест. Определение направления распространения звука - латерализация звука (проба Вебера) указывается в виде стрелки, направленной в сторону соответствующего уха.

IX тест. Определение костно-воздушной разницы восприятия звука (проба Ринне).

Результаты исследования слуха при помощи разговорной и шёпотной речи, а также камертональное исследование слуха вносятся в слуховой паспорт.

#### Слуховой паспорт

AD		AS
	СШ	
	РР	
	ШР	
	С <sub>128</sub> в (N – 60 сек.)	
	С <sub>128</sub> к (N – 30 сек.)	
	С <sub>2048</sub> (N – 30 сек.)	
	R	
	W	

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ ВЕСТИБУЛЯРНОГО АНАЛИЗАТОРА

I тест. **Субъективные ощущения** - СО (жалобы). Характер головокружения (ощущение вращения окружающих предметов, мелькание «мушек» перед глазами и др.), характер и степень нарушения походки; усиление головокружения и изменение направления отклонения туловища при перемене положения головы; наличие тошноты и рвоты во время головокружения.

II тест. **Поза Ромберга**: исследуемый стоит, носки и пятки сдвинуты вместе, руки вытянуты на уровне груди, пальцы рук раздвинуты, глаза закрыты (исследователю необходимо быть готовым к тому, что пациент при выполнении этой пробы может упасть). При нарушении функции лабиринта пациент будет отклоняться в сторону, противоположную имеющемуся спонтанному нистагму. Для нарушения функции лабиринта характерно изменение направления отклонения туловища при перемене положения головы. При заболевании

мозжечка перемена положения головы не влияет на направление отклонения туловища. Пациент отклоняется только в сторону поражения.

### III тест. Походка:

а) ходьба по прямой - исследуемый проходит пять шагов вперед по прямой линии с закрытыми глазами и пять шагов назад;

б) фланговая ходьба - пациент отставляет вправо правую ногу, левую - приставляет, так делает пять шагов. Затем аналогично выполняет фланговую ходьбу в левую сторону. При нарушении функции лабиринта фланговая походка выполняется в обе стороны. При поражении мозжечка пациент не может выполнить фланговую походку в сторону поражения.

### IV тест. Определение наличия или отсутствия спонтанного нистагма:

1) исследующий садится напротив испытуемого;

2) устанавливает свой указательный палец справа (или слева) на расстоянии 60-70 см от глаз пациента под углом  $45^\circ$  и просит его смотреть на палец. Если спонтанный нистагм есть, определяются его характеристики (плоскость, направление, сила, амплитуда, быстрота). Например: спонтанный горизонтальный нистагм вправо (или влево), II степени, мелкоамплитудный, живой.

V тест. Калорическая проба. Перед исследованием необходимо выяснить, не было ли у испытуемого заболевания среднего уха, провести отоскопию.

При отсутствии перфорации барабанной перепонки можно приступить к калорической пробе:

1) врач набирает в шприц Жане 100 мл воды температурой  $10^\circ-12^\circ\text{C}$ ;

2) испытуемый сидит с отклоненной головой назад на  $60^\circ$ ;

3) испытуемый фиксирует взгляд на указательном пальце исследователя, установленном слева (или справа) на расстоянии 60-70 см от глаз испытуемого;

4) по задне-верхней стенке наружного слухового прохода вливается вода до появления нистагма;

5) врач определяет нистагм по плоскости, направлению, силе, амплитуде, быстроте;

6) определяется количество воды, пошедшей на то, чтобы вызвать нистагм. В норме оно равно 50 – 100 мл.

Калорическая проба с горячей водой ( $t = 40 - 45^\circ\text{C}$ ) производится аналогично. При вливании холодной воды ( $t = 10^\circ-12^\circ\text{C}$ ) нистагм направлен в противоположную раздражаемому уху сторону. При вливании горячей воды нистагм направлен в сторону раздражаемого уха.

### VI тест. Вращательная проба:

1) испытуемого усадить на вращающееся кресло (кресло Барани). Спина должна плотно упираться в спинку кресла, ноги на подставке, руки - на подлокотниках;

2) закрыть глаза, голову наклонить на  $30^\circ$  вперед;

3) вращение производить равномерно: 10 оборотов вправо или влево за 20 сек;

4) резко остановить кресло и поднять голову;

5) испытуемый должен открыть глаза и фиксировать взгляд на пальце врача (врач держит палец отведенный в сторону предполагаемого быстрого компонента нистагма, направленного в противоположную сторону от направления вращения испытуемого на расстоянии 60-70 см от его глаз);

6) врач определяет нистагм по направлению, плоскости, силе, амплитуде, продолжительности. Если нистагм отмечается только при взгляде в сторону быстрого компонента нистагма, а при взгляде прямо - его нет, то это нистагм I степени. Если же имеется нистагм при взгляде в сторону быстрого компонента и при взгляде прямо - это нистагм II степени. Если нистагм выявляется при взгляде в сторону быстрого компонента, прямо и при взгляде в сторону медленного компонента - это нистагм III степени. При нормальной возбудимости лабиринта поствращательный нистагм длится 15-20 секунд. Через 10 минут проводится аналогичное вращение в другую сторону.

#### **VII тест. Прессорная проба:**

1) исследующий садится напротив испытуемого;

2) испытуемый держится руками за стол, фиксирует взгляд на середине лба врача;

3) исследующий указательным пальцем левой руки резко надавливает на козелок справа (или слева) или сгущает воздух в наружном слуховом проходе с помощью баллона Политцера или воронки Зигле. При нормальном состоянии лабиринта нистагма не будет. При наличии фистулы в латеральном (горизонтальном) полукружном канале нистагм будет в ту же сторону. При разрежении воздуха в наружном слуховом проходе (при декомпрессии) нистагм будет направлен в противоположную сторону. С учетом основных тестов составляется вестибулярный паспорт.

Далее студент должен усвоить методику выполнения двойной пробы с вращением (отолитовой пробы) и ее оценку:

1) испытуемый садится в кресло Барани, закрывает глаза и наклоняет голову вместе с туловищем на 90°;

2) произвести вращение вправо (или влево) - 5 оборотов за 10 секунд, резко остановить кресло;

3) через 5 секунд после вращения пациенту предлагается открыть глаза и выпрямиться. По отклонению головы и туловища в сторону вращения (соматическая реакция) и вегетативной реакции оценивают состояние функции отолитового аппарата (4 степени отолитовой реакции (ОР) по В.И. Воячку).

**ОР (по В.И. Воячку)**

Соматическая реакция:

О - отсутствие реакции;

1 - незначительное отклонение туловища (до 5° от вертикальной оси);

2 - резкое отклонение туловища (от 5° до 30° от вертикальной оси);

3 - падение (исследуемый не может удержаться в кресле).

**Вегетативная реакция :**

0 - отсутствие вегетативных расстройств;

1 - субъективные ощущения (головокружение, подташнивание);

2 - побледнение или покраснение лица, изменение сердечной и дыхательной деятельности;

3 - изменение сердечной и дыхательной деятельности, тошнота и рвота.

**НАЗВАНИЕ ТЕМ ЗАНЯТИЙ И РАСЧЕТ УЧЕБНОГО ВРЕМЕНИ:**

Тема занятия и перечень учебных вопросов	Количество выделенного времени в минутах
<p><b>№1 «Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки, носа и околоносовых пазух».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Изучение клинической анатомии глотки, носа и околоносовых пазух</p> <p>Освоение навыков осмотра глотки, носа и околоносовых пазух.</p>	<p>5 мин</p> <p>10 мин</p> <p>45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>60 мин</p>
<p><b>№2 «Методы исследования и клиническая анатомия, физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха. Внутреннее ухо, слуховой и вестибулярный анализаторы».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Изучение клинической анатомии гортани, трахеи, бронхов, пищевода и наружного, среднего и внутреннего уха.</p> <p>Освоение навыков осмотра гортани, наружного и среднего уха, изучение состояния внутреннего уха.</p>	<p>5 мин</p> <p>10 мин</p> <p>45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>60 мин</p>

<p><b>№3 «Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР-органов и неотложная помощь при них. Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, дифтерия, парезы и параличи мышц, острый и хронический стеноз гортани. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Обход тематических больных в ЛОР отделении</p> <p>Освоение на муляжах навыков оказания больным срочной ЛОР помощи.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин</p> <p>150 мин</p>
<p><b>№4 «Заболевания уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление наружного слухового прохода), серная пробка, острое гнойное воспаление среднего уха, особенности его течения в детском возрасте. Мастоидит. Хронический гнойный средний отит. Патология внутреннего уха, негнойные заболевания. Внутричерепные осложнения».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Обход и осмотр тематических больных в ЛОР отделении</p> <p>Курация больных: обследование, с целью написания учебной истории болезни.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 150 мин</p> <p>60 мин</p>



<p><b>№5 «Заболевания носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа, травмы наружного носа, абсцесс перегородки носа, фурункул преддверия носа, острый и хронический ринит; острый и хронический синусит. Риногенные и орбитальные осложнения».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Обход и осмотр тематических больных в ЛОР отделении</p> <p>Курация больных: обследование, с целью написания учебной истории болезни.</p> <p>Итоговое тестирование.</p>	<p>5 мин</p> <p>10 мин</p> <p>45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>60 мин</p> <p>40 мин</p>
<p><b>№6 «Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангины, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды».</b></p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия.</p> <p>Контроль исходного уровня знаний студентов.</p> <p>Разбор темы путем опроса.</p> <p>Обход и осмотр тематических больных в ЛОР отделении</p> <p>Курация больных: обследование, с целью написания учебной истории болезни.</p> <p>Подписание зачета.</p>	<p>5 мин</p> <p>10 мин</p> <p>45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>20 мин</p>

## **ТЕМА № 1 «Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки, носа и околоносовых пазух».**

**Актуальность темы.** Заболевания полости носа, околоносовых пазух и глотки занимают ведущее место в патологии зубов и челюстно-лицевого аппарата, дыхательных путей, сердечно-сосудистой системы, опорно-двигательного аппарата, почек и т. д. Изучение клинической анатомии и физиологии носа, околоносовых пазух и глотки позволит понять сложные функциональные взаимосвязи их с другими органами и системами организма.

