

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

**ВИТЕБСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ ОРДЕНА ДРУЖБЫ
НАРОДОВ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кушицкий В.С., Шабашов К.С.

**МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА**

Учебно-методическое пособие

Витебск, 2012 г.

616.21(076)

УДК 616.21:378(072)

ББК 56.8р30

К 91

Рецензент:

Заведующий кафедрой офтальмологии УО «ВГМУ»,
доктор мед. наук, профессор В.И. Морхат

Куницкий, В.С.

К 91 Методические разработки для подготовки к практическим занятиям по оториноларингологии студентов 4-5 курсов лечебного факультета. Учебно-методическое пособие / В.С. Куницкий, К.С. Шабашов – Витебск: ВГМУ, 2012 – 69с.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 4-5 курсов лечебного факультета по специальности 1-79.01.01 «лечебное дело». В пособие включены методические разработки для практических занятий.

Учебно-методическое пособие может быть использовано также врачами-интернами, клиническими ординаторами и слушателями курсов повышения квалификации и переподготовки кадров с высшим образованием по оториноларингологии.



УДК 616.21:378(072)

ББК 56.8р30

© Куницкий В.С., Шабашов К.С., 2012

© УО «Витебский государственный
медицинский университет», 2012

СОДЕРЖАНИЕ

	Стр.
Введение	5
Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов.....	7
Название тем занятий и расчет учебного времени.....	15
Тема №1. Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки, носа и околоносовых пазух.....	18
Тема №2. Методы исследования, клиническая анатомия, физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха.....	23
Тема №3. Методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов, клиническая анатомия и физиология внутреннего уха.....	29
Тема №4. 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. Опухоли и инфекционные гранулемы верхних дыхательных путей.....	35
Тема №5. 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.....	46
Тема №6. 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.....	53
Тема №7. 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 внутричерепные и орбитальные осложнения.....	57
Тема №8. Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангины, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды.....	63

АННОТАЦИЯ

Методические разработки представляют собой рекомендации для студентов 4-5 курсов лечебного факультета с целью подготовки к практическим клиническим занятиям по оториноларингологии. Схема построения пособия согласуется с тематикой практических занятий, проводимых на кафедре. Подробно изложены методики исследования ЛОР органов, вопросы анатомо-топографических особенностей и физиологии уха, носа, глотки и гортани, которые должны знать студенты 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), *lagungos-* (горло). По первым буквам этих слов принято сокращенное название - ОРЛ или (что благозвучнее) ЛОР.

Ухо и верхние дыхательные пути в первую очередь подвергаются влиянию вредных факторов окружающей среды: шума, вибрации, ионизирующего излучения, пыли, различных химических соединений, углового и прямолинейного ускорений. Во многих случаях негативные факторы превышают предельно допустимые нормы. ЛОР органы часто поражаются при острых и хронических инфекционных заболеваниях, вызывающих развитие органической патологии дыхательных путей и стойкое расстройство слуховой и вестибулярной функций, что сопровождается длительным нарушением трудоспособности больного. 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 лечебного факультета медицинского университета.

Оториноларингология много внимания уделяет вопросам клинической анатомии и физиологии, поскольку в ЛОР органах располагается большая часть анализаторов. Прежде всего, это слуховой анализатор, играющий важную роль в процессе познания человеком окружающего мира, анализатор, с помощью которого формируется речь, что составляет основу деятельности второй сигнальной системы. Кроме того, вестибулярный анализатор – важнейшее звено в системе пространственно-зрительного восприятия действительности и обеспечения функции равновесия, а также – обонятельный и вкусовой анализаторы. В слизистой оболочке дыхательных путей расположено множество различных рецепторов механо-, термо- и других, благодаря чему возникают рефлекторные влияния на другие органы и системы организма. В генезе ряда заболеваний, связанных с патологией носа и глотки, большое значение придается именно нервно-рефлекторным воздействиям.

Среди других медицинских дисциплин оториноларингология занимает особое место, что определяется, прежде всего, частотой поражения верхних дыхательных путей и уха: до 15% обращений в лечебные учреждения приходится на заболевания ЛОР органов. Они могут вызывать развитие тяжелых и опасных для жизни пациентов осложнений – отогенного и

риногенного менингита, абсцесса головного мозга, тромбоза внутричерепных синусов, сепсиса.

Ряд ЛОР заболеваний имеют большую социальную значимость, поскольку приводят к глухоте и хронической вестибулярной дисфункции.

В предварительном разделе курса студенты осваивают эндоскопические и функциональные методы исследования уха, носа, глотки и гортани. Сознательное 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 и т.д.), порой приводящие к частичной или полной инвалидности пациентов. Студенты при этом знакомятся с современными методами диагностики, с основами дифференциального диагноза и с особенностями специальных методов лечения. Особое внимание уделяется тонзиллярной проблеме, ЛОР онкологии, краевой патологии (склерома), отиатрии, профессиональным заболеваниям, травмам ЛОР органов (производственным, спортивным и т.п.), профилактике этих заболеваний и повреждений, а также вопросам трудовой, военной экспертизы, определению временной и стойкой нетрудоспособности, профотбору, трудоустройству.

Во время работы в стационаре студенты осваивают различные специальные манипуляции, знакомятся с организацией работы операционных и перевязочных, а также с методиками наиболее типичных операций.

50% времени цикла отводится работе в смотровых, перевязочных, операционной или поликлинике, где студенты курируют пациентов, ведут амбулаторный прием под руководством преподавателя, осваивают простейшие диагностические и лечебные манипуляции (перечень их приведен в конце методических разработок), знакомятся с вопросами определения трудоспособности, профессионального отбора.

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 исследования 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. Рекомендуются 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)

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, непрямой ларингоскопии и отоскопии.

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

МЕТОДИКА ВЛАДЕНИЯ ЛОБНЫМ РЕФЛЕКТОРОМ

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

2. Лобный рефлектор крепится на голове при помощи ремня, таким образом, чтобы отверстие рефлектора располагалось на уровне зрачка левого глаза и находилось вместе с осматриваемым органом в горизонтальной плоскости. 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 студента видит освещенный орган через отверстие в центре 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 – на верхней поверхности шпателя. Шпателем оттягиваются поочередно правая и левая щека, осматривается слизистая оболочка, альвеолярные отростки, обращается внимание на цвет слизистой оболочки, наличие язв, ссадин, свищей. Оценивается 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 и прижатие крыльев носа к перегородке носа пальцами левой руки врача или помощника. Если же ребенок и в этом случае не открывает рот, то шпатель вводится в угол рта позади больших коренных зубов по направлению к корню языка, возникает рвотные движения, и ребенок вынужден открыть рот. Осматривается язык (определяется его состояние: сухой, влажный, обложенный, выраженность сосочков, наличие лейкоплакий), твердое и мягкое небо (расстояние его от задней стенки глотки, высота стояния, наличие рубцов, свищей, расщеплений, форма и размер язычка).

3. Мезофарингоскопия (осмотр ротоглотки). Шпателем отдавливаются $\frac{1}{2}$ или переднюю треть языка. Обращают 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, передних 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.

2. Передняя риноскопия. Носовое зеркало берут в левую руку, которое укладывается на раскрытую ладонь браншами 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 конец его 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 «ущипнуть» за волоски преддверия полости носа пациента. Не меняя положения носового зеркала в левой руке, производится осмотр левой половины носа по правилам, изложенным выше.

3. Задняя риноскопия (эпифарингоскопия). Для осмотра носоглотки в правую руку, как писчее перо, ручка-держатель, в котором фиксировано

зеркало малого диаметра 8-10 мм. Зеркальная поверхность нагревается в течение нескольких 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 поверхности левой кисти врача.левой рукой берем шпатель: большой палец располагается на нижней поверхности шпателя, указательный и средний - на верхней. Давлением шпателя на середину или переднюю треть языка, последний отесняется книзу. Не касаясь слизистой оболочки ротоглотки и корня языка, носоглоточное зеркало вводится зеркальной поверхностью кверху за язычок и 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, проверяется симптом «хруста», состояние регионарных лимфатических узлов.

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 палец левой руки, а указательный палец придерживает верхнюю губу от западения. В правую руку берется гортанное зеркало большего диаметра – 20-25 мм, предварительно вставленное в ручку-держатель и удерживается, как пишущее перо. Предварительно зеркальная 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 отесняется зеркалом кзади и кверху. Гортань осматривается в три позиции: свободное дыхание, фонация звуков «и» или «э», глубокий вдох. При фонации определяется подвижность голосовых складок, плотность смыкания голосовых складок. При глубоком вдохе - симметричность расхождения голосовых складок, ширина голосовой щели и, вместе с тем, осматривается подскладковое пространство. Обращается также внимание, на цвет и влажность слизистой оболочки, состояние корня языка и язычной миндаины, валекул, грушевидных синусов, надгортанника, черпало-надгортанных, вестибулярных и голосовых складок.

