

Методические указания к занятию по теме: «Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов(отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)»

Цель::

- иметь представление об общих принципах обследования оториноларингологических больных в стационаре и поликлинике;
- знать принципы работы с лобным рефлектором и смотровым инструментарием; методику осмотра уха, носа, глотки, гортани, описание эндоскопической картины;
- уметь организовать рабочее место, производить наружный осмотр ЛОР-органов и пальпацию; - начать выработку навыков и умения производить отоскопию, переднюю и заднюю риноскопию, фарингоскопию, непрямую ларингоскопию.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез инфекционно-аллергических заболеваний и их связь с хроническим тонзиллитом., изучить взаимосвязь патологии верхних и нижних дыхательных путей (на примере бронхиальной астмы).

Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик отоскопии, риноскопии, ларингоскопии, фарингоскопии на тренажерах.

Ординатор должен иметь представление о роли очаговой инфекции в генезе терапевтических заболеваний,о взаимозависимости патологии верхних и нижних дыхательных путей, об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов.

Ординатор должен знать:

1. Знать современные методики и принципы эндоскопии ЛОР-органов;
2. Знать особенности местной анестезии при эндоскопическом обследовании ;
3. Знать возможные осложнения при местной анестезии.
4. Знать особенности эндоскопии у детей,
5. Знать подготовку больного к эндоскопическому обследованию.
6. Знать особенности гигиены наружного слухового прохода.
7. Знать методику удаления серной пробки.

Ординатор должен уметь:

Должен уметь проводить эндоскопическое обследование больного при выявлении ЛОР-патологии, формулировать план диагностики и возможного лечения, диагностировать возможные патологические изменения ЛОР-органов, а также их формулировать.

Ординатор должен владеть:

1. Риноскопия передняя.
2. Риноскопия задняя.
3. Стоматоскопия.
4. Фарингоскопия.
5. Зеркальная ларингоскопия.
6. Отоскопия.
7. Методика пальпации лимфатического регионарного аппарата шеи и подчелюстной области.
8. Методика пальпации придаточных пазух носа.
9. Методика пальпации наружного уха и околоушной области.

10. Определение проходимости носовых ходов по Воячеку (с пушинкой).
11. Определение проходимости носовых ходов по осязанию.
12. Определение проходимости носовых ходов зеркальной методикой.
13. Определение состояния обонятельной функции с помощью набора веществ.
14. Туалет уха.
15. Промывание уха.
16. Продувание евстахиевой трубы баллоном Политцера.

Учебно-тематический план темы:

Практическое занятие – 5 часов

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

План занятия

Ординаторы знакомятся с планом обследования больного в ЛОР клинике, с графами истории болезни, подробно останавливаясь на разделе — осмотр ЛОР органов. При заполнении граф истории болезни отмечается, что большое внимание нужно обратить на анамнез заболевания. Подробно опросить больного о том, как началось заболевание, о его причине (по мнению больного), течении (по годам для хронического заболевания и со дня на день для острого), о влиянии лекарственных препаратов, которыми пользовался больной, на течение заболевания.

Из анамнеза жизни особенно важно выяснить вредные факторы быта (квартирные условия, отопление, освещенность, запыленность помещения и т.д.), вредные факторы производства (шум, вибрация, температурные колебания, повышенная влажность воздуха, запыленность, работа на высоте и т.п.), вредные привычки (курение, алкоголь и т.п.), перенесенные в течение жизни заболевания (особенно подробно узнать о тех, которые имеют отношение к данному заболеванию). Общий статус может быть изложен коротко, следует подробно остановиться на описании тех внутренних органов, где имеются патологические изменения. Далее выделяется графа — ЛОР осмотр, где детально приводятся данные эндоскопического обследования.

Ординаторы знакомятся с тем, что в основе методики эндоскопии лежит принцип светящегося глаза. Осмотр может быть осуществлен с помощью лобной лампы или лобного рефлектора. Демонстрируется лобный рефлектор, организация рабочего места, методика осмотра с помощью лобного рефлектора. Проводится ознакомление ординаторов с планом эндоскопического обследования ЛОР органов.

1. Риноскопия

Демонстрируется инструментарий для передней и средней риноскопии (носорасширитель или носовые зеркала), методика передней и средней риноскопии, при этом обращается внимание на детали при описании риноскопической картины (цвет слизистой оболочки носа, инфильтрирована она или нет, не увеличены ли носовые раковины, нет ли выделений в носовых ходах и какой характер этих выделений, не искривлена ли носовая перегородка). Демонстрируется методика задней риноскопии с помощью шпателя и зеркала, эпифарингоскопа с ригидной угловой оптикой. Обращается внимание на необходимость разогреть зеркало на пламени спиртовки или в сосуде с горячей водой перед введением в дыхательный тракт — во избежание конденсации паров на его поверхности. Ординаторам показывают методику перкуссии и пальпации околоносовых пазух. Проводится ознакомление с простейшими способами исследования дыхательной и обонятельной функций.

2. Стоматоскопия

Демонстрируется методика стоматоскопии с помощью шпателя. Осмотр преддверия рта и полости рта. Необходимо остановиться на деталях при описании состояния полости рта

(слизистой оболочки губ, щек, десен, зубов, слизистой оболочки твердого неба, языка), описать состояние выводных протоков слюнных желез.

3. Фарингоскопия

Демонстрируется методика фарингоскопии:

- а) без шпателя с высунутым языком,
- б) со шпателем.

Ординаторы знакомятся с деталями при описании фарингоскопической картины (цвет слизистой оболочки небных дужек, величина небных миндалин, структура: разрыхлены или нет, поверхность небных миндалин: нет ли на них налетов, пробок, цвет слизистой оболочки боковых и задней стенок глотки, поверхность слизистой оболочки глотки — нет и выделений, патологических образований).

Указывается на необходимость описания состояния регионарных лимфатических узлов: верхних шейных и подчелюстных (увеличены или нет, уплотнены или нет, есть ли болезненность при пальпации).

4. Ларингоскопия

а) демонстрируется директоскоп Ундрица для прямой ларингоскопии, проводится ознакомление с этой методикой и показаниями к ее применению;

б) демонстрируется непрямая зеркальная ларингоскопия — этапы дыхания, глубокого вдоха, фонации. Преподаватель останавливается на деталях при описании ларингоскопической картины (цвет слизистой оболочки гортани, обращает внимание на наличие выделений на голосовых складках, в просвете гортани). Отмечается, что при глубоком дыхании можно видеть не только подголосовую полость, но и верхний отдел трахеи — ее просвет и стенки, образованные хрящевыми кольцами, покрытыми слизистой оболочкой.

5. Отоскопия

Демонстрируется методика отоскопии с помощью ушной воронки. Изучаются подробно детали при описании отоскопической картины — форма ушных раковин, кожный покров наружного уха, содержимое слухового прохода, барабанная перепонка (ее цвет, контуры рукоятки молоточка, короткого отростка, характер светового рефлекса), подчеркивается, что для удобства описания изменений на барабанной перепонке ее принято делить на 4 квадранта, отмечается, что характер дефектов перепонки может быть различным (краевой и центральный).

6. Демонстрируется инструментарий для эзофагоскопии и бронхоскопии

После описания данных эндоскопии и результатов исследования слуховой и вестибулярной функции (для лиц с патологией среднего и внутреннего уха) Ординаторы в истории болезни должны привести данные дополнительных исследований — рентгенографии, лабораторных данных, аудиограммы и т.д.

При написании истории болезни следует обосновать диагноз заболевания, привлекая данные анамнеза, ЛОР-осмотра и дополнительных методов исследования.

История болезни завершается изложением принципов и методов лечения данного заболевания и подробной схемой лечения обследуемого больного.

Высказывается мнение куратора о прогнозе и исходе заболевания.

Ординаторы тренируются в методике эндоскопии на тренажерах

Перечень вопросов для собеседования

1. Какой основной принцип методики эндоскопии?
2. Как организуется рабочее место при осмотре с помощью лобного рефлектора?
3. Каков план эндоскопического осмотра ЛОР органов?
4. Какие способы используются для осмотра полости носа?
5. Какой инструментарий используется при осмотре полости носа?
6. На какие детали необходимо обратить внимание при стоматоскопии?

7. Какие способы используются для осмотра глотки?
8. На каких деталях необходимо остановиться при описании фарингоскопии?
9. Какие известны способы эндоскопического осмотра гортани?
10. Какой инструментарий используется при ларингоскопии?
11. Как описывается ларингоскопическая картина?
12. Как проводится отоскопия у взрослого?
14. Как описывается отоскопическая картина у здорового человека?
15. Какие возможны отклонения от нормы у больного?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Введение в оториноларингологию, ее связь с другими медицинскими специальностями. Методика и техника эндоскопического исследования ЛОР-органов (отоскопия, риноскопия, стоматоскопия, ларингоскопия)»

	На 5 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	15 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	45 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	130 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	15 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Современные методы диагностики заболеваний ЛОР – органов.

Местная анестезия в оториноларингологии

Основные темы докладов:

Хронический тонзиллит и метатонзиллярные осложнения

Полипозный синусит при бронхиальной астме

Фонд оценочных средств:

Тесты

Фарингоскопию проводят с помощью

- 1) шпателя

- 2) носового зеркала
- 3) ушной воронки
- 4) иглы Куликовского

Отоскопия — это осмотр

- 1) глотки
- 2) уха
- 3) гортани
- 4) носа

Фарингоскопия — это осмотр

- 1) глотки
- 2) носа
- 3) уха
- 4) гортани

Непрямая ларингоскопия — это осмотр

- 1) гортани
- 2) уха
- 3) глотки
- 4) носа

Риноскопия — это осмотр

- 1) уха
- 2) глотки
- 3) гортани
- 4) носа

Какова фарингоскопическая картина при одностороннем паратонзиллярном абсцессе?

- а) асимметрия зева за счет выпячивания мягкого неба и передней дужки,
- б) гиперемия и инфильтрация небной миндалины,
- в) изъязвление и рост гранулаций в области миндалины,
- г) смещение язычка в здоровую сторону.

При диспансерном наблюдении пациента с хроническим гнойным мезотимпанитом, помимо ЛОР-врач, необходимы консультации:

1. Врача общей практики
2. Невролога
3. Окулиста
4. Хирурга
5. Стоматолога
6. ревматолога

При диспансерном наблюдении пациента с хроническим гнойным эптитимпанитом, помимо ЛОР-врач, необходимы консультации:

1. Врача общей практики
2. Невролога
3. Окулиста
4. Хирурга
5. Стоматолога
6. ревматолога

При диспансерном наблюдении пациента с хроническим декомпенсированным тонзиллитом, помимо ЛОР-врач, необходимы консультации:

1. Врача общей практики или терапевта
2. Невролога
3. Окулиста
4. Хирурга
5. Стоматолога
6. Ревматолога

К методам исследования глотки относятся, за исключением:

- а) Задняя риноскопия;
- б) Мезофарингоскопия;
- в) Пальцевые исследования носоглотки;
- г) Непрямая ларингоскопия;
- д) Трахеобронхоскопия.

Отоскопическими диагностическими признаками острого гнойного среднего отита являются:

- а) Гиперемия барабанной перепонки;
- б) Тусклый цвет и рубцовые изменения барабанной перепонки, выпячивание барабанной перепонки, слизисто - гнойные выделения;
- в) Выпячивание барабанной перепонки;
- г) Укорочение рукоятки молоточка и светового конуса;
- д) Слизисто - гнойные выделения, гиперемия барабанной перепонки, выпячивание барабанной перепонки;
- е) Грануляция в просвете наружного слухового прохода.

Атрофический хронический фарингит у больных сахарным диабетом обусловлен:

- а) наличием в сосудистом русле циркулирующих иммунных комплексов
- б) нарушением микроциркуляции слизистой оболочки задней стенки глотки
- в) приемом длительно сахароснижающих препаратов
- г) погрешностью в диете

При отоскопии у больных отосклерозом обнаруживается все, кроме:

- а) сухость кожи наружного слухового прохода
- б) гиперсекреция ушной серы
- в) широкие слуховые проходы
- г) истончение барабанной перепонки

При отоскопии у детей ушную раковину оттягивают

- 1) вверх и назад
- 2) вперед и вниз
- 3) вперед на себя
- 4) вниз и назад

При оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи больным в медицинских организациях, не имеющих в своей структуре кабинета врача-оториноларинголога, врачи-терапевты участковые, врачи-педиатры участковые, врачи общей практики:

1. осуществляют оказание медицинской помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа легкой степени тяжести клинического течения заболевания с учетом рекомендаций врачей-оториноларингологов;
2. выявляют риск развития заболеваний ЛОР-органов;

3. не имеют права оказывать медицинскую помощь при отсутствии первичной специализации по отоларингологии
4. осуществляют оказание медицинской помощи больным с заболеваниями уха, горла и носа всех степеней тяжести клинического течения заболевания

Первичная специализированная медико-санитарная помощь больным с ЛОР-патологией оказывается

1. Участковым терапевтом
2. Врачом общей практики
3. Врачом-оториноларингологом

При направлении больного к врачу-оториноларингологу врачом-терапевтом участковым, врачом-педиатром участковым, врачом общей практики (семейным врачом) предоставляется

1. выписка из медицинской документации
2. медицинская документация больного с приложением (при наличии) результатов лабораторных, инструментальных и других видов исследований
3. медицинская документация не предоставляется в связи с сохранением врачебной тайны

Контрольные вопросы(ПК-5)

1. Как принято делить барабанную перепонку при описании отоскопической картины у больного?
2. Какие по характеру и локализации бывают дефекты барабанной перепонки?
3. Как описывается ларингоскопическая картина?
4. Как проводится отоскопия у ребенка?
5. Какие возможны отклонения от нормы у больного?
6. Как принято делить барабанную перепонку при описании отоскопической картины у больного?
7. Какие по характеру и локализации бывают дефекты барабанной перепонки?
8. Каким способом проводится эндоскопия пищевода и какой инструментарий при этом используется?
9. Какие показания для эзофагоскопии?
10. Какой инструментарий необходим для эндоскопического осмотра трахеи и бронхов?
11. В каких случаях проводится бронхоскопия?

Ситуационные задачи

Больной 28 лет жалуется на неприятный запах изо рта. Зубы полностью санированы. Что может быть причиной жалоб больного и как его лечить?

Новорожденный ребенок всегда крепко спит, несмотря на окружающий шум. Каким образом можно проверить у него слух в домашних условиях?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к занятию по теме: «Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов»

Цель:

-уметь провести наружный осмотр и пальпацию уха, отоскопию, исследовать слух речью и камертонами, составить слуховой паспорт и сделать вывод о состоянии слуховой функции, описать КТ и рентгенограммы височных костей в укладках по Шюллеру, Майеру и Стенверсу

-иметь представление о взаимоотношениях вестибулярного анализатора с другими системами организма, о современной вестибулометрии;

-знать клиническую анатомию и физиологию вестибулярного анализатора;

-уметь выявить спонтанные вестибулярные нарушения, составить вестибулярный паспорт и сделать вывод о состоянии вестибулярной функции.

Задачи: изучение основ сурдологии и вестибулологии для практического применения при обследовании больных. Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик отоскопии на тренажерах. Обследование больных с использованием камертонов, аудиометра, кресла Барани

Ординатор должен иметь представление об организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями слухового и вестибулярного анализаторов, , основных методах обследования больных с данной патологией.

Ординатор должен знать:

1. Знать функциональные особенности слухового и вестибулярного анализаторов
2. Знать классификацию тугоухости.
3. Диагностику центральных и периферических вестибулярных расстройств и патофизиологию выявленных синдромов,
4. Схему слухового и вестибулярного паспорта,

Ординатор должен уметь:

Обследовать больного по схеме слухового паспорта(проверка слуха шепотной и разговорной речью, камертональные пробы Ринне, Вебера, и Швабаха), интерпритировать результаты тональной аудиометрии. Обследовать больного по схеме вестибулярного паспорта, знать вестибулярные пробы, судить о выраженности и характеристиках нистагма, проводить вращательную пробу.

Ординатор должен владеть:

Должен владеть навыками обследования больного при выявлении патологии слухового и вестибулярного анализаторов.(Методики слухового паспорта, камертональные пробы, методика вестибулярного паспорта).

Учебно-тематический план темы:

Лекция – 1 час

Практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 3 час

Всего – 7 часов

План лекции «Обследование больных с патологией слухового и вестибулярного анализаторов в практике семейного врача»

1. Слуховой анализатор: строение. Проводящие пути, методы обследования, основы сурдологии, кохлеарная имплантация.

2. Вестибулярный анализатор: строение. Проводящие пути, вестибулярный паспорт, синдром укачивания

Содержание занятия

Содержание занятия: Обсуждается сущность адекватного раздражителя органа слуха — звука, который с позиций физики представляет собой колебание среды. Звуковые колебания распространяются в газах, жидкостях и твердых средах. Отмечается, что в основе психо-акустических понятий — “высота”, “громкость” и “тембр” лежат физические характеристики звуковых колебаний — “частота”, “амплитуда”, “частотный спектр”. Отмечается, что звуки реже бывают простыми, состоящими из одного тона, а чаще сложными, состоящими из основного тона и обертонов. Тембровая характеристика зависит от числа и характера обертонов.

Диапазон воспринимаемых человеческим ухом частот лежит в пределах от 16 до 20000 Гц. Фиксируя внимание ординаторов на том, что к звукам 1000 и 2000 Гц ухо человека особенно чувствительно. Это объясняется биологической приспособляемостью звуковоспринимающего аппарата к звукам, составляющим тембр человеческой речи.

Уточняется анатомо-физиологическое деление органа слуха на звукопроводящую и звукопринимающую части, роль отдельных звеньев звукопроводящей системы, выделяется значение трансформационного механизма элементов среднего уха (закон площадей, закон рычагов), лабиринтных окон, жидкостей лабиринта. Отмечается роль звукопроводящего аппарата при проведении низкочастотных звуков. Расшифровывается понятие воздушной и костной проводимости (инерционный и компрессионный механизмы). При освещении вопросов звуковосприятия с использованием схем и рисунков разбирается сущность гипотезы резонанса Гельмгольца, а также опыты Андреева и В.Ф. Ундрица, подтверждающие предположение Гельмгольца о первичном анализе звуков на уровне улитки.

После короткого упоминания о современных теориях слуха, касающихся процессов в периферическом отделе анализатора при восприятии звука (Бекеши, Дэвиса, Я.А. Винникова и др.), подробно анализируются современные представления о функции слухового анализатора в целом, основанном на работах школы И.П. Павлова.

Переходя к методам исследования слуха, подчеркивается, что исследование слуховой функции проводится не только с целью определения остроты слуха, но, главным образом, для уточнения топической диагностики заболевания. Знакомство с методами исследования слуха начинается по определенному плану (слуховой паспорт). Отмечается, что перед речевым и камертональным исследованиями необходимо выяснить наличие субъективного ушного шума у больного и его характер.

Демонстрируется метод речевого исследования — шепотной (на резервном воздухе) и разговорной речью. Острота слуха при этом способе определяется по расстоянию, подчеркивается социальная значимость речевого исследования. Проводится ознакомление ординаторов с таблицами слов, близких по частотным характеристикам (таблицы слов В.И. Воячека), которые позволяют установить топикку повреждения в периферийном отделе анализатора, а также с симптомом центральной глухоты, описанным В.Ф. Ундрицем (плохое различение речи при хорошем восприятии чистых тонов).

Демонстрируется исследование криком с использованием трещетки Барани для заглушения здорового уха при определении полной односторонней глухоты. Далее преподаватель демонстрирует ординаторам метод камертонального исследования воздушной проводимости с использованием двух камертонов: басового и дискантового, знакомит с нотной, частотной характеристикой камертонов, с их буквенным обозначением и понятием камертональной нормы, подчеркивает временной принцип при камертональном исследовании. Подчеркивается также, что исследование костной

проводимости может быть проведено только с помощью низкочастотного камертона, который не переслушивается по воздуху при его расположении вдали от ушной раковины. Обсуждается значение опытов Швабаха, Вебера, Ринне при исследовании костной проводимости для топической диагностики заболевания, после чего проводится демонстрация этих опытов.

Приводится схема слухового паспорта:

Правое ухо	План обследования	Левое ухо
	Субъективный шум	
	Шепотная речь (N 6 м)	
	Разговорная речь (N 6 м)	
	Крик с заглушением по Барани	
	C^4 (N... сек)	
	C (N... сек)	
	C \bar{C} (N... сек)	

Отмечается, что в топической диагностике нарушений слухового анализатора необходимо основываться на следующих показателях камертонального исследования:

1. Сравнении времени восприятия высокочастотного и низкочастотного камертонов при исследовании воздушной проводимости.
2. Сравнении длительности восприятия низкочастотного камертона при воздушной и костной проводимости.
3. По характеру костной латерализации.
4. По изменению длительности восприятия по кости по отношению к норме.

В качестве дополнительных тестов камертонального исследования, используемых в топической диагностике, проводится опыт Бинга, а также опыт Желле, с помощью которого определяется подвижность стремени в овальном окне. Кроме того, ординаторы знакомятся с опытом Кутурского, основанном на резком нарушении функции ототопики, который позволяет диагностировать подную одностороннюю глухоту (выключение слуха на одно ухо).

Далее, с целью контроля ординаторы решают ситуационные задачи со слуховыми паспортами (каждому ординатору индивидуально дается карта с текстом задачи). Решение задачи после зачитания текста оглашается по занятию.

Если результаты контроля оказались положительными, ординаторы переходят к исследованию слуха у больных. После заполнения слухового паспорта больного ординаторы должны дать заключение о степени и топике нарушения слуха.

Занятия по аудиометрии проводятся в акустической лаборатории. Отмечаются преимущества аудиометрического метода исследования (исследования в широком частотном диапазоне, возможность дозировать раздражитель и т.д.). Демонстрируется сурдокамера, аппаратура для исследования слуха — аудометр, костной и воздушный телефоны. Ординаторы знакомятся с методами исследования слуха у взрослых, объясняются основные принципы тональной и речевой аудиометрии. Демонстрируется методика определения тональных порогов и способы графической записи полученных данных — аудиограммы. Проводится демонстрация аудиограмм при различных формах тугоухости, подчеркивается значение костно-воздушного разрыва на аудиограмме. Ординаторы знакомятся с некоторыми методами использования надпороговых тестов (время обратной адаптации, феномен ускоренного нарастания громкости, дифференциальный порог силы звука и использование для его определения тестов Luscher'a и Si-Si, Tone-decay).

Подчеркивается значение надпороговых тестов для топической диагностики поражения различных отделов в системе звукового анализатора.

Для контроля ординаторам поручают читать аудиограммы, проводить анализ данных порогового аудиометрического исследования, результатов исследования

надпороговыми тестами и делать заключение о топике повреждения в системе анализатора.

Ординаторы с помощью преподавателя обсуждают вопрос физиологии вестибулярного анализатора — механизм раздражения ампулярного аппарата под воздействием адекватного раздражителя — углового ускорения, знакомятся с опытом Эвальда, доказывающим, что непосредственным раздражителем ампулярного аппарата является ток эндолимфы. Рассматривается механизм раздражения отолитового аппарата под воздействием адекватного раздражителя — линейного ускорения. Изучаются проводящие вестибулярные пути; рефлексы, возникающие благодаря межнейронным связям вестибулярных ядер в продолговатом мозгу с корой головного мозга, ядрами глазодвигательных нервов, передними рогами спинного мозга и ядрами блуждающего нерва.

Отмечается специфика систематизированного головокружения — сенсорной реакции, которая появляется ранее других при раздражении лабиринта и которая обусловлена связью подкорковых ядер с корой головного мозга. Изучается группа вегетативных реакций, предопределенных связью вестибулярных ядер с ядрами n. vagus, подчеркивается неспецифичность этих реакций.

При разборе соматических реакций — нистагма и реакции отклонения ординаторы обучаются умению выявить и охарактеризовать спонтанный нистагм (направление, плоскость, амплитуда, степень и т.д.) и спонтанную реакцию отклонения туловища и конечностей (пальце-пальцевая проба, пальце-носовая проба, поза Ромберга, ходьба с закрытыми глазами).

При обсуждении вопроса дифференциального диагноза между периферической и центральной патологией вестибулярного анализатора ординаторы обучаются распознаванию отличительных признаков лабиринтного нистагма и реакции отклонения от таковых при патологии мозжечка. Разбираются основные симптомы поражения мозжечка и “мозжечковой” пробы. Ординаторы знакомятся с “железными” законами нистагма, сформулированными В.И. Воячком, разбирается методика вращательной пробы Барани — высокая интенсивность раздражителя а также невозможность изолированного исследования каждого из лабиринтов.

Разбирается методика калорической пробы, предложенная Барани, позволяющая исследовать каждый лабиринт в отдельности, при которой направленность соматических реакций (нистагма и реакции отклонения) при воздействии температурного фактора также подчиняется “железным” законам В.И. Воячека. Демонстрируется калорическая проба по Холпайку, отмечается ее преимущество.