**Цель самоподготовки.** В процессе самоподготовки к практическому занятию студент должен изучить клиническую анатомию, физиологию носа, околоносовых пазух и глотки и повторить методику их исследования.

**Исходный уровень знаний.** Для усвоения материала темы студенты должны использовать знания:

- 1) по строению носа, околоносовых пазух, челюстей и глотки из курса нормальной анатомии;
- 2) по физиологии носа, околоносовых пазух, зубов и глотки из курса нормальной физиологии;
- 3) по методике рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух, челюстей, анализу рентгенограмм из курса рентгенологии.

**План изучения темы.** Для успешного усвоения темы рекомендуется следующая последовательность ее изучения:

- 1) анатомо-топографические особенности наружного носа, носовой полости, особенности строения слизистой оболочки;
- 2) строение и топография околоносовых пазух, особенности их развития в возрастном аспекте, соотношение с зубо-челюстной системой;
- 3) строение обонятельного рецептора, проводящие пути и центры обонятельного анализатора;
- 4) функции носа;
- 5) исследование дыхательной и обонятельной функций;
- 6) методы исследования носа и околоносовых пазух;
- 7) анатомо-топографические особенности глотки и лимфаденоидного глоточного кольца;
- 8) функции глотки и небных миндалин;
- 9) методы исследования глотки.

### **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ.**

1. На какие отделы делится глотка?
  - 1.1. Носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка.
  - 1.2. Ротоглотка, передняя, задняя глотка.
  - 1.3. Боковая глотка, носоглотка, нижняя глотка.
  - 1.4. Задняя глотка, носоглотка, боковая глотка.
  - 1.5. Передняя, задняя, нижняя глотка.
  
2. Назовите место расположения трубных миндалин:
  - 2.1. В устье слуховой трубы.
  - 2.1. Розенмюллеровая ямка.
  - 2.2. На задней стенке глотки.
  - 2.3. На верхней стенке глотки.
  
3. Укажите место расположения глоточной миндалины:
  - 3.1. На задней стенке ротоглотки.
    - 3.1. В своде носоглотки.
    - 3.2. На боковой стенке глотки.
    - 3.3. На сошнике.
  
4. Назовите место расположения небных миндалин:
  - 4.1. Между небной дужкой и задней стенкой глотки.
  - 4.1. Между небной дужкой и боковой стенкой глотки.
  - 4.2. Между небными дужками.
  
5. В каком возрасте обычно начинается инволюция глоточной миндалины?
  - 5.1. В 12 лет.
  - 5.2. В 15 лет.
  - 5.3. В 20 лет.
  - 5.4. В 40 лет.
  
6. Укажите образование в заглоточном пространстве у детей младшего возраста:
  - 6.1. Лимфатические узлы, клетчатка.
  - 6.2. Мышцы глотки, клетчатка.
  - 6.3. Сосудисто-нервный пучок шеи.
  
7. Назовите составные части костного остова наружного носа:
  - 7.1. Плоские носовые кости, лобные отростки верхней челюсти.
  - 7.2. Лобные кости, решетчатая кость.
  - 7.3. Лобные отростки верхней челюсти, решетчатая кость.

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИТоговые ТЕСТЫ.

8. Сколько степеней гиперплазии небных миндалин Вы знаете?

8.1. Четыре степени.

8.2. Две степени.

8.3. Три степени.

8.4. Пять степеней.

9. Укажите куда переходит книзу парафарингеальное пространство?

9.1. В переднее средостение.

9.2. В заднее средостение.

9.3. В паратонзиллярное пространство.

9.4. Заканчивается слепо.

10. Чем образована нижняя стенка носовой полости?

10.1. Двумя небными отростками верхней челюсти, небной костью.

10.2. Основной и небной костью.

10.3. Решетчатой и основной костью.

10.4. Двумя горизонтальными пластинками небной кости, двумя небными отростками верхней челюсти.

11. Назовите околоносовые пазухи, открывающиеся в средний носовой ход:

11.1. Верхнечелюстная, задние клетки решетчатой кости.

11.2. Лобная, основная.

11.3. Передние и средние клетки решетчатой кости, лобная, верхнечелюстная.

11.4. Задние клетки решетчатой кости, лобная.

11.5. Основная пазуха, верхнечелюстная, лобная, передние клетки решетчатой кости.

12. Перечислите околоносовые пазухи у детей раннего возраста:

12.1. Верхнечелюстные и лобные пазухи.

12.2. Клетки решетчатой кости, верхнечелюстная пазуха.

12.3. Лобная пазуха, решетчатая кость.

12.4. Клиновидная и лобная пазухи.

13. Каким эпителием выстлана слизистая оболочка носовой полости?

13.1. Многослойным плоским эпителием.

13.2. Многослойным кубическим эпителием.

13.3. Многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием.

14. Укажите наиболее частое место расположения кровотоковой зоны носовой перегородки?

14.1. Передне-верхний отдел носовой перегородки.

14.2. Передне-нижний отдел носовой перегородки.

14.3. Задне-верхний отдел носовой перегородки.

14.4. Задне-нижний отдел носовой перегородки.

#### Вопросы для самоподготовки:

- 1) костная и хрящевая основа наружного носа и его элементы;
- 2) стенки носовой полости и их особенности;
- 3) особенности строения слизистой оболочки носовой полости;
- 4) основные функции носа;
- 5) значение носового дыхания для организма;
- 6) исследование обоняния с помощью набора пахучих веществ (по В.И. Воячеку) и ольфактометрия;
- 7) околоносовые пазухи (передняя и задняя группы);
- 8) стенки верхнечелюстной пазухи и их значение в клинике, соотношение альвеолярных бухт к корням зубов;
- 9) стенки лобной пазухи и их значение в клинике;
- 10) анатомия решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи;
- 11) сообщение околоносовых пазух с носовыми ходами и значение их состояния в диагностике синуситов;
- 12) методы исследования околоносовых пазух;
- 13) отделы глотки;
- 14) основные компоненты лимфаденоидного глоточного кольца и его функции;
- 15) заглочное пространство и особенности его строения у детей младшего возраста;
- 16) методы исследования глотки.

#### Обязательные для выполнения задания.

1. Нарисовать нормальную картину носа и носоглотки при передней и задней риноскопии.
2. Нарисовать проекцию околоносовых пазух на лице.
3. Нарисовать нормальную картину ротоглотки.

#### УИРС:

1. Исследовать в сравнении у больных с различными заболеваниями полости носа и пазух степень нарушения дыхания через нос.
2. Исследовать в сравнении у больных с различными заболеваниями полости носа и пазух степень нарушения обоняния.

### План работы на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Усвоение анатомо-топографических особенностей носа, околоносовых пазух и глотки по таблицам, муляжам, слайдам и костным препаратам.
3. Повторение методики осмотра носа, околоносовых пазух и глотки друг на друге.
4. Исследование дыхательной и обонятельной функций.
5. Решение ситуационных задач.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатова и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва., 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Французов Б.Л., Французова С.Б. Лекарственная терапия заболеваний уха, носа и горла. - К., 1988. - 280с.
11. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
12. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

## **ТЕМА №2 «Методы исследования и клиническая анатомия, физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха. Внутреннее ухо, слуховой и вестибулярный анализаторы».**

Актуальность темы. Нарушения нормальных анатомических и функциональных взаимоотношений в гортани приводит к развитию различных патологических процессов, проявляющихся прежде всего нарушением дыхания, развитием стенозов гортани, голосовой дисфункцией, поражением нижележащих дыхательных путей. Инородные тела и травмы пищевода могут привести к серьезным, опасным для жизни осложнениям. Ухо обеспечивает человеку слуховую и вестибулярную функции.

Цель самоподготовки. После самостоятельного изучения материала студенты должны знать клиническую анатомию, физиологию гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного, среднего и внутреннего уха; повторить методику отоскопии и непрямой ларингоскопии; теоретически изучить прямые методы исследования и представлять нормальную картину этих органов при их исследовании. Знать и интересоваться результатами исследований слуховой и вестибулярной функции.

Исходный уровень знаний. Для усвоения материала темы студенты должны использовать знания:

- 1) по строению гортани, трахеи, бронхов, пищевода и уха из курса нормальной анатомии;
- 2) по физиологии гортани, трахеи, бронхов, пищевода и уха из курса нормальной физиологии.

План изучения темы. Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

- 1) изучение топографии гортани;
- 2) хрящи, суставы и связки гортани;
- 3) мышцы гортани (наружные и внутренние);
- 4) деление гортани на три отдела;
- 5) кровоснабжение и иннервация гортани;
- 6) клиническая анатомия трахеи, бронхов и пищевода;
- 7) физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода;
- 8) методики исследования гортани, трахеи, бронхов и пищевода.
- 9) строение наружного уха;
- 10) строение барабанной перепонки;
- 11) анатомия среднего уха (барабанной полости, сосцевидного отростка);

- 12) анатомия внутреннего уха (костного и перепончатого лабиринтов);
- 13) исследование уха (наружный осмотр и пальпация, отоскопия, определение проходимости слуховых труб, рентгенография височных костей);
- 14) исследование слухового и вестибулярного анализаторов.