При проведении гипофарингоскопии осматриваются корень языка, язычная поверхность надгортанника, валекулы, без выполнения фонации.

МЕТОДИКА ОСМОТРА УХА

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

2. Отоскопия. Подбирается ушная воронка, диаметр которой соответствует ширине наружного слухового прохода. Ее необходимо ввести в перепончато-хрящевой отдел легким вращающимся 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 воронка берется в левую руку, ушная раковина оттягивается правой рукой и затем, после введения, 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 латеральный отросток молоточка, передняя и задняя молоточковая складки). Затем осматривается ухо, на которое пациент предъявляет жалобы.

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 шепотной речи, а также камертональное исследование слуха вносятся в слуховой паспорт.

Слуховой паспорт

AD		AS
	СШ	
	РР	
	ШР	
	С ₁₂₈ в (N – 60 сек.)	
	С ₁₂₈ к (N – 30 сек.)	
	С ₂₀₄₈ (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° 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, мелкокоразмашистый, 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° ;

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° 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 (испытуемый 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>№1 «Методы исследования, клиническая анатомия, физиология глотки, носа и околоносовых пазух».</p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Изучение клинической анатомии глотки, носа и околоносовых пазух Освоение навыков осмотра глотки, носа и околоносовых пазух.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>60 мин</p>
<p>№2 «Методы исследования и клиническая анатомия, физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода и наружного и среднего уха».</p> <p>Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Изучение клинической анатомии гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха Освоение навыков осмотра гортани, наружного и среднего уха.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин</p> <p>150 мин</p> <p>60 мин</p>

<p>№3 «Методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов; клиническая анатомия и физиология внутреннего уха». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Изучение клинической анатомии внутреннего уха. Освоение навыков исследования слухового и вестибулярного анализаторов.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 150 мин</p>
<p>№4 «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». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Обход, осмотр тематических пациентов в оториноларингологическом отделении Освоение на муляжах навыков оказания срочной ЛОР помощи.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 150 мин</p>
<p>№5 «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». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Обход, осмотр тематических пациентов в оториноларингологическом отделении Работа в поликлинике на амбулаторном приеме оториноларингологических пациентов.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 150 мин</p>

<p>№6 «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». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Обход, осмотр тематических пациентов в оториноларингологическом отделении Работа в поликлинике на амбулаторном приеме оториноларингологических пациентов.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 150 мин</p>
<p>№7 «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 внутричерепные и орбитальные осложнения». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Обход, осмотр тематических пациентов в оториноларингологическом отделении Работа в поликлинике на амбулаторном приеме оториноларингологических пациентов.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 150 мин</p>
<p>№8 «Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангина, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды». Организационная вводная часть. Постановка цели и задач занятия. Контроль исходного уровня знаний студентов. Разбор темы путем опроса. Обход, осмотр тематических пациентов в оториноларингологическом отделении Работа в поликлинике на амбулаторном приеме оториноларингологических пациентов. Итоговое тестирование. Зачет.</p>	<p>5 мин 10 мин 45 мин 60 мин 100 мин 50 мин</p>

306892

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 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, повторить методику их исследования.

Исходный уровень знаний. Для усвоения материала темы необходимо использовать знания:

- 1) по строению носа, околоносовых пазух и глотки из курса нормальной анатомии;
- 2) по физиологии носа, околоносовых пазух и глотки из курса нормальной физиологии;
- 3) по методике рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух, 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;
- 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

(для определения исходного уровня знаний студентов)

1. На какие отделы делится глотка?
 - 1.1. Носоглотка, ротоглотка, гортаноглотка.
 - 1.2. Ротоглотка, передняя, задняя глотка.

- 1.3. Боковая глотка, носоглотка, нижняя.
- 1.4. Задняя глотка, носоглотка, боковая.
- 1.5. Передняя глотка, задняя, нижняя.
2. Назовите место расположения трубных миндалин:
 - 2.1. В устье слуховой трубы.
 - 2.2. Розенмюллеровая ямка.
 - 2.3. На задней стенке глотки.
 - 2.4. На верхней стенке глотки.
3. Глоточная миндалина расположена:
 - 3.1. На задней стенке ротоглотки.
 - 3.2. В своде носоглотки.
 - 3.3. На боковой стенке глотки.
 - 3.4. На сошнике.
4. Укажите место расположения небных миндалин:
 - 4.1. Между небной дужкой и задней стенкой глотки.
 - 4.2. Между небной дужкой и боковой стенкой глотки.
 - 4.3. Между небными дужками.
 - 4.4. В толще мягкого неба.
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 35 лет.
6. Перечислите образование в заглоточном пространстве у детей младшего возраста:
 - 6.1. Лимфатические узлы, клетчатка.
 - 6.2. Мышцы глотки, клетчатка.
 - 6.3. Сосудисто-нервный пучок шеи.
 - 6.4. Внутренняя сонная артерия.
7. Заглоточное пространство книзу продолжается в:
 - 7.1. Переднее средостение.
 - 7.2. Заднее средостение.
 - 7.3. Парафарингеальное пространство.
 - 7.4. Заканчивается слепо.
8. Назовите составные части костного остова наружного носа:
 - 8.1. Плоские носовые кости, лобные отростки верхней челюсти.
 - 8.2. Лобные кости, решетчатая кость.
 - 8.3. Лобные отростки верхней челюсти, решетчатая кость.
 - 8.4. Слезная кость, верхняя челюсть, решетчатая кость.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

1. Сколько степеней увеличения небных миндалин Вы знаете?
 - 1.1. Четыре степени.
 - 1.2. Две степени.
 - 1.3. Три степени.
 - 1.4. Пять степеней.
2. Какая часть небных миндалин покрыта капсулой?
 - 2.1. Верхний полюс.
 - 2.2. Половина миндалины.
 - 2.3. 2/3 части наружной поверхности миндалины.
 - 2.4. Вся поверхность миндалины.
 - 2.5. Миндалина не имеет капсулы.
3. Парафарингеальное пространство книзу переходит:
 - 3.1. В переднее средостение.
 - 3.2. В заднее средостение.
 - 3.3. В паратонзиллярное пространство.
 - 3.4. Заканчивается слепо.
4. Назовите нервы, иннервирующие наружный нос:
 - 4.1. Лицевой, языкоглоточный.
 - 4.2. Языкоглоточный, глазодвигательный.
 - 4.3. Обонятельный, лицевой.
 - 4.4. Тройничный, лицевой.
 - 4.5. Блоковидный.
5. Чем образована нижняя стенка носовой полости?
 - 5.1. Двумя небными отростками верхней челюсти, небной костью.
 - 5.2. Основной костью, небной костью.
 - 5.3. Решетчатой костью, основной костью.
 - 5.4. Двумя горизонтальными пластинками небной кости, двумя небными отростками верхней челюсти.
6. В верхний носовой ход открываются околоносовые пазухи:
 - 6.1. Верхнечелюстная, основная.
 - 6.2. Лобная, задние клетки решетчатой кости.
 - 6.3. Задние клетки решетчатой кости, основная пазуха.
 - 6.4. Передние и задние клетки решетчатой кости, лобная пазуха.
7. Назовите пазухи, открывающиеся в средний носовой ход:
 - 7.1. Верхнечелюстная, задние клетки решетчатой кости.
 - 7.2. Лобная, основная.
 - 7.3. Передние клетки решетчатой кости, лобная, верхнечелюстная.
 - 7.4. Задние клетки решетчатой кости, лобная.
 - 7.5. Основная пазуха, верхнечелюстная, лобная, передние клетки решетчатой кости.

8. Перечислите околоносовые пазухи у детей раннего возраста:
 - 8.1. Верхнечелюстные и лобные пазухи.
 - 8.2. Клетки решетчатой кости, верхнечелюстная пазуха.
 - 8.3. Лобная пазуха, решетчатая кость.
 - 8.4. Клиновидная и лобная пазухи.
9. Каким эпителием покрыта слизистая оболочка носовой полости?
 - 9.1. Многослойным плоским эпителием.
 - 9.2. Многослойным кубическим эпителием.
 - 9.3. Многоядным цилиндрическим мерцательным эпителием.
 - 9.4. Плоскоклеточным неороговевающим эпителием.
10. Укажите наиболее вероятное место расположения кровотоковой зоны носовой перегородки:
 - 10.1. Передне-верхний отдел носовой перегородки.
 - 10.2. Передне-нижний отдел носовой перегородки.
 - 10.3. Задне-верхний отдел носовой перегородки.
 - 10.4. Задне-нижний отдел носовой перегородки.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Костный и хрящевой каркас 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. Воячку) и ольфактометрия.
- 7) Околоносовые пазухи (передняя и задняя группа).
- 8) Стенки верхнечелюстной пазухи и их значение в клинической практике.
- 9) Стенки лобной пазухи и их значение в клинической практике.
- 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) Заглоточное пространство и особенности строения его 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 пациентов с различными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух степень нарушения дыхания через нос.
2. Исследовать в сравнении у пациентов с различными заболеваниями полости носа и околоносовых пазух степень нарушения обоняния.