Ординаторы осваивают методику пневматической пробы и ее диагностическую значимость (прессорный нистагм возникает только при наличии фистулы лабиринта, которая является проявлением ограниченного лабиринтита).

Обсуждается пороговый принцип исследования вестибулярного анализатора регистрацией сенсорной реакции (методика купулометрии), приоритет ЛОР кафедры 1 ЛМИ при изучении сенсорных порогов вестибулярного анализатора в СССР.

Внимание ординаторов привлекается к тому факту, что при патологии вестибулярного анализатора чувствительность его снижается (т.е. отмечается повышение порогов), как это имеет место и в патологии других анализаторов. При воздействии надпорогового раздражителя, например, при вращательной пробе Барани у лиц с поражением вестибулярного анализатора возникает бурная реакция, которая связана не с повышенной вестибулярной чувствительностью, а с гиперрефлексией. Это явление может быть расценено как вестибулярный recruitment — фазовое состояние нервной ткани по Б.Е. Введенскому.

Ординаторы овладевают методами исследования отолитового аппарата. Разбирается подробно механизм отолитовой реакции Воячека (О.Р.), которая используется

при профотборе летчиков и моряков. Отмечается особая важность регистрации вегетативных реакций при оценке этой пробы. Обсуждается степень выраженности реакций и их оценка в решении вопроса о годности для несения летной и морской службы.

Ординаторы под контролем преподавателя проводят исследование больных (заполняют вестибулярный паспорт)

Перечень вопросов для собеседования

1. Какие физические характеристики определяют психо-акустические понятия — "высота", "громкость", "тембр"?
 2. Какой частотный диапазон звуков лучше всего улавливается ухом человека?
 3. Каков трансформационный механизм среднего уха?
 4. Для проведения каких звуков (по частоте) особенно важен трансформационный механизм среднего уха?
 5. В чем состоит рациональное зерно теории Гельмгольца?
 6. Какие опыты подтвердили гипотезу Гельмгольца и позволили перевести ее в разряд теории слуха?
 7. Какова сущность современных теорий слуха — Бекеша, Девиса, М.А.Винникова?
 8. Каково современное представление о функции слухового анализатора в целом?
 9. Какой принцип лежит в основе речевого метода исследования?
 10. Можно ли с помощью речевого исследования решать в некоторой мере вопросы топической диагностики?
 11. Какие камертоны по частоте используются при исследовании слуха в плане слухового паспорта?
 12. Что такое "камертоналная норма"?
 13. Какие опыты (с фамилией авторов) легли в основу при исследовании костной проводимости с помощью камертонов?
 14. На каких показателях камертонального исследования основывается врач при топической диагностике нарушений в системе слухового анализатора?
- Отличается ли специфичностью группа вегетативных реакций при раздражении вестибулярного анализатора на уровне лабиринта?
- Какова методика выявления спонтанного вестибулярного нистагма?
- Каковы характерные черты лабиринтного нистагма?
- Как выявляется спонтанная реакция отклонения в патологии вестибулярного анализатора?
- Какой интенсивности раздражитель используется при вращательной пробе Барани?
- Каковы положительные стороны вращательной пробы Барани?
- Какие недостатки метода вращательной пробы по Барани?
- В чем преимущество калорической пробы при исследовании функции вестибулярного анализатора?
- Какой метод калорической пробы используется в клинической практике наиболее часто?
- Что такое прессиорный нистагм и в каких случаях его наблюдают?
- Что известно о пороговых методах исследования вестибулярной функции?

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Мышца, напрягающая барабанную перепонку, иннервируется ветвями:

- а). лицевого нерва
- б). третьей ветвью тройничного нерва
- в). ветвью блуждающего нерва

- г). ветвью языкоглоточного нерва
- д). ушной ветвью шейного (каротидного) узла

В зоне каких частот лучше всего слышит тоны ухо человека?

- а) 50 гц - 100 гц;
- б) 8000 - 10000 гц;
- в) 800 гц - 2000 гц;
- г) 10000 - 13000 гц;
- д) 10 - 50 гц.

В каком отделе височной кости находится внутреннее ухо?

- а) Сосцевидный отросток;
- б) Чешуя височной кости;
- в) Пирамида;
- г) Улитка;
- д) Затылочная кость.

Какие вестибулярные пробы с раздражением вестибулярного анализатора широко используются в клинике?

- а) Вращательная, калорическая, прессорная;
- б) Калорическая, прессорная, гальваническая;
- в) Гальваническая;
- г) Прессорная;
- д) Химическая.

Какие камертоны используются чаще всего при исследовании слуха?

- а) С-128, С-256;
- б) С-256, С-2048;
- в) С-512;
- г) С-1024;
- д) С-2048.

Какими способами проводится исследование слуха с использованием речи?

- а) Разговорная речь, шепотная речь, крик с заглушением противоположного уха трещоткой;
- б) Шепотная речь, разговорная речь;
- в) Аудиометрия;
- г) Крик с заглушением противоположного уха трещоткой;
- д) Камертональное исследование.

Назовите методы исследования слуха у детей младшего возраста, кроме:

- а) Определение кохлео-пальпебрального, кохлео-пупиллярного, кохлео-ларингеального рефлексов;
- б) Поворот глаз и головы под воздействием звука;
- в) Объективная аудиометрия;

Контрольные вопросы

1. К каким методам прибегают в клинике для подтверждения диагноза полной односторонней глухоты?
2. Какие известны надпороговые тесты при аудиометрическом исследовании и какова их роль в диагностике нарушений слуховой функции?

3. Какие известны методы регистрации безусловных рефлексов в экспертизе глухоты?
4. В чем преимущество метода регистрации условных рефлексов в экспертизе глухоты?
5. Какой раздражитель является адекватным для вестибулярного анализатора?
6. Какова сущность опыта Эвальда?
7. Каков механизм раздражения отолитового аппарата?
8. С какими отделами мозга имеют связи подкорковые вестибулярные ядра?
9. Что такое спонтанные вестибулярные реакции и с чем может быть связано их возникновение?
10. Какие характерные черты систематизированного головокружения?

Хронокарта клинического практического занятия по теме:

«Клиническая анатомия, физиология и методы исследования слухового и вестибулярного анализаторов»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Современные методы объективной аудиометрии.

Экспертиза глухоты

Основные темы докладов:

Кохлеарная имплантация

Современные возможности слухопротезирования.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

3. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
4. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

3. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
4. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к занятию по теме: «Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача»

Цель: иметь представление об этиологии, патогенезе заболеваний наружного уха, острого и хронического воспаления среднего уха, мастоидита, поражений внутреннего уха;

-*знать* клинику, диагностику, принципы лечения (консервативного и оперативного) данной патологии,

-*уметь* распознавать и лечить больных с заболеваниями наружного и среднего уха, произвести туалет слухового прохода, промывание его, удаление инородного тела, введение турунды, инсуффляцию лекарственного вещества, пневмомассаж барабанной перепонки, продувание слуховой трубы по Политцеру, наложение ушной повязки и согревающего компресса.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез заболеваний наружного уха, острого и хронического воспаления среднего уха, мастоидита, поражений внутреннего уха. Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик отоскопии, на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования височной кости.

Ординатор должен иметь представление О патогенезе развития воспалительного процесса в наружном и среднем ухе;

- О принципах лечения отогенных осложнений;
- О слухосохраняющих и слухоулучшающих операциях.

Ординатор должен знать Этиологию и основные клинические симптомы заболеваний наружного и среднего уха;

- Принципы консервативного лечения;
- Особенности течения различных стадий острого и основных клинических форм хронического гнойного среднего отита;
- Показания к парацентезу, антромастоидотомии, общеполостной операции на ухе.

Ординатор должен уметь:

- Собрать анамнез, провести наружный осмотр, пальпацию, отоскопию, составить слуховой паспорт;
- Пользоваться данными дополнительных методов исследования при постановке диагноза и выборе тактики ведения больного с данной патологией.
- Поставить диагноз, определить лечебную тактику;
- Удалить из слухового прохода патологическое отделяемое, ввести в ухо лекарственные вещества.

Ординатор должен владеть:

- 1.Отоскопией
- 2.Методикой слухового паспорта
3. Интерпретировать результаты рентгенологического обследования височной кости

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

Лекция « Клиническая отиатрия в практике семейного врача»- 1 час

План лекции

Гигиена слухового прохода. Патология наружного и среднего уха. Хронические отиты. Внутричерепные осложнения.

Содержание занятия

ординаторы собирают анамнез и знакомятся с отоскопической картиной у больных острым отитом. При разборе больных необходимо фиксировать внимание на путях попадания инфекции в барабанную полость (тубогенный, гематогенный, через наружный слуховой проход при травме барабанной перепонки), на предрасполагающих факторах, способствующих возникновению острого гнойного отита: общие заболевания (сахарный диабет), заболевания носа, околоносовых пазух и глотки, аллергияцию организма, переохлаждение, травмы.. Далее рассматриваются 3 периода развития острого гнойного среднего отита. 1 период — неперфоративный (снижение слуха, боль в ухе, повышение температуры, гиперемия барабанной перепонки, инфильтрация ее, выпячивание) 2 период — образование перфорации (гноетечение, уменьшение или прекращение болей, снижение температуры тела) 3 период — регенерации (затихание воспалительного процесса, нормализация барабанной перепонки, восстановление слуховой функции) .

Ординаторы должны знать, что возможны и другие исходы острого отита — переход в хроническую форму с рубцеванием барабанной перепонки (адгезивный отит) или образованием перфорации (мезотимпанит). Важно знать, что срок течения острого отита от нескольких дней до 4-х недель. Подлежит обсуждению дифференциальная диагностика острого среднего отита а) с наружным отитом, (боль при надавливании на козелок, боль при жевании, при введении воронки в слуховой проход, б) с хроническим гнойным отитом (по данным анамнеза, наличию , локализации и характеру перфорации, данным рентгенограммы — пневматический или склеротический тип пневматизации сосцевидного отростка.

Разбираются вопросы лечения. Первый период — лечение складывается из назначения антибактериальных средств —неототоксических антибиотиков , капель в ухо в период до появления перфорации (карбол-глицериновых, ментол-вазелиновых или камфорного масла), санации носоглотки (капли, мази в нос, орошение носоглотки, смазывания глотки), тепловых процедур в виде согревающих компрессов на ночь и сухой повязки днем . При выраженном болевом синдроме и явлениях интоксикации рекомендуется парацетез.

Во втором периоде — отменяются ушные капли, часто проводится туалет слухового прохода, в слуховой проход закладываются марлевые турунды с целью улучшения дренажа барабанной полости. Продолжается антибактериальная терапия, санация носоглотки, тепловые процедуры на ухо, повязки, компрессы. Необходимо, чтобы ординаторы изучили клинические признаки и течение острого серозного тубо-отита. Определенную роль в развитии этого заболевания играет аллергия, неправильное применение антибиотиков и т.д. Основной жалобой больных является ощущение заложенности в ухе , аутофонии , жидкости в ухе. При отоскопии в барабанной полости нередко определяется уровень жидкости , втяжение барабанной перепонки. При лечении основные усилия должны быть направлены на санацию евстахиевой трубы , полости носоглотки. Рекомендуется ранее дренирование барабанной полости с использованием полимерных дренажей, вводимых в разрез барабанной перепонки (после парацетеза) .

Ординаторам необходимо изучить особенности клиники гриппозного отита. Отмечается характерная отоскопическая картина — буллезные высыпания на барабанной перепонке, геморрагические выделения, более частое поражение звуковоспринимающего аппарата. Гриппозный отит в первые дни заболевания может осложняться внутричерепными заболеваниями (чаще всего менингитом).

Ординаторы должны ознакомиться с вопросами клиники и течения острого отита у детей. Необходимо обратить внимание на факторы, способствующие более частому, чем у взрослых, возникновению отита (положение на спине, затекание слизи и пищи в евстахиеву трубу при срыгивании и рвоте, особенность строения евстахиевой трубы, реактивность организма). Острый отит у детей протекает более тяжело, чем у взрослых, нередко наблюдаются симптомы раздражения мозговых оболочек — рвота, затемнение сознания, судороги (явления менингизма). При остром отите у детей чаще возникают осложнения. Наиболее частым осложнением острого отита является антрит, но возможно возникновение лабиринтита и внутричерепных осложнений. Необходимо знать о saniрующем значении парацетеза для предотвращения осложнений отита. Ординаторы должны изучить особенности клиники и течения острого отита при кори и скарлатине, обратить внимание на то, что при этих заболеваниях возникает некротический отит. Боль может отсутствовать, наблюдается резкое снижение слуха, часто остается после такого отита стойкая перфорация барабанной перепонки. При клиническом разборе больного мастоидитом необходимо обратить внимание на то, что это заболевание является довольно частым осложнением острого отита. Необходимо обсудить на занятии сроки возникновения мастоидита и его отличие от мастоидизма. Важно знать яркие симптомы мастоидита: оттопыренность ушной раковины, сглаженность ушной складки, пастозность мягких тканей над сосцевидным отростком, болезненность при надавливании на сосцевидный отросток, сужение наружного слухового прохода за счет нависания верхнезадней стенки его в костном отделе, застойно-гипермированная барабанная перепонка, при рентгенологическом обследовании — вуаль клеток сосцевидного отростка или их разрушение с образованием полости (иногда субпериостального абсцесса), асимметричный очаг гипертермии на стороне поражения при инфракрасной термографии сосцевидных областей. Обычно мастоидит возникает на 3-4 неделе от начала острого отита. У некоторых же больных в первые дни острого отита появляется выраженная болезненность сосцевидного отростка при пальпации без деструктивных изменений в клеточных структурах отростка. Это состояние следует рассматривать как мастоидизм. Ординаторам необходимо обратить внимание на возможность развития атипичных форм поражения височной кости: сквамита, зигоматицита, верхушечного мастоидита, петрозита, которые могут развиваться при высокой степени пневматизации височной кости. В последние годы, в связи с изменением характера микрофлоры под влиянием антибиотиков и сульфопрепаратов и скрытого сахарного диабета, наблюдается развитие мастоидита в более ранние сроки (на 7-8 день от начала острого отита), кроме того, наблюдаются и затяжные формы мастоидита на фоне общей ареактивности макроорганизма.

Ординаторы должны быть знакомы с дифференциальной диагностикой мастоидита с фурункулом наружного слухового прохода и заушным абсцессом. Отмечается возможность возникновения при остром отите, осложненном мастоидитом, таких заболеваний, как лабиринтит, парез лицевого нерва и внутричерепных осложнений — менингита, синус-тромбоза, энцефалита и абсцесса мозга. Обсуждаются пути проникновения инфекции, врачебная тактика при возникновении таких осложнений.

Рассматриваются методы профилактики развития мастоидита: при гнойных средних отитах своевременно назначают антибиотики, проводится субпериостальное введение антибиотиков в *planum mastoideum*, тепловые процедуры, санация носоглотки (шпрей). При развившемся мастоидите проводится оперативное лечение — антромастоидотомия с целью дренирования антрума и удаления пораженных участков сосцевидного отростка.

В операционной клинике, после обсуждения плана операции по муляжам, демонстрируются этапы простой трепанации уха — антромастоидотомии. Ординаторы знакомятся с клиникой других осложнений острого отита — лабиринтита и внутричерепных заболеваний (менингит, синус-тромбоз, энцефалит, абсцесс мозга или

мозжечка). Рассматривается лечебная тактика при этих осложнениях — консервативная при развитии серозного лабиринтита (массивная антибиотикотерапия, дегидратация) и хирургическая (расширенная антромастотомия со вскрытием черепных ямок) на фоне активной терапии антибиотиками, дезинтоксикации и дегидратации при развитии внутричерепных осложнений. С целью проверки знаний ординаторам поручают решение ситуационных задач (каждому индивидуально). Результаты решения задач обсуждаются на занятиях.

Перечень вопросов для собеседования

1. Какая флора чаще всего вызывает развитие острого отита?
2. Какой наиболее частый путь распространения инфекции в барабанную полость?
3. Какие симптомы доминируют при остром отите на первой неделе заболевания?
4. Из каких мероприятий складывается лечение острого отита до появления перфорации барабанной перепонки?
5. Чем опасно применение УВЧ при острых отитах?
6. Что должен предпринять врач, если при остром отите в первом периоде заболевания в течение недели держится высокая температура, беспокоит головная боль и другие проявления общей интоксикации, а при отоскопии определяется гиперемизованная выпуклая в сторону слухового прохода барабанная перепонка?
7. В каких квадрантах барабанной перепонки проводится парацентез?
8. Как меняется лечебная тактика после появления перфорации барабанной перепонки?
9. Какой наиболее частый путь распространения инфекции при развитии мастоидита, осложняющего течение острого отита?
10. Каковы клинические признаки, по которым можно заподозрить начало развития мастоидита?
11. Какой дополнительный метод обследования используется для окончательной постановки диагноза мастоидита?
12. Каким методом рекомендуется лечить мастоидит?
13. Какие известны осложнения мастоидита?
14. Какие известны атипичные формы воспаления височной кости?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Острые заболевания уха и их осложнения в клинической практике семейного врача»

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Назовите симптомы острого среднего отита:

- а) снижение слуха;
- б) боль в ухе;

- в) гиперемия барабанной перепонки;
- г) гноеетечение из уха;
- д) усиление боли в ухе при надавливании на козелок

В каких случаях возникает или усиливается боль при фурункуле наружного слухового прохода:

- а) при кашле;
- б) при сморкании;
- в) при открывании и закрывании рта;
- г) при надавливании на козелок;
- д) при потягивании за ушную раковину.

С чем дифференцируют фурункул наружного слухового прохода:

- а) с острым средним отитом;
- б) с мастоидитом;
- в) с рожистым воспалением.

Какие жалобы предъявляют больные с экссудативным средним отитом?

- а) снижение слуха, шум в ухе, переливание жидкости в нем;
- б) боли в ухе, выделения из уха гнойного характера;
- в) повышение температуры тела, зуд и боль в ухе.

Отоскопическими диагностическими признаками острого гнойного среднего отита являются:

- а) Гиперемия барабанной перепонки;
- б) Тусклый цвет и рубцовые изменения барабанной перепонки, выпячивание барабанной перепонки, слизисто - гнойные выделения;
- в) Выпячивание барабанной перепонки;
- г) Укорочение рукоятки молоточка и светового конуса;
- д) Слизисто - гнойные выделения, гиперемия барабанной перепонки, выпячивание барабанной перепонки;
- е) Грануляция в просвете наружного слухового прохода.

Клинической особенностью острого отита у детей является наличие, кроме:

- а) Явлений кишечной диспепсии;
- б) Явлений менингизма;
- в) Сонливости, заторможенности;
- г) Вестибулярных нарушений;
- д) Гепатолиенальных нарушений.

При отогенном абсцессе левой височной доли головного мозга у праворуких характерно, кроме:

- а) Головная боль усиливающаяся при постукивании по черепу;
- б) Гемипарез слева;
- в) Амнестическая афазия;
- г) Брадикардия;
- д) Общая вялость, заторможенность, сонливость;
- е) Застойные явления на глазном дне.

Укажите симптомы разлитого отогенного гнойного менингита, кроме:

- а) Интенсивная головная боль, тошнота;
- б) Тяжелое состояние и высокая температура тела;

- в) Положительные симптомы Кернига и Брудзинского, ригидность затылочных мышц;
- г) Тризм жевательных мышц;
- д) Вынужденное положение.

Для отоскопической картины при катаральном среднем отите характерно, кроме:

- а) Втянутость барабанной перепонки;
- б) Укорочение рукоятки молоточка;
- в) Яркая гиперемия барабанной перепонки;
- г) Укорочение светового рефлекса;
- д) Выраженность задней складки

Диагноз острого гнойного среднего отита можно поставить на основании только:

- а) рентгенологических данных
- б) лабораторных данных
- в) жалоб и отоскопической картины
- г) жалоб и рентгенологической картины

Какое хирургическое лечение проводится при эпитимпаните?

- а) парацентез барабанной перепонки,
- б) общеполостная операция на ухе,
- в) аттикотомия.

Укажите лечебные мероприятия при остром катаральном отите, кроме:

- а) Противовоспалительная, противоотечная, гипосенсибилизирующая терапия;
- б) Антротомия;
- в) Сосудосуживающие капли в нос;
- г) Физиотерапия;
- д) Продувание слуховых труб.

Контрольные вопросы

Каковы предпосылки для развития атипичных форм воспаления височной кости?

Каким путем чаще всего распространяется инфекция из среднего уха на внутреннее?

Каковы возможные пути распространения инфекции в полость черепа при остром отите?

Какие клинические формы внутричерепных осложнений возможны при остром отите?

Какова врачебная тактика при развитии внутричерепных осложнений при остром отите?

Ситуационные задачи

Больной жалуется на сильную боль в правом ухе, иррадирующую в висок, заложенность уха, головную боль, повышение температуры тела до 38°C. Болен два дня. Связывает заболевание с предшествовавшим насморком. Отоскопически: наружный слуховой проход свободный, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты отсутствуют. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 5 м. Латерализация звука в опыте Вебера вправо.

Вопрос 1: Каков диагноз?

Вопрос 2: Как лечить больного?

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

Объективно: внутренние органы без патологии. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована. Патологического отделяемого в носовых ходах нет. В зеве и глотке патологических изменений также не наблюдается, правое ухо без изменений. Левое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, кожа его не изменена. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена; пульсирующий рефлекс в передненижнем квадранте. Шепот правым ухом слышит на расстоянии 5 м, левым — 1,5 м. Каков диагноз? Как лечить больного?

Больной жалуется на боль в правом ухе, гноетечение из него, понижение слуха, головную боль. Болен две недели. Лечился амбулаторно в поликлинике по месту жительства — боль в ухе уменьшилась, температура тела нормализовалась, но гноетечение продолжалось. Два дня назад появились боль и припухлость мягких тканей в правой заушной области, повысилась температура тела до $37,5^{\circ}\text{C}$, увеличилось количество выделений из уха. Объективно: определяются припухлость сосцевидного отростка, сглаженность его контуров; мягкие ткани отечны, напряжены, болезненны при пальпации и перкуссии. Отоскопически: в правом слуховом проходе обильное количество сливкообразного гноя. После туалета уха определяется сужение наружного слухового прохода в костном отделе за счет нависания задневерхней стенки. Острота слуха на шепотную речь — 2 – 2,5 м.

Вопрос 1: Каков диагноз?

Вопрос 2: Как лечить больного?

Доставлен ребенок 6 лет с жалобами на сильные боли в правом ухе и в заушной области, высокую температуру, ознобы, головную боль, понижение слуха на правое ухо. Болен 10 дней. Не лечился. Объективно: общее состояние средней тяжести. Температура тела $38,3^{\circ}\text{C}$. Пульс 98 ударов в минуту. Правая ушная раковина оттопырена. Кожа в заушной области слегка гиперемирована, инфильтрирована, отечна, при пальпации определяется флюктуация. Наружный слуховой проход в костном отделе сужен за счет нависания его задневерхней стенки. Барабанная перегородка гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные пункты не дифференцируются. На рентгенограммах височных костей по Шюллеру и Майеру — деструкция перегородок между клетками сосцевидного отростка. Анализ крови: гемоглобин 128 г/л, эритроциты — $3,8 \cdot 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты — $22 \cdot 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 2%, палочкоядерные — 6%, сегментоядерные — 53%, лимфоциты — 36%, моноциты — 3%, СОЭ — 32 мм/ч.

Каков диагноз? Как лечить больного? Какие мероприятия профилактического характера позволяют избежать подобных осложнений. Разъясните родителям недопустимость оставление ребенка без лечения

У больного, страдающего острым правосторонним отитом, появились головокружение с ощущением движения предметов против часовой стрелки, полная глухота на правое ухо, тошнота. Была однократная рвота. При осмотре определяется небольшая гиперемия слизистой оболочки полости носа и задней стенки глотки. При отоскопии: правое ухо — гнойное отделяемое в слуховом проходе, резкая гиперемия барабанной перепонки, пульсирующий рефлекс в центре ее. При пальпации в области сосцевидного отростка справа и слева болезненность не определяется. Левое ухо — норма. При исследовании обнаружено полное выключение слуховой функции справа, спонтанный нистагм вправо. При выполнении пальце-пальцевой и пальце-носовой проб — отклонение влево. В позе Ромберга больной падает влево.