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ ГОРТАНЬ

1. Назовите парные хрящи гортани:

- 1.1. Черпаловидные, щитовидные, сесамовидные.
- 1.2. Клиновидные, черпаловидные, рожковидные.
- 1.3. Рожковидные, перстневидные, сесамовидные.

2. Назовите непарные хрящи:

- 2.1. Надгортанник, сесамовидный, черпаловидный.
- 2.2. Щитовидный, клиновидный, рожковидный.
- 2.3. Перстневидный, щитовидный, надгортанник.

3. Назовите какой хрящ гортани является ее фундаментом?

- 3.1. Щитовидный.
- 3.2. Перстневидный.
- 3.3. Черпаловидный.
- 3.4. Клиновидный.

4. Укажите место расположения конической связки?

- 4.1. Между дугой перстневидного хряща и щитовидным хрящом.
- 4.2. Между щитовидным хрящом и подъязычной костью.
- 4.3. Между дугой перстневидного хряща и первым кольцом трахен.
- 4.4. Между щитовидным хрящом и надгортанником.

5. Назовите наружные мышцы гортани:

- 5.1. Грудино-подъязычная, двубрюшная, грудино-щитовидная.
- 5.2. Грудино-щитовидная, грудино-подъязычная, щитовидная.
- 5.3. Шило-подъязычная, челюстно-подъязычная.

6. Назовите отделы гортани:



- 6.1. Вестибулярный отдел, передний, нижний.
- 6.2. Средний отдел, боковой, нижний.
- 6.3. Боковой отдел, средний, вестибулярный.
- 6.4. Задний отдел, передний, верхний.
- 6.5. Передний отдел, задний, нижний.

### **НАРУЖНОЕ, СРЕДНЕЕ И ВНУТРЕННЕЕ УХО**

7. Задняя костная стенка наружного слухового прохода граничит:

7.1. Антрумом, клетками сосцевидного отростка.

7.1. Луковицей яремной вены.

7.2. Каналом сонной артерии.

8. Передняя костная стенка наружного слухового прохода граничит с:

8.1. Суставом нижней челюсти.

8.1. Каналом сонной артерии.

8.2. Околоушной слюнной железой.

9. С помощью каких образований костный лабиринт сообщается с барабанной полостью?

9.1. Слуховая труба.

9.2. Вестибулярное и кохлеарное окна.

9.3. Внутренний слуховой проход.

### **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ.**

10. Назовите основную мышцу, которая расширяет голосовую щель:

10.1. Задняя перстне-черпаловидная мышца.

10.2. Поперечная черпаловидная мышца.

10.3. Щито-черпаловидная мышца.

10.4. Черпало-надгортанная мышца.

11. Сколько отростков имеет черпаловидный хрящ?

11.1. Один.

11.2. Два.

11.3. Три.

11.4. Четыре.

12. На медиальной стенке барабанной полости различают:

- 12.1. Мыс, нишу вестибулярного окна, нишу кохлеарного окна, канал лицевого нерва.
- 12.2. Ампулу горизонтального полукружного канала.
- 12.3. Сферическое и эллиптическое углубление.

13. На задней стенке барабанной полости находятся:

- 13.1. Вход в пещеру, возвышение ампулы горизонтального полукружного канала, канал лицевого нерва.
- 13.2. Пирамидальный отросток.
- 13.3. Слуховая труба.

14. На передней стенке барабанной полости находятся:

- 14.1. Устье слуховой трубы, костная стенка канала внутренней сонной артерии.
- 14.2. Тимпанальные клетки.
- 14.3. Отверстие барабанного канальца.

15. Нижняя стенка барабанной полости:

- 15.1. Граничит с луковницей яремной вены.
- 15.2. Имеет пневматические клетки.
- 15.3. Имеет дегисценции.
- 15.4. Граничит с каналом внутренней сонной артерии.

16. Сосцевидный отросток может быть по своему строению:

- 16.1. Пневматическим, склеротическим, диплоэтическим.
- 16.2. Смешанным.
- 16.3. Гипопластическим.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) верхняя и нижняя границы гортани;
- 2) хрящи гортани;
- 3) суставы и связки гортани;
- 4) наружные и внутренние мышцы гортани;
- 5) этажи гортани;
- 6) особенности строения слизистой оболочки гортани;
- 7) кровоснабжение и иннервация гортани;

- 8) рефлексогенные зоны гортани;
- 9) основные функции гортани;
- 10) анатомия трахеи и бронхов;
- 11) методы исследования гортани;
- 12) картина гортани при непрямой ларингоскопии;
- 13) методы исследования трахеи и бронхов;
- 14) анатомия пищевода;
- 15) методы исследования пищевода;
- 16) отделы наружного слухового прохода и топография его стенок;
- 17) строение барабанной перепонки;
- 18) система полостей среднего уха;
- 19) топография стенок барабанной полости, ее отделы и содержимое;
- 20) анатомия слуховой трубы (отделы, устья) и ее функции;
- 21) типы строения сосцевидного отростка;
- 22) топография лицевого нерва;
- 23) методы исследования проходимости слуховой трубы;
- 24) определение подвижности барабанной перепонки.

#### Обязательные для выполнения задания.

1. Нарисовать нормальную картину гортани при непрямой ларингоскопии, обозначить основные анатомические образования.
2. Нарисовать схему этажей гортани.
3. Нарисовать отоскопическую картину правой барабанной перепонки.
4. Нарисовать отоскопическую картину левой барабанной перепонки.

#### **УИРС:**

1. Определить степень затруднения дыхания у пациентов с различными заболеваниями глотки и гортани.

#### План работы на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Усвоение анатомии гортани по таблицам, слайдам, муляжам и макропрепаратам.
3. Повторение друг на друге методики непрямой ларингоскопии.
4. Демонстрация инструментария для прямой ларингоскопии и трахеобронхоэзофагоскопии.
5. Зарисовки ларингоскопической картины.

6. Усвоение анатомо-топографических особенностей уха по таблицам, слайдам, муляжам и костным препаратам.
7. Выполнение зарисовок отоскопической картины в норме.
8. Решение ситуационных задач.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатов и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва., 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Французов Б.Л., Французова С.Б. Лекарственная терапия заболеваний уха, носа и горла. - К., 1988. - 280с.
11. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
12. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

**ТЕМА № 3 «Травмы, инородные тела, кровотечения из ЛОР-органов и неотложная помощь при них. Заболевания гортани: острый и хронический ларингит, острый ларинготрахеит у детей, дифтерия, парезы и параличи мышц, острый и хронический стеноз гортани. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей и уха».**

Актуальность темы. В практике врачу любой специальности в мирное и военное время приходится встречаться с травмами, инородными телами и кровотечениями из ЛОР-органов, требующими неотложной помощи, правилами оказания которой должны владеть врачи различных специальностей. В ряде случаев благополучный исход заболевания будет зависеть от своевременного и правильного оказания неотложной помощи.

Заболевания гортани протекают с нарушением дыхательной и голосообразовательной функций, развитием острых и хронических стенозов гортани, при которых требуется оказание неотложной медицинской помощи, методиками которой должны владеть врачи всех специальностей. В процессе изучения материала темы необходимо получить представление о многообразии опухолей верхних дыхательных путей и уха, инфекционных гранулемах, сложности их диагностики, принципах профилактики, диспансеризации и лечения.

Цель самоподготовки. Изучить клиническую симптоматику травм, инородных тел, кровотечений из ЛОР-органов и тактику врача при данной патологии. Изучить клиническую симптоматику заболеваний гортани, методы обследования, дифференциальную диагностику, принципы лечебной помощи при этих заболеваниях. Изучить клиническую картину, принципы ранней диагностики и профилактики злокачественных новообразований, основные методы их лечения. Ознакомиться с доброкачественными опухолями верхних дыхательных путей и уха и инфекционными гранулемами (склерома, сифилис, туберкулез).

#### Исходный уровень знаний.

Для усвоения материала темы студент должен использовать знания:

- 1) по клинической анатомии верхних дыхательных путей и уха из пропедевтической части оториноларингологии;
- 2) по методике рентгенологического исследования ЛОР-органов, трахеи, пищевода, легких и анализ их рентгенограмм из курса рентгенологии;
- 3) по технике хирургической обработки ран из курса общей хирургии;
- 4) по нарушению функций организма при дыхательной недостаточности из курса патологической физиологии;

5) по характеристике микроорганизмов, вызывающих склерому, сифилис, туберкулез из курса микробиологии;

6) по клинике туберкулезной и сифилитической инфекции из курсов фтизиатрии и дерматовенерологии;

#### План изучения темы.

Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

1) травмы ЛОР-органов мирного и военного времени, неотложная помощь при них;

2) химические ожоги глотки, гортани и пищевода;

3) инородные тела носа;

4) инородные тела глотки, пищевода;

5) инородные тела гортани, трахеи, бронхов;

6) инородные тела уха;

7) носовые кровотечения;

8) острый ларингит;

9) хронический ларингит (катаральный, гиперпластический, атрофический);

10) острый ларинготрахеит у детей, классификация, клиника, лечение;

11) дифтерия гортани;

12) парезы и параличи мышц гортани;

13) острый и хронический стеноз гортани, интубация и трахеостомия;

14) классификация опухолей верхних дыхательных путей;

15) доброкачественные опухоли верхних дыхательных путей и уха;

16) юношеская ангиофиброма основания черепа;

17) папилломатоз гортани у детей;

18) злокачественные опухоли носа и околоносовых пазух;

19) тонзиллярные (радиочувствительные) опухоли глотки;

20) рак гортани, стадии и клиника;

21) принципы и методы лечения рака гортани;

22) склерома верхних дыхательных путей;

23) туберкулез гортани, глотки и уха;

24) сифилис носа, глотки и гортани.