План работы на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
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. 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 № 2. Методы исследования, клиническая анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха.

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

Цель самоподготовки. После самостоятельного изучения материала студент должен знать клиническую анатомию, физиологию гортани, трахеи, бронхов, пищевода, наружного и среднего уха; повторить методики отоскопии и непрямой ларингоскопии; теоретически изучить прямые методы исследования и представлять нормальную картину этих органов при их исследовании.

Исходный уровень знаний. Для усвоения материала темы необходимо 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, иннервация и лимфоотток 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, слуховой трубы);
- 12) исследование уха (наружный осмотр и пальпация, отоскопия, определение проходимости слуховых труб, подвижности барабанной перепонки, рентгенография височных костей).

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

ГОРТАНЬ

1. Назовите парные хрящи гортани:
 - 1.1. Черпаловидные, щитовидные, сесамовидные.
 - 1.2. Клиновидные, черпаловидные, рожковидные.
 - 1.3. Рожковидные, перстневидные, сесамовидные.
2. Укажите непарные хрящи гортани:
 - 2.1. Надгортанник, сесамовидные, черпаловидные.
 - 2.2. Щитовидный, клиновидный, рожковидный.
 - 2.3. Перстневидный, щитовидный, надгортанник.
3. Назовите хрящ гортани, который является ее фундаментом:
 - 3.1. Щитовидный.
 - 3.2. Перстневидный.
 - 3.3. Черпаловидный.
4. Между какими образованиями гортани находится «коническая»
связка?
 - 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 полукольцом
трахеи.
 - 4.4. Между щитовидным хрящом и надгортанником.
5. Перечислите отделы гортани:
 - 5.1. Вестибулярный, передний, нижний.
 - 5.2. Средний, боковой, нижний.
 - 5.3. Подскладковый, средний, вестибулярный.
 - 5.4. Боковой, средний, вестибулярный.
 - 5.5. Задний, передний, верхний.
 - 5.6. Передний, задний, нижний.

НАРУЖНОЕ И СРЕДНЕЕ УХО

6. Наружный слуховой проход у новорожденных детей имеет форму:
 - 6.1. Овальную.
 - 6.2. Круглую.
 - 6.3. Щелеобразную.
7. Задняя костная стенка наружного слухового прохода граничит с:
 - 7.1. Антрумом, клетками сосцевидного отростка.
 - 7.2. Луковицей яремной вены.
 - 7.3. Каналом сонной артерии.
 - 7.4. Внутренним ухом.
8. Передняя костная стенка наружного слухового прохода граничит с:
 - 8.1. Суставом нижней челюсти.
 - 8.2. Каналом сонной артерии.

8.3. Околоушной слюнной железой.

8.4. Внутренним ухом.

9. При помощи каких образований костный лабиринт сообщается с барабанной полостью?

9.1. Слуховая труба.

9.2. Вестибулярное и кохлеарное окна.

9.3. Внутренний слуховой проход.

9.4. Водопровод улитки.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

1. Укажите форму надгортанника у детей первого года жизни:

1.1. В виде лепестка цветка.

1.2. Широкий.

1.3. Свернутый в полутрубку.

1.4. Свернутый в виде трубки.

2. Назовите основную мышцу, которая расширяет голосовую щель:

2.1. Задняя перстне-черпаловидная мышца.

2.2. Поперечная черпаловидная мышца.

2.3. Щито-черпаловидная мышца.

2.4. Черпало-надгортанная мышца.

3. Сколько отростков имеет черпаловидный хрящ?

3.1. Один.

3.2. Два.

3.3. Три.

3.4. Четыре.

4. Как называется наружный отросток черпаловидного хряща?

4.1. Боковой.

4.2. Мышечный.

4.3. Медиальный.

4.4. Задний.

5. На медиальной стенке барабанной полости различают:

5.1. Мыс, нишу вестибулярного окна, нишу кохлеарного окна, канал лицевого нерва.

5.2. Ампулу горизонтального полукружного канала.

5.3. Сферическое и эллиптическое углубление.

5.4. Пирамидальный отросток.

6. На задней стенке барабанной полости находятся:

6.1. Пирамидальный отросток.

6.2. Вход в пещеру, возвышение ампулы горизонтального полукружного канала, канал лицевого нерва.

6.3. Слуховая труба.

- 6.4. Амбула горизонтального полукружного канала.
7. На передней стенке барабанной полости находятся:
 - 7.1. Устье слуховой трубы, костная стенка канала внутренней сонной артерии.
 - 7.2. Тимпанальные клетки.
 - 7.3. Отверстие барабанного канальца.
 - 7.4. Амбула горизонтального полукружного канала.
8. Нижняя стенка барабанной полости:
 - 8.1. Граничит с каналом внутренней сонной артерии.
 - 8.2. Имеет пневматические клетки.
 - 8.3. Имеет дегистенции.
 - 8.4. Граничит с луковицей яремной вены.
9. Сосцевидный отросток может быть по своему строению:
 - 9.1. Пневматическим, склеротическим, диплоэтическим.
 - 9.2. Смешанным, склеротическим.
 - 9.3. Гипопластическим, диплоэтическим.
 - 9.4. Апластическим, 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, иннервация и лимфоотток 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.
2. Выявить степень нарушения проходимости слуховых труб у пациентов с различными заболеваниями полости носа, пазух и уха.

План работы на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
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 трахеобронхоскопии, эзофагоскопии, ФГДС.
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. 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 № 3. Методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов; клиническая анатомия и физиология внутреннего уха.

Актуальность темы. Воспалительные заболевания наружного, среднего и внутреннего уха могут вызывать различные отогенные внутричерепные осложнения, тугоухость и глухоту. Для понимания путей распространения инфекции из уха в полость черепа, механизмов развития тугоухости и глухоты и других осложнений необходимо изучить клиническую анатомию, физиологию слухового анализатора, освоить основные методики его исследования. Вестибулярный анализатор - орган равновесия, который обеспечивает равновесие тела, координацию и анализ движений в пространстве. Знание клинической анатомии и физиологии вестибулярного анализатора позволит понять механизм возникновения комплекса симптомов (головокружение, тошнота, рвота, спонтанный нистагм, расстройство равновесия и др.) при его поражении.

Цель самоподготовки. После самостоятельного изучения материала темы, студент должен знать строение наружного и среднего уха, улитки и спирального органа, физиологию слухового анализатора, теории слуха, методы исследования слуховой функции. Необходимо также знать анатомию и физиологию вестибулярного анализатора, методику его исследования.

Исходный уровень знаний. Для усвоения темы необходимо использовать знания:

- 1) по анатомии височной кости из курса нормальной анатомии;
- 2) по физиологии слухового и вестибулярного анализаторов и методам исследования из курса нормальной физиологии.

План изучения темы. Рекомендуются следующая последовательность изучения темы:

- 1) анатомия и топография преддверия, полукружных каналов и улитки, взаимоотношения их с барабанной полостью, средней и задней черепной ямкой;
- 2) строение рецепторного аппарата слухового анализатора;
- 3) проводящие пути и центры слухового анализатора;
- 4) физиология слухового анализатора: адекватный раздражитель, звукопроводение и звуковосприятие;
- 5) методы исследования слуховой функции (определение остроты слуха речью, камертонами, аудиометрия, импедансометрия);
- 6) строение рецепторного аппарата преддверия;
- 7) строение рецепторов полукружных каналов;
- 8) проводящие пути и центры вестибулярного анализатора;
- 9) физиология вестибулярного анализатора и методы исследования вестибулярного анализатора.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

Внутреннее ухо, слуховой и вестибулярный анализаторы.