Каков диагноз? Как лечить больного? Планируемые в будущем реабилитационные мероприятия

Больной 30 лет жалуется на пульсирующие боли в левом ухе, гноетечение из него, на понижение слуха. Болен в течение двух недель. После переохлаждения вначале появились насморк и заложенность уха, затем возникли сильные боли в нем и гноетечение. Темпера-

тура тела поднялась до 39°C. С появлением гнойного отделяемого из левого уха боли стихли. Температура снизилась до субфебрильной, однако, несмотря на лечение (сульфаниламидные препараты внутрь, согревающие компрессы), продолжали беспокоить довольно обильные слизисто-гнойные выделения из уха, боли распространились на заушную область. Объективно: слизисто-гнойное отделяемое в слуховом проходе, барабанная перепонка красного цвета, инфильтрирована, отечна, с наличием перфорации в задненижнем квадранте. Припухлость области верхушки сосцевидного отростка, болезненность при ее пальпации. На рентгенограмме височных костей — затенение клеток сосцевидного отростка. Правое ухо — в норме, нос и глотка без особенностей. Каков диагноз? Какое лечение необходимо провести? Планируемые в будущем реабилитационные мероприятия

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участникам
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Заболевания среднего уха у детей.
Мастоидит и его формы.

Основные темы докладов:

Наружный отит при сахарном диабете
Буллезный средний отит при гриппе

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная:

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-

9704-3906-7 - Режим доступа:

<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная:

1. Избранные вопросы клинической отиатрии в практике семейного врача: пособие для врачей общей практики: в 2-х ч / В. В. Дискаленко, К. А. Никитин - СПб: Изд-во СПбГМУ. - 2013.
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

1.

Методические указания к занятию по теме: «Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача»

Цель:

-иметь представление о причинах, приводящих к хроническому течению среднего отита, холестеатоме, методах хирургического лечения;

- знать основные симптомы и клинические формы хронического гнойного среднего отита, его осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству, профилактику, диспансеризацию;

-уметь выполнить отоскопию, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику клинических форм хронического гнойного среднего отита, выбрать рациональную лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции, своевременно выявить осложнения, и направить больного на консультацию к специалисту - оториноларингологу.

- иметь представления об этиологии и патогенезе внутричерепных отогенных осложнений, методах хирургического лечения;

-знать основные клинические симптомы отогенного менингита, отогенного абсцесса мозга, отогенного тромбоза сигмовидного синуса.

-уметь выполнить отоскопию, исследовать менингеальные симптомы оценить данные люмбальной пункции

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез хронического гнойного воспаления среднего уха с учетом многообразия внешних и внутренних факторов, приводящих к развитию хронического гнойного среднего отита, о взаимосвязях патологии уха с заболеваниями других органов, Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик отоскопии, на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования височной кости.

Ординатор должен иметь представление о распространенности и социальной значимости хронического гнойного воспаления среднего уха, о многообразии внешних и внутренних факторов, приводящих к развитию хронического гнойного среднего отита, о взаимосвязях патологии уха с заболеваниями других органов, о современных методах исследования слухового анализатора;

Ординатор должен знать

- этиологию, патогенез, клинику, диагностику и принципы лечения хронического гнойного среднего отита и лабиринтита;
- механизмы развития, клинику, диагностику, лечение внутричерепных отогенных осложнений.

Ординатор должен уметь:

установить клиническую форму хронического гнойного среднего отита, оценить данные рентгенологического обследования, заподозрить развитие отогенного осложнения, провести дифференциальный диагноз между лабиринтитом и патологией мозжечка, выполнить типовые манипуляции;

Ординатор должен владеть:

- 1.Отоскопией
- 2.Методикой слухового паспорта
3. Интерпретировать результаты рентгенологического обследования височной кости

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 7 часов

Содержание занятия

Ординаторы знакомятся с анамнезом и общим статусом лиц с различными формами хронических отитов, после чего проводится клинический разбор каждого из больных.

При осмотре больного тубоотитом отмечается, что в последние годы гнойные заболевания среднего уха встречаются чаще и приобрели затяжное течение, что связано, по-видимому, с не всегда рациональным использованием антибактериальных средств. Необходимо обратить внимание ординаторов на то, что заболевание развивается в связи с нарушением дренажной и вентиляционной функции евстахиевой трубы, это связано обычно с хроническими воспалительными процессами в носоглотке — хроническими ринофарингитами, в том числе аллергическими, хроническим воспалением околоносовых пазух, наличием аденоидов, гипертрофии задних концов нижних носовых раковин, хоанальных полипов и т.д. Внимание ординаторов привлекается к типичным признакам тубоотита — ощущению заложенности в ухе и жидкости в нем, снижению слуха по типу нарушения звукопроводения, степень которого может меняться с изменением положения головы. Нередко наблюдается аутофония, отоскопически — втянутость барабанной перепонки, короткий отросток резко выступает в слуховой проход, рукоятка молоточка занимает более горизонтальное положение, световой рефлекс исчезает, либо изменяет форму. При наличии транссудата может быть виден уровень жидкости. Если при нарушении просвета евстахиевой трубы имеется слабовирулентная флора, то в барабанной полости скапливается экссудат и развивается серозный или экссудативный тубоотит, симптомы которого в основном те же, что и при наличии транссудата, однако может быть легкая боль в ухе, небольшое повышение температуры и изменение цвета барабанной перепонки, который зависит от характера экссудата в полости и может иметь оттенки от желтоватого до коричневого, синего или лилового (“синяя барабанная перепонка”).

В лечении тубоотитов с затяжным течением, кроме мер, направленных на санацию носоглотки, проводится катетеризация евстахиевых труб, продувание баллоном Политцера, транстубарное введение кортикостероидов и противоаллергическое лечение, используются также парацентез и дренирование барабанной полости. Ординаторам демонстрируют баллон Политцера, методику продувания евстахиевых труб с его помощью, катетеры для продувания евстахиевых труб.

При разборе больного адгезивным отитом (тимпаносклерозом) отмечается, что эта форма является следствием слипчивого процесса в барабанной полости с образованием рубцов и спаек. Адгезивный отит чаще всего развивается из экссудативного отита на фоне длительного нарушения функции евстахиевой трубы. Характерным симптомом заболевания является прогрессирующая тугоухость по типу нарушения звукопроводения. При отоскопии определяется рубцовая, втянутая, деформированная барабанная перепонка. Рукоятка молоточка часто смещена, короткий отросток клювовидно выстоит в сторону слухового прохода, световой рефлекс меняет форму и локализацию, иногда отсутствует. Адгезивный отит лечится на первых стадиях заболевания методом продувания евстахиевых труб с помощью катетера и баллона Политцера, пневмомассажа, ионофореза лидазы в барабанную полость. Возможно проведение эндауральной операции с иссечением рубцов в барабанной полости.

При разборе больного хроническим мезотимпанитом ординаторам объясняют, что эта форма заболевания является чаще всего исходом острого отита, при сочетанной патологии носоглотки и носа, останавливаются на типичных признаках заболевания, которое протекает с частыми обострениями, с выделениями из уха, болевыми ощущениями и ухудшением слуха. Заболевание нередко начинается с детства после

инфекционных заболеваний (чаще всего кори или скарлатины) и протекает длительно. Необходимо обратить внимание ординаторов на типичную отоскопическую картину — центральный дефект барабанной перепонки, часто обширный, что обеспечивает хороший отток отделяемого. Наличие хорошего оттока из барабанной полости, локализация процесса в мезотимпануме, а также то обстоятельство, что при заболевании поражается обычно только слизистая оболочка барабанной полости, обуславливает относительно доброкачественное течение процесса, который редко дает осложнения. В связи с этим лечение больных мезотимпанитом в момент обострения заболевания консервативное и сводится к назначению капель в ухо (софрадекс, фурациллиновый спирт, раствор альбуцида, при обильных выделениях 3% раствор перекиси водорода и т.д.), распылению тончайших порошков (сульфопрепаратов, борной кислоты, антибиотиков) через дефект барабанной перепонки в полость, назначению тепловых процедур на область уха (согревающий компресс на ночь, сухая повязка днем), санации носоглотки (так как обострения отита развиваются часто на фоне респираторного заболевания или хронических процессов в носоглотке). При наличии температурной реакции нередко назначаются сульфопрепараты, антибиотики. Необходимо отметить, что с целью профилактики обострений необходимо предостеречь больного от попадания воды в ухо и переохлаждений, которые могут вызвать респираторные заболевания. Ординаторы осваивают методику “туалета уха”, закапывания капель в ухо, вдувания порошков в барабанную полость с помощью порошковдувателя.

При клиническом разборе больного хроническим эптитимпанитом подчеркивается, что типичным для этой формы отита является наличие краевого дефекта барабанной перепонки, иногда щелевидного, трудно различимого, что затрудняет диагностику заболевания. В таких случаях процесс проявляет себя только в момент обострений. В промежутках между обострениями слуховая функция остается хорошей из-за сохранности звукопроводящей системы. Отмечается, что в случаях, когда трудно по данным отоскопии и анамнеза решить вопрос в пользу обострения хронического отита или рецидива острого процесса, может быть полезен рентгеновский метод исследования. Склероз сосцевидного отростка на рентгенограмме указывает на наличие хронического процесса. Ординаторам демонстрируют рентгенограммы височных костей с укладкой по Майеру, Шюллеру, Стенверсу, Шоссэ. Подчеркивается, что локализация процесса в эптитимпануме, который ограничен от средней черепной ямки тонкой пластинкой — крышей барабанной полости, склонность к костному кариесу и часто наличие холестеатомы (которая легко разрушает кость и прорастает через ход в пещеру в сосцевидный отросток, вызывая его деструкцию) приводит к тому, что эта форма хронического отита является наиболее опасной и легко может привести к развитию внутричерепных осложнений, таких как синустромбоз, менингит, эпидуральный или субдуральный абсцесс, энцефалит, абсцесс головного мозга. Большое значение имеют данные компьютерной томографии височных костей и головного мозга. Подробно разбираются пути проникновения инфекции в черепные ямки из уха, типичные симптомы отогенной септикопиемии, менингеальные очаговые симптомы и симптомы повышения внутричерепного давления. Необходимо отметить, что из-за опасности внутричерепных осложнений, консервативное лечение эптитимпанита (закапывание капель в ухо, антибиотики, промывание аттика и т.д.) может быть только временной мерой. При эптитимпанитах показана радикальная операция на среднем ухе с целью профилактики внутричерепных осложнений. Необходимо ознакомить ординаторов с тем, что при наличии внутричерепных отогенных осложнений радикальная трепанация уха является первым этапом вмешательства, за которым следует вскрытие черепных ямок и операция на веществе мозга или венозных синусах (расширенная радикальная операция). При менингитах важно широко обнажать мозговые оболочки вплоть до здоровых тканей, что необходимо с целью дренажа и декомпрессии. При подозрении на тромбоз сигмовидного синуса, после вскрытия задней черепной ямки и обнажения стенки синуса, в случае отсутствия ее пульсации, проводится диагностическая пункция синуса.

Отсутствие крови при пункции заставляет думать о наличии тромба в просвете синуса. В этом случае необходимо сделать разрез стенки. Нагноившийся участок тромба подлежит удалению. При подозрении на абсцесс мозга, после вскрытия черепной ямки рекомендуется предпринять диагностическую пункцию мозга в разных направлениях. При наличии гноя в пункционной игле по ходу иглы проводится разрез. Полость абсцесса дренируется. Нейрохирургическая тактика заключается в иссечении абсцесса вместе с капсулой. При отогенных внутричерепных осложнениях, кроме хирургического вмешательства, проводится активная терапия с использованием массивных доз сульфопрепаратов и антибиотиков, которые вводятся внутримышечно или внутривенно.

По муляжам разбирается план общеполостной радикальной операции, отмечаются ее преимущества и недостатки, обсуждаются варианты тимпанопластик, направленные на сохранение элементов звукопроводящей системы. Разбираются I, II, III и IV типы тимпанопластики по Вульштейну. В операционной клинике демонстрируется радикальная операция на среднем ухе.

Перечень вопросов для собеседования

1. Какие известны клинические формы хронических отитов?
2. Что является чаще всего причиной развития тубоотита?
3. Какие клинические признаки типаносклероза?
4. Каковы методы лечения тимпаносклероза?
5. Какова отоскопическая картина больного мезотимпанитом?
6. Что характерно для отоскопической картины при эптитимпаните?
7. Как отличаются две формы хронического отита — мезотимпанит и эптитимпанит по локализации процесса и клиническому течению?
8. Какова схема лечения больного мезотимпанитом?
9. Как по прогнозу различаются хронические отиты с дефектами барабанной перепонки?
10. Какие возможны осложнения хронических отитов?
11. Какова врачебная тактика при лечении эптитимпанита?
12. Какие показания для проведения радикальной операции на ухе?
13. Какой инструментарий используется для проведения радикальной операции на ухе?
14. Какой план этой операции?
15. Какие известны варианты тимпанопластик?
16. Какова врачебная тактика при развитии внутричерепных осложнений хронического отита?
17. Какова хирургическая тактика при развитии отогенного менингита?
18. Какова хирургическая тактика при отогенных абсцессах мозга?
19. Какова хирургическая тактика при тромбозе сигмовидного синуса, осложнившего течение хронического отита?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Хронические заболевания среднего уха и их осложнения в клинической практике семейного врача»**

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участникам
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Холестеатома

Синдром Градениго

Основные темы докладов:

Люмбальная пункция.

Тромбоз сигмовидного синуса.

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

При хроническом катаральном отите наблюдается:

- а) Утолщение барабанной перепонки;
- б) Выпячивание ее в наружный слуховой проход;
- в) Атрофия и истончение барабанной перепонки;
- г) Гиперемия натянутой части барабанной перепонки;
- д) Хорошо выражен световой конус.

Постоянными клиническими симптомами хронического гнойного среднего отита являются:

- а) Оторрея;
- б) Ощущение шума в голове;
- в) Стойкая перфорация барабанной перепонки, оторрея, нарушение равновесия;
- г) Головокружение;
- д) Нарушение равновесия;
- е) Снижение слуха, оторрея, стойкая перфорация барабанной перепонки.

Для отогенного сепсиса не характерны:

- а) потрясающие ознобы, ежедневно или 2-3 раза в день
- б) скачущий характер температуры

- в) метастазы в виде гнойников
- г) брадикардия

Укажите лечебные мероприятия при хроническом катаральном отите, кроме:

- а) Хирургическое пособие: аденотомия, удаление гипертрофированных задних концов носовых раковин, хоанального полипа;
- б) Парамеатальные блокады;
- в) Продувание слуховых труб;
- г) Вибромассаж барабанной перепонки;
- д) Физиолечение.

Подход к лечению обострения мезотимпанита:

- а) общее и местное
- б) только местное
- в) только общее
- г) витаминотерапия

Особенности в тактике лечения отомикоза

- а) антибактериальная терапия
- б) **противогрибковая, десенсибилизирующая**
- в) гормонотерапия
- г) антигистаминная терапия

Показания к назначению лечебной гимнастики при вестибулярных нарушениях являются:

1. возникновение головокружений при изменении положения тела
2. возникновение головокружений при изменении положения головы
3. неустойчивое положение тела в позе Ромберга
4. вегетативные нарушения при выполнении прямолинейных движений
5. все перечисленное

Медицинская реабилитация осуществляется в сроки

1. До 5 лет от развития заболевания
2. До 10 лет от развития заболевания
3. До 20 лет от развития заболевания
4. Вне зависимости от сроков заболевания

Медицинская реабилитация осуществляется в форме:

1. Амбулаторной
2. Стационарной
3. Выездной
4. Все утверждения верны
5. Нет верных утверждений

Медицинская реабилитация может проводиться в:

1. Палате
2. На дому
3. В процедурном кабинете
4. В кабинете ЛФК

Индивидуальную программу реабилитации пациента составляют:

- а) врачи-терапевты;
- б) врачи-хирурги;
- в) врачи-реабилитологи;
- г) все вышеперечисленные.

Что является наиболее объективной оценкой эффективности реабилитации?

- 1. экономическая оценка преодоления ущерба от нетрудоспособности
- 2. самооценка пациента
- 3. комплексная оценка с включением критериев качества жизни
- 4. этапная оценка нозоспецифических критериев
- 5. оценка отдаленных результатов

Какой метод не относится к климатотерапии?

- 1. аэротерапии
- 2. гелиотерапии
- 3. псаммотерапии
- 4. таласотерапии
- 5. магнитотерапии

Контрольные вопросы

- 1. Какова отоскопическая картина больного мезотимпанитом?
- 2. Что характерно для отоскопической картины при эптитимпаните?
- 3. Как отличаются две формы хронического отита — мезотимпанит и эптитимпанит по локализации процесса и клиническому течению?
- 4. Какова схема лечения больного мезотимпанитом?
- 5. Как по прогнозу различаются хронические отиты с дефектами барабанной перепонки?
- 6. Какие возможны осложнения хронических отитов?
- 7. Какова врачебная тактика при лечении эптитимпанита?

Ситуационные задачи

К отоларингологу привели ребенка 7 лет с жалобами на постоянный зуд в наружных слуховых проходах, ощущение наличия инородного тела, незначительное снижение слуха на оба уха. Болен три месяца. Объективно: общее состояние удовлетворительное. Температура тела 36,7°C. Кожа наружных слуховых проходов слегка гиперемирована, инфильтрирована. В перепончато-хрящевых отделах множественные отрубевидные чешуйки слущенного эпидермиса, на коже костных отделов наружных слуховых проходов отчетливо видны множественные нити мицелия зеленого цвета. Барабанные перепонки слегка гиперемированы, инфильтрированы, покрыты пленками, имеющими вид намочшей промокательной бумаги. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, при пальпации безболезненные.

Вопрос 1: Каков диагноз?

Вопрос 2: Как лечить больного?

Вопрос 3: Требуется ли согласие родителей на лечение?

Больной жалуется на гнойные выделения из левого уха, понижение слуха. Болен 10 лет. По поводу гнойных выделений из уха неоднократно лечился амбулаторно и стационарно с временным эффектом. Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и перкуссия его безболезненны. В

наружном слуховом проходе большое количество слизисто-гнойного отделяемого. После туалета уха определяется гиперемия барабанной перепонки, округлой формы ободковая перфорация ее в нижних квадрантах. Видимая часть слизистой барабанной полости гиперемирована, отечна. Острота слуха на шепотную речь — 2 м, разговорную речь — 6 м. Латерализация звука в опыте Вебера влево. Опыты Ринне, Федеричи отрицательные. Каков диагноз? Как лечить больного? Требуется ли госпитализация?

Больной жалуется на боли в правом ухе, чувство распирания в нем, гнойные выделения, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 38°C. Болен с детства. Около 10 дней назад после простуды процесс в ухе обострился. Объективно: область сосцевидного отростка не изменена, перкуссия и пальпация его безболезненны. Отоскопически: в правом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом. В передневерхнем квадранте барабанной перепонки имеется краевая перфорация, через которую видны белесоватые эпидермальные массы. В натянутой части барабанная перепонка умеренно гиперемирована, инъецирована. Острота слуха на шепотную речь — 3 м, разговорную речь — 6 м. Вопрос 1: Каков диагноз? Диагноз? Как лечить больного? Группа диспансерного учета? Показано ли в будущем санаторно-курортное лечение? Какие мероприятия Вы посоветуете пациенту в будущем для укрепления здоровья?

Пациент Л. 29 лет жалуется на умеренные боли в левом ухе, выделения из него гнойного характера без запаха, снижение слуха на это ухо. Подобные жалобы беспокоят с 5 лет после перенесенного отита.

Объективно: заушная область спокойная, наружный слуховой проход заполнен гноем, после его удаления видна гиперемированная и отечная барабанная перепонка, перфорация размером 2 мм в задненижнем отделе. Другое ухо без патологии.

Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Пациентка 37 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо. В течение многих лет отмечала гнойные выделения из уха, последние 6 мес. после оперативной коррекции носовой перегородки выделений нет.

Объективно: левая заушная область спокойная, наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка серая, перфорация размером 2 мм в центре. Другое ухо без патологии. Слух на правое ухо: ШР – 6 м, на левое ШР – 2 м, РР – 6 м.

Поставьте диагноз. Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к занятию по теме: **«Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)»**

Цель:

- иметь представления об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения;
-знать основные клинические симптомы катара среднего уха, кохлеарного неврита, отосклероза, болезни Меньера, принципы их лечения;
-уметь выполнить отоскопию, исследовать слуховую и вестибулярную функции, оценить их состояние, поставить диагноз, выбрать лечебную тактику, оказать помощь во время приступа болезни Меньера.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез, негнойных заболеваний уха (острое и хроническое катаральное воспаление среднего уха, острый и хронический кохлеарный неврит, отосклероз, болезнь Меньера);

Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик отоскопии, на тренажерах. Обсуждение результатов аудиометрии и рентгенологического обследования височной кости.

Ординатор должен иметь представление

об этиологии и патогенезе негнойных заболеваний уха, методах хирургического лечения;

Ординатор должен знать основные негнойные заболевания уха (острое и хроническое катаральное воспаление среднего уха, острый и хронический кохлеарный неврит, отосклероз (отоспонгиоз), болезнь Меньера); знать принципы лечения данной патологии.

Ординатор должен уметь:

- своевременно диагностировать указанную патологию;
- оказать неотложную помощь при некоторых негнойных заболеваниях уха;

Ординатор должен владеть:

- 1.Отоскопией
- 2.Методикой слухового паспорта
3. Интерпретировать результаты рентгенологического обследования височной кости

Учебно-тематический план темы:

Клиническое практическое занятие – 5 часов

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

Содержание занятия: ординаторы в группе знакомятся с анамнезом, объективной картиной ЛОР органов, слуховой функцией одного из больных лабиринтитом (у кровати больного), с лабиринтопатией, отосклерозом и кохлеарным невритом. Далее проводится клинический разбор каждого больного.

готово

Лабиринтиты. При разборе больного этой группы следует обратить внимание на пути проникновения инфекции в ушной лабиринт и отметить, что наиболее часто встречаются тимпаногенные лабиринтиты, реже менингогенные и травматические. Проводится дифференциальная диагностика различных форм лабиринтитов. Указывается, что 1)

ограниченный лабиринтит развивается при хроническом эпитимпаните и характеризуется образованием свища в полукружном канале (фистульный симптом). Этот лабиринтит может иметь латентное течение, а при обострении хронического эпитимпанита может перейти в диффузную форму; 2) диффузный лабиринтит подразделяется на две основные формы: а) серозную и б) гнойную. Как острый, так и хронический отит может быть причиной диффузного лабиринтита. Отмечается, что при серозном лабиринтите возбудители инфекции в лабиринт не попадают, но близкое соседство гнойного очага в среднем ухе проявляется накоплением стерильного экссудата, раздражающего рецепторные структуры внутреннего уха. Фиксируется внимание на том, что при серозном и гнойном лабиринтите вначале имеются сходные симптомы: систематизированное головокружение, рвота, спонтанный нистагм, однако при серозном лабиринтите нистагм направлен в большую сторону — симптомы раздражения лабиринта, а при гнойном лабиринтите нистагм направлен в здоровую сторону — симптом выключения лабиринта. При этом имеет место глухота. При обратном развитии процесса через 2—3 недели при серозном лабиринтите обычно происходит частичное или полное восстановление слуховой и вестибулярной функции. При гнойном лабиринтите, как правило, поражение бывает стойким, необратимым. Следует отметить, что в связи с применением антибиотиков при острых отитах, наблюдаются в последнее время атипичные формы диффузных острых лабиринтитов без полного выключения слуховой функции при выраженных вестибулярных нарушениях анализатора.

Лечение лабиринтитов. Если причиной лабиринтита является хронический эпитимпанит или острый отит, осложненный мастоидитом, то показаны операции (радикальная, антромастоидотомия), далее антибиотики, дегидратация, витаминотерапия. При наличии фистульного симптома — радикальная операция с пластическим закрытием фистулы меатальным лоскутом на ножке. При серозном лабиринтите, возникшем в первые дни острого отита, процесс может быть излечен антибиотиками без операции.

Лабиринтопатии. При разборе больного обсуждаются основные виды лабиринтопатий: болезнь Меньера, послеоперационная лабиринтопатия, кровоизлияние в лабиринт. При разборе больных с болезнью Меньера следует фиксировать внимание на полиэтиологичности данного заболевания (гипотония, гипертоническая болезнь, шейный остеохондроз, травма черепа и др.). Отмечается, что приступ болезни Меньера проявляется, как и лабиринтит, систематизированным головокружением, тошнотой, рвотой, атаксией, снижением слуха, чаще на одно ухо. В дифференциальной диагностике с лабиринтитами очень большую диагностическую ценность имеет правильно собранный анамнез и объективные данные отоскопической картины, которая при болезни Меньера чаще всего не изменена. Кроме анамнеза и объективного ЛОР-осмотра, необходимо произвести функциональное исследование у больного слуховой и вестибулярной функции, установить характер понижения слуховой функции: смешанный тип тугоухости (равномерное снижение слуха на высокие и низкие частоты наиболее характерно для болезни Меньера). Далее необходимо определить характер поражения вестибулярной функции во время приступа и в межприступный период. Если спонтанные нарушения вестибулярной функции не укладываются в "железные законы" Воячека: то это исключает патологию периферического отдела вестибулярного анализатора. Необходимо исключить церебральную патологию, при этом надо исследовать: а) глазное дно; б) произвести обзорную рентгенограмму костей черепа; в) рентгенограмму шейного отдела позвоночника; г) рентгенограмму височных костей по Стенверсу для исключения невриномы слухового нерва.