## **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ**

### **УРГЕНТНАЯ ЛОР ПОМОЩЬ**

1. При сочетании каких общих заболеваний наиболее часто страдает сосудистая система полости носа?

18. Для II стадии стеноза гортани характерно.
- 18.1. Появление одышки при ходьбе.
  - 18.2. Инспираторная одышка в покое с включением в дыхательный акт вспомогательных мышц, стридор, бледность, беспокойство больного.
  - 18.3. Потеря сознания, кожа бледно-серого, синюшного цвета, резкое затруднение дыхания, вплоть до остановки, падение АД.
19. Какой из видов лечения при стенозе гортани в стадии компенсации не применяется:
- 19.1. Антигистаминные препараты в/м.
  - 19.2. Глюконат кальция в/м.
  - 19.3. Эфедрин – возрастной дозировке внутрь.
  - 19.4. Рефлекторная терапия (горчичники, горячие ножные ванны)
  - 19.5. Тепло-влажные ингаляции.
  - 19.6. Интубация гортани и трахеи.
20. Причина возникновения подскладковых ларингитов:
- 20.1. Анатомически узкая гортань, хорошо развита рыхлая ткань в подскладочном пространстве, аллергический фактор, ослабление иммунитета.
  - 20.2. Частые ринофарингиты.
  - 20.3. Сахарный диабет.
21. Характерные симптомы хронического ларингита:
- 21.1. Двухстороннее воспаление голосовых складок, гиперемия и недостаточное смыкание их, охриплость.
  - 21.2. Вестибулярные складки гиперемированы, стойкий субфебрилитет, постоянный кашель.
22. Укажите ранние симптомы при опухолях гортани с локализацией на голосовых складках?
- 22.1. Кашель.
  - 22.2. Затрудненное дыхание.
  - 22.3. Кровохарканье.
  - 22.4. Охриплость.

- 1.1. Атеросклероз и гипертоническая болезнь, инфекционные, вирусные васкулиты и гиповитаминоз С и Р.
  - 1.2. Нейро-вегетативные и эндокринные вазопатии и вазодистрофии.
  - 1.3. Хронические отиты, цирроз печени и анемии.
  - 1.4. Заболевания щитовидной железы и ожирение.
2. Основные мероприятия при оказании доврачебной помощи при носовых кровотечениях:
- 2.1. Придание больному полусидячего положения, холод на переносицу, прижатие крыльев носа, введение в передние отделы полости носа ватного тампона с 3% р-ром перекиси водорода, коррекция АД.
  - 2.2. Придание больному лежащего положения или запрокидывание головы.
3. Какие вещества вызывают более глубокие химические ожоги пищевода?
- 3.1. Кислоты.
  - 3.1. Щелочи.
  - 3.2. Спирты.
4. В каких местах происходят более глубокие поражения пищевода химическими агентами?
- 4.1. В местах физиологических сужений пищевода, где рефлекторный спазм задерживает ядовитую жидкость.
  - 4.1. Грудной отдел пищевода.
  - 4.2. В месте перехода пищевода в желудок.
5. Какое из отдаленных последствий чаще имеет место после химического ожога пищевода?
- 5.1. Рубцовый стеноз пищевода.
  - 5.2. Пищеводно-бронхиальные свищи.
  - 5.3. Хроническая печеночная недостаточность.
6. В каком возрасте чаще встречаются инородные тела дыхательных путей?
- 6.1. Ранний детский.
  - 6.2. Детский.
  - 6.3. Взрослые.
  - 6.4. Старческий возраст.



7. В какой бронх чаще попадают инородные тела?

7.1. Левый.

7.2. Правый.

7.2. Оба бронха.

8. Какое исследование является ведущим при диагностике злокачественной опухоли носа и околоносовых пазух?

8.1. Бактериологическое исследование.

8.2. Гистологическое исследование.

8.3. Рентгенологическое исследование.

8.4. Ультразвуковое исследование.

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИТоговые ТЕСТЫ

9. Первая врачебная помощь при носовых кровотечениях:

9.1. Выяснить причину кровотечения, определить локализацию и массивность его, освободить нос от крови и сгустков, провести переднюю тампонаду полости носа марлевыми тампонами с 5% аминокaproновой кислотой, гемостатической пастой и другими средствами.

9.2. Передняя тампонада с 10% раствором хлористого кальция.

9.3. перевязка наружной сонной артерии.

10. Каковы способы остановки носового кровотечения из передне-нижнего отдела перегородки носа?

10.1. Сосудосуживающие, прижигающие, гемостатические средства, электрокаустика, криодеструкция, хирургические методы.

10.2. Подслизистая резекция перегородки носа, разрушение слизистой оболочки этого отдела перегородки, разрезы слизистой оболочки данного отдела перегородки носа.

10.3. Удаление слизистой оболочки и хряща.

11. Какие показания к применению задней тампонады носа?

11.1. В тех случаях, когда передняя тампонада носа не эффективна, при кровотечениях из задних отделов носа или из носоглотки.

11.2. Всегда.

12. Укажите минимальный срок тампонады носа?

- 2.1. 12 часов.
- 2.2. 1-2- суток.
- 2.3. 3-5- суток.

3. Что характерно для заглоточного абсцесса?

- 3.1. Выпячивание, гиперемия задней стенки глотки, затруднение дыхания, лотания, гнусавость.
- 3.2. Гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки с нагноившимися долькиками.
- 3.3. Кривошея, увеличение лимфоузлов, отсутствие тризма и боли в горле.

4. Как производят вскрытие заглоточного абсцесса?

- 4.1. Отсасывание гноя из абсцесса через толстую иглу шприцем, а затем разрез вблизи средней линии (по игле) с последующей аспирацией гноя отсосом.
- 4.1. Горизонтальный разрез в месте наибольшего выпячивания задней стенки глотки.

5. Чем отличается клиника химических ожогов верхних дыхательных путей от термических?

- 5.1. Общими явлениями отравления, зависящими от степени токсичности причинного вещества.
- 5.2. Симптоматика аналогичная.

6. Каким способом наиболее часто удаляют инородные тела из бронхов?

- 6.1. При прямой ларингоскопии.
- 6.2. При непрямой ларингоскопии (локализованных в гортани).
- 6.3. Верхней трахеобронхоскопии.
- 6.4. Нижней трахеобронхоскопии.
- 6.5. Торакотомии.

7. Какие из указанных причин не приводят к стенозу гортани?

- 7.1. Абсцесс надгортанника.
- 7.2. Аллергические реакции на медикаменты.
- 7.3. Вирусные ларинготрахеобронхиты.
- 7.4. Аденоидные разращения.
- 7.5. Инородное тело гортани.
- 7.6. Дифтерия гортани.

23. Какие из доброкачественных опухолей гортани чаще встречаются у пациентов?

23.1. Воздушная киста.

23.2. Невринома.

23.3. Эпителиома.

23.4. Гемангиома.

23.5. Фиброма.

23.6. Хондрома.

24. Перечислите осложнения развивающиеся во время эндоларингеального удаления опухоли гортани?

24.1. Ларингоспазм, скальпирование слизистой.

24.2. Одышка.

24.3. Упорный кашель.

25. Характерные симптомы острого трахеита:

25.1. Повышение температуры, боли в груди, лающий кашель, гиперемия слизистой оболочки трахеи, обилие мокроты.

25.2. Резкий отек слизистой оболочки гортани, кровохарканье, затрудненное дыхание.

26. Какие методы лечения предраковых заболеваний ЛОР-органов предпочтительнее?

26.1. Ингаляция.

26.2. Прижигание.

26.3. Хирургическое, криовоздействие, лазерная хирургия.

26.4. Лучевое.

26.5. Комбинированное.

27. Укажите ранние симптомы рака вестибулярного отдела гортани?

27.1. Охриплость.

27.2. Затрудненное дыхание.

27.3. Парестезия, кашель, затруднение глотания, боль в ухе.

27.4. Кровохарканье.

28. Какой из методов лечения рака гортани (III, IV стадии) предпочтителен?

- 28.1. Хирургический.  
28.2. Лучевой.  
28.3. Химиотерапевтический.  
28.4. Комбинированный.
29. Что является основополагающим в верификации доброкачественной опухоли носа?
- 29.1. Бактериологическое исследование.  
29.2. Рентгенологическое исследование.  
29.3. Гистологическое исследование.  
29.4. Серологическое исследование.  
29.5. Исследование анализов крови.
30. Какому виду лечения отдается предпочтение при доброкачественных опухолях носа и околоносовых пазух?
- 30.1. Химиотерапевтическое.  
30.2. Полихимиотерапия.  
30.3. Рентгентерапия.  
30.4. Симптоматическое лечение.  
30.5. Хирургическое, крио- и ультразвуковое лечение.
31. Назовите наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух?
- 31.1. Полипы носа и околоносовых пазух, кисты, мукоцеле, пиоцеле, кровоточащие полипы носовой перегородки, ангиофиброма основания черепа, гемангиомы.  
31.2. Саркома Капоши.  
31.3. Хондросаркома.  
31.4. Фибромиксома, эстезионейробластома.
32. При какой доброкачественной опухоли глотки (носоглотки) наблюдается клинически злокачественное ее течение?
- 32.1. Папиллома глотки.  
32.2. Полип глотки.  
32.3. Кисты небных миндалин.
33. Удалению какой доброкачественной опухоли глотки (носоглотки) должна предшествовать перевязка наружных сонных артерий?