1. Сколько завитков имеет костная улитка лабиринта?
 - 1.1. 2 1/2.
 - 1.2. 1 1/2.
 - 1.3. 3 2/3.
 - 1.4. 3 1/2.
2. На каком из перечисленных образований находится Кортиев орган?
 - 2.1. Основной мембране.
 - 2.2. Покровной пластинке.
 - 2.3. Рейснеровой мембране.
 - 2.4. Вторичной барабанной перепонке.
3. Через какое из перечисленных образований п. octavus проникает в пирамиду височной кости?
 - 3.1. Canalis n. stato-acusticus.
 - 3.2. Canalis centralae madioli.
 - 3.3. Внутренний слуховой проход.
 - 3.4. Canalis stylomastoideus.
4. Какие нервы объединяет VIII пара черепно-мозговых нервов?
 - 4.1. Слуховой и лицевой.
 - 4.2. Лицевой и вестибулярный.
 - 4.3. Слуховой и вестибулярный.
 - 4.4. Вестибулярный и блуждающий.
5. Укажите клинические проявления поражения вестибулярного нерва?
 - 5.1. Расстройства равновесия, нистагм, головокружение, тошнота, рвота.
 - 5.2. Нарушение равновесия, слуха, координации.
 - 5.3. Нарушение функции мимической мускулатуры.
 - 5.4. Нарушение тактильной и суставно-мышечной чувствительности.
6. Назовите главную функцию слуховой трубы?
 - 6.1. Для постоянного выравнивания внутритимпанального давления с атмосферным, имеет важное значение для проведения звука по воздуху, защищает среднее ухо от инфекции, несет дренажную функцию.
 - 6.2. Не играет никакой роли в звукопроведении по воздуху.
 - 6.3. Играет роль резонатора звуков.
 - 6.4. Удаляет воздух из барабанной полости.
7. Барабанная перепонка:
 - 7.1. Осуществляет трансформацию звукового давления, способствует усилению звукового давления в вестибулярном окне, благодаря соотношению его площади к площади барабанной перепонки.

- 7.2. Осуществляет восприятие звука.
- 7.3. Экранирует барабанную полость.
- 7.4. Волнообразно сокращается при звуковом давлении.
- 8. Функция улитки:
 - 8.1. Проведение и восприятие звуков.
 - 8.2. Проведение звуков, которые поступают по костям черепа.
 - 8.3. Восприятие звуков, которые поступают по воздуху.
 - 8.4. Участвует в координации движений тела.
 - 8.5. Первичный анализ звуков.
- 9. Каков диапазон восприятия звуков по частоте у человека?
 - 9.1. От 20 Гц до 8 000 Гц.
 - 9.2. От 50 Гц до 5 000 Гц.
 - 9.3. От 20 Гц до 20 000 Гц.
 - 9.4. От 20 Гц до 200 000 Гц.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

- 1. Посредством скольких отверстий преддверие сообщается с тремя полукружными каналами?
 - 1.1. Шести.
 - 1.2. Пяти.
 - 1.3. Четырех.
 - 1.4. Трех.
- 2. Сколько ампул имеет горизонтальный полукружный канал?
 - 2.1. Одну.
 - 2.2. Две.
 - 2.3. Три.
 - 2.4. Четыре.
- 3. Имеется ли перилимфатическое пространство в костных полукружных каналах?
 - 3.1. Да.
 - 3.2. Нет.
 - 3.3. Только в области ампулы.
- 4. Ампула какого из полукружных каналов выступает на поверхности медиальной стенки адитуса?
 - 4.1. Фронтального.
 - 4.2. Сагитального.
 - 4.3. Горизонтального.
- 5. Перечислите адекватные раздражители рецепторных образований полукружных каналов?
 - 5.1. Любое перемещение тела в пространстве.

5.2. Угловое ускорение, вызывающее инерционное смещение эндолимфы.

5.3. Центробежная сила, возникающая при вращении.

6. Перечислите адекватные раздражители рецепторных образований преддверия (утрикулос и саккулос)?

6.1. Прямолинейное ускорение и сила гравитации, центробежная сила.

6.2. Комплекс сил равной направленности при вращении тела.

6.3. Только прямолинейное ускорение.

7. Какие реакции возникают при раздражении вестибулярного анализатора?

7.1. Сенсорные, соматические и вестибулярные.

7.2. Нарушение зрения.

7.3. Нарушение обоняния.

8. Какие изменения происходят при смещении эндолимфы в сторону ампулярного (расширенного) конца горизонтального полукружного канала (ампулопетальный ток):

8.1. Появляется нистагм в сторону раздражаемого уха (по направлению быстрого компонента).

8.2. Появляется нистагм в сторону не раздражаемого уха.

8.3. Направление нистагма зависит от скорости вращения больного, и, естественно, от скорости смещения эндолимфы.

9. Какие изменения происходят при смещении эндолимфы в сторону гладкого конца (от ампулы) горизонтального полукружного канала (ампулофугальный ток):

9.1. Появляется нистагм в сторону раздражаемого уха.

9.2. Появляется нистагм в сторону не раздражаемого уха.

9.3. Нистагм зависит от скорости смещения эндолимфы.

10. Каков диапазон восприятия звуков по интенсивности в относительных измерениях?

10.1. От 0 до 90 дБ.

10.2. От 0 до 120 дБ.

10.3. От 0 до 140 дБ.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Строение костной и перепончатой улитки.
- 2) Рецепторный аппарат, проводящие пути и центры слухового анализатора.
- 3) Функциональные отделы слухового анализатора.
- 4) Механизм звукопроводения.
- 5) Представления о звуковосприятии.
- 6) Исследование слуха речью (шёпотной и разговорной).
- 7) Исследование слуха камертонами, пробы Ринне, Вебера и их оценка.

- 8) Принципы и методы аудиометрии.
- 9) Какие отделы лабиринта относятся к вестибулярному анализатору?
- 10) Анатомия полукружных каналов.
- 11) Где расположен периферический рецептор в полукружных каналах и как он устроен?
- 12) Анатомия преддверия и строение его рецепторного аппарата.
- 13) Проводящие пути, ядра и их связи с центральной нервной системой.
- 14) Адекватные раздражители вестибулярного анализатора и пороги их возбудимости.
- 15) Три вида реакций, возникающих при раздражении вестибулярного анализатора.
- 16) Механизм возникновения и характеристика спонтанного нистагма.
- 17) Законы Эвальда и их клиническая интерпретация.
- 18) Экспериментальные вестибулярные пробы для исследования функции полукружных каналов.

Обязательные для выполнения задания.

1. Усвоить схему слухового паспорта и выполнение его тестов.
2. Усвоить схему вестибулярного паспорта и выполнение его тестов.

УИРС:

1. Исследовать в сравнении степень нарушения слуха у больных с различными заболеваниями среднего и внутреннего уха.
2. Изучить степень нарушения дыхания через нос у больных с различными заболеваниями среднего уха.

План работы на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
2. Усвоение анатомии внутреннего уха: улитки, полукружных каналов и преддверия по таблицам, слайдам, муляжам и костным препаратам.
3. Освоение методики исследования слуховой функции студентами друг на друге и заполнение слухового паспорта.
4. Освоение друг на друге методики исследования функции вестибулярного анализатора и заполнение вестибулярного паспорта.
5. Освоение друг на друге методики двойной пробы с вращением (отолитовой реакции) и ее оценки.
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. 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 № 4. 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.

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 любой специальности. В ряде случаев благополучный исход заболевания – сохранение жизни пациенту, 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 доброкачественных и злокачественных новообразований, основные методы их лечения. Ознакомиться с клиническими проявлениями доброкачественных опухолей верхних дыхательных путей, 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 хирургической обработке ран из курса общей хирургии;
- 4) по изменению 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, коникотомия 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 различных отделов гортани, стадии и клиника;

21) принципы и методы лечения рака гортани;

22) склерома верхних дыхательных путей;

23) туберкулез гортани, глотки, уха;

24) сифилис носа, глотки и гортани.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

Неотложная помощь при заболеваниях и травмах ЛОР-органов.

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

1.1. Атеросклероз и артериальная гипертензия, 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 к его перегородке, введение в передние отделы носа ватного тампона с 3% раствором перекиси водорода, измерение АД.

2.2. Придание больному лежачего положения.

2.3. Вливание в полость носа холодной воды.

2.4. Вдыхание нашатырного спирта.

3. Какие вещества вызывают более глубокие химические ожоги пищевода?

3.1. Кислоты.

3.2. Щелочи.

3.3. Спирты.

3.4. Концентрированные солевые растворы.

4. В каких отделах происходят более глубокие поражения пищевода химическими агентами?

4.1. В местах физиологических сужений пищевода, где рефлекторный спазм задерживает агрессивную жидкость.

4.2. Грудной отдел пищевода.

4.3. В месте входа пищевода в желудок.

4.4. Устье пищевода.

5. Какое из отдаленных последствий чаще имеет место после химического ожога пищевода?

5.1. Рубцовый стеноз пищевода.

5.2. Пищеводно-трахеальные свищи.

5.3. Хроническая печеночная недостаточность.

5.4. Рефлюкс-эзофагит.

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.

7.3. В оба бронха.

8. Какое исследование является ведущим при диагностике злокачественных опухолей полости носа и околоносовых пазух?

8.1. Бактериологическое исследование.

8.2. Гистологическое исследование.