Принципы лечения лабиринтопатий. 1. Для всех форм лабиринтопатий рекомендуется — симптоматическое лечение, направленное на блокаду импульсов, исходящих из пораженного лабиринта: а) холинолитические препараты: скополамин, атропин, смесь Никольской М.И.; б) антигистаминные препараты: драмина, димедрол, циклизин.

2. Лечение вазомоторных расстройств в лабиринте. При спазме сосудов (эффект от карбогена) следует применять сосудорасширяющие средства: винкапан (винкатор), эуфиллин, диафиллин, стугерон, но-шпа и т.д. При расширении сосудов (эффект от кислорода) — сосудосуживающие средства (эфедрин, мезатон). При гидропсе лабиринта, кровоизлияния в лабиринт показаны дегидратационная терапия, витамины С, В₁, В₁₂, нивалин, АТФ.

Отосклероз. При разборе больных этой группы отмечается, что заболевание встречается чаще у женщин в молодом возрасте при отсутствии воспалительных изменений при отоскопии. Ведущий симптом — шум в ушах и прогрессивное снижение слуха на оба уха, которое обостряется при беременности и родах. Подчеркивается наследственное предрасположение к этому заболеванию. Необходимо фиксировать внимание ординаторов на том, что этиология этого заболевания до конца не установлена, в патоморфологическом аспекте заболевание характеризуется очаговыми остеоидистрофическими изменениями в капсуле лабиринта, которые обнаруживаются на трупном материале у 10%, а клинические проявления наступают при анкилозе стремени только у 1% обследуемых. При постановке диагноза отосклероза следует обращать внимание на следующие клинические проявления.

1. Шум в ушах и прогрессивное снижение слуха начинается в молодом возрасте (16—17 лет) на фоне нормальной отоскопической картины.

2. Пациенты указывают на улучшение слуха в шуме, вибрации (паракузис Willisii).

3. Появляется симптом Шварца — красноватое пятнышко кзади от рукоятки молоточка — просвечивание гиперемированной слизистой оболочки на мысе, голубизна склер.

4. Характерно снижение слуха — вначале оно идет по типу нарушения звукопроводимости, затем присоединяется невритический компонент. Указывается на ценные данные, получаемые при положительном опыте Желле и аудиометрии.

Отмечается, что консервативное лечение отосклероза мало эффективно. Рекомендуются препараты кальция, фосфора — для воздействия на обмен в костной ткани, АКТГ, витамины — для усиления защитных свойств организма. В настоящее время основным эффективным методом является хирургический. Ординаторы должны ознакомиться с показаниями к хирургическому лечению, в зависимости от степени поражения больных можно разбить на 3 группы.

I группа — потеря слуха по воздушной проводимости — 30—50 дБ, по костной — не более 15 дБ. Эта группа наиболее благоприятна в отношении эффективного хирургического лечения.

II группа — потеря слуха по воздушной проводимости — 50—60 дБ, по костной — 25—30 дБ, что указывает на начинающуюся дегенерацию рецепторных структур внутреннего уха. Операция показана.

III группа — потеря слуха по воздушной проводимости — 60—80 дБ, по костной — 30—40 дБ. В этом случае операция далеко не всегда эффективна, так как имеет место поражение нервных рецепторных структур уха. Далее преподаватель останавливается на методах оперативного лечения отосклероза:

1) операция фенестрации лабиринта по Лемперту,

2) операция мобилизации стремени по Розену,

3) стапедопластика.

Нейросенсорная тугоухость. При разборе больных фиксируется внимание на полиэтиологичности заболевания. Нейросенсорная тугоухость может быть связана с инфекцией, интоксикацией эндогенными и экзогенными ядами, воздействием профессионального шума, вибрации, развитием сосудистых и возрастных изменений. В дифференциальной диагностике с отосклерозом следует фиксировать внимание на разных возрастных группах (отосклероз у молодых, нейросенсорная тугоухость чаще в пожилом возрасте). Основное значение в диагностике отводится аудиометрическому и камертональному исследованию.

В отношении патоморфологических изменений в слуховом нерве при нейросенсорной тугоухости, то они чаще носят дегенеративно-дистрофический характер, хотя в некоторых случаях — при тифах, гриппе, дифтерии и др. инфекционных заболеваниях — первоначально патологические изменения носят характер воспалительной реакции. В лечении нейросенсорной тугоухости большое значение имеет предупреждение этого заболевания, так как применяемые средства -витамины С, В₁, В₆, АТФ, прозерин, антигипоксанты, ноотропы - эффективны только на ранних стадиях заболевания.

Ординаторы решают ситуационные задачи по теме занятия. Проводится экскурсия в сурдологическое отделение, где знакомятся с принципами подбора и оценкой эффективности слухопротезирования, показаниями к кохлеарной имплантации.

Перечень вопросов для собеседования

1. Каковы пути проникновения инфекции в лабиринт?
2. Какие известны клинические формы лабиринтитов?
3. Признаком какого заболевания является фистульный симптом?
4. Какова клиническая картина диффузного лабиринтита?
5. По какому пути снижен слух при лабиринтите?
6. Какие формы лабиринтита приводят к полному выключению слуховой функции?
7. Какой план лечения больного диффузным лабиринтитом?
9. Какие известны виды лабиринтопатий?
10. Каков патогенез болезни Меньера?
11. Как протекает болезнь Меньера?
12. По какому типу снижен слух в начальной стадии болезни Меньера?
13. Каков тип снижения слуха в поздней стадии болезни Меньера?
14. Каковы принципы лечения лабиринтопатий?
15. Каков патогенез отосклероза?
17. Каковы характерные симптомы отосклероза?
18. Каковы показания к хирургическому лечению отосклероза?
19. Какие причины развития нейросенсорной тугоухости?
20. Какие характерные симптомы нейросенсорной тугоухости?
21. Какие известны меры профилактики нейросенсорной тугоухости?
22. Какие известны методы лечения нейросенсорной тугоухости?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: ***«Невоспалительные заболевания уха в клинической практике семейного врача (сенсоневральная тугоухость, отосклероз, болезнь Меньера)»***

	На 5 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	15 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	45 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	130 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	15 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

Пресбиакузис

Отосклероз и остеодинтрофия.

Основные темы докладов:

Болезнь Меньера : вопросы дифференциальной диагностики.

Вестибулярный нейронит.

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Односторонняя тугоухость, остро возникшая во время приема душа, может быть следствием:

- а) серной пробки,
- б) отосклероза,
- в) болезни Меньера,
- г) болезни Вегенера

Лабиринтное головокружение относится к реакциям:

- а). соматическим
- б). вегетативным
- в). вазомоторным
- г). проприоцептивным
- д). сенсорным

Назовите камертональные опыты для диагностики отосклероза, кроме:

- а) Опыт Желе;
- б) Опыт Ринне;
- в) Опыт Цитовича;
- г) Опыт Федеричи;
- д) Опыт Бинга.

Укажите инструментальные методы диагностики отосклероза, кроме:

- а) Тональная пороговая аудиометрия;
- б) Речевая аудиометрия;
- в) Электроэнцефалография;
- г) Акустическая импедансометрия и тимпанометрия;
- д) Опыт камертонами Федеричи, Ринне.

С какими заболеваниями следует дифференцировать болезнь Меньера, кроме:

- а) Невринома VIII пары;
- б) Гидроцефалия;
- в) Лептоменингит мостомозжечкового угла;
- г) Лабиринтит;
- д) Вертеброгенная вестибулярная дисфункция.

Аудиологическим признаком отосклероза не являются:

- а) понижение порогов костной проводимости
- б) повышение порогов костной проводимости
- в) повышение порогов воздушной проводимости
- г) наличие костно-воздушного разрыва между восприятием по кости и воздуху

При отоскопии у больных отосклерозом обнаруживается все, кроме:

- а) сухость кожи наружного слухового прохода
- б) гиперсекреция ушной серы
- в) широкие слуховые проходы
- г) истончение барабанной перепонки

Дифференциальную диагностику болезни Меньера необходимо проводить с:

- а) рассеянным склерозом
- б) острым средним отитом
- в) менингитом
- г) абсцессом головного мозга

К классической триаде болезни Меньера не относится:

- а) приступы системного лабиринтного головокружения, сопровождающиеся тошнотой
- б) снижение слуха на одно ухо
- в) шум в пораженном ухе
- г) резкая боль в пораженном ухе

Приступы головокружения при болезни Меньера возникают:

- а) на фоне резкой боли в пораженном ухе
- б) только в ночное время
- в) среди полного здоровья
- г) на фоне системного заболевания

Барабанная перепонка при болезни Меньера:

- а) гиперемирована
- б) не изменена
- в) выбухает в сторону наружного слухового прохода
- г) перфорирована

Развитие внезапной тугоухости происходит:

- а) в течение нескольких часов
- б) в течение недели
- в) в течение месяца
- г) в течение года

Назовите операции, выполняемые при болезни Меньера, кроме:

- а) Дренирование эндолимфатического мешка;
- б) Пересечение барабанной струны;

- в) Иссечение барабанного сплетения;
- г) Оссиккулотомия

Лечение отосклероза:

- а) десенсибилизирующая терапия
- б) хирургическое
- в) специфическими препаратами
- г) противогрибковая терапия

При отосклерозе для улучшения слуха проводится:

- а) радикальная операция на ухе
- б) мастоидэктомия
- в) стапедопластика
- г) тимпанопластика

Контрольные вопросы

1. Какой контингент лиц (по полу и возрасту) чаще страдают отосклерозом?
2. Как лечить больного ограниченным лабиринтитом?
3. Какова клиническая картина диффузного лабиринтита?
4. Что такое кохлеарная имплантация у глухих ?

Ситуационные задачи

Больная 33 лет обратилась к врачу с жалобами на головокружение вращательного характера, расстройство равновесия в виде неустойчивости при ходьбе, тошноту, шум, напоминающий писк комара, в левом ухе, понижение слуха на это ухо. Эти симптомы появились месяц назад во время лечения стрептомицином по поводу пневмонии. Отоскопическая картина нормальная. Данные аудиометрии свидетельствуют о понижении слуха на левое ухо по типу нарушения звуковосприятия. При исследовании функции вестибулярного анализатора определяется спонтанный вестибулярный нистагм влево, отклонение в позе Ромберга и при ходьбе вправо. Каков диагноз? Как лечить больную?

Больная 40 лет обратилась в сурдологический кабинет с жалобами на ухудшение слуха в течение последних девяти месяцев. Перенесла острый плеврит 11 месяцев тому назад, в связи с чем в течение 25 дней получала инъекции стрептомицина по 1 000 000 ЕД в сутки. В процессе лечения заметила появление высокочастотного шума в ушах, ухудшение слуха и шаткость походки. Через два месяца после лечения стал прогрессивно снижаться слух. При осмотре со стороны ЛОР-органов патологии не выявлено. При исследовании слуха определяется нарушение по типу поражения звуковосприятия. Исследование вестибулярного анализатора выявило угнетение функции обоих лабиринтов. Каков диагноз?

Больная 26 лет жалуется на шум в ушах и снижение слуха. Три года назад после родов впервые заметила постепенно прогрессирующее снижение слуховой функции. Отмечает, что лучше слышит в шумной обстановке. Объективно: в носу, зеве, глотке, гортани патологических изменений не определяется. При отоскопии: широкие слуховые проходы, серных масс нет, барабанные перепонки бледные, тонкие. Слуховая функция нарушена на оба уха по звукопроводящему типу. Нарушений со стороны вестибулярного аппарата не определяется. Каков диагноз? Как лечить больную?

Вызов врача общей практики на дом. Больная 53 лет, жалобы на резкое головокружение (ощущение вращения предметов справа налево), тошноту, рвоту, звон в левом ухе, расстройство равновесия. Приступ начался внезапно без видимой причины. Подобные приступы беспокоят больную последние три года с тех пор, как у нее прекратились менструации. При осмотре ЛОР-органов заметных отклонений от нормы не выявлено. При исследовании вестибулярной функции определяется спонтанный горизонтально-ротаторный нистагм III степени влево, отклонение обеих рук вправо при выполнении указательной пробы Бара-ни. Шепот слева слышит на расстоянии 1,5 м, справа — 5 м. Каков предполагаемый диагноз? Какие нужны дополнительные исследования для уточнения диагноза? Какова врачебная тактика? Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача

Задача Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
-	СШ	-
0 м	ШР	6 м
0 м	РР	6 м
ad conchaе	Крик (с трещоткой)	
10 с	С ₁₂₈ (N-120 с)	125 с
6 с	С ₂₀₄₈ (N-50 с)	50 с
	Ск ₁₂₈ (N-60 с)	55 с
	W	→
« - »	R	« + »
« - »	Sch	N

Задача Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD	Тесты	AS
-	СШ	-
1 м	ШР	4 м
2 м	РР	6 м
55 с	С ₁₂₈ (N-120 с)	100 с
30 с	С ₂₀₄₈ (N-50 с)	50 с
	Ск ₁₂₈ (N-60 с)	65 с
	W	→
« + »	R	« - »
« - »	Sch	« + »

Больная жалуется на снижение слуха справа, которое заметила вчера вечером после принятия ванны. Заболеваний ушей в прошлом не было. Объективно: кожа правой ушной раковины и слухового прохода не изменена. Шепот правым ухом воспринимает на расстоянии 3 м, левым — 5 м.

Вопрос 1: Каков диагноз?

Вопрос 2: Какие меры необходимо предпринять?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к практическому занятию по теме: «Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки»

Цель:

-иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях носа, околоносовых пазух и глотки с соседними органами, диафаноскопии, синусоскопии, КТ и рентгенологическом исследовании носа и околоносовых пазух;

-знать клиническую анатомию и физиологию носа, околоносовых пазух ;

-уметь провести наружный осмотр и пальпацию носа, стенок околоносовых пазух и регионарных лимфатических узлов, переднюю и заднюю риноскопию, оценить дыхательную и обонятельную функции, описать рентгенограммы.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез острых и хронических ринитов, изучить взаимосвязь патологии верхних и нижних дыхательных путей (на примере бронхиальной астмы).

.Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов и методов остановки носового кровотечения.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик риноскопии и остановки носового кровотечения на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования придаточных пазух носа.

Ординатор должен-иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях носа, околоносовых пазух и глотки с соседними органами, диафаноскопии, синусоскопии, КТ и рентгенологическом исследовании носа и околоносовых пазух;

- иметь представление о топографо-анатомических особенностях строения лицевого скелета, его образованиях, их эмбриогенезе, современных методах эндоскопических и лабораторных исследований носа, околоносовых пазух и глотки;

Ординатор должен-знать клиническую анатомию и физиологию носа, околоносовых пазух

Ординатор должен уметь провести наружный осмотр и пальпацию носа, стенок околоносовых пазух и регионарных лимфатических узлов, переднюю и заднюю риноскопию, оценить дыхательную и обонятельную функции, описать рентгенограммы, уметь производить эндоскопические исследования (переднюю и заднюю риноскопию, орофарингоскопию), выполнять типовые манипуляции (введение тампонов и салфеток в полость носа, взятие мазков и отпечатков, смазывание слизистой оболочки полости носа и глотки, проведение местной аппликационной анестезии и т.д.) и оценивать данные рентгенологических исследований носа и околоносовых пазух, глотки.

Ординатор должен владеть

Передней риноскопией

Задней риноскопией

Передней тампонадой носа

Задней тампонадой носа

Учебно-тематический план темы:

Практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 7 часов

Содержание занятия

По рисункам и муляжам уточняется строение наружного носа — его остов, покров. Подчеркиваются особенности артериального кровоснабжения и венозного оттока, которые могут обусловить распространение инфекции в полость черепа при воспалительных заболеваниях наружного носа (фурункул, карбункул и т.д.). Обсуждается строение стенок полости носа и анатомо-топографические соотношения с окружающими областями — полостью глазницы, черепа (через ситовидную пластинку решетчатой кости), полостью рта. Подчеркивается значение компьютерной томографии при изучении топографических особенностей околоносовых пазух перед операциями. Особенно подробно разбирается строение латеральной стенки полости носа, носовых раковин и носовых ходов, подчеркивается, что большинство околоносовых пазух (гайморова, лобная, передние и средние пазухи решетчатой кости) открываются в средний носовой ход, в связи с чем при заболеваниях пазух часто наблюдаются изменения на уровне среднего носового хода (гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки, выделения, полипы). Обсуждается строение тканей, выстилающих полость носа — кожного покрова с его дериватами в преддверии носа, слизистой дыхательной области, состоящей из многоядного мерцательного эпителия с бокаловидными клетками, и обонятельной, построенной из специфических обонятельных и поддерживающих клеток. Отмечается, что обонятельный анализатор, как всякий другой, имеет периферический отдел, проводящие пути и центры обонятельного представительства.

Уделяется внимание особенностям строения стенок вен, расположенных в подслизистом слое на носовых раковинах и перегородке носа, играющих значительную роль в физиологии и патологии носа. Отмечается поверхностное расположение сосудов в передне-нижних отделах носовой перегородки, что является причиной частых носовых кровотечений из этой области. Разбираются вопросы артериального кровоснабжения и венозного оттока, подчеркивается, что полость носа, как и наружный нос, имеет связь через кровеносные сосуды с полостью черепа, что обуславливает возможность внутричерепных осложнений при патологических процессах в полости носа. При разборе вопросов иннервации подчеркивается, что полость носа является богатой рефлексогенной зоной, раздражение которой обуславливает возникновение ряда рефлексов ("с носа на нос"), таких как спазм или расширение сосудов подслизистого слоя и изменение, в связи с этим, просвета носовых ходов, чихания, обильного выделения слизи, из носа на другие органы — тахикардия, аритмии, задержки или остановки дыхания.

Подробно разбирается анатомическое строение околоносовых пазух носа и их топографическое соотношение с полостью носа, глазницей, полостью черепа, обуславливающее возможность распространения патологических процессов. Обсуждая строение гайморовой пазухи, останавливаются на особенностях строения стенок — нижней, которая имеет контакт с 5, 6, 7 зубами верхней челюсти, верхней, контактирующей с глазницей, медиальной с отверстием в средней носовой ход, которое расположено слишком высоко по отношению к дну пазухи, что обуславливает плохой отток и возможность развития патологических процессов. При обсуждении строения лобной пазухи и пазух решетчатой кости подчеркивается их близость к передней черепной ямке и глазнице, что обуславливает возможность внутричерепных и глазничных осложнений, обсуждаются варианты строения лобных пазух.

Отмечается, что пазуха, расположенная в толще основной кости и открывающаяся в верхний носовой ход, реже других поражается патологическим процессом. Близость к гипофизу, пещеристому синусу, зрительному нерву, внутренней сонной артерии и к 3, 4, 5, 6-ой парам черепно-мозговых нервов представляет серьезную опасность при поражении этой пазухи патологическим процессом.

Разбираются вопросы физиологии носа: к основным функциям относятся дыхательная, защитная и обонятельная, к второстепенным — резонаторная, мимическая, выделительная. Подчеркиваются преимущества носового дыхания перед ротовым, что обуславливается анатомическими и физиологическими особенностями носа, лучшим

очищением, обеззараживанием, согреванием и увлажнением воздуха, проходящего через носовые ходы, а также тем, что узость носовых ходов создает условия большего сопротивления для проходящего через них воздуха и более совершенного газообмена в легких, вследствие увеличения отрицательного давления в грудной полости.

Демонстрируются методы исследования дыхательной функции носа, в частности, метод В.И.Воячека (с пушинкой), который позволяет проверить проходимость носовых ходов при вдохе и выдохе, демонстрируется метод исследования дыхательной функции носа с помощью зеркала (по величине пятен запотевания), по осязанию, с помощью риноанемометра Ундрица, ринопневмометра и ринопневмотахометра. Ординаторы знакомятся с ринопневмометрией, методом, позволяющим измерить сопротивление носовых ходов при принудительной вентиляции их (подача воздуха через носовые ходы осуществляется с помощью компрессора).

Обсуждаются методы исследования обонятельной функции — качественные и количественные. Демонстрируется метод исследования обонятельной функции по Воячеку с использованием набора склянок с различными, хорошо известными в быту веществами, обладающими запахом; метод Цваардемакера, концентрационный способ Киселевского, временно-адсорбционный Ушакова, Эльсберга-Медведовского.

Ординаторы тренируются в методике передней и задней риноскопии, методике пальпации придаточный пазух, проводят исследование дыхательной и обонятельной функции на здоровых лицах.

В заключение демонстрируются и обсуждаются эндофотографии и видеоматериал, рентгенограммы и термограммы околоносовых пазух здоровых и больных лиц, демонстрируется методика диафаноскопии. Обсуждаются диагностические возможности эхографии - метода, основанного на возможности регистрации отраженных ультразвуковых волн на границе сред с различным акустическим сопротивлением.

амбулаторный прием в ЛОР-кабинете поликлиники больных, страдающих различными формами ринитов, после чего обсуждаются вопросы клиники и лечения острых, хронических (атрофических и гипертрофических) и вазомоторных (аллергических и нервнорефлекторных) ринитов. Дается рецептура для лечения ринитов. Ординаторы обучаются процедуре смазывания носовых ходов, закладывания мази в нос.

Демонстрируется операция полипотомии носа, подчеркивается преимущество рвущих петель перед режущими при выполнении этой операции. Ординаторам показывают специальные ножницы для резекции носовых раковин, конхотомы.

В клинике ординаторы знакомятся с больными различными формами заболеваний носа и пазух. После подобного ознакомления с анамнезом и общим статусом ординаторы проводят осмотр ЛОР-органов больных под контролем преподавателя. В заключение проводится клинический разбор больных.

При разборе больного острым ринитом, обсуждается этиология заболевания, патогенез, характерные клинические признаки его — выделения из носа, нарушение носового дыхания, связанное с инфильтрацией слизистой и выделениями в узких носовых ходах. В лечении заболевания в связи с этим, кроме противовоспалительных и антимикробных препаратов нужно пользоваться сосудосуживающими средствами на высоте воспалительного процесса, не злоупотребляя ими. Дается рецептура. Необходимо оттенить вопрос фитонцидотерапии острых ринитов.

При разборе больного хроническим ринитом обсуждают возможные клинические формы хронических ринитов (атрофическая, гипертрофическая), этиология этих заболеваний, патогенез, типичные клинические признаки и методы лечения.

Важно отметить, что при атрофических ринитах больные чаще всего жалуются на сухость и образование корок в носовых ходах, иногда затруднение носового дыхания, что может быть связано с закладыванием носовых ходов корками, а иногда с ложным ощущением, обусловленным атрофическим процессом, распространяющимся на чувствительные рецепторные образования слизистой оболочки носа, которая при этих

формах ринитов резко истончена, суха, сглажена. Процесс атрофии распространяется часто на подслизистый слой и костный остов, в связи с чем носовые раковины уменьшаются по размерам, а носовые ходы, наоборот, увеличиваются. Корки в носовых ходах могут быть гнойными, т.к. бактерицидные свойства слизистой носа снижены. Обращается внимание на то, что процесс атрофии бывает системным, распространяется на глотку, гортань и более глубокие отделы дыхательного тракта. Этот процесс часто развивается на фоне авитаминоза групп А и Д или дефицита железа в организме, что необходимо учитывать в лечении этих больных (назначить per os витамины и препараты железа). Местное лечение сводится к назначению витаминных капель на масле, щелочных капель, способствующих отторжению корок, смазыванию носовых ходов люголевским раствором, механическому удалению корок (промывание носа, тампонада с использованием витаминных и фитонцидных препаратов). Необходимо упомянуть о методе подсадок и хирургических методах лечения атрофических ринитов. При гипертрофических ринитах основной жалобой больных является затруднение носового дыхания, но могут кроме того беспокоить выделения из носовых ходов. При риноскопии определяются полипы - гладкостенные отечные образования на ножке, свисающие в просвет носовых ходов (гистологически — отечные фибромы или миксомы) или гипертрофия носовых раковин. Носовые ходы при гипертрофических ринитах сужены или совсем закрыты полипами или гипертрофированными носовыми раковинами. Основной метод лечения гипертрофических ринитов — хирургический — удаление полипов с помощью петель или резекция носовых раковин.

В смотровой клиники демонстрируется операция удаления полипов из полости носа, при этом необходимо подчеркнуть преимущество рвушей петли.