- 33.1. Ангиомы ротоглотки.
  - 33.2. Смешанные опухоли ротоглотки.
  - 33.3. Ангиофиброма основания черепа.
  - 33.4. Кисты ротоглотки.
  - 33 5. Полипы гортаноглотки.
34. Для 2-й стадии стеноза гортани характерно:
- 34.1. Появление одышки при ходьбе.
  - 34.2. Инспираторная одышка в покое, включение в акт дыхания вспомогательных мышц, бледность кожных покровов.
  - 34.3. Экспираторная одышка, выраженный стридор и беспокойство больного.
  - 34.5. Потеря сознания, резкое затруднение дыхания, кожа синюшного цвета, падение АД.
35. Для стеноза гортани при остром вирусном ларинготрахеите характерно:
- 35.1. Постепенное развитие (в течение 2-3 недель) явлений стеноза гортани на фоне явлений ринофарингита.
  - 35.2. Заболевание начинается внезапно, чаще ночью, у детей во время сна, одновременно возникает грубый лающий кашель.
  - 35.3. Быстрое развитие стеноза гортани на фоне ОРВИ в любом возрасте и в любое время суток.
36. Какое лечение показано при стенозе I- II стадии, обусловленном специфическими гранулемами?
- 36.1. Специфическое лечение.
  - 36.2. Бужирование гортани.
  - 36.3. Интубация гортани и трахеи.
  - 36.4. Трахеотомия.
37. Развитие стеноза гортани и трахеи, обусловленное инфекционными гранулемами чаще имеет:
- 37.1. Острое течение.
  - 37.2. Хроническое течение.
  - 37.3. Волнообразное течение.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) принципы оказания неотложной помощи при травмах носа и околоносовых пазух;
- 2) гематома и абсцесс перегородки носа;
- 3) оказание неотложной помощи при травмах гортани и других органов шеи;
- 4) оказание неотложной помощи при травмах уха;
- 5) химические ожоги глотки, гортани, пищевода и первая помощь при них;
- 6) инородные тела носа и лечебная тактика при них;
- 7) наиболее частая локализация инородных тел в глотке и пищеводе;
- 8) диагностика и лечебная тактика при инородных телах пищевода;
- 9) клиника и диагностика инородных тел гортани, трахеи и бронхов;
- 10) лечебная тактика при инородных телах гортани, трахеи и бронхов;
- 11) оказание неотложной помощи при инородных телах уха;
- 12) причины носовых кровотечений;
- 13) принципы оказания неотложной помощи при носовых кровотечениях;
- 14) объем лечебной помощи при ранениях ЛОР-органов на этапах эвакуации;
- 15) причины, клиника и лечение острого ларингита;
- 16) клинические формы хронического ларингита;
- 17) основные принципы лечения хронических ларингитов;
- 18) причины патогенеза острого ларинготрахеита у детей;
- 19) клиника острого ларинготрахеита у детей;
- 20) принципы интенсивной терапии при остром ларинготрахеите у детей;
- 21) дифтерия гортани;
- 22) стадии стеноза гортани;
- 23) лечение стенозов гортани в зависимости от стадии;
- 24) техника трахеостомии, осложнения;
- 25) правила ухода за трахеостомированными пациентами;
- 26) фиброма и папиллома гортани;
- 27) папилломатоз гортани у детей;
- 28) юношеская ангиофиброма основания черепа;
- 29) злокачественные опухоли носа, стадии, клиника, диагностика, принципы лечения;
- 30) тонзиллярные опухоли, их характеристика и принципы лечения;
- 31) причины, способствующие возникновению рака гортани;
- 32) особенности клинического течения рака в зависимости от расположения его по этажам гортани;
- 33) принципы ранней диагностики рака гортани;
- 34) методы лечения рака гортани;
- 35) распространенность склеромы, локализация инфильтратов, принципы диагностики и лечения;
- 36) туберкулез гортани, глотки и уха симптоматика, диагностика, лечение;

### 37) сифилис верхних дыхательных путей.

#### Обязательные для выполнения задания.

1. Составить перечень инструментария и перевязочного материала, необходимых для передней и задней тампонады носа.
2. Нарисовать ларингоскопическую картину при параличе левого возвратного нерва при фонации и глубоком вдохе.
3. Нарисовать ларингоскопическую картину при фиброме и папилломатозе гортани.
4. Составить перечень инструментария для трахеостомии.

#### План работы на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Освоение основных практических приемов при остановке носовых кровотечений и удалении инородных тел.
4. Амбулаторный прием больных.
5. Выполнение диагностических и лечебных манипуляций, оформление медицинской документации.
6. Решение ситуационных задач.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатов и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва., 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
11. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

**ТЕМА № 4 «Заболевания уха: наружный отит (фурункул, разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода), серная пробка, острое гнойное воспаление среднего уха, особенности его течения в детском возрасте. Мастоидит. Хронический гнойный средний отит. Патология внутреннего уха, негнойные заболевания, внутричерепные отогенные осложнения».**

Актуальность темы. Острые и хронические воспалительные заболевания уха встречаются у лиц различного возраста, весьма распространены и могут быть причиной тугоухости и ряда осложнений. Врач любой специальности в своей повседневной работе встречается с патологией уха, в связи с этим необходимо знать симптомы наружных и средних отитов, тактику и принципы лечения пациентов с данной патологией; помнить, что наряду с другими причинными факторами в последнее время значительное место занимает грибковое поражение - отомикоз. Хронический гнойный средний отит - частое заболевание, которое является причиной тугоухости и внутричерепных осложнений. Отогенные внутричерепные осложнения: менингит, абсцесс головного мозга и мозжечка, отогенный сепсис. Негнойные заболевания уха: катар среднего уха, экссудативный средний отит, сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера. Студенты должны ознакомиться с симптомами хронических гнойных средних отитов и их осложнениями, чтобы вовремя предотвратить их развитие, а при возникновении осложнений знать, в оказании какой помощи нуждается пациент. Отогенные внутричерепные осложнения относятся к тяжелым, жизненно опасным заболеваниям, летальность при которых в структуре оториноларингологической заболеваемости занимает первое место. Они могут возникать в результате проникновения инфекции из уха в полость черепа и составляют в среднем 2-3% от общего числа пациентов с гнойными заболеваниями среднего уха, значительно чаще - при хроническом гнойном эпитимпаноантраниальном отите.

Выраженная тугоухость, затрудняющая общение людей, в 91% наблюдений обусловлена негнойными заболеваниями уха. Потеря слуха, нередко сопровождающаяся мучительным шумом в ушах, отражается на трудоспособности человека, его моральном состоянии. Ребенок, рано потерявший слух, обычно не может научиться говорить и вырастает глухонемым. Не менее тягостны и вестибулярные расстройства, которые приводят к длительной потере трудоспособности и даже инвалидности. Все это и определяет социальную значимость проблемы негнойных заболеваний уха. Исход рассматриваемых здесь заболеваний зависит от своевременного распознавания симптомов начинающегося осложнения и правильной ориентации в лечебной тактике, в связи с чем, знание этого материала



является проверкой зрелости мышления студента и имеет важное значение в практической деятельности.

Цель самоподготовки. Изучить клинику и симптоматику, дифференциальную диагностику и принципы лечения пациентов с патологией наружного и среднего уха, в т.ч. хронических гнойных средних отитов, их осложнения и принципы лечения.

### **Исходный уровень знаний**

Для усвоения материала темы студенты должны использовать знания:

- 1) по клинической анатомии, физиологии и методам исследования слухового анализатора из пропедевтической части оториноларингологии;
- 2) по методике рентгенологического исследования височной кости и анализу рентгенограмм из курса рентгенологии.

### **План изучения темы**

Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

- 1) симптомы, течение и лечение фурункула и разлитого воспаления кожи наружного слухового прохода;
- 2) серная пробка, диагностика и методы ее удаления;
- 3) этиология, патогенез и клиника острого гнойного среднего отита;
- 4) лечение острого гнойного среднего отита;
- 5) парацентез и показания к нему;
- 6) исходы острого гнойного среднего отита;
- 7) особенности течения отита в детском возрасте;
- 8) клиника и лечение антрита и мастоидита;
- 9) причины, приводящие к хроническому течению отита;
- 10) основные признаки хронического гнойного среднего отита;
- 11) клинические формы хронического гнойного среднего отита;
- 12) принципы консервативного лечения хронических гнойных средних отитов;
- 13) показания к хирургическому лечению хронических гнойных средних отитов;
- 14) радикальная или общеполостная операция уха;
- 15) осложнения хронических гнойных средних отитов.

### **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ**

#### **ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА**

1. Наиболее частые пути проникновения инфекции в среднее ухо:

- 1.1. Тубарный, гематогенный.
- 1.2. Травматический, контактный.
- 1.3. Лимфогенный, контактный.

## 2. Местные субъективные симптомы при остром среднем отите:

- 2.1. Боли в ухе, чувство заложенности шум в ухе, понижение слуха.
- 2.2. Боли в ухе, боли при надавливании на козелок.
- 2.3. Боли ушной раковины, боли в подчелюстной области на стороне поражения.

## 3. Местные объективные симптомы острого среднего отита:

- 3.1. Гиперемия барабанной перепонки различной степени, отек, инфильтрация, вытягивание барабанной перепонки, понижение слуха, слизисто-гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе.
- 3.2. Гиперемия и мацерация кожи наружного слухового прохода, гной в наружном слуховом проходе; снижение слуха.
- 3.3. Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода, шейный лимфаденит на стороне больного уха, снижение слуха.

## 4. Какое клиническое течение хронического гнойного туботимпанального отита (мезотимпанита)?

- 4.1. Опасное.
- 4.2. Не опасное.