8.3. Рентгенологическое исследование.

8.4. Ультразвуковое исследование.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

1. Первая врачебная помощь при носовых кровотечениях:

1.1. Выяснить причину кровотечения, определить локализацию и массивность его, освободить полость носа от крови и сгустков, произвести переднюю тампонаду носа с 5% раствором аминокaproновой кислоты, гемостатической пастой и другими средствами.

1.2. Передняя тампонада с 10% раствором хлористого кальция.

1.3. Перевязка наружной сонной артерии.

1.4. Наложение пращевидной повязки.

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

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

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

2.3. Удаление слизистой оболочки и хряща.

2.4. Сдавление общей сонной артерии на шее.

3. Перечислите показания к применению задней тампонады носа?

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

3.2. Всегда при кровотечениях из задних отделов полости носа.

4. Какой минимальный срок тампонады носа?

4.1. 12 часов.

4.2. 1-2 суток.

4.3. 3-5 суток.

4.4. Более 6 суток.

5. Что характерно для заглоточного абсцесса?

5.1. Выпячивание, гиперемия задней стенки глотки, затруднение дыхания, глотания, гнусавость.

5.2. Гиперемия слизистой задней стенки глотки с нагноившимися фолликулами.

5.3. Кривошея, увеличение лимфатических узлов, отсутствие тризма и боли в горле.

6. Как производят вскрытие заглоточного абсцесса?

6.1. Отсасывание гноя из абсцесса, через толстую иглу шприцем, а затем разрез вблизи средней линии (по игле) с последующей аспирацией гноя отсосом.

6.2. Горизонтальный разрез в месте наибольшего выпячивания задней стенки глотки.

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

7.1. Общими явлениями интоксикации, зависящими от степени токсичности действующего вещества.

7.2. Симптоматика аналогичная.

8. Какое из описанных изменений при ожоге пищевода относится к 3-й степени?

8.1. Повреждение поверхностного эпителиального слоя пищевода, клинически – гиперемия слизистой оболочки.

8.2. Образование пузырей, т.е. повреждение всей толщины слизистой оболочки.

8.3. Некроз слизистого и мышечного слоев пищевода с переходом воспаления на глубжележащие образования (перизофагальная клетчатка средостения).

9. В какие сроки после ожога пищевода целесообразно провести эзофагоскопию?

9.1. 1-е сутки.

9.2. 5-е сутки.

9.3. 10-е сутки.

9.4. 20-е сутки.

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

10.1. При прямой ларингоскопии.

10.2. При непрямой ларингоскопии (локализованных в гортани).

10.3. Верхней трахеобронхоскопии.

10.4. Нижней трахеобронхоскопии.

11. Перечислите заболевания не приводящие к развитию стеноза гортани?

11.1. Абсцесс надгортанника.

11.2. Аллергические реакции на медикаменты.

11.3. Вирусные ларинготрахеобронхиты.

11.4. Аденоидные разращения.

11.5. Инородное тело гортани.

11.6. Дифтерия гортани.

12. Для 3-й стадии стеноза гортани характерно.

12.1. Появление одышки при ходьбе, общая слабость, синюшность кожных покровов.

12.2. Инспираторная одышка в покое с включением в акт дыхания вспомогательных мышц, стрidor, бледность, беспокойство больного.

12.3. Потеря сознания, кожа бледно-серого, синюшного цвета, резкое затруднение дыхания, вплоть до остановки, падение АД.

13. Какой из видов лечения при стенозе гортани в стадии компенсации не применяется:

13.1. Антигистаминные препараты внутримышечно.

13.2. Глюконат кальция внутримышечно.

13.3. Эфедрин – в возрастной дозировке внутрь.

13.4. Рефлекторная терапия (горчичники, горячие ножные ванны).

13.5. Тепло-влажные ингаляции.

13.6. Интубация гортани и трахен.

14. Причина возникновения подскладковых ларингитов:

14.1. Анатомически узкая гортань, хорошо развита рыхлая ткань в подскладковом пространстве, аллергический фактор, ослабление иммунитета.

14.2. Частые ринофарингиты.

14.3. Сахарный диабет.

15. Характерные симптомы хронического ларингита:

15.1. Двухстороннее воспаление голосовых складок, гиперемия и недостаточное смыкание их, хрипота.

15.2. Вестибулярные складки гиперемированы, стойкий субфебрилитет, постоянный кашель.

16. Перечислите ранние симптомы опухолей гортани с локализацией на голосовых складках?

16.1. Кашель.

16.2. Затрудненное дыхание.

16.3. Кровохарканье.

16.4. Охриплость.

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

17.1. Воздушная киста.

17.2. Невринома.

17.3. Эпителиома.

17.4. Гемангиома.

17.5. Фиброма.

17.6. Хондрома.

18. Укажите осложнения, развивающиеся во время эндоларингеального удаления опухоли гортани?

18.1. Ларингоспазм, скальпирование слизистой.

18.2. Одышка.

18.3. Упорный кашель.

19. Характерные симптомы острого трахеита:

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

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

19.3. Лающий кашель, рвота, гиперемия слизистой оболочки глотки.

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

20.1. Ингаляция.

20.2. Прижигание.

20.3. Хирургическое иссечение, криовоздействие, лазерная деструкция.

20.4. Лучевое.

20.5. Комбинированное.

21. Перечислите ранние симптомы рака гортани при вестибулярной его локализации?

21.1. Охриплость.

21.2. Затрудненное дыхание.

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

21.4. Кровохарканье.

22. Укажите, какой из методов лечения рака гортани (III, IV стадии) предпочтителен?

22.1. Хирургический.

22.2. Лучевой.

22.3. Химиотерапевтический.

22.4. Комбинированный.

23. Что является основополагающим в верификации доброкачественной опухоли носа?

23.1. Бактериологическое исследование.

23.2. Рентгенологическое исследование.

23.3. Гистологическое исследование.

23.4. Серологическое исследование.

23.5. Исследование анализов крови.

24. Какому виду лечения отдается предпочтение при доброкачественных опухолях носа и околоносовых пазух?

24.1. Химиотерапевтическое.

24.2. Полихимиотерапия.

24.3. Рентгентерапия.

24.4. Симптоматическое лечение.

24.5. Хирургическое, крио- и ультразвуковое лечение.

25. Назовите наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли носа и околоносовых пазух:

25.1. Полипы носа и околоносовых пазух, кисты, мукоцеле, пиоцеле, кровоточащие полипы носовой перегородки, ангиофиброма основания черепа, гемангиомы.

25.2. Саркома Капоши.

25.3. Хондросаркома.

25.4. Фибромиксома, эстезионейробластома.

26. При какой доброкачественной опухоли глотки (носоглотки) наблюдается клинически злокачественное ее течение?

26.1. Папиллома глотки.

26.2. Полип глотки.

26.3. Кисты небных миндалин.

26.4. Ангиофиброма.

27. При удалении какой доброкачественной опухоли глотки (носоглотки) чаще всего прибегают к перевязке наружных сонных артерий?

27.1. Ангиомы ротоглотки.

27.2. Смешанные опухоли ротоглотки.

27.3. Ангиофиброма носоглотки.

27.4. Кисты ротоглотки.

27.5. Полипы гортаноглотки.

28. Для 2-й стадии стеноза гортани характерно:

28.1. Появление одышки при ходьбе.

28.2. Инспираторная одышка в покое, включение в дыхательный акт вспомогательных мышц, бледность кожных покровов.

28.3. Экспираторная одышка, выраженный стридор и беспокойство больного.

28.4. Потеря сознания, резкое затруднение дыхания, кожа синюшного цвета, падение АД.

29. Для стеноза гортани при остром вирусном ларинготрахеите характерно:

29.1. Постепенное развитие (в течение 2-3 недель) стеноза гортани на фоне явлений ринофарингита.

29.2. Заболевание начинается внезапно, чаще ночью, у детей во время сна, одновременно возникает грубый лающий кашель.

29.3. Быстрое развитие стеноза гортани на фоне ОРВИ в любом возрасте и в любое время суток.

30. Какое лечение показано при стенозе I - II стадии, обусловленном специфическими гранулемами?

30.1. Специфическое лечение.

30.2. Бужирование гортани.

30.3. Интубация.

30.4. Трахеотомия.

31. Развитие стеноза гортани и трахеи, обусловленное инфекционными гранулемами чаще имеет:

- 31.1. Острое течение.
- 31.2. Хроническое течение.
- 31.3. Волнообразное течение.

32. Хронический стеноз гортани чаще всего формируется при:

32.1. Узелково-инфильтративной стадии склеромы, язвенных поражениях гортани при сифилисе, монохордите туберкулезной этиологии.

32.2. Перихондрите туберкулезной, сифилитической этиологии, рубцовой стадии склеромы.