При обсуждении большого вазомоторным ринитом необходимо выделить две клинические формы — нервно-рефлекторную и аллергическую. Отметить общие клинические симптомы этих форм заболевания — периодическое закладывание носа с резким затруднением носового дыхания, серозные выделения, инфильтрацию слизистой оболочки носа, отечность ее и некоторые различия клинических признаков — преобладание стекловидного отека при аллергических формах и наличие сизых и белых пятен при нейрорефлекторных. При обсуждении вопросов лечения необходимо отметить, что при аллергической форме важно исключить аллерген, применить способы специфической и неспецифической десенсибилизации. При нейрорефлекторной форме необходимо лечить вегетоневроз. При той и другой форме в качестве симптоматического средства на высоте заболевания могут быть использованы некоторое время сосудосуживающие препараты в виде капель или мазей. Необходимо подчеркнуть опасность злоупотребления сосудосуживающими средствами, которая заключается в привыкании к ним, развитии пареза сосудистых стенок, когда приходится прибегать к полухирургическим (гальванокаустика, деструкция с помощью ультразвукового зонда) и хирургическим (подслизистая вазотомия) методам лечения. Дается представление о современных интраназальных глюкокортикоидах.

При разборе большого с фурункулом носа подчеркивается опасность внутричерепных осложнений, для профилактики которых необходима активная терапия антибиотиками и сульфопрепаратами, физиотерапия (УВЧ), аутогемотерапия, что может быть осуществлено более совершенно в условиях стационара. Отмечается, что фурункул носа нередко развивается на фоне нарушения обмена веществ, особенно часто при диабете.

При клиническом разборе большого с травмой носа обсуждаются вопросы скорой помощи - обработка ран наружного носа, тампонада носа при носовых кровотечениях, репозиция носовых костей, а также возможные последствия травмы (гематома носовой перегородки, абсцесс носовой перегородки, деформация наружного носа) и методы медицинской помощи при них. Подчеркивается значение компьютерной томографии для оценки степени распространенности травмы лицевого черепа и осложнений.

При разборе больного с искривлением носовой перегородки обсуждаются варианты деформаций (искривление, гребень, шип), а также возможные неприятные последствия таких деформаций (резкое расстройство носового дыхания, связанное непосредственно с искривлением носовой перегородки и явлениями вазомоторного ринита, который развился на фоне деформации перегородки из-за сдавления ветвей тройничного нерва; приступы бронхиальной астмы и т.д. Обсуждается по муляжам и рисункам операция подслизистой резекции носовой перегородки.

Перечень вопросов для собеседования

1. По каким анатомическим путям может распространяться инфекционное начало в полость черепа при фурункулах или карбункулах?
2. Каково строение латеральной стенки полости носа?
3. Где в полости носа открывается слезно-носовой канал?
4. Какие из околоносовых пазух носа открываются в средний носовой ход?
5. Какие из околоносовых пазух носа открываются в верхний носовой ход?
6. Какая стенка полости носа отделяет ее от полости черепа?
7. Какие костные образования входят в состав носовой перегородки?
8. Какие хрящи входят в состав носовой перегородки?
9. На какие отделы по строению и функции делится слизистая оболочка полости носа?
10. Из какого отдела полости носа чаще всего возникают носовые кровотечения?
11. Какие из околоносовых пазух носа граничат с полостью черепа?
12. Какие из околоносовых пазух носа граничат с полостью глазницы?
13. Какая из околоносовых пазух граничит с полостью рта?
14. Какие функции выполняет нос?
15. В чем преимущество носового дыхания перед ротовым?
16. Какие известны методы исследования дыхательной функции носа?
17. Какие известны методы исследования обонятельной функции носа?
18. Какие методы используются в диагностике заболевания околоносовых пазух носа?
19. Клиника, диагностика, лечение фурункула носа
20. Клиника, диагностика, лечение острого ринита
21. Клиника, диагностика, лечение хронического ринита
22. Клиника, диагностика, лечение носовых кровотечений
 23. Какую опасность представляет фурункул носа?
 24. Какие симптомы при наличии фурункула носа у больного настораживают в смысле возможности возникновения внутричерепных осложнений?
 25. Какова врачебная тактика при переломах костей носа со смещением отломков?
 26. Какова врачебная тактика при переломах костей носа без смещения отломков?
 27. Какова техника операции по поводу искривления носовой перегородки?
 28. На что жалуется больной острым ринитом?
 29. Какие лекарственные вещества и в каком виде используются чаще всего для лечения острых насморков?
 30. Как в лечении острых ринитов используются рефлекторные связи носа с другими органами?
 31. На что жалуется больной атрофическим ринитом?
 32. Каковы объективные признаки атрофического ринита?
 33. Как лечить больного атрофическим ринитом?
 34. Каковы характерные симптомы гипертрофического ринита?
 35. Как лечить больного гипертрофическим ринитом?
 36. Какие имеются клинические формы вазомоторного ринита?
 37. Какие клинические признаки являются наиболее характерными для вазомоторного ринита?
 38. Как лечат больного аллергической формой вазомоторного насморка?

39. Как лечить больного нейрорефлекторной формой вазомоторного ринита?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Клиническая анатомия и физиология носа. Фурункул носа. Острый ринит. Хронические риниты. Носовые кровотечения и методы их остановки»

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Участие в научно-исследовательской работе кафедры	Доклады Публикации
Участие в научно-практических конференциях, семинарах	Предоставление сертификатов участников
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Современные методы диагностики заболеваний прилечных пазух носа.
2. Местная терапия в лечении хронических ринитов и синуситов.

Основные темы докладов:

1. Озена
2. Полипозный синусит при бронхиальной астме

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Обонятельную функцию можно определить методом:

- а) калориметрии

- б) ринопневмометрии
- в) ольфактометрии
- г) микроринометрии

В нижний носовой ход открывается:

- а) лобная пазуха
- б) верхнечелюстная пазуха
- в) слезно-носовой канал
- г) передние клетки решетчатой кости
- д) крыловидный канал

Обонятельную функцию можно определить методом:

- д) калориметрии
- е) ринопневмометрии
- ж) ольфактометрии
- з) микроринометрии

Боковую стенку в области среднего носового хода образуют следующие кости

1. перпендикулярная пластинка небной кости
2. крючковидный отросток решетчатого лабиринта
3. слезная кость
4. *facies nasalis maxillae*

- А. верно 3
- В. верно 4
- С. верно 2 и 4
- Д. верно 2, 3 и 4
- Е. 1-4=все верно

Какое утверждение неверно?

Фурункул носа

- А. нужно лечить с применением массивных доз антибиотиков
- В. опасен возникновением тромбофлебита и тромбоза кавернозного синуса
- С. в прогрессирующей стадии нужно лечить в условиях стационара
- Д. имеет тенденцию к экспримации
- Е. чаще всего вызывается стафилококками, исходит из волосяных фолликулов в преддверии носа

Какое положение правомочно?

При одностороннем гноетечении из носа следует думать о

- А. аллергическом рините
- В. озене
- С. инородном теле носа
- Д. гиперплазии носовых раковин
- Е. все неверно

Какое положение неверно?

Носовое кровотечение может быть обусловлено

1. острым ринитом
2. атрофическим ринитом
3. травмой
4. опухолями полости носа

5. болезнью Ослера

Перечислите раковины носа:

- а) Верхняя, нижняя, средняя;
- б) Верхняя, нижняя, медиальная;
- в) Верхняя, нижняя;
- г) Латеральная, медиальная;
- д) Латеральная, нижняя.

Носовая перегородка образована:

- а) Треугольный хрящ, решетчатый лабиринт, сошник;
- б) Перпендикулярная пластинка решетчатой кости, сошник, четырехугольный хрящ;
- в) Небная кость, сошник, четырехугольный хрящ.

Перечислите основные функции носа:

- а) Защитная, дыхательная, рефлекторная, обонятельная;
- б) Вкусовая, выделительная, дыхательная, резонаторная;
- в) Обонятельная, транспортная, рефлекторная, калориферная, иммунная.

ПК-6

Лечение фурункулов носа состоит в

- 1. назначении антибиотиков
- 2. применении носовых капель
- 3. вскрытии фурункула
- 4. влажных повязках
- 5. челюстном столе для обеспечения покоя верхней губе

- A. верно 1 и 3
- B. верно 1, 2 и 3
- C. верно 1, 3 и 4
- D. верно 1, 4 и 5
- E. верно 1, 2, 4 и 5

Гранулематоз Вегенера с поражением ЛОР органов необходимо лечить

- 1. кортикостероидами
- 2. оперативным путем
- 3. антибиотиками
- 4. цитостатиками
- 5. антигистаминными препаратами

- 1. верно 1
- 2. верно 2
- 3. верно 1 и 5
- 4. верно 2 и 4
- 5. верно 1, 3 и 4

Вскрытие фурункула носа проводится:

- а) в стадии инфильтрации
- б) в стадии абсцедирования
- в) в стадии разрешения
- г) во всех стадия

После вскрытия фурункула носа целесообразно применять влажные повязки:

- а) с 70 % спиртом
- б) с изотоническим (0,9%) раствором хлорида натрия
- в) с гипертоническим раствором хлорида натрия
- г) с полуспиртовым раствором

Передняя тампонада полости носа проводится:

- а) марлевой салфеткой
- б) ватой
- в) марлевыми турундами длиной 50-60 см
- г) поролоном

Задний тампон в носоглотке можно удерживать в течение:

- а) 3 часов
- б) 24 часов
- в) 48 часов
- г) 10 суток

Контрольные вопросы

1. Основные ошибки при остановке носового кровотечения
2. Передняя и задняя тампонады
3. Особенности лечения острого ринита у детей
4. Основные ошибки при лечении фурункула носа
5. Взаимодействие врача общей практики и ЛОР-врача при ведении больного с фурункулом носа

Ситуационные задачи

После острого насморка у больного появилась припухлость, краснота и болезненность кожи носа больше слева. Боли иррадиируют в зубы, висок и область левой орбиты, температура повысилась до 38,5 С. Имеется ограниченная припухлость ярко-красного цвета с гнойничком в центре на крыле носа слева. Каков диагноз? Как лечить больного?

Больная 27 лет жалуется на ощущение заложенности в носу, водянистые выделения из носа, на чихание, слезотечение, повышение температуры до 37,3 С. Дыхание затруднено, обоняние нарушено. Кожа наружного носа в области крыльев слегка гиперемирована. Пульс 82 уд/мин, голос с гнусавым оттенком. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, небольшое количество слизистых выделений в носовых ходах, болезненности в области околоносовых пазух при пальпации не определяется.

Каков диагноз? Какое лечение рекомендовать больной?

Больная 32 лет, жалуется на затрудненное носовое дыхание, обильные прозрачные выделения из носа, расстройство обоняния, на приступы чихания и слезотечения. Перечисленные симптомы беспокоят часто в течение последних двух лет, с тех пор как начала работать в химической промышленности. Слизистая оболочка полости носа отечна, неравномерно окрашена, на ее поверхности местами сизые и белые пятна. Носовые раковины увеличены. Просвет носовых ходов сужен, после смазывания раствором адреналина раковины заметно уменьшаются в размерах, просвет носовых ходов увеличивается.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Больной 17 лет в течение 4 месяцев после перенесенного острого респираторного заболевания отмечает затруднение носового дыхания и слизистые выделения из носа. Заложенность носа больше выражена на холоде, При риноскопии определяется гиперемия слизистой оболочки с цианотическим оттенком, передние отделы нижней и средней раковин утолщены, в носовых ходах слизистое отделяемое.

1) какие заболевания могут быть причиной данных расстройств? 2) какие исследования следует провести для уточнения диагноза?

Больной 24 лет жалуется на постоянное затруднение носового дыхания, головную боль, понижение обоняния. Болен около 5 лет, раньше длительно пользовался сосудосуживающими каплями, однако последние 1,5-2 года они стали неэффективны. Дважды за это время перенес катаральный средний отит.

При риноскопии слизистая оболочка полости носа багрово-синюшная, увеличены в размерах нижняя и средняя носовые раковины. Задние концы нижних носовых раковин значительно увеличены, белесоватой окраски. После смазывания слизистой оболочки носа 0,1% раствором адреналина носовое дыхание не улучшилось.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Больная 47 лет жалуется на сухость в носу, образование в носовых ходах сухих корок, снижение обоняния. Больная около 20 лет отработала на табачной фабрике, указанные жалобы постепенно нарастали последние 4-5 лет.

Слизистая оболочка полости носа сухая, истончена, местами покрыта сухими корками и вязкой слизью. Носовые ходы широкие, раковины уменьшены в размерах.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Больная жалуется на то, что при сильном насморке у нее появляется ощущение заложенности в ушах. Объективно: определяются гиперемия, инфильтрация слизистой оболочки носа, слизистые выделения в носовых ходах. Задняя стенка глотки также гиперемирована. При отоскопии: барабанные перепонки серого цвета, мутные, слегка втянутые. Шепот слышит на расстоянии 4 м на оба уха.

Вопрос 1: Каков диагноз?

Вопрос 2: Как лечить больную?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. :

ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>

2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к практическому занятию по теме: «Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах»

Цель:

-иметь представления об этиологии и патогенезе заболеваний носа и околоносовых пазух, путях проникновения инфекции, методах хирургического лечения;
-знать основные клинические симптомы заболеваний носа и околоносовых пазух, их осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству;
-уметь выполнить переднюю и заднюю риноскопию, оценить рентгенограммы околоносовых пазух, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, своевременно выявить риногенные осложнения, определить лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез и методы лечения острого и хронического гнойного воспаления придаточных пазух носа, Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик риноскопии и остановки носового на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования придаточных пазух носа.

Ординатор должен иметь представление об анатомо-топографических взаимоотношениях носа, околоносовых пазух и глотки с соседними органами, диафаноскопии, синусоскопии, КТ и рентгенологическом исследовании носа и околоносовых пазух;
иметь представления об этиологии и патогенезе заболеваний носа и околоносовых пазух, путях проникновения инфекции, методах хирургического лечения;

Ординатор должен знать клиническую анатомию и физиологию носа, околоносовых пазух ; основные клинические симптомы заболеваний носа и околоносовых пазух, их осложнения, принципы консервативного лечения и показания к хирургическому вмешательству;

Ординатор должен уметь провести наружный осмотр и пальпацию носа, стенок околоносовых пазух и регионарных лимфатических узлов, переднюю и заднюю риноскопию, оценить дыхательную и обонятельную функции, описать рентгенограммы.

уметь оценивать данные рентгенологических исследований носа и околоносовых пазух, глотки. -уметь выполнить переднюю и заднюю риноскопию, оценить рентгенограммы околоносовых пазух, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, своевременно выявить риногенные осложнения, определить лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции.

Ординатор должен владеть

Передней риноскопией

Задней риноскопией

Передней тампонадой носа

Задней тампонадой носа

Учебно-тематический план темы:

Лекция- 1 час

Практическое занятие – 5 часов

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 8 часов

План лекции: схема защиты слизистой носа; эпидемиология синуситов, основные звенья патогенеза синуситов, роль врача общей практики в диагностике и лечении, профилактика осложнений.

Содержание занятия: амбулаторный прием в ЛОР-кабинете поликлиники больных, страдающих различными формами ринитов, после чего обсуждаются вопросы клиники и лечения острых, синуситов. Дается рецептура для лечения синуситов.

Демонстрируется операция полипотомии носа, подчеркивается преимущество рвущих петель перед режущими при выполнении этой операции. Ординаторам показывают специальные ножницы для резекции носовых раковин, конхотомы.

В клинике ординаторы знакомятся с больными различными формами заболеваний носа и пазух. После подобного ознакомления с анамнезом и общим статусом ординаторы проводят осмотр ЛОР-органов больных под контролем преподавателя. В заключение проводится клинический разбор больных.

При обсуждении больного с острым синуситом необходимо напомнить об этиологии заболевания, подчеркнуть, что наиболее частым путем распространения инфекции является риногенный, хотя возможен и гематогенный путь, а также одонтогенный (при гайморитах). Обсуждаются симптомы заболевания, отмечается, что наличие головной боли при насморке и ощущении тяжести в области пазух должны натолкнуть врача на мысль об этом заболевании, односторонние выделения из носа также должны насторожить врача в отношении возможного развития синусита. Характерные для острого синусита данные риноскопии: гиперемия, инфильтрация слизистой (часто односторонняя), гнойное озеро в среднем носовом ходе, болезненность при пальпации в области пораженной пазухи. Отмечается, что для уточнения локализации поражения могут быть использованы данные рентгенографии, компьютерной томографии и диафаноскопии, а для определения характера процесса (отек слизистой, гной и др.) - ядерно-магнитная томография, эхолокация. Обсуждаются принципы консервативной терапии при острых синуситах - антибактериальная (сульфопрепараты, антибиотики), разгрузочная (капли и мази в нос с сосудосуживающими веществами, адренализация носа). Отмечается, что при острых и подострых синуситах показан пункционный метод с целью диагностики и лечения. Демонстрируется пункция и дренирование гайморовой пазухи.

При клиническом разборе больного хроническим синуситом обсуждаются причины, приведшие к развитию хронического заболевания, клинические проявления его - длительный насморк, демонстрируется характерная эндоскопическая картина с гипертрофией носовых раковин, полипами в среднем носовом ходе, выделениями, болезненностью при пальпации пазух, данными рентгенографии, компьютерной и ядерно-магнитной томографии и эхографии. Разбираются вопросы дифференциального диагноза острого и хронического синусита. Обсуждаются возможные осложнения синуситов при распространении инфекции в полость черепа, глазницу, нижние отделы дыхательного тракта. Разбираются хирургические методы лечения хронических синуситов — эндоскопические эндоназальные и экстраназальные, цель радикальной операции на гайморовой пазухе по Калдвелл-Люку, техника операции (по муляжу). Обсуждается цель

и техника радикальной операции на лобной пазухе по Киллиану и Янсен-Риттеру (по муляжу). В операционной клинике демонстрируется операция на околоносовых пазухах .
Ординаторы решают ситуационные задачи по теме "Патология носа и околоносовых пазух". Результаты решения оглашаются на занятиях.

Перечень вопросов для собеседования

18. Каковы характерные симптомы острого синусита?
19. Из каких мероприятий складывается лечение больного острым синуситом?
20. Каковы характерные симптомы хронического синусита?
21. Как лечить больного хроническим синуситом?
22. Показания для компьютерной томографии околоносовых пазух .

Хронокарта клинического практического занятия по теме: **«Воспалительные заболевания придаточных пазух носа в клинической практике семейного врача. Особенности лечебной тактики при острых и хронических синуситах»**

	На 5 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	15 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	45 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	130 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	15 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов

Основные темы рефератов:

1. Аллергический ринит
2. Полипозный синусит

Основные темы докладов:

1. Хронический одонтогенный гайморит и его осложнения
2. Полипоз полости носа при бронхиальной астме

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Назовите характерный симптом воспалительного процесса в верхнечелюстной пазухе:

- а) припухлость верхнего века,
- б) отечность слизистой оболочки нижнего носового хода,
- в) невралгия первой ветви тройничного нерва,
- г) полоска гноя в среднем носовом ходе.

Какие заболевания встречаются чаще у детей с “аденоидными вегетациями”, чем у здоровых

1. фарингит
2. средний отит
3. синусит
4. бронхит

Симптомы при остром верхнечелюстном синусите:

- а) отек слизистой полости носа
- б) гнойные выделения по среднему носовому ходу
- в) головная боль
- г) все вышеперечисленное

Стекание гноя по верхнему носовому ходу характерно для:

- а) вазомоторного ринита
- б) верхнечелюстного синусита
- в) сфеноидита
- г) фронтита

.Гиперемия и отек в области щеки характерны для:

- а) фронтита
- б) верхнечелюстного синусита
- в) этмоидита
- г) сфеноидита

При наличии пломбирочного материала в верхнечелюстной пазухе развивается:

- а) этмоидит
- б) фронтит
- в) верхнечелюстной синусит
- г) сфеноидит

ПК-6

Пункцию верхнечелюстной пазухи делают через:

- а) верхний носовой ход
- б) средний носовой ход
- в) нижний носовой ход
- г) переднюю стенку
- д) естественное отверстие

При лечении острых синуситов не применяются:

- а) деконгенсанты
- б) антигистаминные средства
- в) физиотерапия
- г) диуретики

При остром гнойном фронтите показана:

- а) сфеноидотомия

- б) этмоидотомия
- в) вскрытие верхнечелюстной пазухи
- г) трепанопункция лобной пазухи

При остром гнойном верхнечелюстном синусите показана:

- а) сфеноидотомия
- б) этмоидотомия
- в) пункция верхнечелюстной пазухи
- г) фронтотомия

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо учитывать факторы:

1. Генотипические
2. Психологически
3. Социальные
4. семейно-бытовой статус
5. уровень культуры
6. все перечисленные

При формировании мотивации пациента, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья, необходимо использовать принципы:

1. Принцип ответственности за свое здоровье
2. Принцип комплексности
3. Принцип индивидуализации .
4. Принцип умеренности
5. Принцип рационального чередования нагрузки и отдыха.
6. Принцип рациональной организации жизнедеятельности.
7. Принцип «сегодня и всю жизнь»
8. все перечисленные

Контрольные вопросы

1. Основные ошибки в диагностике синуситов
2. Основные ошибки в лечении синуситов
3. Взаимодействие врача общей практики и ЛОР-врача в ведении больного с синуситом
4. Показания для госпитализации больного с синуситом
5. Профилактика осложнений
6. Реабилитационные мероприятия пациента с хроническим синуситом

Ситуационные задачи

Пациент 38 лет обратился к врачу общей практики с жалобами на гнойные выделения с неприятным запахом из левой половины носа, умеренные боли в левой щеке, иррадиирующие в левый глаз, возникшие в течение 1 мес.

Объективно: состояние удовлетворительное, положение активное, сознание ясное.

Наружные отделы носа не изменены, пальпация левой щеки умеренно болезненна в области выхода второй ветви тройничного нерва. В полости носа отек нижней носовой раковины, гнойный секрет в среднем носовом ходе. В полости рта – разрушение коронок 25-го и 26-го зубов на верхней челюсти слева.

Поставьте предварительный диагноз. Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Больная 12 лет обратилась к врачу общей практики с жалобами на сильную головную боль, гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания. Заболела 5 дней назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания. Заболевание началось с болей в надбровной области с обеих сторон, повышение температуры до 38,5 С. На другой день появилась отечность век. При поступлении температура ЭЭ.3-л/. Припухлость мягких тканей лба и век с обеих сторон.

Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, определяется жидкий гной в средних носовых ходах с обеих сторон. Болезненность при пальпации в области верхнечелюстных пазух и надбровной области с обеих сторон.

На рентгенограмме околоносовых пазух - гомогенное затемнение верхнечелюстных и лобных пазух с двух сторон.

Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Больной 14 лет жалуется на сильную боль в области лба справа, заложенность носа, повышение температуры до 38,7 С. Все эти симптомы появились 4 дня тому назад после перенесенного гриппа.

Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в среднем и нижнем носовых ходах справа определяется гной. " Болезненность при пальпации надбровной области справа. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется затемнение правой лобной пазухи с горизонтальным уровнем жидкости.

Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Больная 40 лет обратилась с жалобами на частые кровотечения из левой половины носа. Кровотечения небольшие, самопроизвольно останавливаются. Со стороны других органов и систем жалоб не предъявляет. Около 3 месяцев назад прошла профилактический осмотр на производстве. Признана здоровой.

Риноскопия: на носовой перегородке в ее хрящевой части слева располагается округлое багрово-синее образование на узкой ножке. Образование легко кровоточит при дотрагивании. Кровотечение останавливается прижатием левого крыла носа к носовой перегородке.

Каков диагноз? Как лечить больную?

Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Ответ: Кровотоочащий полип перегородки носа: - удаление полила с (надхрящницей) последующим гистологическим исследованием

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк -

М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа:
<http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа:
<http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к практическому занятию по теме: «Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней»

Цель:

-иметь представления об этиологии и патогенезе заболеваний глотки, методах хирургического лечения их;
-знать классификацию тонзиллитов, основные клинические симптомы острого и хронического тонзиллита, их осложнения и связанные с ними заболевания, принципы консервативного лечения, профилактики и диспансеризации, клинические проявления других заболеваний глотки;
-уметь выполнить фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез и методы лечения заболеваний глотки, Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик фарингоскопии на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования глотки.

Ординатор должен-иметь представления об этиологии и патогенезе заболеваний глотки; иметь, особенностях хирургического лечения (тонзиллэктомия, тонзиллотомия, аденотомия, вскрытие паратонзиллярного и заглоточного абсцессов);

Ординатор должен – знать классификацию тонзиллитов, основные клинические симптомы острого и хронического тонзиллита, их осложнения и связанные с ними заболевания, принципы консервативного лечения, профилактики и диспансеризации, клинические проявления других заболеваний глотки; клинику острого и хронического фарингита, острых тонзиллитов (ангин), паратонзиллярного и заглоточного абсцессов, хронического тонзиллита, гипертрофии небных миндалин, аденоидов;

Ординатор должен уметь выполнить фарингоскопию, поставить правильно диагноз заболевания глотки, провести дифференциальную диагностику острого первичного тонзиллита с поражениями миндалин при инфекционных заболеваниях и патологии системы крови, своевременно выявить осложнения, выбрать лечебную тактику, производить некоторые диагностические и лечебные манипуляции

Учебно-тематический план темы:

Лекции – 1 час

Практическое занятие – 3 часа

Самостоятельная работа – 3 часа

Всего – 7 часов

План лекции « Патология глотки в практике семейного врача». Патология глоточной миндалины у детей. Ангина и хронический тонзиллит, Классификации хронического тонзиллита. Мета и паратонзиллярные осложнения при хроническом тонзиллите.