## 5. Травматический отит развивается после:

- 5.1. Нарушения целостности барабанной перепонки, при переломах основания черепа, трещинах пирамиды височной кости, переломах сосцевидного отростка.
- 5.2. При падении без переломов и трещин от кровоизлияния, при травмах наружного слухового прохода в хрящевом отделе.

## 6. Чем характеризуется хронический гнойный средний отит?

- 6.1. Наличием постоянной перфорации барабанной перепонки, периодическим гноетечением из уха, снижением слуха.
- 6.2. Наличием ума в ушах и снижением слуха.
- 6.3. Рубцовыми изменениями барабанной перепонки, глухотой.

7. Какое клиническое течение хронического гнойного эпитимпаноантрального отита (эпитимпанита)?

7.1 Опасное.

7.2 Не опасное.

8. Какие патоморфологические изменения наблюдаются при туботимпанальном отите (мезотимпаните) со стороны барабанной перепонки?

8.1. Центральная перфорация с оmozоленными краями, гиперплазия эпителия, утолщение, отложение солей, кальцификаты, сращения с медиальной стенкой.

8.2. Отсутствие перфорации.

8.3. Истончение, атрофия барабанной перепонки, краевая перфорация.

В чем заключается опасность течения хронического гнойного эпитимпаноантрального отита (эпитимпанита)?

9.1. Наличие кариеза кости, разрушение черепных стенок, возникновение внутричерепных осложнений.

9.2. Разрушение слуховых косточек, глухота.

9.3. Закрытие слуховой трубы, ушные шумы.

## **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИТоговые ТЕСТЫ**

10. При остром гнойном среднем отите понижение слуха на стороне поражения по типу:

10. 1. Нарушения звуковосприятия.

10.2. Нарушения звукопроводения.

11. Наиболее часто диагностика острого среднего отита базируется на данных:

11.1. Анамнеза, осмотра, пальпации, отоскопии, исследования слуха.

11.2. Отоскопии, перкуссии, исследования крови (СОЭ, лейкоцитов, сдвиг формы влево).

11.3 Рентгенографии сосцевидного отростка, данных компьютерной томографии.

16. Лечение острого воспаления среднего уха включает в себя:

12.1. Парацентез барабанной перепонки при неперфоративном отите, антибиотикотерапию, десенсибилизирующие препараты, сосудосуживающие капли в нос, физиометоды лечения, туалет наружного уха.

12.2. Антибиотики, десенсибилизирующая терапия, общая укрепляющая и дегитратационная терапия.

12.3. Лечение неперфоративного отита без парацентеза, антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, туалет уха.

13. Часто наблюдаемые осложнения среднего отита:

13.1. Отоанtrit, мастоидит, хронический отит.

13.2. Внутрочерепные осложнения, лабиринтит, отосклероз.

13.3. Тимпаносклероз, доброкачественные новообразования среднего уха.

14. Профилактика острого среднего отита включает в себя:

14.1. Своевременное лечение острых и хронических заболеваний носа и околоносовых пазух, санация носоглотки.

14.2. Рациональное питание, закапывание, лечение хронических заболеваний гортани, трахеи и бронхов, борьба с инфекционными заболеваниями.

15. Перечислите осложнения острого среднего отита у новорожденных:

15.1. Отоанtrit, парантеральная диспепсия, оточенный менингит.

15.2. Нейротоксикоз, сепсис.

15.3. Пневмония, пиелонефрит, экссудативный диатез.

16. Укажите методы лечения хронического гнойного эпитимпаноантрального отита (эпитимпанита):

16.1. Хирургическое.

16.2. Общеукрепляющее, иммунотерапия, противоаллергическое.

16.3. Физиотерапия, криохирургия, иммунотерапия.

Вопросы для самоподготовки:

1) причины и предрасполагающие факторы для возникновения фурункула кожи наружного слухового прохода;

2) клиника и лечение фурункула кожи наружного слухового прохода;

3) причины, клинические проявления и принципы лечения разлитого воспаления кожи наружного слухового прохода;

4) отомикоз;

- 5) симптомы серной пробки и методика ее удаления;
- 6) этиология и патогенез острого гнойного среднего отита;
- 7) стадии течения острого гнойного среднего отита;
- 8) клинические симптомы, течение и принципы лечения первой стадии острого гнойного среднего отита;
- 9) клинические симптомы, течение и принципы лечения второй стадии острого гнойного среднего отита;
- 10) клинические симптомы, течение и принципы лечения третьей стадии острого гнойного среднего отита;
- 11) исходы острого гнойного среднего отита;
- 12) особенности течения острого гнойного среднего отита в детском возрасте;
- 13) парацентез, показания к нему и техника выполнения;
- 14) антрит, его клиника, лечение;
- 15) мастоидит, его формы, клиническая симптоматика и лечение;
- 16) две основные формы хронического гнойного среднего отита;
- 17) чем характеризуется хронический туботимпанальный отит (мезотимпанит);
- 18) чем характеризуется хронический эпитимпаноантральный отит (эпитимпанит);
- 19) принципы консервативного лечения хронических гнойных средних отитов;

Обязательные для выполнения задания.

1. Нарисовать отоскопическую картину при остром гнойном среднем отите (II стадия).
2. Нарисовать барабанную перепонку и указать место парацентеза.
3. Внести в слуховой паспорт данные, характерные для правостороннего острого гнойного среднего отита.
4. Выписать рецепты ушных капель, применяемых в лечении I и II стадий острого гнойного среднего отита.
5. Нарисовать отоскопическую картину при хроническом туботимпанальном гнойном отите (мезотимпаните) и хроническом эпитимпаноантральном отите (эпитимпаните);
6. Внести в слуховой паспорт данные, характерные для левостороннего хронического гнойного среднего отита (хронического эпитимпаноантрального отита).
7. Выписать два рецепта ушных капель, применяемых в лечении хронического гнойного среднего отита (хронического туботимпанального гнойного отита).

План работы студента на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.

3. Курация тематических больных.
4. Разбор курируемых больных.
5. Выполнение простейших диагностических и лечебных манипуляций.
6. Решение ситуационных задач.

УИРС - обсуждение рефератов, подготовленных студентами по теме занятия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатов и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва., 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
11. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

**ТЕМА №5 «Заболевания носа и околоносовых пазух: искривление перегородки носа, травмы наружного носа, абсцесс перегородки носа, фурункул преддверия носа, острый и хронический ринит; острый и хронический синусит. Риногенные осложнения».**

Актуальность темы. Заболевания носа и околоносовых пазух имеют большое значение в патологии других органов и систем. Врач любой специальности может встретиться с этими заболеваниями и их осложнениями. Для правильного лечения таких больных необходимо знать клиническую картину заболеваний носа и околоносовых пазух, симптомы начинающихся осложнений и злокачественных опухолей, чтобы вовремя принять необходимые меры.

Цель самоподготовки. Изучить клинику и симптоматику заболеваний носа и околоносовых пазух, гортани, их осложнения, дифференциальную диагностику и принципы оказания лечебной помощи при этих заболеваниях.

#### Исходный уровень знаний.

Для усвоения материала темы студент должен использовать знания:

- 1) по клинической анатомии, физиологии и методам исследования носа и околоносовых пазух, гортани из пропедевтической части оториноларингологии;
- 2) по методике рентгенологического исследования носа, околоносовых пазух и гортани и анализу рентгенограмм из курса рентгенологии.

#### План изучения темы.

Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

- 1) клиника и лечение фурункула носа;
- 2) искривление перегородки носа;
- 3) абсцесс перегородки носа;
- 4) травмы наружного носа;
- 5) носовые кровотечения, методы остановки;
- 6) острый ринит, его стадии и лечение;
- 7) формы хронических ринитов, дифференциальная диагностика и лечение;
- 8) острое и хроническое воспаление верхнечелюстной и лобной пазух, клеток решетчатого лабиринта, основной пазухи;
- 9) глазничные осложнения синуситов;
- 10) внутричерепные осложнения синуситов.
- 11) заболевания гортани

- 12) опухоли верхних дыхательных путей
- 13) инфекционные гранулемы.

## **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ**

### **ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ**

1. Через какой носовой ход производится пункция верхнечелюстной пазухи?
  - 1.1. Нижний носовой ход.
  - 1.2. Верхний носовой ход.
  - 1.3. Средний носовой ход.
2. Разъясните понятие «гемосинус»:
  - 2.1. Кровоизлияние в орбиту.
  - 2.2. Кровоизлияние под надхрящницу.
  - 2.3. Кровоизлияние в околоносовые пазухи.
3. В какую сторону направлен мукоцилиарный транспорт в полости носа?
  - 3.1. К преддверию носа, кнаружи.
  - 3.2. К хоанам, в носоглотку.
4. Постоянно ли открыты выводные отверстия околоносовых пазух в норме:
  - 4.1. Да.
  - 4.2. Нет.
  - 4.3. Поперечное сечение отверстий меняется от интенсивности носового дыхания.

## **ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИТоговые ТЕСТЫ**

1. Какова хирургическая тактика у пациентов острым гнойным гемисинуситом, осложненным гнойным менингитом?
  - 1.1. Радикальная операция на пораженных пазухах и формирование сообщения их с полостью носа.
  - 1.2. Обнажение твердой мозговой оболочки и передней черепной ямки.
  - 1.3. Фронтотомодотомия с не ушитой раной.