32.3. При травмах гортани на фоне поражения инфекционными гранулемами.

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) Клинические формы хронического гиперпластического ларингита, разновидности ограниченного гиперпластического ларингита.
- 18) Основные принципы лечения хронических ларингитов.
- 19) Причины острого ларинготрахеита у детей.
- 20) Клиника острого ларинготрахеита у детей.
- 21) Принципы интенсивной терапии при остром ларинготрахеите у детей.
- 22) Дифтерия гортани, диагностика и лечение.
- 23) Парезы и параличи мышц гортани.
- 24) Острый стеноз гортани, классификация по В.Ф. Ундрицу, клиника.

- 25) Принципы лечения стенозов гортани в зависимости от стадии.
- 26) Техника коникотомии и трахеостомии, осложнения.
- 27) Правила ухода за трахеостомой.
- 28) Фиброма и папиллома гортани.
- 29) Папилломатоз гортани у детей.
- 30) Юношеская ангиофиброма основания черепа.
- 31) Злокачественные опухоли носа, околоносовых пазух, стадии, клиника, диагностика, принципы лечения.
- 32) Тонзиллярные опухоли, их характеристика и принципы лечения.
- 33) Факторы, способствующие возникновению рака гортани.
- 34) Стадии рака гортани.
- 35) Особенности клинического течения рака гортани в зависимости от его локализации в гортани.
- 36) Принципы ранней диагностики рака гортани.
- 37) Методы лечения рака гортани.
- 38) Склерома верхних дыхательных путей, этиология, патогенез, классификация, принципы диагностики и лечения.
- 39) Туберкулез глотки, гортани и уха, симптоматика, диагностика, лечение.
- 40) 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 различных формах гиперпластического ларингита.
3. Нарисовать ларингоскопическую картину при параличе левого возвратного нерва (во время фонации и глубокого вдоха).
4. Нарисовать ларингоскопическую картину при фиброме и папилломатозе гортани.
5. Составить перечень инструментария для коникотомии и трахеостомии.

План работы на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Освоение основных практических приемов при остановке носовых кровотечений и удалении инородных тел.
4. Амбулаторный прием пациентов.
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. - 480 с.

ТЕМА № 5. 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.

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 этой 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. 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 пациенту.

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 студент должен использовать знания:

1) по клинической анатомии, физиологии и методам исследования наружного и среднего уха, 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 методы лечения фурункула и разлитого воспаления наружного слухового прохода;

2) серная пробка 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 острого отита в детском возрасте;

8) клиника и лечение антрита и мастоидита;

9) операция антротомия;

10) причины, приводящие к хроническому течению отита;

12) основные признаки хронического гнойного среднего отита;

- 13) клинические формы хронического гнойного среднего отита и их дифференциальная диагностика;
- 14) холестеатома и методы ее диагностики;
- 15) принципы консервативного лечения хронических гнойных средних отитов;
- 16) показания к хирургическому лечению хронических гнойных средних отитов;
- 17) радикальная или общеполостная операция уха;
- 18) осложнения хронических гнойных средних отитов;
- 19) тимпанопластика.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

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.
 - 1.4. Аэрогенный.
2. Местные субъективные симптомы при остром среднем отите:
 - 2.1. Звон в ушах, острая боль при открывании рта.
 - 2.2. Боль в ухе, боль при надавливании на козелок.
 - 2.3. Боль в ушной раковине, боль в подчелюстной области на стороне поражения.
 - 2.4. Боль в ухе, ощущение заложенности в ухе, шум в ухе, снижение слуха.
3. Местные объективные симптомы острого среднего отита:
 - 3.1. Гиперемия барабанной перепонки различной степени, отек, инфильтрация, выпячивание барабанной перепонки, снижение слуха, слизисто-гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе.
 - 3.2. Гиперемия и мацерация кожи наружного слухового прохода, гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе, снижение слуха.
 - 3.3. Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода, шейный лимфаденит на стороне больного уха, снижение слуха.
 - 3.4. Барабанная перепонка мутная, втянута, на барабанной перепонке рубцы, в ее толще петрификаты.
4. Укажите 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 образования 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 сухой перфорации, снижением слуха.

6.3. Рубцовыми изменениями барабанной перепонки, глухотой.

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

7.1. Центральная перфорация с орозоленными краями, гиперплазия эпителия, утолщение, отложение солей, кальцификаты, сращения с медиальной стенкой барабанной полости.

7.2. Отсутствие перфорации.

7.3. Истончение, атрофия барабанной перепонки, краевая перфорация.

8. Какие отоскопические изменения наблюдаются при хроническом эпитимпаноантральном отите (эпитимпаните)?

8.1. Краевая перфорация, точечная перфорация в расслабленной части, дефект латеральной стенки аттика, гнойные, зловонные выделения.

8.2. Все патологоанатомические изменения в натянутой части барабанной перепонки.

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

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

9.2. Разрушение слуховых косточек, глухота.

9.3. Закрытие слуховой трубы, ушные шумы.

10. Действительно ли при туботимпанальном отите (мезотимпаните) поражается только средний отдел барабанной полости?

10.1. Да.

10.2. Нет.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

1. При остром гнойном среднем отите происходит снижение слуха на стороне поражения по типу:

1.1. Нарушения звуковосприятия.

1.2. Нарушения звукопроводения.

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

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

2.2. Отоскопии, перкуссии, исследования крови (ускорение СОЭ, лейкоцитоз, сдвиг формы влево).

2.3. Рентгенографии сосцевидного отростка, данных компьютерной томографии.

3. Лечение острого воспаления среднего уха включает в себя:

3.1. Парацентез барабанной перепонки при перфоративном отите, антибиотикотерапию, десенсибилизирующие препараты, сосудосуживающие капли в нос, физиотерапевтические методы лечения, туалет наружного слухового прохода.

3.2. Антибиотики, десенсибилизирующая терапия, общая укрепляющая и дегидратационная терапия.

3.3. Лечение перфоративного отита без парацентаза, антибиотики, сульфаниламиды, десенсибилизирующие средства, туалет уха.

4. К наиболее частым осложнениям среднего отита относят:

4.1. Отоанtrit, мастоидит, хронический отит.

4.2. Внутрочерепные осложнения, лабиринтит, отосклероз.

4.3. Тимпаносклероз, доброкачественные новообразования среднего уха.

5. Профилактика острого среднего отита включает в себя:

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

5.2. Рациональное питание, закапывание капель в ухо, лечение хронических заболеваний гортани, трахеи и бронхов, борьба с инфекционными заболеваниями.

5.3. Пользование «Берушами», еженедельный туалет слуховых проходов.

6. Лечение острого среднего отита у новорожденных включает:

6.1. Ранний парацентез, противовоспалительная терапия, антибиотики в/м, дезинтоксикационная и десенсибилизирующая терапия.

6.2. Лечение перфоративного отита без парацентаза, общеукрепляющая и стимулирующая терапия, сухое тепло на уши.

6.3. Сульфаниламиды per os, лечение перфоративного отита без парацентаза, спиртовой компресс на уши.

7. Перечислите осложнения острого среднего отита у новорожденных:

7.1. Отоанtrit, парентеральная диспепсия, отогенный менингит.

7.2. Нейротоксикоз, сепсис, пневмония, пиелонефрит, экссудативный диатез.

8. Укажите методы лечения хронического гнойного эпитимпаноантрального отита (эпитимпанита)?

8.1. Хирургическое.

8.2. Общеукрепляющая терапия, иммунотерапия, противоаллергические средства.

8.3. Физиотерапия, криохирургия, иммунотерапия.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Причины и предрасполагающие факторы для возникновения фурункула наружного слухового прохода.
- 2) Клиника и лечение фурункула 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 среднего отита.
- 8) Клинические симптомы, течение и принципы лечения первой стадии острого среднего отита.
- 9) Клинические симптомы, течение и принципы лечения второй стадии острого 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 его выполнения.
- 14) Антрит, клиника, диагностика и лечение.
- 15) Мастоидит, его формы, клиническая симптоматика и лечение.
- 16) Операция антротомия, показания к ней и техника выполнения.
- 17) Две основные формы хронического гнойного среднего отита.
- 18) Чем характеризуется хронический туботимпанальный отит (мезотимпанит):
 - а) локализация воспалительного процесса;
 - б) в какой части барабанной перепонки располагается перфорация?
 - в) тип нарушения слуховой функции при эпитимпаноантральном отите (мезотимпаните).
- 19) Чем характеризуется хронический эпитимпаноантральный отит (эпитимпанит):
 - а) локализация воспалительного процесса;
 - б) в какой части барабанной перепонки располагается перфорация?
 - в) какие местные осложнения возникают при эпитимпаноантральном отите (эпитимпаните)?