Содержание занятия: Ординаторы знакомятся с вопросами топографии глотки, строением кольца Пирогова-Вальдейера, расположением и строением слизистой оболочки

глотки, фиброзного слоя, мышц и фасций глотки, особенностями строения заглоточного пространства и его связью с задним средостением и клетчаткой, окружающей крупные сосуды и нервы шеи. Отмечается значение анатомических особенностей строения глотки в клинике. При описании строения заглоточного пространства необходимо обратить внимание на наличие лимфоузлов (на уровне носоглотки), которые развиты у детей, в связи с чем воспалительные процессы заглоточного пространства обычно развиваются в детском возрасте.

При обсуждении вопросов физиологии глотки подчеркивается защитная реакция лимфоидных образований кольца Пирогова-Вальдейера. При разборе акта глотания обсуждается значение механизма “стрелки” и возможные последствия при его нарушении.

Ординаторы в клинике знакомятся с больными различными формами заболевания глотки. После опроса и ознакомления с общим статусом ординаторы проводят осмотр ЛОР-органов больных под контролем проводится клинический разбор каждого из больных.

При разборе больного фарингитом упоминается о предрасполагающих факторах заболевания, обсуждаются вопросы этиологии, патогенеза, клиники и лечения острых и хронических (атрофических, гипертрофических — боковой, грануляционной) форм заболевания. Дается рецептура для лечения фарингитов. Ординаторов обучают процедурам (смазывание глотки, носоглоточный спрей).

При клиническом разборе больного кокковой ангиной, упоминаются клинические формы ангин (катаральная, фолликулярная, лакунарная), освещаются вопросы дифференциального диагноза между отдельными формами кокковых ангин, а также между ними и ангинами при заболеваниях крови, при инфекционных заболеваниях, кандидомикозах и т.д. Подчеркивается возможность опасных осложнений со стороны внутренних органов при кокковых ангинах. Обсуждаются принципы лечения ангин — антибактериальная терапия (сульфопрепараты, антибиотики), десенсибилизирующая терапия (аспирин, димедрол и т.д.), местное лечение в виде полосканий, теплой повязки, компрессов на подчелюстную область, физиотерапевтических процедур в специальном кабинете и т.д.

При разборе больного паратонзиллитом или паратонзиллярным абсцессом отмечается, что процесс локализуется в околоминдаликовой клетчатке, подчеркиваются характерные симптомы паратонзиллита: затруднение при открывании рта, гнусавый голос из-за отека мягкого неба, механическое затруднение при глотании, резкая инфильтрация тканей околоминдаликовой области, асимметрия зева при одностороннем процессе, реакция регионарных лимфоузлов и т.д. Обсуждаются вопросы лечения воспалительных процессов в околоминдаликовой области — консервативное, в стадии инфильтрации и хирургический в стадии абсцедирования, при этом привлекается внимание ординаторов к тому, как производится вскрытие абсцесса, как определяется место вскрытия. Отмечается, что больному, перенесшему паратонзиллиты или паратонзиллярный абсцесс, показана тонзиллэктомия, так как миндалины у него уже не являются органом защиты, а представляют из себя очаг хронической инфекции. Обсуждаются сравнительные преимущества и недостатки тонзиллэктомии в “холодном”, “теплом” и “горячем” периоде (паратонзиллярный абсцесс) .

При обсуждении больного хроническим тонзиллитом подчеркивается, что небные миндалины у него являются очагом инфекции. Обсуждаются причины развития заболевания, его клинические формы (не осложненная, осложненная с проявлениями интоксикации или поражением внутренних органов), при этом необходимо остановиться на клинических проявлениях каждой из этих форм, подчеркнуть, что диагностике хронического тонзиллита большое значение придается анамнезу заболевания (частоте ангин), упомянуть о редкой безангинной форме хронического тонзиллита, которая развивается на фоне ареактивности организма. Подробно обсуждаются методы лечения хронического тонзиллита — консервативные (промывание миндалин, смазывание миндалин лакунов, введение паст в лакуны миндалин, обкалывание миндалин

растворами лекарственных веществ, десенсибилизация организма, физиотерапия, в частности применение ультразвука и т.д.), полухирургические (гальванокаустика, криотерапия), которые используются при неосложненных формах хронического тонзиллита, и хирургический — двусторонняя экстракапсулярная тонзиллэктомия, которая производится в осложненных случаях тонзиллита (с проявлениями интоксикации или при поражении внутренних органов). Разбирается классификация хронического тонзиллита, показания к экстренной и плановой операции

В смотровой клиники демонстрируется метод промывания миндалин, гальванокаустика, криотерапия.

После обсуждения по муляжам и рисункам в операционной клинике демонстрируется операция двусторонней тонзиллэктомии. Разбираются осложнения после операции.

При обсуждении больного с гипертрофией лимфоидных образований кольца Пирогова-Вальдейера отмечается, что, как правило, это заболевание детского возраста, что гипертрофии подвергаются обычно небная и носоглоточная миндалины. Обсуждаются клинические признаки аденоидизма — частые заболевания дыхательного тракта, связанные с нарушением носового дыхания, ангины, ухудшения газообмена в легких, вторичная анемия, неправильное развитие лицевого скелета, нервно-рефлекторные расстройства, частые отиты и т.д. Привлекается внимание ординаторов к отрицательным проявлениям гипертрофии небных миндалин — затруднение при глотании, при разговоре. Отмечается, что признаки гипертрофии часто сочетаются с воспалительными изменениями в миндалинах. Обсуждаются вопросы гиперплазий лимфоидного аппарата. Отмечается, что в случаях, когда нет значительных функциональных расстройств, можно ограничиться общеукрепляющими средствами; при выраженных функциональных нарушениях показан хирургическое лечение: операция аденотомии при аденоидах и тонзиллотомии. Подчеркивается роль рентгенографии и эпифарингоскопии при аденоидах

Делается акцент на клинических признаках злокачественных образований глотки и вопросах дифференциального диагноза между ними и доброкачественными образованиями глотки, используя муляжи и рисунки. Подчеркивается значение задней риноскопии с оттягиванием мягкого неба, эпифарингоскопии, компьютерной и магнитно-резонансной томографии в уточнении диагноза ангиофибромы носоглотки. Ординаторам поручается решение ситуационных задач по теме “Патология глотки” (каждому индивидуально). Результаты решения оглашаются на занятиях.

Перечень вопросов для собеседования

1. Как проходит граница между этажами глотки?
2. Каковы особенности строения заглоточного пространства?
3. Какие факторы способствуют развитию патологического процесса в небных миндалинах?
4. Где локализуется патологический процесс при развитии паратонзиллита?
5. На что жалуется больной при катаральном фарингите и каковы местные проявления этого заболевания?
6. Каковы клинические признаки атрофического фарингита?
7. Каковы методы лечения атрофического фарингита?
8. Как лечится гипертрофический фарингит?
9. Какие известны формы кокковых “вульгарных” ангин?
10. С какими патологическими процессами приходится дифференцировать кокковую лакунарную ангину?
11. Какова схема лечения больного кокковой ангиной?
12. Каковы общие и местные осложнения кокковых ангин?
13. Как лечить больного паратонзиллярным абсцессом?

14. Какие известны клинические формы хронического тонзиллита?
15. Какие известны консервативные методы лечения при неосложненной форме хронического тонзиллита?
16. Каковы полухирургические методы лечения хронического тонзиллита?
17. Каковы показания к операции — двусторонней экстракапсулярной тонзиллэктомии?
18. Как проводится подготовка к этой операции?
19. Какова клиника аденоидизма?
20. Какие показания для тонзиллотомии?
21. Какие известны доброкачественные опухоли глотки?
22. Какова схема лечения больного со злокачественными опухолями глотки?
23. Каков диагностический алгоритм при ангиофиброме носоглотки ?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Клиническая анатомия и физиология глотки. Классификация тонзиллитов. Ангины. Поражение миндалин при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях системы крови. Ангина Симановского-Венсана. Хронический тонзиллит и его значение в клинике внутренних и детских болезней»

	На 3 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	6 мин
Тестирование	12 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	25 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	70 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	12 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Самостоятельная работ

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий (решение клинических задач, подготовка клинических разборов)	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы

Основные темы рефератов:

1. Современные методы диагностики заболеваний глотки.
2. Местная терапия при хроническом фарингите.

Основные темы докладов:

1. Хронический тонзиллит и его пара- и метатонзиллярные осложнения
2. Ангина при инфекционном мононуклеозе.

Фонд оценочных средств

Тесты

У 11-летней девочки ремиттирующая температура, гиперемизированные отечные миндалины. Вы пальпируете увеличенные шейные и подмышечные лимфоузлы, а также увеличенную селезенку. В анализе крови моно- и лимфоцитоз. Ваш предварительный диагноз?

- A. ангина Плаута-Венсана
- B. дифтерия
- C. начинающаяся краснуха
- D. начинающаяся скарлатина
- E. инфекционный мононуклеоз

Ангина боковых валиков

- A. воспаление задних небных дужек
- B. воспаление в области боковых валиков глотки
- C. инфекция лежащих по бокам миндалин
- D. шейный лимфаденит боковых шейных лимфоузлов
- E. чувство сужения (глобус), проецирующийся у пациентов на боковые области глотки

Типичным осложнением воспалительного заболевания миндалин является

- 1. паратонзиллярный абсцесс
- 2. флюс
- 3. ретрофарингеальный абсцесс
- 4. тонзиллогенный сепсис
- 5. абсцесс языка

- A. верно 1 и 3
- B. верно 2 и 4
- C. верно 1, 3 и 4
- D. верно 1, 3, 4, и 5
- E. 1-5=все верно

Обнаружить какие симптомы Вы ожидаете у пациента с моноцитарной ангиной?

- A. локализация процесса только на одной стороне
- B. выражено гиперплазированные миндалины с гнойничками
- C. язвенные или некротические изменения миндалин
- D. обнаружение вирусов в мазке
- E. лимфоаденопатия (увеличение шейных, вероятно и подмышечных и паховых)

- 1. верно 1 и 4
- 2. верно 2 и 5
- 3. верно 3 и 5
- 4. верно 1, 4 и 5
- 5. верно 3, 4 и 5

Самые частые возбудители ангины

- 1. стафилококки
- 2. α-гемолитические стрептококки
- 3. *ruosyaneus*

4. β -гемолитические стрептококки
5. протей

Какое положение верно?

Синоним ангины Плаут-Венсана

- A. скарлатинозная
- B. герпетическая
- C. инфекционный мононуклеоз
- D. агранулоцитарная
- E. язвенно-некротическая

Типичный симптом паратонзиллярного абсцесса

- A. тризм жевательной мускулатуры
- B. закрытая гнусавость
- C. сужение наружной сонной артерии
- D. ксеростомия
- E. отклонение высунутого изо рта языка к противоположной стороне

Какие заболевания встречаются чаще у детей с “аденоидными вегетациями”, чем у здоровых

5. фарингит
6. средний отит
7. синусит
8. бронхит

- A. верно 1
- B. верно 3
- C. верно 1 и 2
- D. верно 3 и 4
- E. 1-4=все верно

У Вас на приеме 3-х летний мальчик с жалобами на постоянный насморк, дыхание ртом и подозрением на снижение слуха. Самый вероятный диагноз?

1. искривление перегородки носа
2. гипертрофия носоглоточной миндалины
3. инородное тело носа
4. хронический тонзиллит
5. фиброма носоглотки

Какое положение неверно?

Частое следствие гиперплазии носоглоточной миндалины

1. нарушение функции слуховой трубы
2. синуситы
3. бронхиты
4. перфорация носовой перегородки
5. нарушение развития неба

Острый фарингит

1. нужно лечить местно действующими антибиотиками
2. нужно лечить пероральным или парентеральным применением антибиотиков

3. чаще бактериальной природы
4. может быть излечен полосканием горла и ингаляциями
5. распознается по охриплости

Какое положение неверно?

Аденотомия

1. производится при полипозе носа
2. часто приводит к улучшению слуха
3. часто приводит к улучшению носового дыхания
4. противопоказанием к ней является геморрагический диатез
5. производится инструментом Бекмана

Какое положение верно?

Аденотомия - удаление

1. носоглоточной миндалины
2. плеоморфной аденомы околоушной слюнной железы
3. язычной миндалины
4. небной миндалины
5. все неверно

Показаниями к тонзиллэктомии могут быть следующие диагнозы

1. рецидивирующая лакунарная ангина
2. хронический тонзиллит
3. паратонзиллярный абсцесс
4. гиперплазия небных миндалин с синдромом слип-апноэ
5. подозрение на метатонзиллярные очаги

- A. верно 2 и 3
- B. верно 1, 2 и 3
- C. верно 1, 3 и 5
- D. верно 2, 4 и 5
- E. 1-5=все верно

Какое заболевание является абсолютным противопоказанием к тонзиллэктомии?

- A. хронический тонзиллит
- B. паратонзиллярный абсцесс
- C. подозрение на входные ворота инфекции через миндалины
- D. агранулоцитарная ангина
- E. сильно выраженная гиперплазия миндалин

Характер боли при инородных телах в глотке:

- a) режущая
- б) колющая
- в) ноющая
- г) нарастающая

Тактика врача при паратонзиллярном процессе:

- a) антибактериальная терапия,
- б) вскрытие абсцесса,
- в) абсцесстонзиллэктомия

Контрольные вопросы

1. Основные ошибки при диагностике и лечении ангин
2. Основные ошибки при диагностике и лечении тонзиллитов
3. Профилактика острой ревматической лихорадки
4. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача при ведении больного с ангиной
5. Ранние признаки новообразования глотки

Ситуационные задачи

У девочки 12 лет жалобы на першение, жжение в горле, которые появились после того, как вчера съела мороженое.

Определяется гиперемия слизистой оболочки задней стенки глотки и умеренная ее инфильтрация. Со стороны других ЛОР-органов заметных изменений не определяется. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больной 17 лет жалобы на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры, общее недомогание, головную боль. Заболела 3 дня назад после переохлаждения. Температура 38,3 С, пульс - 88 в мин., ритмичен. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин. На поверхности миндалин белые точки величиной с просыное зерно. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больного жалобы на боль в горле в покое и при глотании, повышение температуры, общее недомогание, слабость. Кожные покровы влажные, температура 38,6 С. имеется гиперемия слизистой оболочки миндалин, белые налеты, исходящие, из лакун. Налеты легко снимаются, не распространяются за пределы поверхности небных миндалин. Подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены, уплотнены, болезненны при пальпации. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больной 18 лет сильная боль в горле слева, обильное выделение слюны, затрудненное глотание" Больная находится в вынужденном положении, с головой, наклоненной в больную сторону. Голос гнусавый, • тризм, температура тела 39"С. Несколько дней тому назад перенесла ангину. Гиперемия, инфильтрация и выпячивание левой половины мягкого неба со смещением отечного язычка в здоровую сторону. Инфильтрация мягких тканей распространяется на боковую стенку глотки слева и спускается вниз к левому грушевидному синусу. Подчелюстные лимфоузлы слева увеличены, болезненны. Вся левую половину шеи занимает разлитой деревянистой плотности инфильтрат. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У ребенка 4 лет резко затруднено через нос дыхание. Ребенок, по словам матери, дышит ртом, беспокойно спит ночью, вскрикивает во сне, часто болеет респираторными заболеваниями, перенес пневмонию.

Ребенок бледен, лицевой череп вытянут в вертикальном направлении. При задней риноскопии определяются розового цвета дольчатые образования, прикрывающие хоаны на 2/3. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение

данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У мальчика 12 лет жалобы на ежегодные заболевания ангиной с повышением температуры до 38-39-С и нарушением общего состояния. Ангины чаще всего бывают осенью или зимой.

При мезофарингоскопии: инъекция сосудов по краю небных дужек, миндалины рубцово изменены, плотные, выступают за кран дужек, с гнойными пробками в лакунах. Подчелюстные ретромандибулярные и верхние шейные лимфоузлы увеличены, безболезненны. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больного 51 года жалобы на ощущение жжения, першение в горле. Лечилась смазываниями глотки раствором Люголя - без эффекта. Температура нормальная. В области верхнего полюса левой миндалины отмечается поверхностное изъязвление с неровными краями, покрытое сероватым налетом, легко кровоточащее при дотрагивании. При пальпации вокруг язвы определяется деревянистой плотности инфильтрат, переходящий на мягкое небо и корень языка. На шее слева пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов, размером 5х6 см, плотный, ограниченно смещаемый. Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями следует дифференцировать?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомилский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к практическому занятию по теме: «Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани»

Цель:

-иметь представления о причинах, вызывающих острые и хронические заболевания гортани, о динамике дыхательной недостаточности при стенозах гортани;
-знать основные клинические симптомы заболеваний гортани, особенности течения стеноза гортани в детском возрасте, принципы консервативного лечения, показания к интубации и трахеостомии;
-уметь выполнить непрямую ларингоскопию, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, определить стадию стеноза гортани, выбрать соответствующую лечебную тактику, производить некоторые лечебные манипуляции, при показаниях выполнить трахеостомию, в экстремальной ситуации - коникотомию и крикониотомию

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез и методы лечения острых и хронических заболеваний гортани Освоение техники эндоскопического исследования ЛОР-органов.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик ларингоскопии на тренажерах. Обсуждение результатов рентгенологического обследования гортани и пищевода.

Ординатор должен

- иметь представления о причинах, вызывающих острые и хронические заболевания гортани, о динамике дыхательной недостаточности при стенозах гортани
- иметь представление о многообразии опухолей верхних дыхательных путей, об эндоларингеальных вмешательствах – удалении доброкачественных образований, биопсии, микроскопии, стробоскопии, микростробоскопии, микрохирургии гортани;

Ординатор должен

уметь выполнить непрямую ларингоскопию, поставить диагноз и провести дифференциальную диагностику, определить стадию стеноза гортани, выбрать соответствующую лечебную тактику, производить некоторые лечебные манипуляции, при показаниях выполнить трахеостомию, в экстремальной ситуации - коникотомию и крикониотомию, уметь на основании жалоб, анамнеза, эндоскопических методов исследования ЛОР – органов, а также данных лабораторного и патогистологического исследования заподозрить опухоль или инфекционную гранулему верхних дыхательных путей, взять мазок из носоглотки, зондировать полость носа и лакуны небных миндалин, оценить типичные рентгенограммы и томограммы при патологии гортани, носа и околоносовых пазух.

Ординатор должен -знать основные клинические симптомы заболеваний гортани, особенности течения стеноза гортани в детском возрасте, принципы консервативного лечения, показания к интубации и трахеостомии;

Ординатор должен владеть

Навыками оказания помощи при стенозах гортани коникотомия трахеотомия интубация.

Учебно-тематический план темы:

Лекция – 1 час

Практическое занятие – 4 часа

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 7 часов

План лекции « Патология гортани в практике семеного врача». Острые и хронические ларингиты. Ложный круп. Острые и хронические стенозы гортани. Рак гортани.

Содержание занятия

По муляжам и рисункам уточняется строение хрящевого остова гортани, связочного аппарата, мышц, слизистой оболочки и лимфоидных образований. Разбираются особенности артериального кровоснабжения, венозного и лимфатического оттока, иннервации и значение данных особенностей в клиническом аспекте. Далее внимание ординаторов привлекают к вопросам физиологии гортани, разбирая основные ее функции — дыхательную, защитную и голосообразовательную. Отмечается, что ширина просвета гортани, а в связи с этим количество вдыхаемого и выдыхаемого воздуха регулируется рефлекторно (дуга рефлекса — от рецепторов гортани и трахеи по эфферентным нервным волокнам, главным образом по стволу верхнегортанного и далее по стволу блуждающего нерва, до дыхательного центра, находящегося в продолговатом мозгу. Отсюда по эфферентным волокнам двигательные импульсы направляются к мышцам гортани. Дыхательный центр находится под контролем коры головного мозга, чем обеспечивается возможность произвольно изменять ритм и глубину дыхания. Разбирая защитную функцию гортани, состоящую в согревании, увлажнении, очищении и обезвреживании проходящего воздуха, преподаватель останавливает внимание ординаторов на наличии трех рефлекторных зон слизистой оболочки гортани, зоны распространяются на гортанную поверхность надгортанника, голосовые складки и подголосовую полость. При попадании в гортань вредных примесей, находящихся во вдыхаемом воздухе (пыль, газы), или раздражении, происходит спазм. Спазм препятствует проникновению инородного тела в нижние дыхательные пути, а рефлекторный кашель содействует выталкиванию его. Защита нижних дыхательных путей от попадания туда пищи во время еды обеспечивается приподниманием гортани во время глотания при одновременном смыкании вестибулярных и голосовых складок.

Далее рассматривается голосообразовательная функция у человека, непосредственно связанная с речевой функцией, а также певческим голосом, а речь, как известно, является результатом деятельности второй сигнальной системы (специально человеческого, высшего мышления). Голосообразование (фонация) происходит при сомкнутых голосовых складках под напором выдыхаемого воздуха, за счет вибрации голосовых складок. Гортань напоминает язычковый духовой инструмент (например, орган), но помимо других отличий от духовых инструментов ее голосовые складки могут менять свою длину и форму. Далее подробно рассматривается механизм голосообразования. Совокупность звуков, разнообразных по высоте, силе и тембру, составляет голос. Чем чаще прорывается воздух через голосовую щель, тем звук выше. Для того, чтобы воздух мог прорваться через голосовую щель, он должен находиться под давлением, превышающим силу сопротивления от смыкания голосовых складок. Такое давление обеспечивается комплексным действием гортани, трахеи, бронхов, легких, диафрагмы и брюшного пресса. Сила звука зависит от напряжения выдыхаемого воздуха и амплитуды колебания голосовых складок. Зародившийся в гортани звук голоса находит свое окончательное оформление в верхних и нижних резонаторах, благодаря которым голоса различаются по тембру. К верхним резонаторам относятся желудочки гортани, полость глотки, рта, носа, околоносовые пазухи и полость черепа. Нижним резонатором является грудная клетка. Отмечается, что голосообразование является в основном произвольным актом и подчинено нашему сознанию. Голос может возникнуть также и непроизвольно, например, крик от боли, страха и т.п. Шепотная речь возникает вследствие трения струи воздуха о стенки верхних дыхательных путей и ротовой полости, при этом голосовые складки смыкаются не полностью.

Далее ординаторы знакомятся с больными, страдающими острыми и хроническими заболеваниями гортани. После ознакомления с анамнезом и общим статусом проводится эндоскопическое обследование больных под контролем преподавателя. В заключение

проводится клинический разбор каждого из больных в присутствии всех членов группы. При клиническом разборе больного с острым ларингитом разбирается этиология, патогенез заболевания. Отмечается, что ларингит часто является проявлением респираторного заболевания, что характерным симптомом развития воспаления в гортани является осиплость. Отмечаются типичные данные ларингоскопии при остром воспалении (гиперемия голосовых складок, слизь в просвете гортани, голосовые складки не смыкаются полностью), проводится дифференциальный диагноз с гортанной ангиной и отеками гортани невоспалительной природы, при которых также наблюдается охриплость, но при этом еще может наблюдаться в большей или меньшей степени затруднение при дыхании. Отмечается большая важность ларингоскопии при проведении дифференциального диагноза.

При обсуждении вопроса лечения острых воспалительных явлений в гортани проводится демонстрация в смотровой клиники вливания лекарств в гортань, смазывания гортани и проводится экскурсия в ингаляторий.

При обсуждении больного гортанной ангиной необходимо учитывать что воспаление лимфаденоидной ткани сопровождается инфильтрацией и отеком окружающих тканей. Поскольку эти явления развиваются в относительно узком отделе дыхательного тракта, то возможны симптомы острого стеноза гортани. Для профилактики этого опасного осложнения с самого начала заболевания важно проводить активную терапию (антибактериальную, противоотечную, десенсибилизирующую). Важно учитывать, что симптомы гортанной ангины в начале заболевания сходны с симптомами при ангине небных миндалин — беспокоит боль в горле, особенно сильная при глотании, общее недомогание, повышение температуры, поэтому ларинголог не может при проведении эндоскопического исследования ограничиться фарингоскопией. Настораживающий врача симптом — осиплость, может появиться позднее, когда в гортани появляется инфильтрация мягких тканей, нарастает отек. При осмотре гортани определяются симптомы острого воспаления — гиперемия, инфильтрация мягких тканей, отек, суживающие просвет гортани. Лечение с самого начала заболевания складывается из парэнтерального введения гормонов и антибиотиков широкого спектра действия (пенициллин, стрептомицин и др.), активной дегидратации, ингаляций, горячих ножных ванн. При развитии явлений субкомпенсации дыхательной функции производятся инструментальные манипуляции (трахеопункция) и операции (трахеостомия).