2. Каковы методы хирургических вмешательств при риногенных абсцессах лобной доли мозга?
  - 2.1. Фронтотомидотомия с обнажением твердой мозговой оболочки передней черепной ямки.
  - 2.2. Пункция абсцесса.
  - 2.3. Радикальная операция на пораженных пазухах, ушивание раны, удаление абсцесса нейрохирургическим доступом.
3. Какие методы хирургических вмешательств при риногенном экстрадуральном абсцессе?
  - 3.1. Фронтотомидотомия с удалением церебральной стенки лобной пазухи.
  - 3.2. Фронтотомидотомия без обнажения твердой мозговой оболочки передней черепной ямки.
  - 3.3. Вскрытие твердой мозговой оболочки.
  - 3.4. Удаление экстрадурального абсцесса нейрохирургическим доступом.
4. Какие наиболее информативные методы диагностики риногенных абсцессов мозга?
  - 4.1. Эхоэнцефалография, компьютерная томография.
  - 4.2. Радионуклидная энцефалография, реоэнцефалография.
  - 4.3. Люмбальная пункция, электроэнцефалография.
5. Какие методы имеют первостепенное значение при диагностике риногенных менингитов?
  - 5.1. Анамнез, данные ринологического, неврологического исследования, рентгенография околоносовых пазух, люмбальная пункция.
  - 5.2. Пункция гайморовой пазухи, клинический анализ крови.
  - 5.3. Исследование глазного дна и остроты зрения.
  - 5.4. Реоэнцефалография, эхоэнцефалография.
6. Риногенные абсцессы какой локализации чаще всего встречаются?
  - 6.1. Лобной доли.
  - 6.2. Височной.
  - 6.3. Ствола мозга.
  - 6.4. Затылочной доли.

7. Какие отличительные особенности закрытых переломов костей носа со смещением?
- 7.1. Наличие деформации наружного носа.
  - 7.2. Симптом «очков».
  - 7.3. Хемоз конъюнктивы.
8. Какие осложнения травматических повреждений носа встречаются наиболее часто в раннем периоде?
- 8.1. Синехии полости носа.
  - 8.2. Стеноз выводных протоков околоносовых пазух, слезоносового канала.
  - 8.3. Острые воспалительные процессы в околоносовых пазух.
  - 8.4. Гематома и абсцесс носовой перегородки.
9. Как производится хирургическая обработка открытых повреждений наружного носа?
- 9.1. Очень экономно вследствие хорошей васкуляризации и невозможности натяжения кожи носа. Удаляют только явно нежизнеспособные участки кожи и совершенно свободные костные осколки.
  - 9.2. Широко удаляют костные отломки и ткани, не имеющие достаточного питания.
10. Когда полностью исчезнет подвижность отломков костей носа и образующиеся деформации считаются стойкими?
- 10.1. Через 4 недели после травмы.
  - 10.2. Через два – три месяца после травмы.
  - 10.3. Через 4-6 месяцев после травмы.
11. Укажите основные диагностические методы выявления инородных тел полости носа:
- 11.1. Рентгенография, зондирование, риноскопия.
  - 11.2. Эхосинусоскопия, фиброскопия.
  - 11.3. Эхоэнцефалография, реоэнцефалография.
12. Укажите причины образования ринолитов:
- 12.1. Попадание инородного тела в полость носа, выпадение вокруг инородного тела фосфорнокислых и углекислых солей кальция, гетеротопия зуба.

12.2. Длительное пребывание корок в полости носа, хроническое воспаление околоносовых пазух, операции по поводу полипоза носа, пункции верхнечелюстных пазух.

13. С какой целью производится микрориноскопия?

13.1. Диагностической, лечебной, контрольной, для оценки эффективности лечения.

13.2. Дополнительной.

14. Назовите основные методы лечения деформации носа:

14.1. Хирургический.

14.2. Консервативный.

14.3. Криодеструкция.

15. Назовите основные симптомы искривления перегородки носа:

15.1. Затруднение дыхания, выделения из носа, вазомоторные расстройства, периодическая заложенность в ухе, косметические нарушения.

15.2. Затруднение носового дыхания, головные боли, головокружения.

15.3. Вазомоторные расстройства, косметические нарушения.

15.4. Головокружение, anosmia.

16. Какие симптомы характерны для перфорации перегородки носа?

16.1. Свистящие звуки при разговоре, постоянные корки в носу, рецидивирующие носовые кровотечения, сухость.

16.2. Постоянные слизистые выделения из носа, головные боли, anosmia.

#### Вопросы для самоподготовки:

1) причины, клиника и лечение фурункула носа;

2) причины искривления перегородки носа, лечение;

3) причины острого ринита;

4) стадии острого ринита и их клиническая симптоматика;

5) общее и местное лечение острого ринита;

6) клиника, дифференциальная диагностика и лечение хронических ринитов (катарального, гипертрофического, атрофического, вазомоторного);

7) озена (этиология, клиника, лечение);

- 8) острый и хронический гайморит, клиника, диагностика и лечение;
- 9) острое и хроническое воспаление клеток решетчатого лабиринта, лобной и основной пазух;
- 10) риногенные орбитальные осложнения, принципы лечения;
- 11) внутричерепные риногенные осложнения, принципы лечения.

#### Обязательные для выполнения задания.

1. Перечислите риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения.
2. Выписать рецепты на сосудосуживающие капли в нос.

Наряду с методиками лечения острых и хронических ринитов и синуситов, изложенными в учебниках, необходимо иметь представление о новых лечебно-диагностических методиках, разработанных в последние годы. Для лечения хронического вазомоторного ринита разработана щадящая хирургическая методика - ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин лазерная вапоризация. Использование ультразвуковых методов резания и разрушения нашло широкое распространение в оториноларингологии. В клинической практике для лечения острых и хронических синуситов широко применяется пункция и дренирование околоносовых пазух. Пункция дает возможность промыть пазуху, удалить гной, ввести лекарственное вещество. Дренирование позволяет устранить неприятные моменты, связанные с повторными пункциями. Появляется возможность постоянно контролировать состояние воспалительного процесса в пазухе, вводить через дренажную трубку различные лекарственные вещества.

В последние годы разработан и широко используется способ безпункционного метода лечения гнойных синуситов с помощью катетера ЯМИК.

#### План работы на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Амбулаторный прием больных.
4. Выполнение диагностических и лечебных манипуляций, оформление медицинской документации.
5. Решение ситуационных задач.

Обсуждение рефератов, подготовленных студентами по теме занятия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатова и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва, 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
11. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

**ТЕМА № 6 «Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангины, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды».**

Актуальность темы. В клинической практике, врачи любой специальности постоянно встречаются с заболеваниями глотки, которые могут быть достаточно легко диагностированы общедоступными методами исследования. Патологические процессы в глотке и в первую очередь в миндалинах могут быть причиной ряда тяжелых заболеваний других органов и систем, наиболее часто - сердца, почек, суставов.

Цель самоподготовки. Изучить клиническую симптоматику и дифференциальную диагностику заболеваний глотки, принципы оказания лечебной помощи при этой патологии.

Исходный уровень знаний.

Для усвоения материала темы студент должен использовать знания по клинической анатомии, физиологии и методам исследования различных отделов глотки, а также физиологической роли лимфаденоидного глоточного кольца из пропедевтической части оториноларингологии.

План изучения темы.

Рекомендуется следующая последовательность изучения темы:

- 1) острый и хронический фарингит;
- 2) фарингомикоз;
- 3) классификация тонзиллитов;
- 4) острые первичные тонзиллиты;
- 5) острые вторичные тонзиллиты;
- 6) осложнения острых тонзиллитов;
- 7) заглоточный абсцесс;
- 8) хронический тонзиллит, классификация И.Б. Солдатов, его клинические формы и лечение;
- 9) аденоиды, острый и хронический аденоидит.

**ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ**

**ОСТРЫЕ И ХРОНИЧЕСКИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ**

1. Перечислите характерные признаки для паратонзиллярного абсцесса?

1.1. Резкая гиперемия, инфильтрация, одностороннее смещение небной миндалины с дужками, ограничение открывания рта, неприятный запах изо рта, болезненность лимфоузлов шеи, гнусавый голос, высокая температура.

1.2. Выпячивание и отек небных миндалин, покрытых бело-серым налетом, выходящим за пределы небных дужек, отсутствие тризма.

1.3. Отек мягких тканей шеи, высокая температура, изменение кожи передней поверхности шеи, боль при глотании слюны и пищи.

2. Кто выдвинул положение о «барьерной роли» небных миндалин?

2.1. В.И. Воячек.

2.2. В.Ф. Ундриц.

2.3. И.В. Давыдовский.

3. Известна роль небных миндалин в формировании противобактериального иммунитета. Участвуют ли небные миндалины в выработке противовирусной защиты?

3.1. Нет. Противовирусный иммунитет формируется в других системах организма.

3.2. В глоточной и небной миндалине постоянно продуцируется неспецифический фактор противовирусного иммунитета – интерферон.

4. Выполняют ли небные миндалины одну из функций лимфатической системы: информационную (выработка клеток иммунологической памяти)?

4.1. Нет. Эта функция в организме осуществляется паренхиматозными органами.

4.2. Небные миндалины выполняют информационную роль только в раннем детском периоде.

4.3. Информационная роль небных миндалин присуща им на протяжении всей жизни человека.

5. Какой барьер на уровне небных миндалин по В.И. Воячку нарушается при развитии ангин?

5.1. Первый.

5.2. Второй.

5.3 Третий.

5.4 Четвертый.

## ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ИТОГОВЫЕ ТЕСТЫ

6. С каким заболеванием в первую очередь следует проводить дифференциальную диагностику лакунарной ангины?

- 6.1. Катаральная ангина.
- 6.2. Фолликулярная ангина.
- 6.3. Дифтерия.
- 6.4. Сифилитическая ангина.

7. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику катаральной ангины?

- 7.1. Лакунарная ангина.
- 7.2. Фолликулярная ангина.
- 7.3. Лептотрихоз.
- 7.4. Острый фарингит.

8. В каком возрасте чаще болеют ангинами?

- 8.1. До 1 года.
- 8.2. От 1 до 3 лет.
- 8.3. От 3 до 5 лет.
- 8.4. От 5 до 18 лет.
- 8.5. Старше 30 лет.

9. Какая микрофлора имеет наибольшее значение в возникновении ангины?

- 9.1. *Candida albicans*.
- 9.2. *Staphylococcus aureus*.
- 9.3. *Streptococcus haemolyticus*.
- 9.4. *Leptothryx buccalis*.

10. Какие различают первичные ангины?

- 10.1. Катаральная, фолликулярная, дифтеритическая.
- 10.2. Катаральная, лакунарная, фибриновая.
- 10.3. Лакунарная, фолликулярная, некротическая.
- 10.4. Катаральная, фолликулярная, лакунарная.

11. Для катаральной ангины характерно:

- 11.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.
- 11.2. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, картина «звездного неба».
- 11.3. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, наличие налетов в области лакун.



11.4. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, налеты, которые распространяются за пределы небных миндалин.

12. Для фолликулярной ангины характерно:

12.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.

12.2. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, картина «звездного неба».

12.3. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, наличие налетов в области лакун.

12.4. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, налеты, которые распространяются за пределы небных миндалин.

13. Для лакунарной ангины характерно:

13.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.

13.2. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, картина «звездного неба».

13.3. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, наличие налетов в области лакун.

13.4. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, налеты, которые распространяются за пределы небных миндалин.

14. Картина «звездного неба» при фолликулярной ангине объясняется:

14.1. Налетом в области лакун небных миндалин.

14.2. Нагноением лимфоидных фолликулов в подэпителиальном слое небных миндалин.

14.3. Поражением второго барьера небных миндалин по В.И. Воячеку.

14.4. Нарушением дренажной функции лакун небных миндалин.

15. Какие наиболее частые осложнения ангин Вы знаете?

15.1. Паратонзиллит.

15.2. Гипертонический синдром.

15.3. Тонзиллогенный сепсис.

15.4. Флегмона шеи.

#### Вопросы для самоподготовки:

- 1) острый фарингит, клиника и лечение;
- 2) хронический фарингит, его формы и лечение;
- 3) этиология, клиника и лечение фарингомикоза;
- 4) классификация острых тонзиллитов;

- 5) клиника и дифференциальная диагностика катаральной ангины;
- 6) клиника и дифференциальная диагностика лакунарной ангины и дифтерии глотки;
- 7) клинические проявления фолликулярной ангины;
- 8) симптоматика при язвенно-пленчатой ангине;
- 9) лечение острых первичных тонзиллитов;
- 10) осложнения острых тонзиллитов;
- 11) лечебная тактика при паратонзиллярном абсцессе;
- 12) заглоточный абсцесс, клиника и лечение;
- 13) клиническая классификация хронического тонзиллита И.Б. Солдатова;
- 14) местные признаки хронического тонзиллита;
- 15) консервативные методы лечения хронического тонзиллита;
- 16) полухирургические методы лечения хронического тонзиллита;
- 17) операции, выполняемые при хроническом тонзиллите;
- 18) основные заболевания, развитие которых связано с хроническим тонзиллитом;
- 19) аденоиды, клиника и лечение.

#### Обязательные для выполнения задания.

1. Нарисовать картину ротоглотки при гипертрофии небных миндалин.
2. Нарисовать картину носоглотки при гипертрофии глоточной миндалины.
3. Составить дифференциально-диагностическую таблицу лакунарной ангины и дифтерии глотки.
4. Научиться правильно формулировать диагноз хронического тонзиллита в соответствии с клинической классификацией академиком И.Б. Солдатова, принятой VII съездом отоларингологов СССР в 1975 году (классификация приводится в связи с отсутствием ее в учебниках).

## КЛАССИФИКАЦИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ

### I. ОСТРЫЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

#### 1. Первичные: ангины (тонзиллиты)

- а) катаральная;
- б) лакунарная;
- в) фолликулярная;
- г) язвенно-пленчатая ангины.

#### 2. Вторичные: ангины (тонзиллиты)

- а) при острых инфекционных заболеваниях дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;

б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

## II. ХРОНИЧЕСКИЕ ТОНЗИЛЛИТЫ

### 1. Неспецифические:

- а) компенсированная форма;
- б) декомпенсированная форма.

### 2. Специфические:

(при инфекционных гранулемах)

- а) туберкулезе;
- б) сифилисе;
- в) склероме.

Согласно приведенной классификации тонзиллитов, разработанной академиком И.Б. Солдатовым, среди острых тонзиллитов различаются первичные и вторичные. Острые первичные тонзиллиты - островоспалительные заболевания, в клинической картине которых ведущим звеном являются симптомы поражения небных миндалин. В зависимости от морфологических изменений выделяются определенные формы острых первичных тонзиллитов, основные из которых - катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая форма. Острые вторичные тонзиллиты представляют собой поражения небных миндалин при острых инфекционных заболеваниях (главным образом при дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе) и заболеваниях системы крови (преимущественно при инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах). Хронический тонзиллит может быть неспецифическим и специфическим. При специфическом хроническом тонзиллите небные миндалины поражаются при инфекционных гранулемах. При изучении симптоматики хронического неспецифического тонзиллита необходимо усвоить, что это заболевание инфекционно-аллергического характера со стойкими местными воспалительными изменениями миндалин.

### МЕСТНЫЕ ПРИЗНАКИ ХРОНИЧЕСКОГО ТОНЗИЛЛИТА:

1. Гиперемия и валикообразное утолщение краев передних небных дужек.
2. Рубцовые спайки между небными миндалинами и дужками.
3. Разрыхленные или рубцово-измененные и уплотненные небные миндалины.
4. Казеозно-гнийные пробки или жидкий гной в лакунах миндалин.

5. Регионарный лимфаденит - увеличение верхних-шейных лимфатических узлов.

Различают компенсированную и декомпенсированную формы хронического неспецифического тонзиллита, которые трактуются следующим образом. При первой форме имеются лишь местные признаки хронического воспаления небных миндалин, барьерная функция которых и реактивность организма находится на уровне, уравнивающим состояние местного воспаления, то есть компенсируют его и поэтому выраженной общей реакции не возникает. Вторая форма характеризуется не только местными признаками хронического воспаления небных миндалин, но и проявлениями декомпенсации в виде рецидивирующих острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллитов, паратонзиллярных абсцессов, различных патологических реакций, заболеваний отдаленных органов и систем. Важной особенностью рассматриваемой классификации является принцип формулировки диагноза хронического тонзиллита. В диагнозе необходимо указывать не только клиническую форму заболевания, но, если она декомпенсированная, то и конкретный вид или виды декомпенсации. Это позволяет правильно ориентироваться в выборе методов лечения, которое может быть консервативным, полухирургическим, хирургическим.

#### ПРИМЕРЫ ФОРМУЛИРОВКИ ДИАГНОЗА:

1. Хронический тонзиллит, компенсированная форма.
2. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивы ангины.
3. Хронический тонзиллит, декомпенсированная форма, рецидивы ангины, ревматизм.

#### План работы на предстоящем занятии.

1. Тестовый контроль.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Амбулаторный прием больных.
4. Выполнение диагностических и лечебных манипуляций, оформление медицинской документации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Атлас оперативной оториноларингологии / Под ред. проф. В.С. Погосова. - М., 1983. - 416с.
2. Болезни уха, горла и носа. Атлас: Учеб. пособие / Под ред. В.Т. Пальчуна. - М., 1991. - 240с.
3. Гапанович В.Я., Александров В.М. Оториноларингологический атлас. - Мн., 1989. - 239с.
4. Куницкий В.С. Избранные лекции по оториноларингологии. – Витебск, 2002. – 85с.
5. Овчинников Ю.М. Оториноларингология: Учебник. - М., 1995. - 288с.
6. Оториноларингология / Под ред. И.Б. Солдатов и В.Р. Гофмана. - СПб., 2000. - 472с.
7. Пальчун В.Т., Крюков А.И. Оториноларингология: Учебное издание. - Курск, Москва., 1997. - 512с.
8. Петряков В.А. Болезни уха, носа и горла: Учебник. - Мн., 1997. - 223с.
9. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии: Учеб. пособие. 2-е изд., перераб. и доп. - М., 1994. - 288с.
10. Шеврыгин Б.В. Руководство по детской оториноларингологии. - М., 1985. - 336с.
11. Шеврыгин Б.В. Справочник оториноларинголога. - М., 1996. - 480с.

Учебное издание  
Куницкий Владимир Сергеевич, Шабашов Константин Сергеевич

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ  
ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО  
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ СТУДЕНТОВ 4-ГО КУРСА  
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Учебно-методическое пособие

Редактор В.С. Куницкий  
Технический редактор И.А. Борисов  
Компьютерная верстка К.С. Шабашов

Подписано в печать 18.04.12 Формат бумаги 64×84 1/16  
Бумага типографская №2. Гарнитура Times Усл. печ. л. 4,00  
Уч.-изд. л. 2,98 Тираж 100 экз. Заказ № 604  
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский  
государственный медицинский университет»  
ЛИ № 02330/0549444 от. 8.04.09 г.

Отпечатано на ризографе в Витебском государственном медицинском  
университете  
210023, Витебск, пр. Фрунзе, 27.  
Тел. (8-0212) 261966

Библиотека ВГМУ