- 20) Холестеатома, ее клинические признаки и диагностика.
- 21) Принципы консервативного лечения хронических гнойных средних отитов.
- 22) Показания к радикальной операции уха, этапы ее выполнения.
- 23) Тимпаноластика, показания, типы тимпанопластик.

Обязательные для выполнения задания.

1. Нарисовать отоскопическую картину при остром гнойном среднем отите (II стадия).
2. Нарисовать барабанную перепонку и указать место выполнения 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 эпитимпаноантральном отите (эпитимпаните) и хроническом туботимпанальном отите (мезотимпаните).
6. Внести в слуховой паспорт данные, характерные для левостороннего хронического гнойного эпитимпаноантрального отита (эпитимпанита).
7. Выписать два рецепта ушных капель, применяемых в лечении хронического гнойного туботимпанального отита (мезотимпанита).

План работы студента на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Курация тематических пациентов.
4. Разбор курируемых пациентов.
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. Кунницкий 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. 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.

Актуальность темы. Отогенные внутричерепные осложнения относятся к тяжелым, жизненно опасным заболеваниям, летальность при которых в структуре оториноларингологической заболеваемости занимает первое место. Осложнения могут возникать в результате проникновения инфекции из уха в полость черепа и составляют в среднем 2-3% от общего числа больных с гнойными заболеваниями среднего уха, значительно чаще - при хроническом гнойном эпитимпаноантральном отите (эпитимпаните).

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 выбора правильной тактики лечения, в связи с чем знание этого материала является проверкой зрелости мышления студента и имеет важное значение в практической деятельности.

Цель. После изучения темы студент должен:

Иметь представление о путях проникновения инфекции из среднего и внутреннего уха в полость черепа и этапах ее распространения, методах хирургического лечения; об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения.

Знать: основные клинические симптомы отогенных внутричерепных осложнений (менингита, абсцесса мозга и мозжечка) и отогенного сепсиса, принципы их лечения и профилактики; основные клинические симптомы катара среднего уха, сенсоневральная тугоухость (кохлеарный неврит), отосклероза, болезни Меньера, принципы их лечения.

Уметь: своевременно распознать симптомы осложнения и выбрать рациональную лечебную тактику; выполнить отоскопию, исследовать слуховую и вестибулярную функции и оценить их состояние, выбрать адекватную лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

1. Когда появляются вестибуло-сенсорные реакции?
 - 1.1. При острых лабиринтитах, обострениях хронических лабиринтитов, чрезмерном раздражении лабиринта.
 - 1.2. При остром сальпингоотите.
2. Какая аппаратура применяется для исследования функции вестибулярного аппарата?
 - 2.1. Кресло Барани, электровращающееся кресло с регистрацией вестибулярных реакций, электроэнцефалограф для регистрации нистагма.
 - 2.2. Аудиометр.
 - 2.3. Отоскоп.
3. Какой ведущий симптом ограниченного серозного лабиринтита?
 - 3.1. Свищ наружного полукружного канала, нистагм, при фистульной пробе, сохранение слуховой и вестибулярной функции.
 - 3.2. Гноетечение из уха.
 - 3.3. Высокая температура тела, тошнота, рвота.
 - 3.4. Головокружение при нагрузке, подъеме, сморкании.
4. Какие признаки характерны для отогенного пареза лицевого нерва?
 - 4.1. Неполное закрытие глазной щели на стороне пораженного уха, сглаженность носогубной складки, невозможность наморщить лоб, опущение угла рта.
 - 4.2. Потеря болевой чувствительности на лице, сглаженность носогубной складки.
 - 4.3. Нарушение жевания, невозможность наморщить лоб.
5. Укажите расположение гнойного процесса при экстрадуральном абсцессе?
 - 5.1. Над твердой мозговой оболочкой.
 - 5.2. Между паутинной и мягкой мозговыми оболочками.
 - 5.3. Между твердой мозговой оболочкой и костями черепа.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

1. Какой из симптомов острого гнойного диффузного лабиринтита указывает на утрату функции лабиринта?
 - 1.1. Головокружение.
 - 1.2. Необратимость потери слуха.
 - 1.3. Спонтанный нистагм.
 - 1.4. Тошнота, рвота.
 - 1.5. Высокая температура тела.

2. Назовите характерные признаки отогенного абсцесса левой височной доли мозга у правой.

2.1. Соответствует клинике острого отита, мастоидита.

2.2. Заторможенное сознание, сонливость, локализованная головная боль, наличие очаговых симптомов (моторная, сенсорная, амнестическая афазия).

2.3. Психомоторное возбуждение, бред.

3. Какой из симптомов позволяет заподозрить тромбоз сигмовидного синуса?

3.1. Лихорадка, сменяющаяся ознобами.

3.2. Тошнота, рвота.

3.3. Головокружение.

3.4. Усиленное гноетечение из уха.

3.5. Парез лицевого нерва.

4. Что является основным принципом хирургического вмешательства при отогенных внутричерепных осложнениях?

4.1. Вскрытие антрума и эвакуация гноя.

4.2. Расширенная санирующая операция на ухе с обнажением твердой мозговой оболочки в районе средней, задней черепной ямки, сигмовидного синуса.

4.3. Удаление задней стенки слухового прохода и латеральной стенки аттика.

4.4. Обнажение стенок сигмовидного синуса.

4.5. Тимпанопункция и парацентез.

5. Какие из приведенных диагнозов относятся к профессиональным заболеваниям уха?

5.1. Хронические туботимпанальные отиты (мезотимпаниты).

5.2. Хронические эптитимпаноантральные отиты (эпитимпаниты), осложненные грануляциями и холестеомой.

5.3. Хронические кохлеарные невриты.

5.4. Болезнь Меньера.

5.5. Отосклероз.

Вопросы для самоподготовки:

1. Перечислить пути проникновения инфекции из уха в полость черепа и этапы ее распространения.

2. Назвать симптомы отогенного разлитого гнойного менингита. Перечислить заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз.

3. Перечислить стадии течения абсцесса мозга и мозжечка.

4. Перечислить 4 группы основных клинических симптомов абсцесса мозга.

5. Назвать клинические симптомы и указать заболевания, с которыми проводится дифференциальный диагноз абсцесса мозжечка.

6. Перечислить симптомы отогенного сепсиса.

7. Назвать комплекс лечебных мероприятий и указать их последовательность при отогенных внутричерепных осложнениях.

8. Назвать причины нейросенсорной тугоухости. Перечислить лекарственные препараты, обладающие ототоксическим действием.

9. Составить слуховой паспорт больного с нейросенсорной тугоухостью.

10. Назвать основные симптомы отосклероза, клинические формы заболевания.

11. Назвать триаду симптомов при болезни Меньера.

12. Перечислить комплекс лечебных мероприятий, применяемых во время приступа болезни Меньера.

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 № 7. 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 внутричерепные и орбитальные 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, чтобы вовремя принять необходимые меры.

Цель самоподготовки. Изучить клинику и симптоматику заболеваний носа и околоносовых пазух, 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 из пропедевтической части оториноларингологии;
- 2) по методике рентгенологического исследования носа, околоносовых пазух 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) орбитальные осложнения синуситов;
- 10) внутричерепные осложнения синуситов.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

Острые и хронические заболевания носа и околоносовых пазух.

1. В каком месте производится пункция верхнечелюстной пазухи?
 - 1.1. Под нижней носовой раковиной.
 - 1.2. Под верхней носовой раковиной.

- 1.3. Под средней носовой раковиной.
2. Разъясните понятие «гемосинус»:
 - 2.1. Кровоизлияние в орбиту.
 - 2.2. Кровоизлияние под надхрящницу.
 - 2.3. Кровоизлияние в околоносовые пазухи.
3. Укажите направление движения мукоцилиарного эскалатора слизистой оболочки полости носа:
 - 3.1. К преддверию полости носа, кнаружи.
 - 3.2. К хоанам, в носоглотку.
 - 3.3. В сторону верхних отделов полости носа.
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 ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

1. Какова хирургическая тактика у пациентов с 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. Фронтотомидотомия без ушивания кожной раны.
2. Каковы методы хирургических вмешательств при риногенных абсцессах лобной доли головного мозга?
 - 2.1. Фронтотомидотомия с обнажением твердой мозговой оболочки передней черепной ямки.
 - 2.2. Пункция абсцесса.
 - 2.3. Радикальная операция на пораженных пазухах, ушивание кожной 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 головного мозга?

4.1. Эхоэнцефалография, компьютерная томография.

4.2. Радиоизотопная 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 носа, люмбальная пункция.

5.2. Пункция гайморовой пазухи, общий анализ крови.

5.3. Исследование глазного дна и остроты зрения.

5.4. Реоэнцефалография, эхоэнцефалография.