При обсуждении больного хроническим ларингитом преподаватель останавливается на факторах, способствующих переходу острого воспаления в хроническое, в том числе производственных (дым, пыль, колебания температуры) на характерных симптомах заболевания, вопросах дифференциального диагноза хронического ларингита и онкологических поражениях гортани. Важно отметить, что необходимо усилить онкологическую настороженность при инфильтратах в гортани (особенно в случаях асимметричного ограничения подвижности гортани).

При разборе больного с доброкачественными образованиями гортани — пахидермии, узелки певцов, фиброма, папилломатоз — необходимо осветить вопросы этиологии, патогенеза каждого из заболеваний, их типичных клинических признаков. При обсуждении методов лечения отмечается, что наиболее распространенными, а иногда единственным методом лечения этих заболеваний является хирургический — эндоларингеальное удаление после предварительной биопсии. После демонстрации муляжей с доброкачественными образованиями гортани, а также хирургического инструментария (набора Кляйензассера) проводится демонстрация эндоларингеальной операции в операционной ЛОР-клиники. Дается представление о сути, показаниях и преимуществах разработанного в ЛОР-клинике СПбГМУ метода высокочастотной тнжекционной вентиляции легких как способа ИВЛ при эндоларингеальной хирургии а также при лазерной хирургии гортани (опухоли, хронические стенозы).

Во время клинического разбора больного раком гортани проводятся статистические данные — сообщается, что рак гортани занимает 8-е место в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России, в странах Западной Европы и Северной Америки, отмечается быстрый рост заболеваемости в последние 20 лет (в России с 1970 по 1983 гг. количество больных увеличилось на 25%), преобладание заболеваемости раком гортани у лиц, работающих с нефтепродуктами (шоферы, механизаторы и т.д.) и у лиц, злоупотребляющих алкоголем (данные по Финляндии); наследственно-семейный фактор практически отсутствует. Привлекается внимание ординаторов к предраковым заболеваниям (облигатные предраки: дискератоз-лейкоплакия, папилломатоз у взрослых). Разбираются вопросы патологической анатомии, отмечается, что макроскопически наблюдаются: сосочковая форма с наиболее частой локализацией в вестибулярном отделе (2/3 случаев) и на уровне истинных голосовых складок (1/3); бугристая (узловатая); язвенно-инфильтративная форма с преобладанием эндофитного роста. Подчеркивается, что в 98% случаев гистологически выявляется плоскоклеточный рак с ороговением и без ороговения, остальные виды злокачественных новообразований единичны при локализации процесса в гортани. Необходимо остановиться на вопросах анатомии и классификации рака гортани, анатомо-топографическом делении гортани на зоны и части, на принципах международной классификации (TNM). Подчеркивается значение и возможности компьютерной томографии для объективной оценки степени распространенности первичного очага (Т) в частности в преднадгортанниковое пространство, гортанный желудочек (Морганиев). Обсуждаются вопросы клиники заболевания. Отмечается, что средняя продолжительность анамнеза (времени от появления первых жалоб до установки диагноза) — 2—4 месяца, что рак гортани — преимущественно заболевание мужчин — в 20 раз чаще, чем у женщин. К субъективным симптомам относятся: охриплость и боли при глотании; сроки появления субъективных расстройств зависят от локализации и степени распространения новообразований. Например, охриплость является ранним симптомом при локализации в области голосовых складок и может быть поздним симптомом при локализации рака в другой области. Боли при глотании с иррадиацией в ухо наблюдаются при раках вестибулярного отдела, новообразования подголосовой полости вызывают приступы удушья при экзофитной форме роста, суживающей просвет гортани. Отмечается, что при локализации опухоли в вестибулярном отделе, при ларингоскопии определяется экзофитная (бугристая) или эндофитная (язвенно-инфильтративная) опухоль, занимающее гортанную поверхность надгортанника и область вестибулярных складок. Характерным симптомом является неподвижность или ограничение подвижности одной из половин гортани, рентгенологически — инфильтрация преднадгортанного пространства. При локализации опухоли на уровне голосовых складок может определяться экзофитная форма новообразования, располагающаяся по краю голосовой складки, обычно наблюдается неподвижность или ограничение подвижности половины гортани. При расположении новообразования в подголосовой полости заболевание может длительно протекать бессимптомно, характерным является появление приступов удушья, кашля, дисфонии, вызванные экзофитной опухолью одной из половин подголосовой полости с нарушением подвижности голосовой складки, рентгенологически (томография) будет определяться инфильтрация стенки с возможным сужением просвета подголосовой полости. Показана фиброларингоскопия и опорная ларингоскопия.

Отмечается, что распространение новообразования на две или три зоны сопровождается хроническим стенозом гортани, требующим трахеотомии, при прорастании в хрящи гортани возникают перихондриты с грубой деформацией наружных контуров шеи. Рак гортани чаще дает метастазы в группы глубоких шейных лимфатических узлов (по ходу внутренней яремной вены), единичное или множественное, позднее- в лимфатические узлы средостения.

Особенности метастазирования рака гортани заключаются в следующем: а) наибольшая склонность к метастазированию наблюдается при вестибулярной локализации опухоли; б) отсутствие метастазов в подчелюстных лимфатических узлах характерно при раках, не выходящих за пределы гортани; в) отсутствие гематогенного метастазирования без лимфогенного (регионарного) появления метастазов.

Важнейшим "первичным" методом диагностики опухолей гортани является биопсия, обычно производимая эндоларингеальным способом. Цитологическое исследование из полости гортани имеет второстепенное значение. Разбираются возможности компьютерной и ядерномагнитной томографии и сцинтиграфии в диагностике первичной опухоли гортани. Обсуждаются дифференциально - диагностические возможности догоспитального комплекса обследования больных с шейными лимфаденопатиями, в том числе с метастатическим раком шеи (доц. Меркулов В.Г.). В состав комплекса, кроме панэндоскопии, входят лучевые методы: компьютерная и ядерномагнитная томография, сцинтиграфия, инфракрасная термография, ультразвуковая томография шеи с тонкоигольной аспирационной биопсией (асп. Петров Н.Л.), лазерная корреляционная спектроскопия крови, радионуклидные исследования (поликлональные антитела). Подробно разбираются вопросы лечения и отдаленных результатов. Лучевая терапия, хирургия гортани, в том числе лазерная. Хирургическое вмешательство при рецидивах и остаточной опухоли после проведенного лучевого лечения. Комбинированное лечение

Комплексное лечение — сочетание лучевого и хирургического лечения с применением химических противоопухолевых препаратов. Типы хирургических вмешательств: экстирпация гортани, резекция гортани. Лечение регионарных метастазов — радикальная шейная лимфаденэктомия типа операции Крайля.

Обращается внимание на вопрос реабилитации безгортанных больных (трахеопищеводное шунтирование). По муляжам и рисункам разбираются вопросы этиологии, патогенеза и лечения инфекционных гранулем (туберкулез, сифилис, склерома дыхательных путей).

В заключение проводится демонстрация диапозитивов с изображением доброкачественной и злокачественной опухолей гортани, инфекционных гранулем гортани.

Перечень вопросов для собеседования

1. Из каких хрящей состоит гортань?
2. Какие известны группы мышц гортани?
3. Каковы места прикрепления наружных мышц гортани?
4. Какие известны группы внутренних мышц гортани?
5. Какие связки различают в гортани?
6. Какие мышцы расширяют голосовую щель?
7. Какие мышцы суживают голосовую щель?
8. Какие мышцы напрягают голосовые складки?
9. Какие артериальные сосуды обеспечивают кровоснабжение гортани?
10. По каким сосудам происходит венозный отток из гортани?
11. Как обеспечивается чувствительная и двигательная иннервация гортани?
12. Какие причины могут вызвать неподвижность одной голосовой складки?
13. Какие функции выполняет гортань?
14. Каков механизм голосообразования?
15. В чем заключается защитная функция гортани?
16. Каковы симптомы острого ларингита?
17. Какие применяются методы лечения острого ларингита?
18. Каковы симптомы хронического ларингита?

19. Как лечить хронический ларингит?
20. Каковы симптомы доброкачественных новообразований гортани?
21. Методы лечения доброкачественных новообразований гортани?
22. Какие факторы предрасполагают к возникновению злокачественной опухоли гортани?
23. Какие известны предраковые заболевания гортани?
24. Как по патологоанатомической характеристике и локализации различают раки гортани?
25. Каков принцип классификации TNM?
26. Какой контингент лиц по полу и возрасту чаще поражается раком гортани?
27. Какие данные ларингоскопии позволяют заподозрить наличие злокачественной опухоли гортани?
28. Каковы принципы лечения злокачественных новообразований гортани?

Хронокарта клинического практического занятия по теме : «**Анатомия и физиология гортани, трахеи, бронхов и пищевода. Структурные особенности гортани. Ларингиты. Гортанная ангина. Острый ларинготрахеит у детей. Новообразования гортани**»

	На 4 часа
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	8 мин
Тестирование	18 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	36 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	90 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	18 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	10 мин

Фонд оценочных средств

Тесты

Какие признаки Вы ожидаете обнаружить в типичном случае у 18-месячного ребенка с острым стенозирующим ларингитом?

1. охриплость
2. инспираторный стридор
3. лающий кашель
4. коробочный перкуторный звук над легочными полями
5. аускультативно: экспираторный свист над обоими легкими

- A. верно 1 и 2
- B. верно 2 и 4
- C. верно 1, 2 и 3
- D. верно 1, 3 и 4
- E. верно 3, 4 и 5

Для исследования носоглотки наиболее предназначена

- A. задняя риноскопия
- B. передняя риноскопия

- C. непрягая ларингоскопия
- D. прямая ларингоскопия
- E. антроскопия

О каком заболевании необходимо думать в первую очередь у 2-х летнего ребенка с инспираторным стридором?

- 1. врожденная патология развития гортани
- 1. атрезия хоан
- 2. laryngitis subglottica
- 3. острый бронхит
- 4. бронхиальная астма

Острый эпиглоттит у детей

- 1. вызывается haemophilus influenzae
- 1. сопровождается лающим кашлем
- 2. начинается с внезапного подъема температуры
- 3. может привести к смерти вследствие полного перекрытия дыхательных путей
- 4. не приводит к нарушению общего состояния ребенка

- A. верно 3 и 4
- B. верно 3 и 5
- C. верно 1, 2 и 4
- D. верно 1, 2 и 5
- E. верно 1, 3 и 4

Главным образом у детей встречаются следующие заболевания гортани

- A. эпиглоттит
- B. папиллома гортани
- C. пахидермия гортани
- D. подскладочный ларингит

- 1. верно 1
- 2. верно 2 и 4
- 3. верно 1, 2 и 3
- 4. верно 1, 2 и 4
- 5. 1-4=все верно

Какое положение неверно?

У ребенка заболевание началось остро с высокой температуры. Следующие симптомы позволяют заподозрить острый эпиглоттит?

- 1. нарушение акта глотания
- 2. сиплый голос
- 3. лающий кашель
- 4. слюнотечение
- 5. сильная одышка

Какое положение верно?

Отек Райнке локализуется

- A. на голосовой складке
- B. на дне ротовой полости
- C. в Морганиевом кармане

- D. на язычке
- E. на небной миндалине

Какое положение неверно?

Отек Райнке

- A. главным образом встречается при раке гортани
- B. обуславливает охриплость
- C. может привести к инспираторному стридору
- D. чаще двусторонний
- E. должен быть подвергнут микрохирургической декорткации

Причиной пареза возвратного нерва может служить

- A. опухоль средостения
- B. опухоль зоны яремного отверстия
- C. струмэктомия
- D. идиопатический
- E. шейный лимфаденит

- 1. верно 1 и 2
- 2. верно 1, 2 и 3
- 3. верно 1, 3 и 4
- 4. верно 2, 4 и 5
- 5. верно 1, 2, 3 и 4

Какие из нижеперечисленных состояний в гортани обусловлены вирусами?

- 1. узелки певцов
- 2. фиброма гортани
- 3. папилломатоз гортани
- 4. лейкоплакия
- 5. карцинома гортани

Причиной отека гортани может явиться

- 1. аллергические реакции
- 2. локальные травмы, в т.ч. инородные тела
- 3. прогрессирующее воспаление (например, флегмона дна полости рта)
- 4. рак гортани

- A. верно 1 и 4
- B. верно 2 и 4
- C. верно 1, 2 и 3
- D. верно 1, 3 и 4
- E. 1-4=все верно

Какое положение верно?

Папиллома гортани у ребенка возникает вероятнее всего следующим образом

- A. вследствие наследственной предрасположенности
- B. перенапряжения голосовых связок
- C. погрешностей в диете
- D. вирусной инфекции
- E. нарушений обмена веществ

К предраковым заболеваниям гортани относятся следующие изменения

1. ювенильный папилломатоз
2. папилломы у взрослых
3. инфицированные полипы
4. лейкоплакия с дисплазией

- A. верно 1 и 4
- B. верно 2 и 4
- C. верно 1, 2 и 3
- D. верно 1, 3 и 4
- E. верно 2, 3 и 4

К раку гортани относится рак следующих локализаций

- A. надсвязочный
- B. голосовых связок
- C. посткрикоидный
- D. подсвязочный
- E. грушевидного синуса

1. верно 1 и 2
2. верно 3 и 4
3. верно 1, 2 и 4
4. верно 1, 2 и 5
5. верно 2, 3 и 4

Показаниями к трахеотомии являются

1. односторонний паралич гортани
1. выраженная механическая обтурация дыхательных путей на уровне гортани
2. проведение длительной искусственной вентиляции
3. центральные нарушения дыхания

- A. верно 1
- B. верно 2
- C. верно 1, 2 и 3
- D. верно 2, 3 и 4
- E. 1-4=все верно

Показаниями к трахеотомии являются

- A. необходимость длительной искусственной вентиляции
- B. длительное нарушение сознания после черепно-мозговой травмы
- C. тупая травма гортани с переломами хрящей
- D. большие опухоли гортани, приводящие к дыхательной недостаточности
- E. односторонний парез возвратного нерва

1. верно 1 и 2
2. верно 3 и 4
3. верно 1, 3 и 4
4. верно 1, 2, 3 и 4
5. 1-5=все верно

Какое положение верно?

Оперативный доступ к трахее при трахеостомии осуществляется

1. под перешейком щитовидной железы

2. через перешеек щитовидной железы
3. путем рассечения перстневидного хряща
4. выше перешейка щитовидной железы
5. все неверно

Оротрахеальная интубационная трубка у взрослого как правило должна быть заменена трахеотомией не позже, чем через

1. 3 часа
2. 48 часов
3. 2 недели
4. 3 недели
5. все неверно

После травмы гортани при нарастании отека гортани и одышки методом выбора является

- A. аппликация кортикоидов
- B. промывание
- C. интубация
- D. трахеотомия
- E. антигистаминные средства

Эпиглоттит у ребенка и у взрослого

- A. жизненно опасное заболевание
- B. может привести к смерти от асфиксии
- C. возбудителем является гемофильная палочка
- D. необходимо лечить в условиях стационара
- E. необходимо лечить внутривенными инфузиями антибиотиков

1. верно 3 и 5
2. верно 1, 2 и 4
3. верно 1, 2, 3 и 4
4. верно 1, 2, 4 и 5
5. 1-5=все верно

Контрольные вопросы

1. Предраковые заболевания гортани
2. Ранние признаки рака гортани
3. Основные принципы лечения ларингитов
4. Взаимодействие врача общей практик и ЛОР врача в профилактике и реабилитации заболеваний гортани
5. Неотложная помощь при ларинготрахеите у детей

Основным методом лечения рака гортани является:

- а) комбинированный
- б) лучевой
- в) хирургический
- г) химиотерапевтический

Контрольные вопросы

1. Ранние признаки рака гортани
2. Основные ошибки при диагностике и лечении ларингитов
3. Дифференциальный диагноз симптома охриплости голоса
4. Профессиональные ларингиты
5. Профилактика обострений хронических ларингитов

6. Вторичные ларингиты

Ситуационные задачи

Больной жалуется на кашель, охриплость, повышение температуры, который появились после того, как выпил накануне холодного пива.

Температура 37,5 С. Голос хриплый. При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, голосовая щель достаточно широка для дыхания. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У 3-летнего ребенка во время сна неожиданно начался лающий кашель, дыхание стало шумным. В акт дыхания включилась вспомогательная мускулатура, губы посинели, ребенку явно не хватает воздуха, он мечется в постели, покрывается холодным потом. Голос звучный. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больной 5 лет в течение двух лет наблюдается охриплость, при респираторных заболеваниях появляется некоторое затруднение дыхания. По краю обеих голосовых складок и на их поверхности виден бугристый инфильтрат в виде цветной капусты. Голосовая щель - несколько сужена. Подвижность голосовых складок не нарушена. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

У больной 63 лет жалобы на затруднение дыхания. Болен около 2-х лет. В последние три месяца присоединилось затруднение дыхания и болезненность в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо. В гортани бугристое образование, занимающее левую голосовую складку с переходом через переднюю комиссуру на правую. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности. Голосовая щель значительно сужена. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыханий 15 в I мин. Каков диагноз? Лечение? Реабилитация? Мотивируйте больного на соблюдение данных Вами рекомендаций. Порядок взаимодействия врача общей практики и ЛОР-врача.

Больная 40 лет, после приема в пищу клубники появилась охриплость, которая нарастала. Спустя 15-20 минут возникла боль в горле и затруднение дыхания. Страдает в течение длительного времени пищевой аллергией. Доставлена в ЛОР-клинику. При осмотре определяется стекловидный отек надгортанника, черпалонадгортанных и вестибулярных складок. Голосовая щель 3-4 мм. Число дыханий 14 в мин. Пульс 98 в I мин. Каков диагноз? Лечение?

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной	Собеседование

литературе)	
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Выполнение индивидуальных домашних заданий :решение клинических задач, подготовка клинических разборов	Собеседование Проверка заданий Клинические разборы
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Современные методы диагностики заболеваний гортани.
2. Папилломатоз гортани.

Основные темы докладов:

1. Рак гортани. Современные методы диагностики и лечения. Перспективные методы.
2. Паралитические стенозы гортани.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомильский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомильского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>

Методические указания к практическому занятию по теме: «Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей»

Цель: иметь представления о клинических проявлениях и неотложной помощи при наиболее часто встречающихся экстренных состояниях в отоларингологии, при наличии инородных тел пищеводных и воздухоносных путей.

Задачи: рассмотреть этиологию и патогенез *неотложных состояний в оториноларингологии*, Закрепление овладения техникой эндоскопического исследования ЛОР-органов, оказания неотложной помощи при экстренных состояниях в отоларингологии.

Средства и методы обучения: обсуждение теории, отработка методик эндоскопии остановки носового кровотечения на тренажерах. Просмотр учебного фильма «Трахеотомия».

Учебно-тематический план темы:

Практическое занятие – 6 часов

Самостоятельная работа – 2 часа

Всего – 8 часов

Содержание занятия:

I. НОСОВЫЕ КРОВОТЕЧЕНИЯ

Ординаторы собирают анамнез у больного, поступившего в ЛОР-клинику с носовым кровотечением. При разборе больного фиксируется внимание на том, что носовое кровотечение не является самостоятельной нозологической единицей. Это симптом при местных заболеваниях носа (травма слизистой оболочки носа, передней атрофической ринит, кровоточащий полип и т.д.) или общих заболеваниях.

Чаще всего повторные и сильные носовые кровотечения наблюдаются при гипертонической болезни, атеросклерозе, заболеваниях крови, инфекционных заболеваниях (тифах и особенно гриппе), болезнях Верльгофа, Ослера, нефритах, циррозах печени, пороках сердца, викарные носовые кровотечения при нарушениях менструального цикла и т.д.

При разборе вопроса о носовых кровотечениях преподаватель отмечает, что приблизительно в 95% случаев кровотечение наблюдается из locus Kisselbachii (из сети мелких сосудов, расположенных в передней трети хрящевой части носовой перегородки). Кровотечения из этой области обычно легко останавливаются и не представляют угрозы для здоровья и жизни больного. В 5% носовые кровотечения наблюдаются из средних и задних отделов полости носа, где разветвляются этмоидальные сосуды более крупного калибра. Это кровотечения значительно опаснее.

Фиксируется внимание на том, что независимо от причины носового кровотечения его необходимо быстро остановить, для чего существует целый ряд приемов. При кровотечении из locus Kisselbachii наиболее простым способом является прижатие крыла носа к кровоточащему участку на несколько минут, введение ватного шарика с перекисью водорода, 0,1% адреналина, гемостатической губки и др. Если кровотечение продолжается, слизистую оболочку прижигают раствором ляписа 20—30%, жемчужиной ляписа или трихлоруксусной кислотой. Если эти вмешательства остаются безуспешными, то прибегают к передней тампонаде. Отмечается, что марлевые тампоны, смоченные стерильным вазелиновым маслом готовятся заранее и вводятся под контролем зрения в передние отделы полости носа. Ординаторы на муляже или на больном сами делают переднюю тампонаду. Отмечается, что при значительной ширине носовых ходов у

больного, например, после полипотомии целесообразно применять кистную тампонаду. Демонстрируется на муляже кистная тампонада и отмечается, что этот вид тампонады с эффектом нередко применяется при кровотечениях из средних и задних отделов носа. Если при сильных кровотечениях этот прием оказывается неэффективным, то приходится производить заднюю тампонаду, для которой должны быть всегда наготове в стерильной банке тампоны из марли в виде пакета, перевязанные двумя шелковыми нитями, резиновый катетер и смоченные стерильным вазелиновым маслом длинные марлевые тампоны. На муляже ординаторы сами делают заднюю тампонаду.

Далее обсуждается вопрос о времени оставления тампона в полости носа при передней и задней тампонадах и отмечается, что передняя тампонада чаще оставляется на 48 часа, при необходимости на 72 часа. Заднюю тампонаду, учитывая тяжесть кровотечения оставляют обычно на 72 часа. В целях профилактики возможных воспалительных явлений в глотке и среднем ухе, таким больным назначаются антибиотики.

При упорных рецидивирующих носовых кровотечениях иногда приходится производить отслойку слизистой оболочки полости носа на стороне кровотечения. После отслойки слизистая оболочка перегородки, подвергается рубцовым изменениям, что приводит к облитерации сосудов.

Далее внимание ординаторов фиксируется на необходимости проведения общих лечебных мероприятий при носовых кровотечениях: запрещение активных движений, 10% раствор глюканата кальция $per os$ и внутривенно, дицинон в/в и $per os$ 3 раза в день; 5% раствор аскорбиновой кислоты в/в и в/м; аминокaproновая кислота $per os$ и внутривенно, переливание сухой нативной плазмы плазмы, дробное переливание свежечитратной или донорской (с индивидуальным подбором) крови.

Так как кровотечения из других ЛОР-органов (околоносовых пазух, глотки и уха) встречаются значительно реже, отмечаются наиболее частые причины их, а именно: после оперативных вмешательств (тонзиллэктомия, аденотомия), новообразования с вовлечением в процесс сосудов. Указывается необходимость обязательной госпитализации таких больных в ЛОР-стационар. Обсуждается возможности ангиографии с суперселективной тромбоэмболизацией сосудов при остановке сильных кровотечений.

II. СТЕНОЗЫ ГОРТАНИ

Ординатор в присутствии всей группы собирает анамнез и проводит обследование ЛОР-органов у больного после ликвидации грозных симптомов заболевания, которое может быть причиной острого стеноза гортани: гортанной ангины, аллергического отека гортани, ложного крупа. Прежде всего при разборе таких больных фиксируется внимание на том, что эти заболевания обычно начинаются с совершенно невинных симптомов — сухости, неловкости в горле и легкой боли при глотании, иногда небольшой охриплости голоса при нормальной температуре. Но эти невинные симптомы очень быстро, иногда в течение 1—2 часов, изменяются и развивается грозная клиническая картина угрожающего жизни больного заболевания: быстро нарастает боль при глотании, появляется прогрессирующее затруднение дыхания. При этом у таких больных воспалительные явления в зева выражены слабо или вовсе отсутствуют, что может привести к опасной для жизни больного диагностической ошибке, так как правильный диагноз может быть поставлен только при непрямой ларингоскопии. Каждый врач должен помнить об этом и при подозрении на заболевание гортани направлять больного в дежурный ЛОР-стационар.

Далее разбираются классификации и причины стенозов гортани. Отмечается, что по скорости появления удушья стенозы разделяются на:

- 1) молниеносные (инородное тело гортани);
- 2) остро развивающиеся (гортанная ангина, аллергический отек, ожоги гортани термические и химические);
- 3) подострые (дифтерия, травмы гортани);

4) хронические (опухоли, рубцовые изменения в гортани).

Указывается, что стенозы разделяются также по вызывающей их причине на:

- 1) сужение просвета гортани от попадания инородных тел
 - 2) сужение от патологических изменений стенок гортани (воспалительные инфильтраты, отеки, новообразования, рубцы, переломы хрящей и т.д.). Эта группа наиболее многочисленна;
 - 3) сужение от неподвижности одной или обеих голосовых складок (паралич, парез п. recurrens);
 - 4) сужение просвета гортани от сдавления извне (опухоли, глубокая флегмона шеи и т.д.).
- Далее разбираются стадии дыхательной недостаточности при стенозах гортани и принципы лечебного алгоритма.

Первая стадия компенсации. Наблюдается учащенное дыхание до 25—30 в минуту без цианоза, стридора, участия вспомогательной мускулатуры

Вторая стадия — неполной компенсации (субкомпенсации) наблюдается инспираторная одышка, стридор, включение в акт дыхания вспомогательной мускулатуры, цианоз кожных покровов, вынужденное положение больного, вегетативные реакции.

Третья стадия — декомпенсации. Происходит урежение дыхания, стридор, выраженный цианоз, работа всей дыхательной мускулатуры, вынужденное положение больного, нарушение сознания, переход на неперIODичное дыхание

Четвертая стадия — удушье (асфиксия), потеря сознания, расширение зрачков, нарушение работы сфинктеров, потеря корнеального рефлекса, клиническая смерть.

Отмечается, что такое деление на стадии стеноза, конечно, является условным. Некоторые авторы выделяют только 3 стадии, так как это имеет практическое значение, в частности, для врачей скорой и неотложной помощи. Ведь в прямой зависимости от степени дыхательной недостаточности находится решение двух жизненно важных вопросов, возникающих при оказании помощи задыхающемуся больному: а) как срочно должна быть оказана помощь и б) в чем она должна заключаться.

При обсуждении вопроса лечебной тактики при стенозах гортани еще раз подчеркивается, что лечебные мероприятия будут различными в зависимости от стадии дыхательной недостаточности и причины, вызвавшей стеноз, что определит ближайший и отдаленный прогноз (устранимость причины стеноза). Разбирается лечебная схема при различных причинах острого и хронического стенозов гортани.

Трахеостомия. Разбираются виды трахеостомии (нижняя, средняя, верхняя). Отмечается, что трахеостомия входит в тот минимум обязательных операций, которые должен производить каждый врач, однако, клинический опыт показывает, что эта операция таит в себе целый ряд трудностей и опасностей..

- 1) Опасность трахеотомии начинается с того момента, когда хирург потерял ориентацию в оперируемой области. В таких случаях легко повреждается перешеек щитовидной железы и начинается кровотечение.
- 2) Поспешное прокалывание трахеи в то время, когда она совершает быстрые экскурсии вверх и вниз без фиксации ее крючком, может привести к ранению задней стенки трахеи, т.е. передней стенки пищевода.
- 3) Если ввести трахеотомическую трубку, не убедившись предварительно в том, что слизистая оболочка трахеи разделена, то может произойти ее отслойка.
- 4) Если в трахее сделано слишком большое отверстие, то возникает опасность развития подкожной эмфиземы, которая появляется сразу же после наложения тугой повязки. В этом случае нужно ослабить повязку и частично снять швы.

Обращается внимание на послеоперационный уход за трахеостомированным больным: туалет трахеостомической трубки, смена наружной трубки. Акцентируется внимание на том, что наружную трубку может менять только врач, так как рана быстро спадается.

Дается представление о других инструментальных манипуляциях для восстановления проходимости верхних дыхательных путей при стенозах гортани : коникотомия , трахеопункция , интубация .

III. ИНОРОДНЫЕ ТЕЛА ЛОР-ОРГАНОВ

Инородные тела ЛОР органов в зависимости от их локализации представляют различную опасность и методика их удаления также различна.

Различают: 1. Инородные тела полости носа и наружного слухового прохода. Отмечается, что инородные тела носа и уха чаще всего встречаются у детей. Фиксируется внимание на том, что удаление бусин, горошин и др. предметов из носа и наружного слухового прохода нельзя производить пинцетом, так как это может привести к их вклиниванию. Удаление в осложненных случаях требует уже оперативного вмешательства. Обычно удаление необходимо производить только крючком.

2. Инородные тела глотки. Фиксируется внимание на том, что в этой области приходится удалять чаще всего острые предметы: рыбные кости, булавки, иголки, гвозди и т.д., которые задерживаются в первую очередь в небных миндалинах, передних и задних дужках, в области корня языка, в грушевидных синусах и носоглотке.

Симптомы: боль и усиленная саливация. Инородные тела, внедрившиеся в области небных миндалин, за передними и задними дужками и в области корня языка сравнительно легко обнаруживается и без труда удаляются пинцетом, корнцангом. Инородные тела в этих местах, как правило, опасности не представляют. Как осложнения инородных тел этой локализации могут наблюдаться околоминдаликовые абсцессы, или абсцесс корня языка. Инородные тела носоглотки определяются при задней риноскопии. При их удалении возможно использовать метод оттягивания мягкого неба тупыми крючками или резиновым катетером, проведенным через нос.

Далее отмечается, что инородные тела в гортанной части глотки (в грушевидных синусах) могут быть обнаружены только при непрямой ларингоскопии. В осложненных случаях инородные тела гортанной части глотки могут вызвать воспаление заглоточной клетчатки вплоть до образования ограниченных гнойников; в некоторых случаях эти гнойники распространяются вниз и вызывают медиастенит. Лихорадочное состояние, резко выраженный отек и признаки появляющегося медиастинита или удушья служат показанием для применения методов удаления инородных тел путем рассечения наружных тканей, т.е. путем фаринготомии или шейной медиастинотомии.

3. Инородные тела гортани и бронхов. Отмечается, что характер инородных тел, попадающих в дыхательные пути, очень разнообразен, начиная от подсолнечных семечек, кедровых орехов, кончая зубными протезами, монетами и т.д. Их делят на 2 группы: эндогенные и экзогенные. К первым относятся тела, попадающие в дыхательные пути после образования их в самом организме (корки слизи, камни миндалин, частицы опухолей). Ко второй группе относятся инородные тела, попавшие из внешнего мира (в том числе из желудка и глотки при рвоте). В повседневной практической работе вторая группа имеет гораздо большее значение. По статистике Д.Н.Зимонта, составленной на основании работ советских авторов, 93,6% инородных тел гортани и бронхов приходится на детей до 5-ти летнего возраста.

Рассматриваются механизмы аспирации, которые заключаются в глубоком вдохе при кашле, испуге, смехе и т.п. и в этот момент инородное тело увлекается в гортань. На соприкосновение с инородным телом гортань отвечает спазмом голосовых складок, после чего происходит глубокий вдох и инородное тело с током воздуха увлекается в трахею. Выкашливанию инородного тела мешает клапанный механизм трахеобронхиального дерева, заключающийся в расширении бронха при вдохе и сужении при выдохе. Вследствие образования отрицательного давления инородное тело втягивается все глубже.

Что касается места застревания инородного тела, то оно зависит от величины, формы, веса, способности к набуханию и индивидуальных особенностей организма.

Большинство инородных тел (скорлупа от подсолнуха, арбузные семечки) не ущемляются, а остаются подвижными в трахее, т.е. "балотирующими"), в то время как более мелкие предметы с острыми краями, особенно металлические, ущемляются тем глубже, чем меньше предмет. Крупные предметы застревают обычно в одном из главных бронхов. Отмечается, что до 80% ущемляющихся в бронхах инородных тел застревают в правом бронхе. Это объясняется тем, что правый бронх, соответственно большему развитию правого легкого, имеет более крупный калибр, он шире левого. Кроме того, он характеризуется более отвесным положением и его длинник почти совпадает с осью трахеи. Левый ствол бронх меньшего калибра, но немного длиннее правого. Различают инородные тела: а) задерживающиеся в гортани, т.е. проникшие не глубже подголосовой полости; б) проникшие глубже подсвязочного пространства, т.е. в трахею и бронхи и в той или иной степени затрудняющие их проходимость.

Симптомами проникновения инородного тела в трахею или бронхи в большинстве случаев являются интенсивные приступы кашля, которые объясняются не только раздражением участка, куда попадает инородное тело, и закупоркой бронха, но и рефлекторным раздражением всего дыхательного тракта, который при этом спастически сокращается; нередко боли, цианоз, возможна угроза асфиксии. П.Г.Лепнев основой классификации инородных тел гортани и бронхов предложил динамический признак и выделил 4 группы:

- 1) инородные тела с хроническим течением, что наблюдается при попадании в просвет бронхов незакупоривающих предметов, чаще всего металлических;
- 2) инородные тела с подострым течением. Такое течение заболевания наблюдается при попадании арбузных семечек и различных косточек, протекание болезни затяжное, промежутки благополучия чередуются с приступами удушья;
- 3) острое течение при попадании в бронхи костей, орехов, бусинок. Реакция на внедрение инородного тела развивается по дням;
- 4) инородные тела с быстро нарастающими явлениями: а) крупные инородные тела, закрывающие просвет гортани; б) закрывающие просвет одного из крупных бронхов.

Диагноз ставится на основании анамнеза, объективных данных, получаемых при исследовании больного, данных рентгеноскопии, рентгенографии и трахеобронхоскопии. Делается акцент на важности тщательно собранного анамнеза у больных с инородным телом, который дает ряд необходимых сведений о величине, форме, консистенции инородного тела. К сожалению, у детей анамнез часто отсутствует, у взрослых он также может отсутствовать при так называемой при так называемой бессимптомной аспирации. Очень важны рентгенологические данные. Инородные тела бронхов дают целый ряд косвенных симптомов, зависящих от соотношения между инородным телом и просветом бронха.

Через 2-3 часа после полной закупорки бронха инородным телом в участке легкого, где разветвляется данный бронх, наступает ателектаз. Кроме того, удается обнаружить перемещение средостения во время входа и выхода. Во время вдоха сердце перемещается в сторону ателектаза, т.е. в сторону инородного тела, что объясняется уменьшившимся за счет ателектаза объемом легкого. Для обнаружения некоторых инородных тел применяется рентгеноскопия с введением контрастных масс (бронхография).

Инородные тела трахеи и бронхов могут повлечь за собой ряд опасных для жизни осложнений:

- 1) удушье от попадания большого инородного тела,
- 2) травматический отек или перихондрит,
- 3) осложнения, зависящие от присоединения инфекции (бронхиты, абсцессы легкого, пневмония, медиастинит, перикардит, бронхоэктазии, сепсис),
- 4) кровотечение вследствие ранения сосудов.

При рассмотрении вопроса лечения при инородных телах трахеи и бронхов отмечается, что выбор способа удаления инородного тела зависит от его местоположения, степени подвижности, формы, величины и консистенции, а также от возраста больного. Врач

скорой или неотложной помощи, установивший наличие инородного тела в трахее, если имеется непосредственная опасность удушья, обязан сделать трахеостомию в тех условиях, в которых врач застал больного. При приступе кашля подкожное введение морфина, промедола или пантопона может привести к купированию приступа. Отмечается, что больные с инородными телами трахеи и бронхов как недавнего, так и давнего происхождения, должны быть срочно госпитализированы, так как инородные тела в любое время могут сместиться и вызвать асфиксию. Инородные тела из трахеи и бронхов удаляются посредством прямой ларингоскопии, верхней и нижней трахеобронхоскопии, в тяжелых осложненных случаях — с помощью торакотомии.

4. Инородные тела пищевода. При разборе этого вопроса фиксируется внимание на том, что задержку в пищеводе какого-либо предмета следует считать состоянием патологическим, которое может привести к опасным для жизни больного осложнениям.

Первое место среди инородных тел, застревающих в пищеводе, принадлежит мясным и рыбным костям (до 75%). Встречаются также и металлические предметы, монеты, английские булавки, швейные иглы, пуговицы и т.д. Возможны инородные тела, задерживающиеся при хирургических вмешательствах (вата, обломки хирургических инструментов).

Главными причинами застревания инородных тел в пищеводе у нормальных людей являются следующие: плохо разжеванная пища при поспешной еде, при дефектах в жевательном аппарате, отсутствии зубов, при понижении чувствительности полости рта центрального и местного происхождения. При патологически суженном пищеводе вследствие перенесенных ожогов, травм и других причин могут задерживаться в пищеводе такие мелкие предметы, как корочки хлеба, горошины, фруктовые косточки и даже мелкие части пищи.

Отмечается, что в пищеводе инородные тела задерживаются чаще всего у трех физиологических сужений:

- 1) на уровне перстневидного хряща — верхний, начальный отдел;
- 2) у места перекреста пищевода с бронхами — средний отдел;
- 3) у кардии — нижний отдел пищевода.

Симптомы, развивающиеся в момент попадания инородного тела в пищевод и в последующие периоды, крайне разнообразны и зависят от характера инородного тела, локализации его и индивидуальных реакций организма (боль, чувство неловкости, усиленные глотательные движения, нередко сильная боль с иррадиацией в спину, руку и лопатку, обильная саливация). Фиксируется внимание на том, что при диагностике следует учитывать, что локализация боли при инородном теле в пищеводе не находится в прямой зависимости от места его нахождения, однако, нередко при пальпации больные отмечают болезненность у места локализации инородного тела. Иногда симптомы присутствия инородного тела временно исчезают или сглаживаются, давая в последующем опасные, а иногда смертельные осложнения. Существенное диагностическое значение имеет проба с глотком воды; появляется боль на месте инородного тела, характерная мимика лица и движение мышц плечевого пояса.

Подчеркивается, что значительное место в диагностике инородных тел принадлежит рентгеноскопии и рентгенографии. Их необходимо проводить перед эзофагоскопией, которая в настоящее время все чаще применяется не с помощью местного обезболивания, а на фоне общего наркоза и миорелаксации. Недопустимо удалять инородное тело из пищевода вслепую посредством различных щипцов, монетоловок, крючков, а также применять бужирование, ибо при этом могут возникнуть тяжелые осложнения, иногда со смертельным исходом.

К осложнениям относятся: прободение стенки пищевода с последующим возникновением подкожной эмфиземы шеи или эмфиземы средостения, эзофагит, абсцесс стенки пищевода, периезофагит, медиастинит и кровотечение из крупного сосуда. При вклинившемся и осложненном инородном теле производят вскрытие пищевода снаружи

— эзофаготомию, а при наличии гнойного медиастинита — вскрытие и дренирование переднего и заднего средостения. При осложненных инородных телах показана активная противовоспалительная терапия с применением больших доз антибиотиков.

Преподаватель особо останавливается на лечении при пищевых завалах у больных со стенозами пищевода и отмечает, что тактика врача в этом случае такая же, как и при любых инородных телах пищевода. Содержимое завала должно быть механически извлечено из пищевода соответствующими щипцами при помощи эзофагоскопии. Слепое извлечение завала, так же, как и слепое проталкивание его в желудок, недопустимо. Выполнение указанных вмешательств должно проводиться в условиях отоларингологического стационара.

Подчеркивается, что при неосложненном инородном теле пищевода и правильной лечебной тактике прогноз благоприятный. Главной причиной смертельных осложнений является позднее хирургическое вмешательство.

Перечень вопросов для собеседования

1. Где находится кровотоочивая зона носа и как часто из этой области наблюдаются носовые кровотечения?
2. Каковы местные причины носовых кровотечений?
3. Каковы общие причины носовых кровотечений?
4. Какие лечебные мероприятия применяются для остановки носовых кровотечений?
5. На какой срок производится передняя тампонада?
6. Какие разновидности тампонады известны?
7. По каким показаниям производится задняя тампонада?
8. На какой срок производится задняя тампонада?
9. Каковы причины острых стенозов гортани?
10. Какие известны клинические формы острых стенозов гортани?
11. Каковы причины молниеносных стенозов гортани?
12. Каковы причины подострых стенозов гортани?
13. Каковы причины хронических стенозов гортани?
14. Какие признаки стеноза гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности ?
15. Какие лечебные мероприятия применяются при стенозе гортани в стадии компенсации дыхательной недостаточности?
16. Какие признаки стеноза гортани в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности ?
17. Какие лечебные мероприятия проводятся в стадии декомпенсации дыхательной недостаточности ?
18. Какие лечебные мероприятия показаны в стадии субкомпенсации дыхательной недостаточности?
19. Каковы показания к трахеостомии?
20. Какие имеются виды трахеостомии?
21. Какие осложнения могут возникать при трахеостомии?
22. Особенности ухода за трахеостомической трубкой у больного с трахеостомой?
23. Каким методом удаляются инородные тела из уха?
24. Каким методом удаляются инородные тела из носа?
25. Каковы симптомы наличия инородного тела в пищеводе и тактика врача?
26. Какие осложнения может вызвать инородное тело пищевода?
27. Какие симптомы наличия инородного тела верхних дыхательных путей?
28. Какие осложнения может вызвать инородное тело верхних дыхательных путей?

Хронокарта клинического практического занятия по теме: «Неотложные состояния в оториноларингологии. Инородные тела пищеводных и воздухоносных путей. Опухоли ЛОР-органов»

	На 6 часов
Вводное слово преподавателя, контроль посещаемости, результат проверки рефератов	10 мин
Тестирование	20 мин
Обсуждение теоретических вопросов, заслушивание докладов	50 мин
Обсуждение клинической ситуации на примере пациента и / или ситуационной задачи; отработка практических навыков	150 мин
Контроль усвоения (контрольные вопросы)	20 мин
Выставление оценок, преподаватель подводит итог занятия, дает задание на следующее	20 мин

Самостоятельная работа

Формы самостоятельной работы и контроля

Вид работы	Контроль выполнения работы
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Подготовка и написание рефератов, докладов на заданные темы	Проверка рефератов, докладов
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование

Основные темы рефератов:

1. Интубация. Трахотомия. Коникотомия.
2. Ожоги ВДП.

Основные темы докладов:

1. Осложнения при трахеотомии.
2. Ложный круп.

Фонд оценочных средств

Тестовые задания

Перечислите наиболее частые симптомы инородного тела шейного отдела пищевода, кроме:

- а) Боль при глотании;
- б) Дисфагия;
- в) Боли в эпигастральной области;
- г) Повышенная саливация;
- д) Отказ от приема пищи.

Укажите методы диагностики инородных тел шейного отдела пищевода, кроме:

- а) Непрямая фаринголарингоскопия;
- б) Обзорная рентгенография шейного отдела пищевода по Земцову;

- в) Контрастная рентгенография пищевода;
- г) Фиброэзофагоскопия;
- д) Ригидная эзофагоскопия

Последовательность диагностических мероприятий при рентггеннегативных инородных телах пищевода:

- а) фиброэзофагогастроскопия, затем контрастное рентгенологическое исследование
- б) контрастное рентгенологическое исследование пищевода, затем фиброэзофагогастроскопия
- в) последовательность роли не играет
- г) обзорная, затем контрастная рентгенография пищевода, затем фиброэзофагоскопия

После травмы гортани при нарастании отека гортани и одышки методом выбора является

1. аппликация кортикоидов
2. промывание
3. интубация
4. трахеотомия
5. антигистаминные средства

Правила удаления инородных тел из носа у детей, кроме:

- а) Фиксация ребенка;
- б) Круглые инородные тела выкатывают крючком;
- в) Плоские инородные тела удаляются пинцетом;
- г) Проталкиваются в носоглотку.

При наличии инородного тела верхнечелюстной пазухи необходимо:

- а) трахеостомия
- б) фронтотомия
- в) удаление крючком
- г) вскрытие верхнечелюстной пазухи

Пациентов со свежими ожогами пищевода лучше госпитализировать в отделение:

- а) ЛОР
- б) ожоговое
- в) гастроэнтерологическое
- г) токсикологическое

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. сохранение в тайне информации о факте обращения за медицинской помощью, о состоянии здоровья, диагнозе и иных сведений, полученных при его обследовании и лечении;
2. информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство; отказ от медицинского вмешательства;
3. получение информации о своих правах и обязанностях, состоянии своего здоровья, а также на выбор лиц, которым в интересах пациента может быть передана информация о состоянии его здоровья;
4. получение медицинских и иных услуг в рамках программ добровольного медицинского страхования;

5. возмещение ущерба в случае причинения вреда его здоровью при оказании медицинской помощи;
6. Все перечисленное верно

Врач общей практики должен знать, что при обращении за медицинской помощью и ее получении пациент имеет право:

1. допуск к нему адвоката или иного законного представителя для защиты его прав;
2. допуск к нему священнослужителя, а в больничном учреждении на предоставление условий для отправления религиозных обрядов, в том числе на предоставление отдельного помещения, если это не нарушает внутренний распорядок больничного учреждения;
3. непосредственное знакомство с медицинской документацией, отражающей состояние его здоровья, и получение консультации по ней у других специалистов;
4. обращение с жалобой непосредственно к руководителю или иному должностному лицу лечебно-профилактического учреждения, в котором ему оказывается медицинская помощь, в соответствующие профессиональные медицинские ассоциации и лицензионные комиссии, либо в суд в случаях нарушения его прав.
5. Все перечисленное верно

Предельный срок ожидания оказания первичной медико-санитарной помощи в неотложной форме составляет:

1. не более трех часов после обращения;
2. не более двух часов после обращения;
3. не более пяти часов после обращения;
4. не более двух дней после обращения;
5. в течение суток после обращения.

Контрольные вопросы

1. Тактика врача общей практики при стенозе гортани
2. Основные ошибки при проведении трахеостомии
3. Методика извлечения инородного тела из пищевода у ребенка
4. Профилактика осложнений при проведении трахеотомии
5. Уход за трахеотомической трубкой в амбулаторных условиях

Ситуационные задачи

Мальчик 5 лет доставлен родителями к врачу в связи с тем, что, играя, затолкнул горошину в слуховой проход. При отоскопии: кожа левой ушной раковины не изменена, в наружных отделах слухового прохода обнаружено инородное тело с гладкой поверхностью. Барабанная перепонка не видна. Вопрос 1: Какова тактика врача?

Больная 7 лет, в трехлетнем возрасте "выпила крепкий раствор каустической" соды. Никакого лечения в тот период не проводилось и до настоящего времени чувствовала себя хорошо, соблюдая механически щадящую диету?

4 дня назад, по словам матери, ребенок съел маленький кусок поджаренного сала и после этого совершенно ничего не ест и не пьет. Ребенок истощен, подкожный жировой слой выражен слабо, язык сухой. Ходит с трудом, страдает неутолимой жаждой и все время

требует воды, которую немедленно выбрасывает назад рвотными движениями. Глотка и гортань без видимых изменений.

Ваш диагноз? Методы исследования, дополнительно применяемые для определения диагноза? Тактика врача?

Больная 68 лет обратилась в клинику с жалобами на боль за грудиной, резкое затруднение при глотании. Больно и трудно глотать даже слюну; эти ощущения появились после того, как час назад подавилась (ела мясной суп). У больной гримаса страдания на лице. Голова наклонена кпереди. В полости рта всего 6 зубов. Слизистая оболочка десен умеренно инфильтрирована. На задней стенке глотки ссадины. "Слюнные озера" в грушевидных синусах.

Ваш диагноз? Необходимые исследования? Тактика врача?

Шестилетняя девочка доставлена родителями в ЛОР-клинику с приступами кашля и удушья, которые появились после того, как час назад, играя, взяла в рот пуговицу и проглотила ее.

Кожные покровы бледные, влажные. Во время приступа кашля появляется затруднение дыхания, при этом кожные покровы и слизистые оболочки приобретают синюшный оттенок. Слизистая оболочка гортани в норме. Голосовые складки слегка гиперемированы. Голосовая щель широкая.

Ваш диагноз? Какие необходимы дополнительные методы исследования? Какова тактика врача?

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА:

Основная литература

1. Денисов И.Н., Общая врачебная практика. В 2 т. Т. 1 [Электронный ресурс] : национальное руководство / под ред. акад. РАМН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 976 с. - ISBN 978-5-9704-4164-0 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970441640.html>
2. Денисов И.Н., Общая врачебная практика: национальное руководство: в 2 т. Т. II [Электронный ресурс] / под ред. акад. РАН И.Н. Денисова, проф. О.М. Лесняк - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 888 с. - ISBN 978-5-9704-3906-7 - Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970446539.html>

Дополнительная литература

1. Пальчун В.Т., Оториноларингология [Электронный ресурс] : учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 584 с. - ISBN 978-5-9704-3849-7 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
2. Богомилский М.Р., Болезни уха, горла, носа в детском возрасте [Электронный ресурс] : национальное руководство: краткое издание / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 544 с. - ISBN 978-5-9704-3032-3 - Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970430323.html>