6. Укажите наиболее часто встречаемую локализацию риногенных абсцессов:

6.1. Лобные доли.

6.2. Височные доли.

6.3. Ствол головного мозга.

6.4. Затылочные доли.

7. Какие отличительные признаки закрытых переломов костей носа со смещением?

7.1. Наличие деформации наружного носа.

7.2. Симптом «очков».

7.3. Хемоз конъюнктивы.

7.4. Носовое кровотечение.

8. Какие осложнения травматических повреждений носа встречаются наиболее часто в раннем периоде?

8.1. Синехии полости носа.

8.2. Стеноз выводных протоков околоносовых пазух, носослезного канала.

8.3. Острые воспалительные процессы околоносовых пазух.

8.4. Гематома и абсцесс носовой перегородки.

9. Как производится первичная 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 свободно лежащие костные осколки.

9.2. Широко удаляют костные отломки и ткани, не имеющие достаточного питания.

10. Укажите временные сроки постановки диагноза: стойкая и застарелая деформация наружного носа:

10.1. Через 4 недели после травмы.

10.2. Через два – три месяца после травмы.

10.3. Через 4 - 6 месяцев после травмы.

11. Перечислите основные диагностические методы выявления инородных тел носа:

11.1. Рентгенография, зондирование, риноскопия.

11.2. Эхосинусоскопия, экзоэнцефалография, реоэнцефалография, фиброскопия.

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 верхне-челюстных пазух.

13. С какой целью производится эндоскопическая микрориноскопия?

13.1. Диагностической, лечебной.

13.2. Контрольной, для оценки эффективности лечения.

13.3. Дополнительной.

14. Назовите основные методы лечения деформации наружного носа:

14.1. Хирургический.

14.2. Консервативный.

14.3. Криодеструкция.

15. Перечислите основные симптомы искривления перегородки носа:

15.1. Затруднение дыхания, выделения из носа, вазомоторные расстройства, периодическая заложенность уха, 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, частые повторяющиеся носовые кровотечения, сухость.

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

16.3. Слезотечение.

16.4. Шум в ухе.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Причины, клиника и лечение фурункула носа.
- 2) Причины искривления перегородки носа, методы лечения.
- 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.

Дополнительная информация

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 разработаны щадящие хирургические методики - ультразвуковая дезинтеграция нижних носовых раковин и лазерная коагуляция. Использование ультразвуковых методов резания и разрушения 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 способ безпункционного метода лечения гнойных синуситов с помощью катетера ЯМИК.

План работы на предстоящем занятии.

1. Программированный контроль знаний.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Амбулаторный прием больных.
4. Выполнение диагностических и лечебных манипуляций, оформление медицинской документации.
5. 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. 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 № 8. Заболевания глотки: острый и хронический фарингит, фарингомикоз, ангины, дифтерия, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, хронический тонзиллит, аденоиды.

Актуальность темы. В клинической практике, врачи различных специальностей периодически контактируют с пациентами с заболеваниями глотки, которые могут быть достаточно легко диагностированы общедоступными методами исследования. Патологические процессы в глотке и в первую очередь в небных 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) лептотрихоз (фарингомикоз);
- 3) классификация тонзиллитов;
- 4) острые первичные тонзиллиты;
- 5) острые вторичные тонзиллиты;
- 6) осложнения острых тонзиллитов, паратонзиллит;
- 7) заглоточный абсцесс;
- 8) хронический тонзиллит, классификация по И.Б. Солдатову, его клинические формы и лечение;
- 9) аденоиды.

ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ТЕСТЫ

(для определения исходного уровня знаний студентов)

Острые и хронические заболевания глотки.

1. Что характерно для паратонзиллярного абсцесса?

1.1. Резкая гиперемия, инфильтрация, одностороннее выпячивание небной миндалины с дужками, ограничение открывания рта, неприятный запах изо рта, болезненность лимфатических узлов 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.Ф. Ундриц.

2.2. В.И. Воячек.

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 ТЕСТЫ

(для определения итогового уровня знаний студентов)

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

1.1. Катаральная ангина.

1.2. Фолликулярная ангина.

1.3. Дифтерия.

1.4. Сифилитическая ангина.

2. Дифференциальная диагностика катаральной ангины проводится с:

2.1. Лакунарной ангиной.

2.2. Фолликулярной ангиной.

2.3. Лептотрихозом.

2.4. Острым фарингитом.

3. В каком возрасте чаще болеют ангинами?

- 3.1. До 1 года.
- 3.2. От 1 до 3 лет.
- 3.3. От 3 до 5 лет.
- 3.4. От 5 до 18 лет.
- 3.5. Старше 30 лет.

4. Какая микрофлора имеет наибольшее значение в возникновении ангины?

- 4.1. *Candida albicans*.
- 4.2. *Staphylococcus aureus*.
- 4.3. *Streptococcus haemolyticus*.
- 4.4. *Leptothryx buccalis*.

5. Какие различают первичные ангины?

- 5.1. Катаральная, фолликулярная, дифтеритическая.
- 5.2. Катаральная, лакунарная, фибриновая.
- 5.3. Лакунарная, фолликулярная, некротическая.
- 5.4. Катаральная, фолликулярная, лакунарная.

6. Для катаральной ангины характерно:

6.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.

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

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

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

7. Для фолликулярной ангины характерно:

7.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.

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

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

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

8. Для лакунарной ангины характерно:

8.1. Гиперемия, инфильтрация небных миндалин, отсутствие налетов.

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

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

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

9. Картина «звездного неба» при фолликулярной ангине объясняется:
- 9.1. Налетом в области лакун небных миндалин.
 - 9.2. Нагноением лимфоидных фолликулов в подэпителиальном слое небных миндалин.
 - 9.3. Поражением второго барьера небных миндалин по В.И. Воячеку.
 - 9.4. Нарушением дренажной функции лакун небных миндалин.
10. Какие наиболее частые осложнения ангин Вы знаете?
- 10.1. Паратонзиллит.
 - 10.2. Гипертонический синдром.
 - 10.3. Тонзиллогенный сепсис.
 - 10.4. Флегмона шеи.

Вопросы для самоподготовки:

- 1) Острый фарингит, клиника и лечение.
- 2) Хронический фарингит, его формы и лечение.
- 3) Этиология, клиника и лечение лептотрихоза.
- 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 Симановского-Венсана.
- 9) Лечение острых первичных тонзиллитов.
- 10) Осложнения острых тонзиллитов.
- 11) Лечебная тактика при паратонзиллярном абсцессе.
- 12) Заглоточный абсцесс, клиника, диагностика и лечение.
- 13) Клинические формы хронического тонзиллита.
- 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, диагностика 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 И.Б. Солдатов, принятой VII съездом отоларингологов СССР в 1975 году (классификация приводится в связи с отсутствием ее в учебниках).

КЛАССИФИКАЦИЯ ТОНЗИЛЛИТОВ

I. ОСТРЫЕ

1. Первичные:

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

2. Вторичные;

- а) при острых инфекционных заболеваниях - дифтерии, скарлатине, туляремии, брюшном тифе;
- б) при заболеваниях системы крови - инфекционном мононуклеозе, агранулоцитозе, алиментарно-токсической алейкии, лейкозах.

II. ХРОНИЧЕСКИЕ

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 различают первичные и вторичные. Острые первичные тонзиллиты - островоспалительные заболевания, в клинической картине которых ведущим звеном являются симптомы поражения миндалин. В зависимости от морфологических изменений выделяются определенные формы острых первичных тонзиллитов, основные из которых: катаральная, лакунарная, фолликулярная, язвенно-пленчатая. 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. Последний представляет собой поражение небных миндалин инфекционными гранулемами. При изучении симптоматиологии 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 миндалины.
4. Казеозно-гнойные 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 еще таковы, что уравнивают, выравнивают 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 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. Программированный контроль знаний.
2. Демонстрация слайдов по теме занятия.
3. Амбулаторный прием пациентов.
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. 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.

Учебное издание
Куницкий Владимир Сергеевич, Шабашов Константин Сергеевич

МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
ДЛЯ ПОДГОТОВКИ К ПРАКТИЧЕСКИМ ЗАНЯТИЯМ ПО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ СТУДЕНТОВ 4-5 КУРСОВ ЛЕЧЕБНОГО
ФАКУЛЬТЕТА

Учебно-методическое пособие

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

Подписано в печать 6.07.12 Формат бумаги 64×84 1/16
Бумага типографская №2. Гарнитура TC 1145 Усл. печ. л. 4,38
Уч.-изд. л. 3,04. Тираж 200 экз. Заказ № 605
Издатель и полиграфическое исполнение УО «Витебский
государственный медицинский университет»
ЛП № 02330/0549444 от. 8.04.09 г.

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

